

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSERDEN SAĞ KALAN BİREYLERE UYGULANAN
RANDOMİZE KONTROLLÜ PSİKOSOSYAL
MÜDAHALELERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, TRAVMA
SONRASI BÜYÜME VE ANLAM BULMA DÜZEYİ ÜZERİNE
ETKİSİ: BİR SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ
ÇALIŞMASI

Gülşah YILDIZ AYTAÇ

Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

ANKARA

2023

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSERDEN SAĞ KALAN BİREYLERE UYGULANAN
RANDOMİZE KONTROLLÜ PSİKOSOSYAL
MÜDAHALELERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, TRAVMA
SONRASI BÜYÜME VE ANLAM BULMA DÜZEYİ ÜZERİNE
ETKİSİ: BİR SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ
ÇALIŞMASI

Gülşah YILDIZ AYTAÇ

Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

İKİNCİ DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Sevilay KARAHAN

ANKARA

2023

ONAY SAYFASI**KANSERDEN SAĞ KALAN BİREYLERE UYGULANAN RANDOMİZE KONTROLLÜ
PSİKOSOSYAL MÜDAHALELERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, TRAVMA
SONRASI BÜYÜME VE ANLAM BULMA DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ:
BİR SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ ÇALIŞMASI****Gülşah YILDIZ AYTAÇ****Danışman: Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ****İkinci Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevilay KARAHAN**

Bu tez çalışması 22.06.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

| | |
|----------------------|----------------------------------------------------------------|
| Jüri Başkanı: | <i>Prof. Dr. Satı DEMİR</i> (Gazi Üniversitesi) |
| Üye: | <i>Prof. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK</i> (Başkent Üniversitesi) |
| Üye: | <i>Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ</i> (Sağlık Bilimleri Üniversitesi) |
| Üye: | <i>Doç. Dr. Meltem MERİÇ</i> (Lokman Hekim Üniversitesi) |
| Üye: | <i>Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ</i> (Hacettepe Üniversitesi) |

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

1-3 Temmuz 2023

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

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

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

22/06/2023

Gülşah YILDIZ AYTAÇ

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

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

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

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

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

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

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Sevilay KARAHAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

(İmza)
Gülşah YILDIZ AYTAÇ

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince değerli katkıları ile yol gösterici olan, tez çalışmamın tüm aşamalarını özveri ile takip ederek emek ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen danışmanım Sayın Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'a,

Doktora tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübeleri ile değerli katkılar sunan danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevilay KARAHAN'a,

Tez izleme komitemde yer alarak bilimsel birikimi ve değerli görüşleri ile tez sürecime katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Satı DEMİR ve Sayın Prof. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK'a,

Kıymetli zamanlarını ve çalışmalarına ait verileri paylaşarak araştırma sonuçlarının zenginleşmesine katkıda bulunan değerli çalışma yazarlarına,

Destekleri ile hep yanımda olan Afra, Ayça, Ayşe, Betül, Sevcan, Şenay ve burada adını sıralayamadığım kıymetli tüm eğitim ve çalışma arkadaşlarıma,

Ulaştığım yerde oldukça emeği olan ve desteklerini daima hissettiğim annem Muradiye, babam Yazar ve kardeşim Oğuz'a,

Bana her zaman inanan ve cesaretimi ayakta tutan, varlığı ve sevgisi ile güç veren, hayatı paylaştığım, sevgili eşim Çağdaş'a

Teşekkür ederim.

ÖZET

Yıldız Aytaç, G., Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Randomize Kontrollü Psikososyal Müdahalelerin Psikolojik Sağlık, Travma Sonrası Büyüme ve Anlam Bulma Düzeyi Üzerine Etkisi: Bir Sistematik Derleme ve Meta-Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2023. Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırması, kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin, psikolojik sağlık, travma sonrası büyüme ve anlam bulma üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. CINAHL Plus with Full Text (EBSCOhost), CENTRAL, Pubmed ve WOS Core Collection veri tabanlarında yayın tarihi ve dil kısıtlaması konulmadan tarama yapılmıştır. Çalışma seçimi aşamasında yayın dili İngilizce olmayan çalışmalar derlemeden dışlanmıştır. Derlemeye 1801 katılımcıyı içeren 14 randomize kontrollü deneysel çalışma dahil edilmiştir. Travma sonrası büyüme ve anlam bulma sonuç çıktılarını raporlayan 10 çalışma aynı zamanda nicel analiz sürecinde de yer almıştır. Psikososyal müdahalelerin psikolojik sağlık üzerindeki etkileri dahil edilen sınırlı sayıda çalışma olması sebebi ile istatistiksel olarak birleştirilememiştir. Çalışma seçimi, veri çekme, yanlılık riski ve kanıt kesinliği değerlendirme süreçleri “Cochrane Müdahalelerin Sistematik Derlemeleri için El Kitabı”nda önerilen standart yöntemler doğrultusunda yürütülmüştür. Bir çalışma dışında diğer tüm çalışmaların genel yanlılık riski “şüpheli” ve “yüksek” olarak belirlenmiştir. Anlam bulma düzeyine yönelik müdahale öncesi ve müdahale sonrası değişim etkisi kapsamında birleştirilmiş bulgular psikososyal müdahale lehinde küçük düzeyde yararlı bir etki olduğunu göstermiştir (Cohen’in d’si = -0,298, %95 GA: -0,518 – -0,077; p = 0.008; I² = %0; düşük düzey kanıt kesinliği). Bununla birlikte, anlam bulma düzeyine ilişkin müdahale öncesi ve en son ölçüm değişim etkisini içeren meta-analiz, bu etkinin sürdürülmediğini ortaya koymuştur. Meta-analiz ayrıca psikososyal müdahaleler ile rutin bakım arasında travma sonrası büyüme düzeyi açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Bulgular, kanıt kesinliğinin "düşük" ile "çok düşük" düzey arasında değişmesi sebebi ile psikososyal müdahalelerin tüm sonuç çıktıları üzerindeki etkilerinin belirsiz olduğunu ve ek kanıtlara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Psikososyal müdahalelerin kanserden sağ kalan bireylere yönelik güçlü etkilerini saptamak için gelecekte yürütülecek yüksek metodolojik kaliteye sahip randomize kontrollü deneysel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanserden sağ kalan bireyler, psikolojik sağlık, travma sonrası büyüme, anlam bulma, meta-analiz

ABSTRACT

Yıldız Aytaç, G., Effectiveness of Psychosocial Interventions on Resilience, Posttraumatic Growth, and Meaning in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Ph.D. Thesis in Psychiatric Nursing, Ankara, 2023. This systematic review and meta-analysis was conducted to determine the effects of randomized controlled trials of psychosocial interventions on resilience, posttraumatic growth, and meaning in cancer survivors. CINAHL Plus with Full Text (EBSCOhost), CENTRAL, Pubmed and WOS Core Collection databases were searched with no publication date or language restrictions. During the study selection process, non-English studies were excluded from the review. The review included 14 randomized controlled trials involving 1801 participants. 10 of 14 studies reporting posttraumatic growth and meaning outcomes were also involved in quantitative analysis. The effects of psychosocial interventions on resilience could not be pooled since there were a limited number of included studies. Study selection, data extraction, risk of bias assessment, and certainty of evidence assessment were carried out in line with the standard methods recommended in the “Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions”. The overall risk of bias was judged as “some concerns” or “high” for all but one study. The pooled results suggested a small, beneficial effect in favor of psychosocial interventions on meaning from pre-intervention to immediately post-intervention (Cohen’s $d = -0,298$, %95 CI: $-0,518 - -0,077$; $p = 0.008$; $I^2 = 0\%$; low certainty of evidence). However, the meta-analysis involving the change in meaning score from pre-intervention to the longest follow-up found that this effect was not sustained. Results also indicated no significant difference for posttraumatic growth between psychosocial interventions and routine care. The findings reveal that the effects of psychosocial interventions on all outcomes are uncertain since the certainty of the evidence ranges from “low” to “very low”, and additional evidence is needed. Future randomized trials of high methodological quality are warranted to meet the robust effects of psychosocial interventions in cancer survivors.

Key Words: Cancer survivors, resilience, posttraumatic growth, meaning, meta-analysis

İÇİNDEKİLER

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | iv |
| ETİK BEYAN | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT | viii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| SİMGELER ve KISALTMALAR | xii |
| ŞEKİLLER | xiii |
| TABLolar | xv |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problem Tanımı | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 7 |
| 1.3. Araştırma Soruları | 7 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 8 |
| 2.1. Kanserden Sağ Kalım ve Olumlu Değişimler | 8 |
| 2.1.1. Travma Sonrası Büyüme | 9 |
| 2.1.2. Psikolojik Sağlamlık | 11 |
| 2.1.3. Anlam Bulma | 13 |
| 2.2. Travma Sonrası Büyüme, Psikolojik Sağlamlık ve Anlam Bulma Düzeyini İyileştirmede Psikososyal Müdahalelerin Rolü | 15 |
| 2.3. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü | 20 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 24 |
| 3.1. Araştırma Uygunluk Kriterleri | 24 |
| 3.1.1. Araştırma Dahil Etme Kriterleri | 25 |
| 3.1.2. Araştırma Dışlama Kriterleri | 27 |
| 3.2. Araştırma Bilgi Kaynakları | 28 |
| 3.2.1. Bibliyografik Veri Tabanları | 28 |
| 3.2.2. Diğer Kaynaklar | 28 |
| 3.3. Tarama Stratejisi | 29 |
| 3.4. Çalışma Seçim Süreci | 31 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.5. Veri Çekme Süreci | 32 |
| 3.6. Çalışmaların Yanlılık Riski Değerlendirmesi | 33 |
| 3.7. Etki Ölçümleri | 35 |
| 3.8. Sentez Yöntemleri | 36 |
| 3.8.1. Sentez İçin Uygunluk ve Hazırlık Süreci | 36 |
| 3.8.2. İstatistiksel Sentez Yöntemleri | 37 |
| 3.8.3. Alt Grup Analizi ve Heterojenliği Araştırma Yöntemleri | 39 |
| 3.8.4. Duyarlılık Analizi | 39 |
| 3.9. Raporlama Yanlılığı Değerlendirmesi | 40 |
| 3.10. Kanıt Kesinliği Değerlendirmesi | 40 |
| 4. BULGULAR | 43 |
| 4.1. Çalışma Seçimi | 43 |
| 4.1.1. Tarama Sonuçları ve Akış Şeması | 43 |
| 4.1.2. Dışlanan Çalışmalar | 44 |
| 4.2. Dahil Edilen Çalışmaların Karakteristikleri | 47 |
| 4.2.1. Çalışmaların Tasarımı | 114 |
| 4.2.2. Çalışmaların Zaman Periyodu | 114 |
| 4.2.3. Çalışmaların Gerçekleştirildiği Ülke ve Yer Özellikleri | 114 |
| 4.2.4. Çalışmaların Örneklem Büyüklüğü ve Katılımcı Özellikleri | 115 |
| 4.2.5. Çalışmaların Müdahale Kolu Özellikleri | 116 |
| 4.2.6. Çalışmaların Kontrol Kolu Özellikleri | 122 |
| 4.2.7. Çalışmaların Sonuç Çıktısı Ölçümleri | 123 |
| 4.2.8. Çalışmaların Finans Kaynaklarına İlişkin Özellikler | 126 |
| 4.3. Dahil Edilen Çalışmaların Yanlılık Riski Sonuçları | 126 |
| 4.3.1. Çalışmalar Özelinde Genel (Overall) Yanlılık Riski | 127 |
| 4.3.2. Sonuç Çıktıları Özelinde Genel (Overall) Yanlılık Riski | 128 |
| 4.4. Müdahalelerin Etkileri | 140 |
| 4.4.1. Psikososyal Müdahalelerin Travma Sonrası Büyüme Üzerindeki Etkileri | 142 |
| 4.4.2. Psikososyal Müdahalelerin Anlam Bulma Üzerindeki Etkileri | 161 |
| 4.4.3. Psikososyal Müdahalelerin Psikolojik Sağlamlık Üzerindeki Etkileri | 169 |
| 4.5. Kanıt Kesinliği | 170 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5. TARTIŞMA | 174 |
| 5.1. Ana Sonuçların Özeti | 174 |
| 5.2. Kanıtların Genel Bütünlüğü ve Uygulanabilirliği | 180 |
| 5.3. Derleme Sürecindeki Potansiyel Yanlılık | 186 |
| 5.4. Literatür Karşılaştırması | 199 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 218 |
| 6.1. Uygulama İçin Çıkarımlar | 218 |
| 6.2. Araştırma İçin Çıkarımlar | 219 |
| 7. KAYNAKLAR | 223 |
| 8. EKLER | 246 |
| EK-1. Etik Kurul İzin Belgesi | |
| EK-2. PROSPERO Kayıt Belgesi | |
| EK-3. Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review) Formu | |
| EK-4. Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review) Yürüten Uzmanlar | |
| EK-5. Araştırma Tarama Stratejisi | |
| EK-6. Dışlanan Çalışmalar | |
| EK-7. Veri Çekme Formu | |
| EK-8. Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı | |
| EK-9. Bulguların Özeti | |
| EK-10. Bireysel Çalışmalara İlişkin Özet İstatistikler | |
| EK-11. Orjinallik Ekran Görüntüsü | |
| EK-12. Dijital Makbuz | |
| 9. ÖZGEÇMİŞ | 329 |

SİMGELER ve KISALTMALAR

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| CENTRAL | Cochrane Central Register of Controlled Trials |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| g | Hedge's g |
| GA | Güven Aralığı |
| GRADE | Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation |
| I² | I-squared |
| ITT | Intention-to-Treat |
| KLP | Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi |
| MBCR | Mindfulness-Based Cancer Recovery |
| MBSR | Mindfulness-Based Stress Reduction |
| MD | Standardized Mean Difference |
| MESH | Medical Subject Headings |
| MTCC | Mindfulness-Based Tai Chi Chuan |
| PICO | Population, Intervention, Comparator, Outcome |
| PRESS | Peer Review of Electronic Search Strategies |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses |
| PROSPERO | International Prospective Register of Systematic Reviews |
| RCT | Randomized Controlled Trial |
| ROB-2 | Revised Cochrane Risk-of-Bias Tool for Randomized Trials |
| SMD | Standardized Mean Difference |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SS | Standart Sapma |
| STD. HATA | Standart Hata |
| WOS | Web of Science |
| \bar{X} | Ortalama |
| τ^2 | Tau-squared |

ŞEKİLLER

| Şekil | Sayfa |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 4.1. Araştırma PRISMA akış diyagramı | 45 |
| 4.2. Yanlılık riski sonuçlarını yorumlamaya ilişkin ilgili açıklamalar | 127 |
| 4.3. Travma sonrası büyüme müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları | 129 |
| 4.4. Travma sonrası büyüme müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları | 133 |
| 4.5. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelere ilişkin travma sonrası büyüme müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları | 134 |
| 4.6. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireyler üzerindeki travma sonrası büyüme müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları | 135 |
| 4.7. Anlam bulma müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları | 136 |
| 4.8. Anlam bulma müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları | 138 |
| 4.9. Psikolojik sağlamlık müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları | 139 |
| 4.10. Psikolojik sağlamlık müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları | 140 |
| 4.11. Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi orman grafiği | 144 |
| 4.12. Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi huni grafiği | 145 |
| 4.13. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi orman grafiği | 149 |
| 4.14. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi huni grafiği | 150 |
| 4.15. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin orman grafiği | 154 |
| 4.16. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin huni grafiği | 155 |
| 4.17. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin orman grafiği | 158 |

| | | |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.18. | Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin huni grafiği | 159 |
| 4.19. | Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin anlam bulma düzeyi orman grafiği | 162 |
| 4.20. | Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin anlam bulma düzeyi huni grafiği | 163 |
| 4.21. | Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin anlam bulma düzeyi orman grafiği | 166 |
| 4.22. | Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin anlam bulma düzeyi huni grafiği | 167 |

TABLOLAR

| Tablo | Sayfa |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 4.1. Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri | 48 |
| 4.2. Travma sonrası büyüme düzeyi müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimine ilişkin meta-analiz sonuçları | 146 |
| 4.3. Travma sonrası büyüme düzeyi müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları | 146 |
| 4.4. Travma sonrası büyüme düzeyi müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişimine ilişkin meta-analiz sonuçları | 151 |
| 4.5. Travma sonrası büyüme düzeyi müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişimine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları | 151 |
| 4.6. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin meta-analiz sonuçları | 156 |
| 4.7. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları | 156 |
| 4.8. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin meta-analiz sonuçları | 160 |
| 4.9. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları | 160 |
| 4.10. Anlam bulma düzeyi müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimine ilişkin meta-analiz sonuçları | 164 |
| 4.11. Anlam bulma düzeyi müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları | 164 |
| 4.12. Anlam bulma düzeyi müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişimine ilişkin meta-analiz sonuçları | 168 |
| 4.13. Anlam bulma düzeyi müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişimine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları | 168 |

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Kanser, hızla artış gösteren insidans ve yüksek mortalite oranları ile tüm dünyada önemli ve güncel sağlık sorunlarından biri olarak yerini korumaya devam etmektedir (1-3). Tanı ve tedavi süreci boyunca pek çok olumsuz sonuç ortaya çıkarabilen kanser, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını ciddi düzeyde etkilemektedir (4-6). Günümüzde hala ölüm ile doğrudan özdeşleştirilen bir hastalık olan kanser, fizyolojik etkilerinin yanı sıra, bireyin varoluşsal sınırlara çarpmasına yol açarak dünyanın adil, tutarlı ve öngörülebilir olduğuna dair inancını da sarsmaktadır (7-9). Kanserın beraberinde getirdiği sürecin belirsiz ve kontrolsüz olması, birey tarafından güvenli alanına bir tehdit olarak algılanmakta; korku, kaygı, panik, kargaşa, üzüntü, umutsuzluk, çaresizlik gibi duygularla birlikte bir kriz yaşantısı deneyimlenmesine neden olabilmektedir (10-13). Araştırmalar, bu kriz yaşantısının artış gösteren anksiyete, depresyon ve sıkıntı düzeylerinin yanı sıra, azalan iyilik hali ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (4-6, 12, 14, 15).

Küresel ve önemli bir sağlık sorunu niteliğini korumasının yanı sıra, son yıllarda erken tanı ve tedavisi ile ilgili önemli ilerlemeler kaydedilen kanserden sağ kalanların sayısı ve yaşam süresi ise bir yandan giderek artış göstermektedir (16-18). Sağ kalım süresindeki bu artış ile birlikte, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritüel ve daha birçok boyutta yaşamlarını etkileyen birçok ihtiyacı gündeme gelmeye ve önem kazanmaya başlamıştır (19-23). Tedavinin tamamlanmasından sonraki süreçte de devam eden ve giderek büyüyen bu ihtiyaçlar, bilgi eksikliği, bakımın koordinasyonu gibi bazı engellere bağlı olarak etkili bir şekilde ele alınamamakta ve bireyin baş etme güçlükleri yaşamasına yol açabilmektedir (18, 20, 24). Literatür, sağ kalan bireylerin, tedavi aşaması tamamlandıktan sonraki süreçte de kanser tedavisinin geride bıraktığı olumsuz fizyolojik etkilerin yanında, duygusal sıkıntı deneyimlemeye ve strese bağlı semptomlar göstermeye devam ettiğini bildirmektedir (18, 25-29). Aktif tedavi aşamasından sonra, onkoloji ekibi ile düzenli etkileşim ve bu etkileşimle hissedilen güvenlik ağı aniden kaybedilmektedir. Bu kayıp sonucu şiddetini artıran belirsiz süreç (20, 30-32), sağ kalan bireylerin güvenlik ve kontrol duygusunu ihlal etmeye devam etmekte (33, 34); anksiyete, depresyon, sıkıntı,

nüks ve ölüm korkusu gibi psikososyal sorunların uzun vadede sürmesine yol açabilmektedir (22, 26, 29, 35-37). Kanserin tanılama süreciyle başlayan bu kriz yaşantısı psikososyal sorunların süreğenliği ile dinamik yapısını korumakta, etkili bir şekilde yönetilemediğinde ise bireyin psikososyal uyumu ve iyilik hali olumsuz yönde etkilenmekte ve durum kronik bir hal alarak yaşam kalitesi azalabilmektedir (23, 34, 36, 38). Araştırmaların bildirdiği kanıtlar; kanserden sağ kalan bireylerin iyilik halinin korunması ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi açısından etkili yönetimi elzem olan bu süreçteki ihtiyaçlarının, destekleyici sağlık bakım hizmetleri içine bütünleştirilerek ele alınması gerekliliğinin altını çizmektedir (19, 36, 37).

Meşguliyetin yerini bıraktığı bu boşluk vesilesiyle, bireyin ne olup bittiğine dair durup düşünmeye başlayarak kendi ile ilgili sorgulamalara yöneldiği sağ kalım süreci, diğer yandan olumlu yaşam değişiklikleri için bir fırsat yaratabilmektedir (9, 24, 30, 39, 40). Bu bilgiler, olumlu ve/veya olumsuz yaşam değişiklikleri yaratan bu sürece etki eden değişkenler ile ilgili farklılıklar olduğunu düşündürmektedir. Nitekim, mevcut bireysel, ailesel, çevresel ve deneyimlenen travmatik olay ile ilişkili faktör ve kaynakların gösterdiği çeşitliliğin; açığa çıkan stres reaksiyon düzeyi ve sonuçlarının yönetiminde, dolayısıyla da uyum yörüngesinde etkili olduğu bilinmektedir (25, 39, 41-43). Bireylerde; özyeterlik, özsaygı, eleştirel düşünme, etkili problem çözme becerisi, sosyal yeterlik, umut, iyimserlik, esneklik, olumlu düşünme, güçlü sosyal etkileşim ve destek kaynakları gibi koruyucu faktörlerin varlığı sürecin etkili yönetimine destek olarak başa çıkmayı güçlendirmektedir (39, 44, 45). Hayatla bağlantıda kalmayı sağlayarak uyumu destekleyen bu koruyucu faktörlerin varlığı ile algılanan stres ve psikolojik sıkıntı düzeyinin azalması; bireye kaybettiği kontrol duygusunu yeniden kazandığını hissettirerek var olan gücünün farkına varmasına, kanser deneyiminden anlam elde etmesine ve psikososyal açıdan büyüyerek süreçten eskisinden daha güçlü bir şekilde çıkabilmesine fırsat tanımaktadır (33, 46, 47).

Son zamanlarda sağ kalım sürecindeki artış ile birlikte literatürde bu koruyucu ve güçlendirici faktörlerin tanımlanması ve araştırılmasına olan ilgi giderek artmaktadır. Bireyin duygusal dengesini koruyarak sürece olan uyumunu sağlıklı bir şekilde sürdürmesine ve olgunlaşmasına olanak tanıyan bu koruyucu ve güçlendirici faktörlerden birisi psikolojik sağlamlıktır (41, 48, 49). Psikolojik sağlamlık; ruhsal bir travma etkeni ile karşılaşıldığında, bu zorlu etken karşısında bireyin fizyolojik ve

psikolojik işlevselliğini koruma veya yeniden kazanma doğrultusunda sahip olduğu dinamik kapasite olarak tanımlanmaktadır (41, 49, 50). Psikolojik sağlamlık; öz farkındalık, iç kontrol odağı, özyeterlik, bilişsel esneklik, mizah anlayışı, negatif etkiye tolerans, değişime uyum, moral/spiritüel bilinç, sabır, umut, iyimserlik, esneklik, etkili problem çözme becerisi, empati, toplum yanlısı davranış, sosyal desteği kullanma, yakın/güvenli bağlar yaratma kapasitesi gibi karakteristikleri içeren bir pozitif psikoloji seti ve başarılı stresle başa çıkma yeteneğinin bir ölçüsü olarak görülmektedir (39, 48, 49, 51). Psikolojik sağlamlığı yüksek olan bireyler, travmatik olayın bir tehdit olmaktan çok büyüme fırsatı olarak görülmesi gerektiği algısına sahip oldukları için (52), hayatlarındaki değişikliklere daha kolay uyum göstermekte ve olumsuz deneyimler karşısında daha çabuk toparlanabilmektedir (53, 54). Literatür incelendiğinde, kişinin yaşamı üzerinde bireysel kontrol hissinin kuvvetliliğini içeren bir yapı olarak psikolojik sağlamlığın (52), travmatik bir deneyim olan kanser yaşantısının beraberinde getirdiği temel belirsizlik ve sorunları etkili bir şekilde yönetme konusunda da önemli bir koruyucu faktör olduğu görülmektedir (39, 45, 55, 56). Sağ kalım sürecinde psikososyal iyilik halinin sürdürülebilmesi ve bireyin süreçten büyüyerek çıkabilmesi için psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi ve güçlendirilmesi önerilmektedir (39, 57).

Zorlu bir yaşam deneyimi olan kanser sürecinin ortaya çıkardığı değişikliklere sağlıklı uyumu destekleyen diğer bir faktör ise, Calhoun ve Tedeschi (1999)'nin (58) tanımladığı travma sonrası büyüme kavramıdır. Travma sonrası büyüme; kanser, kayıp, afet gibi zorlu yaşam koşulları ile mücadelenin bir sonucu olarak oluşan ve daha önce mevcut olan kendilik düzeyini aştığına inanılan olumlu yönde bir psikolojik dönüşümü ifade etmektedir (58-60). Travmatik yaşantı sürecini anlamlandırma çabaları ve bu sürecin yeniden yorumlanması ile gelişen pozitif yapılandırma süreci bireyin büyümesi için bir fırsat yaratmaktadır (59, 61). Bu büyüme deneyimi bireyin; yaşamını daha fazla takdir etmesine, önceliklerini yeniden değerlendirmesine, yakın ilişkilerine daha çok değer vermesine, kendi gücünün daha çok farkına varmasına, yaşamındaki yeni olanakları daha etkili değerlendirmesine, yaşamında varoluşsal ve spiritüel açıdan zenginlik elde etmesine olanak sağlamaktadır (59-61). Literatürde dinamik ve dolayısıyla geliştirilebilir bir faktör olarak tanımlanan travma sonrası büyümenin, zorlu bir deneyim olan kanser yaşantısını yararlı yönde kullanarak bireyin

hayatında tüm bu olumlu değişiklere olanak sağladığı göz önüne alındığında, desteklenmesi ve güçlendirilmesi için sunulan desteğin önemi ortaya çıkmaktadır (62-65).

Sağ kalım sürecinde bireyin, psikososyal uyum ve iyilik halini sürdürmesinde önemli bir olgu da yaşadıklarından anlam bulmadır (9, 66). Bilinçli olarak seçilemeyen ve son derece rastlantısal olarak algılanan kanser olgusunun; tanı, tedavi ve sonrasındaki süreçte doğurduğu yaşama ve bedensel bütünlüğe yönelik tehdit (4-6, 67), bireyin derin bir korku, yıkım ve kontrol kaybı algılamasına neden olmaktadır (9, 25, 33, 34). Varoluşun güvenli alanına yönelik algılanan bu tehdit bireyin temel varsayımlarını parçalayarak dünyanın öngörülebilir ve adil olduğu, yaşamın tutarlı ve anlamlı olduğu ve benliğin iyi ve güvende olduğu inancını yerle bir edebilmektedir (7-9, 67, 68). Süreç boyunca fiziksel, duygusal, sosyal, spiritüel ve daha birçok yaşam alanına ilişkin açığa çıkan sorun ve ihtiyaçlar nedeniyle güvenli ve istikrarlı yaşamın kesintiye uğraması, bireyin anlam hissine yönelik tehdit oluşturabilmektedir (9, 20, 37, 66, 69, 70). Bir son olduğunu hatırlatarak varoluşun koruyucu yanılsamalarını yok eden ve içsel bir çatışma yaratan bu tehdit, bireyi, güvenlik hissi veren önceki inanç sistemini sorgulama yoluna itmekte, savunmasızlığı ve kırılganlığı ile yüzleşmesine ve spiritüel acı çekmesine neden olabilmektedir (68, 69). Diğer yandan ise, belirsiz ve acı verici olan bu kanser yaşantısı bireyin anlam hissini pozitif yönde ilerletmesine olanak sağlayabilmektedir (30, 71). Birey, deneyimlediği spiritüel sıkıntı ve acı çekiyor olmanın verdiği itki ile, benliğinin güvende olduğu hissini tekrar kazanabilmek amacıyla varsayımsal dünyasını yeniden inşa etmeyi içeren bir anlam arayışı sürecine girebilmektedir (9, 68). Kanser yaşantısının getirdiği zorluklarla başa çıkmaya çalışırken sahip olduğu kaynaklar ve gücü konusunda öz farkındalık düzeyi artan birey, deneyimini anlam bulma doğrultusunda işleyerek dünya görüşünü bireysel büyüme yönünde yapılandırabilmektedir (72-74). Olumsuz deneyimin tetiklediği ve olanak sağladığı bu pozitif yapılandırma süreci bireyin, kanser yaşantısını hayatında bir yere yerleştirerek duygusal dengesini korumasını ve olaylar üzerindeki kontrol hissini yeniden kazanarak hayatına olduğu yerden devam edebilmesini kolaylaştırabilmektedir (74). Nitekim Rutter (1985) da (75), bir kişinin herhangi bir stres etkenine verdiği tepkinin; durumu değerlendirme, deneyimi işleme, ona anlam verme ve inanç sistemine dahil etme kapasitesinden etkilendiğini bildirmektedir. Bu

bağlamda, kanser deneyiminin aracı olduğu bu süreçte birey anlam hissini sürdürülebilme, hatta artırılabilir (71). Bireyin kendini aşarak olayları olumlu ve farklı bir bakış açısı ile değerlendirmesini ve hayatının geriye kalan sürecine daha derin bir şekilde değer vermesini mümkün kılan bu anlam hissi, hayatla bağlantıda kalma ve mücadele ruhunu sürdürmede güçlü bir motivasyon sağlayan önemli bir koruyucu faktöre dönüşmektedir (7, 8, 69, 71). Dolayısıyla bu süreçte, bireylerin anlam bulma çabalarını destekleyen psikososyal girişimler, psikososyal uyumlarını sürdürmeleri ve süreçten büyüyerek çıkmaları konusunda kritik olmaktadır.

Güçlendirilmiş bireysel kaynakların olanak tanıdığı büyüme deneyimi ile yaşama ve getirdiklerine daha olumlu bir bakış açısı oluşturmanın, bu süreçte karşı karşıya kalınan stres ve sorunları yönetme konusunda bireyin başa çıkma becerilerini geliştirdiği ve bu olumlu dönüşümlerin psikososyal uyum ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (9, 24, 25, 39, 76). Travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma gibi büyüme ile ilişkili değişimleri deneyimlemenin, anksiyete, depresyon, sıkıntı gibi olumsuz etkilerin azalması ve iyilik hali, yaşam kalitesi gibi olumlu psikososyal sonuçların artması ile ilişkili olduğu literatürde bildirilen diğer olumlu sonuçlardır (9, 39, 56, 74, 77). Bu bağlamda, bireyin başa çıkma becerisini güçlendirerek bu süreci daha etkili yönetebilme ve negatif çıktıları en aza indirebilme kritik bir rolü olan ve dinamik yapısı gereği geliştirilebilir nitelik taşıyan (7, 39, 65, 78-80) travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma olgularının destekleyici psikososyal müdahaleler yolu ile güçlendirilmesi önem arz etmektedir. Literatür incelendiğinde, kanserden sağ kalan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin genel olarak; danışmanlık, psikoeğitim, psikoterapi, grup terapisi, destekleyici-ifade edici grup terapisi, güçlendirme programı, bilişsel-davranışçı terapi/stres yönetimi, psikolojik sağlamlığı geliştirme ve stres yönetimi eğitimi, başa çıkma beceri eğitimi, sağlık koçluğu, ifade-edici yazma, farkındalık temelli stres yönetimi/kanser iyileşme, anlam merkezli terapi, müzik temelli müdahale gibi adlar altında çeşitli destekleyici girişimleri içerdiği görülmektedir (62-64, 81-87). Son yıllarda, kanserden sağ kalan bireylerin, psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme ve anlam bulma düzeylerini desteklemek ve geliştirmek amacıyla yapılan bu psikososyal müdahale çalışmaları giderek artmakta ve bu müdahalelerden yararlı

etkiler elde edilmektedir. Söz konusu müdahale çalışmaları kanserden sağ kalan bireylere, psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme ve anlam bulma düzeylerinde sağladığı artış ile birlikte bireysel büyüme yönünde ilerleyerek süreçten güçlenerek çıkabilme fırsatı veren sonuçlar bildirmektedir (63, 64, 84, 87, 88). Diğer yandan ise müdahale etkisinin anlamlı olmadığı (83, 87, 89-91) ya da beklenmeyen olumsuz etkilere ulaşıldığına (81) ilişkin bazı çalışma bulguları da açığa çıkmaktadır. Çalışmalara ilişkin müdahale, popülasyon ve metodolojik yaklaşımların çeşitli olması, kullanılan psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma çıktıları üzerindeki etkileri konusunda farklılaşan bulgulara yol açabilmektedir. Bu farklılaşan bulgular dolayısıyla psikososyal müdahalelerin gerçek etkilerine yönelik belirsizliğin devam ediyor olması, etkilerin gücü ve yönü hakkında bütünsel anlayışa ulaşmaya olanak tanıyacak bir araştırma sentezini gerekli kılmaktadır.

Literatürde psikososyal müdahalelerin kanser hastaları arasında travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma sonuç çıktıları üzerindeki yararlı etkilerinin olduğunu bildiren sistematik derleme ve meta-analiz çalışmaları yer almakta (92-95) ancak bu etkiler yalnızca kanserden sağ kalan popülasyon özelinde değil, tedavi ve bakım yörüngesinde yer alan tüm bireylere hitap eden sonuçlar içermektedir. Bununla birlikte, Park ve ark. (2019) (93) tarafından yürütülen ve kanser yörüngesinin her aşamasındaki bireylerin dahil edildiği bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, psikososyal müdahalelerin sağ kalan bireyler arasında anlam ve amaç üzerindeki yararına yönelik olumlu bir etki bildirilmiş, kanser yaşantısının belirli dönemlerine özgü ihtiyaçların ve dolayısıyla müdahale yapılanmasının değişkenlik gösterebileceğine dikkat çekilmiştir. Tüm bu bulgular ışığında, giderek büyüyen bu literatür alanına ilişkin ortalama tahminlerin kanserden sağ kalan bireyler özelinde sentezlenmesi, psikososyal müdahalelerin etkilerinin ve işleyiş mekanizmasının karma kanser popülasyonundan ayrılan yönlerinin belirlenmesi bağlamında önemli görünmektedir. Diğer yandan, elde edilen kanıt tabanı, deneyimlenen bu zorlu sürecin etkili bir şekilde yönetilmesini ve sağ kalan bireylerin güçlenmesini desteklemek amacıyla, bakım uygulamalarına bütünlendirilecek psikososyal müdahalelere karar vermede onkoloji alanında çalışan

sağlık profesyonellerinin başvurduğu bir kaynak olma ve gelecekte yürütülecek olan çalışmalara yön verme potansiyeli taşımaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin, bireylerin travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma düzeyleri üzerindeki etkilerinin sistematik derleme ve meta-analiz yolu ile ortaya konulmasıdır.

1.3. Araştırma Soruları

1.3.1. Kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla travma sonrası büyüme üzerindeki etkileri nelerdir?

1.3.2. Kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla psikolojik sağlamlık üzerindeki etkileri nelerdir?

1.3.3. Kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla anlam bulma üzerindeki etkileri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserden Sağ Kalım ve Olumlu Değişimler

Kanser artış gösteren vaka ve yüksek mortalite oranları ile küresel bir halk sağlığı sorunu olarak güncelliğini korumaktadır (1-3). Kanser dünya genelinde ölüm nedenleri sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ilk sıralarda gelmekte (16, 17), 2040 yılına kadar küresel kanser yükü ve ölüm oranlarında önemli ölçüde artış olacağı öngörülmektedir (1, 3). Yaşamı tehdit edici ve çoğu zaman geleceğe dönük yüksek düzeyde belirsizlik içeren doğası nedeniyle kanser, tedavi ve bakım yörüngesi boyunca birçok soruna yol açarak bireyin yaşamına ilişkin kontrol algısını sarsmakta ve bir kriz yaşantısına dönüşmektedir (4-6, 10-13, 96). Kanser, tedavi aşamasında açığa çıkan ağrı, gastrointestinal problemler, enerji eksikliği, bilişsel problemler, uyku bozukluğu gibi semptomlar ile birlikte bireyin günlük yaşamını sekteye uğratarak işlevselliğini düşürmekte, yalnızca fiziksel sağlığa değil, psikolojik, sosyal ve spiritüel iyi oluşa yönelik de bir tehdit oluşturmaktadır (96-99). Bu süreçte bireylerin; korku, gelecek kaygısı, olağan sağlığa ilişkin kayıp algısı ve buna bağlı üzüntü, gerginlik gibi duygusal tepkiler ile birlikte sıkıntı, anksiyete, depresyon, ölüm anksiyetesi ve daha birçok ruh sağlığına ilişkin semptom deneyimlediği bildirilmektedir (5, 6, 11, 14, 96, 97, 100-103). Etkili bir yönetim gerektirdiği artık bilinen bir gerçek olan kanser sürecinin getirdiği, psikososyal adaptasyon güçlüklerine yol açan bu olumsuz sonuçlar bireyin iyilik halinde ve yaşam standartlarında bir düşüşe yol açmaktadır (4, 11, 15, 104, 105).

Küresel bir sağlık problemi olarak önemi giderek artan kanserde, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması kanser istatistiklerini etkilemekte, kanserden sağ kalım oranı ve süresi artış göstermeye devam etmektedir (16-18). Bu söz konusu artış, sağ kalan bireylerde aynı zamanda işlevsellik kaybının (*engellilik*) yaygınlaşması ile paralel seyretmekte, kansere bağlı ölümlerin azaltılmasına odaklanılmasının yanı sıra, bu nüfusun giderek büyüyen ihtiyaçlarına cevap verebilecek altyapı planlarının yapılmasına dikkat çekilmektedir (17). Kanseri olan bireyler tedavinin tamamlanmasından sonra, bakım koordinasyonunun sürdürülmesi ile ilgili aksaklıkların da katkısının bulunduğu belirsiz ve kontrol edilmesi güç bir sürecin içine girebilmekte, fiziksel, duygusal, pratik ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum gösterme

gibi birçok alana ilişkin endişeler yaşayabilmektedir (20, 30-32, 34, 106). Tedavi sonrası devam eden bu fiziksel ve psikososyal sekeller akut olabildiği gibi kronik bir sürece de dönüşebilmekte, hatta tedaviden uzun süre sonra bile açığa çıkarak risk faktörü oluşturmaktadır (18, 24). Bireylerin ihtiyaçlarına yönelik bilgi boşlukları ve neticede yeterli düzeyde karşılanamayan bu ihtiyaçlar, bireyin kendisi, duyguları ve bireysel bakımı ile baş başa kalarak baş etme güçlükleri yaşamasına ve psikososyal uyumunu sürdürmekte zorlanmasına yol açabilmektedir (18, 24). Yapılan çalışmalar bireylerin tedavi sonrası dönemde de anksiyete, depresyon ve sıkıntı gibi olumsuz etkiler deneyimlemeye devam ettiğini, nüks korkusu gibi psikososyal sorunlar yaşadığını, iyilik hali ve yaşam kalitelerinin düştüğünü bildirmektedir (24, 26, 96, 100, 106-108).

Bireyin tedavi sonrası dönemde kendi ile baş başa kalmasının diğer bir yönü ise, kendine dönmesi, kendini ve yaşadıklarını algılamaya ve deneyimi üzerine düşünmeye başlamasıdır. Bu deneyimi anlamlandırma çabaları, bireyin büyüme yönünde olumlu bir yaşam değişimi elde etmesine olanak sağlayabilmektedir (9, 39, 106). Nitekim sürecin getirdiği olumsuz etkilerin yanı sıra, kanserden sağ kalan bireylerin olumlu değişimler yaşadıkları da bildirilmektedir (9, 24, 40, 106). Sürece adaptasyonda görülen tutarsız sonuçlar, belirsizlik içeren bu süreçte strese verilen yanıtlar bağlamındaki bireysel çeşitlilik ve bu çeşitliliğin baş etme sürecine yansımaları ile ilişkili olabilmekte (24, 30), bireysel ve çevresel birçok kaynak uyum yörüngesini etkileyebilmektedir (43). Bireyin bu süreçte baş etmesini kolaylaştırabilecek birçok faktörün yanı sıra, kanserden sağ kalım süresinin artmasının da etkisi ile birlikte, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma gibi olumlu değişimlerin uyum sağlamadaki koruyucu rolü dikkat çekmeye başlamıştır (9, 18, 24, 39). Bireylerin anksiyete, depresyon ve sıkıntı düzeylerini azaltmaya, iyilik hali ve yaşam kalitesini yükseltmeye katkı sağlayan bu pozitif faktörlerin, bireylere bu süreçte sağlanacak psikososyal bakımın içine bütünleştirilmesi uyumunu desteklemede kritik unsurlar olarak açığa çıkmaktadır (9, 24, 39, 57).

2.1.1. Travma Sonrası Büyüme

Tedeschi ve ark. (2018) (61) psikolojik travmayı açıklarken, bu travmanın *“bireyin geleceğine ve bu geleceğe doğru nasıl ilerleyeceğine dair temel*

varsayımlarına meydan okuyacak ve dolayısıyla yönetilmesi zor büyük bir kaygı ve ruhsal acı yaratacak kadar önemli olması” gerektiğini vurgulamıştır. Bu nedenle ruhsal travmaya maruz kalmak, bireyin yaşamında temel ve dönüştürücü değişikliklere yol açabilen ve baş etme gücünü aşabilen bir deneyimdir (61). Afet, savaş, hastalık, ulaşım kazaları ve kayıp gibi bireye yüksek düzeyde stres veren olayların doğrudan ya da dolaylı olarak deneyimlenmesi fiziksel ve emosyonel olarak rahatsızlık yaratan reaksiyonlara yol açmaktadır (59). Bireyin varsayımsal dünyasını paramparça edebilen bir olgu olarak kanser de tanı ve tedavi aşamasında travmatik etkilere yol açmakta, bu etkiler birey tarafından tedavi tamamlandıktan sonra da deneyimlenmeye devam etmektedir (24). Psikolojik travma, rol ve sorumluluklar ile hayatı anlamlandırmaya yönelik temel varsayımlarda kayıp algıları oluşturmakta (61), bu algı anksiyete, depresyon, sıkıntı, nüks ve ölüm korkusu gibi çeşitli tepkilere yol açmaktadır. Ancak, Calhoun ve Tedeschi (2004) (109) tarafından ifade edilen *“travmayı tanımlayan olayın kendisi değil, şemalar üzerindeki etkisi ve onları yeniden yapılandırmaya maruz bırakmasıdır”* ifadesinin de vurguladığı gibi, bu tepkiler bireysel olarak çeşitlilik göstermekte, bazı bireyler bu süreci etkili bir şekilde yönetemezken, bazı bireyler ise daha kolay uyum sağlamakta ya da baş edebilmektedir (24).

Kanser yaşantısına bağlı travma deneyiminin oldukça güç sonuçları olabildiği gibi, bu zorlayıcı stres etkenine maruz kalma bireyi pozitif yönde dönüşüm sürecine doğru ilerleten bir katalizör görevi de görebilmektedir (59). Kişilik özellikleri, deneyime aktif katılım, ruminasyon, başetme, sosyal destek, anlam ve psikolojik sağlamlık gibi oldukça çeşitli ve çoklu faktörün ilişkili olduğu *“travma sonrası büyüme”*nin, travmanın etkilerine uyum sağlamayı kolaylaştıran bir yapı olduğu bildirilmektedir (24, 110-115). Travma sonrası büyüme, *“zorlu yaşam koşullarıyla mücadele sonucunda yaşanan olumlu psikolojik değişimi”*, diğer bir deyişle, *“bireyin kriz öncesi mevcut olan gelişim kapasitesinin ötesine geçmesine yönelik deneyimini”* ifade eden bir kavramdır (58, 59). Travmatik olayın etkilerine yönelik sarsılan temel varsayımların yeniden yapılandırılması ile gerçekleşen bu travma sonrası büyüme sürecinde birey, yaşamın takdir edilmesi, diğerleri ile kurulan ilişkilerde pozitif değişim, kişisel gücün farkına varma, yeni olanakları değerlendirmeye dönük olma ve yeni ilgi alanları geliştirme, spiritüel ve varoluşsal değişim olmak üzere beş alana ilişkin *(en azından bazılarında olmak üzere)* önceki işlevsellik düzeyini aşan olumlu

bir dönüşümü deneyimlemektedir (61). Bu olumlu dönüşüme kanser sürecini deneyimleyen bireylerde de rastlanmaktadır. Travma sonrası büyüme kavramının, bireylerin anksiyete ve depresyon semptomları ile ters ilişkili, anlam, spiritüalite, iyimserlik ve umut kavramları ile ise doğrudan ilişkili olduğu bildirilmekte (113), kanser sürecine uyum sağlamada önemli bir olgu olduğu vurgulanmaktadır (39).

Kanserden sağ kalan bireylerde tedavi sonrası dönemde de travma sonrası büyümeye yönelik olumlu gelişmeler olduğu görülmekte, başetme becerilerini geliştirdiği, psikososyal uyumu sağlamada kolaylaştırıcı bir rolü olduğu, iyilik halini ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmektedir (24, 25, 39). Dinamik yapısı gereği geliştirilebilir ve sürdürülmesi desteklenebilir bir faktör olarak (65) travma sonrası büyümeye odaklı psikososyal müdahale çalışmalarının umut vaat eden sonuçları da (62, 63, 116, 117), bu olgunun, bireylerin süreçteki ihtiyaçlarının ele alınmasında giderek önem kazandığının bir defa daha altını çizmektedir.

2.1.2. Psikolojik Sağlamlık

Kanser yaşantısına uyum sağlamayı kolaylaştıran bir diğer koruyucu faktör ise, travma sonrası büyüme ile ilişkili ancak farklı bir yapı olan psikolojik sağlamlık kavramıdır (78, 113-115, 118). Travma sonrası büyüme, bireyin kriz yaşantısından önceki kapasitesini aşması ile ilgili olumlu dönüşümü içeren bir kavram iken (59), psikolojik sağlamlık kavramı ise, travmatik bir durum karşısında bireyin, fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma ve önceki işlevsellik düzeyine geri dönebilme becerisi ile ilişkili dinamik kapasitesini ifade etmektedir (41, 49, 50). Travma sonrası büyüme kavramı duygu, düşünce ve davranışlara ilişkin yeniden yapılandırma süreci ile birlikte, “travma sonrası” ortaya çıkan daha uzun vadeli değişimlere odaklanmakta, psikolojik sağlamlık kavramı ise kişinin daha çok olay sırasındaki ya da sonrasındaki tepkileri ile ilişkili travmaya karşı gösterdiği bir direnç ve işlevselliğini sürdürebilme yeteneğine hitap etmektedir (50, 61).

Psikolojik sağlamlık, genetik ve gelişimsel faktörlerin yanı sıra, etkili problem çözme becerisi, esneklik, öz farkındalık ve sosyal destek gibi bir dizi faktörün gelişiminde rol oynadığı ya da yapısında var olduğu bilinen bir kavramdır. Psikolojik sağlamlık, travmatik olayın etkilerine bir cevap olarak bireyin istikrarlı bir şekilde psikolojik ve fiziksel işlevsellik düzeylerini sürdürmesi ya da bu değişimi onararak

eski kapasitesine geri ulaşmasına, dolayısıyla süreci etkili bir şekilde yönetmesine olanak tanımaktadır (39, 48-51, 119).

Bireyin duygusal dengesini koruyarak sürece olan uyumunu sağlıklı bir şekilde sürdürmesine ve büyümesine olanak tanıyan bu yapı (41, 48, 49) kanser yaşantısında da önemli bir role sahip koruyucu ve güçlendirici faktörler arasında yer almaktadır (39). Biyolojik, bireysel ve özellikle sosyal destek gibi bağlamsal faktörlerin katkıda bulunduğu çoklu karakteristiklere sahip bir koruyucu yapı olan psikolojik sağlamlığın, olumsuz ruhsal semptomları azaltmaya ve pozitif ruhsal sağlık çıktılarını teşvik etmeye katkı sağladığı, sürece uyumu kolaylaştıran bir rolü olduğu bildirilmektedir (39, 56, 120).

Kanser deneyimi tanı ve tedavi aşamasında olduğu gibi tedavi sonrası dönemde de bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritüel, ekonomik olarak çeşitlendirilebilecek, sağlık bütünlüğünün tüm yönlerine ilişkin etkilerini sürdürmekte ve bu bütünlüğü idame ettirmede psikolojik sağlamlığın koruyucu rolüne dikkat çekilmektedir (24, 39, 57, 121). Bireyin, bireysel ve çevresel kaynaklarının var olmasının yanı sıra bu kaynakları uyum sağlama yönünde kullanması ile ilişkili çabaları da sürecin gidişatında belirleyici olabilmektedir (43). Bu çabaları teşvik etme potansiyeli yüksek faktörlerden birisi olarak psikolojik sağlamlık, sağ kalım sürecine ilişkin psikososyal kaygıları hafifletme avantajı ile bireyin yaşam işlevselliğini sürdürmesini kolaylaştırmaktadır (50, 56). Nitekim, bireyin bütüncül sağlığına ilişkin olumlu sonuçlar ile ilişkilendirilen psikolojik sağlamlığın, yaşam kalitesi ve iyilik hali gibi çıktıları teşvik ettiği ve psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan bireylerin daha düşük anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip olduğu bildirilmektedir (39).

Sosyal destek, travma sonrası büyüme ve yaşam kalitesi gibi koruyucu ya da ilişkili olan faktörlerin katkısı ile birlikte kanser sürecinin aşamalarına yönelik farklılık gösterebilen psikolojik sağlamlığın dinamik bir olgu olduğuna birçok defa dikkat çekilmiştir (57, 78). Psikolojik sağlamlığın geliştirilebilir ve desteklenebilir bir yapı olduğuna dikkat çeken bu bulgular ile psikososyal müdahalelerin olumlu etkilerine yönelik sonuçlar (63, 82), sağ kalan bireylerin döneme özgü çeşitlilik gösteren ihtiyaçlarının ele alınarak, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz sağlık çıktılarına yönelik risk düzeyinin yönetilmesi (39) ve olumlu psikososyal sonuçların teşvik

edilmesi açısından psikososyal bakımın kritik bir unsuru olarak açığa çıktığını vurgular niteliktedir (57).

2.1.3. Anlam Bulma

Kanser deneyiminden elde edilebilecek bir diğer olumlu yaşam değişimi ise anlam bulmadır (9, 40, 66, 122, 123). Anlam, Park (2010)'ın ifade ettiği haliyle *“tanımlanması güç ancak kişinin hayatının merkezinde yer alan”* bir olgudur (72). Steger ve ark. (2006) anlamı *“kişinin varlığının ve varoluşunun doğasına ilişkin hissettiği çağrışım ve önem”* olarak *“öznel bir his”* bağlamında tanımlamaktadır (124). Reker ve Wong (1988) anlam kavramını değer, amaç, bütünlük (tutarlılık) (*coherence*) ve inanç sistemi gibi yapılarla ilişkilendirmiş, *“kişinin varoluşundaki düzen, tutarlılık ve amacın farkında olması, değerli hedeflerin peşinde koşması ve bunlara ulaşması ve buna eşlik eden bir tatmin duygusu”* olarak tanımlamıştır (125). Wong (1989) bir diğer makalesinde ise anlamın *“kişisel anlam, öznel değerlere dayanan ve yaşama kişisel önem ve tatmin kazandırabilen, bireysel olarak inşa edilmiş bilişsel bir sistem”* olduğunu belirtmiş, *bilişsel, motivasyonel ve duyuşsal* olmak üzere üç temel bileşeni olduğunu vurgulamıştır (126). Wong (1989)'a göre, bilişsel bileşen *“kişinin inançlarını ve dünyayı gördüğü şekliyle yorumlamasını”*, motivasyonel bileşen *“kişinin öznel değerleri, ihtiyaçları ve istekleri ile tutarlı olan kişisel hedeflerine ulaşması ve bu hedefleri takip etmesini”*, duyuşsal bileşen ise *“kişinin hayatının yaşamaya değer olduğuna dair inancından kaynaklanan doyum veya memnuniyet duygusunu”* ifade etmektedir (126). Wong 1998 yılında ise ilişkisel ve kişisel olmak üzere bu bileşenlere iki ek boyut daha eklemiştir (127) ancak bu boyutları daha çok anlamın ön koşulları yani anlam bulmaya eğilim yönünde tartışmıştır (128). Kişinin anlam sistemi olarak tanımlanan bu yapı, birbiri ile etkileşim halinde ve iç içe geçmiş olan bileşenler bağlamında bütüncüdür (127, 128).

Anlam sistemi ile ilgili benzer bir görüş de Dittmann-Kohli (1991)'ye aittir. McDonald ve ark. (2012) (80) Dittmann-Kohli (1991)'nin bu sistemin bireyin işlevselliği açısından en önemli unsur olduğuna yönelik vurgusuna dikkat çekmiştir. Wong ve Fry (1998)'in (129) aktardığına göre Dittmann-Kohli (1991) anlamın, çeşitli alt bileşenleri olan dinamik, merkezi bir yapı olduğunu bildirmiştir. Dittmann-Kohli (1991)'ye göre, bireyi yaşam yolculuğu süresince yönlendiren bilişsel bir harita olarak

düşünülebilecek bu yapı, kişinin benliğini ve yaşamını yorumlamada kullandığı kavramsal şemaları içeren bir sistemdir (129). Kişiye ve çevreye yönelik motivasyonel biliş ve anlayışları içeren, bilişsel-duyuşsal bir ağ olarak tanımlanabilecek bu sistem, barındırdığı hedefe yönelik çaba faaliyetleri ve davranış planları ile birlikte aynı zamanda davranışlarına yön vermesi ile de karakterize edilmektedir (128, 129). Dittmann-Kohli (1991)'nin yanı sıra Frankl (1985) da (7) *İnsanın Anlam Arayışı (Man's Search for Meaning)* kitabında anlamın “*insandan insana, günden güne, saatten saate farklılık gösterebilen*” bir olgu olduğundan bahsederek öznel ve aynı zamanda ise dinamik bir yapı olduğuna dikkat çekmektedir. “*Bireyin geleceğine ve bu geleceğe doğru nasıl ilerleyeceğine dair temel varsayımlarına meydan okuyan*” psikolojik travma (61) ile karşı karşıya kalmak dinamik ve bütüncül bir yapıya sahip olan bu anlam sistemini parçalayabilmektedir (9, 33). Bir psikolojik travma olarak kanser, bireyin yaşamını büyük oranda değişime uğratma potansiyeline sahip olumsuz bir deneyimdir. Yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak kanser, bireyi yalnızca fiziksel bir risk ile karşı karşıya bırakmakla kalmayıp aynı zamanda psikolojik, sosyal ve spiritüel açıdan tüm güvenli alanlarına uzanma potansiyeline sahip bir deneyime dönüşebilmektedir. Kanser süreci ve yol açtığı olumsuz sonuçlar, bir travma deneyimi olarak bireyin incinmezlik inancı, dünyanın anlamlı ve benliğin olumlu olduğu algısını değişime uğratmakta, kişisel kontrolü ve dünyadaki değerine yönelik kayıp algısı ile birlikte uyumsuz varsayımlara yol açabilmektedir (68, 130). Güvenli varsayımların sarsılması ve açığa çıkan belirsizliğin yanı sıra, sürecin yol açtığı olumsuz etkiler ile birlikte “normal” yaşamın sekteye uğraması, bireyin anlam hissini tehdit edebilmektedir (9, 20, 37, 66, 68-70). İstikrarlı ve bilindik olan varsayımlarını sorgulayan ve geleceğe ilişkin belirsizlik gibi nedenlerden dolayı anlam kaybı yaşayan bireyler kendilerini varoluşsal açıdan sıkıntılı bir sürecin içinde bulabilmektedir (66, 69). Bireyin deneyimlediği bu varoluşsal kriz literatürde aynı zamanda anlam arayışı süreci ile ilişkilendirilmektedir (69).

Bir baş etme çabası olarak parçalanan anlam sistemlerini yeniden inşa çabası içerisine giren birey, bu bağlamda kanser deneyimini ve bu deneyimin hayatına ve dünyaya bakış açısı üzerindeki etkisini gözden geçirebilmektedir (9, 69). Kanser deneyimi, bu yeniden inşa çabası içerisinde adil bir dünya gibi temel inançların onarılması kadar, aynı zamanda bireyin dünya anlayışını genişletmesine, yani

anlamlandırma sürecinin bir ürünü olarak anlam bulma ve büyüme yönünde ilerleyebilmesine de bir olanak sağlayabilmektedir (9, 66, 72-74). Literatür, kanser deneyiminden elde edilen bu anlamın iyilik hali ve yaşam kalitesini iyileştirdiği, kişinin öz farkındalığını ve kontrol duygusunu artırdığı ve hayata yeniden katılmasında bir motivasyon sağladığını bildirmektedir (9, 69, 74). Bireyin deneyimini olumlu yönde yapılandırarak ulaştığı anlam hissini (anlam bulma) yaşamına sağladığı bu olumlu katkılar, bireyin süreçten öncekinden daha güçlü çıkmasının yanı sıra aynı zamanda bu sürece uyum sağlamada koruyucu bir faktör olduğunun da altını çizmektedir.

2.2. Travma Sonrası Büyüme, Psikolojik Sağlamlık ve Anlam Bulma Düzeyini İyileştirmede Psikososyal Müdahalelerin Rolü

Kanserden sağ kalım süresinin artması ile paralel olarak bireylerin ele alınması gereken ihtiyaçları da ön plana çıkmış ve sürece sağlıklı bir şekilde uyum sağlamaları iyilik hali ve yaşam kalitelerinin sürdürülmesi yönünden oldukça önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Sağ kalan bireylerin bu yaşantıyı yönetme süreçleri strese verilen yanıt bağlamında çeşitlilik gösterebilmekte, bazı bireyler bu sürece daha kolay uyum sağlarken bazıları ise olumsuz etkileri tolere edemeyerek risk altında olabilmektedir (24, 30, 108, 122). Kanser deneyimi ile ilişkili olarak sağ kalan bireyler arasında bildirilen olumlu yaşam değişiklikleri de süreçte etkili olabilecek travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma gibi koruyucu faktörlerin söz konusu ayrımı sağlayabileceğine yönelik bir açıklamayı gündeme getirmektedir. Önemli bir yüke sahip kanserden sağ kalan popülasyonunda sürece uyumu kolaylaştırmada, iyilik hali ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde kritik role sahip bu faktörlerin (9, 18, 24, 39) ele alınması oldukça değerlidir.

Bireyin hayatına sağ kalım sürecinde de dokunmaya devam eden kronik bir hastalık olarak kanser, süreklilik gösteren, uzun vadeli bir yönetim ve bütüncül bir bakımın sunumunu gerektirmektedir (24, 106, 131, 132). Bu bütüncül bakımın anahtar bir bileşeni olan psikososyal bakım, hem doğrusal hem de döngüsel ve dinamik olarak devam eden kanser deneyimi sürecinde bireyin fizyolojik ihtiyaçlarının yanı sıra, psikolojik, sosyal, spiritüel bakım ihtiyaçlarının ele alınarak işlevsellik düzeyinin sürdürülmesini destekleyen disiplinler arası bir bakım olarak tanımlanmaktadır (132).

Bireyin, sağ kalım s¼recinde, fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının ele alınarak ¼zyeterlik ve ¼z-y¼netim stratejilerinin g¼çlendirilmesi, işlevselliğin etkin s¼rd¼r¼lebilmesi, hayata yeniden uyumunun sağlanması ve kişisel b¼y¼menin desteklenmesi açısından oldukça ¼nemlidir (24, 106). Bu işlevselliği s¼rd¼rmeye ve iyileştirmeye katkı sağlayan bir araç olarak kritik konumda yer alan “psikososyal m¼dahaleler”, bireye verilen psikososyal bakımın ¼nemli bir bileşenini oluşturmaktadır (133). Çeşitli destekleyici terap¼tik girişimleri içeren psikososyal m¼dahaleler yolu ile en temelde, hastalık s¼recinin getirdiği olumsuz etkilerin hafifletilmesi, bireyin s¼reçle başa ¼ıkması desteklenerek olumlu bir şekilde uyum sağlamasının kolaylaştırılması ve iyilik halinin y¼kseltilmesi hedeflenmektedir (134, 135). Bununla birlikte, “psikososyal m¼dahale” literat¼rde tanımını konusunda uzlaşmaya varılmış bir kavram değildir ve bu hedefe ulaşma yolunda oldukça geniş bir yelpazeye yayılan girişimler uygulanmakta, ¼ok çeşitli adlar altında anılmaktadır (135, 136). Bir ya da birden ¼ok kuramsal yapıdan beslenebilen, içerik, strateji, bileşen ve hatta hedeflediği sonuç ¼ıktısı bağlamında çeşitlilik g¼sterebilen psikososyal m¼dahaleler (137, 138), hastalık ve tedavi s¼recine rehberlik etme/bilgi sağlama, başa ¼ıkma ve kişiler arası iletişim becerilerinin geliştirilmesi, sosyal destek sağlama, maladaptif bilişlerin ele alınması, spirit¼el ihtiyaçların y¼netilmesi, ¼z-y¼netim stratejilerinin g¼çlendirilmesi, sağlıklı yaşam tarzına y¼nelik davranışların geliştirilmesi gibi yollar ile bireyin uyumunu iyileştirmeyi amaçlamaktadır (56, 134). Dolayısıyla, bireye sunulacak psikososyal m¼dahale içeriğinde travma sonrası b¼y¼me, psikolojik sağamlık ve anlam bulma koruyucu fakt¼rlerinin teşvik edilmesine y¼nelik stratejileri benimsemek, m¼dahalenin “uyumu destekleme ve iyilik halini y¼kseltme” hedefi için bir kolaylaştırıcı olarak açığa ¼ıkmaktadır. Bunun yanı sıra, bu değişkenlerin dinamik bir yapıya sahip olduğuna y¼nelik vurgu (7, 39, 65, 78-80) psikososyal m¼dahaleler yolu ile geliştirilebilir ve s¼rd¼r¼lmesi desteklenebilir avantajlı değişkenler olduğunun altını ¼izmektedir.

Psikososyal m¼dahale kavramını genel geçer bir ifade ile farmakolojik olmayan, bireyin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını hedefleyen bir girişim olarak tanımlanmasının yanı sıra, muğlak yapısı gereği bazı alt alanlarına ilişkin çerçeve ¼izmek m¼dahaleye y¼nelik anlatıların yapılandırılmasına ve doğasını anlaşılır kılmaya olanak sağlamaktadır (137, 138). Bu kapsamda, uygulanan m¼dahalenin adını

(farkındalık temelli stres azaltma, anlam-odaklı grup psikoterapisi gibi), hedefini (“tedavinin kendi kendine yönetimi hasta sorumluluğunun artması ve daha fazla uyum ile sonuçlanabilir” gibi), bileşenlerini (eğitim, gevşeme, sosyal destek, beceri eğitimi gibi), kullandığı teknikleri (nefes egzersizleri, modelleme, didaktik öğretim gibi) ifade eden içerik; uygulanan stratejilerin sonuç çıktısına ilişkin değişim yaratacağı yola atıf yapan süreç/mekanizma (inanç değişimi gibi); iyileştirmek üzere hedeflenen sonuç çıktısı (kansere süreci ile başa çıkmasına yardımcı olmak için tasarlanmış yaklaşım gibi) ve uygulama yöntemi (terapist eşliğinde, kendi kendine yardım grubu, haftada bir oturum olmak üzere sekiz hafta süreli bir yaklaşım gibi) gibi alanlara yönelik ayrıntıların sunulması önemli olmaktadır (137, 138). Kansere hastalarına uygulanan psikososyal müdahaleler incelendiğinde, çeşitli adlar altında yürütüldüğü, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma sonuç çıktısını hedefleyen farklı teorik altyapı, içerik ve stratejilere sahip oldukları görülmektedir (92-95). Ulusal Kansere Enstitüsü (*National Cancer Institute*) psikososyal desteği tanımlarken, “kansere gibi hastalıkların bir hastanın düşüncelerini, duygularını, duygudurumunu, inançlarını, başa çıkma yollarını ve ailesi, arkadaşları ve iş arkadaşlarıyla olan ilişkilerini etkileyebileceği” ne vurgu yapmıştır (136). Tanımda yer alan duygu, düşünce ve davranışsal etkiler ve açığa çıkardığı ilişkisel değişimler bu süreci müdahalede ele almanın önemli olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulmaya yönelik daha önce vurgulanan, ruhsal travma etkisi sonucunda strese verilen yanıt ve bilişsel süreçlerin rolüne ilişkin vurgu da (61, 65, 80, 119, 126, 139) müdahale sürecinde bu alanlara yönelik değişimi hedefleyen stratejilerden yararlı sonuçlar elde edilebileceğine işaret etmektedir.

Kansere sağ kalan bireylerin olumlu değişimler elde etmesine yönelik, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma düzeylerini geliştirmek ve desteklemek amacıyla yürütülen psikososyal müdahale çalışmaları son yıllarda giderek büyüyen bir literatür oluşturmaktadır. Sağ kalan bireylere uygulanan müdahalelerin sözü edildiği üzere, danışmanlık, psikoeğitim, psikoterapi, grup terapisi, destekleyici-ifade edici grup terapisi, bilişsel-davranışçı terapi/stres yönetimi, psikolojik sağlamlığı geliştirme ve stres yönetimi eğitimi, başa çıkma beceri eğitimi, sağlık koçluğu, ifade-edici yazma, güçlendirme programı, farkındalık temelli stres

yönetimi/kanser iyileşme, anlam merkezli terapi, müzik temelli müdahale gibi çeşitli başlıklar altında yürütüldüğü görülmektedir (62-64, 81-87). Müdahalelerin, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma düzeylerinin iyileştirilmesine yönelik elde ettiği bulgular, sağ kalım sürecine uyumu teşvik etmesi ve bu süreçte bireysel büyüme yönünde daha güçlü bir şekilde ilerlemesine olanak tanınması bakımından umut vaat edicidir (63, 64, 84, 87, 88). Diğer yandan, müdahale etkisinin anlamlı olmadığı (83, 87, 89-91) veya kontrol grubuna kıyasla marjinal düzeyde bir fark elde edildiği (140), olumsuz etkilere yol açtığı (81) ya da eksik raporlamaya (82) veya metodolojik sınırlılıklara (141) bağlı belirsizlik oluşturan sonuçlar da bulunmaktadır. Çalışmaların etkilerine ilişkin bu çelişkili sonuçlara getirilebilecek olası bir açıklama, teorik alt yapı, içerik ve kullanılan stratejiler bağlamında çeşitlilik gösteren müdahalelerin uygulanması, kanser türü kapsamında farklılaşan popülasyon özellikleri gibi parametreler bulunmasıdır. Bununla birlikte, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam olguları aynı zamanda bir süreç olması nedeniyle yapılanması açısından zamana ihtiyaç duyabilmekte, dinamik yapısı gereği, hastalığa bağlı faktörler ve bireysel ihtiyaçlar, sosyal destek, ilişkiler gibi gelişimi, sürdürülmesi ya da azalmasına katkıda bulunabilecek olan akışkan koşullara bağlı olarak düzeyleri zaman içinde değişim gösterebilmektedir (7, 9, 33, 39, 61, 65, 66, 78, 80, 156, 157). Bireyin sürece uyumunu kolaylaştıran faktörler olarak işlev görmelerinin yanı sıra olgunlaşmasına olanak sağlayan bu olumlu değişimlerin sürdürülmesinin teşvik edilmesi ve izlenmesi bu bağlamda oldukça değerlidir. Dolayısıyla farklılaşan çalışma sonuçlarının, müdahalelerin bu sonuçları hedefleme yeteneği ve çeşitlilik gösteren takip sürelerinde elde edilen bulgular ile de ilişkili olması muhtemeldir. Dolayısıyla, psikososyal müdahalelerin kanserden sağ kalan bireyler arasında bu olumlu sonuç çıktılarını teşvik etmesine yönelik etkili olup olmadığı, tutarlılık düzeyi, etki mekanizması ve sürdürülebilirliğine yönelik soruların açıklığa kavuşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık ve sosyal bakım ile ilişkili klinik karar verme süreçlerinde en uygun müdahaleyi seçmek, literatürde var olan araştırma bulgularından maksimum düzeyde emin olmak, sunulacak hizmetlerin öznesi insan olduğu için yüksek önem taşımaktadır (142, 143). Bu bağlamda, kanıta dayalı bir yaklaşım benimsenmesi, müdahalenin olası fayda ve zararlarının etkili yönetilmesine olanak tanıyarak tedavi ve bakım

hizmetlerinin optimal kalitede sunulmasına ve birey/hasta çıktılarının iyileştirilmesine hizmet eden, maliyet etkin ve bilimsel bir uygulamadır (142, 144). Literatürde oldukça fazla sayıdaki bireysel çalışma ve bu çalışmalar arasında çeşitlilik gösteren, hatta bazı zamanlarda yetersiz ve çelişkili bulgular, sonuçları tek tek değerlendirmeyi imkansız kılmaktadır (142, 145, 146). Bunun yanı sıra, klinik karar verme süreçlerinde tek bir araştırma bulgusundan yararlanmak kabul gören güvenli bir yaklaşım değildir ve bu bulgulardan hangisinin seçileceğine karar vermek ise çoğu zaman güçlüğüne yol açmaktadır (145). Bu güçlükleri yönetmek için, çok sayıda bireysel çalışma bulgularının gözden geçirilmesi, daha sindirilebilir bir biçimde erişilir kılınması ve güncel, eksiksiz bir özet, yani “araştırma sentezi” elde edilmesi gerekmektedir (142, 146, 147). Bir araştırma sentezi, herhangi bir ya da birden fazla çalışmaya ilişkin bulgunun, literatürde yer alan diğer tüm çalışma sonuçları bağlamında değerlendirilmesini, organize edilmesini ve bütünsel bir anlayışa varılmasını amaçlamakta, böylelikle araştırma ile klinik karar verme süreçleri arasında bir köprü oluşturmaktadır (147-150). Bu senteze olanak sağlayan “sistemik derleme”, bir araştırma sorunu ya da alanına ilişkin ya da bir müdahalenin etkinliğine yönelik, tek bir çalışma yerine, çok sayıda çalışma sonucunun daha kapsamlı ve daha güçlü bir resmini sunması açısından kanıta dayalı yaklaşıma kapı açan bir yöntemdir ve bu kanıta dayalı yaklaşımın klinik karar verme süreçlerindeki kritik rolünden hareketle geliştirilmiştir (142, 143, 146, 149). Sistemik derleme, önceden tanımlanmış bir araştırma sorusuna yanıt oluşturmak amacıyla, “*araştırma literatürünün sistemik ve açık, hesap verilebilir yöntemler kullanılarak gözden geçirilmesi*”ni ve primer çalışmalara ilişkin kanıtların bir araya getirilmesini sağlayan bir araştırma yöntemidir (142, 146, 151). Sistemik derleme süreci her zaman “meta-analiz” yöntemini içermemekte, ancak bir meta-analiz her zaman sistemik derleme yöntemlerinin yürütülmesini gerekli kılmaktadır (152, 153). Meta-analiz, sistemik derleme sürecinin temel istatistiksel aracı olarak “*bağımsız çalışmalardan elde edilen bulguların istatistiksel kombinasyonu*”nu gerçekleştiren bir araştırma yöntemidir (150, 154). Egger ve ark. (2001), Huque (1998)’nin tanımı bağlamında meta-analizin, “*genellikle herhangi bir tedavi etkisine yönelik tek (single) bir tahmin üretmeyi amaçlayan, bağımsız çalışmalardan elde edilen bulguların istatistiksel bir analizi*” olduğunu bildirmiştir (152). Derlemenin araştırma sorusu aynı zamanda bağımsız

çalışma bulgularının “nicel bir özet”ine odaklanıyor ise sistematik derleme sürecine meta-analiz yöntemi de dahil edilmektedir (155). Literatürde yer alan çeşitli psikososyal müdahalelerin, kanserden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyüme, psikolojik sağlık ve anlam bulma düzeyleri üzerindeki etkisini sistematik derleme ve meta-analiz yöntemi ile incelemek önemli görünmektedir (150). Ulaşılan psikososyal müdahale çalışmalarının bulgularını özetlemek, elde edilen verilerin birleştirilmesine ve farklılık gösteren bulguların birbiri ile uyum düzeyinin anlaşılmasına olanak tanımaktadır (150). Diğer yandan bu tür çalışmalar, kanserden sağ kalan bireylerde, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlık ve anlam bulma olgularını hedefleyen psikososyal müdahale çalışmalarına ilişkin kanıt boşlukları ve ihtiyaç duyulan çalışma alanlarının keşfedilmesine katkıda bulunmaktadır (152).

2.3. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Günümüzde tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi kanser de uzun soluklu bir deneyime doğru evrilmiş, bireyin hayatının tüm yönlerinde etkisini gösteren bir süreç haline almıştır. Bireyin, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel yaşam alanlarına ilişkin oldukça çeşitli ve dinamik bakım ihtiyaçlarını gündeme getiren kanser deneyimi (19-23), bütüncül bakımın önemini sürekli bir şekilde hatırlatır bir niteliğe sahiptir. Bütüncülük (holizm), bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel alanları ile entegre ve dinamik bir varlık olduğunu öne süren bir yaklaşımdır (158). Bütüncül bakım, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunumunda bireyi, tüm bu alanlara ilişkin görüş ve ihtiyaçlarını hesaba katarak ele almaktadır (159). Kanser yolculuğu sürecinde bireylerin uzun vadede devam eden ihtiyaçlarının gündeme gelmesi ile birlikte, olumsuz yaşam deneyimlerinin yatıştırılması ve psikolojik sağlık gibi koruyucu faktörlerin desteklenmesine yönelik farkındalık artmış, bireylerin iyilik halini iyileştirmek amacıyla yürütülen bütüncül bakım uygulamaları onkolojik bakım hizmetlerinde de ön plana çıkmıştır (18, 132). Bütüncül bakım felsefesinden hareketle, bireyin yaşamının tüm alanlarına ilişkin işlevselliğini geri kazanması, sürdürmesi ve yükseltmesini desteklemek amacıyla, psikososyal bakım uygulamalarının onkolojik bakım hizmetlerinin içine entegre edilmesi, koordinasyonun ise onkoloji ve diğer disiplinlere ilişkin profesyonellerin yer aldığı multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile sağlanmasının önemine dikkat çekilmektedir (67, 159-161).

Onkolojik tedavi ve bakım hizmetlerinin sunumunda, onkoloji profesyonellerinin yanı sıra, medikal ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi ele alan, bu multidisipliner ekibin bir parçasını oluşturan ve psikososyal bakımın organizasyonunu sağlayan konsültasyon liyezon psikiyatrisi (*KLP*) uygulamalarının da rolü büyüktür (162). Kanser deneyiminin, kaçınılmaz olan psikolojik ve psikiyatrik etkileri, onkolojik bakım hizmetlerine ruh sağlığı uygulamalarının entegrasyonunu gerekli kılmış ve özelleşmiş bir dal olan psiko-onkoloji alanındaki bakım uygulamaları önem kazanmıştır (160, 162). Psikososyal müdahalelerin yaşam kalitesine sunduğu katkının azımsanmayacak düzeyde olması, günümüzde artık psikososyal bakımı, kanser bakım uygulamalarının ayrılmaz bir parçası haline getirmiştir (131). Kanser sürecinin yol açtığı etkiler konusunda deneyimli ruh sağlığı profesyonelleri tarafından ele alınan psikososyal bakımın kanser bakım sürecine bütünleştirilmesi ve organizasyonunu sağlayan KLP uygulamaları bu bağlamda, bu multidisipliner yapı içinde yaşamsal bir role sahiptir (160).

Bütüncül yaklaşım felsefesi ile hareket eden psikiyatri hemşireliği (158), oldukça çeşitli ileri düzey becerilere sahip, klinik, bakımın koordinasyonu, psikososyal sağlığı geliştirme ve önleme, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, eğitim ve araştırma gibi geniş bir uygulama alanı bulunan bir disiplindir (163, 164). Bu ileri düzey beceriler ile donanımlı olan psikiyatri hemşiresi, KLP hizmetlerine katkı sunan, ekibin kritik bir bileşenini oluşturmaktadır (165, 166). Lipowski 1967 yılında KLP'yi "*genel bir hastanenin psikiyatri dışı bölümlerindeki psikiyatristlerin tüm tanı, tedavi, eğitim ve araştırma faaliyetlerini içeren klinik psikiyatrinin bir parçası*" olarak tanımlamıştır (167). Lipowski (1971, 1985) sonraki yayınlarında KLP tanımının içerisine "hemşire"yi de dahil etmiş ve hatta "liyezon hemşiresi"nin bu faaliyetlerdeki rolüne ve etkinliğine vurgu yapmıştır (165, 168). Bu bağlamda, psikiyatri hemşireliğinin özelleşmiş bir dalı olarak KLP ekibinin kritik bir üyesi olan KLP hemşiresi (166) günümüzde halen faaliyetlerini sürdürmeye devam eden bir uzman konumundadır. Amerikan Hemşireler Birliği (*American Nurses Association (ANA)*), Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Birliği (*American Psychiatric Nurses Association (APNA)*) ve Uluslararası Psikiyatri-Ruh Sağlığı Hemşireleri Derneği (*International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPAN)*)'nin "Psikiyatri-Ruh Sağlığı Hemşireliği: Kapsam ve Uygulama Standartları" (*Psychiatric-*

Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice)’na ilişkin ortak yayınında aktarıldığı üzere, Amerikan Hemşireler Birliği KLP hemşireliği uygulamasını “*gerçek veya potansiyel bir fiziksel hastalık ve/veya işlev bozukluğu olan bireylerin, ailelerin ve önemli diğer kişilerin davranışsal, bilişsel, gelişimsel, duygusal ve spiritüel tepkilerinin belirlenmesi, tanınması ve tedavisi*”nin gerçekleştirilmesi olarak bildirmiştir (169). Bu faaliyetlerin yanı sıra KLP hemşiresi, primer klinik ekibe de süpervizyon, eğitim ya da bireysel psikososyal ihtiyaçlarını organize ederek destek sağlamakta, bakım hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artıran yönde ruh sağlığı alanı dışındaki profesyonellerle işbirliğine dayalı ilişkilerini sürdürmektedir (164, 169-171). Dolayısıyla, KLP hemşiresi birey, sağlık çalışanı ya da organizasyonel açıdan açığa çıkan çatışma ve krizlerin daha etkili bir şekilde ele alınmasını ve risk yönetimini sağlayarak bakım standartlarının yükseltilmesine katkı sağlayan bir profesyonel olarak KLP ekibinin içinde anahtar bir pozisyonda yer almaktadır (165, 166, 170). Türkiye’de, KLP hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları resmi olarak, 19.04.2011 tarih ve 27910 sayılı “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ekinde “Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları” adıyla (Ek-2) tanımlanmıştır (172).

KLP hemşiresi profesyonel faaliyetlerini klinik süpervizyon, eğitim, idari ve araştırma rolleri kapsamında gerçekleştirmektedir (169). Bu rollere ilişkin işlevleri birbiri ile etkileşim halindedir ve her biri ruh sağlığı hizmetlerinin primer bakım uygulamalarına bütünleştirilmesinde önemli katkılar sağlanmaktadır (163, 164, 170, 171, 173, 174). Bu kapsamda, KLP hemşiresinin daha çok hizmetin doğrudan sunumuna hitap eden rollerinin yanı sıra araştırma rolü de ileri düzey becerileri bağlamında etkinlik sağlayabileceği stratejik bir konumdadır (163). Araştırma faaliyetleri KLP hizmetlerinin gelişimini destekleyen, bütüncül bakım uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır (165). KLP hemşiresinin de sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi ve klinik araştırma yürütülmesi yolu ile KLP araştırma faaliyetleri içine entegre olması yüksek önem taşımaktadır (165, 173, 175). KLP hemşiresinin onkoloji hizmetleri içerisinde doğrudan ve dolaylı olarak sunduğu bakım uygulamalarının dökümantasyonu, müdahalelerin işlevselliğinin ve sürdürülebilirliğinin izlenmesi hizmet kalitesi ve sonuç çıktılarının iyileştirilmesi için bir gerekliliktir (173). Bu kapsamda, bireyler, hemşirelik mesleki eğitimi, sağlık

politikaları ve sunulan hizmetler bağlamında nitel ve nicel araştırma tasarımları kullanılarak geniş bir yelpazede yürütülebilen faaliyetler yer almaktadır (169).

Kanserden sağ kalan bireylerin gereksinimlerine yönelik bilgi eksikliği ve bakımın sunumuna ilişkin aksaklıklar, önemli bir yüke sahip bu popülasyonun uyum sürecini ve iyilik halini etkilemektedir (18, 176). Kanserden sağ kalan bireylere sunulan bakımın, sistem içine entegre edilmesi ya da koordinasyonu ile ilgili sorunlar bütüncül bakımın gerekliliklerinin karşılanmasını mümkün kılmayan sonuçlara yol açabilmektedir (18, 20, 176). Psiko-onkolojik hizmetler bağlamında, kanserden sağ kalan bireylere sunulan psikososyal bakım uygulamaları ve bu konudaki farkındalığın giderek artmasının değerli gelişmeler olması ile birlikte, bireylerin, ihtiyaçları ile örtüşen hizmetler ile buluşması da bu desteğin oldukça kritik bir ayağını oluşturmaktadır (18, 106). Tedavi sonrası sunulan bütüncül bakım uygulamalarına ilişkin organizasyon ve koordinasyon sorunları, kanıta dayalı uygulamalara ya da güçlü kılavuzlara yönelik aksaklıklar alana ilişkin henüz devam eden bazı gereksinimler olarak bildirilmektedir (18, 176). Psikiyatri hemşirelerinin mesleki performans standartları ve ileri düzey becerilerinden birisi olarak tanımlanan “kanıta dayalı uygulama ve araştırma” yetkinliği bağlamında, kanıt ve araştırma bulgularının uygulamaya entegrasyonu ve bu sayede yürütülen faaliyetlerin sürekli bir şekilde iyileştirilmesi esastır (163, 169). Bu doğrultuda, bireylerin bütüncül bakım gereksinimlerinin ele alındığı psikososyal bakım uygulamalarının yürütülmesi kadar, bu uygulamaların etkinliğinin ve sürdürülebilirliğinin araştırmalar yolu ile değerlendirilmesi de bir o kadar elzemdir. KLP hemşiresi, daha önce yürütülen araştırma sonuçlarını eleştirel olarak yeniden inceleyerek kanıta dayalı bilgiyi elde etme ve bu bilginin klinik karar verme ve klinik eğitim süreçlerine entegrasyonunu sağlamada yetkin bir profesyoneldir (175). Bu bağlamda, KLP hemşiresi tarafından araştırma ve uygulama alanları arasında kurulan bu köprü, bakım alan bireylere optimal yarar sağlanması, onkoloji alanında çalışan sağlık profesyonellerinin desteklenmesi, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, KLP ve KLP hemşireliği disiplinlerinin dinamizmi açısından kritik bir konumda yer almaktadır (160, 163, 165, 169, 173, 175).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın yürütülmesinde temel olarak “Cochrane Müdahalelerin Sistematik Derlemeleri için El Kitabı (*Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*) (177) kılavuz edinilmiş ve *Cochrane Collaboration* tarafından derlemelerin yürütülmesi ve raporlanmasına rehberlik etmek amacıyla geliştirilmiş bir metodolojik el kitabı olan “Cochrane Müdahale Derlemelerinin Metodolojik Beklentileri” (*Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews*) (178) standartlarından yararlanılmıştır. Araştırma, yürütülen tüm süreçlere ilişkin açık ve şeffaf bir metodolojik sunum gerçekleştirebilmek amacıyla *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) 2020 Kontrol Listesi* (179, 180) doğrultusunda raporlanmış ve araştırma protokolü sistematik derleme protokollerinin ileriye dönük kaydının yapıldığı uluslararası bir veri tabanı olan *PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews)* (181, 182) platformuna *CRD42021253199* kayıt numarası altında kaydedilmiştir (Bkz. EK 2).

3.1. Araştırma Uygunluk Kriterleri

Araştırma uygunluk kriterleri, derleme sorularının oluşturulmasında da temel alınan PICO (*population/participants, interventions, comparators and outcomes*) unsurları doğrultusunda belirlenmiş ve ek olarak önerildiği üzere dahil edilecek çalışma türü (*types of study*) tanımlanmıştır (183). Bu kapsamda çalışmaların seçim sürecinde “*Araştırma Dahil Etme Kriterleri*” ve “*Araştırma Dışlama Kriterleri*” alt başlıklarında sunulan kriterler esas alınmıştır.

3.1.1. Araştırma Dahil Etme Kriterleri

Çalışma Türü

Derlemeye randomize kontrollü deneysel çalışma tasarımına sahip ve İngilizce dilindeki hakemli dergilerde yayınlanan araştırma makaleleri dahil edilmiştir.

Katılımcılar

Uygunluk kriterlerini sağlayan katılımcılar, aktif tedavi almayan (*cerrahi, kemoterapi, radyoterapi*) ve takip/remisyon döneminde olan 18 yaş ve üzeri kanserden sağ kalan bireylerdir.

Eş, bakımveren gibi, bireylerin sosyal destek ağının bir parçası olan katılımcıların da ortak bir şekilde dahil edildiği karma popülasyona hitap eden müdahaleye sahip çalışmalar, eğer kanserden sağ kalan bireylere ilişkin verileri ayrı olarak sunmuş ise derleme sürecine dahil edilmiştir.

Müdahale

Bu derlemede, “*duygu ve/veya düşünce ve/veya davranış değişikliğini*” hedef alan çeşitli destekleyici ve terapötik yaklaşımları içeren tüm psikososyal müdahaleler dikkate alınmıştır. Psikososyal müdahale programlarının çerçevesi, literatür desteği (85, 92-94, 184-186) ve araştırmacıların alana ilişkin profesyonel bilgi birikimi doğrultusunda çizilmiştir. “Psikososyal müdahale” kavramı doğası gereği oldukça kapsayıcı bir bağlama sahiptir ve içerik, benimsenen strateji gibi karakteristiklere ilişkin çeşitlilik göstermektedir. Bu derlemeye dahil edilmeye uygun olan müdahaleler literatürde genellikle, danışmanlık, psikoeğitim, psikoterapi, grup terapisi, destekleyici-ifade edici grup terapisi, bilişsel-davranışçı terapi/stres yönetimi, psikolojik sağlamlığı geliştirme ve stres yönetimi eğitimi, başa çıkma beceri eğitimi, akran grupları/danışmanlığı, sağlık koçluğu, ifade-edici yazma, güçlendirme programı, farkındalık temelli stres yönetimi, anlam merkezli terapi, müzik terapisi gibi çeşitli başlıklar altında yürütülmüştür.

Kanserden sağ kalan bireylere uygulanan çeşitli destekleyici girişimleri içeren müdahalelerin özelliklerine (*içerik, uygulanma süresi, uygulanma şekli/formatı, uygulayıcı niteliği gibi*) ve derlemenin sonuç çıktılarını (*travma sonrası büyüme,*

psikolojik sağlamlık, anlam bulma) özel olarak hedefliyor olmasına yönelik herhangi bir kısıtlama getirilmemiştir. İlgili müdahalenin travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma değişkenlerinden en az bir tanesini primer ya da sekonder sonuç çıktısı olarak değerlendirmesi derlemeye dahil edilme bağlamında yeterli görülmüştür.

Derlemeye dahil edilen çalışmalarda, uygunluk kriterlerini karşılamayan ek bir psikososyal müdahale kolu olduğu durumlarda, karar sadece kriterleri sağlayan ilgili müdahaleye ilişkin verilerin dahil edilmesi ve diğerinin derleme kapsamı dışında bırakılması ile sonuçlanmıştır (83). Ancak uygunluk kriterlerini karşılayan birden fazla psikososyal müdahale kolu bulunan çalışmalara ilişkin ise (81, 84, 187), her iki müdahale kolu da rutin bakım grubuna kıyasla derlemeye ayrı ayrı bir karşılaştırma olarak dahil edilmiştir.

Karşılaştırma

Derleme uygunluk kriterleri kapsamında psikososyal müdahale maruziyeti olmayan bir karşılaştırma grubu dikkate alınmıştır. Örnekler arasında, olağan/rutin/standart bakım, olağan/rutin/standart tedavi, bekleme listesi kontrol grubu, tedavi almayan kontrol grubu (*no treatment*) bulunmaktadır.

Derleme sürecinde, yürütülen ana müdahale içeriği ve/veya stratejisiyle doğrudan ilgili olmayan ek bir/iki oturumdan oluşan eğitim girişimi gibi karşılaştırma koluna sahip çalışmaların yer almasına izin verilmiştir. Bunun haricinde çalışma tasarımında, derleme uygunluk kriterlerini sağlayan ek bir kontrol grubu daha bulunmadığı sürece, aktif kontrol grubu ve başka bir psikososyal müdahale içeriğine sahip karşılaştırma kolları sürece dahil edilmemiştir.

Sonuç Çıktıları

Derlemeye, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma değişkenlerinden en az bir tanesini, primer ya da sekonder sonuç çıktısı olarak değerlendiren çalışmalar dahil edilmiştir.

Derlemede, travma sonrası büyüme sonuç çıktısı için, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (*Posttraumatic Growth Inventory*) (60), Fayda Bulma Ölçeği (*Benefit Finding Scale*) (188-190) gibi, psikolojik sağlamlık sonuç çıktısı için Connor-

Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (*Connor-Davidson Resilience Scale*) (49), Yetişkinler İçin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (*Resilience Scale for Adults*) (48), Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (*Brief Resilience Scale*) (191) gibi, anlam bulma sonuç çıktısı için ise Kişisel Anlam Profili (*Personal Meaning Profile*) (127), Yaşamın Anlamı Ölçeği - Mevcut/Var Olan Anlam Alt Ölçeği (*Meaning in Life Questionnaire - Presence Subscale*) (124), Manevi İyilik Hali Ölçeği (FACIT-Sp-12) - Anlam Alt Ölçeği (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being 12 Item Scale - Meaning Subscale*) (192) gibi değerlendirme araçları kullanılarak ölçülen puan değişimleri baz alınmıştır.

Sonuç çıktıları için ana analizler, mümkün olduğunca fazla çalışmaya ilişkin ortalama bir tahmin sentezleyebilmek ve sürdürülebilir müdahale etkilerine yönelik bir yargıya varabilmek amacıyla, “müdahale öncesinden itibaren mevcut en son takip ölçümü”ne kadar olan değişim skoru kapsamında gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, araştırmanın diğer analiz referans noktası ise “müdahale öncesi ve müdahaleden hemen sonraki takip ölçümü”ne ilişkin değişim skoru olmuştur. Bu değişim skoru referans alınarak yürütülen analizlerde, müdahale tamamlandıktan sonraki bir ya da iki hafta içinde gerçekleştirilen ölçümler sonuçlara, “müdahaleden hemen sonra” değerlendirmesi olarak dahil edilmiştir. Diğer yandan ise, derleme uygunluk kriterlerini sağlayan ancak verilerin çalışma yazarlarından temin edilemediği ve yeterli sayıya ulaşamayan çalışmaların (*psikolojik sağlamlık sonuç çıktısını değerlendiren çalışmalar*) sonuçları birleştirilmiş analizlerde yer bulamamıştır. Dolayısıyla bu çalışmalara ilişkin bulgular meta-analiz sürecine dahil edilememiş ve anlatsal olarak bir sunum gerçekleştirilmiştir.

3.1.2. Araştırma Dışlama Kriterleri

Araştırma dışlama kriterleri aşağıda maddeler halinde sıralanmaktadır:

- İleri evre/terminal dönem kanser tanısına sahip palyatif ya da yaşam sonu bakım sürecinde olan hastaları hedefleyen çalışmalar
- Fiziksel rehabilitasyon/fiziksel sağlığı (*egzersiz, beslenme gibi*) hedef alan müdahaleler, farmakolojik/medikal müdahaleler ve gevşeme tekniklerine yönelik müdahalelere (*progresif kas gevşeme egzersizi gibi*) odaklanan

çalışmalar (*Bu yaklaşımlar uygulanan psikososyal müdahalelerin bir parçası ise dışlanmamıştır*)

- Tam metnine ulaşamayan ve yayın dili İngilizce olmayan çalışmalar

3.2. Araştırma Bilgi Kaynakları

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasında ilgili çalışmaların elde edilmesine katkı sağlayan bilgi kaynakları, “bibliyografik veri tabanları” ve “diğer kaynaklar” ı içermektedir.

3.2.1. Bibliyografik Veri Tabanları

Araştırmada, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Plus with Full Text (EBSCOhost)*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)*, *Pubmed* ve *Web of Science (WOS) Core Collection* olmak üzere dört bibliyografik veri tabanında tarama gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, araştırma protokolünde sürece dahil edilmesi planlanan *PsycINFO (EBSCOhost)* veri tabanı ise, erişim sağlanamadığı için kapsam dışında bırakılmış ve ilgili kaynağa ilişkin değişiklik derlemenin *PROSPERO* kaydında güncellenmiştir.

Bibliyografik veri tabanlarına yönelik herhangi bir yayın tarihi kısıtlamasına gidilmemiş, her bir veri tabanında, başlangıcından itibaren tarama gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda gerçekleştirilen araştırma taramaları başlangıçtan itibaren, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Plus with Full Text (EBSCOhost)*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)* ve *Web of Science (WOS) Core Collection* veri tabanları için 29 Kasım 2021, *Pubmed* veri tabanı için ise 03 Aralık 2021 tarihine kadar olan aralığı kapsamaktadır.

3.2.2. Diğer Kaynaklar

Derlemenin tarama sürecinde, bibliyografik veri tabanlarına ek, tamamlayıcı literatür tarama yöntemleri arasında önerilen stratejiler olarak “alıntı araması” (155, 193) ve “çalışma yazarları ile yazışma” (194, 195) kaynakları kullanılmıştır.

Alıntı araması

Bibliyografik veri tabanı taramalarında gözden kaçma ihtimali bulunan potansiyel olarak ilgili ek çalışmaları belirleyebilmek amacıyla, dahil edilmesi yönünde karar alınan her bir çalışmanın referans (*backward citation searching*) ve atıf (*forward citation searching*) listeleri kontrol edilmiştir. İlgili taramalar, Scopus veri tabanı üzerinden 01 Temmuz 2022 ve 02 Temmuz 2022 tarihlerinde herhangi bir yayın tarihi sınırlaması konulmadan gerçekleştirilmiştir.

Çalışma yazarları ile yazışma

Araştırmanın ilgili aşamalarında (*çalışma seçimi, veri çekme süreci*), dahil edilen ve bu potansiyeli taşıyan çalışmalara ilişkin gerekli ek bilgileri (*eksik ve/veya belirsizlik oluşturan veriler*) talep etmek amacıyla, bu bağlamda kilit bir bilgi kaynağı olan çalışma yazarları ile (*her bir çalışma yazarı ile en az iki kez olmak üzere*) e-posta ve/veya whatsapp uygulaması yoluyla yazışmalar gerçekleştirilmiştir.

3.3. Tarama Stratejisi

Bu sistematik derleme ve meta-analiz sürecinde yürütülen literatür tarama süreci kılavuz belgelerin fikir birliği içinde olduğu sistematik bir süreç takip edilerek gerçekleştirilmiş, dahil edilme potansiyeline sahip ilgili çalışmaların tespit edilmesine yönelik dört bibliyografik veri tabanında (*CINAHL Plus with Full Text (EBSCOhost), CENTRAL, Pubmed, WOS Core Collection*) oldukça çeşitli ve duyarlı anahtar sözcükleri içeren stratejiler uygulanmıştır (155, 193). Tarama stratejisinin yapılandırılması ve uygulanmasında en temelde “Cochrane Müdahalelerin Sistematik Derlemeleri için El Kitabı”ndan yararlanılmış (196), sürecin yürütülmesine ilişkin literatürde yer alan anahtar adımlar ve tavsiyeler araştırmanın imkanları çerçevesinde göz önünde bulundurulmuştur (155, 193).

Bibliyografik veri tabanlarında uygulanacak olan etkili bir tarama stratejisi yapısının, PICO yaklaşımı ve çalışma tasarımına yönelik uygun unsurlar kullanılarak derleme ana konseptleri çerçevesinde şekillendirilmesi önerilmektedir (196). Bu doğrultuda derlemenin tarama stratejisi yapısı; popülasyon, müdahale, sonuç çıktısı ve çalışma tasarımı konseptlerine ilişkin uygunluk kriterleri doğrultusunda dört “tarama

terimi grubu”ndan oluşmaktadır. Konseptlere ilişkin tarama terimi setleri, “*cancer*”, “*survivor*”, “*psychosocial intervention*”, “*posttraumatic growth*”, “*resilience*”, “*meaning*” ve “*randomized controlled trial*” anahtar sözcüklerinden temel alan “literatür temelli terimler” (*free-text terms*) ile “kontrollü kelime haznesi terimleri”nin (*controlled vocabulary terms*) kombinasyonundan oluşmaktadır (196). Kontrollü kelime haznesi terimlerinin kullanımı veri tabanları özelinde değişiklik gösterebilmektedir. Dolayısıyla, *Pubmed* ve *CENTRAL* veri tabanları için *Medical Subject Headings (MeSH)* terimleri, *CINAHL Plus with Full Text (EBSCOhost)* veri tabanı için ise *CINAHL Subject Headings* terimleri uygulanmıştır. *WOS* veri tabanında konu terimleri atanırken kontrollü kelime haznesi kullanılmamaktadır. Dolayısıyla bu veri tabanında kontrollü kelime haznesi terimleri uygulanmamıştır. Çalışma tasarımı konseptine ilişkin tarama terimlerinin önceden filtrelenmiş veri tabanlarında kullanılması önerilmemektedir (178). Bu doğrultuda ilgili terimler, randomize kontrollü deneysel çalışmaların yer aldığı konsantre bir veri tabanı olan *CENTRAL*’da uygulanmamıştır.

Tarama stratejisi tüm veri tabanlarına, herhangi bir yayın tarihi ve yayın dili kısıtlaması konulmadan veri tabanının başlangıç tarihinden itibaren uygulanmış, yayın diline yönelik bir filtre kullanılmamıştır. Bununla birlikte, çalışma seçimi aşamasında derlemenin araştırma imkanları çerçevesinde (*yazarların dil yetkinlikleri, mali kaynaklar*) yayın dili İngilizce olmayan çalışmalar hariç tutulmuştur. Literatürde, yayın diline ilişkin bir kritere sahip olan derlemeler için, tarama stratejisinde herhangi bir kısıtlamaya gidilmesinden ziyade, bu durumun çalışma seçimi aşamasında uygunluk kriterleri doğrultusunda değerlendirmeye alınması önerilen bir yaklaşımdır (197). Bu yaklaşımın, İngilizce dışındaki dillerde yayınlanan çalışmaların “*Dışlanan Çalışmaların Karakteristikleri*” listesinde yer almasına fırsat tanıyarak şeffaf bir sunumu desteklediği vurgulanmaktadır (197). Bu doğrultuda tarama stratejisine yayın diline yönelik bir sınırlama getirilmemiştir.

Derlemede, tarama stratejisinin tasarım ve yürütme aşamasında kalite düzeyinin artırılmasına katkı sağlayan bir yaklaşım olarak uygulama öncesinde hakem değerlendirmesinden (*peer review*) geçirilmesi önerilmektedir (196). Hakem değerlendirmesi, tarama stratejisinin, araştırma soruları doğrultusunda uygunluğunun incelenmesine ve teknik doğrulamasına katkı sağlayarak taramanın gücü (*robust*) ve

titizliğinin (*rigorous*) yükseltilmesini destekleyen bir süreçtir (195, 196). Bu doğrultuda, *CENTRAL* veri tabanı için tasarlanan tarama stratejisi, *PRESS (Peer Review of Electronic Search Strategies)* kanıta dayalı kontrol listesi (198) çerçevesinde oluşturulan değerlendirme formu (Bkz. EK 3) aracılığıyla iki psikiyatri hemşireliği uzmanı (*content expertise*) tarafından hakem değerlendirmesine tabi tutulmuştur. Uzmanlardan gelen söz konusu öneriler gözden geçirilmiş ve bu önerilerin tarama stratejisi bünyesinde yer aldığı kararlaştırılarak (*örneğin, “cancer survivors” arama önerisine yönelik sonuçların “cancer* and survivor*” araması ile elde edilebileceği gibi*) strateji uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Hakem değerlendirmesini yürüten uzmanlara ilişkin bilgiler araştırma eklerinde sunulmaktadır (Bkz. EK 4).

Derlemede uygulanacak tarama stratejisinin etkili bir şekilde işlemesi için her bir veri tabanı için özelleştirilmesi gerekmektedir (178). Bu doğrultuda, *CENTRAL* veri tabanına yönelik tasarlanan stratejinin, diğer veri tabanlarının her birine özgü uyarlaması gerçekleştirilmiştir. Veri tabanlarına ilişkin stratejilerin ayrıntıları, tarama sonuçları ile birlikte araştırma eklerinde yer almaktadır (Bkz. EK 5).

3.4. Çalışma Seçim Süreci

Arama sonucunda tespit edilen çalışma kayıtları, bir referans yönetim aracı olan EndNote yazılımına (*Sürüm X9.3.3*) aktarılmıştır. Duplikasyon kayıtlar “EndNote” yazılımı ve “Microsoft Excel” (*Version 16.64*) programı aracılığıyla kaldırılmıştır. Bu aşamadan sonra kalan tekrarlı kayıtların elenmesi ise araştırmacı tarafından (*Doktora Öğrencisi “GYA”*) el ile gerçekleştirilmiş, dosya, başlık ve özet incelemesi için hazır hale getirilmiştir. Microsoft Excel programında yer alan kayıtlar potansiyel uygunluklarına yönelik iki araştırmacı tarafından (*“GYA” , Tez Danışmanı “DH”*) bağımsız olarak taranmış (*screening*), her iki yazarın da hemfikir olduğu kayıtlar tam metin incelemesine tabi tutulmak üzere ayrılmış ve ilgisiz olanlar ise nedenleri kodlanarak elenmiştir. Bu aşamada meydana gelen herhangi bir anlaşmazlık ya da belirsizlik durumunda ilgili kayıt ileri tartışma için tam metni incelenmek üzere ayrılmıştır. Tam metin incelemesi için ayrılan çalışma raporları aynı araştırmacılar (*“GYA” , “DH”*) tarafından bağımsız olarak elde edildikten (*retrieve*) sonra, dahil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda uygunlukları değerlendirilmiştir. Uygunluk

kriterlerini karşılayan çalışmalar dahil edilmek üzere belirlenmiş ve uygun olmayan çalışmaların ise gerekçeleri tanımlanarak kaydedilmiştir.

Derlemenin ana seçim süreci tamamlandıktan sonra, derlemeye dahil edilmesine karar verilen çalışmaların *Scopus* veri tabanı üzerinden “alıntı araması” gerçekleştirilmiştir. Her bir çalışmaya ilişkin “referans” ve “atıf” araması sonucunda belirlenen kayıtlar EndNote yazılımına aktarılmış, ve duplikasyonlar önce kendi içinde ve daha sonra ise ana araştırma başlık-özet elemesi dosyası ile karşılaştırılarak araştırmacı (“GYA”) tarafından elenmiştir. Tekrarlı kayıtlar kaldırıldıktan sonra çalışmalar, bağımsız iki araştırmacı (“GYA”, “DH”) tarafından ana çalışma seçim süreci ile aynı yol izlenerek değerlendirilmiştir.

Çalışma seçimine ilişkin gerçekleştirilen tüm inceleme süreçlerinde (*başlık-özet taraması, tam metin incelemesi, alıntı araması*) yazarlar arasında meydana gelen anlaşmazlıklar, araştırma protokolünde önceden belirlenen prosedür gereği, düzenli olarak gerçekleştirilen toplantılarda ele alınmış, toplantılarda çözüm üretilemeyen ya da tam metin incelemesine rağmen belirsizlik içeren durumların devam etmesi halinde, nihai karara ulaşmak için, e-posta yoluyla ilgili çalışma yazarlarının danışmanlığına başvurulmuştur (178, 180, 196). Çalışma seçim sürecinde alınan kararlara ilişkin tüm ayrıntılar “*Araştırma PRISMA akış diyagramı*”nda sunulmuş (Şekil 4.1), tam metin incelemesi sonrası dışlanan çalışmalar ise gerekçeleri ile birlikte her bir çalışma özelinde “*Dışlanan Çalışmaların Karakteristikleri*” tablosunda listelenmiştir (Bkz. EK 6) (178, 196).

3.5. Veri Çekme Süreci

Derlemeye dahil edilen çalışmalara ilişkin veri çekme süreci, “Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı”nda yer alan öneriler doğrultusunda yürütülmüştür (199). Çalışmalara ilişkin veriler, “*Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems*” tarafından geliştirilen “*Data collection form for intervention reviews: RCTs only (Version 3, April 2014)*” (200) şablonu doğrultusunda tasarlanmış olan “veri çekme formu” kullanılarak çekilmiştir. “Veri çekme formu” ilgili şablon temel alınarak araştırmacı tarafından (“GYA”) derlemenin amacı doğrultusunda geliştirilmiştir. Geliştirilen taslak form, araştırma ekibinde yer alan iki üyenin (*Psikiyatri Hemşireliği Uzmanı “DH” ; İkinci Danışman,*

Biyostatistik Uzmanı “SK”) görüşleri doğrultusunda yapılandırılarak son halini almıştır. “Veri çekme formu”; genel bilgiler, çalışma seçimi, dahil edilen çalışmaların karakteristikleri (*yöntem, katılımcılar, çalışma grupları, sonuç çıktısı, diğer bilgiler*), veriler ve analiz, diğer ek bilgiler alanlarına ilişkin çalışma verilerinin, yapılandırılmış ve organize bir şekilde aslına uygun olarak temsil edilmesine olanak tanımıştır (199) (Bkz. EK 7). Veri çekme sürecinde, formda yer alan alanlara ilişkin gerekli durumlarda (*verileri teyit etmek, sayısal veri talep etmek gibi*), önerilen bir strateji olarak (178, 199) çalışma yazarlarıyla e-posta ve/veya whatsapp uygulaması yolu ile iletişime geçilmiştir.

Veri çekme sürecinde, öznel yorumların yön verme riski taşıdığı bilgiler ile senteze ve sonuçlara doğrudan katkı sağlayan verilerin (*sonuç çıktısına ilişkin veriler gibi*) kritik olması sebebi ile en az iki araştırmacının bağımsız bir şekilde çalışması önerilmektedir (178, 199). Bu doğrultuda, “çalışma karakteristikleri” (*study characteristics*) (“GYA”, “DH”) ve “sonuç çıktısı verileri” (*outcome data*) (“GYA”, “SK”) bölümlerine yönelik çalışma verileri iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak çekilmiştir. Veri çekme sürecinde ortaya çıkan anlaşmazlıklar, araştırma protokolünde belirlenen prosedür çerçevesinde araştırma ekibinin düzenli olarak gerçekleştirdiği toplantılarda tartışılmış ve nihai kararlara ilişkin uzlaşmaya varılmıştır (178, 180, 199).

3.6. Çalışmaların Yanlılık Riski Değerlendirmesi

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasına dahil edilen çalışmaların yanlılık riski, “Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı”nda önerilen (201) Cochrane randomize çalışmalar için yanlılık riski aracının 2. Versiyonu olan (*Version, 22 August 2019*) “Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı” (*Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials*) (ROB 2) (202) kullanılarak değerlendirilmiştir (Bkz. EK 8). Değerlendirmeler, ROB 2’yi uygulamaya yönelik oluşturulan bir yapılandırılmış Excel aracı aracılığıyla gerçekleştirilmiş (*www.riskofbias.info adresinden ulaşılabilir*), “Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı”nda sunulan öneriler (201) ve aracın rehber dökümanı (*www.riskofbias.info adresinden ulaşılabilir*) doğrultusunda yürütülmüştür.

Bu derlemede ilgilenilen etki, müdahalelerin amaçlandığı gibi alınıp alınmadığına bakılmaksızın, müdahale öncesinde “müdahalelere atanma etkisi”dir (*assignment to the interventions at baseline*) (*intention-to-treat (ITT) effect*). Bu etki, “Cochrane Müdahalelerin Sistematik Derlemeleri için El Kitabı”nda “belirli bir sağlık sisteminde bir müdahalenin tavsiye edilip edilmeyeceğine” yönelik bilgi elde etmek ve söz konusu analizin randomizasyon sürecine ilişkin faydaların sürdürülmesini destekleyen bir yöntem olması açısından önerilmektedir (201). Bu doğrultuda, ROB 2 kullanılarak yapılan tüm yanlılık riski değerlendirmeleri bu etkiye yönelik gerçekleştirilmiştir.

Dahil edilen çalışmaların yanlılık riski değerlendirmeleri, “Bulguların Özeti” tablosunda yer alan her bir sonuç çıktısı ve ilgili zaman koşulu bağlamında gerçekleştirilmiş, risk düzeyi “Bulguların Özeti” tablosuna dahil edilmeyen alt grup etkilerinin belirlendiği sonuçlar için de incelenmiştir. Değerlendirmeler, “Cochrane Müdahalelerin Sistematik Derlemeleri için El Kitabı”nda tanımlanan kriterler doğrultusunda (201), “randomizasyon sürecinden kaynaklanan yanlılık” (*bias arising from the randomization process*), “amaçlanan müdahalelerden sapmalara bağlı yanlılık” (*bias due to deviations from intended interventions*), “eksik sonuç çıktısı verisine bağlı yanlılık” (*bias due to missing outcome data*), “sonuç çıktısı ölçümüne ilişkin yanlılık” (*bias in measurement of the outcome*) ve “raporlanan sonucun seçimine ilişkin yanlılık” (*bias in selection of the reported result*) olmak üzere beş yanlılık türünü incelemeye yönelik yürütülmüştür.

ROB 2 aracında bulunan beş yanlılık riski alanı değerlendirmesinde, aracın her alana özgü sunduğu, yapılandırılmış bir yaklaşıma olanak sağlayan bir dizi sinyal sorusu temel alınmış ve bu doğrultuda varılan yargılara ilişkin gerekçeler metin kutularında sunulmuştur. Her bir soru, araçta yer alan “evet” (*yes*), “muhtemelen evet” (*probably yes*), “muhtemelen hayır” (*probably no*), “hayır” (*no*) ve “bilgi yok” (*no information*) seçeneklerinden en uygun olanı kullanılarak yanıtlanmıştır. Bu seçeneklere ek olarak araçta bir önceki sinyal sorusuna verilen yanıtın yönlendirdiği “geçerli değil” (*not applicable*) seçeneği bulunmaktadır. Sinyal sorularına verilen yanıtlar doğrultusunda “düşük yanlılık riski” (*low risk of bias*), “şüpheli” (*some concerns*) ve “yüksek yanlılık riski” (*high risk of bias*) olmak üzere üç düzeyden birisine ilişkin risk ataması yapılmıştır. Algoritmalar tarafından oluşturulan bu üç risk

düzeyi atamasına ilişkin yargılar, araç tarafından araştırma yazarlarına “önerilen kararları” sunmaktadır (201). Dolayısıyla bu risk atamaları, yazarlar tarafından doğrulanmış ve gerekli olan durumlarda yazarların subjektif yargıları doğrultusunda değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Beş yanlılık türü değerlendirmesine yönelik elde edilen veriler, ilgili her bir sonuç çıktısının “genel yanlılık riski” (*overall bias*) düzeyinin belirlenmesini yönlendirmiştir. Bu doğrultuda, sunulan kriterler benimsenerek (201) “düşük” (*tüm alanlara ilişkin düşük yanlılık riski taşınması*), “şüpheli” (*en az bir alana ilişkin şüpheler barındırması ancak hiçbir alanda yüksek yanlılık riski taşımaması*) ve “yüksek” (*en az bir alana ilişkin yüksek yanlılık riski taşınması ya da birden fazla alana yönelik şüpheler barındırması*) kategorilerine yönelik “genel yanlılık riski” derecelendirmeleri elde edilmiştir. Müdahalelerin ortalama etki tahminlerine yönelik gerçekleştirilen değerlendirmelerde, çalışmalara ilişkin elde edilen bu yanlılık riski bulgularının katkısı göz önünde bulundurulmuştur. Çalışmaların yanlılık riski değerlendirmesine ilişkin ayrıntılar derleme metninde yer almaktadır (Bkz. Bölüm 4.3. Dahil Edilen Çalışmaların Yanlılık Riski Sonuçları).

Dahil edilen çalışmaların yanlılık riski değerlendirmeleri iki araştırma yazarı tarafından (“GYA” , “DH”) bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir. Değerlendiriciler arasında meydana gelen tutarsızlıklar, verilerin doğrulanması ya da bilgi paylaşımına ilişkin tüm durumlar araştırma protokolünde daha öncede belirlenen stratejiler doğrultusunda, düzenli olarak gerçekleştirilen toplantılarda ele alınmıştır (180). Fikir birliğine ulaşılamayan durumlarda, üçüncü araştırma yazarının (“SK”) danışmanlığı doğrultusunda nihai karar elde edilmiştir.

3.7. Etki Ölçümleri

Derlemede, psikososyal müdahalelere karşı rutin bakımı içeren ana ve alt grup karşılaştırmalarına ilişkin nicel analizlerde, iki grup arasındaki “ortalama değişim skorları” (*mean change score*) farkı referans alınmıştır. Derlemenin ilgilendiği sonuç çıktılarının, dahil edilen çalışmalar arasında farklı ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilmesinden kaynaklanan farklılıkları ele alabilmek için, etki ölçümü olarak standartlaştırılmış bir etki büyüklüğü olan “Cohen’in d’si” (*Cohen’s d*) kullanılmıştır. Etkiler, “Cohen’in d’si” ve bu birleştirilmiş etki büyüklüklerine ilişkin %95 güven aralıkları kullanılarak sentezlenmiştir.

Etkilerin nicel sentezinde, sonuç çıktılarına ilişkin “müdahale öncesi ve müdahaleden sonraki en son ölçüm” ile “müdahale öncesi ve müdahaleden hemen sonraki ölçüm” etkileri arasındaki “ortalama değişim skoru” farkları olmak üzere iki zaman noktası esas alınmıştır. Bu doğrultuda, “Cohen’in d’si”, dahil edilen her bir çalışma kolu (*müdahale ve rutin bakım*) ve zaman koşulu (*müdahale öncesi ölçüm, müdahaleden hemen sonraki ölçüm ve müdahaleden sonraki en son ölçüm zaman noktası*) için, ilgili çalışmalara ait ortalama, standart sapma ve analize dahil edilen örneklem büyüklükleri (*bir çalışmada müdahale öncesi örneklem sayısı dikkate alınmıştır, (141)*) kullanılarak hesaplanmıştır. Etki büyüklüklerine ilişkin yorumlarda, Cohen (1988) (203) tarafından önerilen, küçük (*0.2*), orta (*0.5*) ve büyük (*0.8*) etkilere işaret eden eşikler kılavuz alınmıştır. Ortalama etki tahminlerine ilişkin çift kuyruklu $p < 0.05$ değeri, müdahale ve rutin bakım arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Derlemede, nicel analize dahil edilebilecek formatta bilgi sağlamayan (*örn. düzeltilmiş ortalama değişim skoru-adjusted mean change score, başarı oranı-success rate*) ve sayısal verileri (*ortalama, standart sapma ve p değerleri*) raporlayan ancak nicel sentezi gerçekleştirilemeyen sonuç çıktılarını (*psikolojik sağlamlık*) içeren çalışmalara ilişkin ilgili istatistiksel veriler anlatsal olarak sunulmuş ve anahtar çalışma bulguları aktarılmıştır.

3.8. Sentez Yöntemleri

3.8.1. Sentez İçin Uygunluk ve Hazırlık Süreci

Araştırmanın nicel sentezinde yer alan ve anlatsal olarak sunulan çalışmaların uygunluk kararında, “sonuç çıktısı” verilerine ilişkin sayısal değerlerin (*ortalama ve standart sapma*) mevcudiyeti belirleyici olmuştur. Bu doğrultuda müdahale ve rutin bakım gruplarına ilişkin sayısal veriler çalışma karakteristikleri (*çalışma sırası, çalışma yazarı, müdahale adı, ölçüm aracı, örneklem sayısı, ölçüm zaman noktası*) ile birlikte “Microsoft Excel” (*Version, 16.64*) programına çekilmiştir. Nicel senteze dahil edilecek formata uygun sunulmayan ya da raporlanmayan sayısal veriler (*bazı durumlarda ölçüm zaman noktası ve analiz edilen katılımcı sayısı teyidi ile ilgili olarak da danışılmıştır*), ilgili çalışma yazarları ile e-posta ve/veya whatsapp uygulaması yolu ile iletişime geçilerek talep edilmiştir. Yazışmalar sonucu elde edilen sayısal veriler

nicel sentezlere dahil edilmiştir. Ulaşılamayan verilere yönelik sunum ise anlatsal olarak gerçekleştirilmiş ve bu durumun kanıt bütünlüğü üzerindeki potansiyel etkisi tartışılmıştır. Bir çalışmaya ilişkin (91) analize dahil edilen *ortalama ve standart sapma* değerleri ise, araştırma yazarı tarafından (“SK”) çalışma yazarlarının paylaştığı “ham veri” dosyası kullanılarak hesaplanmıştır.

Araştırma protokolünde yapılması planlanan alt grup ve meta-regresyon analizlerine karar vermek için ise çalışmaların karakteristiklerine ilişkin (*çalışma sırası, çalışma yazarı, müdahale adı, müdahale süresi, müdahale formatı, müdahale uygulanma şekli, müdahale uygulayıcısı, kanser türü*) “Microsoft Excel” (*Version, 16.64*) programında bir gruplama yapılmıştır. Analize uygunluk kararını, her bir alt grup değişkenine yönelik oluşan gözlem sayısı yönlendirmiştir (154).

3.8.2. İstatistiksel Sentez Yöntemleri

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasında, rutin bakıma kıyasla psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme ve anlam bulma sonuç çıktılarına yönelik ortalama etki tahminlerinin belirlenmesi, heterojenliğin değerlendirilmesi ve yayın yanlılığı riskinin araştırılmasını içeren istatistiksel analizler “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 28 Yazılımı” (*deneme sürümü*) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Sonuç ölçümlerine ilişkin nicel sentezlerde, çalışma etkileri “varyansın tersi” (*inverse-variance*) yöntemi ile ağırlıklandırılmış ve etki büyüklükleri travma sonrası büyüme sonuçları için “rastgele etkiler modeli” (*random-effects model*), anlam bulma sonuçları için ise “sabit etkiler modeli” (*fixed-effects model*) kullanılarak sunulmuştur (154, 204). Rastgele etkiler modelinin uygulandığı sentezler için, ortalama etki büyüklüğü “kısıtlanmış en çok olabilirlik” (*restricted maximum likelihood*) (*REML*) kestirim yöntemi kullanılarak elde edilmiştir (205).

Meta-analiz gerçekleştirilirken kullanılacak model seçimi kritik olmakla birlikte, seçimde etkili olabilecek çeşitli faktörlere ilişkin tartışmaların da üzerinde hala devam ettiği bir husus olmayı korumaktadır (154). Araştırmanın amacı kapsamında, bu çeşitli faktörlere örnek oluşturabilecek genellenebilirlik hedefi, müdahale, popülasyon ya da daha farklı elementlere ilişkin beklenen çeşitlilik, yayın yanlılığı gibi konular seçimde rol oynayabilmektedir (154, 204). Bu araştırmada,

özellikle psikososyal müdahalelerin doğası gereği olmak üzere PICO elementleri ve yanlılık riski bağlamında çeşitlilik içeren ancak aynı zamanda birbiri ile ilişkili olan müdahale etkileri öngörüldüğü ve gözlemlenemeyen müdahale etkilerini de hesaba katarak rastgele bir örneği temsil ettiği varsayılan “ortalama bir etki büyüklüğü” oluşturmaya olanak sağladığı için rastgele etkiler modeli kullanımı hedeflenmiştir (204). Rastgele etkiler modeli, analize dahil edilen çalışmalar arasındaki heterojenliğin kapsamlı bir şekilde araştırılmasının yerine geçmemesi ile birlikte, heterojenliği dikkate alan bir model olarak da kullanılması avantajlı bir konumda yer almaktadır (154). Bununla birlikte rastgele etkiler modeli kullanılarak elde edilen sonuçlarda heterojenlik gözlenmediği durumlarda ($Tau^2 = 0$) ise, sabit etkiler modeli de aynı sonuçları sağlamaktadır (154, 204). Bu doğrultuda anlam bulma çıktısına ilişkin sonuçlar, analize dahil edilen her bir çalışma etkisinin ağırlıklandırılmasında çalışmalar arası varyasyonu göznetmeden, yalnızca örnekleme hatasının dikkate alındığı bu model çerçevesinde “ortak etki büyüklüğü” olarak sunulmuştur (204).

Analizlere dahil edilen çalışmalar arasındaki heterojenlik, gözlenen farklılıkların şansa bağlı olup olmadığına ilişkin kanıt sağlayan Q testi (ki-kare testi) ile “tutarsızlık” (*inconsistency*) ölçütü olan ve etki tahminlerindeki değişkenliğin yalnızca örnekleme hatasından (*şans*) ziyade gerçek etki büyüklükleri arasındaki heterojenlikten kaynaklanan yüzde payını tanımlayan I^2 istatistiği kullanılarak değerlendirilmiştir (154). Çalışmaların etki tahminlerinin arasında yalnızca şansın ötesinde bir varyasyon mevcudiyetine yönelik yargıya varmada, Q testi için $p < 0.10$ anlamlılık düzeyi esas alınmıştır. Bu doğrultuda, anlamlı bir Q testini takiben, I^2 yüzde oranları hakkında bir fikir elde edebilmek için “Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı”nda kaba bir kılavuz olarak önerilen; %0 ile %40 (*önemli olmayabilir*), %30 ile %60 (*orta düzeyde heterojenliği temsil edebilir*), %50 ile %90 (*önemli düzeyde heterojenlik göstergesi olabilir*) (*substantial*) ve %75 ile %100 (*önemli ölçüde yüksek heterojenlik mevcuttur*) (*considerable*) eşikler (154) göz önünde bulundurulmuştur. Bunlara ek olarak, rastgele etkiler modeli kullanılan analizlerde çalışmalar arası heterojenlik miktarının, bu varyasyonu örneklem boyutu ile orantılı olan kesinlik (*precision*) düzeyine bağlı kalmadan tahmin eden “Tau²” (τ^2) ile de ifadesi sağlanmış (154, 206) ve “orman grafikleri” görsel olarak incelenmiştir (207).

3.8.3. Alt Grup Analizi ve Heterojenliği Araştırma Yöntemleri

Araştırma protokolünde, önemli ölçüde yüksek heterojenlik gösteren birleştirilmiş etki tahminlerine yönelik olası açıklamaları sağlamak amacıyla alt grup ve meta-regresyon analizlerinin yapılması planlanmıştır (208). Bu doğrultuda; demografik veriler, hastalık, bakım ve tedavi ile ilgili faktörler ile müdahaleye ilişkin özelliklerin, elde edilen psikososyal müdahale tahminlerinin üzerindeki etkisinin keşfedilmesi önsel (*priori*) olarak karşılaştırılan potansiyel analizler olmuştur. Ancak, “Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı”nda önerilen her bir alt grup değişkenine yönelik gerekli gözlem sayısına (*en az on gözlem gerekmektedir*) (154) ulaşamadığı için planlanan analizler gerçekleştirilememiştir. Dolayısıyla derleme bulgularında, düzeyi oldukça yüksek olarak tespit edilen travma sonrası büyüme sonuç çıktısı tahminlerine ilişkin heterojenliğin nedenlerine bir açıklama getirilememiştir. Diğer yandan ise, alt grup etkilerinin farklılıklarını karşılaştırmaya yönelik herhangi bir istatistiksel analiz gerçekleştirilememiş olsa da, travma sonrası büyüme sonuç çıktısına ilişkin oluşan, rutin bakıma kıyasla “farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin etkileri” ile “meme kanseri olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin etkileri” alt kümelerine yönelik meta-analiz sonuçları elde edilmiştir. Ayrıca, anlam bulma sonuç çıktılarına yönelik alt grup ve meta-regresyon etkileri, birleştirilmiş etki tahminlerine ilişkin heterojenlik tespit edilmediği ($I^2 = \%0$) ve yeterli gözlem sayısı bulunmadığı için incelenmemiştir.

3.8.4. Duyarlılık Analizi

Sistemik derleme ve meta-analiz süreci yürütülürken subjektif yargılara dayalı belirli varsayımlar üzerinden hareket edilmektedir (154). Duyarlılık analizi, bu temel varsayımlara, diğer bir deyişle belirsizlik potansiyeli taşıyan ilgili kararlara karşı (*çalışmalara ilişkin yanlılık riski, örnekleme sayısı, sabit ya da rastgele etkiler modelinin tercih edilmesi gibi*) elde edilen etki tahminlerinin “sağlam” (*robust*) olup olmadığını incelemek amacıyla kullanılmaktadır (154, 195, 209). Bu çalışmada birleştirilmiş etki büyüklüklerine katkı sağlayan yeterli sayıda çalışma bulunmadığı için ilgili analizler gerçekleştirilememiştir (210-212).

3.9. Raporlama Yanlılığı Değerlendirmesi

Araştırmada sonuç çıktılarının eksik olarak raporlanması ya da küçük örneklem büyüklüğüne sahip çalışmalardan kaynaklanabilecek potansiyel raporlama yanlılığına ilişkin kanıtlar, “huni grafiği” (*funnel plot*) ve grafiğe ilişkin asimetrisinin şanstan ayırt edilmesine yönelik bir istatistiksel test olan “Egger’in regresyon temelli testi” (*Egger’s regression-based test*) ile araştırılmıştır (212, 213). Bu doğrultuda, analizde yer alan her bir çalışmanın etki tahmininin (*yatay eksen*) ilgili çalışma standart hatalarına (*dikey eksen*) karşı bir dağılım grafiği oluşturulmuş (*huni grafiği*), grafikler herhangi bir asimetriye yönelik görsel olarak incelenmiş ve “Egger’in regresyon temelli testi” ile sağlanması yapılmıştır. İlgili testin değerlendirilmesinde asimetrisinin anlamlılık göstergesi olarak çift kuyruklu $p < 0.05$ değeri temel alınmıştır.

Raporlama yanlılığına ilişkin kullanılan yöntemlerin, olası kanıtların elde edilmesine yönelik sağladığı yararların yanı sıra barındırdığı sınırlılıklar dolayısıyla dikkatli bir yorumlama yapılması ve nitel sinyallerin de göz önünde bulundurulması önerilmektedir (212-214). Bu doğrultuda değerlendirme sürecinde, elde edilen kanıtların, raporlama yanlılığının yanı sıra, gerçek heterojenlik, düşük düzeyde metodolojik kalite gibi çeşitli faktörler ile de ilişkili olabileceği dikkate alınmıştır (213). Bu stratejilere ek olarak, sonuç çıktılarının analiz planına bağlı kalarak raporlanmasına ilişkin bilgi elde etmek amacıyla ilgili çalışmaların “araştırma protokol kaydı” ve “deney kayıt”larına (*trial register*) ulaşılmaya çalışılmıştır. Aynı amaçla, mümkün olduğunca çok ilgili çalışmaya ulaşmak için dört veri tabanında sistematik bir tarama süreci gerçekleştirilmesi, alıntı araması yapılması, çalışma yazarları ile iletişime geçilmesi, çalışmaların örneklem boyutu ve raporladığı sonuçların anlamlılık düzeyi gibi parametreler de, bu derleme bulgularına ilişkin olası raporlama yanlılığını araştırmaya katkı sağlayan ek niteliksel değerlendirme yöntemleri olmuştur.

3.10. Kanıt Kesinliği Değerlendirmesi

Derlemede “kanıt kesinliği” (*certainty of evidence*), “Cochrane Müdahalelerin Sistematik Derlemeleri için El Kitabı”nda sistematik derleme ve meta-analiz araştırmalarında elde edilen kanıtlara yönelik “Bulguların Özeti” (*summary of findings*) tablolarını oluşturmak için önerilen (215) ve “Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Çalışma Grubu” tarafından

geliştirilen (216) “GRADEpro Guideline Development Tool (GDT)” yazılımı (217) kullanılarak değerlendirilmiştir.

GRADE yaklaşımı çerçevesinde oluşturulan “Bulguların Özeti” tablosuna, “Psikososyal Müdahale-Rutin Bakım Karşılaştırması”na ilişkin derlemenin değerlendirdiği tüm sonuç çıktıları eklenmiştir (Bkz. EK 9). “Bulguların Özeti” tablosu her bir sonuca yönelik elde edilen kanıtın tahmin edilen mutlak etkisi (*anticipated absolute effects*), kanıt gövdesine katkı sağlayan katılımcı ve çalışma sayısı (*bu derleme için ikili karşılaştırma sayısı sunulmuştur*) ve kanıt kesinlik düzeyine yönelik temel derleme bulgularına genel bir bakış sunmaktadır. Bunların yanı sıra, kanıt sentezine yönelik zamanlama, kanıt gövdesine katkıda bulunan çalışmalarda kullanılan ölçüm araçları ve gerçekleştirilen ölçüm zaman noktalarına ilişkin aralık hakkında da kısa bir özetleme yapması açısından okuyucuya avantaj sağlamaktadır. Travma sonrası büyüme ve anlam bulma sonuç çıktılarına yönelik kanıt kesinlik düzeyleri, derlemenin sentez referansı olan her iki zamanlamaya ilişkin olarak (“*müdahale öncesi ve müdahaleden sonraki en son ölçüm değişim etkisi*” ve “*müdahale öncesi ve müdahaleden hemen sonraki ölçüm değişim etkisi*”) değerlendirilmiştir. GRADE yaklaşımı, nicel sentezi gerçekleştirilemeyen yani “anlatı sonuç çıktıları”nın da, derleme için önemli bir sonuç olması doğrultusunda (*important outcome*) tabloya dahil edilebileceğini bildirmektedir (218). Bu doğrultuda, psikolojik sağlamlık sonuç çıktısına ilişkin bulgulara ilgili tabloda anlatısal olarak yer verilmiş ancak kanıt kesinlik düzeyine yönelik bir hesaplama yapılmamıştır. Bununla birlikte, gerçekleştirilen alt grup karşılaştırmalarına (*farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin etkileri, meme kanseri olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin etkileri*) ilişkin sonuçlara ise “Bulguların Özeti” tablosunda yer verilmemiştir.

Travma sonrası büyüme ve anlam bulma sonuç çıktılarına ilişkin kanıt gövdesi her bir zaman koşuluna yönelik, *GRADEpro GDT* yazılımında yer alan “yanlılık riski” (*risk of bias*), “tutarsızlık” (*inconsistency*), “dolaylılık” (*indirectness*), “kesinlik” (*imprecision*) ve “diğer hususlar” (*other considerations*) (örneğin yayın yanlılığı) olmak üzere beş alan kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler, *GRADE Çalışma Grubu* tarafından önerilen yaklaşım (219) ve “Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı”nda yer alan tavsiyelere (215) dayalı olarak

gerçekleştirilmiş ve kanıt gövdesine yönelik kesinlikler, sunulan tahminlerin gerçek müdahale etkisine yaklaşma derecesini (*yani tahminlere duyulan güven düzeyini*) ifade eden, “yüksek” (*high certainty*), “orta” (*moderate certainty*), “düşük” (*low certainty*) ve “çok düşük” (*very low certainty*) düzey olmak üzere dört kategori doğrultusunda atanmıştır. Bu doğrultuda, kanıt kesinlikleri değerlendirme süreci, derlemeye yalnızca randomize kontrollü deneysel çalışmalar dahil edildiği için “yüksek” düzeyde başlamış ve seviye, etki tahminlerine olan güveni azaltan sınırlılıklar ciddi ölçüde ise “bir derece” (*örneğin, bu derleme için çalışmalara ilişkin metodolojik sınırlılıklar*), çok ciddi ölçüde ise “iki derece” (*örneğin, bu derleme için oldukça yüksek düzeyde tespit edilen heterojenlik*) düşürülerek devam etmiştir. Kanıt kesinlik derecelerinin düşürülmesine yönelik yazarlar tarafından verilen tüm kararlara, gerekçeleri ile birlikte “Bulguların Özeti” tablosu dipnotlarında yer verilmiştir (Bkz. EK 9). Bu derlemede elde edilen kanıt kesinlikleri “düşük” ve “çok düşük” olarak derecelendirilmiştir. Dolayısıyla “düşük kesinlik düzeyi”ne sahip olan kanıtlar, elde edilen tahminlerin gerçek müdahale etkisinden önemli ölçüde farklı olabilme ihtimaline işaret etmekte, “çok düşük kesinlik düzeyi”ne sahip olan kanıtlar ise tahminlere duyulacak olan güvenin oldukça sınırlı düzeyde olduğu ve gerçek etkinin önemli ölçüde farklı olabileceği ihtimalinin kuvvetlendiğini göstermektedir.

Kanıt kesinliklerine yönelik değerlendirmeler iki araştırma yazarı tarafından (“GYA” , “SK”) bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Araştırma protokolünde öngörülen stratejiler doğrultusunda, değerlendirme süreçlerinde bilgi paylaşımı/verilerin doğrulanması ve/veya açığa çıkan anlaşmazlık durumlarına çözüm üretmeye yönelik düzenli toplantılar gerçekleştirilmiştir (180). Bu aşamada gerekli durumlarda, üçüncü araştırma yazarının (“DH”) hakemliğine başvurularak nihai bir karar verme yolunda fikir birliğine varılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Çalışma Seçimi

4.1.1. Tarama Sonuçları ve Akış Şeması

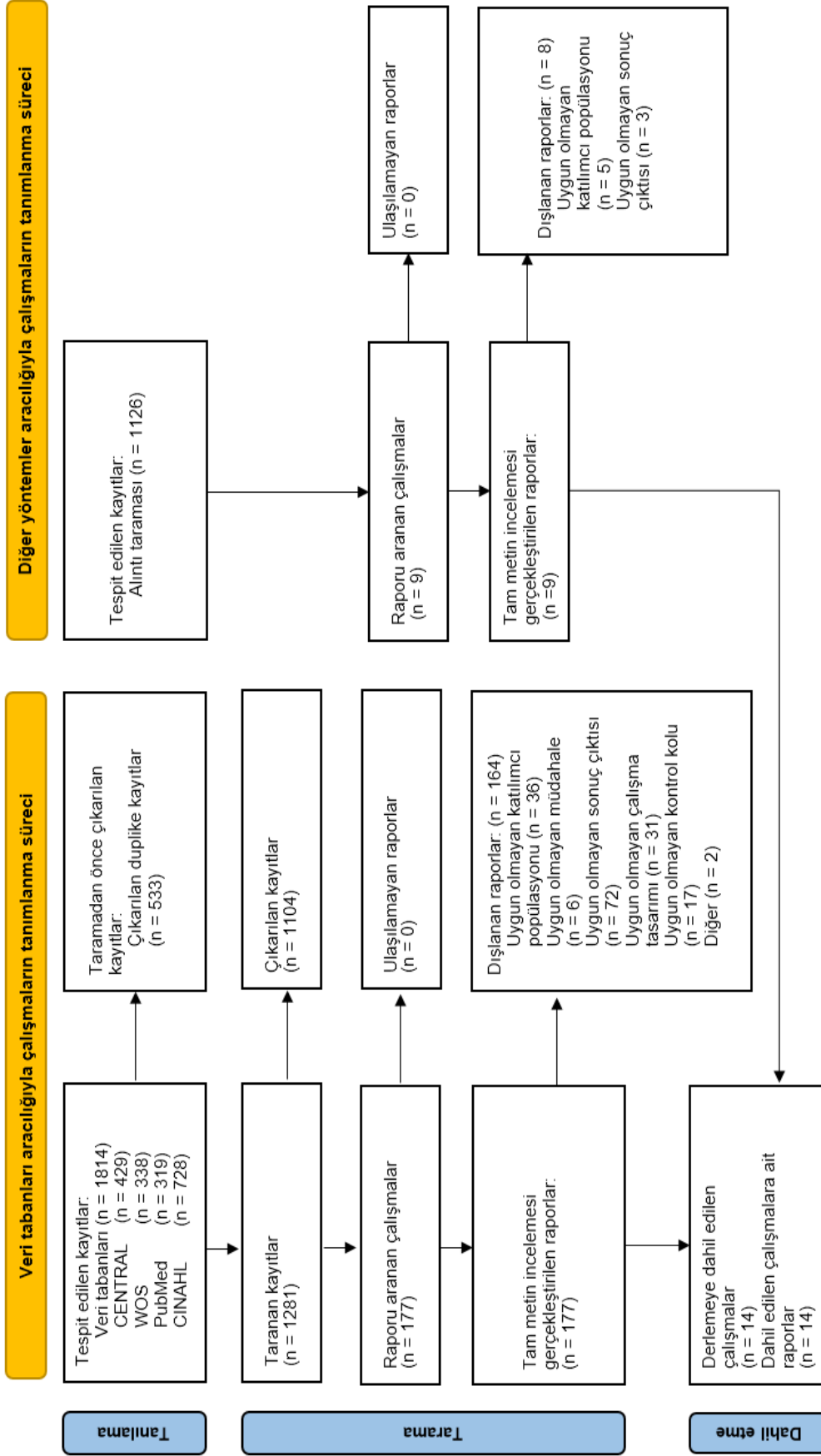
Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasında, 29 Kasım 2021 ile 03 Aralık 2021 tarihlerinde araştırma kapsamındaki dört veri tabanında başlangıçtan itibaren gerçekleştirilen tarama sonucunda toplamda 1814 çalışma kaydına ulaşılmıştır. Çalışma kayıtlarının elde edilmesinde kullanılan araştırma tarama stratejisine ilişkin detaylar her bir veri tabanı özelinde eklerde sunulmaktadır (Bkz. EK 5). Bu çalışmalardan 533 tanesi duplikasyon kayıt olduğu için elenmiş ve 1281 tanesi başlık-özet taramasına tabi tutulmuştur. Başlık-özet taramasında, 1104 ilgisiz kayıt araştırma kapsamı dışında bırakılmış ve 177 çalışma, tam metni incelenmesi amacıyla ayrılmıştır.

Araştırma dahil etme/dışlama kriterleri doğrultusunda gerçekleştirilen tam metin incelemesi sonucunda 164 çalışma dışlanmış ve 13 çalışmanın derleme kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Bu aşamadan sonra, araştırmaya dahil edilmesine karar verilen 13 çalışmanın alıntı araması (citation searching) sürecine geçilmiştir. 01 Temmuz 2022 ile 02 Temmuz 2022 tarihleri arasında Scopus veri tabanı üzerinden her bir çalışmanın referans (backward citation searching) ve atıf (forward citation searching) listeleri taranmış ve 1298 çalışma kaydı elde edilmiştir. Elde edilen kayıtlar kendi içinde ve orijinal çalışma başlık-özet elemesi dosyası ile karşılaştırılarak 172 duplikasyon kayıt elenmiştir. Aynı şekilde geriye kalan 1126 çalışmanın başlık-özet taraması gerçekleştirilmiş ve 9 çalışmanın tam metni araştırma uygunluğu kapsamında incelenmiştir. Bu kayıtlardan 1 çalışma dahil etme kriterlerine uygunluk göstermiştir. Tüm incelemeler neticesinde araştırmaya toplamda 14 çalışmanın dahil edilmesine karar verilmiştir. Sistematik derleme kapsamına alınan 14 çalışmadan 10 tanesi aynı zamanda bu araştırmanın nicel analiz (meta-analiz) sürecine dahil edilmiştir. Araştırmanın tarama süreci ile ilgili ayrıntılar *Araştırma PRISMA akış diyagramında* sunulmaktadır (Şekil 4.1).

4.1.2. Dışlanan Çalışmalar

Bu derlemede, veri tabanları ve diğer yöntemler aracılığıyla gerçekleştirilen taramalara ilişkin, toplamda 2221 ilgisiz çalışma kaydı başlık-özet taraması sonucunda dışlanmış, 186 çalışmanın ise tam metin incelemesi gerçekleştirilmiştir.

Araştırma dahil etme/dışlama kriterleri doğrultusunda tam metin incelemesi gerçekleştirilen çalışmalardan 172 tanesi elenmiş ve dışlanma gerekçeleri her bir çalışma özelinde kaydedilmiştir. “Dışlanan Çalışmaların Karakteristikleri” ve “Çalışmaların Künyesi” ne ilişkin detaylar araştırma eklerinde sunulmaktadır (Bkz. EK 6).



Şekil 4.1. Araştırma PRISMA akış diyagramı

Bu bölümde, tam metin incelemesi neticesinde araştırma kapsamı dışında kalan çalışmalar, ilgili veri tabanları ve diğer yöntemler aracılığıyla gerçekleştirilen tüm taramalar bağlamında toplam sayıları içerecek şekilde özetlenmiştir.

Tam metin incelemesi sonucunda, derlemenin birinci dahil etme kriteri doğrultusunda (*18 yaş üzeri, aktif tedavi almayan ve takip/remisyon döneminde olan kanserden sağ kalan bireyler*), kanserden sağ kalan bireylerin olduğu bir örneklem içermeyen 37 çalışma dışlanmıştır. Bu çalışmalardan bir tanesinin (220) örnekleme ilişkin detaylar açık bir şekilde ifade edilmediği için belirsizlik içermektedir. Çalışma yazarı ile 09.06.2022 ve 18.06.2022 tarihlerinde olmak üzere iki defa iletişime geçilmiş ancak yanıt alınamamıştır. Dolayısıyla bu çalışma araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Aynı kriter kapsamında diğer 4 çalışma ise, 18 yaş ve altı bireyleri içeren bir popülasyona sahip olduğu için elenmiştir.

Derlemenin ikinci dahil etme kriteri doğrultusunda (*Duygu ve/veya düşünce ve/veya davranış değişikliğini hedef alan psikososyal müdahaleler*) 6 çalışma, fiziksel sağlığı hedef alan (egzersiz), sağlık çalışanı-hasta/birey iletişim sürecine, hasta/birey bilgilendirme sürecine ya da sağlık koçluğu eğitim sürecine odaklanan ve medikal konsültasyon ile ilgili müdahaleleri içeren çalışmalar olduğu için dışlanmıştır.

Yürütülen incelemelerde 75 çalışma kaydı, derlemenin dahil etme kriteri doğrultusunda ilgili sonuç çıktısını içermediği için dışlanmıştır. Bu çalışmalardan ikisi (221, 222) “Psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme ve anlam bulma düzeylerine ilişkin birincil/ikincil ölçüm sonucu içermesi” kriteri dışındaki diğer dahil etme kriterlerini karşılamıştır. İlgili çalışmalarda spiritüalite sonuç çıktısının ölçümü *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Expanded Scale (FACIT-Sp-Ex; version 4)* ve *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12)* kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmalarda kullanılan ilgili “Manevi İyilik Hali Ölçeği” nin Anlam (Meaning) alt boyutu araştırmanın sonuç çıktısına ilişkin kriteri karşılamaktadır. Bu sonuç çıktısı çalışma yazarlarının amacı kapsamında değildir ve yazarların bu çıktıyı raporlama beyanları en başından yoktur; dolayısıyla bu çıktıya ilişkin veriler raporda yer almamaktadır. Bu çıktıya ait sayısal değerleri özel bir alt boyut bilgisi olarak elde etmek amacıyla yazarlar ile 23.06.2022 ve 27.06.2022 tarihlerinde olmak üzere iki

defa iletişime geçilmiş ancak yanıt alınamamıştır. Dolayısıyla bu çalışmalar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmanın diğer dahil etme kriterleri ile ilişkili olarak 31 çalışma “randomize kontrollü deneysel çalışma tasarımına” sahip olmadığı ve 17 çalışma ise “çalışma karşılaştırma kolunda rutin bakım içermediği” için dışlanmıştır.

Araştırmanın dışlama kriterlerinden birisi kapsamında ise (*yayın dili İngilizce olmayan çalışmalar*) 1 çalışma, yayın dili İngilizce olmadığı için elenmiştir.

Bu dışlanan çalışmaların haricinde bir çalışmanın (87) dahil etme kriterlerine uygunluk gösterdiği belirlenmiş ancak detaylı gerçekleştirilen inceleme sonucunda derleme kapsamına alınan diğer bir çalışmanın (187) kısa dönem raporu olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle derleme sürecine, bu çalışmanın uzun dönem raporunun (187) dahil edilmesine ve diğerinin ise araştırma kapsamı dışında bırakılmasına karar verilmiştir.

4.2. Dahil Edilen Çalışmaların Karakteristikleri

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasına, kanserden sağ kalan bireylere uygulanan toplamda 14 randomize kontrollü psikososyal müdahale çalışması dahil edilmiştir (63, 64, 81-84, 88-91, 140, 141, 187, 223). Araştırmanın nicel analiz (meta-analiz) sürecinde ise 10 çalışma yer almaktadır (63, 64, 81, 89-91, 140, 141, 187, 223). Çalışmaların temel karakteristiklerine ilişkin detaylara “Dahil Edilen Çalışmaların Karakteristikleri” tablosunda yer verilmiş (Tablo 4.1) ve ilerleyen alt bölümlerde özetlenmiştir.

Tablo 4.1. Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gallagher 2018 | |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma Güç analizi: %80 güç seviyesi varsayımında her grupta 25 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır. |
| Katılımcı Özellikleri | Dahil etme kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- 0-III evrelerinde daha önceki bir meme kanseri tanısının olması- Yakın bir zamanda (son 4 yıl içinde) meme kanserine ilişkin birincil tıbbi tedavisini tamamlamış olması (örn. cerrahi, radyoterapi, kemoterapi)- Çince (Mandarin, Kantonca) yazma ve konuşma konusunda yetkinlik bildirilmesi Dışlama kriterleri: Belirtilmemiştir. Müdahale grubu 1 örneklem sayısı: 34 Müdahale grubu 2 örneklem sayısı: 29 Kontrol grubu örneklem sayısı: 33 Kanser türü: Meme kanseri Kanser evresi: 0, I, II, III (<i>Katılımcıların %1.2'sinin kanser evresine ilişkin veri bulunmamaktadır</i>) Tanı üzerinden geçen ortalama süre: 19.24 ay (SS: 10.93 ay) Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir. Tedavi bilgileri: Belirtilmemiştir. Yaş*: Ortalama yaş: 54.54 yıl (SS: 7.91 yıl), Yaş aralığı: 37 - 77 yıl Cinsiyet: Katılımcıların hepsi kadınlardan oluşmaktadır. |
| Müdahale 1 Özellikleri | Adı: Öz-düzenleme yazma durumu (Self-regulation writing condition) (224) Doğası: İfade edici/dışavurumcu yazma durumu. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Gallagher 2018 (Devam) | |
| İçeriği: Meme kanseri deneyimiyle ilgili derin duygu ve düşünceleri, meme kanserinin neden olduğu stresörlerle başa çıkma stratejileri, meme kanseri deneyimiyle ilgili olumlu düşünce ve duyguları, hakkında ifade edici/dışavurumcu yazma uygulamaları. | |
| Temalar: | |
| - Meme kanseri deneyimiyle ilgili en derin duygu ve düşüncelerini yazma (1. hafta) | |
| - Meme kanserinin neden olduğu stresörlerle başa çıkma stratejilerini yazma (2. hafta) | |
| - Meme kanseri deneyimiyle ilgili olumlu düşünce ve duygularını yazma (3. hafta) | |
| Ev ödevi: Yok | |
| Süresi: 3 hafta | |
| Oturum sayısı: 3 oturum | |
| Zamanlaması (timing): Haftada bir defa yazma oturumu (30 dk süresince ya da tam bir sayfa yazmayı tamamlayana kadar) | |
| Formatı: Bireysel | |
| Uygulanma şekli: Posta yolu ile | |
| Uygulayıcıların özellikleri: Belirtilmemiştir. | |
| Müdahale 2 Özellikleri | |
| Adı: Duygusal açığa vurma yazma durumu (Emotional disclosure writing condition) (225) | |
| Doğası: İfade edici/dışavurumcu yazma durumu. | |
| İçeriği: Meme kanseri deneyimiyle ilgili derin düşünce ve duyguları hakkında ifade edici/dışavurumcu yazma uygulamaları. | |
| Temalar: | |
| - Meme kanseri deneyimiyle ilgili en derin düşünce ve duygularını yazma (üç hafta boyunca) | |
| Ev ödevi: Yok | |
| Süresi: 3 hafta | |
| Oturum sayısı: 3 oturum | |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gallagher 2018 (Devam) | |
| Kontrol Özellikleri | <p>Zamanlaması (timing): Haftada bir defa yazma oturumu (30 dk süresince ya da tam bir sayfa yazmayı <i>tamamlayana kadar</i>)</p> <p>Formatı: Bireysel</p> <p>Uygulanma şekli: Posta yolu ile</p> <p>Uygulayıcıların özellikleri: Belirtilmemiştir.</p> <p>Adı: Kanser olgusu yazma durumu (Cancer-fact writing condition)</p> <p>Doğası: Objektif/tarafsız yazma durumu.</p> <p>İçeriği: Meme kanseri tanı ve tedavisi hakkında objektif ve ayrıntılı yazma uygulamaları.</p> <p>Temalar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Meme kanseri tanı ve tedavisi ile ilgili yazma (üç hafta boyunca) <p>Ev ödevi: Yok</p> <p>Süresi: 3 hafta</p> <p>Oturum sayısı: 3 oturum</p> <p>Zamanlaması (timing): Haftada bir defa yazma oturumu (30 dk süresince ya da tam bir sayfa yazmayı <i>tamamlayana kadar</i>)</p> <p>Formatı: Bireysel</p> <p>Uygulanma şekli: Posta yolu ile</p> <p>Uygulayıcıların özellikleri: Belirtilmemiştir.</p> |
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | <p>Adı: Travma sonrası büyüme</p> <p>Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory)</p> <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (60, 226)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonrası 1. Ay |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Gallagher 2018 (Devam) |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anahtar sonuçlar | <ul style="list-style-type: none">- Müdahale sonrası 3. Ay- Müdahale sonrası 6. ay- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Her iki müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları kontrol grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir. |
| Gerçekleştirilen yazışmalar | Yazışma yapılmamıştır. |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: ABD</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar, toplum temelli bir Çin Kanser Derneği olan Herald Kanser Derneği (Herald Cancer Association) ile iş birliği içinde Los Angeles, New York, Houston metropol bölgelerinden dahil edilmiştir.</p> <p>Finanse edilme durumu: Amerikan Kanser Topluluğu (American Cancer Society) tarafından finanse edilmiştir (<i>Numara: MRSGT-10-011-01-CPPB</i>).</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur.</p> <p>Yazar iletişim detayları: Matthew W. Gallagher, PhD, Department of Psychology, Texas Institute for Measurement, Evaluation, and Statistics, University of Houston, 4849 Calhoun Rd, Rm 373, Houston, TX 77004. Email: mwgallagher@uh.edu</p> |
| Notlar | *Katılımcıların ortalama yaş bilgileri müdahale ve kontrol grubu için ayrı bir şekilde sunulmamış ve tüm katılımcılar için tek bir değer bildirilmiştir. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Holtmaat 2020 | |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma Güç analizi: %80 güç seviyesi varsayımında her grupta 43 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır. |
| Katılımcı Özellikleri | Dahil etme kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- Son 5 yıl içinde tanı konulmuş, tedavisini küratif amaçlı tamamlamış ve ana tedavilerini (Cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) tamamlamış olan yetişkin kanserden sağ kalan bireyler- Katılımcıların psikolojik bir bakım ihtiyacı ve en az bir psikososyal şikayet sahibi olması gerekliliği (örneğin depresif ruh hali, kaygı, başa çıkma sorunları, yaşama ilişkin sorgulamalar, anlam oluşturma (meaning-making) problemleri, ilişki problemleri) Dışlama kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- Ciddi düzeyde bilişsel bozukluğu olması- Başka bir yerde mevcut psikiyatrik veya psikolojik tedavi alıyor olması- Hollanda diline hakimiyetinin yetersiz olması Müdahale grubu 1 örneklem sayısı: 57 Müdahale grubu 2 örneklem sayısı: 56 Kontrol grubu örneklem sayısı: 57 Kanser türü: Meme kanseri, kolon kanseri ve diğer kanser türleri Kanser evresi*: Belirtilmemiştir Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir Tedavi sonrası geçen ortalama süre: <ul style="list-style-type: none">- Müdahale grubu 1: Medyan:19 ay (6-58 ay)- Müdahale grubu 2: Medyan:16 ay (5-52 ay)- Kontrol grubu: Medyan:19 ay (3-55 ay) Tedavi bilgileri: <ul style="list-style-type: none">- Müdahale grubu 1**: Katılımcıların % 46'sı kemoterapi %54'ü radyoterapi almıştır. %39'ü ise hala hormon tedavisi almaya devam etmektedir. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Holtmaat 2020 (Devam) |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> – Müdahale grubu 2**: Katılımcıların % 61'i kemoterapi %57'si radyoterapi almıştır. %50'si ise hala hormon tedavisi almaya devam etmektedir. – Kontrol grubu: Katılımcıların % 98'i cerrahi %63'ü kemoterapi, %58'i radyoterapi almıştır. %53'ü ise hala hormon tedavisi almaya devam etmektedir. <p>Yaş:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Müdahale grubu 1: Ortalama yaş: 59 yıl (SS:11 yıl) , Yaş aralığı: 32-81 yıl – Müdahale grubu 2: Ortalama yaş: 56 yıl (SS:9 yıl) , Yaş aralığı: 41-80 yıl – Kontrol grubu: Ortalama yaş: 57 yıl (SS:10 yıl) , Yaş aralığı: 37-83 yıl <p>Cinsiyet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Müdahale grubu 1: %70 kadın, %30 erkek – Müdahale grubu 2: %88 kadın, %12 erkek – Kontrol grubu: %90 kadın, %10 erkek <p>Adı: Anlam odaklı grup psikoterapisi (meaning-centered group psychotherapy) (227)</p> <p>Doğası: Kanserin yol açtığı sonuçlar ile daha etkili başa çıkabilmek için anlam veya amaç duygusunu sürdürmek veya geliştirmeyi amaçlayan yapılandırılmış anlam odaklı grup psikoterapisi.</p> <p>İçeriği: Anlam ve kanserden sonra hayatta kalma ile ilgili temalara odaklanan didaktik öğretim, grup tartışmaları ve deneysel alıştırmalar (kısa farkındalık egzersizleri) (<i>Ek olarak; kimlik, varoluşsal suçluluk, izolasyon ve özgürlük gibi önemli varoluşsal kavramlar müdahalenin teorik çerçevesine dahil edilmiştir</i>).</p> <p>Temalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anlam kavramı ve anlam kaynakları – Kanserden önce ve sonra anlam – Bir anlam kaynağı olarak hayatımızın hikayesi: Bizi bugün olduğumuz kişi yapan şey – Bir anlam kaynağı olarak hayatımızın hikayesi: Yaptığımız ve gelecekte yapmak istediğimiz şeyler – Tutumsal anlam kaynakları: hayatın sınırlamalarıyla karşılaşmak (encountering) – Yaratıcı anlam kaynakları: Sorumluluk, cesaret ve yaratıcılık |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Holtmaat 2020 (Devam) |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">- Deneysel anlam kaynakları- Sonlandırma: Hayat derslerimizin sunumları ve veda <p>Ev ödevi: Var</p> <p>Süresi: 8 hafta</p> <p>Oturum sayısı: 8 oturum</p> <p>Zamanlaması (timing): Haftada bir defa 2 saat süreli oturum</p> <p>Formatı: Grup</p> <p>Uygulanma şekli: Yüz yüze</p> <p>Uygulayıcıların özellikleri:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kanser hastalarını tedavi etmede önemli düzeyde deneyime sahip bir psikoterapist- Psikoterapist, aynı müdahale prosedürünün test edildiği bir pilot çalışma sırasında müdahale konusunda eğitilmiştir (228) |
| Müdahale 2 Özellikleri | <p>Adı: Destekleyici grup psikoterapisi (Supportive group psychotherapy) (229)</p> <p>Doğası: Kansere bağlı zorluklarla daha iyi başa çıkmaya yardımcı olmayı amaçlayan yapılandırılmış sosyal destekleyici grup psikoterapisi.</p> <p>İçeriği***: Sosyal destek sağlama ve başa çıkma becerilerini destekleme, deneyim ve duyguları aktif olarak paylaşmaya/ifade etmeye teşvik etme, olumlu duygulara odaklanma uygulamaları</p> <p>Temalar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grup üyelerinin tanışması- Destek ihtiyacı- Tıbbi testler ile başa çıkma ve sağlık hizmeti sunucuları ile iletişim- Aile ve arkadaşlarla başa çıkma- İş/meslek ile ilgili sorunlarla başa çıkma- Beden imajı ve fiziksel işlevsellik ile başa çıkma- Gelecek ile başa çıkma- Sonlandırma: veda ve buradan nasıl devam edeceğiz? |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Holtmaat 2020 (Devam) |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Ev ödevi: Yok</p> <p>Süresi: 8 hafta</p> <p>Oturum sayısı: 8 oturum</p> <p>Zamanlaması (timing): Haftada bir defa 2 saat süreli oturum.</p> <p>Formatı: Grup</p> <p>Uygulanma şekli: Yüz yüze</p> <p>Uygulayıcıların özellikleri:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kanser hastalarını tedavi etmede önemli düzeyde deneyime sahip bir psikoterapist- Psikoterapist, anlam kavramı ile ilgili konularda grup tartışmalarından kaçınmak için eğitilmiştir. |
| Kontrol Özellikleri | <p>Adı: Olağan bakım</p> <p>İçeriği: Olağan bakım (<i>Psikolojik bakım/yardıma ihtiyacı olan bireyler pratisyen hekime yönlendirilmiştir. Çalışmanın olağan bakım protokolünü korumak/sürdürmek amacıyla bireylerin sağlık hizmeti alma süreci takip edilmiştir</i>).</p> |
| Sonuç Çıktısı 1 Özellikleri | <p>Adı: Anlam bulma</p> <p>Ölçek: Kişisel Anlam Profili Ölçeği (Personal Meaning Profile)</p> <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (127, 230)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonrası (Müdahale sonrası 1. hafta)- Müdahale sonrası 3.ay- Müdahale sonrası 6.ay- Müdahale sonrası 1.yıl- Müdahale sonrası 2.yıl |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Holtmaat 2020 (Devam) |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anahtar sonuçlar | <ul style="list-style-type: none">- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Her iki müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, anlam bulma düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Her iki müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, anlam bulma düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir. |
| Sonuç Çıktısı 2 Özellikleri | <p>Adı: Travma sonrası büyüme</p> <p>Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory)</p> <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (60, 231)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonrası (Müdahale sonrası 1. hafta)- Müdahale sonrası 3.ay- Müdahale sonrası 6.ay- Müdahale sonrası 1.yıl- Müdahale sonrası 2.yıl |
| Anahtar sonuçlar | <ul style="list-style-type: none">- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zamanı değişim skoru:</u> Her iki müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları kontrol grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zamanı değişim skoru:</u> Her iki müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Holtmaat 2020 (Devam) |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gerçekleştirilen yazışmalar | <p>Çalışmanın kısa ve uzun dönem raporu incelendiğinde, ölçüm zaman noktalarına ilişkin bazı sayısal değerlerin farklılık gösterdiği ve bazı ölçüm zamanlarının da makalelerde ayrı ayrı yer aldığı tespit edilmiştir. Bu durumu açıklığa kavuşturmak ve ilgili verileri <i>ortalama, standart sapma ve p değerleri</i> elde etmek amacıyla yazar ile e-posta yoluyla iletişime geçilmiştir (08.06.2022). Yazar bu farklılığın nedenini <i>“iki makalenin veri analizlerinin farklı kişiler tarafından yapılması ve çalışmada yer alan bir ölçüğe ait bir maddede kullanılan farklı kodlama yaklaşımlarının kullanılmış olması”</i> şeklinde açıklamıştır. Bununla birlikte yazar, tüm ölçüm zaman noktalarına ilişkin gerekli sayısal değerleri göndermiştir (28.06.2022). Bu doğrultuda, meta-analiz sürecindeki hesaplamalarda yazarın gönderdiği veri tablosu esas alınmıştır.</p> |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: Hollanda Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar, Hollanda’da (Leiden ve Amsterdam) yer alan 4 hastane ve kamusal medya aracılığıyla (hasta derneklerinin web sitelerinde, dergilerde ve yerel gazetelerde duyurular yoluyla) çalışmaya dahil edilmiştir. Finanse edilme durumu: Hollanda Kanseri Topluluğu (Dutch Cancer Society) tarafından finanse edilmiştir (Numara: 4864). Yazarlar arasındaki çatışma durumu: K.H., B.L.W. ve P.C. isimli yazarlar tarafından herhangi bir çatışma durumunun olmadığı bildirilmiştir. N.v.d.S. ve I.V.L. isimli yazarların çalışmanın yürütülmesi esnasında Hollanda Kanseri Derneğinden burs aldıkları bildirilmiştir. W.B. isimli yazarın Oxford University Press’den MCP üzerine yer alan ders ve el kitaplarının satışından telif hakkı aldığı bildirilmiştir. Yazar iletişim detayları: Irma Verdonck-de Leeuw, Department of Otolaryngology/Head and Neck Surgery, Amsterdam UMC, P.O. Box 7057, 1007 MB, Amsterdam, The Netherlands. Email: im.verdonck@amsterdamumc.nl</p> <p>*Katılımcıların çoğunun erken evre meme kanseri ile tanılandığı bildirilmiştir. **Katılımcıların hepsi cerrahi tedavi almıştır. ***Müdahale prosedüründe anlam kavramına özel bir dikkat gösterilememektedir. Psikoterapistler, anlamla ilgili konularda grup tartışmalarından kaçınmak için eğitilmiştir.</p> |
| Notlar | |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hsiao 2012 | |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma Güç analizi: Belirtilmemiştir. |
| Katılımcı Özellikleri | Dahil etme kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- Meme kanseri tanısı konulmuş olması- 18-65 yaşları arasında olması- Aktif tedavisini tamamlamış olması Dışlama kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- Meme kanserinin yanı sıra başka bir kanser türüne ait tanısının olması- Adrenal fonksiyon bozukluğu (Cushing sendromu, Addison hastalığı, adrenal tümör veya hipofiz tümörü gibi) olması Müdahale örneklem sayısı: 26 Kontrol örneklem sayısı: 22 Kanser türü: Meme kanseri Kanser evresi: 0, I, II, III (<i>Kontrol grubundaki katılımcıların % 4.5'inin kanser evresine ilişkin veri bulunmamaktadır.</i>) Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir. Tedavi sonrası geçen ortalama süre: <ul style="list-style-type: none">- Müdahale grubu: 3.4 yıl (SS: 2.7 yıl)- Kontrol grubu: 3.1 yıl (SS: 2.5 yıl) Tedavi bilgileri:* <ul style="list-style-type: none">- Müdahale grubu: Katılımcıların % 80.8'i kemoterapi %53.8'i radyoterapi, %19.2'si hormon tedavisi almıştır.- Kontrol grubu: Katılımcıların % 77.3'ü kemoterapi %45.5'i radyoterapi, %13.6'sı hormon tedavisi almıştır. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
Hsiao 2012 (Devam)

Yaş:

- **Müdahale grubu yaş ortalaması:** 45.8 yıl (SS: 6.9 yıl)
- **Kontrol grubu yaş ortalaması:** 46.5 yıl (SS: 10.2 yıl)

Cinsiyet: Belirtilmemiştir.

Müdahale Özellikleri

Adı: Beden-zihin-ruh grup terapisi (body-mind-spirit group therapy)

Doğası: Olumsuz deneyimlerin kişisel büyüme yönünde dönüşümüne ilişkin pozitif bakış açısı; beden, zihin ve spiritüel iyilik hali arasındaki karşılıklı ilişkileri anlamaya dayalı sağlıklı bir yaşam tarzı ve kendini kabul etme, kendini gerçekleştirme potansiyeli, hayatın amacı ve anlamı, sosyal destek ve başkalarına yardım etme taahhüdü alanlarına ilişkin gelişimi amaçlayan, yapılandırılmış bir beden-zihin-ruh grup terapi programı

İçeriği: Pozitif psikoloji, affedicilik odaklı terapi, Kabat-Zinn (1990) (232) tarafından geliştirilen farkındalık temelli stress azaltma programı, geleneksel Çin tıbbi, yaşamın anlamı ve bilgeliğine ilişkin Doğu ve Batı felsefelerinin kavram ve uygulamaları

Temalar:

- Kendini kabul, özerklik, çevresel hakimiyet, kişisel büyüme, yaşamda bir amaç duygusu ve diğerleriyle olumlu ilişkileri güçlendirme
- Meme kanserinin nedenleri hakkında kendini ya da diğerlerini suçlamadan ileri gelen olumsuz duygulardan kurtulmak için affedicilik odaklı terapi stratejileri
- Öz düzenlemeyi ve zihin ve beden arasındaki dengeyi geliştirebilmek için strese yönelik şu anda verilen fiziksel ve duygusal tepkilerin farkındalığını kolaylaştıran farkındalık temelli stress azaltma meditationsu stratejileri
- Sağlık ve hastalık ile ilgili beden-zihin bağlantılarını göstermek için geleneksel Çin tıbbi kavramlarından yararlanma

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Hsiao 2012 (Devam) |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">- Fiziksel gücü ve duygusal ifadeyi kolaylaştırmak amacıyla; sağlıklı beslenme, uyku hijyeni, nefes egzersizleri, akupresür noktalarına masaj uygulama, qi gong, rehber eşliğinde imgeleme tartışma ve uygulamaları <p>Ev ödevi: Var Süresi: 8 hafta Oturum sayısı: 8 oturum Zamanlaması (timing): Haftada bir defa 120 dakika süreli oturum Formatı: Grup Uygulanma şekli: Yüz yüze Uygulayıcıların özellikleri:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bir ruh sağlığı hemşiresi ve bir onkoloji hemşiresi- Hemşireler, tedavi protokolünü kullanmak ve protokole bağlı kalmak amacıyla eğitilmiştir <p>Adı: Bir oturumluk eğitim uygulaması (1 educational session) Doğası: Eğitim oturumu İçeriği: Sağlık davranışları konusunda bire bir eğitim uygulaması, evde uygulamayı destekleyen kas gevşeme egzersizi kasetleri ve qi gong videoları</p> <p>Temalar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Yağlı yiyeceklerden kaçınma, düzenli egzersiz, uyku hijyeni ve duygusal ifade gibi konular- Ek materyaller yolu ile evde egzersiz uygulamasını destekleme <p>Ev ödevi: Var Süresi: Somut olarak ifade edilmemiştir Oturum sayısı: 1 oturum Zamanlaması (timing): Oturum süresi belirtilmemiştir Formatı: Bireysel Uygulanma şekli: Yüz yüze</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hsiao 2012 (Devam) | |
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | <p>Adı: Anlam bulma</p> <p>Ölçek: Yaşamın Anlamı Ölçeği- Mevcut/Var Olan Anlam Alt Ölçeği (Meaning in Life Questionnaire – Presence Subscale)</p> <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği**: Evet (124)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonu (2 aylık müdahalenin sonunda)- Müdahale öncesinden itibaren 5.ay- Müdahale öncesinden itibaren 8.ay <p>- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, anlam bulma düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.</p> <p>- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, anlam bulma düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.</p> |
| Anahtar sonuçlar | |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | Yazışma yapılmamıştır. |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: Tayvan</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar çalışmaya, genel hastane cerrahi polikliniğinden dahil edilmiştir.</p> <p>Finanse edilme durumu: Ulusal Tayvan Üniversitesi tarafından finanse edilmiştir (<i>Numara: 97T099, 98R0304</i>).</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Belirtilmemiştir.</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| | |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışma Kimliği | Hsiao 2012 (Devam) |
| Yazar iletişim detayları: | Prof. King-Jen Chang, MD, PhD Department of Surgery, Cheng Ching Hospital No. 118, Sec. 3, Chung-Kang Rd. Taichung 40764 (Taiwan) Tel. +886 968 662 030, E-Mail kingjen@ntu.edu.tw; kingjen@ccgh.com.tw |
| Notlar | *Katılımcıların hepsi cerrahi tedavi almıştır. **Ulusal geçerlik ve güvenilirlik bilgisi belirtilmemiştir. |
| Çalışma Kimliği | Kenne Sarenmalm 2017 |
| Çalışma Karakteristikleri | Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma Güç analizi: %80 güç seviyesi varsayımında her grupta 50 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır. |
| Katılımcı Özellikleri | Dahil etme kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- Meme kanseri tanısının olması- Endokrin tedavisi alıyor olsun veya olmasın, adjuvan kemoterapi ve/veya radyasyon tedavisini tamamlamış olması Dışlama kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- Çalışmaya katılımı engelleyebilecek diğer bir ileri evre hastalığa sahip olması- Devam eden majör depresyon tanısının olması- Devam eden Herceptin tedavisinin olması- Daha önceden ya da müdahale esnasında farkındalık temelli stres azaltma ve yoga da dahil olmak üzere diğer zihin-beden programlarını kullanmış/kullanıyor olması Müdahale örneklem sayısı*: 66 Kontrol örneklem sayısı*: 54 Kanser türü/tipi: Meme kanseri |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği Kenne Sarenmalm 2017 (Devam)

Kanser evresi: Belirtilmemiştir.

Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi bilgileri:**

– **Müdahale grubu:** Katılımcıların % 3.2'sinin tedavi protokolü sadece kemoterapi, %4.8'inin sadece radyoterapi, %19.4'ünün sadece hormon terapisi, %17.8'inin kemoterapi+radyoterapi, %6.5'inin kemoterapi+hormon tedavisi, %25.8'inin radyoterapi+hormon tedavisi ve %20.9'unun kemoterapi+radyoterapi+hormon tedavisidir. Katılımcıların %1.6'sı ise tedavi almamıştır.

– **Kontrol grubu:** Katılımcıların % 5.8'inin tedavi protokolü sadece kemoterapi, %7.7'sinin sadece radyoterapi, %11.5'inin sadece hormon terapisi, %13.5'inin kemoterapi+radyoterapi, %1.9'unun kemoterapi+hormon tedavisi, %30.8'inin radyoterapi+hormon tedavisi ve %26.9'unun kemoterapi+radyoterapi+hormon tedavisidir. Katılımcıların %1.9'u ise tedavi almamıştır.

Yaş*:** Ortalama yaş: 57.2 yıl (SS: 10.2 yıl) , Yaş aralığı: 34 - 80 yıl

Cinsiyet: Tüm katılımcılar kadınlardan oluşmaktadır.

Müdahale Özellikleri

Adı: Farkındalık temelli stres azaltma (Mindfulness-based stress reduction - MBSR)

Doğası: Sekiz haftalık standart farkındalık temelli stres azaltma programı

İçeriği: Farkındalık deneyimlerine odaklanma, gentle meditasyon ve yoga eğitimi

Temalar: Detaylar belirtilmemiştir.

Ev ödevi: Var

Süresi: 8 hafta

Oturum sayısı: 8 oturum

Zamanlaması (timing): Haftada bir defa 2 saat süreli oturum

Formatı: Grup

Uygulanma şekli: Yüz yüze

Uygulayıcıların özellikleri: Sertifikaya sahip bir Farkındalık Temelli Stres Azaltma eğitmeni

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kenne Sarenmalm 2017 (Devam) | |
| Kontrol Özellikleri | Adı: Non-MBSR (Kontrol grubu)**** İçeriği: Standart bakım (<i>Ulusal ve yerel kılavuzlara göre yürütülen meme kanserinin takibi için standart bakım</i>) |
| Sonuç Çıktısı 1 Özellikleri | Adı: Travma sonrası büyüme Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory) Ölçek geçerlik ve güvenirliği****: Evet (60) Ölçüm zaman noktaları: <ul style="list-style-type: none">- Müdahale Öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonrası 1. ay |
| Anahtar sonuçlar | - <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru: Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.</u> |
| Sonuç Çıktısı 2 Özellikleri | Adı: Anlam bulma Ölçek: Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği - Anlamlılık Alt Ölçeği (Sense of Coherence Scale - Meaningfulness Subscale) Ölçek geçerlik ve güvenirliği****: Evet (233, 234) Ölçüm zaman noktaları: <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonrası 1. ay |
| Anahtar sonuçlar | - <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru: Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, anlam bulma düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.</u> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Kenne Sarenmalm 2017 (Devam) |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | <ul style="list-style-type: none">- Yazışma 1: Dahil etme kriterlerini açıklığa kavuşturmak amacıyla yazar ile e-posta yoluyla iletişime geçilmiştir (08.07.2022). Yazardan “<i>müdahale esnasında hastaların hormon tedavisi dışında diğer tedavileri almadığı</i>” doğrultusunda gelen açıklama neticesinde durum açıklığa kavuşturulmuştur (18.07.2022).- Yazışma 2: Müdahale sonrası ölçüm zamanını açıklığa kavuşturmak amacıyla yazar ile e-posta yoluyla iletişime geçilmiştir (11.07.2022). Yazardan “<i>ölçüm zaman noktasının 8 haftalık müdahale sonrası 1. ay olduğu</i>” doğrultusunda gelen açıklama neticesinde durum açıklığa kavuşturulmuştur (18.07.2022).- Yazışma 3: Nicel analizde kullanılacak olan anlam bulma sonuç çıktısına ilişkin, Bütünlük Duygusu Ölçeği “Anlamlılık Alt Ölçeği” ölçüm sonuçları çalışma yazarlarının amacı kapsamında değildir. Yazarların bu çıktıyı raporlama beyanları en başından yoktur ve çalışma raporunda yer almamaktadır. Bu nedenle çıktıya ait sayısal değerler (<i>ortalama, standart sapma ve p değerleri</i>) özel bir alt boyut bilgisi olarak yazardan e-posta yolu ile (08.06.2022, 18.06.2022, 23.06.2022) talep edilmiştir. Yazar bu değerleri e-posta yolu ile paylaşmıştır (18.07.2022). |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: İsveç</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar ile hastane ortamında ilk takip ya da son tedavi randevuları esnasında iletişime geçilmiştir (<i>Çalışma raporu ve deney kaydından sadece Skaraborg Hastanesi ile ilgili bilgi edinilmiştir. Diğer detaylar hakkında bilgi verilmemiştir</i>).</p> <p>Finanse edilme durumu: İsveç Kanser Derneği, Bölgesel Yönetim Kurulu Sağlık ve Tıbbi Bakım Komitesi (Västra Götaland), Skaraborg Hastanesi Araştırma Fonu ve Skaraborg Araştırma Komitesi tarafından finanse edilmiştir.</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur.</p> <p>Yazar iletişim detayları: Elisabeth Kenne Sarenmalm, Research and Development Centre, Skaraborg Hospital, Skövde, Sweden.Tel: +46-500-432968; E-mail: elisabeth.kenne.sarenmalm@vregion.se</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği Kenne Sarenmalm 2017 (Devam)

Notlar

*Çalışma raporunda katılımcı karakteristikleri randomize edilen sayı üzerinden sunulmamıştır, veriler değerlendirilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

**Katılımcıların hepsi cerrahi tedavi almıştır.

***Katılımcıların ortalama yaş bilgileri müdahale ve kontrol grubu için ayrı bir şekilde sunulmamış, tüm katılımcılar için tek bir değer bildirilmiştir. Çalışmaya ait bir kontrol kolu araştırma kapsamı dışındadır. Dolayısıyla bu derlemede yer alan katılımcıların yaş özelliği bilgisi belirsizlik oluşturmaktadır.

****Bu çalışma koluna standart bakım dışında herhangi bir müdahale uygulanmadığı raporda açık bir şekilde ifade edilmemekle birlikte, rapor bütünlüğünden edinilen bir bilgi olarak eklenmiştir.

*****Ulusal geçerlik ve güvenilirlik bilgisi belirtilmemiştir.

*****Ölçeğin orijinal çalışmasında, üç faktörün ortak katkı sağladığı tek boyutlu bir yapıdan oluştuğu ve alt ölçek bileşenlerini ölçmek için geliştirilmediği bildirilmiştir (234). Bununla birlikte, ölçeğin tek boyutta ya da üç boyuttaki faktör yapısı belirsizlik içermektedir. İsveç popülasyonunun da yer aldığı çeşitli araştırmalar, ölçeğin tek bir faktörden ziyade, ikiden beş yapıya kadar değişebilen bir biçimde çok boyutlu bir yapıdan oluştuğuna işaret etmekte, bunun yanı sıra ise sonuçların, birbiri ile etkileşim halindeki üç faktör arasında paylaşılan genel bir faktör yapısına en iyi uyum gösterme potansiyeli olduğu bildirilmektedir (235, 236). Ölçeğin psikometrik olarak güvenilirliğinin kanıtlanmaması yanı sıra faktör yapısı tamamen bir netlik oluşturmamakta, ancak literatürde alt ölçeklere ilişkin sonuçların da bildirildiği raporlanmaktadır (235).

***** Ulusal geçerlik ve güvenilirlik bilgisi belirtilmemiştir.

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Loprinzi 2011 | |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma Güç analizi: Belirtilmemiştir. |
| Katılımcı Özellikleri | Dahil etme kriterleri: <ul style="list-style-type: none">– Pembe Kurdele Mentörü olmak– Çalışmanın tüm yönlerine katılabilecek durumda ve istekli olmak Bilgilendirilmiş onam formunun uygun bir şekilde anlamak ve imzalamak Dışlama kriterleri: <ul style="list-style-type: none">– Yakın zamanda (son 6 ay içinde) psikotik dönem veya,– Klinik olarak anlamlı, akut stabil olmayan nörolojik, psikiyatrik, hepatik, renal, kardiyovasküler veya çalışmaya katılmayı engelleyen solunum hastalığına sahip olmak Müdahale örneklem sayısı: 12 Kontrol örneklem sayısı: 12 Kanser türü: Meme kanseri Kanser evresi: 0, I, II, III (<i>Katılımcıların %10'unun kanser evresine ilişkin veri bulunmamaktadır.</i>) Tanı üzerinden geçen ortalama süre: <ul style="list-style-type: none">– Müdahale grubu: Katılımcıların %8.3'ünün tanı almasının üzerinden 1-2.99 yıl, %33.3'ünün 3-5 yıl, %58.3'ünün ise 5 yıldan daha fazla süre geçmiştir.– Kontrol grubu: Katılımcıların %12.5'inin tanı almasının üzerinden 1-2.99 yıl, %50'sinin 3-5 yıl, %37.5'inin ise 5 yıldan daha fazla süre geçmiştir. Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir. Tedavi bilgileri: Belirtilmemiştir. Yaş: <ul style="list-style-type: none">– Müdahale grubu: Medyan 61 yıl (48-72 yıl)– Kontrol grubu: Medyan 61 yıl (46-75 yıl) Cinsiyet: Katılımcıların hepsi kadınlardan oluşmaktadır. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Loprinzi 2011 (Devam) |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Müdahale Özellikleri* | <p>Adı: Stres yönetimi ve psikolojik sağlamlık eğitim programı (Stress management and resiliency training program)</p> <p>Doğası: Dikkat ve yorumlama terapisinden (Attention and interpretation therapy) uyarlanan, bireysel stresi azaltmak ve psikolojik sağlamlığı artırmak amacı güden yapılandırılmış terapi programı (<i>Dikkat ve yorumlama terapisinin kısaltılmış bir uyarlamasıdır</i>)</p> <p>İçeriği: Dikkat ve yorumlama egzersizleri (<i>Yargulamayı geciktirmeyi ve dikkati, zihnin içeriğinden ziyade dış dünyaya daha fazla odaklamayı destekleyen, yorumlamayı sabit önyargılardan uzaklaştırıp daha esnek bir eğilime yönlendirmeye yardımcı olan; şükran, merhamet, kabul, bağışlama, anlam ve amaç gibi becerileri geliştirmelerine yardımcı olan egzersizler, kısa bir yapılandırılmış gevşeme egzersizi</i>), bireysel ihtiyaçlara yönelik opsiyonel birebir bir takip oturumu, üç adet telefon takip görüşmesi</p> <p>Temalar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kavramların tartışılması- Kavramların pekiştirilmesi ve soruların yanıtlanması- Gevşeme egzersizi eğitimi (<i>Katılımcılar, günde bir ya da iki defa, 5-15 dakika boyunca dakikada beş nefes olacak şekilde derin diyafram nefes egzersizi uygulamaları yönünde eğitilmiştir</i>)- Bir çalışma araştırmacı ile ihtiyaçlara ilişkin opsiyonel bireysel oturum- 12 haftalık müdahale süresi boyunca, müdahalede paylaşılan becerilerin uygulanmasını hatırlatma/destekleme <p>Ev ödevi: Var</p> <p>Süresi: 12 hafta</p> <p>Oturum sayısı: 6 oturum (1 oturum opsiyonel)</p> <p>Zamanlaması (timing):</p> <ul style="list-style-type: none">- 90 dakika süreli ilk grup müdahale oturumu (<i>Bu oturumdan itibaren 4 hafta aralıklar ile müdahale sonlanana kadar 3 telefon takip görüşmesi gerçekleştirilmiştir</i>)- 90 dakika süreli ikinci grup müdahale oturumu- 30-60 dakika süreli, bir çalışma araştırmacısıyla bire bir gerçekleştirilen kısa bir bireysel takip oturumu (opsiyonel) |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Loprinzi 2011 (Devam) | |
| Formatı: Bireysel, grup | |
| Uygulanma şekli: Yüz yüze, telefon | |
| Uygulayıcıların özellikleri: | |
| - Tıp doktoru (<i>Müdahale; grup oturumlarını bir, bireysel kısa oturumu bir ve telefon takiplerini bir tıp doktoru olmak üzere, üç çalışma araştırmacısı tarafından yürütülmüş ancak bu araştırmacıların müdahale uygulama alanına ilişkin eğitim, sertifika gibi nitelikleri belirtilmemiştir.</i>) | |
| Kontrol Özellikleri | |
| Adı: Bekleme listesi kontrol grubu | |
| İçeriği: Prosedüre ilişkin detaylar belirtilmemiştir, kontrol grubuna aynı müdahale 12 hafta sonra uygulanmıştır. | |
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | |
| Adı: Psikolojik sağlamlık | |
| Ölçek: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Connor-Davidson Resilience Scale) | |
| Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (49) | |
| Ölçüm zaman noktaları: | |
| - Müdahale öncesi (İlk ölçüm) | |
| - Müdahale sonu (12 haftalık müdahalenin sonunda) | |
| Anahtar sonuçlar | |
| - Müdahale ve kontrol kolları arasında, psikolojik sağlamlık düzeyi değişim skoru farkının karşılaştırılmasına ilişkin istatistiksel bir sonuç bildirilmemiştir. | |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | Yazışma yapılmamıştır. |
| Diğer Özellikler | |
| Gerçekleştirildiği ülke: ABD | |
| Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: | Katılımcılar çalışmaya, Mayo Clinic (Rochester, Minnesota) aracılığı ile dahil edilmiştir |
| Finanse edilme durumu: | Mayo Klinik Tıp Fakültesi tarafından finanse edilmiştir. |

Tablo 4.1. (Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışma Kimliği | Loprinzi 2011 (Devam) |
| Yazarlar arasındaki çatışma durumu: | Çatışma yoktur. |
| Yazar iletişim detayları: | Amit Sood, MD, CIM Program, Division of General Internal Medicine, 200 First St, SW, Rochester, MN 55905; Telephone: 507-284 8913; Fax: 507-284 5370; e-mail contact: sood.amit@mayo.edu |
| Notlar | *Müdahaleye ilişkin bazı detaylar çalışma yazarlarının aynı müdahale programını test ettiği farklı bir çalışmadan elde edilmiştir (237) |
| Çalışma Kimliği | McCaughan 2018 |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma Güç analizi: Fizibilite çalışması olduğu için örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılmamıştır. |
| Katılımcı Özellikleri | Dahil etme kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- 18 yaş ve üzerinde,- Lokalize prostat adenokarsinomu tanısı konulmuş,- Hormon tedavisi alıyor olsun veya olmasın, cerrahi veya radyoterapi tedavisinin (küratif amaçlı) hemen sonrasında,- Fiziksel ve ruhsal olarak katılabilecek durumda ve bilgilendirilmiş yazılı onam sağlayan,- Kuzey İrlanda'da ikamet eden eşleri/partnerleri ile birlikte yaşayan erkekler. Dışlama kriterleri: <ul style="list-style-type: none">- Eşin/partnerin son bir yıl içinde kanser tanısı almış olması Müdahale örneklem sayısı: 13 çift (13 erkek) Kontrol örneklem sayısı: 4 çift (4 erkek) |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
McCaughan 2018 (Devam)

Kanser evresi: Belirtilmemiştir.

Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi bilgileri:

- Hem müdahale hem de kontrol gruplarında erkeklerin aldığı en yaygın tedavinin hormon tedavisi olduğu ve bunu radyoterapinin takip ettiği bildirilmiştir. Kontrol grubunda yer alan bir katılımcı cerrahi tedavisi almıştır.
- Müdahale grubundaki katılımcıların % 69.2'si ve kontrol grubundaki katılımcıların % 75'i halen hormon tedavisi almaya devam etmektedir.

Yaş:

- Müdahale grubu: Ortalama yaş: 67.5 yıl (SS: 6.54 yıl), Yaş aralığı: 56-79 yıl
- Kontrol grubu: Ortalama yaş: 63.8 yıl (SS: 6.95 yıl), Yaş aralığı: 56-71 yıl

Cinsiyet: Araştırma sürecine dahil edilen alt gruptaki (prostat kanserinden sağ kalan bireyler) katılımcıların tümü erkeklerden oluşmaktadır.

Müdahale Özellikleri
Adı: CONNECT müdahale programı

Doğası: Kanser ve kansere yönelik sorunları yönetme becerisini arttırmayı amaçlayan yapılandırılmış, başa çıkma ve destekleyici eğitim programı (141, 238, 239).

İçeriği: Semptom yönetimi, cinsel ve ürener disfonksiyon, belirsizlik yönetimi, olumlu düşünme, çift iletişimi ve sağlıklı yaşam tarzları üzerine tartışmalar.

Temalar:

- Çift bakımı
- İyimser bakış açısı
- Yolculuğa kılavuzluk yapmak (navigating the journey)
- Yeni normallik
- Kendini güçlendirme
- Yaşam tarzını değiştirme

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
McCaughan 2018 (Devam)

- Hedef belirleme

Ev ödevi: Yok

Süresi: 9 hafta

Oturum sayısı: 5 oturum

Zamanlaması (timing): Her iki haftada bir oturum (1., 3. ve 9. haftalarda 2 saat süreli grup oturumu, 5. ve 7. haftalarda telefon oturumu gerçekleştirilmiştir.)

Formati: Bireysel, grup

Uygulanma şekli: Yüz yüze, telefon

Uygulayıcıların özellikleri:

- Ulusal bir kanser yardım kuruluşundan elde edilen kolaylaştırıcılar (müdahaleyi uygulayan kişiler) ve katılımcı-gözlemci olarak tüm grup oturumlarına destek olan araştırma ekibinden bir kişi (eş-kolaylaştırıcı/co-facilitator)
- Kolaylaştırıcılar, kanser danışmanlığı konusunda eğitim ve deneyime sahip olmakla birlikte prostat kanseri olan erkekler ve eşleriyle ilgili uygulamaları sınırlı düzeydedir. Ayrıca destek gruplarına liderlik etme ve bire bir oturumlarda deneyim sahibi olmalarına rağmen, yapılandırılmış bir grup (yüz yüze) ve CONNECT programında olduğu gibi telefonla psikosozal müdahale sunmaya ilişkin deneyimleri mevcut değildir.
- Kolaylaştırıcılar ve eş-kolaylaştırıcı, ABD'de benzer bir projede çalışan bir uzman tarafından yönetilen (240) 5 gün süreli bir eğitim kursuna katılmış ve ardından iki ayda bir olmak üzere kolaylaştırıcı performans süreçleri izlenmiştir.
- Eğitim; müdahale prosedürü, uygulama prosedürüne bağlı kalmanın önemi, kolaylaştırıcıların rolü, grup ve dinamiklerin yönetimi ve prostat kanseri konusunda bilgi sağlamaya yönelik yürütülmüştür. Bunların yanı sıra, müdahalenin uygulanma sürecine rehberlik etmek ve kolaylaştırıcılar arasında prosedüre bağlılığı desteklemek amacıyla araştırma ekibi tarafından bir protokol el kitabı oluşturulmuştur.

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | McCaughan 2018 (Devam) |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kontrol Özellikleri | Adı: Kontrol Grubu İçeriği: Olağan bakım (Ayrıntılar belirtilmemiştir) |
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | Adı: Travma sonrası büyüme Ölçek: Helgeson Hastalığın Faydaları Ölçeği (Helgeson Benefits of Illness Scale) Ölçek geçerlik ve güvenirliği*: Belirsiz (241) Ölçüm zaman noktaları: <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonu- Müdahale sonrası 1. ay |
| Anahtar sonuçlar | <ul style="list-style-type: none">- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları kontrol grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir. |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | Rapor metninde yer alan bir cümle (“ <i>At one-month follow-up, 12 dyads in the intervention group completed the program and outcome assessment and two dyads in the control group completed outcome assessment</i> ”) ile çalışma akış şeması ve çalışma tablolarında yer alan katılımcı sayılarında bir çelişki bulunmaktadır. Bu durumu açıklığa kavuşturmak amacıyla yazar ile iletişime geçilmiştir (21.07.2022). Ancak yazardan geri dönüş alınamamıştır. Bu nedenle nicel analiz sürecinde, metindeki beyan ve tablolardaki sayısal değerlerin esas alınmasına karar verilmiştir. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristiklikleri

| | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışma Kimliği | McCaughan 2018 (Devam) |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: İrlanda</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar çalışmaya, Kuzey İrlanda Kanser Merkezi'nden dahil edilmiştir.</p> <p>Finanse edilme durumu: Cancer Focus Northern Ireland (<i>bir dernek</i>) tarafından finanse edilmiştir.</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Belirtilmemiştir.</p> <p>Yazar iletilim detayları: Eilis McCaughan BSc, PhD, RN Institute of Nursing and Health Research, University of Ulster, Newtownabbey, UK E-mail addresses: em.mccaughan@ulster.ac.uk (E. McCaughan).</p> |
| Notlar | *Çalışma raporunda atf yapılan kaynakta ölçek ile ilgili geçerlik güvenirlik bilgisi yer almamaktadır. |
| Çalışma Kimliği | Stanton 2005 |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | <p>Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma</p> <p>Güç analizi: %90 güç seviyesi varsayımında her grupta 146 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır.</p> |
| Katılımcı Özellikleri | <p>Dahil etme kriterleri:</p> <p>Kayıt aşaması (Registration):</p> <ul style="list-style-type: none">- Yakın zamanda Evre I ya da Evre II meme kanseri tanısına sahip olmak- İnvaziv epitelyal kanser histolojisinin olması- Son 6 hafta içinde küratif (definitive) primer cerrahi tedavi almış olmak- Katılımcı herhangi bir tümör boyutu/nod durumuna sahip olabilmektedir- Başlangıç tedavisi olarak cerrahi yöntem uygulanmış olması- Son 6 ay içinde tamamlanmış olması şartı ile rekonstrüktif cerrahi geçirmiş olmaya izin verilmiştir |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
Stanton 2005 (Devam)

Kayıt aşaması tamamlandıktan sonra;

- Sadece cerrahi tedavi alan katılımcılar kayıt aşamasının sonunda doğrudan araştırmaya giriş aşamasına devam etmişlerdir
- Adjuvan medikal tedavi planlanmış olan katılımcıların ise tedavilerini tamamlaması beklenmiş ve bu aşamaya kadar telefon ile takip edilmişlerdir. Tedavileri tamamlandıktan sonra araştırmaya giriş aşamasına ilerlemişlerdir
- Katılımcıların, çalışmaya katılım göstermeye uygun kalabilmeleri için, medikal tedavilerini tamamlandıktan sonra 8 hafta içinde, kendilerine gönderilen onam formu ve müdahale öncesi ölçüm paketlerini araştırmacılara geri iletmeleri gerekmektedir

Dışlama kriterleri:

- Daha önceden meme kanseri öyküsü olması
- Noninvaziv meme kanseri olması
- Metastatik veya inflamatuvar meme kanseri olması
- Neoadjuvan kemoterapi veya kemik iliği/kök hücre desteği (rescue) amacı ile yüksek doz kemoterapi kullanımının planlanmış olması
- Uzun süreli rekonstrüktif cerrahi veya cerrahi komplikasyonların olması
- Şiddetli fiziksel, bilişsel veya psikiyatrik hastalığının olması
- İngilizce okuyamama ve yazamama
- Yaşam kalitesi müdahalesi içeren başka bir klinik araştırmaya katılım

Müdahale örneklem sayısı: 184

Kontrol örneklem sayısı: 187

Kanser türü: Meme kanseri

Kanser evresi: Belirtilmemiştir.

Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristiklikleri

Çalışma Kimliği Stanton 2005 (Devam)

Tedavi sonrası geçen ortalama süre*:

- **Müdahale grubu:** 5.5 ay (SS: 2.7 ay)
- **Kontrol grubu:** 5.5 ay (SS: 2.5 ay)

Tedavi bilgileri:

- **Müdahale grubu:** Katılımcıların %53.2'si sadece cerrahi, %46.9'u cerrahi ve kemoterapi, %71.8'i radyoterapi tedavisi almıştır. %53.2'si ise hala tamoksifen almaya devam etmektedir.
- **Kontrol grubu:** Katılımcıların %51.5'i sadece cerrahi, %48.5'i cerrahi ve kemoterapi, %69.2'si radyoterapi tedavisi almıştır. %56.6'sı ise hala tamoksifen almaya devam etmektedir.

Yaş:

- **Müdahale grubu yaş ortalaması:** 57.9 yıl (SS: 10.3 yıl)
- **Kontrol grubu yaş ortalaması:** 59.4 yıl (SS: 11.8 yıl)

Cinsiyet: Katılımcıların hepsi kadınlardan oluşmaktadır.

Müdahale Özellikleri

Adı: Psikoeğitim temelli danışmanlık (Psychoeducational counseling)

Doğası: Geri-dönüş aşaması (re-entry) sırasında beklenenlere yönelik bilgi sağlama, akran modellemesi ve rehber desteği yolu ile aktif, yaklaşma odaklı (approach-oriented) başa çıkma becerilerini artırma amacı güden yapılandırılmış bireysel program.

İçeriği: 1994 Ulusal Kanser Enstitüsü yayını olan "Facing Forward" isimli standart basılı materyal, bir yazar tarafından geliştirilmiş ve profesyonelce filmleştirilmiş "Kanserin Ötesine Geçmek" isimli bir video kaset, bir yazar tarafından inşa edilmiş "Kanserin Ötesine Geçmek: Başarılı Bir İyileşme Rehberiniz" isimli bir el kitabı, 2 oturuma sahip bireysel program (*Programın teorik çerçevesinin yapılandırılmasına stres ve başa çıkma, öz düzenleme ve sosyal öğrenme alanlarındaki araştırma ve teoriler rehberlik etmiştir*)

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
Stanton 2005 (Devam)

Temalar:

Bireysel program

- Dört yaşam alanına (fiziksel sağlık, duygusal iyilik hali, kişiler arası ilişkiler, yaşam perspektifleri) ilişkin kanserle ilgili endişeleri gözden geçirme; primer bir endişe (concern) ve ilişkili hedefleri belirleme; bu endişeyi gidermek için yaklaşma odaklı (approach-oriented) bir eylem planı geliştirme (örn. daha fazla bilgi alma, sosyal destek arama) ve oluşturulan planların önündeki engelleri ele alma
- Video kaset ve el kitabına ilişkin sorulara ve bunlara verilen tepkilere odaklanma, ilerleme sürecini değerlendirme ve eylem planını revize etme, stratejilerin diğer geri-dönüş (re-entry) aşamasının zorluklarına yönelik genelleştirilmesini ele alma

Standart basılı materyal

- Kanserden sağ kalan bireyler için genel bilgiler
- Kanser tedavi süreçlerinden sonra sağlık bakımı, duyguların yönetimi ve mali konular

Video kaset

- Dört yaşam alanına (fiziksel sağlık, duygusal iyilik hali, kişiler arası ilişkiler, yaşam perspektifleri) ilişkin geri-dönüş aşamasının zorlukları (uyarlanabilir ekran modellemesini teşvik etmek için tasarlanan film; meme kanserinden sağ kalan dört kişiyi, bu dört alanın her birine ilişkin deneyimlerini ve ilgili zorlukların üstesinden gelmek için kullandıkları aktif başa çıkma becerilerini anlatırken gözlemlemektedir. Film aynı zamanda, üyelerin geri-dönüş aşaması deneyimlerini tartıştıkları ve aktif başa çıkma örneklerini sundukları bir Afrika-Amerikan meme kanseri destek grubunu da tasvir etmektedir. Meme kanseri alanında uzman bir onkologun, geri-dönüş aşaması deneyimi ve bu aşamada yaşanan sorunlara yaklaşım ile ilgili aktif yöntemler hakkındaki yorumlarını içermektedir).

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Stanton 2005 (Devam) | |
| El kitabı | |
| – Dört yaşam alanına spesifik bir şekilde düzenlenen; geri-dönüş aşaması sırasında neler beklenebileceği konusunda bilgi ve öneriler, aktif bir yaklaşmayı (active approach) teşvik etme, ilgili çalışma bölgesine özgü kanser ile ilgili kaynakların listesi | |
| Ev ödevi: Belirtilmemiştir | |
| Süresi**: 3 hafta | |
| Oturum sayısı: 2 oturum | |
| Zamanlaması (timing): | |
| – 80 dakika süreli yüz yüze oturum (1. hafta) | |
| – 30 dakika süreli telefon oturumu (3. hafta) | |
| Formatı: Bireysel | |
| Uygulanma şekli: Yüz yüze, telefon | |
| Uygulayıcıların özellikleri: | |
| – Kanser eğitmenleri (örn. sosyal çalışmacı, psikolog) | |
| – Eğitmenlerin hepsi yüksek lisans ya da doktora düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir ve araştırmacılar tarafından bir tam gün süreli oturumda eğitilmişlerdir | |
| Kontrol Özellikleri | |
| Adı: Standart basılı materyal kontrol grubu (Standard print control) | |
| – İçeriği: 1994 Ulusal Kanser Enstitüsü yayını olan <i>Facing Forward</i> isimli standart basılı materyalin kopyası katılımcılara mail yolu ile gönderilmiştir. Bu 43 sayfalık kitapçık kanserden sağ kalan bireyler için genel bilgiler, kanser tedavi süreçlerinden sonra sağlık bakımı, duyguların yönetimi ve mali konulara odaklanmaktadır. | |
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | |
| Adı: Travma sonrası büyüme | |
| Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory) | |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışma Kimliği | Stanton 2005 (Devam) |
| | <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (60)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Randomizasyon sürecinden itibaren 6. ay- Randomizasyon sürecinden itibaren 12. ay <p>Anahtar sonuçlar</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru**</u>: Müdahale ve kontrol kolları arasında, travma sonrası büyüme düzeyi değişim skoruna ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir. |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | <p>Sonuçlar nicel analize dahil edilebilecek formatta sunulmamıştır (<i>düzeltilmiş ortalama değişim skoru (adjusted mean change score), standart hata</i>). Bu nedenle travma sonrası büyüme sonuç çıktısına ilişkin sayısal değerleri (<i>ortalama, standart sapma ve p değerleri</i>) elde etmek amacıyla yazar ile iletişime geçilmiş (<i>14.06.2022, 20.06.2022, 23.06.2022</i>) ancak geri dönüş alınamamıştır.</p> |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: ABD</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar, Los Angeles, CA (Kaliforniya Üniversitesi), Washington, DC (Georgetown Üniversitesi) ve Kansas City/Lawrence, KS (Kansas Üniversitesi) ile işbirliği gerçekleştiren 16 medikal tedavi merkezinden dahil edilmiştir.</p> <p>Finanse edilme durumu: Ulusal Kanser Enstitüsü (<i>Numara: R01-CA63028</i>) tarafından fonlanmış ve American Cancer Society Clinical Research Professorship (<i>Yazar: P.A.G.</i>) tarafından desteklenmiştir.</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur.</p> <p>Yazar iletişim detayları:Address reprint requests to Annette L. Stanton, PhD, Department of Psychology, 1285 Franz Hall, Box 951563, University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA 90095-1563; e-mail: astanton@ucla.edu.</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışma Kimliği | Stanton 2005 (Devam) |
| Notlar | <p>*Sadece cerrahi tedavi üzerinden geçen süre bilgisi belirtilmiştir.</p> <p>**Süre net bir şekilde ifade edilmemiştir. Rapor içeriğinden çıkarım yapılmıştır.</p> <p>***Sonuçlar düzeltilmiş (adjusted) ortalama değişimi üzerinden sunulmuştur. Değerlendirmede bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.</p> |
| Çalışma Kimliği | Üzar-Özçetin 2019 |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem Özellikleri | <p>Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma</p> <p>Güç analizi: %80 güç seviyesi varsayımında her grupta 38 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır.</p> |
| Katılımcı Özellikleri | <p>Dahil etme kriterleri:</p> <ul style="list-style-type: none">- 25 yaş ve üzerinde olması- Türkçe iletişim kurabiliyor olması- İleri evre kanserin remisyon döneminde olması- Birincil tedaviyi, 5 yıl ya da daha kısa bir süre önce tamamlamış olması- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması- Çalışmaya katılma yeteneğini engelleyecek herhangi bir fiziksel ve/veya psikiyatrik bozukluğunun (şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, demans, anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk vb.) olmaması <p>Dışlama kriterleri:</p> <ul style="list-style-type: none">- 25 yaşından küçük olması- Türkçe iletişim kuramaması- Onkolojik tedavisine (kemoterapi, radyoterapi vb.) devam etmesi- Birincil tedaviyi tamamlamış olmasının üzerinden 5 yıl ya da daha uzun bir süre geçmiş olması |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği Üzar-Özçetin 2019 (Devam)

Müdahale örneklem sayısı: 45

Kontrol örneklem sayısı: 44

Kanser türü: Prostat kanseri, meme kanseri, kolon kanseri, testis kanseri, akciğer kanseri, lenfoma, lösemi
Kanser evresi: Belirtilmemiştir.

Tanı üzerinden geçen ortalama süre:

- **Müdahale grubu:** Katılımcıların %33.3'ünün tanı almasının üzerinden 3 yıldan daha az, %31.1'inin 3-4 yıl, %35.6'sının ise 4 yıl ya da daha fazla süre geçmiştir.
- **Kontrol grubu:** Katılımcıların %31.8'inin tanı almasının üzerinden 3 yıldan daha az, %34.1'inin 3-4 yıl, %34.1'inin ise 4 yıl ya da daha fazla süre geçmiştir.

Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi bilgileri: Belirtilmemiştir.

Yaş:

- **Müdahale grubu:** Katılımcıların %55.6'sı 31-50 yaş arasında ve %44.4'ü ise 50 yaş üzerindedir.
- **Kontrol grubu:** Katılımcıların %52.3'ü 31-50 yaş arasında ve %47.7'si ise 50 yaş üzerindedir.

Cinsiyet:

- **Müdahale grubu:** Katılımcıların %57.7'si kadın, %42.3'ü erkektir.
- **Kontrol grubu:** Katılımcıların %59'u kadın, %41'i erkektir.

Müdahale Özellikleri Adı: Güçlendirme programı (Empowerment program)

Doğası: Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyini iyileştirmeyi amaçlayan yapılandırılmış güçlendirme programı.

İçeriği: Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme ile ilgili psikolojik destek, grup tartışmaları, kanserin yol açtığı psikolojik durum ile ilgili tartışmalar, düşünce ve duygu paylaşımı

Temalar:

- Oryantasyon
- Kanser deneyimi ve etkileri
- Duygu, düşünce ve davranış ilişkisi

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Üzar-Özçetin 2019 (Devam) | |
| | <ul style="list-style-type: none">- İletişim ve kendini ifade etme- Atılganlık becerileri- Benlik algısı ve roller- Başa çıkma- Sosyal destek- Yaşamın yeniden inşası ve yorumlanması- Sonlandırma ve genel değerlendirme <p>Ev ödevi: Var Süresi: 10 hafta Oturum sayısı: 10 oturum Zamanlaması (timing): Haftada bir defa 90-120 dakika süreli oturum Formatı: Grup Uygulanma şekli: Yüz yüze Uygulayıcıların özellikleri: Psikiyatri hemşiresi (Ayrıntılar belirtilmemiştir)</p> |
| Kontrol Özellikleri | <p>Adı: Kontrol Grubu İçeriği: Tıp doktoru ile gerçekleştirilen takip ziyaretleri, farmakolojik tedavileri kapsayan olağan bakım (<i>Olağan bakım herhangi bir psikolojik/psikososyal destek ya da müdahale içermemektedir</i>).</p> |
| Sonuç Çıktısı 1 Özellikleri | <p>Adı: Travma sonrası büyüme Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory) Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (60, 242) Ölçüm zaman noktaları: - Müdahale Öncesi (İlk ölçüm) - Müdahale sonu - Müdahale sonrası 1. Ay</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Üzar-Özçetin 2019 (Devam) | |
| Anahtar sonuçlar | <ul style="list-style-type: none">- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur.- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur. |
| Sonuç Çıktısı 2 Özellikleri | <p>Adı: Psikolojik Sağlamlık</p> <p>Ölçek: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Resilience Scale for Adults)</p> <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (48, 243)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale Öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonu- Müdahale sonrası 1. ay |
| Anahtar sonuçlar | <ul style="list-style-type: none">- Her iki ölçüm zaman noktası değişimi için (müdahale öncesi-en son ölçüm, müdahale öncesi-müdahale sonrası); müdahale ve kontrol kolları arasında, psikolojik sağlamlık düzeyi değişim skoru farkının karşılaştırılmasına ilişkin istatistiksel bir sonuç bildirilmemiştir. |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | <p>Sonuçlar müdahale öncesi skorun hesaba katılmadığı, müdahale sonrası ve izlem ölçümlerine ilişkin gruplar arası değişim farklarını içermektedir ve nicel analize dahil edilebilecek formatta sunulmamıştır (<i>Ortalama, güven aralığı, etki büyüklüğü</i>). Bu nedenle, travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık sonuç çıktılarına ilişkin sayısal değerleri (<i>ortalama, standart sapma ve p değerleri</i>) elde etmek amacıyla yazar ile iletişime (<i>08.07.2022, e-posta yolu ile; 18.07.2022, Whatsapp uygulaması yolu ile</i>) geçilmiştir. Yazar, bu değerleri içeren yayımlanmamış tez verilerinin kullanılmasına izin vermiştir (<i>19.07.2022</i>).</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristiklikleri

| Çalışma Kimliği | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Üzar-Özçetin 2019 (Devam) | |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: Türkiye</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar, Ankara'da yer alan Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ayaktan onkoloji birimlerinden dahil edilmiştir.</p> <p>Finanse edilme durumu: Finansal destek yoktur.</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur.</p> <p>Yazar iletilişim detayları: Yeter Sinem Üzar-Özçetin, PhD, Faculty of Nursing, Psychiatric Nursing Department, Hacettepe University, PO Box 06100, Sıhhiye - Altındag, Ankara, Turkey (sinem_uzar@hacettepe.edu.tr).</p> |
| Notlar | - |
| Çalışma Kimliği | |
| Victorson 2017 | |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem Özellikleri | <p>Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma</p> <p>Güç analizi: Belirtilmemiştir.</p> |
| Katılımcı Özellikleri | <p>Dahil etme kriterleri*:</p> <ul style="list-style-type: none">- Düşük riskli lokalize prostat kanseri tanısı olması- Beş yıldan fazla bir süredir yürürlükte olan IRB onaylı aktif süreyans (gözetim) protokolüne tabi olması <p>Dışlama kriterleri: Belirtilmemiştir.</p> <p>Müdahale örneklem sayısı: 24</p> <p>Kontrol örneklem sayısı: 19</p> <p>Kanser türü: Prostat kanseri</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Victorson 2017 (Devam) | |
| Kanser evresi: Belirtilmemiştir. | |
| Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir. | |
| Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Uygulanabilir değil | |
| Tedavi bilgileri: Uygulanabilir değil | |
| Yaş: | |
| – Müdahale grubu: Ortalama yaş: 69.4 yıl (SS: 7.1 yıl) , Yaş aralığı: 57-82 yıl | |
| – Kontrol grubu: Ortalama yaş: 71.2 yıl (SS: 6.5 yıl) , Yaş aralığı: 62-83 yıl | |
| Cinsiyet: Katılımcıların hepsi erkeklerden oluşmaktadır. | |
| Müdahale Özellikleri | |
| Adı: Farkındalık temelli stres azaltma (Mindfulness-based stress reduction) | |
| Doğası: Farkındalık temelli stres azaltma programı (<i>Ayrıntılar belirtilmemiştir</i>) | |
| İçeriği: Detaylar belirtilmemiştir (<i>İçerik ile ilgili belirtilen tek ayrıntı, müdahale periyodunun sonuna doğru yarım gün süreli bir inziva uygulamasıdır</i>) | |
| Temalar: Belirtilmemiştir. | |
| Ev ödevi: Belirtilmemiştir. | |
| Süresi: 8 hafta | |
| Oturum sayısı: 8 oturum | |
| Zamanlaması (timing): Haftada bir defa 2 buçuk saat süreli oturum | |
| Formatı: Grup | |
| Uygulanma şekli: Yüz yüze | |
| Uygulayıcıların özellikleri: Eğitilmiş ve deneyimli bir farkındalık eğitmeni | |
| Kontrol Özellikleri | |
| Adı: Dikkat (attention) kontrol grubu | |
| İçeriği: Katılımcılara, okumalarını yönlendirecek herhangi bir özel talimat olmaksızın “Full Catastrophe Living” isimli farkındalık üzerine bir kitap verilmiştir. | |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | <p>Adı: Travma sonrası büyüme</p> <p>Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory)</p> <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (60)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonu- Müdahale öncesinden itibaren 6. ay- Müdahale öncesinden itibaren 12.ay |
| Anahtar sonuçlar | <ul style="list-style-type: none">- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur.- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale ve kontrol kolları arasında, travma sonrası büyüme düzeyi değişim skoru farkının karşılaştırılmasına ilişkin istatistiksel bir sonuç bildirilmemiştir. |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | <p>Sonuçlar nicel analize dahil edilebilecek formatta sunulmamıştır (<i>Eki büyüklüğü, p değeri; doğrusal büyüme modeli tahmini (linear growth model estimate), standart hata, güven aralığı</i>). Bu nedenle travma sonrası büyüme sonuç çıktısına ilişkin sayısal değerleri (<i>ortalama, standart sapma ve p değerleri</i>) elde etmek amacıyla yazar ile iletişime geçilmiş (<i>07.07.2022, 11.07.2022</i>) ancak geri dönüş alınamamıştır.</p> |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: ABD</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar, Chicago'nun kuzey banliyölerinde yer alan orta ölçekli bir toplum hastanesi sisteminden (community hospital system) dahil edilmiştir.</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışma Kimliği | |
| Victorson 2017 (Devam) | |
| <p>Finanse edilme durumu: Bu çalışma kısmi olarak North Shore Üniversitesi Sağlık Sistemine bağlı John ve Carol Walter Ürolojik Sağlık Merkezi ve Northwestern Üniversitesi Robert H. Lurie Kapsamlı Kanser Merkezine sağlanan Amerikan Kanser Derneği Dahili Araştırma Bursu tarafından finanse edilmiştir.</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Belirtilmemiştir.</p> <p>Yazar iletişim detayları: David Victorson, Department of Medical Social Sciences, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL and Contemplative Awareness in Life and Medicine (CALM) Research Program, Osher Center for Integrative Medicine, Northwestern Medicine, Chicago, IL, USA. E-mail: d-victorson@northwestern.edu</p> | |
| Notlar | |
| <p>*Çalışmaya, katılımcıların eşleri ya da onlar için diğer önemli kişiler (bir yıl ya da daha fazla süredir evli oldukları ya da birlikte yaşadıkları kişiler) de davet edilmiştir. Ancak bu durum, eşlerin ilgilenmemesi ya da erkeğin boşanmış, dul/bekar olması söz konusu olduğunda katılımcıların çalışma uygunluğu için bir gereklilik oluşturmamıştır.</p> <p>*Çalışmada, sadece aktif sürveyansta olan erkek katılımcılara ilişkin verilerin rapor edildiği belirtilmiştir.</p> | |
| Çalışma Kimliği | |
| Yun 2017 | |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | <p>Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma</p> <p>Güç analizi*: %80 güç seviyesi ve %20 kayıp varsayımında toplamda 248 katılımcının yer alması gerektiği belirlenmiştir.</p> |
| Katılımcı Özellikleri | |
| Dahil etme kriterleri: | <ul style="list-style-type: none"> - Meme, mide, kolon (rektal dışında) kanseri için son 24 ay ve akciğer kanseri için son 18 ay içinde birincil kanser tedavisinin tamamlanmış olması (in situ, lokalize ya da olumlu prognoza sahip lokal) |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği

Yun 2017 (Devam)

- 20 yaş ya da üzerinde olması
- Trombosit sayısının $\geq 100.000/\text{mm}^3$ olması
- Serum hemoglobininin ≥ 10 g/dl olması
- Çalışmada hedeflenen iki ya da daha fazla davranışsal hedefi henüz karşılamamış olması (yani; i) en az 150 dakika/hafta boyunca asgari olarak orta düzeyde egzersizle elde edilen enerji harcaması; ii) günde ≥ 5 porsiyon meyve ve sebze alımı; iii) Travma Sonrası Büyüme Envanteri toplam puanının 72'nin üzerinde olması)

Dışlama kriterleri:

- Hâlihazırda kanser tedavisi alıyor olması
- Progresif bir malign hastalığının olması ya da nükseden, metastaz yapmış veya ek bir birincil kansere sahip olması
- Süpervize edilmeyen (unsupervised) bir egzersiz programına uyumu tehlikeye atabilecek bir sağlık durumuna sahip olması (örn, kontrol edilemeyen konjestif kalp yetmezliği veya anjina, yakın bir zamanda miyokard enfarktüsü öyküsü, oksijen kullanımını veya hastaneye yatmayı gerektiren solunum güçlükleri, yürüteç veya tekerlekli sandalye olmadan yürüyememe veya kalça veya diz protezi ameliyatı olmayı planlıyor olma)
- Sebze ve meyve bakımından zengin bir diyetin alınmasını engelleyebilecek bir sağlık durumuna sahip olması (örn, böbrek yetmezliği ya da kronik varfarin ihtiyacı)
- Ciddi bir psikolojik bozukluğunun olması (örn, bipolar bozukluk, şizofreni ya da yeme bozukluğu)
- Bir enfeksiyona sahip olması (vücut ısısı $\geq 37.2^\circ\text{C}$ ya da $\text{WBC} \geq 11.000 \text{ mm}^3$)
- Görme ya da motor disfonksiyonunun olması
- Gebe olması

Müdahale örnekleme sayısı: 166

Kontrol örnekleme sayısı: 82

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
Yun 2017 (Devam)

Kanser türü: Mide kanseri, akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser, jinekolojik kanser ve diğer kanser türleri

Kanser evresi: 0, I, II, III, IV, Diğer (5, 6) (Katılımcıların %3.4'ünün kanser evresine ilişkin veri bulunmamaktadır.)

Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi bilgileri:**

- **Müdahale grubu:** Katılımcıların %100'ü cerrahi, %64.8'i radyoterapi, %59.84'ü kemoterapi ve %40.26'sı ise hormon tedavisi almıştır.
- **Kontrol grubu:** Katılımcıların %98.55'i cerrahi, %56.52'si radyoterapi, %62.32'si kemoterapi ve %50'si ise hormon tedavisi almıştır.

Yaş:

- **Müdahale grubu yaş ortalaması:** 50.52 yıl (SS: 10.21 yıl)
- **Kontrol grubu yaş ortalaması:** 51.04 yıl (SS: 7.55 yıl)

Cinsiyet:

- **Müdahale grubu:** %82.09 kadın, %17.91 erkek
- **Kontrol grubu:** %75 kadın, %25 erkek

Müdahale Özellikleri

Adı: Sağlık için liderlik ve koçluk (LEACH)

Doğası: Sağlık davranışı değişimi transteoretik model, "yüksek düzeyde etkili insanların yedi alışkanlığı" liderlik modeli ve koçluk modeline ilişkin kapsamlı ve çok yönlü temel stratejilerinden oluşan, öz-yönetimi güçlendirmeyi amaçlayan yapılandırılmış sağlık koçluğu programı

İçeriği: Sağlık eğitimi (*çalıştay, sağlık eğitimi kitapçığı*), kendi kendine liderlik (*çalıştay, sağlık liderliği-koçluğu çalışma kitabı*) ve sağlık koçluğu bileşenlerine ilişkin öz-yönetim stratejilerini destekleyen faaliyetler

Not: Program fiziksel aktivite, diyet ve sıkıntı (distress) yönetimini kapsamaktadır.

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
Yun 2017 (Devam)

Temalar:

Sağlık eğitimi

- Hastaların bir dizi beş aşamadan geçerek yeni bir davranış geliştirdiğini varsayan, sağlık davranışı değişimi transteoretik modele ilişkin kapsamlı, çok yönlü temel stratejiler
- Hastaların transteoretik model aşamalarında gelişimini destekleyen, bilinç yükseltme (consciousness-raising), dramatik rahatlama, öz-yeterlik inşa etme, kendini yeniden değerlendirme ve kendini özgürleştirme gibi faaliyetler

Materyal: 3 müdahale alanı (fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları ve sıkıntı (distress) yönetimi) hakkında transteoretik model tabanlı bilgi içeren bir sağlık eğitimi kitapçığı.

Kendi kendine liderlik

- “Kansere sahip yüksek düzeyde etkili insanların yedi alışkanlığı” (proaktif ol, sonunu düşünerek işe başla, önemli işlere öncelik ver, kazan-kazan diye düşün, önce anlamaya sonra anlaşılmaya çalış, sinerji yarat, baltayı bile)** kapsamında bir öz-yönetim programı ve hedeflere ulaşmak için gerçekçi eylem planları geliştirmeyi sağlama

Materyal: Hastaların hedeflerine ulaşmak, eylem planlarını belirlemek ve sağlık liderliği becerilerini uygulamak için sağlık partnerleri ile birlikte çalışabilecekleri, transteoretik model, kendi kendine liderlik ve koçluk stratejisine dayanan bir liderlik-koçluk çalışma kitabı. Materyal hem sağlık partnerleri hem de hastalara verilmiştir.

Sağlık koçluğu

Bağlamsal dinleme, keşifsel sorgulama, mesajlaşma, onaylama/kabul etme (acknowledging) ve kutlama koçluk becerilerini kullanarak;

- Transteoretik model değişim aşamalarına göre hastaların sağlık sorunlarına odaklanma

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği

Yun 2017 (Devam)

- Hastaların sağlık hedeflerini belirlemelerine, tercih ve yeteneklerine göre hedeflenen seviyeye nasıl ulaşacaklarını planlamalarına, engelleri belirleyip bu engeller ile baş etmelerine yardımcı olma
- Materyal: Sağlık partnerlerinin; transteoretik model, kendi kendine liderlik ve koçluk stratejisini kullanarak hastalara rehberlik etmek için kullanabilecekleri bir koçluk el kitabı.

Ev ödevi: Belirtilmemiştir.

Süresi*:** 24 hafta (*Ek olarak 2 adet çalıştay gerçekleştirilmiştir*)

Oturum sayısı: 16 oturum (*Ek olarak 2 tane çalıştay*)

Zamanlaması (timing):

- Çalıştaylar; 1 saat sağlık eğitimi ve 3 saat liderlik olmak üzere toplamda 4 saat süreli bir programdan oluşmaktadır.
- Tele-koçluğun; 12 oturumu haftada bir defa 30 dakika, 2 oturumu iki haftada bir defa 30 dakika ve 2 oturumu ise ayda bir defa 30 dakika sürecek şekilde yürütülmüştür.

Formatı: Bireysel, grup

Uygulanma şekli: Yüz yüze, telefon

Uygulayıcıların özellikleri:

- Sağlık partnerleri (*Telefon koçluğunu yürüten uzun süreli kanserden sağ kalan bireyler*)
- Sağlık uzmanı koçları (*Sağlık partnerlerine mentörlük eden ve onlara süpervizyon sağlayan sağlık profesyonelleri*)
- Sağlık profesyonelleri; fiili uygulamaya paralel olarak 72 saat süren “Sağlık Uzmanı Koçluk Programı” isimli, sağlık partnerleri ise 3 ay süren “Sağlık Partneri Programı” isimli eğitim programlarına katılmışlardır.
- Ek olarak, baş araştırmacı uygulama sürecini süpervize etmiştir.

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Yun 2017 (Devam) | |
| Kontrol Özellikleri | <p>Adı: Olağan Bakım Grubu</p> <p>İçeriği: Olağan bakım, sağlık eğitimi kitapçığı ve sağlık eğitimi konferansı (<i>Kontrol grubu, olağan bakım süreçlerine devam etmesi yönünde teşvik edilmiştir. Transteoretik modelin sağlık davranış değişimi temel stratejilerine dayanmayan, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları ve sıkıntı (distress) yönetimi üzerine bir sağlık eğitimi kitapçığı verilmiştir. Ek olarak; fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları, sıkıntı (distress) yönetimi ve ikinci kanser taraması hakkında 4 saat süreli bir sağlık eğitimi konferansı sunulmuştur</i>)</p> |
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | <p>Adı: Travma sonrası büyüme</p> <p>Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory)</p> <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği****: Evet (60)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale öncesinden itibaren 3. ay (<i>Deleme kapsamı dışındadır</i>)- Müdahale sonrası (Müdahale öncesinden itibaren 6. ay) (<i>Veri yokluğu nedeniyle raporlanmadığı belirtilmiştir</i>)- Müdahale öncesinden itibaren 12. ay |
| Anahtar sonuçlar | <ul style="list-style-type: none">- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru: Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.</u>- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru: Verilerin olmaması gerekçesi ile sonuçların sunulmadığı bildirilmiştir.</u> |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | Yazışma yapılmamıştır. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Yun 2017 (Devam) |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: Güney Kore</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar Güney Kore’de yer alan 10 eğitim hastanesinin kanser kayıtları aracılığıyla dahil edilmiştir.</p> <p>Finanse edilme durumu: Ulusal Kanser Merkezi (<i>Numara: 1010470</i>), Kore Cumhuriyeti Sağlık ve Refah Bakanlığı Kanser Kontrolü Ulusal Ar-Ge Programı (<i>Numara: 1320330</i>) ve Kore Ulusal Araştırma Vakfı Ar-Ge Programı (<i>Numara: 20100028631</i>) tarafından finanse edilmiştir.</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur.</p> <p>Yazar iletişim detayları: Young Ho Yun, Department of Biomedical Sciences, Seoul National University College of Medicine, Seoul, South Korea; Cancer Research Institute, Seoul National University Hospital and College of Medicine, Seoul, South Korea; lawyun@snu.ac.kr; lawyun08@gmail.com</p> |
| Notlar | <p>*Güç hesaplaması neticesinde yer alması gereken katılımcı sayısı net bir şekilde belirtilmemiştir.</p> <p>**Katılımcıların %4.9’unun tedavi bilgisine ilişkin veri bulunmamaktadır.</p> <p>***“<i>Kansere sahip yüksek düzeyde etkili insanların yedi alışkanlığı</i>”na ilişkin çeviri, makalede atıf yapılan ilgili kitabın Türkçe çevirisi esas alınarak gerçekleştirilmiştir (244).</p> <p>****Çalıştayların bu süreye dahil olup olmadığı bilgisi belirtilmemiştir.</p> <p>*****Ulusal geçerlik ve güvenilirlik bilgisi belirtilmemiştir.</p> |
| Çalışma Kimliği | Yun 2020 |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | <p>Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma</p> <p>Güç analizi: %90 güç seviyesi varsayımında örnekleme toplam 429 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır.</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Yun 2020 (Devam) |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Katılımcı Özellikleri | <p>Dahil etme kriterleri:</p> <ul style="list-style-type: none">- 20 yaş ya da üzerinde olması- Birincil kanser tedavisini tamamladıktan sonraki 2 ay içindeki zaman diliminde olması- Uygulanan bir ankete göre, çalışmanın aşağıdaki davranışsal hedeflerinden bir ya da daha fazlasını karşılamıyor olması: i) haftada en az 150 dakika orta düzeyde fiziksel aktivite ya da haftalık 75 dakikadan fazla ağır egzersiz ya da akciğer kanseri olan hastalar için haftalık 12,5 MET'in (fiziksel aktivite) üzerinde düşük veya orta yoğunlukta egzersiz yapıyor olması, (ii) normal vücut kitle indeksini (BMI, kg/m²) koruması (18.5-22.9 arasında; akciğer kanseri hastaları için ≥ 18.5), (iii) Travma Sonrası Büyüme Envanterinden 72'nin üzerinde bir toplam puan elde etmesi- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi <p>Dışlama kriterleri:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hâlihazırda kanser tedavisi alıyor olması- Progresif bir malign hastalığının olması ya da nükseden, metastaz yapmış veya ek bir birincil kansere sahip olması- Kontrol edilemeyen konjestif kalp yetmezliği veya anjina, yakın bir zamanda miyokard enfarktüsü öyküsü, oksijen kullanımını veya hastaneye yatmayı gerektiren solunum güçlükleri, yürüteç veya tekerlekli sandalye kullanımı veya kalça/diz protezi ameliyatı olmayı planlıyor olma gibi süpervize edilmeyen (unsupervised) bir egzersiz programına uyumu tehlikeye atabilecek bir sağlık durumuna sahip olması- Böbrek yetmezliği ya da kronik varfarin kullanımı gibi sebze ve meyve bakımından zengin bir diyetle engel oluşturabilecek bir sağlık durumuna sahip olması- Ciddi bir psikolojik bozukluğunun olması (örn, bipolar bozukluk, şizofreni ya da yeme bozukluğu)- Bir enfeksiyona sahip olması (vücut ısısı $\geq 37.2^{\circ}\text{C}$ ya da WBC $\geq 11.000 \text{ mm}^3$)- Görme ya da motor disfonksiyonunun olması- Gebe olması |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği Yun 2020 (Devam)

- Müdahale grubu 1 örneklem sayısı:** 125
Müdahale grubu 2 örneklem sayısı: 135
Kontrol grubu örneklem sayısı: 134
Kanser türü: Meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser, mide kanseri
Kanser evresi: I, II, III ve diğer*
Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.
Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.
Tedavi bilgileri: Belirtilmemiştir.
- Yaş:**
- **Müdahale grubu 1 yaş ortalaması:** 54.37 yıl (SS: 11.04 yıl)
 - **Müdahale grubu 2 yaş ortalaması:** 52.69 yıl (SS: 10.52 yıl)
 - **Kontrol grubu yaş ortalaması:** 54.39 yıl (SS: 11.02 yıl)

Cinsiyet:

- **Müdahale grubu 1:** %60.8 kadın, %39.2 erkek
- **Müdahale grubu 2:** %62.2 kadın, %37.8 erkek
- **Kontrol grubu:** %60.4 kadın, %39.6 erkek

Müdahale 1 Özellikleri

Adı: Web grubu (Smart Management Strategies for Health (SMASH) tabanlı çevrimiçi sağlık yönetim programı) (245)

Doğası: Kanser krizinin üstesinden gelmeye ve sağlık ile ilgili öz yönetim becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilecek faaliyetleri içeren, kapsamlı ve çok yönlü SMASH stratejilerinden oluşan çevrimiçi yapılandırılmış bireysel sağlık yönetimi program

İçeriği: Dört alanı kapsayan (öz değerlendirme, kendi kendine planlama, kendi kendine öğrenme ve otomatik geri bildirim yolu ile kendi kendini izleme) çevrimiçi bir sağlık yönetimi programına ilişkin uygulamalar (*Ek olarak, SMASH tabanlı sağlık eğitim kitapçığı ve kanser hastaları için sağlık stratejisi çalışma kitabı materyalleri*)

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
Yun 2020 (Devam)

Temalar:

- Kanserden sağ kalan bireyler için “yüksek düzeyde etkili sağlık davranışı için 10 kural” daki davranışları içeren eylem hedefleri (*olumlu düşünme, düzenli egzersiz, dengeli beslenme, düzenli sağlık kontrolleri, başkalarına yardım etme, düzenli dini yaşam, sigara ve alkolü bırakma, iş-yaşam dengesi, sevilen kişilerle birlikte yaşama*)
- Sağlık yönetimi stratejileri (*Değerlendirme, gerçekliği kabul etme, değişime hazırlık, karar verme, planlama, çevre oluşturma, eylem, geribildirim ve sürdürme, temel stratejiler*)

Not: İlk 3 ay boyunca, kendi kendine öğrenme ve planlama temel olarak fiziksel egzersiz, diyet ve sıkıntı (distress) yönetimine odaklanmıştır. Sonraki 3 ay ise, planlama ve öğrenme için diğer yedi sağlık davranışına odaklanılmıştır.

Ev ödevi: Belirtilmemiştir.

Süresi: 6 ay

Oturum sayısı: 20 oturum

Zamanlaması (timing): Belirtilmemiştir.

Formatı: Belirtilmemiştir. Ancak rapor bağlamı bireysel bir program olduğuna işaret etmektedir.

Uygulanma şekli: Çevrimiçi (web-tabanlı)

Uygulayıcıların özellikleri: Program, katılımcıların kendi kendine (self) uygulama gerçekleştirdiği bir web platformudur.

Müdahale 2 Özellikleri

Adı: Web+Sağlık koçluğu grubu (SMASH müdahalesi) (246)

Doğası: Kanser krizinin üstesinden gelmeye ve sağlık ile ilgili öz yönetim becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilecek faaliyetleri içeren, kapsamlı ve çok yönlü SMASH stratejilerinden oluşan yapılandırılmış bireysel sağlık eğitimi, sağlık yönetimi ve sağlık koçluğu programı

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği

Yun 2020 (Devam)

İçeriği: Dört alanı kapsayan (öz değerlendirme, kendi kendine plan yapma, kendi kendine öğrenme ve otomatik geri bildirim yolu ile kendi kendini izleme) çevrimiçi bir sağlık yönetimi programı (*Ek olarak, SMASH tabanlı sağlık eğitim kitapçığı ve kanser hastaları için sağlık stratejisi çalışması kitabı materyalleri*), sağlık koçluğu, çalıştay uygulamaları

Temalar:

- Kanserden sağ kalan bireyler için “yüksek düzeyde etkili sağlık davranışı için 10 kural” daki davranışları içeren eylem hedefleri (*olumlu düşünme, düzenli egzersiz, dengeli beslenme, düzenli sağlık kontrolleri, başkalarına yardım etme, düzenli dini yaşam, sigara ve alkolü bırakma, iş-yaşam dengesi, sevilen kişilerle birlikte yaşama*)
- Sağlık yönetimi stratejileri (*değerlendirme, gerçekliği kabul etme, değişime hazırlık, karar verme, planlama, çevre oluşturma, eylem, geribildirim ve sürdürme, temel stratejiler*)
- Hastalara; yeni, sağlıklı alışkanlıklar edinirken ve öz-yönetim becerilerini geliştirirken destek sunan sağlık koçlarıyla ortaklıklar
- Sağlık eğitimi, sağlık yönetimi stratejileri ve takım koçluğu faaliyetleri

Ev ödevi: Belirtilmemiştir.

Süresi: 6 ay (*Ek olarak, kayıt kabul aşamasının (enrollment) 3., 5. ve 7. aylarının sonunda olmak üzere toplamda üç adet çalıştay gerçekleştirilmiştir*)

Oturum sayısı: 40 oturum (*Çevrimiçi sağlık yönetimi programına ilişkin 20 oturum, sağlık koçluğu uygulamasına ilişkin 20 oturum, ek olarak 3 adet çalıştay*)

Zamanlaması (timing):

- Çevrimiçi sağlık yönetimi programının zamanlamasına ilişkin bilgi verilmemiştir.
- Sağlık koçluğu oturumları; ilk ay haftada iki defa, ikinci ve üçüncü aylarda haftada bir defa, dördüncü ayda iki haftada bir defa, beşinci ve altıncı aylarda ise ayda bir defa yürütülmüştür.
- Çalıştaylar; kayıt kabul aşamasının (enrollment) 3., 5. ve 7. aylarının sonunda, 30 dakika süreli üç adet sağlık eğitimi oturumu, bir saat süreli bir adet sağlık yönetimi strateji çalışmayı ve 30 dakika süreli bir adet takım koçluğundan oluşmaktadır.

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristiklikleri

| Çalışma Kimliği | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Yun 2020 (Devam) | |
| Formatı: Bireysel, grup | |
| Uygulanma şekli: Yüz yüze, çevrimiçi, telefon | |
| Uygulayıcıların özellikleri: | |
| - Üç yıldan fazla klinik deneyime veya psikoloji, eğitim veya sağlık bilimleri alanlarında yüksek lisans derecesine sahip hemşireler | |
| - Hemşireler; 4 gün süreli bir sağlık koçluğu eğitim çalışmayı, 14 saat süreli uygulamalı tele-koçluk, temel koçluk üzerine yazılı ve uygulamalı bir sınav ve sağlık koçluğu uzmanları tarafından katılma istekliliklerinin ve çalışma arzularının değerlendirilmesini içeren titiz bir süreçten geçerek seçilmişlerdir. | |
| - Sağlık koçları, sağlık yönetimi stratejileri, ilgili sağlık bilgileri, genel koçluk becerileri ve özel sağlık koçluğu becerilerini içeren 3 aylık bir program aracılığıyla eğitilmiştir. | |
| Kontrol Özellikleri | Adı: Kontrol Grubu |
| | İçeriği: Olağan bakım ve sağlık eğitim kitapçığı (<i>Fiziksel aktivite, diyet ve sıkıntı (distress) yönetimi gibi sağlığa ilişkin 10 konunun yer aldığı bir kitapçık pasif yol ile dağıtılmıştır. Bu kitapçık müdahale gruplarına verilen materyallerden farklıdır ve farklı bir yol ile dağıtılmıştır. Kitapçıklar katılımcılara, müdahale başlamadan önce, ikinci ve dördüncü aylarda gönderilmiştir. Ek olarak, kontrol grubu olağan bakıma devam etmesi yönünde teşvik edilmiştir</i>) |
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | Adı: Travma sonrası büyüme |
| | Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory) |
| | Ölçek geçerlik ve güvenirliği**: Evet (60) |
| | Ölçüm zaman noktaları: |
| | - Müdahale öncesi (İlk ölçüm) |
| | - Müdahale öncesinden itibaren 3. ay (<i>Derleme kapsamı dışındadır</i>) |
| | - Müdahale sonrası (Müdahale öncesinden itibaren 6.ay) |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Yun 2020 (Devam) | |
| | <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesinden itibaren 12. ay- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u><ul style="list-style-type: none">• Web+sağlık koçluğu müdahalesi-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur.• Web müdahalesi-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi değişim skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Her iki müdahale-kontrol kolu arasında, travma sonrası büyüme düzeyi değişim skoru farkının karşılaştırılmasına ilişkin istatistiksel bir sonuç bildirilmemiştir. |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | Sonuçlar nicel analize dahil edilebilecek formatta sunulmamıştır (<i>başarı oranı-success rate</i>). Bu nedenle travma sonrası büyüme sonuç çıktısına ilişkin sayısal değerleri (<i>ortalama, standart sapma ve p değerleri</i>) elde etmek amacıyla yazar ile iletişime geçilmiş (<i>14.06.2022, 20.06.2022, 23.06.2022, 07.07.2022, 11.07.2022</i>) ancak geri dönüş alınmamıştır. |
| Diğer Özellikler | Gerçekleştirildiği ülke: Güney Kore Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar Güney Kore’de yer alan 5 hastanenin kanser kayıtları aracılığıyla dahil edilmiştir. Finanse edilme durumu: Kore Cumhuriyeti Sağlık ve Refah Bakanlığı Ulusal Kanser Kontrolü Ar-Ge Programı (<i>Numara: 1320330</i>) ve kısmi olarak Kore Cumhuriyeti Sağlık ve Refah Bakanlığı tarafından fonlanan Kore Sağlık Endüstrisi Geliştirme Enstitüsü (KHIDI) aracılığıyla Kore Sağlık Teknolojisi Ar-Ge Projesi tarafından finanse edilmiştir (<i>Numara: HC15C1391</i>). |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışma Kimliği | Yun 2020 (Devam) |
| | <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur.</p> <p>Yazar iletişim detayları: Young Ho Yun, MD, PhD, Department of Family Medicine, Seoul National University College of Medicine 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, South Korea. Email: lawyyun@snu.ac.kr</p> |
| Notlar | <p>*Ayrıntılar belirtilmemiştir.</p> <p>**Ulusal geçerlik ve güvenilirlik bilgisi belirtilmemiştir.</p> |
| Çalışma Kimliği | Zernicke 2014 |
| Çalışma Karakteristikleri | |
| Yöntem özellikleri | <p>Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma</p> <p>Güç analizi: %80 güç seviyesi varsayımında her grupta 26 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır.</p> |
| Katılımcı Özellikleri | <p>Dahil etme kriterleri:</p> <ul style="list-style-type: none">– 18 yaşında ya da daha büyük olması– Anketleri doldurabilecek yeterlilikte İngilizce konuşma ve okuma becerisinin olması– Herhangi bir kanser türü/evresi tanısının olması– Son 3 yıl içinde birincil kanser tedavisini tamamlamış olması– Distress Termometresi ile yapılan ölçümde 4 veya üzeri puan (10 üzerinden) alınması şeklinde belirlendiği üzere, en az orta düzeyde sıkıntı (distress) sergilemesi– Yüz yüze bir Farkındalık Temelli Kanser İyileşme (Mindfulness-Based Cancer Recovery) programına erişiminin olmaması– Yüksek hızlı internet erişiminin olması– Alberta'da ikamet etmesi |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği
Zernicke 2014 (Devam)

Dışlama kriterleri:

- Eşzamanlı olarak, psikoz, bipolar bozukluk, madde kötüye kullanımı alanında tıp uzmanı tarafından konulmuş, öz-bildirime dayalı bir tanı, ya da intihar eğilimi (bununla birlikte, öz-bildirime dayalı bir depresif, anksiyete ya da uyum bozukluğu tanısı kayıt aşamasında bir engel oluşturmamıştır)
- Yüz yüze farkındalık temelli stres azaltma programına daha önceki katılım

Müdahale örneklem sayısı: 30

Kontrol örneklem sayısı: 32

Kanser türü: Meme kanseri, kan/lenf kanseri, kolon/gastrointestinal kanser, prostat kanseri, kadın genitoüriner kanseri, tiroid kanseri ve diğer kanser türleri (Kemik, beyin, yemek borusu, böbrek, karaciğer, akciğer ve testis kanseri)

Kanser evresi: I, II, III, IV (*Katılımcıların %12.9'unun kanser evresine ilişkin veri bulunmamaktadır.*)

Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi bilgileri: Belirtilmemiştir.

Yaş:

- **Müdahale grubu yaş ortalaması:** 58 yıl (SS: 8.2 yıl)
- **Kontrol grubu yaş ortalaması:** 58 yıl (SS: 13 yıl)

Cinsiyet:

- **Müdahale grubu:** %73.3 kadın, %26.7 erkek
- **Kontrol grubu:** %71.9 kadın, %28.1 erkek

Müdahale Özellikleri

Adı: Çevrimiçi farkındalık temelli kanser iyileşme (recovery) programı (Online mindfulness-based cancer recovery - MBCR)

Doğası: Kabat-Zinn (1990) (232) tarafından geliştirilen farkındalık temelli stres azaltma programı protokolünün onkoloji popülasyonuna uyarlanmış halini içeren, standartlaştırılmış bir kılavuz tabanlı, sekiz hafta süreli bir çevrimiçi farkındalık temelli kanser iyileşme programı

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği

Zernicke 2014 (Devam)

İçeriği: Didaktik öğretim (*Farkındalık temelli yaşam ve farkındalık meditasyonu için temel kavramlar, duygusal, davranışsal ve bilişsel örüntüler ve bu örüntülerin bireysel stres yanıtını nasıl etkileyebileceği, stresin fiziksel ve psikolojik semptomları ile stresin fiziksel ve psikolojik sağlık üzerindeki etkisi*), deneyimsel uygulama (*Hatha yoga - farkındalık temelli hareket (mindful movement), qigong farkındalık temelli hareket (qigong mindful movement), oturma, yürüyüş ve sevgi dolu şefkat (loving-kindness) meditasyonu gibi çeşitli meditasyonlar*), grup süreci, 6. ve 7. haftalar arasında çevrimçi 6 saat süreli bir inziva uygulaması

Temalar*:

- Programa başlangıç
- Strese yanıt verme
- Farkındalık temelli hareket
- Nefesi dengeleme
- Kendimize anlattığımız hikayeler
- İmge ile meditasyon
- Sessizlik günü
- Derinleşme ve genişleme
- Dünyaya geçiş (Moving into the World)

Ev ödevi: Var

Süresi: 8 hafta

Oturum sayısı: 8 oturum

Zamanlaması (timing): Haftada bir defa 2 saat süreli oturum

Formatı: Grup

Uygulanma şekli: Çevrimiçi

Uygulayıcıların özellikleri:

- Çevrimiçi MBSR öğretiminde 15 yıllık deneyime sahip davranışsal tıp alanında uzman, lisanslı bir klinisyen

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zernicke 2014 (Devam) | |
| | – Onkoloji alanı için uyarlanmış Farkındalık Temelli Stres Azaltma konusunda çalışma yazarları tarafından eğitilmiştir |
| Kontrol Özellikleri | Adı: Olağan tedavi bekleme listesi kontrol durumu (TAU wait-list control condition) İçeriği: Olağan tedavi (<i>Olağan tedaviye ilişkin prosedür detayları belirtilmemiştir. Bekleme süresinin tamamlanmasından sonra, aynı çevrimiçi Farkındalık Temelli Stres Azaltma müdahalesini tamamlamışlardır.</i>) |
| Sonuç Çıktısı 1 Özellikleri | Adı: Travma sonrası büyüme Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory) Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (60) Ölçüm zaman noktaları: – Müdahale öncesi (İlk ölçüm) – Müdahale sonu |
| Anahtar sonuçlar | – <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru**:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir. |
| Sonuç Çıktısı 2 Özellikleri | Adı: Anlam bulma Ölçek: Manevi İyilik Hali Ölçeği - Anlam Alt Ölçeği (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being 12 Item Scale - Meaning Subscale) Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (192) Ölçüm zaman noktaları: – Müdahale öncesi (İlk ölçüm) – Müdahale sonu |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zernicke 2014 (Devam) | |
| Anahtar sonuçlar | <p>– <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru**</u>: Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, anlam bulma düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir.</p> |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | <p>Nicel analizde kullanılacak olan anlam bulma sonuç çıktısına ilişkin, Manevi İyilik Hali Ölçeği “Anlam Alt Ölçeği” ölçüm sonuçları, çalışma yazarlarının amacı kapsamında değildir. Yazarların bu çıktıyı raporlama beyanları en başından yoktur ve dolayısıyla çalışma raporunda yer almamaktadır. Bu nedenle çıktıya ait sayısal değerler (<i>ortalama, standart sapma ve p değerleri</i>) özel bir alt boyut bilgisi olarak e-posta yolu ile (<i>09.06.2022, 18.06.2022</i>) yazardan talep edilmiştir. Yazar bu değerlere ait “<i>ham SPSS veri dosyası</i>” nı paylaşmıştır (<i>22.06.2022</i>). Yazarın paylaştığı dosya üzerinden çıktıya ait ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmış ve nicel analize dahil edilmiştir (<i>24.07.2022</i>).</p> |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: Kanada Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar Alberta’da; medya erişimi, tanıtım broşürleri, toplum temelli ağlar ve Alberta Kanser Kayıtları vaka kayıtlarından kanserle yaşayan potansiyel olarak uygun kişilere çalışma davet mektuplarının postalanması yoluyla dahil edilmiştir. Finanse edilme durumu: Zihin ve Yaşam Enstitüsü (<i>Mind and Life Institute</i>) Francisco J. Varela araştırma bursu tarafından finanse edilmiştir. Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur. Yazar iletişim detayları: Linda E. Carlson, PhD, Tom Baker Cancer Centre, 1331 29th St NW, Calgary, Alberta, Canada T2N 4N2. E-mail: lcarlso@ucalgary.ca</p> |
| Notlar | <p>*Çalışma raporunda belirtilmemiştir. Program adımlarına ilişkin atıf yapılan ve katılımcı kılavuzu olduğu düşünülen kaynak içeriğinden elde edilen bilgilerdir. **Aynı anda, “Müdahale öncesi-en son ölçüm zamanı değişim etkileri”ne yönelik birleştirilmiş analize dahil edilen sonuçları da temsil etmektedir.</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristiklikleri

Çalışma Kimliği
Zhang 2017

Çalışma Karakteristikleri

Yöntem özellikleri

Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma

Güç analizi: %80 güç seviyesi varsayımında örneklemede toplam 52 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır.

Katılımcı Özellikleri

Dahil etme kriterleri:

- Evre I-III meme kanseri tanısı konmuş olması
- 18 yaşında veya daha büyük olması
- Cerrahi tedavisini tamamladıktan sonraki 2-6 ay içindeki zaman diliminde olması
- Başka bir majör engelleyici tıbbi veya ruhsal bozukluğunun olmaması

Dışlama kriterleri:

- Benzer bir müdahaleye katılmış olması

Müdahale örnekleme sayısı: 30

Kontrol örnekleme sayısı: 30

Kanser türü: Meme kanseri

Kanser evresi: I, II, III

Tamı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi sonrası geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.

Tedavi bilgileri*:

- **Müdahale grubu:** Radyoterapi ya da kemoterapi tedavisi alan katılımcı oranı %60, radyoterapi ve kemoterapi tedavisi alan katılımcı oranı ise %40'tır.

- **Kontrol grubu:** Radyoterapi ya da kemoterapi tedavisi alan katılımcı oranı %73.3, radyoterapi ve kemoterapi tedavisi alan katılımcı oranı ise %26.7'dir.

Yaş:

- **Müdahale grubu yaş ortalaması:** 48.67 yıl (SS: 8.49 yıl)
- **Kontrol grubu yaş ortalaması:** 46 yıl (SS: 5.12 yıl)

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği Zhang 2017 (Devam)

Cinsiyet: Belirtilmemiştir.

Müdahale Özellikleri

Adı: Farkındalık temelli stres azaltma (Mindfulness-based stress reduction - MBSR)

Doğası: Kabat-Zinn (2005) tarafından geliştirilen ve uyarlanan, orijinal sekiz hafta süreli farkındalık temelli stres azaltma programı

İçeriği: Dört temel meditasyon uygulaması (bedeni gözleme (body scan), yürüme meditasyonu, gentle yoga ve oturma meditasyonu), grup tartışmaları, didaktik öğretim

Temalar:

- Farkındalık anlayışı ve tutumu
- Önceki hafta ev uygulaması (family practice) sırasında bulunan problemler hakkında grup tartışması ve çözümleri, günlük yaşamda farkındalığın nasıl geliştirileceğine ilişkin beceriler
- Oturma meditasyonu ev uygulaması (family practice) sırasında ortaya çıkan problem ve güçlükler, uygulamayı etkileyen faktörlerin bulunması
- Vücut taraması ev ödevi aktiviteleri hakkındaki problemler ve bunların fizyolojik ve psikolojik açıdan nasıl ilişkili olduğunun tartışılması
- Evde yoga pratiği ile ilgili grup tartışması ve problemlerin çözümü
- Yürüme meditasyonu ev ödevi aktiviteleri ile ilgili soruların tartışılması ve ilgili deneyimlerin paylaşılması
- Grup içinde, yasaklı dil yoğun meditasyonu (banned language intensive meditation) ev uygulaması (family practice) hakkındaki problemlerin tartışılması
- Haftalara ait tüm ödevlere ilişkin problemlerin tartışılması ve çözümlenmesi

Ev ödevi: Var

Süresi: 8 hafta

Oturum sayısı: 8 oturum

Zamanlaması (timing): Haftada bir defa 2 saat süreli oturum

Formatı: Grup

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği Zhang 2017 (Devam)

Uygulanma şekli: Yüz yüze

Uygulayıcıların özellikleri:

- Farkındalık becerileri konusunda sertifikalı ve kalifiye psikolog
- Eğitime müdahale programını klinik süpervizyon altında yürütme pratiği sağlamak ve pratik uygulama sorunlarını çözmek amacıyla çalışma öncesi bir pilot uygulama gerçekleştirilmiştir.

Kontrol Özellikleri

Adı: Olağan bakım grubu

İçeriği: Olağan bakım (*Müdahale program bileşenleriyle olası bir çakışmayı önlemek amacıyla, katılımcılardan çalışma sırasında farkındalık temelli stres azaltma ya da meditasyon/yoga gibi diğer ilgili teknikleri kullanmamaları istenmiştir. Çalışmanın tamamlanmasından sonra, her katılımcıya müdahale programına, programa ilişkin bir kılavuza ve grup sınıflarına ilişkin kısa bir oryantasyon sağlanmıştır.*)

Sonuç Çıktısı Özellikleri

Adı: Travma sonrası büyüme

Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory)

Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (60, 247)

Ölçüm zaman noktaları:

- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)
- Müdahale sonu (Müdahale sonrası 1.gün)
- Müdahale sonrası 3. ay

Anahtar sonuçlar

- Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru: Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur.
- Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru: Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur.

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Zhang 2017 (Devam) |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | <p>– Yazışma 1: Çalışmanın dahil etme kriterleri, derleme popülasyon kriteri olan “kanserden sağ kalan birey” kapsamında net bir şekilde ifade edilmemiştir. Bu durumu açıklığa kavuşturmak amacıyla yazar ile e-posta yoluyla iletişime geçilmiştir (18.06.2022). Yazardan, “çalışmaya dahil edilen katılımcıların cerrahi ve diğer tedavilerini tamamladığı ve takip hastaları olduğu” doğrultusunda gelen açıklama neticesinde durum açıklığa kavuşturulmuştur (20.06.2022).</p> <p>– Yazışma 2: Çalışma raporunda, “özet” bölümündeki bir ifade (“The results showed that MBSR promoted the level of PTG and decreased perceived stress and anxiety state of Chinese BC patients, and the results persisted at three months after intervention”), “veri toplama prosedürü” bölümündeki bir ifade (“the follow-up 3 months later”) ve “sınırlılıklar” bölümünde yer alan bir cümle (“the follow-up period was three weeks to understand the long-term sustainability of the positive effects that were observed with the MBSR intervention”) T3 ölçüm zaman noktasına ilişkin çelişki oluşturmaktadır. Bu durumu açıklığa kavuşturmak amacıyla yazarla iletişime geçilmiştir (11.07.2022). Yazardan, “ilgili ölçüm zaman noktasının müdahaleden sonra 3. ay olduğu” doğrultusunda gelen açıklama neticesinde durum açıklığa kavuşturulmuştur (11.07.2022).</p> |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: Çin</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar; Harbin, Çin’de yer alan Harbin Tıp Üniversitesi’ne (Harbin Medical University) bağlı üçüncü hastanedeki meme cerrahisi departmanından dahil edilmiştir.</p> <p>Finanse edilme durumu: Çin Heilongjiang Eğitim Departmanı Projesi (Numara: 12531404) tarafından desteklenmiştir.</p> <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur.</p> <p>Yazar iletişim detayları: Yu-Qiu Zhou hlxyq@126.com</p> |
| Notlar | <p>*Katılımcıların hepsi cerrahi tedavisi almıştır.</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristiklikleri

| Çalışma Kimliği | Zhang 2022 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışma Karakteristikleri | <p>Çalışma deseni: Randomize kontrollü deneysel çalışma</p> <p>Güç analizi: %80 güç seviyesi varsayımında örneklemede toplam 52 katılımcının yer alması gerektiği hesaplanmıştır.</p> |
| Yöntem özellikleri | |
| Katılımcı Özellikleri | <p>Dahil etme kriterleri:</p> <ul style="list-style-type: none">- Evre I-III meme kanseri tanısı konan kanserden sağ kalan bireyler olması- Tanı sırasında 18 yaşından büyük olması- Bir yıldan daha kısa bir süre önce kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisini tamamlamış olması- İyileşme (recovery) döneminde olan kadın meme kanserine sahip olması- Çalışma bölgesine haftada iki gün seyahat etmeye istekli olması- Başka bir majör fiziksel hastalık veya ruhsal bozukluğunun olmaması- Halihazırda yoga veya meditasyon gibi benzer müdahaleleri yapmıyor olması- Orta yoğunlukta egzersiz yapabilmesi- Katılmayı ve bilgilendirilmiş onam almayı kabul etmesi <p>Dışlama kriterleri: Belirtilmemiştir.</p> <p>Müdahale örneklem sayısı: 29</p> <p>Kontrol örneklem sayısı: 30</p> <p>Kanser türü: Meme kanseri</p> <p>Kanser evresi: I, II, III</p> <p>Tanı üzerinden geçen ortalama süre: Belirtilmemiştir.</p> <p>Tedavi sonrası geçen ortalama süre:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale grubu: Katılımcıların %55.2'sinin tedavisinin tamamlanmasının üzerinden 3 yıldan daha az, %34.5'inin 3-5 yıl, %10.3'ünün ise 5 yıldan daha fazla süre geçmiştir.- Kontrol grubu: Katılımcıların %58.6'sının tedavisinin tamamlanmasının üzerinden 3 yıldan daha az, %20.7'sinin 3-5 yıl, %20.7'sinin ise 5 yıldan daha fazla süre geçmiştir. |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Zhang 2022 (Devam) |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Tedavi bilgileri: <ul style="list-style-type: none">- Müdahale grubu: Katılımcıların %75.9'u cerrahi ve kemoterapi, %24.1'i ise cerrahi ve radyoterapi tedavisi almıştır.- Kontrol grubu: Katılımcıların %82.8'i cerrahi ve kemoterapi, %17.2'si ise cerrahi ve radyoterapi tedavisi almıştır. |
| | Yaş: <ul style="list-style-type: none">- Müdahale grubu yaş ortalaması: 47.79 yıl (SS: 5.14 yıl)- Kontrol grubu yaş ortalaması: 47.2 yıl (SS: 7.65 yıl) |
| | Cinsiyet: Katılımcıların hepsi kadınlardan oluşmaktadır. |
| Müdahale Özellikleri | Adı: Farkındalık temelli Tai Chi Chuan programı (Mindfulness-based Tai Chi Chuan - MTCC programme) Doğası: Egzersiz yaparken farkındalık tutumunu sürdürmeyi amaçlayan, farkındalık becerilerinin 24 basitleştirilmiş Tai Chi Chuan kısa formuyla birleştirildiği, yapılandırılmış farkındalık temelli Tai Chi Chuan programı İçeriği: Temel (core) farkındalık teknikleri, 24 tip Tai Chi Chuan egzersizi, teorik talimatlar, uygulama eğitimi Temalar*: Teorik Oturumlar: <ul style="list-style-type: none">- Farkındalık tanıtımı- Farkındalığı geliştirme- Farkındalık temelli nefes- Farkındalık temelli yürüme- Beden ve zihin- Tai Chi Chuan tanıtımı- Tai Chi Chuan'ı öğrenme- Farkındalık temelli Tai Chi Chuan ("zihin ve bedenin bütünlüğü" uygulaması) |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Çalışma Kimliği Zhang 2022 (Devam)

Pratik Oturumlar:

- Commencing form, Part the Wild Horses Mane on Both Side, White Crane Spreads its Wings, Brush Knee and Twist Step on Both Side
- Play Pipa, Repulse Monkey, Grasp the Bird's Tail, Grasp the Bird's Tail
- Single Whip, Wave Hands Like Clouds, Single Whip, High Pat on Horse
- Kick with Right Heel, Strike Opponent's Ears with Both Fists, Turn and Kick with Left Heel, Snake Creeps Down(left)
- Snake Creeps Down(right), Jade Lady Weaves Shuttles, Needle at Sea Bottom, Flash the Arm
- Turn, Deflect Downward, Parry and Punch, Apparent Close up Cross Hands, Closing Form

Ev ödevi: Yok

Süresi: 8 hafta

Oturum sayısı: 16 oturum

Zamanlaması (timing):** Haftada iki defa 1 saat süreli oturum

Formatı: Grup

Uygulanma şekli: Yüz yüze

Uygulayıcıların özellikleri:

- Psikolojik danışman niteliğine sahip klinik hemşireleri
- İki klinik hemşiresi, farkındalık becerileri konusunda on yıllık deneyime sahip olan uzman bir psikolog tarafından eğitilmiş ve temel (core) becerileri kavramak amacıyla Tai Chi Chuan eğitimini tamamlamıştır.

Kontrol Özellikleri

Adı: Bekleme listesi kontrol grubu

İçeriği: Katılımcılar yalnızca, meme kanserinin iyileşme süreci ile ilgili sağlık bilgilendirmesine tabi tutulmuştur. Katılımcılar çalışmanın tamamlanmasından sonra, aynı müdahale programına katılmışlardır.

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Zhang 2022 (Devam) |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sonuç Çıktısı Özellikleri | <p>Adı: Travma sonrası büyüme</p> <p>Ölçek: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory)</p> <p>Ölçek geçerlik ve güvenirliği: Evet (60, 247)</p> <p>Ölçüm zaman noktaları:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müdahale öncesi (İlk ölçüm)- Müdahale sonu (Müdahale sonrası 1.gün)- Müdahale sonrası 1. yıl <p>Anahtar sonuçlar</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Müdahale öncesi-en son ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur.- <u>Müdahale öncesi-müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim skoru:</u> Müdahale-kontrol kolu karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyi sonuçları müdahale grubunun lehindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur. |
| Gerçekleştirilen yazışmalar: | <p>Çalışma raporu içeriğindeki bir cümle (“<i>One participant in the MTCC (Mindfulness-Based Tai Chi Chuan) group was eliminated prior to follow-up at T3 (one year after intervention) because of the recurrence of disease</i>”) ile çalışma akış şeması arasında bir çelişki bulunmaktadır. Bu durumu açıklığa kavuşturmak amacıyla yazarla iletişime geçilmiştir (20.07.2022). Yazardan, “<i>çalışma akış şemasındaki bilginin geçerli olduğu</i>” doğrultusunda gelen açıklama neticesinde durum açıklığa kavuşturulmuştur (20.07.2022).</p> |
| Diğer Özellikler | <p>Gerçekleştirildiği ülke: Çin</p> <p>Araştırmanın yeri ve katılımcıların dahil edilme yöntemleri: Katılımcılar Harbin Tıp Üniversitesi'ne (Harbin Medical University) bağlı beşinci hastanedeki meme cerrahisi departmanından dahil edilmiştir.</p> <p>Finanse edilme durumu: Çin Eğitim Bakanlığı Bilim Vakfı (Numara: 17YJCZH179 ve 17YJCZH241) tarafından desteklenmiştir.</p> |

Tablo 4.1.(Devam) Dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

| Çalışma Kimliği | Zhang 2022 (Devam) |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Yazarlar arasındaki çatışma durumu: Çatışma yoktur.</p> <p>Yazar iletişim detayları: Yu-Qiu Zhou 2935855397@qq.com Department of Nursing Science, Harbin Medical University, No. 39. XinYang Street, Daqing, Heilongjiang Province 163319, China</p> |
| Notlar | <p>*5. hafta oturumlarına ilişkin detaylar belirtilmemiştir.</p> <p>**Rapor metninde her bir oturumun 1 saat sürdüğü bildirilmekle birlikte, müdahaleye ilişkin ayrıntıların yer aldığı tabloda, oturumların 45 dakika süreli olduğu belirtilmiştir.</p> |

4.2.1. Çalışmaların Tasarımı

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasına dahil edilen çalışmaların hepsi randomize kontrollü deneysel çalışma tasarımı sahiptir.

Derlemeye dahil edilen 3 çalışmada (81, 84, 187), dahil etme kriterlerini karşılayan birden fazla müdahale kolu olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaların her biri, tek bir kontrol grubu ile karşılaştırılan iki adet psikososyal müdahale kolu içermektedir (224, 225, 227, 229, 245, 246). Bu bağlamda derlemeye, söz konusu çalışmaların her iki müdahale kolu da kontrol grubuna kıyasla ayrı ayrı bir karşılaştırma olarak dahil edilmiştir. Ancak bu çalışmalardan 1'inde yer alan (84) her iki müdahaleye, dahil edilebilecek formatta gerekli veriye sahip olmaması nedeni ile birleştirilmiş analizde yer verilememiştir. Diğer çalışmaların tümünde dahil etme kriterlerini karşılayan bir müdahale kolu ve bir kontrol kolu bulunmaktadır.

4.2.2. Çalışmaların Zaman Periyodu

Araştırma sürecine dahil edilen çalışmaların yayınlanma tarihleri 2005-2022 yılları arasında değişmektedir.

4.2.3. Çalışmaların Gerçekleştirildiği Ülke ve Yer Özellikleri

Dahil edilen çalışmalardan 4 tanesi Amerika Birleşik Devletleri'nde (81-83, 88), 2 tanesi Güney Kore'de (84, 140), 2 tanesi Çin'de (64, 223) gerçekleştirilmiştir. Diğer çalışmalar ise Hollanda (187), Tayvan (89), İrlanda (141), İsveç (90), Türkiye (63) ve Kanada'da (91) yürütülmüştür.

Çalışmaların büyük bir kısmında katılımcılar, hastane/tıp merkezi/tedavi merkezi/kanser merkezi ortamı (63, 64, 82, 83, 89, 90, 141, 223) ya da hastane kayıtları (84, 88, 140) aracılığıyla dahil edilmiştir. Çalışmalardan 1 tanesinde (81) katılımcılara bir kanser derneği ile işbirliği yolu ile ulaşılmıştır. Bazı çalışmalarda ise (91, 187), hastane, kanser kayıtları, toplum temelli ağlar, medya, yerel gazete gibi çeşitlilik gösteren birden fazla yöntem kullanılmıştır.

4.2.4. Çalışmaların Örneklem Büyüklüğü ve Katılımcı Özellikleri

Çalışmaların araştırma sürecine dahil edilen müdahale ve kontrol kollarının tümünde toplam 1801 randomize edilen katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların 1061 tanesi müdahale ve 740 tanesi kontrol kolunda yer almaktadır. Çalışmalara ait örneklem büyüklüğü 17 katılımcı (141) ile 394 katılımcı (84) arasında değişiklik göstermektedir. Çalışmalardan 1 tanesinde (141) katılımcılar çift olarak (prostat kanserinden sağ kalan bireyler ve eşleri) randomize edilmiş ve uygulama çiftlere yönelik gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada kanserden sağ kalan bireylere ait sonuç çıktıları ayrı bir şekilde sunulduğu için derleme kapsamına dahil edilmiş ve katılımcı sayıları çift sayıları temel alınarak hesaplanmıştır.

Derlemeye dahil edilen çalışmaların hepsi kanserden sağ kalan bireyleri içermektedir. Katılımcıların dahil edilme ve dışlama kriterlerine ilişkin ayrıntılar her çalışma özelinde “Dahil Edilen Çalışmaların Karakteristikleri” tablosunda (Tablo 4.1) ayrıntılı bir şekilde yer almaktadır.

Çalışmalardan 7 tanesi sadece meme kanserinden sağ kalan bireyleri (64, 81-83, 89, 90, 223) ve 2 tanesi sadece prostat kanserinden sağ kalan bireyleri (88, 141) içeren bir örneklem yapısına sahiptir. Diğer çalışmalarda ise, birden fazla kanser türüne ilişkin sağ kalan bireyler yer almaktadır.

Çalışmaların 5 tanesi dışında (63, 83, 90, 141, 187) diğerlerinde kanserden sağ kalan bireylere ilişkin kanser evresi bilgisinin detayları raporlanmıştır ve evrelere ilişkin çeşitlilik mevcuttur. Bu çalışmalardan 2 tanesinde (91, 140) diğer evrelerin yanı sıra Evre IV kanser evresine sahip katılımcılar da yer almaktadır. Evrelere ilişkin detaylı bilgilerin raporlanmadığı çalışmalardan birinde sadece Evre I ve II meme kanserinden sağ kalan bireylerin (83), bir çalışmada lokalize prostat kanserinden sağ kalan bireylerin (141) örnekleme dahil edildiği, bir diğer çalışmada ise katılımcıların çoğunun erken evre meme kanseri ile tanıldığı bildirilmiştir (187). Bir çalışmada ise (88) katılımcılar, düşük riskli lokalize prostat kanseri tanısı olan ve aktif sürveyans dönemindeki sağ kalan bireylerden oluşmaktadır .

Katılımcılara ilişkin, kanser teşhisinden itibaren geçen ortalama süre 3 çalışmada (63, 81, 82), kanser tedavisinin tamamlanmasından sonra geçen ortalama süre 4 çalışmada (83, 89, 187, 223) ve kanser tedavi geçmişine ilişkin detaylar ise 8 çalışmada (64, 83, 89, 90, 140, 141, 187, 223) bildirilmiştir. Bununla birlikte, söz

konusu katılımcı özellikleri raporlanma formatı açısından (örn. süre için: ay, yıl; tedavi geçmişi için: kombinasyon çeşitliliği) çalışmalar arasında çeşitlilik göstermektedir. Dolayısıyla bu özelliklere ilişkin bilgilere her bir çalışma özelinde “Dahil Edilen Çalışmaların Karakteristikleri” tablosunda ayrıntılı bir şekilde yer verilmiştir (Tablo 4.1).

Müdahale grubundaki katılımcıların ortalama yaşı 45.8 yıl (SS: 6.9 yıl) (89) ile 69.4 yıl (SS: 7.1 yıl) (88) arasında, kontrol grubundaki katılımcıların ortalama yaşı ise 46 yıl (SS: 5.12 yıl) (64) ile 71.2 yıl (6.5 yıl) (88) arasında değişmektedir. Çalışmalardan 2’si katılımcıların ortalama yaş bilgilerini müdahale ve kontrol grubu için ayrı bir şekilde sunmamış ve tüm katılımcılar için bir değer bildirmiştir (81, 90). Bu çalışmalardan birisine (90) ait bir kontrol kolu araştırma kapsamı dışındadır. Bu nedenle, bu çalışmadaki katılımcıların yaş özelliği bilgisi belirsizlik oluşturmaktadır. Çalışmalardan 1 tanesi ise (63) müdahale ve kontrol grubu katılımcıları için iki yaş aralığı çerçevesinde raporlama yapmış ve bu detaylara “Dahil Edilen Çalışmaların Karakteristikleri” tablosunda ayrıntılı bir şekilde yer verilmiştir (Tablo 4.1).

Çalışmalardan 2’sinde katılımcıların cinsiyet özelliklerine yer verilmemiştir (64, 89). Cinsiyet özelliklerine ilişkin raporlanan verilerin mevcut olduğu çalışmalar çerçevesinde, katılımcıların büyük bir bölümünün kadınlardan oluştuğu bildirilmiştir (Kadın katılımcı sayısı: 1312; Erkek katılımcı sayısı: 339).

4.2.5. Çalışmaların Müdahale Kolu Özellikleri

Müdahale Doğası ve İçeriği

Dahil edilen çalışmaların 3 tanesinde (81, 84, 187) dahil etme kriterlerini karşılayan birden fazla psikososyal müdahale kolu bulunmaktadır. Dolayısıyla bu bölümde, 14 çalışmada yer alan toplamda 17 müdahaleye ilişkin içerik detayları özetlenmiştir.

Çalışmalarda yer alan müdahaleler, doğası, içeriği, ele alınan temalar gibi birçok bağlam açısından oldukça çeşitlilik göstermekle birlikte; kullanılan temel müdahale stratejileri, farkındalık temelli (6 müdahale), destekleyici (supportive) (3 müdahale), davranış değişimi odaklı (3 müdahale), kişisel büyüme ile ilişkili olumlu kavramları destekleyici (3 müdahale) ve ifade edici yazma (2 müdahale) alt kümelerinde toplanmıştır.

Dahil edilen çalışmaların 6 tanesi (64, 88-91, 223) farkındalık-temelli müdahale stratejilerini kullanma yönünde ortak bir küme oluşturmaktadır. Bu çalışmalardan 3 tanesinde (64, 88, 90); oturma, yürüyüş, inziva gibi farkındalık meditasyon ve teknikleri ile yoga uygulamasının yer aldığı sekiz haftalık farkındalık temelli stres azaltma programı (MBSR) yürütülmüştür. Çalışmalarda ilgili programa, uygulama popülasyonu ve doğasına göre şekillenen bir biçimde, deneyimlere odaklanma, didaktik öğretim teknikleri ve grup tartışmaları gibi diğer yöntemler de entegre edilmiştir. Diğer çalışmalardan birisinde (223) temel farkındalık teknikleri ile 24 Tai Chi Chuan egzersizinin birleştirildiği farkındalık temelli Tai Chi Chuan programı (MTCC) uygulanmıştır. Program, egzersiz esnasında farkındalık tutumunu geliştirmeyi amaçlayan teorik talimatlar ve uygulamalı eğitimlerden oluşmaktadır. Bir diğerinde (91), farkındalık temelli stres azaltma programı (232) protokolünün onkoloji popülasyonuna uyarlanmış bir formatı kullanılmıştır. Çalışmada standartlaştırılmış bir kılavuz tabanlı 8 haftalık bir çevrimiçi farkındalık temelli kanser iyileşme programı yürütülmüş, bilişsel öğeleri de içeren didaktik öğretim, deneyimsel uygulama ve farkındalık inzivası bileşenleri kapsamında uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Diğer bir çalışmada (89) yer alan müdahale ise, yapılandırılmış bir beden-zihin-ruh grup terapisisidir. Müdahale; pozitif psikoloji, affedicilik odaklı terapi, farkındalık temelli stres azaltma programı (232), geleneksel Çin tıbbı, yaşamın anlamı ve bilgeliğine ilişkin Doğu ve Batı felsefelerinin kavram ve uygulamalarına ilişkin stratejileri bütünleştiren bir programdan oluşmaktadır.

Dahil edilen çalışmalardan 3 tanesinde (83, 141, 229) kanser yaşantısının yol açtığı zorluklarla başa çıkma becerilerini artırmayı amaçlayan destekleyici müdahale yaklaşımları uygulanmıştır. Çalışmalardan 1 tanesinde (229) yürütülen müdahale; sağlık hizmeti sunucuları, aile ve arkadaşlar, iş/meslek, beden imajı ve fiziksel işlevsellik ve gelecek ile başa çıkma temalarına odaklanan yapılandırılmış bir sosyal destekleyici grup psikoterapisidir. Bir çalışmada (83), kanser tedavisinin tamamlanmasından sonraki geçiş döneminde beklenenlere yönelik bilgi sağlama, akran modellemesi ve rehber desteği ile aktif, yaklaşma odaklı (approach-oriented) başa çıkma becerilerini artırmak amacıyla tasarlanan yapılandırılmış bireysel bir program uygulanmıştır. Program, dört yaşam alanı ile ilgili eylem planı geliştirme çalışmalarına yönelik psikoeğitim oturumları; kanserden sağ kalan bireylere yönelik

Ulusal Kanser Enstitüsü standart basılı yayını; bilgi, öneriler, aktif yaklaşımı teşvik etme, kanser ile ilgili kaynakların listesinden oluşan “Kanserin Ötesine Geçmek: Başarılı Bir İyileşme Rehberi” isimli bir el kitabı ve meme kanserinden sağ kalan akrabaların deneyim ve ilgili zorlukların üstesinden gelmek için kullandıkları aktif başa çıkma becerilerinin filmleştirildiği “Kanserin Ötesine Geçmek” isimli bir video kasetinin yer aldığı bileşenlerden oluşmaktadır. Diğer bir çalışma ise (141), büyük bir Amerikan müdahale çalışmasının (FOCUS) (240) bazı bileşenleri, literatür ve araştırma ekibinin önceki çalışmalarına dayanarak geliştirilen “CONNECT” isimli bir yapılandırılmış başa çıkma ve destekleyici eğitim programıdır. Müdahale, prostat kanserinden sağ kalan erkekler ve eşlerine yönelik, semptom yönetimi, cinsel ve üriner disfonksiyon, belirsizlik yönetimi, olumlu düşünme, çift iletişimi ve sağlıklı yaşam tarzları temaları üzerine odaklanan küçük grup tartışmaları ve bu tartışmaların pekiştirildiği destekleyici telefon oturumlarını kapsamaktadır. Ek olarak oturumlar “FOCUS” projesinden uyarlanan “bilgi sayfaları” materyali ile desteklenmiştir.

Çalışmalardan 2 tanesi (84, 140), öz-yönetimi güçlendirmek amacıyla sağlık yönetimi ve sağlık koçluğu stratejilerine odaklanan davranış değişimi odaklı toplamda 3 adet müdahale (140, 245, 246) içermektedir. Çalışmalardan 1 tanesinde (140), sağlık eğitimi (*çalıştay, sağlık eğitimi kitapçığı*), kendi kendine liderlik (*çalıştay, sağlık liderliği-koçluğu çalışma kitabı*) ve sağlık koçluğu bileşenlerine ilişkin öz-yönetim stratejilerini destekleyici faaliyetlerden oluşan Sağlık için Liderlik ve Koçluk (LEACH) isimli bir müdahale programı yürütülmüştür. Müdahale, ilgili program konusunda eğitim almış sağlık partnerleri (*uzun süreli kanserden sağ kalan bireyler*) ve sağlık uzmanı koçları ile birlikte (*sağlık partnerlerine mentörlük eden ve onlara süpervizyon sağlayan sağlık profesyonelleri*) işbirliği halinde uygulanmıştır. Diğer çalışmada yer alan müdahalelerden birisinde (245), SMASH (Smart Management Strategies for Health) tabanlı, kanserden sağ kalan bireyler için “yüksek düzeyde etkili sağlık davranışı için 10 kural” daki davranışları içeren eylem hedefleri ve sağlık yönetimi stratejilerine ilişkin aktiviteleri kapsayan web tabanlı bir sağlık yönetimi programı kullanılmıştır. Ek olarak bireylere, “sağlık eğitim kitapçığı” ve “kansere hastaları için sağlık stratejisi çalışma kitabı” isimli materyaller dağıtılmıştır. Aynı çalışma kapsamındaki diğer müdahalede ise (246), birinci müdahaledeki web tabanlı programa ek olarak sağlık koçluğu ve çalıştay uygulamaları bileşenleri yer almaktadır.

Bireylere; yeni, sağlıklı alışkanlıklar edinirken ve öz-yönetim becerilerini geliştirirken destek sunmayı amaçlayan sağlık koçluğuna ilişkin oturumlar uzman hemşireler tarafından yürütülmüştür. Müdahale sürecinde yürütülen çalıştaylar ise sağlık eğitimi, sağlık yönetimi stratejileri ve takım koçluğu faaliyetlerini içermektedir.

Çalışmaların 3'ünde (63, 82, 227), kanser yaşantısı bağlamında, kişisel büyüme ile ilişkili bazı olumlu kavramları (anlam bulma, psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme) desteklemek/teşvik etmek (promote) amacıyla yapılandırılmış müdahale programları yürütülmüştür. Bir çalışmada (227), bireylerin anlam veya amaç duygusunu sürdürmeyi veya geliştirmeyi amaçlayan yapılandırılmış bir anlam odaklı grup psikoterapisi uygulanmıştır. Anlam ve kanserden sonra hayatta kalma ile ilgili çeşitli temalara odaklanan müdahaleye; kimlik, varoluşsal suçluluk, izolasyon ve özgürlük gibi önemli varoluşsal kavramlar ile kısa farkındalık egzersizleri gibi deneysel alıştırmalar da entegre edilmiştir. Bir çalışmada (63), psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyini iyileştirmeyi amaçlayan yapılandırılmış bir güçlendirme programı uygulanmıştır. Programda; kanser deneyimi, bilişsel süreçler, kendini ifade etme becerileri, kendilik algısı, başa çıkma, sosyal destek ile hayatın yeniden inşası ve yorumlanması temalarına odaklanılmıştır. Diğer çalışmada ise (82), dikkat ve yorumlama terapisinden (attention and interpretation therapy) uyarlanan, stresi azaltmak ve psikolojik sağlamlığı artırmak amacı güden stres yönetimi ve psikolojik sağlamlık eğitimi (SMART) isimli yapılandırılmış bir terapi programı yürütülmüştür. Program; şükran, merhamet, kabul, bağışlama, anlam, amaç gibi beceriler de dahil olmak üzere dikkat ve yorumlama egzersizleri, kısa bir yapılandırılmış gevşeme egzersizi, bireysel ihtiyaçlara yönelik opsiyonel birebir bir takip oturumu ve öğrenilen becerilerin uygulanmasını destekleyen üç adet telefon ile takip görüşmelerinden oluşmaktadır.

Derlemede yer alan çalışmalardan bir tanesinde ise (81) diğer çalışmalara nispeten daha farklı bir müdahale yaklaşımı uygulanmıştır. Bu çalışmada yer alan iki müdahalede ifade edici yazma (expressive writing) yaklaşımı kullanılmıştır. Müdahalelerden birisinde (224) (öz-düzenleme yazma durumu - self-regulation writing condition) meme kanseri deneyimiyle ilgili derin duygu ve düşünceleri, meme kanserinin neden olduğu stresörlerle başa çıkma stratejileri ve meme kanseri deneyimiyle ilgili olumlu düşünce ve duyguları hakkında; diğerinde ise (225)

(duygusal açığa vurma yazma durumu - emotional disclosure writing condition), sadece meme kanseri deneyimiyle ilgili derin düşünce ve duyguları hakkında yazma uygulamaları gerçekleştirilmiştir.

Müdahale Formatı ve Uygulanma Şekli

Müdahalelerin uygulanma şekli dahil edilen çalışmalar arasında çeşitlilik göstermektedir. Çalışmalardan bazılarında uygulanma şekli belirtilirken, bazı çalışmalarda ise (63, 82, 89, 90, 140, 187, 246) müdahalenin ya da müdahaleye ait bazı bileşenlerin uygulanma şekline ilişkin detaylar açık bir şekilde raporlanmamıştır. Söz konusu çalışma raporlarında, müdahalelerin diğer yöntemler aracılığıyla (*örn. çevrimiçi, telefon*) yürütüldüğüne ilişkin doğrudan bir bildirim yapılmamasından yola çıkılarak bu uygulamaların yüz yüze olduğunu varsaymak akla yatkın gözükmektedir. Dolayısıyla müdahalelerin uygulanma şekli, ilgili çalışmalar için bu varsayım göz önünde bulundurularak özetlenmiştir. Bu bağlamda müdahaleler; 7 çalışmada (63, 64, 88-90, 187, 223) yüz yüze, 2 çalışmada çevrimiçi (91, 245) ve 1 çalışmada (81) ise posta yöntemi kullanılarak sunulmuştur. Diğer yandan ise 5 çalışmada (82, 83, 140, 141, 246) müdahale bileşenlerinin uygulanma şekli için çoklu yöntemler tercih edilmiştir (*örn. yüz yüze ve telefon; yüz yüze, çevrimiçi ve telefon*).

Çalışmaların çoğunluğunda (63, 64, 88-91, 187, 223) müdahaleler grup formatında yürütülmüştür. Geriye kalan diğer çalışmalardan 2 tanesinde (81, 83) bireysel temelli bir müdahale uygulanmış, 4 tanesinde ise (82, 140, 141, 246) bireysel ve grup temelli müdahale yaklaşımları bir arada kullanılmıştır. Bir çalışmanın ise (245) uygulanma formatı belirtilmemiş olmakla birlikte, rapor bağlamı müdahalenin bireysel bir program olduğuna işaret etmektedir.

Müdahale Süresi ve Zamanlaması

Müdahalelerin toplam uygulama süresi 3 hafta (81, 83) ile 6 aylık (84) bir zaman periyodu arasında değişmektedir. Tüm çalışmalar içindeki 7 çalışmada yer alan toplamda sekiz müdahalenin 8 hafta süren bir zaman dilimini kapsadığı görülmektedir (64, 88-91, 187, 223). Diğer çalışmalarda uygulanan müdahalelerin süresi ise birbirinden farklıdır, şöyle ki, bir çalışmada (141) 9 hafta, bir çalışmada (63) 10 hafta, bir çalışmada (82) 12 hafta ve son olarak bir çalışmada ise (140) 24 haftadır.

Müdahalelerin oturum sayısı ve süresi ile uygulanma sıklığı çalışmalar arasında oldukça çeşitlilik göstermektedir. Müdahaleler, 2 oturum (83) ile 40 oturum (84) arasında değişen sayılar ile birlikte, haftada bir ya da iki, iki haftada bir ya da müdahale bileşenlerine yönelik kendi içinde değişen bir biçimde ayda bir defa teması içerecek kapsamda da yürütülmüştür. Oturumlar 15 dakika (82) ile 150 dakika (88) arasında değişmiştir. 3 çalışmada (82, 84, 141) uygulanan müdahalelerin bazı bileşenlerine yönelik uygulanma sıklığı ve/veya oturum süresine ilişkin detaylar belirtilmemiştir. Çalışmaların bir bölümü (6 çalışma) haftada bir defa gerçekleştirilen, 120 dakika (64, 89-91, 187) ya da 150 dakika (88) süreli 8 oturuma sahip müdahaleler içermesi yönünden ortaklaşmaktadır. Çalışmalardan 2'sinde (140, 246) yürütülen müdahaleler kapsamında ek olarak çalıştay uygulamaları da gerçekleştirilmiştir.

Müdahale Uygulayıcılarının Özellikleri

Çalışmaların büyük bir bölümünde müdahaleler, hemşire, tıp doktoru, davranışsal tıp alanında uzman klinisyen, psikoterapist, psikolog ve sosyal çalışmacı gibi sağlık uzmanları (63, 64, 82, 83, 89, 91, 187, 223, 246) ya da farkındalık (mindfulness)/MBSR eğitmenleri (88, 90) tarafından yürütülmüştür. Sağlık uzmanları tarafından yürütülen müdahalelerin yer aldığı çalışmalardan birisinde (91) sağlık uzmanının aynı zamanda çevrimiçi farkındalık temelli stres azaltma eğitmeni olduğu bilgisi verilmiştir. Çalışmalardan 2'sinde (140, 141) uygulayıcılar, sağlık profesyoneli süpervizyonu ya da araştırma ekibinden bir eş-kolaylaştırıcının katılımcı gözlemci desteği altında müdahaleyi yürüten, ilgili müdahale konusunda eğitim almış kişilerden oluşmaktadır. Bu kişiler, çalışmaların birisinde (141) ulusal bir kanser yardım kuruluşunda kanser danışmanlığı geçmişine sahip kolaylaştırıcılar, diğerinde ise (140) uzun süreli kanserden sağ kalan bireylerdir. Bir çalışmada (81) müdahaleyi uygulayan kişilerin eğitim ya da yetkinliği hakkında bilgi verilmemiş, bir çalışmada ise (245) katılımcılar web platformu üzerinden kendi kendine (self) bir uygulama gerçekleştirmiştir.

Dahil edilen 14 çalışmadan 11 tanesinde, uygulayıcıların, yürütülen müdahaleler ile ilişkili olarak bir eğitim sürecine tabii tutulduğunu ve/veya ilgili konuda eğitim/sertifika/deneyim sahibi olduğunu bildirilmiştir (64, 83, 84, 88-91, 140,

141, 187, 223). Çalışmalardan 2 tanesinde (140, 141) süpervizyon ya da gözlemci rolü ile grubu destekleyen kişilerin de bir eğitim sürecinden geçtikleri raporlanmıştır.

4.2.6. Çalışmaların Kontrol Kolu Özellikleri

Çalışmaların tümünde dahil etme kriterlerini karşılayan tek bir kontrol kolu bulunmaktadır. Bir çalışmada yer alan karşılaştırma kollarından bir tanesi “aktif kontrol grubu” olması sebebi ile derleme kapsamı dışında bırakılmıştır (90). Dahil edilen çalışmalarda psikososyal müdahale kolları; olağan/standart bakım, bekleme listesi, dikkat (attention), standart basılı materyal, bir oturuma sahip eğitim uygulaması ve olgu yazma durumu olan kontrol grupları ile karşılaştırmıştır.

Çalışmalardan 4 tanesinde (64, 82, 91, 223) bekleme listesi kontrol grubu tasarımı kullanılmış ve katılımcıların çalışma süreci sona erdikten sonra aynı müdahale programına katıldıkları bildirilmiştir. Bu çalışmalardan bir tanesinde (64) kontrol grubunun adı olağan bakım durumu olarak adlandırılmış ancak açıklaması bekleme listesi kontrol grubu tanımı kapsamında gerçekleştirilmiştir. Çalışmalardan 2 tanesinde (64, 91) katılımcıların olağan bakım/tedavi aldıkları ve 1 tanesinde (223) katılımcılara sağlık bilgilendirmesi yapıldığı bildirilmiş, bir diğer çalışmada ise (82) sürece ilişkin detaylar belirtilmemiştir.

Çalışmalardan 6’sı (63, 84, 90, 140, 141, 187) kontrol grubunun doğasını olağan/standart bakım olarak tanımlamıştır. Bu çalışmalardan 2’si (63, 90) sunulan bakım süreçlerine ilişkin spesifik detayları belirtmiş, ulusal ve yerel kılavuzlar, takip ziyaretleri, farmakolojik tedavileri içeren prosedürlerin uygulandığını bildirmiştir. Çalışmalardan 3 tanesinde (84, 140, 187) olağan bakım prosedürlerine ilişkin detaylar sağlanmamakla birlikte ek olarak bazı uygulamalar gerçekleştirildiği bilgisi verilmiştir. Bu çalışmalardan birisinde (140) katılımcılara müdahalenin teorik stratejilerini içermeyen bir sağlık eğitim kitapçığı ve 4 saat süreli bir sağlık eğitimi konferansı sunulmuş, birisinde (84) katılımcılara müdahale gruplarına verilen materyallerden farklı olmak üzere bir sağlık eğitim kitapçığı dağıtılmış ve diğer bir çalışmada ise (187) psikolojik bakım/yardıma ihtiyacı olan bireylerin pratisyen hekime yönlendirildiği belirtilmiştir.

Dahil edilen çalışmaların 4 tanesinde psikososyal müdahaleler, dikkat (attention) kontrol (88), standart basılı materyal (83), bir oturuma sahip eğitim

uygulaması (89) ve olgu yazma durumu (81) grupları ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalardan 2'sinin (83, 88) kontrol grubu içeriği katılımcılara dağıtılan materyallerden oluşmaktadır. Katılımcılara; Victorson ve ark. (2017)'nin (88) çalışmasında herhangi bir özel talimat olmaksızın farkındalık üzerine bir kitap, Stanton ve ark. (2005)'nin (83) çalışmasında ise Ulusal Kanser Enstitüsü yayını olan standart basılı bir materyal verilmiştir. Diğer 2 çalışmadan bir tanesinde (89) katılımcılara, sağlık davranışları konusunda bire bir eğitim uygulaması yapılmış ve evde uygulamayı desteklemek amacıyla kas gevşeme egzersizleri kasetleri ve qi gong videoları sağlanmıştır. Diğer çalışmada ise (81) katılımcılar tarafından meme kanseri tanı ve tedavisi hakkında objektif ve ayrıntılı yazma uygulaması gerçekleştirilmiştir.

4.2.7. Çalışmaların Sonuç Çıktısı Ölçümleri

Bu araştırmanın ilgilendiği sonuç çıktıları; travma sonrası büyüme, anlam bulma ve psikolojik sağlamlıktır. Dahil edilen çalışmalardaki sonuç çıktılarının tümü öz bildirim (self-reported/patient-reported) değerlendirmesine dayalı ölçekler kullanılarak elde edilmiş ve tüm veriler sürekli veri kategorisinde yer almaktadır.

Dahil edilen çalışmaların birisi dışında (141) tüm çalışmalarda geçerli ve güvenilir ölçüm araçları kullanılmıştır. McCaughan ve ark. (2018)'nin (141) çalışmasında "Helgeson Hastalığın Faydaları Ölçeği" (*Helgeson Benefits of Illness Scale*) isimli bir ölçüm aracı kullanılmış ve aracın iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak bildirilmiştir. Diğer yandan ise, ölçeğin geçerlik güvenirlik bilgilerine çalışmada atıf yapılan ilgili kaynağın incelenmesi (241) ve literatür taraması yolu ile ulaşılamamıştır. Dolayısıyla bu ölçeğin geçerlik güvenirlik bilgisi belirsiz bir biçimde kalmıştır. Bir çalışmada (90) kullanılan ölçüm aracı ise geçerli ve güvenilir olmasının yanı sıra, faktör yapısı belirsizlik içeren bir araçtır (235, 236). Derlemede ölçeğin "Anlamlılık alt ölçeği" ne ilişkin veriler kullanılmıştır. Çalışmada, aracın geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmekte ancak bu bilgiler alt bileşenler ile ulusal geçerlik güvenirlik konusunda veri sağlamamaktadır. Ölçeğin orijinal geçerlik güvenirlik çalışmasında, alt ölçek bileşenlerinin ölçülmesi amacıyla kullanımının önerilmemesinin yanı sıra (234), literatürde üç faktörlü bir yapıya ilişkin alt bileşen sonuçlarının da bildirildiği raporlanmaktadır (235).

Travma sonrası büyüme sonuç çıktısı, “Travma Sonrası Büyüme Envanteri” (*Posttraumatic Growth Inventory*) (60) ve “Helgeson Hastalığın Faydaları Ölçeği” (*Helgeson Benefits of Illness Scale*) (241) ölçüm araçları ile değerlendirilmiştir. Anlam bulma sonuç çıktısı, “Kişisel Anlam Profili Ölçeği” (*Personal Meaning Profile*) (127), “Yaşamın Anlamı Ölçeği - Mevcut/Var Olan Anlam Alt Ölçeği” (*Meaning in Life Questionnaire - Presence Subscale*) (124), “Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği - Anlamlılık Alt Ölçeği” (*Sense of Coherence Scale - Meaningfulness Subscale*) (233, 234) ve “Manevi İyilik Hali Ölçeği (FACIT-Sp-12) - Anlam Alt Ölçeği” (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being 12 Item Scale - Meaning Subscale*) (192) kullanılarak ölçülmüştür. Psikolojik sağlık sonuç çıktısının ölçümü ise, “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” (*Resilience Scale for Adults*) (48) ve “Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği” (*Connor-Davidson Resilience Scale*) (49) isimli ölçekler aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaların 12 tanesinde travma sonrası büyüme, 4 tanesinde anlam bulma ve 2 tanesinde ise psikolojik sağlık sonuç çıktısı incelenmiştir.

Travma sonrası büyüme sonuç çıktısı ölçümleri çalışmalardan 11 tanesinde (63, 64, 81, 83, 84, 88, 90, 91, 140, 187, 223) “Travma Sonrası Büyüme Envanteri”, 1 tanesinde (141) ise “Helgeson Hastalığın Faydaları Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir.

Anlam bulma sonuç çıktısı, her bir çalışmada farklı bir ölçek kullanılarak elde edilmiştir. Bir çalışmada (187) “Kişisel Anlam Profili Ölçeği”, bir çalışmada (89) “Yaşamın Anlamı Ölçeği - Mevcut/Var Olan Anlam Alt Ölçeği”, bir çalışmada (90) “Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği - Anlamlılık Alt Ölçeği” ve son olarak bir çalışmada ise (91) “Manevi İyilik Hali Ölçeği (FACIT-Sp-12) - Anlam Alt Ölçeği” kullanılarak ölçülmüştür.

Psikolojik sağlık sonuç çıktısı ölçümleri ise, bir çalışmada (63) “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ve diğer çalışmada (82) “Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği” ile gerçekleştirilmiştir.

Sonuç Çıktısı Ölçüm Zaman Noktaları

Araştırmaya dahil edilen çalışmaların tümünde, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma sonuç çıktıları müdahale öncesi ölçüm zaman noktalarında değerlendirilmiştir. Bununla birlikte, ilgili sonuç çıktılarına ilişkin gerçekleştirilen müdahale öncesi ölçümü dışındaki ölçüm zaman noktaları, müdahale öncesinden ya da müdahale sonundan itibaren raporlanma şekline göre çalışmalar arasında oldukça çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenle, ölçüm zaman noktalarına ilişkin bilgiler aşağıda bu doğrultuda özetlenmiştir.

Travma sonrası büyüme düzeyini müdahale sonu ölçüm zamanında değerlendiren 9 çalışma bulunmaktadır (63, 64, 84, 88, 91, 140, 141, 187, 223). Müdahale sonundan itibaren bildirilen diğer ölçüm zaman noktaları için sonuç çıktısı ölçümü; 4 çalışmada müdahale sonrası 1. ayda (63, 81, 90, 141), 3 çalışmada müdahale sonrası 3. ayda (64, 81, 187), 2 çalışmada müdahale sonrası 6. ayda (81, 187), 2 çalışmada müdahale sonrası 1. yılda (187, 223) ve 1 çalışmada (187) müdahale sonrası 2. yılda gerçekleştirilmiştir. Müdahale öncesinden itibaren bildirilen diğer ölçüm zaman noktaları için ise ilgili sonuç çıktısı; 2 çalışmada müdahale öncesinden itibaren 3. ayda (84, 140), 1 çalışmada müdahale öncesinden itibaren 6. ayda (88) ve 3 çalışmada müdahale öncesinden itibaren 12. ayda (84, 88, 140) değerlendirilmiştir. Bunların dışında 1 çalışmada ise ölçüm zaman noktasına ilişkin bilgiler randomizasyon sürecinden itibaren olacak şekilde sunulmuştur (83). Bu çalışmada ölçümler, randomizasyon sürecinden itibaren 6. ay ve 12. ayda gerçekleştirilmiştir.

Anlam bulma düzeyini müdahale sonu ölçüm zamanında değerlendiren 3 çalışma bulunmaktadır (89, 91, 187). Müdahale sonundan itibaren bildirilen diğer ölçüm zaman noktaları için sonuç çıktısı ölçümü; 1 çalışmada müdahale sonrası 1. ayda (90), 1 çalışmada ise (187) müdahale sonrası 3. ay, 6. ay, 1. yıl ve 2. yılda gerçekleştirilmiştir. Diğer ölçüm zaman noktalarına ilişkin müdahale öncesinden itibaren değerlendirme yapan 1 çalışma bulunmaktadır (89). Bu çalışmada sonuç çıktısı ölçümü, müdahale öncesinden itibaren 5. ay ve 8. ayda gerçekleştirilmiştir.

Son olarak psikolojik sağlamlık düzeyini müdahale sonu ölçüm zamanında değerlendiren 2 çalışma bulunmaktadır (63, 82). Bu çalışmalardan sadece 1 tanesinde diğer ölçüm zaman noktalarına ilişkin değerlendirme yapılmıştır (63). Söz konusu çalışmada sonuç çıktısı ölçümü müdahale sonrası 1. ayda gerçekleştirilmiştir.




4.2.8. Çalışmaların Finans Kaynaklarına İlişkin Özellikler

Dahil edilen çalışmalar dernek, üniversite, enstitü, hastane gibi çok çeşitli finans kaynaklarından destek almıştır. Çalışmaların büyük bir kısmı (81, 83, 84, 88, 90, 140, 141, 187) yürütüldüğü ülkelere bağlı dernek, vakıf, kanser enstitüsü, kanser merkezi ve sağlık bakanlıkları tarafından (örn. *American Cancer Society, Dutch Cancer Society, National Cancer Institute, National Cancer Center, R&D Program for National Research Foundation of Korea, Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea*) finanse edilmiştir. Çalışmaların diğer bir bölümü ise (64, 82, 88-90, 223) üniversite, hastane, eyalet eğitim departmanı ve eğitim bakanlıkları hibeleri (örn. *Frontier and Innovative Research of National Taiwan University, Research Funds Skaraborg Hospital, Heilongjiang Education Department Project of China*) ile fonlanmıştır. Bunların yanı sıra, çalışmalardan bazılarında (83, 84, 88-90, 140, 223) birden fazla finans kaynağına sahip olduğu (örn. *National Cancer Institute ve American Cancer Society Clinical Research Professorship; Swedish Cancer Society, Health & Medical Care Committee of the Regional Executive Board Västra Götaland ve Skaraborg Research Committee*) raporlanmıştır. Bir çalışma (91) finansal destek kaynağının sadece bir araştırma bursu olduğunu (*Mind and Life Francisco J. Varela Research Award*), diğer bir çalışma ise (63) çalışma sürecinde herhangi bir fon kaynağı kullanmadığını bildirmiştir.

4.3. Dahil Edilen Çalışmaların Yanlılık Riski Sonuçları

Bu derlemeye dahil edilen 14 çalışmaya ilişkin yanlılık riski, “Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı”nda önerilen (201) Cochrane randomize çalışmalar için yanlılık riski aracının 2. Versiyonu olan (*Version, 22 August 2019*) “Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı” (*Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials*) (ROB 2) (202) kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmalar, derlemeye dahil edilen her bir sonuç çıktısı ve ilgili ölçüm zaman noktası bağlamında, araçta yer alan spesifik alanlar ve genel yanlılık risk düzeyi açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaların 3 tanesinde (81, 84, 187) dahil etme kriterlerini karşılayan birden fazla (iki adet) psikososyal müdahale kolu yer almaktadır (224, 225, 227, 229, 245, 246). Dolayısıyla, sonuç çıktılarına ilişkin ilgili ölçüm zaman noktaları bağlamında ayrı ayrı gerçekleştirilen değerlendirmelerde, toplamda 17

psikososyal müdahale-rutin bakım koluna yönelik olmak üzere her bir karşılaştırma koşulu da ayrı bir şekilde gözetilmiştir. Yanlılık riski sonuçlarına ilişkin ayrıntılar aşağıda yer alan bölümlerde özetlenmektedir. Şekil 4.2’de yanlılık riski sonuçlarını yorumlamaya ilişkin ilgili açıklamalar sunulmaktadır.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  | Düşük risk |
|  | Şüpheli |
|  | Yüksek risk |

| | |
|----------|--------------------------------|
| Alan 1 : | Randomizasyon süreci |
| Alan 2 : | Amaçlanan müdahalelerden sapma |
| Alan 3 : | Eksik sonuç çıktısı verisi |
| Alan 4 : | Sonuç çıktısı ölçümü |
| Alan 5 : | Raporlanan sonucun seçimi |
| Genel : | Genel yanlılık riski |

Şekil 4.2. Yanlılık riski sonuçlarını yorumlamaya ilişkin ilgili açıklamalar

4.3.1. Çalışmalar Özelinde Genel (Overall) Yanlılık Riski

Dahil edilen çalışmaların genel yanlılık riski “şüpheli (some concerns)” ve “yüksek (high)” risk düzeyleri arasında çoğunluğu oluşturmaktadır. Çalışmaların 7 tanesinde (63, 64, 90, 91, 140, 187, 223) genel yanlılık riski “şüpheli” olarak değerlendirilmiştir. Yanlılık riskinin “yüksek” olduğu yargısına varılan 6 çalışma (82-84, 88, 89, 141), “düşük” (low) yanlılık riskine sahip olan ise bir çalışma (81) bulunmaktadır. Yanlılık riskinin “şüpheli” olduğuna karar verilen çalışmalardan bir tanesi dışında (187) diğerlerinin hepsi, en az iki ya da daha fazla yanlılık riski alanına ilişkin “şüpheli” değerlendirmesine sahiptir. Bu çalışmalarda “sonuç çıktısı ölçümü” (measurement of the outcome) yanlılık riski alanları, psikososyal müdahalelerin doğası gereği körleme yapılamadığı ve öz bildirim (self-reported/patient-reported) ölçüm araçlarının kullanımı dolayısıyla ortaklaşan bir biçimde “şüpheli” olarak belirlenmiştir. Yanlılık riski “yüksek” olan çalışmalar arasında iki çalışma “amaçlanan

müdahalelerden sapma” (deviations from the intended interventions) (89) ve “eksik sonuç çıktısı verileri” (missing outcome data) (84) olmak üzere tek bir alana ilişkin “yüksek” risk barındırmakta, diğer çalışmalarda ise bu risk en az iki ya da daha fazla alanda yer almaktadır.

4.3.2. Sonuç Çıktıları Özelinde Genel (Overall) Yanlılık Riski

Travma Sonrası Büyüme

Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi

Travma sonrası büyüme düzeyini inceleyen toplamda 15 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının yer aldığı 12 çalışmada (63, 64, 83, 88, 90, 91, 140, 141, 223-225, 227, 229, 245, 246) müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkileri incelenmiştir. Bu etkilere yönelik yapılan yanlılık riski değerlendirmeleri sonucunda, 1 çalışma (2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (224, 225) “düşük”, 7 çalışma (8 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (63, 64, 90, 91, 140, 223, 227, 229) “şüpheli” ve diğer çalışmalar ise (5 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (83, 88, 141, 245, 246) “yüksek” riskli olarak belirlenmiştir. Yanlılık riskine ilişkin değerlendirme sonuçları Şekil 4.3’te sunulmaktadır.

| Çalışma Kimliği | Alan 1 | Alan 2 | Alan 3 | Alan 4 | Alan 5 | Genel |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Gallagher 2018a | + | + | + | + | + | + |
| Gallagher 2018b | + | + | + | + | + | + |
| Holtmaat 2020a | + | + | + | ! | + | ! |
| Holtmaat 2020b | + | + | + | ! | + | ! |
| Kenne Sarenmalm 2017 | + | ! | + | ! | + | ! |
| McCaughan 2018 | - | - | - | ! | + | - |
| Stanton 2005 | + | - | - | ! | + | - |
| Üzar-Özçetin 2019 | ! | ! | + | ! | + | ! |
| Victorson 2017 | + | - | - | ! | + | - |
| Yun 2017 | ! | ! | ! | ! | + | ! |
| Yun 2020a | + | ! | - | ! | + | - |
| Yun 2020b | + | + | - | ! | + | - |
| Zernicke 2014 | + | + | + | ! | + | ! |
| Zhang 2017 | + | ! | + | ! | ! | ! |
| Zhang 2022 | + | ! | + | ! | ! | ! |

Şekil 4.3. Travma sonrası büyüme müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları

Bir çalışma (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (141), tahsis gizliliğine ilişkin yetersiz veri sağlamış, gruplar arasındaki katılımcılara ilişkin karakteristik ve müdahale öncesi ölçüm sonuçlarının karşılaştırmasına ilişkin “p” değerlerini sunmamıştır. Bu durumda çalışma, müdahale ve kontrol kollarının karşılaştırılabilir olup olmadığına ilişkin açığa çıkan şüphe ile birlikte “randomizasyon süreci” (randomization process) alanında “yüksek” riskli bulunmuştur. Aynı risk değerlendirme alanı kapsamında, iki çalışma tahsis gizliliği ile ilgili ayrıntılı bilgi sağlamamış, bir tanesinde (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (63) randomizasyonun bağımsız bir araştırmacı tarafından yapılmaması, diğer çalışmada ise (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (140) özellikle blok randomizasyon gerçekleştirildiği için önem oluşturması sebebi ile

yanlılık riskinin “şüpheli” olduğuna karar verilmiştir. Diğer çalışmalar ise bu alana ilişkin “düşük” riskli olarak belirlenmiştir.

Çalışmalardan 6 tanesinin (*6 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) “amaçlanan müdahalelerden sapma” alanına ilişkin yanlılık riski “şüpheli” olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmalardan 4’ünde (*4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (63, 64, 90, 223) atamanın müdahaleye etkisini tahmin etmek amacıyla uygun bir analiz (tedavi amaçlı analiz) (*intention-to-treat (ITT) analysis*) kullanılmaması, 2 tanesinde ise (*2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (140, 245) tedavi amaçlı uygun analizlerin kullanılması ile birlikte körleme yapılmaması ve katılımcıların müdahale sürecine uyumu konusunda bilgi verilmemiş olması nedeniyle bu yargıya varılmıştır. Söz konusu alana ilişkin 3 çalışmada (*3 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*), atamanın müdahaleye etkisini tahmin etmek amacıyla uygun bir analiz kullanılmamış (141) ya da bu durum raporda açık bir şekilde ifade edilmemiş ve analize dahil edilen katılımcı sayıları belirsiz bir biçimde kalmıştır (83, 88). Bunun yanı sıra çalışmaların tümünde katılımcıların müdahale sürecine uyumuna ilişkin bilgi verilmemesi ve ayrıca 1 çalışmada (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (141) müdahale kolunda analiz edilen katılımcı sayısının kontrol koluna göre oldukça fazla olması, sonuçlar üzerinde potansiyel olarak “yüksek” yanlılık riski barındırmaktadır.

Yanlılık riski değerlendirmesinde “eksik sonuç çıktısı verileri” açısından “şüpheli” ve “yüksek” riskli olarak belirlenen 5 çalışmada (*6 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) randomizasyon sonrası eksilme oranı (attrition rate) %20’nin üzerinde bulunmuştur. Özellikle Yun et al. (2020)’nin (84) çalışmasında yer alan her iki müdahaleye ilişkin bu oranlar %39.3 (245) ve %45.7 (246) olarak bildirilmiştir ki bu değerler oldukça yüksek bir eksilme oranı bulunduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, çalışmalarda bu düzeyde eksilme oranlarının oluşturabileceği yanlılık riskini düzeltmeye yönelik herhangi bir analiz yapılmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmalardan 1 tanesinde (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (140) katılımcıların çalışmadan ayrılmalarına ilişkin sunulan nedenler dış koşullar ile uyumlu gözüktüğü ve çalışma kolları arasında yüksek oranda eşit dağılım gösterdiği için bu alana ilişkin yanlılık riski “şüpheli” olarak belirlenmiştir. Ancak diğer çalışmalarda (*5 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*),

katılımcıların ayrılma nedenlerinin çalışma süreci boyunca ya da bazı takip aşamalarında belirtilmemiş olması (83, 88, 245, 246) ya da belirtilen ayrılma seviyeleri ve nedenlerinin gruplar bağlamında eşit dağılmaması (*kontrol grubunda eksilme oranı %50'dir*) (141) eksik verilerin sonuç çıktısının gerçek değeri ile ilgili olup olmadığı konusunda belirsizlik oluşturmaktadır. Bu nedenle söz konusu çalışmalara ilişkin bu alanın “yüksek” riskli olduğuna karar verilmiştir. Bu çalışmalar dışında 2 çalışmaya (*4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) ait randomizasyon sonrası eksilme oranının da (attrition rate) %20'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalardan 1 tanesinde (*2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (224, 225) çalışmayı tamamlayan ve tamamlamayan katılımcılar arasında demografik ve medikal bazı değişkenlere ilişkin bir fark bulunmadığı, sonuç çıktısına ait müdahale öncesi ölçüm puanlarının birbirine yakın olduğu belirlenmiştir. Diğer çalışmada ise (*2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (227, 229) çalışmayı tamamlayan ve tamamlamayan katılımcılar için ayrı ayrı olmak üzere sonuç çıktısı değişkeninde anlamlı bir fark bulunmamış, ilgili olabilecek iki değişkene ilişkin gerçekleştirilen duyarlılık analizleri de sonuç çıktısı ile ilgili anlamlı bir etki olmadığını göstermiştir. Bunların yanı sıra, bu iki çalışmada eksilme oranlarının gruplar arasında nispeten dengeli olması, sonuç çıktısının nadir görülmemesi ve ayrılma nedenlerinin eksik verilerin gerçek değeri ile ilişkili olma potansiyelinin düşük olması söz konusu çalışmaların bu alanda “düşük” yanlılık riskine sahip olduklarını göstermiştir.

Bir çalışma dışında (*2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (224, 225) diğer tüm çalışmalarda, körlleme yapılamadığı ve öz bildirim ölçüm araçlarının kullanılmış olmasına bağlı yanlılık riski alanlarından “sonuç çıktısı ölçümü” “şüpheli” olarak değerlendirilmiştir. Gallagher et al. (2018)'nin (81) çalışmasında ise katılımcıların müdahale ya da kontrol durumunda olmaya ilişkin habersiz olmaları, sonuçların manipüle edilme riskini ortadan kaldırmış ve bu alanda “düşük” bir yanlılık riski oluşturmuştur. Ek olarak bu alanı değerlendirmede kullanılan farklı bir kriter olarak bir çalışmada (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (141) sonuç çıktısının elde edilmesini sağlayan ölçüm aracının geçerlik güvenirlik çalışması ile ilgili net bir bilgiye ulaşamamıştır.

Yanlılık riski değerlendirmesinde son parametre olan “raporlanan sonucun seçimi” (selection of the reported result) alanında 2 çalışma (*2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) “şüpheli”, diğer çalışmaların tümü ise “düşük” riskli olarak değerlendirilmiştir. “Şüpheli” olarak değerlendirilen bir çalışmanın (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (223) daha önceki bir analiz planını içeren protokol kaydı ya da çalışmasına ulaşamamış, bir çalışmanın ise (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (64) erişilen kaydında analiz planına ilişkin yeterli veri elde edilememiştir. Herhangi bir protokol kaydının elde edilemediği diğer çalışmalarda (*4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*), sunulan analiz sonuçları müdahalenin önerilen etkinliğini desteklemediği (83, 224, 225) ve raporlarda ileri istatistiksel analiz sonuçlarına yer verildiği için (88) seçici raporlama yanlılığı potansiyelinin “düşük” olduğu yargısına varılmıştır.

Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi

Travma sonrası büyüme düzeyini inceleyen toplamda 11 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının yer aldığı 9 çalışmada (63, 64, 88, 91, 140, 141, 223, 227, 229, 245, 246) müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim etkileri incelenmiştir. Bu ölçüm zaman noktasına ilişkin gerçekleştirilen yanlılık riski değerlendirme sonuçları aracın genel ve özel alanları bağlamında, “müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası” değişim etkileri ile yüksek oranda paralel bir biçimde sonuçlanmış ve farklılıklar aşağıda özetlenmiştir.

Gerçekleştirilen yanlılık riski değerlendirmeleri sonucunda, 5 çalışmanın (*6 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (63, 64, 91, 223, 227, 229) “şüpheli”, 3 çalışmanın (*4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (88, 141, 245, 246) “yüksek” risk düzeyine sahip olduğu yargısına varılmıştır. 1 çalışmada ise (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (140) bu ölçüm zamanına ilişkin katılımcı verilerinin olmaması gerekçesi ile sonuçların istatistiksel analizlere dahil edilmediği belirtilmiş, dolayısıyla yanlılık riski değerlendirmesi yapılamamıştır. Yanlılık riskine ilişkin değerlendirme sonuçları Şekil 4.4’te sunulmaktadır.

| Çalışma Kimliği | Alan 1 | Alan 2 | Alan 3 | Alan 4 | Alan 5 | Genel |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Holtmaat 2020a | + | + | + | ! | + | ! |
| Holtmaat 2020b | + | + | + | ! | + | ! |
| McCaughan 2018 | - | - | + | ! | + | - |
| Üzar-Özçetin 2019 | ! | ! | + | ! | + | ! |
| Victorson 2017 | + | - | - | ! | - | - |
| Yun 2020a | + | ! | - | ! | + | - |
| Yun 2020b | + | + | - | ! | + | - |
| Zernicke 2014 | + | + | + | ! | + | ! |
| Zhang 2017 | + | ! | + | ! | ! | ! |
| Zhang 2022 | + | ! | + | ! | ! | ! |

Şekil 4.4. Travma sonrası büyüme müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları

Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerinden farklı olarak, müdahale sonrası ölçüm zaman noktasına ilişkin, 3 çalışmanın (*4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) eksilme oranlarının %20'nin altında olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalardan 2 tanesi (*3 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (141, 227, 229) bu bulguya ilişkin “eksik sonuç çıktısı verileri” yanlılık riski değerlendirme alanında “düşük” riskli olarak tespit edilmiştir. Diğer çalışmada ise (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (88) ölçüm sonucunun kaç katılımcı üzerinden analiz edildiği ve ayrılma nedenleri belirtilmediği için bu alanda “yüksek” riskli olduğu yargısına varılmıştır. Bununla birlikte söz konusu çalışmada, gruplar arasındaki zaman içindeki değişim etkisi grafik yolu ile görsel çerçevede sunulmuş ve bu ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin istatistiksel bir sonuç raporlanmamıştır. Grup içi değişim etkisi ise yalnızca, anlamlı bir sonuç olarak müdahale grubu için sağlanmıştır. Dolayısıyla bu çalışma “raporlanan sonucun seçimi” yanlılık riski alanında “yüksek” riskli olarak değerlendirilmiştir.

Alt gruplar

Farkındalık temelli psikososyal müdahalelere ilişkin değişimler

Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktasına ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi etkileri, farkındalık temelli psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının yer aldığı 5 çalışmada (5 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (64, 88, 90, 91, 223) değerlendirilmiştir.

Değerlendirme sonuçlarına göre, 4 çalışmanın (4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (64, 90, 91, 223) “şüpheli”, bir çalışmanın ise (1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (88) “yüksek” yanlılık riski olduğu belirlenmiştir. Yanlılık riskine ilişkin değerlendirme sonuçları Şekil 4.5’te sunulmaktadır.

| Çalışma Kimliği | Alan 1 | Alan 2 | Alan 3 | Alan 4 | Alan 5 | Genel |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Kenne Sarenmalm 2017 | + | ! | + | ! | + | ! |
| Victorson 2017 | + | - | - | ! | + | - |
| Zernicke 2014 | + | + | + | ! | + | ! |
| Zhang 2017 | + | ! | + | ! | ! | ! |
| Zhang 2022 | + | ! | + | ! | ! | ! |

Şekil 4.5. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelere ilişkin travma sonrası büyüme müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları

Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireyler üzerindeki etkilerine ilişkin değişimler

Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktasına ilişkin, meme kanserinden sağ kalan bireyler üzerindeki travma sonrası büyüme düzeyi etkilerinin değerlendirildiği, toplamda 6 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasını barındıran 5 çalışma (64, 83, 90, 223-225) mevcuttur.

Değerlendirme sonuçlarına göre, 1 çalışmanın (2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (224, 225) “düşük”, 3 çalışmanın (3 psikososyal

müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (64, 90, 223) “şüpheli” ve 1 çalışmanın (1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (83) ise “yüksek” yanlılık riskine sahip olduğu yargısına varılmıştır. Yanlılık riskine ilişkin değerlendirme sonuçları Şekil 4.6’da sunulmaktadır.

| Çalışma Kimliği | Alan 1 | Alan 2 | Alan 3 | Alan 4 | Alan 5 | Genel |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Gallagher 2018a | + | + | + | + | + | + |
| Gallagher 2018b | + | + | + | + | + | + |
| Kenne Sarenmalm 2017 | + | ! | + | ! | + | ! |
| Stanton 2005 | + | - | - | ! | + | - |
| Zhang 2017 | + | ! | + | ! | ! | ! |
| Zhang 2022 | + | ! | + | ! | ! | ! |

Şekil 4.6. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireyler üzerindeki travma sonrası büyüme müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları

Anlam Bulma

Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi

Anlam bulma düzeyini inceleyen toplamda 5 müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının yer aldığı 4 çalışmada (89-91, 227, 229) müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkileri incelenmiştir. Bu etkilere yönelik yapılan yanlılık riski değerlendirmeleri sonucunda, 3 çalışma (4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (90, 91, 227, 229) “şüpheli” ve 1 çalışma ise (1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (89) “yüksek” yanlılık riskine sahip olarak belirlenmiştir. Yanlılık riskine ilişkin değerlendirme sonuçları Şekil 4.7’de sunulmaktadır.

| Çalışma Kimliği | Alan 1 | Alan 2 | Alan 3 | Alan 4 | Alan 5 | Genel |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Holtmaat 2020a | + | + | + | ! | + | ! |
| Holtmaat 2020b | + | + | + | ! | + | ! |
| Hsiao 2012 | ! | - | + | ! | + | - |
| Kenne Sarenmalm 2017 | + | ! | + | ! | + | ! |
| Zernicke 2014 | + | ! | + | ! | + | ! |

Şekil 4.7. Anlam bulma müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları

Bir çalışma (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (89) tahsis gizliliği konusunda veri sağlamadığı için “randomizasyon süreci” yanlılık riski alanında “şüpheli” olarak değerlendirilmiştir. Diğer çalışmalardan randomizasyon süreci ile ilgili yeterli bilgi elde edilmiş ve bu alanda “düşük” yanlılık riskine sahip oldukları belirlenmiştir.

Yanlılık riski alanlarından “amaçlanan müdahalelerden sapma” kapsamında 2 çalışmanın (*2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) “şüpheli” olduğu yargısına varılmıştır. Bu çalışmalardan 1 tanesinde (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (91) meta-analiz sürecine dahil edilen sayısal değerler (ortalama ve standart sapma) çalışma yazarlarının paylaştığı “ham veri” dosyası üzerinden hesaplanmış ve bu aşamada tedavi amaçlı bir analiz gerçekleştirilmemiştir. Diğer çalışmada ise (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (90) meta-analiz sürecine dahil edilen sayısal değerler (ortalama ve standart sapma) yazarlardan elde edilmiş, çalışmada tedavi amaçlı bir analiz kullanılmadığı için söz konusu veriler bu bağlamda değerlendirilmiştir. Bir diğer çalışmanın ise (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (89), gruplar arasında da oldukça farklılık gösteren bir biçimde (*müdahale grubunda %31 ve kontrol grubunda %9 oranında*) yüksek oranda eksilme oranı, müdahale sürecine uyum konusunda ayrıntılı bilgi sağlanmaması ve atamanın müdahaleye etkisini değerlendirmek amacıyla uygun analizlerin gerçekleştirilmemiş olmasına bağlı söz konusu alanda “yüksek” yanlılık riski barındırdığı belirlenmiştir.

Çalışmaların tümü “eksik sonuç çıktısı verileri” yanlılık riski değerlendirme alanında “düşük” riskli olarak belirlenmiştir. Bu çalışmalardan 2 tanesinin (3

psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (89, 227, 229) randomizasyon sonrası eksilme oranı (attrition rate) %20'nin üzerinde olmakla birlikte, sonuç çıktısı nadir görülmediği ve ayrılma nedenleri eksik verilerin gerçek değeri ile ilişkili olabileceği varsayımını desteklemediği için “düşük” riskli olduğuna karar verilmiştir.

Yanlılık riski değerlendirme aracının “sonuç çıktısı ölçümü” alanı bağlamında tüm çalışmalar, körleme yapılmadığı ve sonuç çıktısı ölçümü öz bildirim dayalı araçlar kullanılarak gerçekleştirildiği için “şüpheli” olarak değerlendirilmiştir. Bir çalışmada (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (90) ek olarak ele alınan bir kriter kapsamında, kullanılan ölçüm aracına ilişkin faktör yapısının, alt boyutlarının uygulanabilirliği yönünden belirsizlik ve nispeten tutarsızlık içerdiği, ancak literatürde alt ölçümlerin kullanıldığı çalışmaların bildirildiği belirlenmiştir (235, 236). İlgili konuya ilişkin net bir bilginin mevcut olmaması gerekçesi ile bu alana ilişkin yanlılık riskinin “yüksek” olarak değerlendirilmesinden ziyade “şüpheli” olarak kalması yönünde bir karara varılmıştır.

“Raporlanan sonucun seçimi” yanlılık riski alanında ise çalışmaların hepsi “düşük” riskli olarak değerlendirilmiş olmakla birlikte, 2 çalışmada (*2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (90, 91) yazarlardan elde edilen ölçek alt boyutlarına ilişkin sayısal değerler kullanılmıştır. Çalışma protokollerinde yer alan analiz planlarında, söz konusu ölçek alt boyutlara ilişkin raporlama beyanı bulunmamakla birlikte, sunulan temel sonuçları çalışma amaçları ile tutarlılık göstermektedir. Dolayısıyla çalışmaların seçici raporlama olasılığı bu bağlam göz önünde bulundurularak “düşük” riskli olarak değerlendirilmiştir. Bir çalışmanın ise (*1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması*) (89) daha önceki bir analiz planına ulaşamamış, ancak sunulan sonuçlar müdahalenin önerilen etkinliğini desteklemediği ve çalışma amacı ile tutarlı olduğu için seçici raporlama potansiyelinin “düşük” olduğu yargısına varılmıştır.

Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi

Anlam bulma düzeyini inceleyen toplamda 4 müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının yer aldığı 3 çalışmada (89, 91, 227, 229) müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim etkileri incelenmiştir. Bu ölçüm zaman noktasına ilişkin gerçekleştirilen yanlılık riski değerlendirme sonuçları aracın

genel ve özel alanları bağlamında, “müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası” değişim etkileri ile yüksek oranda paralel bir biçimde sonuçlanmış ve farklılıklar aşağıda özetlenmiştir.

Gerçekleştirilen yanlılık riski değerlendirmeleri sonucunda, 2 çalışmanın (3 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (91, 227, 229) “şüpheli” ve 1 çalışmanın ise (1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (89) “yüksek” yanlılık riski olduğu belirlenmiştir. Yanlılık riskine ilişkin değerlendirme sonuçları Şekil 4.8’de sunulmaktadır.

| Çalışma Kimliği | Alan 1 | Alan 2 | Alan 3 | Alan 4 | Alan 5 | Genel |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Holtmaat 2020a | + | + | + | ! | + | ! |
| Holtmaat 2020b | + | + | + | ! | + | ! |
| Hsiao 2012 | ! | - | + | ! | + | - |
| Zernicke 2014 | + | ! | + | ! | + | ! |

Şekil 4.8. Anlam bulma müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları

Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerinden farklı olarak bu ölçüm zaman noktasına ilişkin, 1 çalışmada (2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (227, 229) randomizasyon sonrası eksilme oranı (attrition rate) %20’nin altında bulunmuş ve bu bulguya dayanarak “eksik sonuç çıktısı verileri” yanlılık riski değerlendirme alanında “düşük” riskli olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik Sağlamlık

Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi

Psikolojik sağlamlık düzeyini inceleyen 2 çalışmada (2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (63, 82) müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkileri incelenmiştir. Bu etkilere yönelik yapılan yanlılık riski değerlendirmeleri sonucunda, bir çalışma (1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (63) “şüpheli”, diğer çalışma ise (1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (82) “yüksek” yanlılık riskine sahip olduğu yönünde

değerlendirilmiştir. Yanlılık riskine ilişkin değerlendirme sonuçları Şekil 4.9’da sunulmaktadır.

| Çalışma Kimliği | Alan 1 | Alan 2 | Alan 3 | Alan 4 | Alan 5 | Genel |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Loprinzi 2011 | - | - | - | ! | ! | - |
| Üzar-Özçetin 2019 | ! | ! | + | ! | + | ! |

Şekil 4.9. Psikolojik sağlık müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları

Her iki çalışma da, psikososyal müdahalenin doğası gereği körleme yapılamadığı ve öz bildirim ölçüm aracı kullanılmasına ilişkin “sonuç çıktısı ölçümü” alanında “şüpheli” olarak belirlenmiştir.

Üzar-Özçetin ve Hiçdurmaz (2019)’ın (63) çalışması, tahsis gizliliğine ilişkin bilgi verilmediği ve randomizasyon bağımsız bir araştırmacı tarafından gerçekleştirilmediği için “randomizasyon süreci” ve atamanın müdahaleye etkisini tahmin etmek amacıyla uygun bir analiz kullanılmamış olması nedeniyle de “amaçlanan müdahalelerden sapma” alanlarında “şüpheli” olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte söz konusu çalışmanın, yayınlanmayan tez kaydı ile tutarlı bir analiz içerdiği için “raporlanan sonucun seçimi” ve neredeyse tüm katılımcıların analize dahil edilmesi kapsamında %80 eşiği karşıladığı için “eksik sonuç çıktısı verileri” alanlarındaki risk düzeyinin ise “düşük” olduğu yargısına varılmıştır.

Loprinzi et al. (2011)’nin (82) çalışmasında ise, tahsis gizliliğinden söz edilmemesi ve grupların müdahale öncesi katılımcı karakteristiklerine ilişkin dağılımın dengesiz olması randomizasyon sürecinin “yüksek” risk oluşturabilecek bir biçimde başarısız olabileceğine işaret etmektedir. Bunun yanı sıra, tedavi amaçlı analiz gerçekleştirilmemesi ve sadece kontrol grubunda olmak üzere randomizasyon sonrası eksilme oranının (attrition rate) %33 olarak tespit edilmesi, müdahalenin etkisini sonuç çıktısının gerçek değeri ile ilişkili olabilecek bir biçimde yanlış tahmin etme yönünde çarpıtma riskini yükseltmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın “amaçlanan müdahalelerden sapma” ve “eksik sonuç çıktısı verileri” alanlarında “yüksek” riskli olduğuna karar verilmiştir. Diğer yandan ise çalışmanın önceki bir analiz planını içeren

protokol kaydı ya da çalışmasına ulaşamadığı için “raporlanan sonucun seçimi” alanında “şüpheli” risk düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi

Psikolojik sağlamlık düzeyini inceleyen 2 çalışmada (2 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (63, 82) müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim etkileri incelenmiştir. Bu ölçüm zaman noktasına ilişkin gerçekleştirilen yanlılık riski değerlendirme sonuçları aracın genel ve özel alanlarına ilişkin, “müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası” değişim etkileri ile paralel bir biçimde sonuçlanmış, bir çalışmanın (1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (63) “şüpheli”, diğer çalışmanın ise (1 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (82) “yüksek” yanlılık riskine sahip olduğu belirlenmiştir. Yanlılık riskine ilişkin değerlendirme sonuçları Şekil 4.10’da sunulmaktadır.

| Çalışma Kimliği | Alan 1 | Alan 2 | Alan 3 | Alan 4 | Alan 5 | Genel |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Loprinzi 2011 | - | - | - | ! | ! | - |
| Üzar-Özçetin 2019 | ! | ! | + | ! | + | ! |

Şekil 4.10. Psikolojik sağlamlık müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi yanlılık riski sonuçları

4.4. Müdahalelerin Etkileri

Derleme sürecine dahil edilen çalışmalarda, en az “3 bireysel çalışma” ve bu çalışmalarda yer alan “4 müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması”na ilişkin toplamda 6 adet birleştirilmiş analiz (meta-analiz) gerçekleştirilmiştir. Bireysel çalışma sonuçlarının nicel analiz yöntemi ile birleştirilmesinin mümkün olmadığı durumlarda ise (psikolojik sağlamlık sonuç çıktısına ilişkin) sonuçlar anlatsal olarak sunulmuştur.

Ana karşılaştırmalar, travma sonrası büyüme, anlam bulma ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla, kanserden sağ kalan bireylere uygulanan psikososyal müdahaleye karşı rutin bakımı içermektedir (Bkz. EK 9). Alt grup karşılaştırmaları ise, travma sonrası büyüme düzeyleri üzerindeki etkisini

değerlendirmek amacıyla, meme kanserinden sağ kalan bireylere uygulanan psikososyal müdahaleye karşı rutin bakım ve kanserden sağ kalan bireylere uygulanan farkındalık temelli psikososyal müdahaleye karşı rutin bakımı içermektedir. “Bulguların Özeti” tablosunda (Bkz. EK 9) sadece ana karşılaştırmalara ilişkin sonuç çıktıklarına yer verilmiş (Bkz. *Psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkileri, Psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim etkileri, Psikososyal müdahalelerin anlam bulma üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkileri, Psikososyal müdahalelerin anlam bulma üzerindeki müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişim etkileri, Psikososyal müdahalelerin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkileri*), alt grup karşılaştırmalarına yönelik sonuçlar (Bkz. *Meme kanserinden sağ kalan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkileri, Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkileri*) tabloya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, “Bulguların Özeti” tablosunda, travma sonrası büyüme sonuç çıktısına ilişkin 2 birleştirilmiş analiz, anlam bulma sonuç çıktısına ilişkin 2 birleştirilmiş analiz ve psikolojik sağlamlık sonuç çıktısına ilişkin ise anlatsal formatta sunulan toplamda “5 adet bulgu” yer almaktadır.

Çalışmalardan 3 tanesinin (81, 84, 187) dahil etme kriterlerini karşılayan birden fazla müdahale kolu içermesi sebebi ile, derleme kapsamında müdahale etkilerinin değerlendirildiği toplamda 17 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması yer almıştır. Araştırmanın nicel analiz sürecine ise 12 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması (10 çalışma) katkıda bulunmuştur. Bireysel çalışmalara ilişkin ortalama, standart sapma ve çalışma kolları örneklem büyüklerinin yer aldığı özet istatistikler (uygun olan çalışmalarda) araştırma eklerinde sunulmaktadır (Bkz. EK 10).

Ana birleştirilmiş analizlerde travma sonrası büyüme ve anlam bulma sonuç çıktıkları için ilgili ölçeklerden elde edilen “müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası” ile “müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası” ortalama değişim skorları (mean change score) referans alınmıştır. Travma sonrası büyüme

sonuç çıktısı için gerçekleştirilen alt grup analizlerinde ise değişim skoru referansı “müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası”dır. Birleştirilmiş analiz gerçekleştirilmeyen psikolojik sağlamlık sonuç çıktısının sunumu ise anlatsal olarak gerçekleştirilmiştir.

Sonuç çıktıları için elde edilen etki ölçümlerindeki (bireysel ve birleştirilmiş analizler) negatif etki değerleri (“Cohen’in d’si” değerleri), müdahale grubundaki ilgili sonucun kontrol grubuna kıyasla daha yüksek (örneğin daha yüksek bir travma sonrası büyüme düzeyi) olduğuna işaret etmektedir. Pozitif değerlere sahip olan etki ölçümleri (“Cohen’in d’si” değerleri) ise, müdahale grubunda bu sonuç çıktısına ait sonuçların kontrol grubuna kıyasla daha düşük bir seviyeye sahip olduğunu göstermektedir.

4.4.1. Psikososyal Müdahalelerin Travma Sonrası Büyüme Üzerindeki Etkileri

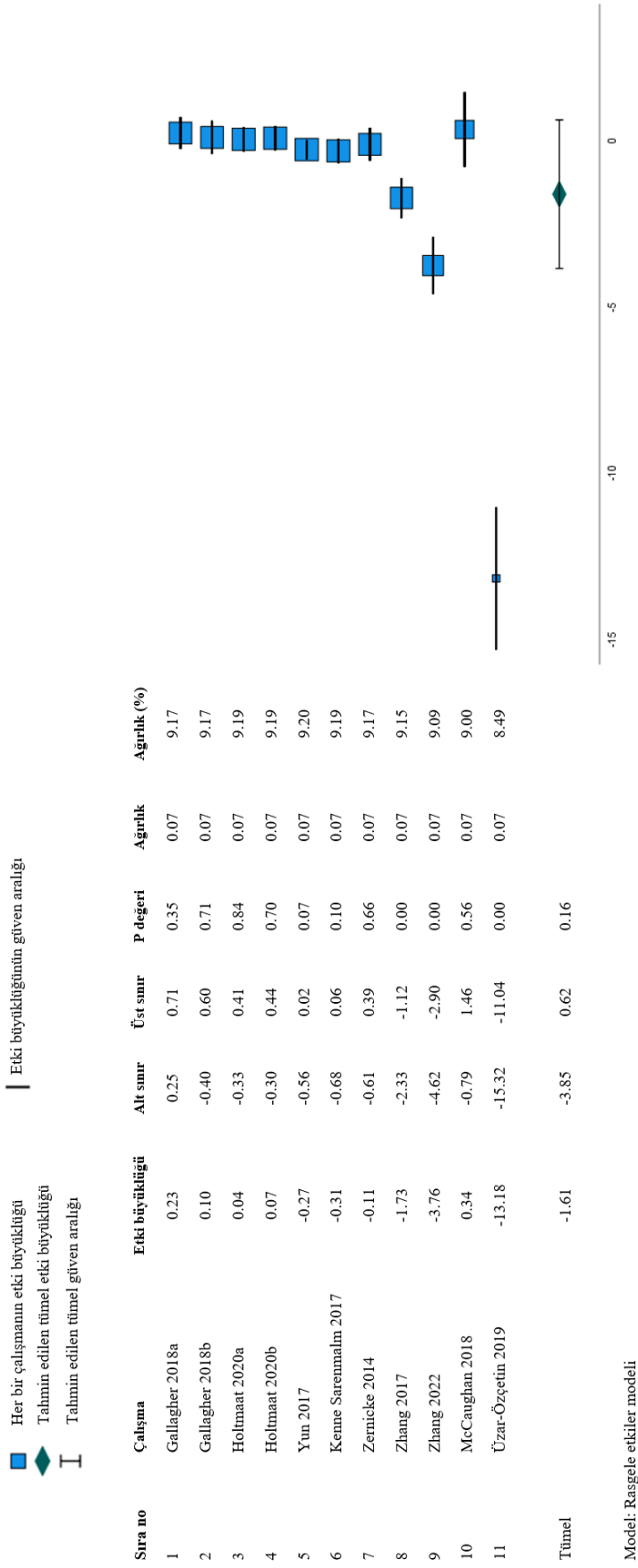
Müdahale Öncesi ve En Son Ölçüm Zaman Noktası Değişim Etkileri

Bu derlemede, müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktasında travma sonrası büyüme düzeyinin incelendiği 12 çalışma yer almaktadır (63, 64, 81, 83, 84, 88, 90, 91, 140, 141, 187, 223). Bu çalışmalardan 9 tanesinden toplamda 11 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasına ilişkin yeterli veri elde edilmiş ve birleştirilmiş analiz gerçekleştirilmiştir (63, 64, 90, 91, 140, 141, 223-225, 227, 229).

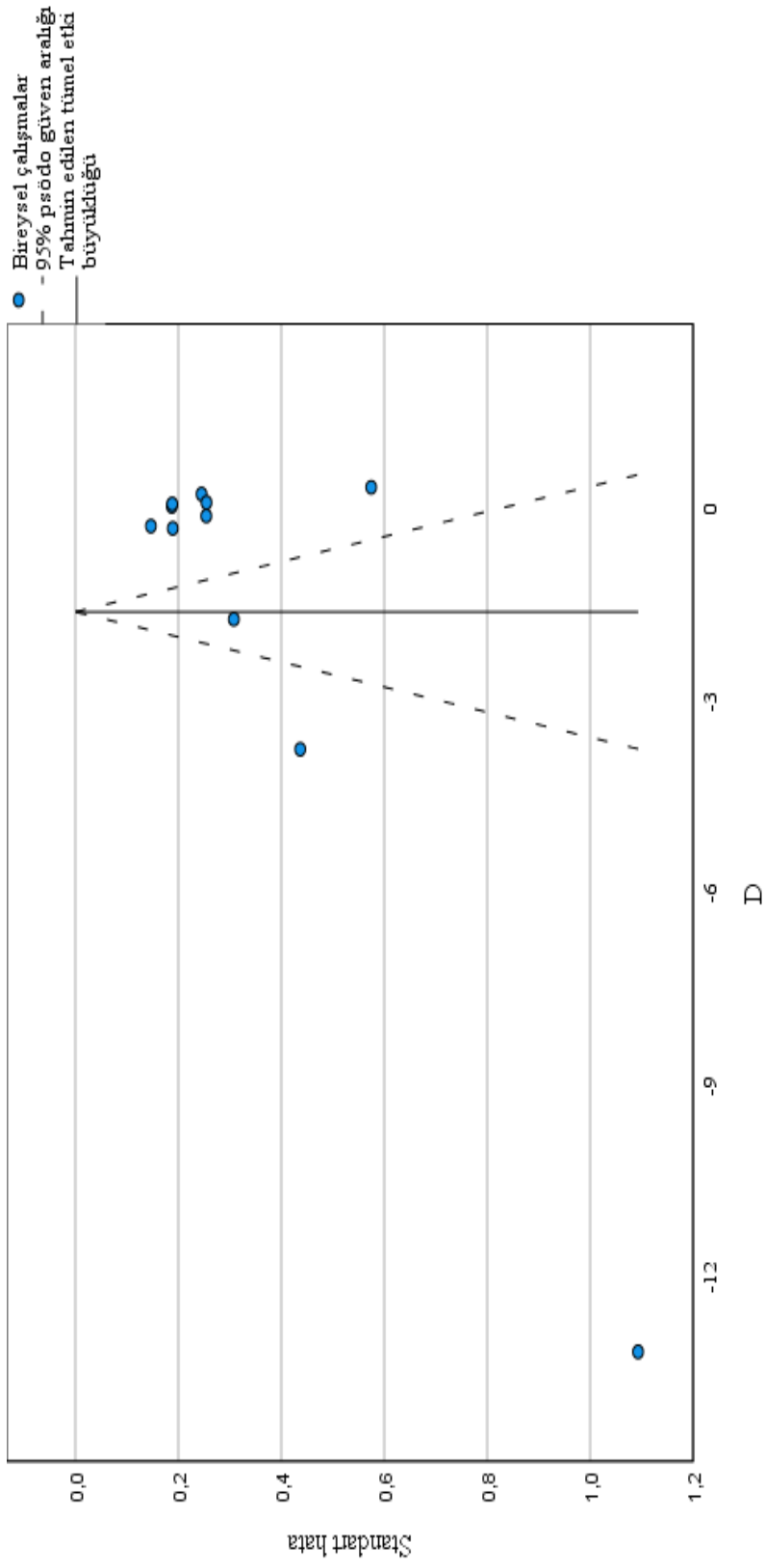
Birleştirilmiş analize katkıda bulunan çalışmalarda, travma sonrası büyüme düzeyinin değerlendirildiği müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası arasındaki sürenin uzunluğu “sekiz hafta” ile “2 yıl+sekiz hafta” arasında değişmektedir. Analiz sonucunda psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla, müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimi kapsamında travma sonrası büyüme düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (Cohen’in d’si = -1.612, %95 GA: -3.847 – 0.623; p = 0.157; 9 çalışma, 11 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması; 947 katılımcı; çok düşük düzey kanıt kesinliği) (Tablo 4.2) (Şekil 4.11) (Bkz. EK 9).

Orman grafiği ve istatistiksel testlere ilişkin göstergeler analize dahil edilen bireysel çalışmaların arasındaki heterojenlik düzeyinin önemli ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir ($I^2 = \%99.6$; $p = 0.000$). (Tablo 4.2) (şekil 4.11).

Analize dahil edilen çalışmalara ait huni grafiği oldukça asimetric bir görsel kanıt sağlamaktadır (şekil 4.12). Aynı şekilde, Egger'in regresyon temelli testine ilişkin bulgular da söz konusu asimetrimin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($t = -5.624$, $\%95$ GA: $-17.439 - -7.433$; $p = 0.000$) (Tablo 4.3). Bununla birlikte, analizde küçük örneklem boyutuna sahip ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan çalışmaların yer alması, grafikte eksik olduğu varsayılan çalışmaların anlamlı ve psikososyal müdahalenin etkisini destekleyecek yönde olması, asimetrimin daha olası olarak yayın yanlılığı dışındaki faktörlerden kaynaklanabileceğine işaret etmektedir (212).



Şekil 4.11. Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi orman grafiği



Şekil 4.12. Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi huni grafiği

Tablo 4.2. Travma sonrası büyüme düzeyi müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimine ilişkin meta-analiz sonuçları

| Çalışma Kimliği | Örneklem | Cohen'in d'si | Standart Hata | Z-değeri | p-değeri | %95 Güven Aralığı | | Ağırlık (%) |
|----------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------------|--------------|-------------|
| | | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | |
| Gallagher 2018a | 67 | 0.229 | 0.2452 | 0.933 | 0.351 | -0.252 | 0.709 | 9.2 |
| Gallagher 2018b | 62 | 0.096 | 0.2547 | 0.378 | 0.706 | -0.403 | 0.595 | 9.2 |
| Holtmaat 2020a | 114 | 0.038 | 0.1873 | 0.204 | 0.838 | -0.329 | 0.405 | 9.2 |
| Holtmaat 2020b | 113 | 0.074 | 0.1882 | 0.392 | 0.695 | -0.295 | 0.443 | 9.2 |
| Yun 2017 | 206 | -0.271 | 0.1467 | -1.844 | 0.065 | -0.558 | 0.017 | 9.2 |
| Kenne Sarenmalm 2017 | 114 | -0.307 | 0.1891 | -1.625 | 0.104 | -0.678 | 0.063 | 9.2 |
| Zernicke 2014 | 62 | -0.113 | 0.2543 | -0.444 | 0.657 | -0.611 | 0.386 | 9.2 |
| Zhang 2017 | 58 | -1.727 | 0.3078 | -5.610 | 0.000 | -2.330 | -1.124 | 9.1 |
| Zhang 2022 | 58 | -3.760 | 0.4368 | -8.607 | 0.000 | -4.616 | -2.904 | 9.1 |
| McCaughan 2018 | 17 | 0.336 | 0.5747 | 0.584 | 0.559 | -0.791 | 1.462 | 9.0 |
| Üzar-Özçetin 2019 | 76 | -13.178 | 1.0932 | -12.054 | 0.000 | -15.320 | -11.035 | 8.5 |
| Tümel Cohen'in d'si | 947 | -1.612 | 1.1403 | -1.414 | 0.157 | -3.847 | 0.623 | |

Etki Büyüklüğü Ölçümü: Cohen'in d'si

Model: Rastgele Etkiler

Heterojenlik ölçümleri: $I^2 = \%99,6$; $Tau^2 = 14,118$; $p = 0,000$ **Tablo 4.3.** Travma sonrası büyüme düzeyi müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları

| Parametre | Katsayı | Standart Hata | t | p-değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---------------|---------|---------------|--------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Kesim Noktası | 2.719 | 0.9000 | 3.021 | 0.014 | 0.683 | 4.755 |
| Standart Hata | -12.436 | 2.2114 | -5.624 | 0.000 | -17.439 | -7.433 |

Model: Rastgele Etkiler Meta-Regresyon

Travma sonrası büyüme düzeyinin, müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktasında değerlendirildiği 3 çalışmada (4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (83, 88, 245, 246) veriler nicel analize dahil edilebilecek formatta sunulmamıştır. Bu çalışmalar, yazarlar ile gerçekleştirilen yazışmalar neticesinde gerekli sayısal değerler (*ortalama, standart sapma ve p değerleri*) elde edilemediği için yukarıda yer alan birleştirilmiş analize dahil edilememiş, bulguların sunumu anlatsal olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmalardan bir tanesinde (83) bulgular düzeltilmiş ortalama değişim skoru (adjusted mean change score) formatında sunulmuş, müdahale ve kontrol kolları arasında travma sonrası büyüme düzeyi değişimine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Müdahale grubu için: Düzeltilmiş ortalama değişim skoru = 5.44, Std. hata = 1.60; Kontrol grubu için: Düzeltilmiş ortalama değişim skoru = 2.43, Std. hata = 1.58; p değeri bildirilmemiş; Randomize edilen 371 katılımcı, Analiz edilen katılımcı sayısı bildirilmemiş). Diğer çalışmada (88) sonuçların sunumunda etki büyüklüğü (effect size) kullanılmış, müdahale-kontrol kolu değişim skoru karşılaştırması için, travma sonrası büyüme düzeyinin müdahale durumunun lehine büyük bir etki gösterdiği bildirilmiştir (EB = 0.73; p = 0.01; Randomize edilen 43 katılımcı, Analiz edilen katılımcı sayısı bildirilmemiş). Aynı çalışmada doğrusal büyüme modeli tahminlerine (linear growth model estimate) ilişkin sonuçlar da ayrıca raporlanmıştır. Bir diğer çalışmada ise (84) sonuçlara ilişkin başarı oranlarının (success rate) raporlandığı bir format kullanılmıştır. Bu çalışmada yer alan “web+sağlık koçluğu müdahalesi-kontrol kolu karşılaştırması için (246), travma sonrası büyüme düzeyi değişim skorunda, müdahale etkilerini destekleyecek yönde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Müdahale grubu için başarı oranı değişimi = 8.9; Kontrol grubu için başarı oranı değişimi = -3.7; p < 0.001; 269 katılımcı). Çalışmaya ait “web müdahalesi-kontrol kolu karşılaştırması için ise (245), travma sonrası büyüme düzeyi değişimine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Müdahale grubu için başarı oranı değişimi = -4.0; Kontrol grubu için başarı oranı değişimi = -3.7; p = 0.442; 259 katılımcı).

Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Ölçüm Zaman Noktası Değişim

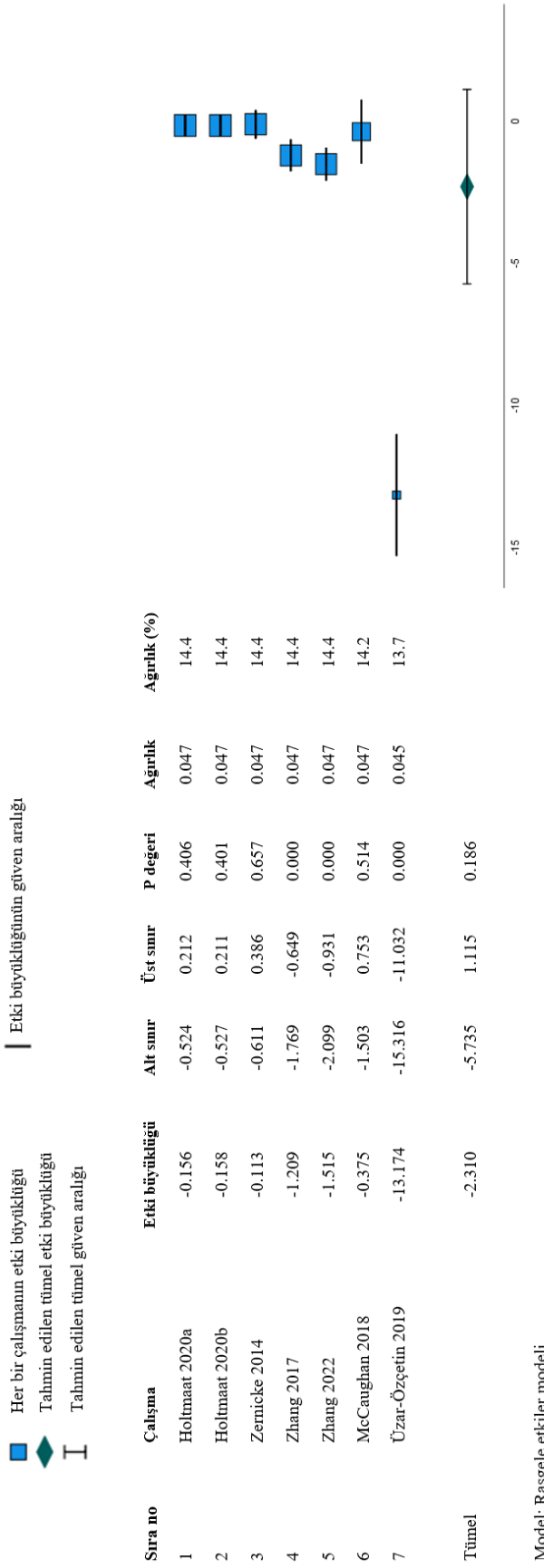
Etkileri

Dahil edilen çalışmaların 9 tanesinde, müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktasında travma sonrası büyüme düzeyi incelenmiştir (63, 64, 84, 88, 91, 140, 141, 187, 223). Bu çalışmalardan 6 tanesinden toplamda 7 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasına ilişkin yeterli veri elde edilmiş ve birleştirilmiş analiz gerçekleştirilmiştir (63, 64, 91, 141, 223, 227, 229).

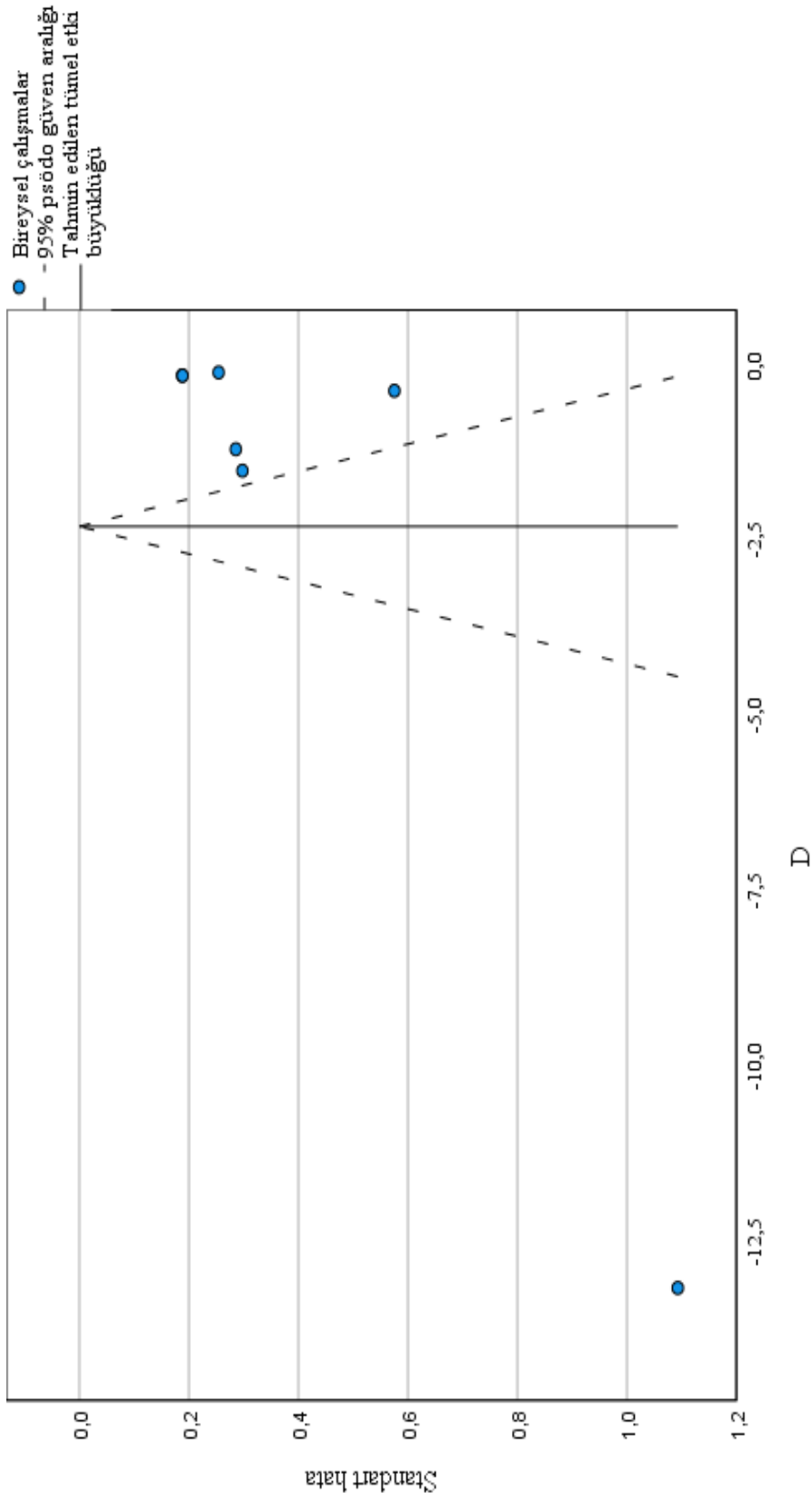
Birleştirilmiş analize katkıda bulunan çalışmalarda, travma sonrası büyüme düzeyinin değerlendirildiği, müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası arasındaki sürenin uzunluğu “sekiz hafta” ile “altı ay” arasında değişmektedir. Analiz sonucunda psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla müdahale öncesi ile müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi kapsamında travma sonrası büyüme düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (Cohen’in d 'si = -2.310, %95 GA: -5.735 – 1.115; $p = 0.186$; 6 çalışma, 7 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması; 498 katılımcı; çok düşük düzey kanıt kesinliği) (Tablo 4.4) (Şekil 4.13) (Bkz. EK 9).

Orman grafiği ve istatistiksel testlere ilişkin göstergeler analize dahil edilen bireysel çalışmalar arasındaki heterojenlik düzeyinin önemli ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir ($I^2 = \%99.6$; $p = 0.000$). (Tablo 4.4) (Şekil 4.13).

Analize dahil edilen çalışmalara ait huni grafiği oldukça asimetrik bir görsel kanıt sağlamaktadır (Şekil 4.14). Aynı şekilde, Egger'in regresyon temelli testine ilişkin bulgular da söz konusu asimetrimin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($t = -4.849$, %95 GA -19.838 – -6.091; $p = 0.005$) (Tablo 4.5). Bununla birlikte, analizde küçük örneklem boyutuna sahip ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan çalışmaların yer alması, grafikte eksik olduğu varsayılan çalışmaların anlamlı ve psikososyal müdahalenin etkisini destekleyecek yönde olması asimetrimin daha olası olarak yayın yanlılığı dışındaki faktörlerden kaynaklanabileceğine işaret etmektedir (212).



Şekil 4.13. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi orman grafiği



Şekil 4.14. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin travma sonrası büyüme düzeyi huni grafiği

Tablo 4.4. Travma sonrası büyüme düzeyi müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişimine ilişkin meta-analiz sonuçları

| Çalışma Kimliği | Örneklem | Cohen'in d'si | Standart Hata | Z- değeri | p- değeri | %95 Güven Aralığı | | Ağırlık (%) |
|----------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------------|--------------|-------------|
| | | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | |
| Holtmaat 2020a | 114 | -0.156 | 0.1876 | -0.831 | 0.406 | -0.524 | 0.212 | 14.4 |
| Holtmaat 2020b | 113 | -0.158 | 0.1884 | -0.839 | 0.401 | -0.527 | 0.211 | 14.4 |
| Zernicke 2014 | 62 | -0.113 | 0.2543 | -0.444 | 0.657 | -0.611 | 0.386 | 14.4 |
| Zhang 2017 | 58 | -1.209 | 0.2857 | -4.231 | 0.000 | -1.769 | -0.649 | 14.4 |
| Zhang 2022 | 58 | -1.515 | 0.2979 | -5.085 | 0.000 | -2.099 | -0.931 | 14.4 |
| McCaughan 2018 | 17 | -0.375 | 0.5754 | -0.652 | 0.514 | -1.503 | 0.753 | 14.2 |
| Üzar-Özçetin 2019 | 76 | -13.174 | 1.0929 | -12.054 | 0.000 | -15.316 | -11.032 | 13.7 |
| Tümel Cohen'in d'si | 498 | -2.310 | 1.7476 | -1.322 | 0.186 | -5.735 | 1.115 | |

Etki Büyüklüğü Ölçümü: Cohen'in d'si
Model: Rastgele Etkiler
Heterojenlik ölçümleri: $I^2 = \%99.6$; $Tau^2 = 21,125$; $p = 0.000$

Tablo 4.5. Travma sonrası büyüme düzeyi müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişimine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları

| Parametre | Katsayı | Standart Hata | t | p-değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---------------|---------|---------------|--------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Kesim Noktası | 2.978 | 1.2793 | 2.328 | 0.067 | -0.310 | 6.267 |
| Standart Hata | -12.964 | 2.6738 | -4.849 | 0.005 | -19.838 | -6.091 |

Model: Rastgele Etkiler Meta-Regresyon

Travma sonrası büyüme düzeyinin, müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktasında değerlendirildiği 3 çalışma (4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması) (84, 88, 140) verilerin raporlanmaması ve/veya nicel analize dahil edilebilecek formatta sunulmaması sebepleri ile birleştirilmiş analize dahil edilememiştir. Çalışmalardan 2'si için (84, 88) gerekli sayısal değerlerin (*ortalama, standart sapma ve p değerleri*) elde edilmesi amacıyla, yazarlar ile iletişime geçilmiş ancak yanıt alınmamıştır. Bu bağlamda çalışmalara ilişkin bulgular anlatsal olarak sunulmuştur. Çalışmalardan bir tanesinde (140) verilerin olmaması gerekçesi ile bu ölçüm zaman noktasına ilişkin herhangi bir sayısal sonuç rapor edilmemiştir. Diğer çalışmada (88), müdahale ve kontrol kolları arasında, travma sonrası büyüme düzeyi değişim skoru farkının karşılaştırılmasına ilişkin herhangi bir istatistiksel sonuç bildirilmemiştir. Diğer yandan, söz konusu sonuç çıktısı puanına ilişkin grup içi değişim etkisi (etki büyüklüğü) sunulmuş ancak veriler sadece müdahale grubu için sağlanmış (EB = 0.43; p = 0.01; Randomize edilen 24 katılımcı, Analiz edilen katılımcı sayısı bildirilmemiş), bunun yanı sıra ise nicel analize dahil edilebilecek bir formatta raporlanmamıştır. Bir diğer çalışmada ise (84) sonuçlar başarı oranı (success rate) formatında sunulmuş, çalışmada yer alan “web+sağlık koçluğu müdahalesi-kontrol kolu” (246) (Müdahale grubu için: Müdahale öncesi başarı oranı = 41, %30.4, Müdahale sonrası başarı oranı = 37, %27.4; Kontrol grubu için: Müdahale öncesi başarı oranı = 48, %35.8, Müdahale sonrası başarı oranı = 34, %25.4; p değeri bildirilmemiş; 269 katılımcı) ve “web müdahalesi-kontrol kolu” (245) (Müdahale grubu için: Müdahale öncesi başarı oranı = 47, %37.6, Müdahale sonrası başarı oranı = 28, %22.4; Kontrol grubu için: Müdahale öncesi başarı oranı = 48, %35.8, Müdahale sonrası başarı oranı = 34, %25.4; p değeri bildirilmemiş; 259 katılımcı) olmak üzere her iki müdahale-kontrol kolu arasında, travma sonrası büyüme düzeyi değişim skorunun karşılaştırılmasına ilişkin herhangi bir istatistiksel sonuç bildirilmemiştir.

Travma Sonrası Büyümeye İlişkin Alt Grup Etkileri

Travma sonrası büyüme ile ilgili meta-analiz havuzunda yer alan çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların çoğunluğunun psikososyal müdahale tipi olarak farkındalık temelli müdahaleler içerdiği ve örneklem grubu olarak da meme kanseri

grubunu içerdiği saptanmıştır. Bu nedenle farkındalık temelli psikososyal müdahaleler ve meme kanseri alt grup etkilerinin de ortaya konmasına karar verilmiştir.

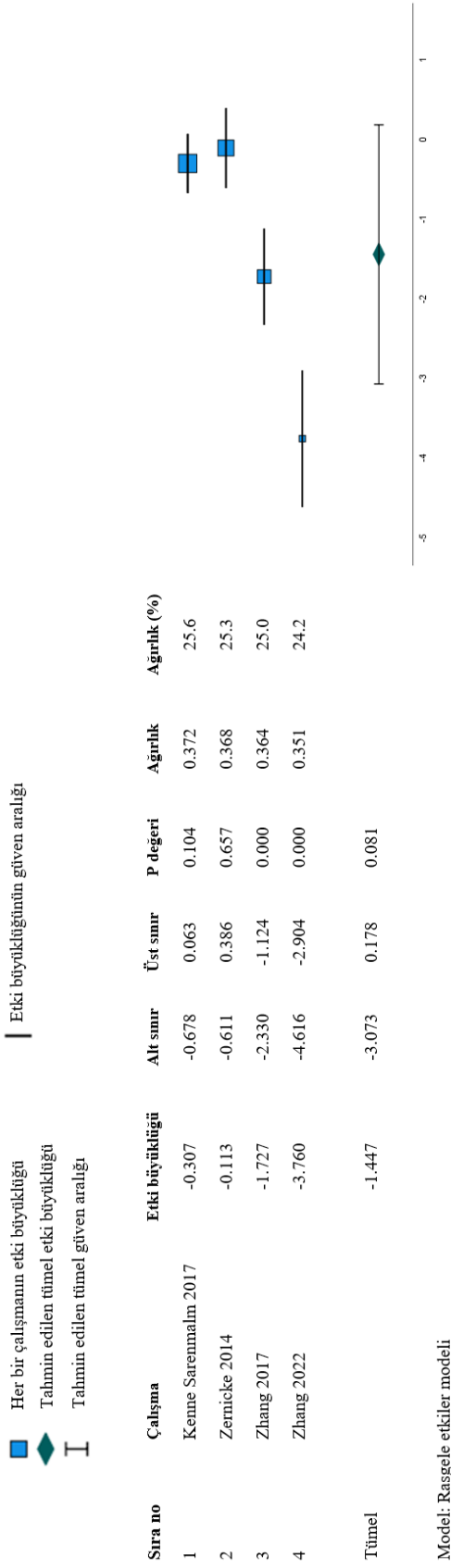
Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki etkileri

Dahil edilen çalışmalarda, rutin bakıma kıyasla farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktasında travma sonrası büyüme düzeyini değerlendiren 5 çalışma mevcuttur (64, 88, 90, 91, 223). Bu çalışmalardan 4 tanesinden birleştirilmiş analize ilişkin yeterli veri elde edilmiştir (64, 90, 91, 223).

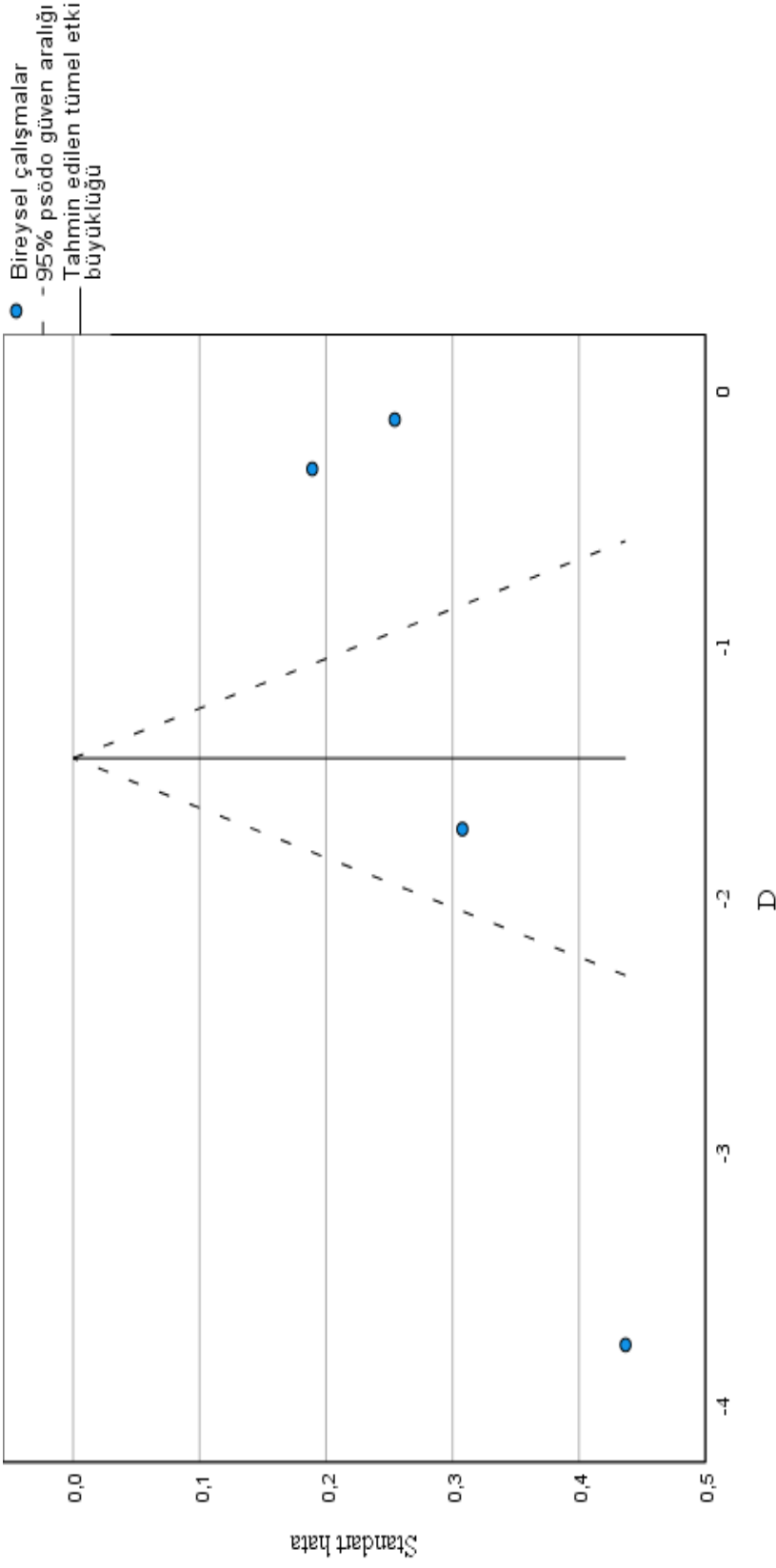
Birleştirilmiş analize katkıda bulunan çalışmalarda, travma sonrası büyüme düzeyinin değerlendirildiği, müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası arasındaki sürenin uzunluğu “8 hafta” ile “1 yıl+8 hafta” arasında değişmektedir. Analiz sonucunda farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla müdahale öncesi ile en son ölçüm zaman noktası değişimi kapsamında travma sonrası büyüme düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunamamıştır (Cohen’in $d'si = -1.447$, %95 GA: $-3.073 - 0.178$; $p = 0.081$; 4 çalışma; 292 katılımcı) (Tablo 4.6) (Şekil 4.15).

Orman grafiği ve istatistiksel testlere ilişkin göstergeler analize dahil edilen bireysel çalışmalar arasındaki heterojenlik düzeyinin önemli ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir ($I^2 = \%97.2$; $p = 0.000$) (Tablo 4.6) (Şekil 4.15).

Analize dahil edilen çalışmalara ait huni grafiği ve Egger’in regresyon temelli testine ilişkin bulgular yayın yanlılığı olmadığını göstermektedir ($t = -3.997$, %95 GA: $-31.094 - 1.145$; $p = 0.057$) (Tablo 4.7) (Şekil 4.16). Bununla birlikte, Egger’in regresyon temelli testi asimetriye ilişkin istatistiksel bir kanıt sunmamakla birlikte, bu değer sınırda olduğu görülmektedir.



Şekil 4.15. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin orman grafiği



Şekil 4.16. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin huni grafiği

Tablo 4.6. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin meta-analiz sonuçları

| Çalışma Kimliği | Örneklem | Cohen'in d'si | Standart Hata | Z- değeri | p- değeri | %95 Güven Aralığı | | Ağırlık (%) |
|----------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------------|--------------|-------------|
| | | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | |
| Kenne Sarenmalm 2017 | 114 | -0.307 | 0.1891 | -1.625 | 0.104 | -0.678 | 0.063 | 25.6 |
| Zernicke 2014 | 62 | -0.113 | 0.2543 | -0.444 | 0.657 | -0.611 | 0.386 | 25.3 |
| Zhang 2017 | 58 | -1.727 | 0.3078 | -5.610 | 0.000 | -2.330 | -1.124 | 25.0 |
| Zhang 2022 | 58 | -3.760 | 0.4368 | -8.607 | 0.000 | -4.616 | -2.904 | 24.2 |
| Tümel Cohen'in d'si | 292 | -1.447 | 0.8293 | -1.745 | 0.081 | -3.073 | 0.178 | |

Etki Büyüklüğü Ölçümü: Cohen'in d'si

Model: Rastgele Etkiler

Heterojenlik ölçümleri: $I^2 = \%97.2$; $Tau^2 = 2.656$; $p = 0.000$

Tablo 4.7. Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları

| Parametre | Katsayı | Standart Hata | t | p-değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---------------|---------|---------------|--------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Kesim Noktası | 2.976 | 1.1200 | 2.657 | 0.117 | -1.843 | 7.795 |
| Standart Hata | -14.975 | 3.7464 | -3.997 | 0.057 | -31.094 | 1.145 |

Model: Rastgele Etkiler Meta-Regresyon

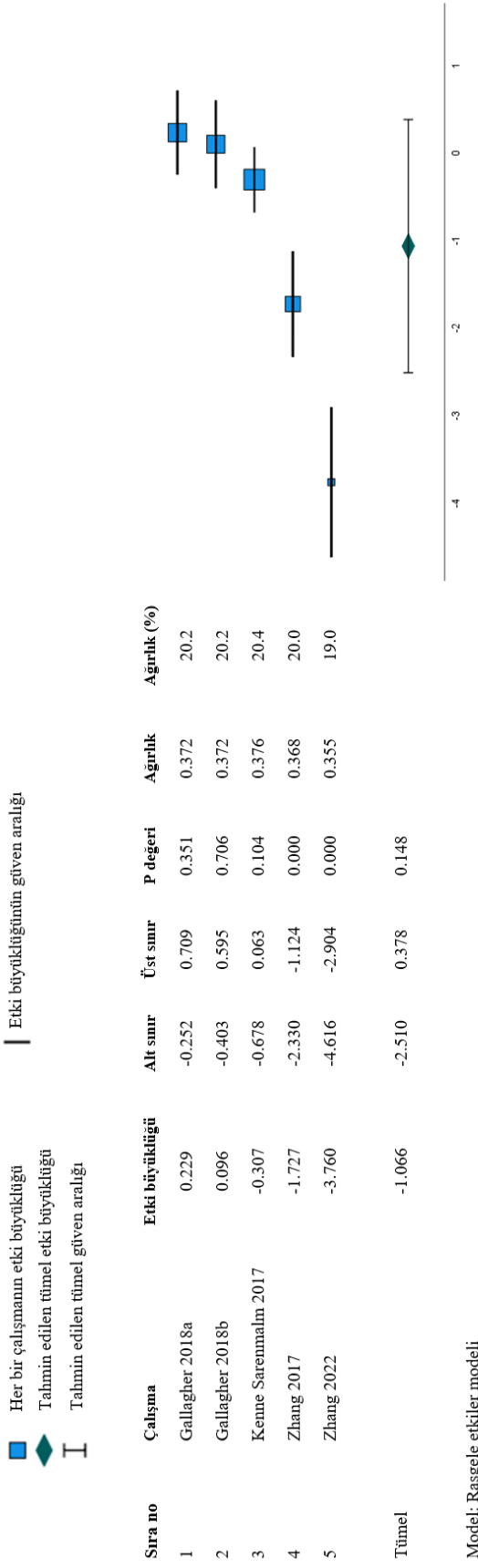
Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki etkileri

Dahil edilen çalışmalarda, müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktasında meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyinin incelendiği 5 çalışma mevcuttur (64, 81, 83, 90, 223). Bu çalışmalardan 4 tanesinden toplamda 5 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasına ilişkin yeterli veri elde edilmiş ve birleştirilmiş analiz gerçekleştirilmiştir (64, 90, 223-225).

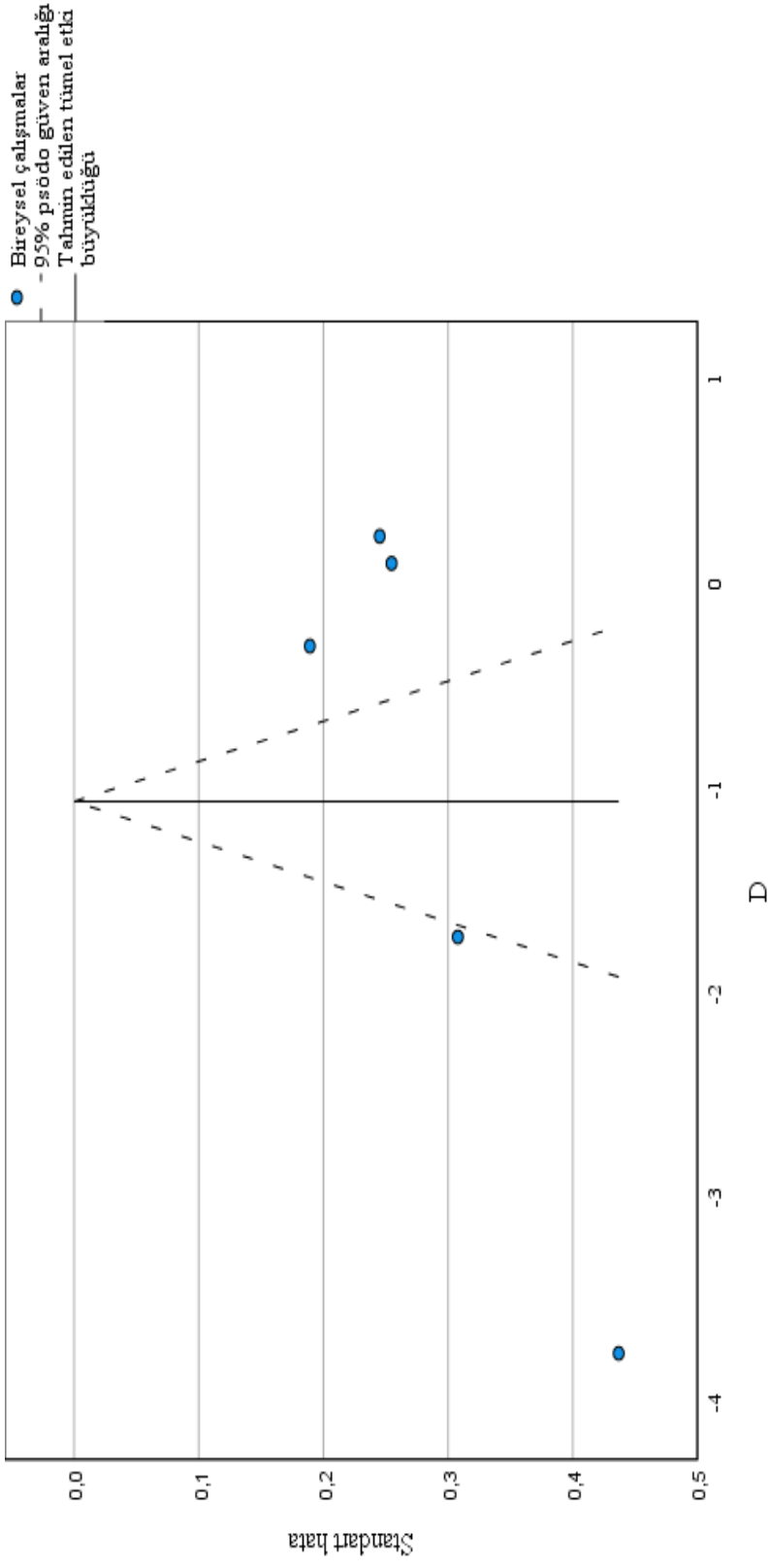
Birleştirilmiş analize katkıda bulunan çalışmalarda, travma sonrası büyüme düzeyinin değerlendirildiği, müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası arasındaki sürenin uzunluğu “3 ay” ile “1 yıl+8 hafta” arasında değişmektedir. Analiz sonucunda psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla müdahale öncesi ile en son ölçüm zaman noktası değişimi kapsamında meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (Cohen’in d’si = -1.066, %95 GA: -2.510 – 0.378; p = 0.148; 4 çalışma, 5 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması; 359 katılımcı) (Tablo 4.8) (Şekil 4.17).

Orman grafiği ve istatistiksel testlere ilişkin göstergeler analize dahil edilen bireysel çalışmalar arasındaki heterojenlik düzeyinin önemli ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir ($I^2 = \%97.4$; p = 0.000) (Tablo 4.8) (Şekil 4.17).

Analize dahil edilen çalışmalara ait huni grafiği ve Egger’in regresyon temelli testine ilişkin bulgular yayın yanlılığı olmadığını göstermektedir (t = -3,811, %95 GA: -29,818 – -2,680; p = 0.032) (Tablo 4.9) (Şekil 4.18).



Şekil 4.17. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin orman grafiği



Şekil 4.18. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin huni grafiği

Tablo 4.8. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin meta-analiz sonuçları

| Çalışma Kimliği | Örneklem | Cohen'in d'si | Standart Hata | Z- değeri | p- değeri | %95 Güven Aralığı | | Ağırlık (%) |
|----------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------------|--------------|-------------|
| | | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | |
| Gallagher 2018a | 67 | 0.229 | 0.2452 | 0.933 | 0.351 | -0.252 | 0.709 | 20.2 |
| Gallagher 2018b | 62 | 0.096 | 0.2547 | 0.378 | 0.706 | -0.403 | 0.595 | 20.2 |
| Kenne Sarenmalm 2017 | 114 | -0.307 | 0.1891 | -1.625 | 0.104 | -0.678 | 0.063 | 20.4 |
| Zhang 2017 | 58 | -1.727 | 0.3078 | -5.610 | 0.000 | -2.330 | -1.124 | 20.0 |
| Zhang 2022 | 58 | -3.760 | 0.4368 | -8.607 | 0.000 | -4.616 | -2.904 | 19.3 |
| Tümel Cohen'in d'si | 359 | -1.066 | 0.7368 | -1.447 | 0.148 | -2.510 | 0.378 | |

Etki Büyüklüğü Ölçümü: Cohen'in d'si
 Model: Rastgele Etkiler
 Heterojenlik ölçümleri: $I^2 = \%97.4$; $Tau^2 = 2,626$; $p = 0.000$

Tablo 4.9. Psikososyal müdahalelerin meme kanserinden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyümesi üzerindeki müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişim etkilerine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları

| Parametre | Katsayı | Standart Hata | t | p-değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---------------|---------|---------------|--------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Kesim Noktası | 3.569 | 1.2414 | 2.875 | 0.064 | -0.382 | 7.520 |
| Standart Hata | -16.249 | 4.2636 | -3.811 | 0.032 | -29.818 | -2.680 |

Model: Rastgele Etkiler Meta-Regresyon

4.4.2. Psikososyal Müdahalelerin Anlam Bulma Üzerindeki Etkileri

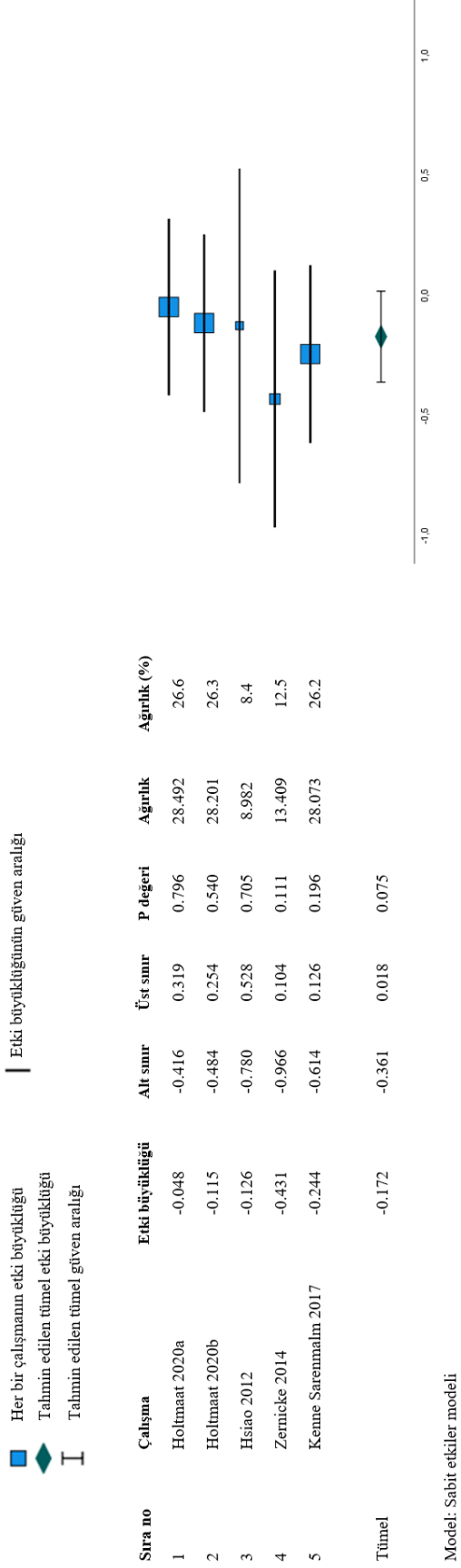
Müdahale Öncesi ve En Son Ölçüm Zaman Noktası Değişim Etkileri

Dahil edilen çalışmalardan 4'ünde, müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktasında anlam bulma düzeyi incelenmiştir (89-91, 187). Bu çalışmaların hepsinden toplamda 5 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasına ilişkin yeterli veri elde edilmiş ve birleştirilmiş analiz gerçekleştirilmiştir (89-91, 227, 229).

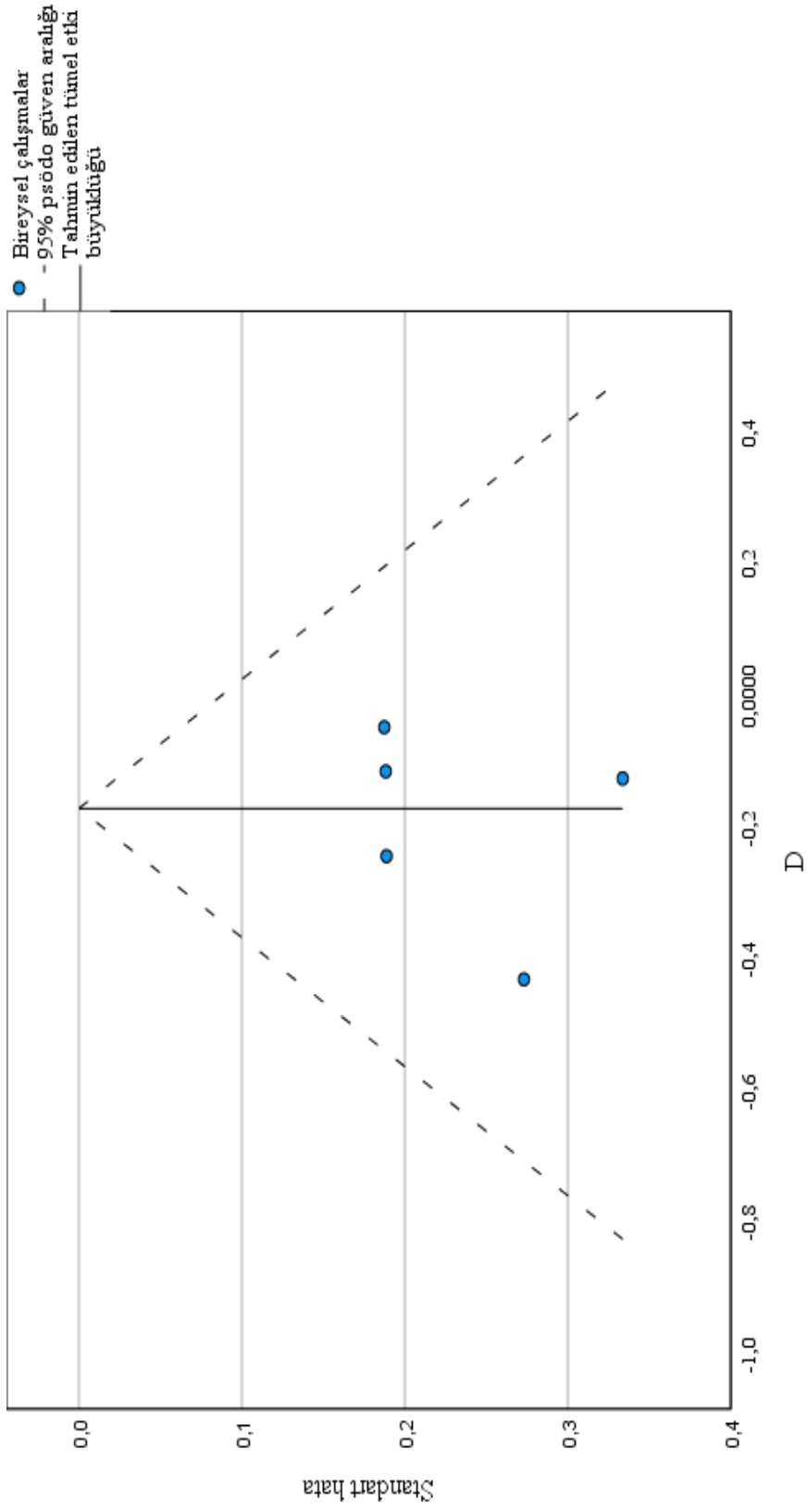
Çalışmalarda, anlam bulma düzeyinin değerlendirildiği, müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası arasındaki sürenin uzunluğu “8 hafta” ile “2 yıl+8 hafta” arasında değişmektedir. Analiz sonucunda psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla müdahale öncesi ile en son ölçüm zaman noktası değişimi kapsamında anlam bulma düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (Cohen'in $d'si = -0,172$, %95 GA: $-0,361 - 0,018$; $p = 0,075$; 4 çalışma, 5 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması; 433 katılımcı; düşük düzey kanıt kesinliği) (Tablo 4.10) (Şekil 4.19) (Bkz. EK 9).

Orman grafiği ve istatistiksel testlere ilişkin göstergeler, analize dahil edilen bireysel çalışmalar arasında heterojenlik olmadığına işaret etmektedir ($I^2 = \%0$, %95 GA: $0,0 - 47,7$; $p = 0,810$) (Tablo 4.10) (Şekil 4.19).

Analize dahil edilen çalışmalara ait huni grafiği ve Egger'in regresyon temelli testine ilişkin bulgular yayın yanlılığı olmadığını göstermektedir ($t = -0,499$, %95 GA: $-7,656 - 5,581$; $p = 0,652$) (Tablo 4.11) (Şekil 4.20).



Şekil 4.19. Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin anlam bulma düzeyi orman grafiği



şekil 4.20. Müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin anlam bulma düzeyi huni grafiği

Tablo 4.10. Anlam bulma düzeyi müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimine ilişkin meta-analiz sonuçları

| Çalışma Kimliği | Örneklem | Cohen'in d'si | Standart Hata | Z- değeri | p- değeri | %95 Güven Aralığı | | Ağırlık (%) |
|----------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------------|--------------|-------------|
| | | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | |
| Holtmaat 2020a | 114 | -0.048 | 0.1873 | -0.258 | 0.796 | -0.416 | 0.319 | 26.6 |
| Holtmaat 2020b | 113 | -0.115 | 0.1883 | -0.613 | 0.540 | -0.484 | 0.254 | 26.3 |
| Hsiao 2012 | 36 | -0.126 | 0.3337 | -0.379 | 0.705 | -0.780 | 0.528 | 8.4 |
| Zernicke 2014 | 56 | -0.431 | 0.2731 | -1.579 | 0.114 | -0.966 | 0.104 | 12.5 |
| Kenne Sarenmalm 2017 | 114 | -0.244 | 0.1887 | -1.293 | 0.196 | -0.614 | 0.126 | 26.2 |
| Tümel Cohen'in d'si | 433 | -0.172 | 0.0966 | -1.778 | 0.075 | -0.361 | 0.018 | |

Etki Büyüklüğü Ölçümü: Cohen'in d'si

Model: Sabit Etkiler

Heterojenlik ölçümleri: $I^2 = \%0$; %95 GA: 0.0 – 47.7 ; $Tau^2 =$; $p = 0.81$ **Tablo 4.11.** Anlam bulma düzeyi müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları

| Parametre | Katsayı | Standart Hata | t | p-değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---------------|---------|---------------|--------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Kesim Noktası | 0.047 | 0.4492 | 0.105 | 0.923 | -1.382 | 1.477 |
| Standart Hata | -1.038 | 2.0796 | -0.499 | 0.652 | -7.656 | 5.581 |

Model: Sabit Etkiler Meta-Regresyon

Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Ölçüm Zaman Noktası Değişim

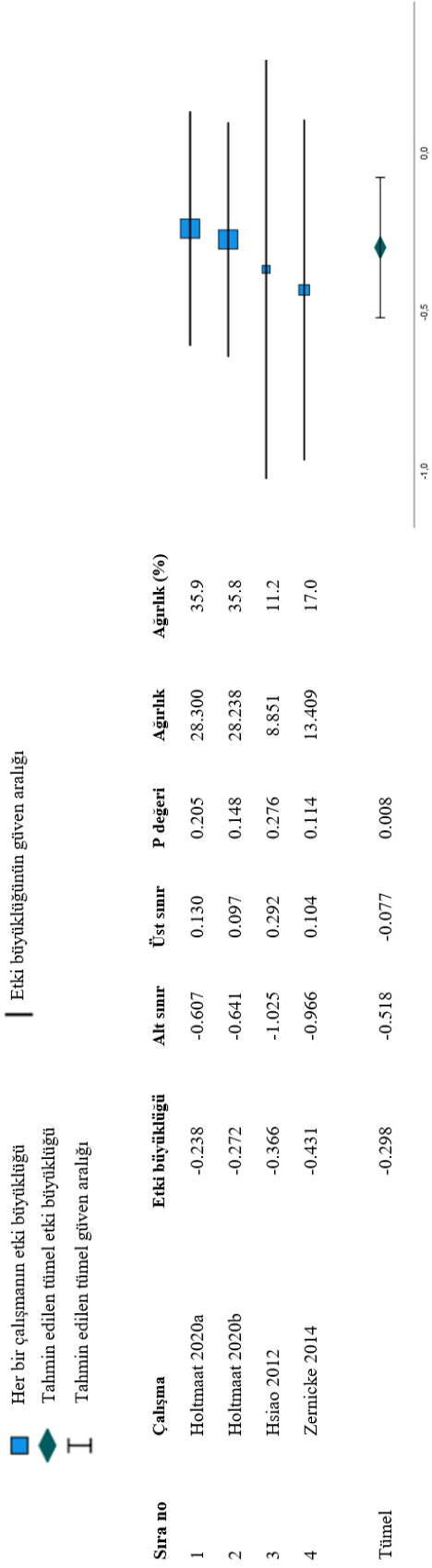
Etkileri

Dahil edilen çalışmalardan 3'ünde, müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktasında anlam bulma düzeyi incelenmiştir (89, 91, 187). Bu çalışmaların hepsinden toplamda 4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasına ilişkin yeterli veri elde edilmiş ve birleştirilmiş analiz gerçekleştirilmiştir (89, 91, 227, 229).

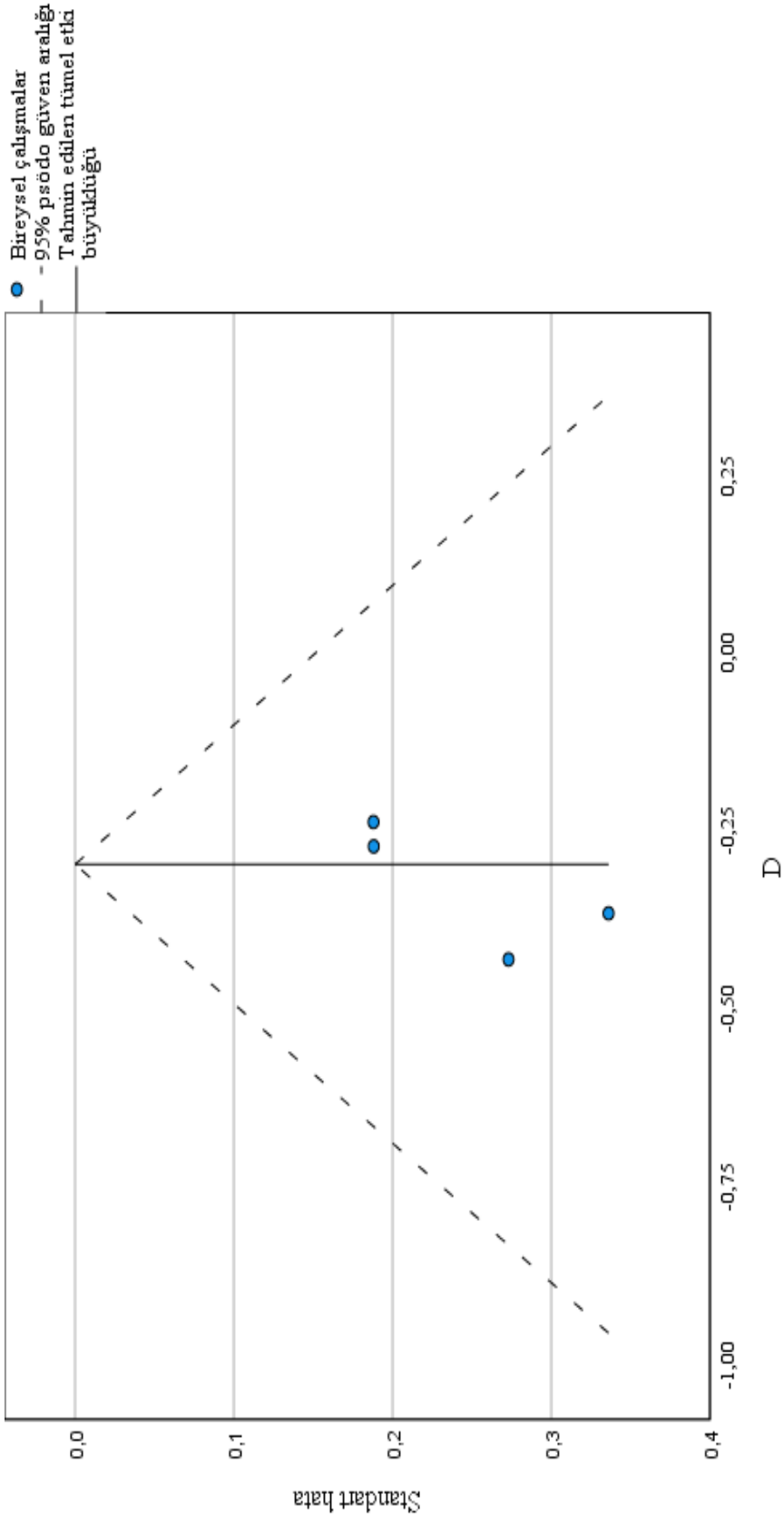
Çalışmalarda, anlam bulma düzeyinin değerlendirildiği, müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası arasındaki sürenin uzunluğu “8 hafta” ile “2 ay” arasında değişmektedir. Analiz sonucunda psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla müdahale öncesi ile müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimi kapsamında, anlam bulma düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı küçük boyutta bir etkisi tespit edilmiştir (Cohen'in d 'si = -0,298, %95 GA: -0,518 – -0,077; $p = 0.008$; 3 çalışma, 4 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırması; 319 katılımcı; düşük düzey kanıt kesinliği) (Tablo 4.12) (Şekil 4.21) (Bkz. EK 9).

Orman grafiği ve istatistiksel testlere ilişkin göstergeler analize dahil edilen bireysel çalışmalar arasında heterojenlik olmadığına işaret etmektedir ($I^2 = \%0$, %95 GA: 0,0 – 0,0; $p = 0,940$) (Tablo 4.12) (Şekil 4.21).

Analize dahil edilen çalışmalara ait huni grafiği ve Egger'in regresyon temelli testine ilişkin bulgular yayın yanlılığı olmadığını göstermektedir ($t = -0,523$, %95 GA: -10,415 – 8,157; $p = 0,653$) (Tablo 4.13) (Şekil 4.22).



Şekil 4.21. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin anlam bulma düzeyi orman grafiği



Şekil 4.22. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası değişimine ilişkin anlam bulma düzeyi huni grafiği

Tablo 4.12. Anlam bulma düzeyi müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişimine ilişkin meta-analiz sonuçları

| Çalışma Kimliği | Örneklem | Cohen'in d'si | Standart Hata | Z- değeri | p- değeri | %95 Güven Aralığı | | Ağırlık (%) |
|----------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------------|---------------|-------------|
| | | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | |
| Holtmaat 2020a | 114 | -0.238 | 0.1880 | -1.267 | 0.205 | -0.607 | 0.130 | 35.9 |
| Holtmaat 2020b | 113 | -0.272 | 0.1882 | -1.447 | 0.148 | -0.641 | 0.097 | 35.8 |
| Hsiao 2012 | 36 | -0.366 | 0.3361 | -1.090 | 0.276 | -1.025 | 0.292 | 11.2 |
| Zernicke 2014 | 56 | -0.431 | 0.2731 | -1.579 | 0.114 | -0.966 | 0.104 | 17.0 |
| Tümel Cohen'in d'si | 319 | -0.298 | 0.1127 | -2.642 | 0.008 | -0.518 | -0.077 | |

Etki Büyüklüğü Ölçümü: Cohen'in d'si
 Model: Sabit Etkiler
 Heterojenlik ölçümleri: $I^2 = \%0$; %95 GA: 0.0 – 0.0 ; $Tau^2 =$; $p = 0.94$

Tablo 4.13. Anlam bulma düzeyi müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişimine ilişkin Egger'in regresyon temelli testi sonuçları

| Parametre | Katsayı | Standart Hata | t | p-değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---------------|---------|---------------|--------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Kesim Noktası | -0.050 | 0.4863 | -0.103 | 0.927 | -2.142 | 2.042 |
| Standart Hata | -1.129 | 2.1582 | -0.523 | 0.653 | -10.415 | 8.157 |

Model: Sabit Etkiler Meta-Regresyon

Anlam Bulmaya İlişkin Alt Grup Etkileri

Çalışmalar arasında heterojenlik tespit edilmediği ve çalışmalardan yeterli düzeyde veri elde edilemediği için alt grup etkileri incelenmemiştir.

4.4.3. Psikososyal Müdahalelerin Psikolojik Sağlık Üzerindeki Etkileri

Derlemede, rutin bakıma kıyasla psikososyal müdahalelerin psikolojik sağlık düzeyi üzerine etkisinin incelendiği 2 çalışma yer almaktadır (63, 82). Çalışma sayısının yetersiz olması sebebi ile birleştirilmiş analiz gerçekleştirilmemiş ve çalışmalara ait bulgular anlatsal olarak sunulmuştur.

Çalışmalardan bir tanesinde (63), psikososyal müdahalenin rutin bakıma kıyasla kanserden sağ kalan bireylerde psikolojik sağlık üzerindeki etkileri müdahale öncesi (Müdahale grubu için: Ortalama = 43.39, SS = 10.09; Kontrol grubu için: Ortalama = 48.44, SS = 15.25; 76 katılımcı), müdahale sonrası (10. hafta) (Müdahale grubu için: Ortalama = 153.3, SS = 69.92; Kontrol grubu için: Ortalama = 70.07, SS = 10.88; 76 katılımcı) ve izlem ölçüm (müdahale sonrası 1. ay) (Müdahale grubu için: Ortalama = 159.57, SS = 7.12; Kontrol grubu için: Ortalama = 68.68, SS = 9.11; 76 katılımcı) zaman noktalarında değerlendirilmiştir. Çalışmada, müdahale ve kontrol koluna ait, müdahale öncesi ve her iki ölçüm zaman noktası değişim skorunun (müdahale öncesi-en son ölçüm, müdahale öncesi-müdahale sonrası) karşılaştırılmasına ilişkin istatistiksel bir sonuç bildirilmemiştir.

Diğer çalışmada ise (82), psikososyal müdahalenin rutin bakıma kıyasla meme kanserinden sağ kalan bireylerde psikolojik sağlık üzerindeki etkileri müdahale öncesi (Müdahale grubu için: Ortalama = 73.6, SS = 10.1; Kontrol grubu için: Ortalama = 78.2, SS = 12.6; 20 katılımcı) ve müdahale sonrası (12. hafta) (Müdahale grubu için: Ortalama = 81.3, SS = 9.1; Kontrol grubu için: Ortalama = 82.10, SS = 10.5; 20 katılımcı) ölçüm zaman noktalarında değerlendirilmiştir. Çalışmada sonuçlar, görsel olarak müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktaları arasındaki değişimin, kontrol grubuna kıyasla müdahale grubunda daha fazla olduğuna işaret etmekle birlikte (Müdahale grubu için: Delta = 7.7, SS = 8.7; Kontrol grubu için: Delta = 2.1, SS = 4.1; p değeri bildirilmemiş; 20 katılımcı), bu farka ilişkin istatistiksel olarak bildirilen bir kanıt mevcut değildir.

Çalışmaların psikolojik sağlık düzeyi üzerindeki etkilerine yönelik bulguların sunumu anlatısal olarak gerçekleştirildiği için, bu kanıt ilişkin kesinlik düzeyi hesaplanmamış, sonuç çıktısı “Bulguların Özeti” tablosuna (Bkz. EK 9) görsel olarak dahil edilmiştir.

Psikolojik Sağlamlığa İlişkin Alt Grup Etkileri

Çalışma sayısı yeterli olmadığı için psikolojik sağlık sonuç çıktısı için alt grup etkileri incelenmemiştir.

4.5. Kanıt Kesinliği

Kanıt kesinliği (certainty of evidence) GRADE yaklaşımı (215, 219) kullanılarak değerlendirilmiş, “Bulguların Özeti” tablosuna ana “Psikososyal Müdahale-Rutin Bakım Karşılaştırması”na ilişkin tüm sonuç çıktıları eklenmiştir. Travma sonrası büyüme ve anlam bulma sonuç çıktıları için birleştirilmiş etki büyüklüklerine yönelik kanıt kesinlik düzeyi değerlendirilmiştir. GRADE yaklaşımı, istatistiksel olarak birleştirilemeyen yani “anlatı sonuç çıktıları”nın da tabloya dahil edilebileceğini bildirmektedir (218). Bu bağlamda, psikolojik sağlık sonuç çıktısı ve ilgili çalışma bulgularına tabloda yer verilmiş ancak birleştirilmiş analiz gerçekleştirilmediği için kanıt kesinlik düzeyi hesaplanmamıştır.

Kanıt kesinliği; travma sonrası büyüme sonuç çıktısı için “çok düşük düzey” (very low certainty) ve anlam bulma sonuç çıktısı için ise “düşük düzey” (low certainty) olarak belirlenmiştir (Bkz. EK 9). Tahminlerin güvenilirliği; çalışmalara ilişkin metodolojik sınırlamalar, açıklanamayan heterojenlik düzeyleri, katılımcı sayısının düşük olması ve etki olmadığını (no effect, null) içeren güven aralıklarına bağlı kesinlik düzeyi (imprecision) düşük olan sonuçlar nedeniyle azalmıştır.

“Bulguların Özeti” tablosuna dahil edilen sonuç çıktılarının büyük bir kısmında metodolojik sınırlamaların ciddi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışmalar arasında, bir çalışma bir (amaçlanan müdahalelerden sapma) ya da birden fazla (randomizasyon süreci, amaçlanan müdahalelerden sapma, eksik sonuç çıktısı verileri) yanlılık riski alanında “yüksek” ve çoğu çalışma ise “amaçlanan müdahalelerden sapma” ve “sonuç çıktısı ölçümü” alanlarında “şüpheli” olarak değerlendirilmiştir. Özellikle bir çalışma dışında diğer tüm çalışmalarda (anlam bulma sonuç çıktısı için tüm çalışmalarda)

psikososyal müdahalelerin doğası gereği körlemenin mümkün olmaması, öz bildirim ölçüm araçları ile elde edilen katılımcı sonuçları yanlılık riskine yol açmıştır. Kanıt gövdesine katkıda bulunan çalışmalar arasındaki bu potansiyel metodolojik sınırlamalar etki tahminlerine olan güveni azaltmış ve kanıt kesinliğinin bir seviye düşürülmesi ile sonuçlanmıştır.

Metodolojik sınırlamaların yanı sıra, travma sonrası büyüme düzeyi sonuç çıktısına ilişkin etki tahminlerine katkı sağlayan çalışmalar arasında önemli ölçüde açıklanamayan istatistiksel heterojenlik tespit edilmiştir. Çalışmaların nokta tahminlerindeki farklılıklar, minimum düzeyde örtüşen ya da hiç örtüşmeyen güven aralıkları ve huni grafiklerinde yer alan noktaların simetrik dağılım göstermemesi de “tutarsızlık” düzeyine (inconsistency) işaret etmektedir. Kanıt gövdesine katkıda bulunan çalışmalar arasında oldukça önemli ölçüde görülen bu tutarsızlık olası olarak klinik ve metodolojik çeşitlilikten kaynaklanmakla birlikte, duruma mevcut veriler bağlamında makul bir açıklama getirilememiş, dolayısıyla kanıt kesinliği iki seviye düşürülmüştür. Anlam bulma sonuç çıktısı etki ölçümlerine ilişkin I^2 istatistiği heterojenlik yönünde bir sonuç sunmadığı için, kanıt kesinliği düşürülmemiştir.

Bu derlemede, kanıt kesinliğine ilişkin güvenirliliği azaltan bir diğer önemli faktör ise etki ölçümlerinin “kesinlik” düzeyidir (imprecision). Anlam bulma (müdahale öncesi ve müdahale sonrası değişim etkisi) etki ölçümüne dahil edilen toplam katılımcı sayısı GRADE yaklaşımının önerdiği (248) en az koşulu karşılamadığı için (< 400 katılımcı) kanıt kesinliği bir seviye düşürülmüştür. Diğer etki ölçümlerinde ise, heterojenlik düzeyinin de (yüksek olan sonuçlarda) muhtemel olarak etkilemiş olabileceği, güven aralıklarının sıfır değerini (null) içeren bir biçimde (no effect) verdiği tutarsız mesajlar kanıt kesinliğinin bir seviye düşürülmesine yol açmıştır.

“Bulguların Özeti” tablosuna dahil edilen sonuç çıktılarına ilişkin kanıtlar “dolaylılık” (indirectness) bağlamında ciddi endişe barındırmamaktadır. Birkaç istisna dışında tüm çalışmalar PICO formatında yer alan ana araştırma sorusuna doğrudan ve sınırlı olmayan bir versiyonda yanıt verir niteliktedir. Travma sonrası büyüme sonuç çıktısına (müdahale öncesi ve en son ölçüm değişimi etkisi) ait etki ölçümüne katkıda bulunan bir çalışmanın (81) karşılaştırma kolunda, çalışma müdahale içeriği/stratejisi ile doğrudan ilgili olmayan bir objektif yazma uygulaması mevcuttur. Ek olarak bu

sonuç çıktısı etkilerine her iki ölçüm zaman noktası değişimi kapsamında katkıda bulunan bir çalışmada (141), geçerlik güvenilirlik bilgisi belirsiz olan bir ölçüm aracı kullanılmıştır. Bu çalışmalar ile ilgili kısmi farklılıkların, genel kanıt gövdesi üzerinde büyük bir etki yaratmayacağı kararlaştırılmış ve kanıtların kesinliği dolaylılık bağlamında düşürülme yoluna gidilmemiştir.

Kanıt kesinliğinin değerlendirilmesinde ele alınmasına karar verilen son parametre ise yayın yanlılığıdır (publication bias). Yayın yanlılığı kapsamında hiçbir sonuç çıktısının kanıt kesinliği düşürülmemiştir. Huni grafikleri; travma sonrası büyüme sonuç çıktısı ölçümlerine ilişkin görsel bir asimetri ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç sağlamış; anlam bulma sonuç çıktısı ölçümlerine ilişkin ise istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir sonuç sağlamıştır. Araştırmada, kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiş olması, kanıt gövdesinin büyük bir bölümünü oluşturan çalışmaların nispeten küçük örnekleme sahip olması, negatif sonuçlara sahip çalışmaların (istatistiksel olarak anlamlı olmayan çalışmalar) yayınlanmış olması ve çalışmalar arasında “raporlanan sonucun seçimi” yanlılık riskine bağlı potansiyel metodolojik sınırlamaların ciddi düzeyde olmaması yayın yanlılığının olmadığı varsayımını desteklemektedir. Ek olarak, huni grafiklerinde, eksik olduğu varsayılan çalışmaların, istatistiksel olarak anlamlı ve psikososyal müdahalenin lehine olacak alanlarda yer aldığı görülmektedir. Bu durum, “Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı”nda (212) söz konusu asimetrinin, “yayın yanlılığından ziyade diğer faktörlerden kaynaklanma olasılığının daha yüksek olduğu” şeklinde açıklanmıştır. Bu derlemede tespit edilen asimetri, küçük örnekleme sahip çalışmalara ilişkin metodolojik sınırlılıklar ve heterojenite kavramlarına işaret ediyor gözükmemektedir (208, 214). Diğer yandan, daha önce de belirtildiği üzere kanıtlar oldukça yüksek bir oranda örnekleme küçük çalışmalar tarafından temsil edilmekte, bu durumda yayın yanlılığı değerlendirmesi güç olabilmektedir (213). GRADE yaklaşımı (249), mevcut kanıtlar bir dizi küçük örnekleme sahip çalışmadan elde edildiyse ve bu çalışmaların çoğu ticari finansmana sahip/endüstri tarafından sponsorlu ise ya da çalışmalarda yazarlar tarafından bildirilen başka bir çıkar çatışması var ise, bu durumda yayın yanlılığından şüphelenilmesi gerektiğini bildirmektedir. Bu doğrultuda, 2 çalışmada (89, 141) konuya ilişkin bilgi verilmemekle birlikte, 1 çalışmada (187) bazı yazarlar ile ilgili çıkar çatışması olduğu belirtilmiştir. Bununla

birlikte söz konusu çalışmalar, kanıt gövdesinde azınlığı temsil ettiği ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan sonuçları bildirdiği için bu durum yayın yanlılığına ilişkin yeterli kanıt oluşturmamaktadır. Ayrıca çalışmaların hiçbirisi ticari olarak finanse edilmemiştir. GRADE yaklaşımının önerisi ve sunulan gerekçeler doğrultusunda, ilgili sonuçların yayın yanlılığından kaynaklanma potansiyelinin düşük olduğuna karar verilmiş ve bu parametre kapsamında kanıt kesinliği düşürülmemiştir.

Sonuç olarak, travma sonrası büyüme ve anlam bulma sonuç çıktıları için kanıt kesinliği “düşük” veya “çok düşük” olarak tespit edilmiştir. Bu düzeydeki kanıt kesinliği, derlemeye dahil edilen çalışmalardan elde edilen etki büyüklüklerinin belirsizlik (uncertainty) derecelerinin yüksek olduğunu göstermekte, sonuçların yorumlanmasında bu sınırlılığın dikkate alınması gerekmektedir. Özellikle travma sonrası büyüme sonuç çıktılarına ilişkin elde edilen çok düşük kesinlik düzeyi, bu derlemeye dahil edilen psikososyal müdahalelerin söz konusu değişken üzerindeki etkisinin, tahmin edilen etkiden muhtemel olarak önemli ölçüde farklı olabileceğinin altını çizmektedir. Diğer yandan, gelecekte yapılacak olan psikososyal müdahale çalışmalarının bu tahminlerde (örneğin örneklem sayısının artmasına bağlı kesinlik (imprecision) yönünden) önemli düzeyde etkisi olması oldukça muhtemeldir.

5. TARTIŞMA

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırması, kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin; psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme ve anlam bulma düzeyleri üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Araştırma amacı bağlamında elde edilen bulgular aşağıda yer alan dört başlık çerçevesinde tartışılmıştır:

- Ana Sonuçların Özeti
- Kanıtların Genel Bütünlüğü ve Uygulanabilirliği
- Derleme Sürecindeki Potansiyel Yanlılık
- Literatür Karşılaştırması

5.1. Ana Sonuçların Özeti

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırması, toplamda 1801 katılımcıya sahip 14 randomize kontrollü deneysel çalışmayı içermektedir. Çalışmalarda yer alan toplamda 17 psikososyal müdahale-rutin bakım karşılaştırmasına ilişkin etkiler incelenmiş, bu karşılaştırmalardan 12 tanesi (10 çalışma) araştırmanın nicel analiz sürecine dahil edilmiştir.

Derleme sürecine dahil edilen çalışmalar, çoğunluğu meme kanseri olmak üzere (1205 katılımcı) bir dizi farklı tür kanserden sağ kalan bireyleri kapsamaktadır. Katılımcılar büyük oranda kadınlardan (1312 katılımcı) oluşmakta, yaş ortalaması ise çalışmalar arasında (Müdahale grubu için: 45.8 yıl ile 69.4 yıl; Kontrol grubu için: 46 yıl ile 71.2 yıl) çeşitlilik göstermektedir.

Derleme sürecinde araştırma sorusu çerçevesinde ele alınan psikososyal müdahale yaklaşımlarının türleri geniş bir kapsam sergilemekte ve doğası temel alınan kuramsal ya da teknik stratejilere göre değişkenlik göstermektedir (92-94, 186, 250, 251). Her ne kadar araştırmada ilgili sonuç değişkenlerinin üzerindeki etkileri incelenen söz konusu psikososyal müdahale yaklaşımları “duygu ve/veya düşünce ve/veya davranışlarda değişikliğe” yol açmayı hedef alması yönünde sınırlanmış olsa da bu yaklaşımların özelliklerine karar vermek ve dolayısıyla bazı klinik özellikleri kontrol etmek güç olmuştur. Derleme sürecinde yer alan çalışmalarda rutin bakıma kıyasla; doğası, içeriği, ele alınan temalar ve bileşenleri gibi birçok bağlam açısından çeşitlilik gösteren bir dizi psikososyal müdahale yaklaşımı kullanılmıştır. Müdahaleler

temel stratejileri kapsamında, farkındalık temelli (6 müdahale), destekleyici (supportive) (3 müdahale), davranış değişimi odaklı (3 müdahale), kişisel büyüme ile ilişkili bazı olumlu kavramları destekleyici (3 müdahale) ve ifade edici yazmaya odaklı (2 müdahale) formatta kategorize edilmiştir. Müdahalelerin, zamanlaması, uygulama süresi ve formatı ile uygulayıcıların niteliklerine (örn. uzmanlık alanı, eğitim alma durumu) yönelik özelliklerinin müdahaleler arasında değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Çalışmalarda uygulanan müdahale özelliklerinin yanı sıra, travma sonrası büyüme dışındaki (*yalnızca bir çalışmada farklı bir araç kullanılmıştır*) sonuç çıktılarının değerlendirildiği ölçüm araçları ile ölçüm zaman noktalarında da çeşitlilik gözlenmiştir. Ek olarak, her ne kadar derleme sürecine, altın standart olarak kabul edilen ve yanlılık riskini en aza indiren bir araştırma yöntemi olarak (252) yalnızca randomize kontrollü deneysel tasarıma sahip çalışmalar dahil edilmiş olsa da, biri dışında (81) diğer tümü “şüpheli” ve “yüksek” yanlılık riski barındıran ve çoğu nispeten küçük örneklem sayısına sahip çalışmalardır.

Karşılaştırmalara yönelik, özellikle doğası gereği psikososyal müdahaleler ve sonuç çıktılarına ilişkin ölçüm zaman noktaları arasında olmak üzere ön plana çıkan bir klinik çeşitlilik ve çalışmalar arasında farklılaşan metodolojik kalite düzeyleri mevcut ise de bu koşullar göz önünde bulundurularak kanserden sağ kalan bireylere uygulanan bir grup psikososyal müdahaleye yönelik ortalama bir etki tahmini ortaya koymanın önemi yüksektir. Her ne kadar, bazı etki tahminlerine ilişkin istatistiksel olarak da tespit edilen ve önüne geçilmesi mümkün olmayan söz konusu klinik ve metodolojik değişkenliğe yol açan özellikler açığa çıkmış olsa da, kanıtlara katkıda bulunan çalışmaların tümü, araştırma sorusunu ele almaya yönelik risk oluşturabilecek bir biçimde dolaylılık (indirectness) içermemektedir. Bu doğrultuda, nicel analize dahil edilen ilgili bireysel çalışmaların, karşılaştırma etkilerine yönelik birleştirilmiş etki tahminlerini elde etmek için yeterince benzer olduğu kararlaştırılmıştır. Bununla birlikte, söz konusu varyasyon ile ilişkili açığa çıkan parametrelerin göz önünde bulundurulması ve araştırma sonuçlarının bu bağlamda dikkatli bir biçimde yorumlanması gerekmektedir.

Araştırmanın ilgi alanı olan sonuç çıktılarına ilişkin etkiler, derlemeye dahil edilen her çalışmada, bu çıktılarının tümünü içeren bir biçimde incelenmemiştir. Travma sonrası büyümeye ilişkin etkiler 12 çalışmada (15 müdahale-rutin bakım

karşılaştırması), anlam bulmaya ilişkin etkiler 4 çalışmada (5 müdahale- rutin bakım karşılaştırması) ve psikolojik sağlamlığa ilişkin etkiler ise 2 çalışmada değerlendirilmiştir. Travma sonrası büyüme ve anlam bulma sonuç çıktıları için “müdahale öncesi ve en son ölçüm zaman noktası” ile “müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm zaman noktası” ortalama değişim skorları kapsamında birleştirilmiş etkiler elde edilmiştir. Psikolojik sağlamlık sonuç çıktısına ilişkin bulgular ise çalışma sayısının yetersiz olması sebebi ile nicel analize dahil edilememiştir. Genel olarak birleştirilmiş ve birleştirilmemiş verilerden elde edilen sonuçlar, rutin bakıma kıyasla psikososyal müdahalelerin, travma sonrası büyüme, anlam bulma ve psikolojik sağlamlık üzerinde tutarsız ve belirsiz etkileri bulunduğu işaret etmektedir. Araştırmanın ana karşılaştırmalarına yönelik gerçekleştirilen birleştirilmiş analiz sonuçları ve elde edilen “düşük” ya da “çok düşük” kanıt kesinliği düzeyleri, her iki değişim skoru kapsamında da psikososyal müdahalelerin etkinliğine ilişkin net sonuçlara varılabilecek ikna edici kanıtların henüz bulunmadığını göstermektedir.

Araştırmanın referans aldığı her iki değişim skoru çerçevesinde elde edilen birleştirilmiş etkiler, çok büyük etki büyüklükleri tespit edilmiş olmasına rağmen (müdahale öncesi ve en son ölçüm değişim skoru için Cohen’in d’si: -1,612; müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişim skoru için Cohen’in d’si: -2,310), rutin bakım ile psikososyal müdahalelerin arasında travma sonrası büyümeyi sağlamaya yönelik bir fark olmadığını göstermektedir. Çalışmalar arasında görülen etki tahminlerinin değişkenliğinden de okunduğu üzere, birleştirilmiş etkilere ilişkin güven aralıklarının, psikososyal müdahalenin etkili olduğu ve etkili olmadığı ya da kontrol grubu ile deney grubu arasında herhangi bir fark bulunmadığına yönelik tutarsız bir aralıkta olması, bu kanıtlar ile ilgili belirsizlik düzeyinin önemli ölçüde yüksek olması ile uyumludur. Aynı şekilde, bu kanıtlara ilişkin kesinlik düzeyinin “çok düşük” olması, ilgili etki tahminlerine güven duyulamayacağına işaret etmekte, psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki gerçek etkisinin tahmin edilen etkiden belirgin bir şekilde farklı olabileceğini göstermektedir. Çalışmalar arasındaki klinik ve/veya metodolojik çeşitliliğin bir sonucu olabilecek, istatistiksel heterojenlik düzeyi oldukça yüksek olan ortalama birleşik etki bu bağlamda yanıltıcı olabileceği için dikkatli bir şekilde yorumlanmalıdır. Birleştirilmemiş çalışma etkilerine ilişkin tutarsız bulgular ve bazı çalışmalardan elde edilemeyen veriler de müdahalelerin

etkisini ayırt etmede güçlüğü yol açarak ilgili yorumlamalara sınırlılık getirmekte, travma sonrası büyüme düzeyini iyileştirip iyileştirmediğinden emin olmayı zorlaştırmaktadır. Tüm bu sonuçlar, psikososyal müdahalelerin etkilerine ilişkin kanıtların kesinlik düzeyini artırmak için örneklem sayısı büyük ve metodolojik kalitesi yüksek olan daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır.

Anlam bulma sonuç çıktısına yönelik elde edilen birleştirilmiş bulgular, müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçüm değişim skoru kapsamında, psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla küçük boyutta iyileştirici (Cohen'in d'si: -0,298) ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, anlam bulma üzerindeki bu küçük düzeydeki müdahale faydasının kanıt kesinliği "düşük" tür. Bu durum, psikososyal müdahalelerin rutin bakımdan daha etkili olabileceğine ilişkin belirlenen bu etki tahminine duyulan güveni sınırlamakta, gerçek etkinin önemli ölçüde farklı olabileceğinin altını çizmektedir. Nitekim, bu etkinin elde edildiği çalışma sayısının sınırlı olması ve analize dahil edilen katılımcı sayısının düşük olması da (4 müdahale-rutin bakım karşılaştırmasına ilişkin 319 katılımcı), bu analiz gücünün muhtemelen yetersiz olduğuna işaret etmektedir. Bu durum, bulguya sunulacak yorumu güçleştirmektedir. Bunun yanı sıra, söz konusu yararlı etkinin en son ölçüm noktası (değişim skoru için takip aralığı: sekiz hafta ile iki ay) referans alındığında sürdürülemeyeceği olasılığı ve aynı şekilde belirlenen "düşük" kesinlik düzeyi psikososyal müdahalelerin anlam bulma düzeyini iyileştirmeyi zaman içinde sürdürüp sürdürmediğine yönelik belirsizlik düzeyini kuvvetlendirmektedir. Güven aralığının, psikososyal müdahalelerin anlam bulma üzerinde küçük boyutta iyileştirici etkisi olabileceği ile hiç etkisi olmayabileceğine yönelik tutarsız bir aralığı aynı anda içermesi de bu belirsizliğin bir diğer işaretçisi olarak okunmaktadır. Her iki değişim skoru kapsamında da birleştirilmiş etkilere katkıda bulunan çalışmaların nispeten yetersiz olması ve metodolojik olarak ciddi sınırlılıklar barındırması kanıtların ikna edici olmadığı sonucunu açığa çıkarmıştır. Sonuç olarak, "düşük" kesinliğe sahip bu etkilere ilişkin emin yorumlar yapabilmek ilerleyen süreçte metodolojik olarak titiz bir şekilde yürütülen daha fazla psikososyal müdahale çalışmalarının yer alması ile doğru orantılı gözükmektedir.

Psikolojik sağlamlık sonuç çıktısına ilişkin literatürde yer alan boşluk ve sonucu bildiren yalnızca iki çalışma olması birleştirilmiş analizin gerçekleştirilmesine

müsaade etmemiştir. Dolayısıyla mevcut verilerle, rutin bakıma kıyasla psikososyal müdahalelerin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkilerine yönelik bir yorum ileri sürülememekte, ilerleyen süreçte yürütülecek çalışmaların bu çıktıya yönelik etkiye yön vereceği muhtemel gözükmektedir.

Derlemede, önemli ölçüde heterojenliğin tespit edildiği sonuçlar ile ilişkili olabilecek olası nedenlerin araştırılması ve bu çeşitliliğe açıklama sunulmasını sağlayabilecek önsel (priori) alt grup analizlerinin yapılması planlanmıştır (208). Cochrane Müdahalelerin Sistemik Derlemeleri için El Kitabı (*Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*)’nda, heterojenliğe ilişkin yapılacak olan araştırmanın, istatistiksel açıdan bir önem oluşturabilecek sayıda çalışma olmadığı sürece yararlı sonuçlar sağlama olasılığının oldukça düşük olduğu belirtilmiş, regresyon modeline dahil edilecek her bir alt grup değişkeni için en az on gözlemin yer alması gerektiğinin altı çizilmiştir (154). Bu durum gerçekleştirilecek olan analizlerin, alt gruplara ilişkin farklılıkları güçlü bir şekilde ortaya koyamayacağı anlamına gelmektedir. Bu doğrultuda, heterojenlik düzeyinin yüksek olduğu travma sonrası büyüme sonuç çıktısına ilişkin her bir alt grupta yer alan sınırlı ve eşit dağılmayan gözlem sayısı, protokolde yapılması planlanan alt grup ve regresyon analizlerinin gerçekleştirilmesine engel oluşturmuştur. Neticede heterojenlik, kanser türü, müdahaleye ilişkin özellikler (örn. formatı ve şekli, doğası ve içeriği, zamanlaması, uygulayıcıların özellikleri) gibi bazı nedenler açısından keşfedilememiş ve bu nedenlerin sonuçları nasıl ve ne ölçüde etkilediğine yönelik sorular cevapsız kalmıştır. Sonuçlardaki heterojenliğin, daha önce sözü edilen klinik ve metodolojik çeşitlilik kapsamında olası bir açıklama bulabilmesinin yanı sıra (208), verilere ilişkin kesin yorumlar sunabilmek bu alandaki literatür boşluğunun doldurulması ile doğru orantılı gözükmektedir. Mevcut araştırma bu nedenlerin belirlenebilmesi amacıyla, yürütülmesi gereken psikososyal müdahale çalışmalarına olan ihtiyacın altını çizen bir temel oluşturmaktadır.

Öte yandan her ne kadar, travma sonrası büyüme etkilerine ilişkin heterojenliğe planlanmış olan analizler ile bir açıklama getirilemese de, bu sonuç çıktısının raporlandığı ve bulgularının sunulmasının değerli olabileceği bazı alt kümelere ilişkin meta-analiz sonuçları elde edilmiştir. Bu meta-analizlerde, müdahale öncesi ve en son ölçüm değişim skoru kapsamında, rutin bakıma kıyasla “farkındalık temelli

psikososyal müdahalelerin etkileri” ile “meme kanseri olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin etkileri” belirlenmiştir. Sonuçlar, her iki analiz için de heterojen yapının korunduğunu (Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin etkileri için: $I^2 = \%97.2$; Meme kanseri olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin etkileri için: $I^2 = \%97.4$) ve ortalama etki tahminlerinin büyük ancak istatistiksel olarak müdahale lehinde anlamlı olmayan bir fark ile sonuçlandığını (Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin etkileri için: Cohen’in d’si: -1,447; Meme kanseri olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin etkileri için Cohen’in d’si: -1,066) göstermektedir. Sınırlı sayıda ve çoğunluk olarak küçük örnekleme sahip çalışmaların katkı sunduğu bu etkilerin doğruluk payı (accuracy) ve toplam katılımcı sayılarının düşük olması sebebi ile (Farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin etkileri için: 4 müdahale-rutin bakım karşılaştırmasına ilişkin 292 katılımcı; Meme kanseri olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin etkileri için: 5 müdahale-rutin bakım karşılaştırmasına ilişkin 359 katılımcı) kesinlik (imprecision) düzeyi belirsizlik içermektedir. Nitekim, ortalama etki tahminlerine ilişkin güven aralıklarının psikososyal müdahale lehinde ya da müdahalenin hiç etkisi olmayacağına yönelik tutarlılık göstermeyen bir aralığı kapsamaması bulguların güvenilirliğini azaltmaktadır. Bireysel çalışmalara ait nokta tahminlerinin oldukça çeşitlilik göstermesi ve güven aralıklarındaki sınırlı düzeyde örtüşme ya da hiç kesişim olmadığına ilişkin orman grafiği bulguları da çalışmalar arasındaki bu etkiye yönelik heterojen yapıya işaret etmekte ve gerçek etkiyi ayırt etmede bir karmaşaya yol açmaktadır. Kesin bir yorum elde etmeyi güçleştiren bu parametreler, söz konusu bulguların okunmasında göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak derleme bulguları, şu andaki literatürde mevcut, çeşitli doğaya ve içeriklere sahip olan psikososyal müdahale yaklaşımlarının travma sonrası büyüme, anlam bulma ve psikolojik sağlamlık üzerindeki ortalama etkisine yönelik ikna edici düzeyde kanıtların bulunmadığına işaret etmektedir. Psikososyal müdahalelere ilişkin etkilerin çalışmalar arasında değişkenlik göstermesi ile ilişkili sözü edilen tüm bu parametreler, çalışmalar arasında ortalama bir gerçek müdahale sonucunu açığa çıkarmakta güçlük yaratarak kesin bir yargıya varmada sınırlılık oluşturmaktadır. Nitekim, araştırmaya dahil edilen kanıtların kesinliğinin “düşük” ve “çok düşük” düzeyde belirlenmesi de, müdahalelerin iyileştirici etkisine yönelik net sonuçlara

varılamayacağı anlamına gelmektedir. Diğer yandan ise, eksik veri ya da sınırlı çalışma sayısı nedeni ile nicel analizde yer bulamayan çalışma etkilerinin müdahale tahminlerine katkısı araştırılmamıştır. Bu durum derlemeye yönelik bir diğer sınırlılık olarak kalmış ve ilerleyen zamanlarda gerçekleştirilecek metodolojik kalitesi yüksek çalışmaların önemini yeniden ortaya koymuştur.

5.2. Kanıtların Genel Bütünlüğü ve Uygulanabilirliği

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasına, aktif tedavi almayan kanserden sağ kalan bireyleri içeren randomize kontrollü deneysel çalışmalar dahil edilmiştir. Psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme, anlam bulma ve psikolojik sağlamlık üzerine etkilerine ilişkin daha önce karma kanser popülasyonunda gerçekleştirilen derlemeler genellikle, mevcut derlemenin uygunluk kriterlerini de kapsayacak bir biçimde, kanser tedavi yörüngesinin herhangi bir noktasında olan tüm katılımcıları içeren çalışmaların sonuçlarını sunma eğiliminde olmuştur (86, 92-95, 186, 250, 251, 253-255). Mevcut derlemenin yeniliği (novelty), yalnızca randomize kontrollü deneysel psikososyal müdahale çalışmalarının söz konusu değişkenler üzerindeki etkilerini, spesifik olarak kanserden sağ kalan bireylere odaklanarak incelemesidir. Kanserden sağ kalan bireylerin ilgili sonuç çıktılarını etkileyen faktörler ve ihtiyaçlarına bağlı olarak müdahale etkileri değişiklik gösterebildiği için, yapılacak çalışmalarda bunun dikkate alınması önerilmektedir (78, 86, 93, 256). Bu bağlamda, bu derlemede elde edilen kanıtların genel bütünlüğü ve uygulanabilirliği, bakım yörüngesindeki daha spesifik bir döneme, yani sağ kalım sürecine özgü konuları vurgulamaktadır. Bununla birlikte, psikososyal müdahalelere ilişkin ortalama tahminlerin araştırmanın ilgilendiği popülasyonda evrensel olarak uygulanabilirliği, kanıtların bütünlüğüne katkıda bulunan çalışmaların özellikleri ile sınırlı kalmaktadır.

Bu derlemede yer alan kanıtların kesinliğinin “düşük” ve “çok düşük” olarak tespit edilmesi müdahale tahminlerine olan güvenin üzerinde belirsizlik oluşturmakta ve kanıtların uygulanabilirliği konusunda verileri değerlendirme yeteneğini sınırlamaktadır. Kanıtların bütünlüğüne katkıda bulunan çalışma sayısının az ve bu çalışmaların büyük çoğunluğunun örneklem büyüklüklerinin küçük olması bulguların genellenebilirliğini ikna edici kılmamaktadır. Ek olarak, uygun formatta sunulmadığı için bazı verilerin nicel analize dahil edilmesinin mümkün olmamasına bağlı kontrol

edilemeyen durumlar, elde edilen etkilerin istatistiksel gücünü ve gerçek müdahale etkilerine yönelik yapılacak yorumlamaları daha da kısıtlamaktadır. Bu doğrultuda, derlemeden elde edilen sonuçların yorumlanmasında bu hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Derlemede elde edilen kanıtlar, araştırma sorusu ve hedeflerine hitap etmekle birlikte, dahil edilen çalışmaların özellikleri ile ilgili açığa çıkabilecek bazı sınırlılıkların uygulanabilirlik bağlamında ele alınması gerekmektedir (257). Ele alınması gereken bu parametrelerden birisi katılımcı özellikleridir. Dahil edilen çalışmaların gerçekleştirildiği ülkelere bakıldığında, ABD, Hollanda, İrlanda, İsveç ve Kanada olmak üzere daha çok gelişmiş ülkelere yürütüldüğü ve kanıtların bütünlüğünün bu bölgelerde yer alan çalışmalar ile yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle, kanıtların gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelere genellenebilirliği belirsizliğini korumaktadır. Diğer yandan, bu araştırmanın doğrudan bir konusu olmamakla birlikte bu sonucun, gelişmiş ülkelere araştırma ve sağlık hizmetleri faaliyetlerine ayrılan bütçe kaynaklarının daha fazla olması, sağlık politikalarının yapısı/dinamiği ya da ülke popülasyonlarının psikososyal, kültürel diğer özellikleri ve bireylerin algıladıkları sağlık bakım gereksinimleri ile de ilişkili olabileceği ihtimali bulunmaktadır. Bu doğrultuda elde edilen kanıtların, maliyet ve kültürler arası uygulanabilirliği için farklı stratejilere ihtiyaç duyulabileceğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Dahil edilen çalışmaların katılımcı özellikleri doğrultusunda yorum gerektiren diğer bir nokta derlemenin popülasyon uygunluk kriteri kapsamındadır. Bu doğrultuda, tüm kanser türlerine ilişkin kısa ya da uzun süreli bir sınırlama konulmadan, nispeten daha kapsamlı olan bir sağ kalım tanımı benimsenmiş ve beklendik bir durum olarak çeşitlilik açığa çıkmıştır. Bu çeşitlilik, doğrudan herhangi bir kanser türüne işaret etme ya da yanlılık oluşturabilecek şekilde hariç tutmaya neden olabilecek bir tutumu engellemesi ve tüm kanser türlerine ilişkin kısa/uzun dönem sağ kalan bireyler için ortak paydada bir tahmin üretmekte konusunda derleme amacına hizmet etmektedir. Bunun yanı sıra, bu kapsamda herhangi bir sınırlama konulmadan gerçekleştirilen literatür taramasına rağmen meme kanseri ile ilgili çalışmaların daha çok saptanması, elde edilen kanıtların bütününe daha çok kadın ve meme kanseri tanısı olan popülasyonun katkı sağlaması ile sonuçlanmıştır. Derleme sürecine dahil olan

sınırlı verilerin alt özelliklerin incelenmesini manipüle etmesi bu etkilerin açıklanabilmesinde sınırlılık oluşturmakta, dolayısıyla bulguların diğer kanser türlerine ve erkek popülasyonuna genellenebilirliği bir miktar belirsizliğini korumaktadır. Dolayısıyla, bu araştırmanın sunduğu psikososyal müdahalelere yönelik bulgular, diğer kanser türleri ve erkek katılımcılarda uygulanabilirliğinin farklı etkiler ile sonuçlanabileceği ihtimali göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

Bu derlemenin popülasyon uygunluk kriteri 18 yaş ve üzeri sağ kalan bireyleri içermektedir. Kanıtlara katkı sağlayan bireysel çalışmalara dahil edilen katılımcıların yaş ortalaması müdahale grubu için 45.8 yıl ile 69.4 yıl ve kontrol grubu için 46 yıl ile 71.2 yıl, yaşları ise 29 ile 83 yılları arasında dağılım göstermektedir. Katılımcıların yaşları, genç (young), orta (middle), yaşlı (elderly) ve ihtiyarlık (senile) dönemi olmak üzere (258) oldukça çeşitlilik gösteren bir aralıkta yer almaktadır. Araştırmanın, özellikle psikososyal müdahalelerin, tedavi sonrası dönemde de psikososyal ihtiyaçları devam eden, ulaşmakta güçlük yaşanan ve bazı durumlarda ise araştırmalara katılmaya daha az istekli olan bir popülasyon olarak yaşlı katılımcılara da (259-261) yöneltildiği yönünde bir bulguya da sahip olması genellenebilirlik açısından önemli bir husus olarak açığa çıkmıştır. Bu doğrultuda bulguların, genç yetişkin bireyleri (youth) sınırlı biçimde kapsaması nedeni ile, yetişkin ve yaşlı popülasyon için daha geçerli olması muhtemel gözükmemektedir. Özetle, bu derlemede elde edilen kanıtların, popülasyon ile ilişkili olarak, daha çok gelişmiş ülkelerde yaşayan, kadın, meme kanserinden sağ kalan bireyler ile yetişkin ve yaşlı katılımcılar için geçerli olduğu söylenebilir.

Derlemede elde edilen kanıtların uygulanabilirliği bağlamında tartışma konusu edilebilecek bir diğer husus ise çalışmalarda yürütülen psikososyal müdahalelerin özellikleri ile ilişkilidir. Psikososyal müdahale kavramının tanımı hakkında literatürde henüz tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Derlemenin amacı kapsamında, literatür desteği (92-94, 184-186) ve derleme yazarlarının alana ilişkin profesyonel bilgi birikimi doğrultusunda “duygu ve/veya düşünce ve/veya davranışlarda değişikliği” hedef alan programlar dikkate alınarak dahil edilen bireysel çalışmalar arasında mümkün olan çerçevede homojen bir yapı oluşturulmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte, araştırma kanıtlarına katkı sağlayan çalışmalarda yer alan müdahaleler bazı ortak etiketler altında birleşse de, doğa, içerik, süre, format ve uygulayıcılar gibi birçok özellik yönünden çeşitlilik göstermekte ve kombine stratejileri de içermektedir. Nicel

analizlere dahil edilen müdahalelerin, daha ağırlıklı olarak oluşturduğu kümeler incelendiğinde, farkındalık temelli yaklaşımların kullanıldığı, yüz yüze ve grup formatında yürütüldüğü, ortalama olarak 8 hafta süren bir zaman dilimini kapsadığı, sağlık profesyonelleri tarafından yürütüldüğü ve uygulayıcıların ilgili müdahaleler hakkında eğitim ya da sertifika/deneyim sahibi olduğu tespit edilmiştir. Ancak, psikososyal müdahalelerin tüm bu özellikleri derlemede elde edilen her bir sonuç çıktısı özelinde kanıt bütünlüğüne çeşitlilik oluşturan bir biçimde katılım sağlamaktadır. Dolayısıyla, her bir nicel analize dahil edilen bireysel çalışmalara ilişkin yeterli düzeyde veri elde edilememesi sebebi ile ilgilenilen sonuçlar üzerinde değişiklik oluşturabilecek spesifik müdahale özelliklerinin katkısı karşılaştırmalı bir biçimde incelenememiş ve açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu durum, adı, doğası, bileşenleri ve stratejileri derleme bulgularında halihazırda oldukça çeşitlilik gösteren psikososyal müdahalelere ilişkin en etkili bağlamsal özellikleri belirleme kapsamında sınırlılık oluşturmuştur. Dolayısıyla, “düşük” ve “çok düşük” düzeyde belirlenen kanıt kesinliklerinin de işaret ettiği üzere, psikososyal müdahalelerin etkili olup olmadığı henüz açık değildir ve bu derlemede yer alan mevcut veri, faydalı sonuçlara erişmek için gerekli olan optimal müdahale özellikleri ile ilgili bir yanıt oluşturmaya izin vermemektedir. Sözü edilen faktörlerin, çeşitlilik göstermesi ve her birinin rolüne ilişkin açıklama elde edilememesi dolayısıyla, psikososyal müdahaleye yönelik elde edilen tahminlerin başarı düzeyine katkıda bulunmada eşit derecede önemli olabilme ya da olamama ihtimali bulunmaktadır. Dolayısıyla, genel sonuçlar üzerinde etki göstermiş olabilecek çoklu müdahale faktörlerinin rol oynadığı derlemede, ilgili müdahalelerin genellenebilirliği ve aktarılabilir bir yapısı olduğuna ilişkin şu an için bir şey söylemek güç gözükmektedir. Ancak derlemede oldukça çeşitlilik gösteren müdahale özelliklerine ulaşılması diğer yandan ise; literatürde bu alanda yer alacak çalışmalar artış gösterdikçe, uygulanabilir psikososyal müdahale programlarının yapılandırılmasında yararlı olabilecek potansiyel özellikleri ayırt etmenin muhtemel olduğuna işaret etmektedir. Bunun yanı sıra ise bu durum, söz konusu çeşitliliğin uygun psikososyal müdahalelere karar vermede nasıl standart yöntemlere dönüşebileceğine yönelik özellikleri belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunun altını çizmektedir. Derlemede elde edilen bu psikososyal müdahale çeşitliliğine yönelik sunulabilecek bir diğer yorum ise, çalışmalarda tek bir kuramsal

temel yerine kombine stratejilerin kullanımının yaygın bir şekilde benimsenmesi ile ilişkilidir. Sonuç olarak, travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlık sonuç çıktıklarına yönelik elde edilen tutarsız sonuçlar ve anlam bulma sonuç çıktısı için istatistiksel heterojenlik tespit edilmemesine rağmen psikososyal müdahalelerin doğası ve sunumunda yer almaya devam eden dikkate değer farklılıklar, henüz spesifik müdahale içeriklerinin daha standart hale gelebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunun bir defa daha altını çizmektedir. Öte yandan psikososyal müdahale kapsamında değişen stratejiler, bu derleme kriterlerinde sınırlandırılmayan sağ kalım aşamasının farklı evrelerinde değişen ihtiyaçlara bağlı olarak çeşitlenmiş olabilir. Dolayısıyla elde edilen bulgular kanserden sağ kalan tüm bireylere genellenirken dikkatli olunmasını gerektirmekte ve bu konudaki farklılıkların özel aralıklarda araştırılması ihtiyacına işaret etmektedir. Söz konusu farklılıklar ile ilgili daha ayrıntılı elde edilecek bilgi, psikososyal müdahalelerin yapılandırılması ve uygulanabilirliği hakkında yapılacak olan seçimlere yönelik uygulayıcıların daha bilinçli kararlar almasına yardımcı olacaktır.

Derlemede elde edilen kanıtların genellenebilirliği ve aktarılabilir olmasına etkileyen bir diğer faktör ise müdahalelerin karşılaştırıldığı rutin bakım kollarına ilişkin tasarım, uygulanma şekli, formatı ve uygulama içeriği farklılıklarıdır. Elde edilen heterojen ve tutarlı olmayan sonuçlar; olağan/standart bakım, bekleme listesi kontrol grubu, dikkat (attention) kontrol grubu, standart basılı materyal, bir oturma sahip eğitim uygulaması ve olgu yazma durumu adları altında sunulan standart olmayan içeriklere sahip karşılaştırma kollarından kaynaklanmış olabilir. Çalışmaların yürütüldüğü ülkelere ilişkin araştırma ve sağlık hizmetleri çerçevesinde değişen imkan ve standartlar düşünüldüğünde bu çeşitliliğin beklendik bir durum olarak açığa çıktığı söylenebilmektedir. Derleme bulguları değerlendirilirken karşılaştırma grupları ile ilgili dikkate alınması gereken bir diğer husus ise, sonuçlara katkı sağlayan bazı çalışmalarda yer alan olağan bakım ya da bekleme listesi kontrol gruplarını içeren tasarımların, dikkat (attention) ve eğitim gibi özellikler içeren kontrol gruplarına nazaran müdahale etkisini daha büyük tahmin etmiş olması ve farklı kontrol koşullarının sonuçlar üzerindeki etkisinin farklı olabileceği ihtimalidir (262, 263). Bazı durumlarda bu sonuç olağan bakımın değişen standartları ile ilişkili olarak da açığa çıkabilmektedir (262). Karşılaştırma gruplarına ilişkin detayların “Dahil Edilen

Çalışmaların Karakteristikleri” tablosunda (Tablo 4.1) ayrıntılı bir şekilde raporlanmasının yanı sıra, bazı çalışmalarda yeterli olmayan tanımlama ya da uygulama içeriklerine ilişkin açıklamalar tekrarlanabilirliğe (replication) engel oluşturmakta, müdahalelerin yararları üzerinde etkisi olabilecek bir koşul olarak rolünün anlaşılmasına izin vermemektedir (264). Bununla birlikte, halihazırda derlemede bu çeşitliliğe ilişkin özelliklerin incelenmesi için verilerin yetersiz olması, şu an için ilgili koşulların sonuçlar üzerindeki etkisini araştırmaya fırsat tanımamaktadır. Tüm bu sözü edilen hususlar dolayısıyla derleme bulgularının aktarılabilir ve uygulanabilirliği ile ilgili kesin bir yargı sunmak mevcut veriler ile mümkün gözükmemektedir. Potansiyel uygulayıcıların, sonuçları bu özelliklerin etkisini göz önünde bulundurarak yorumlaması gerekmekte, uygulayıcıların tahmin yeteneklerini daha güçlü kılacak ayırt edici özelliklerin incelenmesi için daha fazla veriye ihtiyaç duyulduğunun altının çizilmesinde fayda bulunmaktadır.

Psikososyal müdahalelerin nicel analize dahil edilemeyen, ancak derlemenin ilgilendiği sonuç çıktıları üzerindeki etkileri, çeşitli yönlerden ikna edici olmayan kanıtların oluşması ile sonuçlanmıştır. Derlemede yer alan çalışmaların hiçbirisinde, ilgilenilen sonuç çıktıları aynı anda değerlendirilmemiştir, çalışmaların birçoğu (10 çalışma) yalnızca bir sonuç çıktısına yönelik verileri içermektedir. Bu durum, halihazırda çalışma sayısının az olması ile beraber, her bir sonuç çıktısına yönelik belirlenen müdahale-rutin bakım karşılaştırmasının sayısında oldukça değişkenlik yaratmış, bazı sonuçlarda ise (psikolojik sağlamlık) nicel analiz gerçekleştirilmesini mümkün kılmamıştır. Özellikle anlam bulma ve psikolojik sağlamlığa ilişkin verilerin, travma sonrası büyüme çıktısına nazaran daha sınırlı düzeyde elde edilmesi, etki büyüklüğü tahminlerini belirlemede güçlük yaratmakta ve mevcut veriler kapsamında kanıtların uygulanabilirliği konusunda belirsiz sonuçlara yol açmaktadır. Diğer yandan ise bu bulgu, daha önce de sözü edildiği üzere, kanserden sağ kalan bireylerin psikososyal uyum ve iyilik halini sürdürmesinde önemli faktörler arasında olduğu bildirilen söz konusu değişkenlere ilişkin kanıtların yararlılık düzeyini incelemeye ışık tutacak daha fazla sayıda müdahale-rutin bakım karşılaştırmasına ihtiyaç olduğuna işaret eden bir literatür boşluğunun altını çizmektedir. Her bir sonuç çıktısı ile ilişkili müdahale-rutin bakım karşılaştırmasının sınırlı olması, mümkün olan en fazla veriye dayalı kanıtları sağlayabilmek amacıyla dahil edilen çalışmaların çıktıya ilişkin

gerçekleştirdiği “en son ölçüm değişimi etkisi”ni inceleme ile sonuçlanmış ve bu durum beklendik olarak heterojenlik açığa çıkarmıştır. Dolayısıyla, kanıtların genellenebilirliği bu bağlamda sınırlı kalmıştır. Aynı şekilde, her ne kadar anlam bulma sonuç çıktısına yönelik “müdahale sonrası ölçüm değişimi” kapsamında küçük boyutta bir yararlı etki elde edilse de, kısa vadeli etkiler kapsamında ulaşılan tüm kanıtların daha fazla araştırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Anlam bulma sonuç çıktısına yönelik ulaşılan sınırlı iyileşme kanıtı, bir yandan, mevcut müdahale strateji ve tekniklerinin gözden geçirilmesi gerektiğine işaret etmesi yönünden okunabildiği gibi, diğer yandan ise kanıtın uygulanabilirliğine yönelik değerlendirmeye alınması gereken bazı noktaları vurgulamaktadır. Kanıt gövdesine katkı sunan 4 müdahale-rutin bakım karşılaştırmasından ikisinin aynı çalışmadan elde edilmesi, müdahale uygulama süresi gibi ilgili farklılıklar, çalışmaların örneklem boyutlarının küçük olması ve farklı ölçüm araçlarının kullanılmasının, sonuçlar üzerindeki potansiyel etkisi yorumlamalarda göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bununla birlikte, her ne kadar sınırlılıklara sahip olsa da elde edilen bu yararlı araştırma bulgusu, gelecekte yürütülecek güçlü tasarıma sahip çalışmaların bu kanıtta olan güven ihtiyacını destekleme potansiyelini vurgulayan yol gösterici bir sonuç sunmaktadır.

Sonuç olarak, mevcut kanıtların genellenebilirliği ve uygulanabilirliği, kadın ve meme kanserinden sağ kalan bireyler yoğunluklu olmak üzere, gelişmiş ülkelerin ön plana çıktığı bir coğrafi konum, müdahale ve ölçüm zaman noktalarının heterojen yapısı ile sınırlı gözükmektedir. Mevcut derlemeye dahil edilen veri ve katılımcı sayılarının sınırlı olması, müdahalelerin ilgilenilen sonuç çıktılarını üzerindeki etkisine yönelik güvenli bir tartışmayı mümkün kılmamaktadır. Dolayısıyla, bu derlemeden elde edilen bulgular ile uygulamaya dönük olarak ne ölçüde kesin yargılara ulaşılabileceği mevcut verilerin oluşturduğu sınırlılık kapsamında belirsizliğini korumaktadır.

5.3. Derleme Sürecindeki Potansiyel Yanlılık

Sağlık ve sosyal bakım ile ilişkili kararlara ve gelecekte yürütülecek olan çalışmalara bilimsel temelde bir yön vermeyi amaçlayan sistematik derleme ve meta-analiz araştırmalarının yöntemsel kalitesi ve bu bağlamda şeffaf ve tekrarlanabilir olması önem arz etmektedir (143, 155). Araştırmanın, daha önceden oluşturulmuş bir

protokol ile belgelenmiş olmak üzere, sistematik ve kanıta dayalı yöntemler kullanılarak yürütülmesi süreçteki olası yanlılığı en aza indirmeyi ve ilgili hedef kitle tarafından sonuçlardaki yanlılık kaynaklarını değerlendirmeyi desteklemektedir (142, 155). Bu doğrultuda araştırma; protokol geliştirme ve uygulamaya ilişkin süreçleri temel olarak, “Cochrane Müdahalelerin Sistematik Derlemeleri için El Kitabı” (177) ve *Cochrane Collaboration* tarafından derlemelerin yürütülmesi ve raporlanmasına rehberlik etmek amacıyla geliştirilmiş bir metodolojik el kitabı olan “Cochrane Müdahale Derlemelerinin Metodolojik Beklentileri” (*Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews*) (178) standartlarından yararlanılarak yürütülmüştür. Derlemede yürütülen bu süreçlere ilişkin şeffaf ve kanıta dayalı bir sunumda ise, *PRISMA 2020 Kontrol Listesi* (179, 180) yaygın olarak önerilen bir rehber olarak (155, 257) araştırmanın raporlama sürecine kapsamlı bir çerçeve sağlamıştır. Bu açık ve kapsamlı raporlama süreci, araştırma sonuçlarının ve bu sonuçlara ilişkin olası yanlılığın takip edilmesine olanak sağlayarak eleştirel yaklaşımı destekleyen bir metodoloji oluşturulmasına katkı sunması yönü ile değerli bir yaklaşım olarak açığa çıkmaktadır (155).

Bununla birlikte, derleme sorusunun tanımlanması, uygunluk kriterlerinin belirlenmesi, veri sentezi stratejilerinin oluşturulması gibi araştırmaya ilişkin temel yöntemler süreç başlamadan önce belirlenmiş (142) ve araştırma protokolü, önerildiği gibi sistematik derleme protokollerinin ileriye dönük kaydının yapıldığı uluslararası bir veri tabanı olan *PROSPERO* (181, 182) platformuna kaydedilmiştir. Bu araştırma yöntemlerinin önceden belirlenerek protokolün kaydedilmesi, derleme sürecinin her bir aşamasındaki araştırmacılara ait yargılara, dahil edilen çalışma bulgularının yön vermesi ihtimalinin önüne geçmesi ve sürecin şeffaflığı ve metodolojik kalitesini destekleme yönünde katkı sağlamıştır (142, 182, 195, 208). Nitekim literatürde yer alan *PROSPERO* veri tabanı ön kaydı ile spesifik bir alana özgü gerçekleştirilmiş sistematik derleme çalışmalarının kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir araştırmanın sonucuna göre (265), 182 sistematik derleme çalışmasının yalnızca 37 tanesinin *PROSPERO* veri tabanına kayıtlı olduğu ve kayıtlı olan çalışmaların diğerlerine nazaran daha yüksek kalite düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırma protokolünün geliştirilmesi ve *PROSPERO* veri tabanına kaydedilmesinin yanı sıra, uygulama sürecine ilişkin olarak da kılavuz edinilen söz

konusu öneriler her bir aşamada gözetilerek bu bağlamda karar verme süreçlerinde açığa çıkabilecek yanlılık en aza indirgenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın uygulama aşaması, sözü edilen rehberler doğrultusunda titizlik çerçevesinde yürütülmüş olsa da, her sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında olduğu gibi çeşitli aşamalarda karar verme süreçleri öznel yargılardan etkilenebilmektedir. Derlemeye dahil edilecek çalışmalardan veri sentezi stratejilerine kadar uzanan geniş bir aralıkta rolü olan karar verme süreçlerinde bu öznel yargıların yanı sıra uygun koşulları oluşturmak da her zaman mümkün olmamaktadır. Bu doğrultuda, araştırmanın uygulama sürecinde oluşabilecek yanlılık riskini etkili bir şekilde yönetmeye ilişkin, derlemeye yalnızca randomize kontrollü deneysel çalışmaların dahil edilmiş olması; tarama stratejisi, çalışma seçimi, veri çekme ve yanlılık riski değerlendirme süreçlerinde standartlaştırılmış yaklaşımların kullanılması; nicel analizlere mümkün olan çerçevede fazla çalışmanın dahil edilmesine yönelik çabalar (*eksik çalışma verilerine ilişkin gerçekleştirilen yazışmalar, her çalışma için “en son” ölçüm zamanına göre değişim etkisini incelemek gibi*) ve nicel analizde yer almayan bireysel çalışma sonuçlarının aktarılması; meta-analiz yöntemlerinin uygun ve istatistiksel gerekçe temelli kullanımı, elde edilen etki tahminlerine yönelik kanıt kesinliklerinin değerlendirilmesi ve yayın yanlılığının etkisini araştırma gibi stratejiler (155) ile bu bağlamlarda açığa çıkan potansiyel yanlılık kaynakları aşağıda tartışılmaktadır. Derlemeye ilişkin potansiyel yanlılık kaynakları tartışılırken, sistematik derleme ve meta-analiz çalışmalarının metodolojik kalitesini ve yanlılık riskini değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılan “AMSTAR 2” (208) ile “ROBIS” (195) araçlarını göz önünde bulundurmak yararlı olmuştur.

Bu doğrultuda öncelikle, sürecin kritik bir bileşeni olarak kabul edilen literatür tarama süreci, sistematik derleme süreçlerinde genel geçer dokuz kılavuz belgenin de fikir birliği içinde olduğu sistematik bir süreç takip edilerek gerçekleştirilmiş (193), süreçte anahtar adımlara ilişkin öneriler araştırma imkanları bağlamında mümkün olan çerçevede göz önünde bulundurulularak takip edilmiştir. Derleme amacı kapsamında, mümkün olduğunca çok sayıda ilgili çalışmanın tanımladığından ve kayıtların kaçırılma olasılığının en aza indirildiğinden emin olmak amacıyla dört veri tabanında oldukça çeşitli ve duyarlı anahtar sözcükleri içeren taramalar gerçekleştirilmiş ve sonuçların yeniden üretilebilirlik bağlamında şeffaf bir çerçevede

raporlanması sağlanmıştır (155, 193). Araştırma tarama stratejisi, gücü (robust) ve titizliğinin (rigorous) yükseltilmesine katkı sağlayan bir süreç olarak (195) iki psikiyatri hemşireliği uzmanı tarafından (content expertise) *PRESS (Peer Review of Electronic Search Strategies)* kanıta dayalı kontrol listesi (198) doğrultusunda oluşturulan form (Bkz. EK 3) aracılığıyla değerlendirilmiş ve sunulan öneriler kapsamında yeniden yapılandırılmıştır. Bu strateji, uygun ve duyarlı bir strateji performansının yararlı bir kontrolü olarak da önerilen bir yöntem olarak (195, 196) ana tarama sürecinde araştırmaya dahil edilmesine karar verilen tüm çalışmaların “alıntı aramaları” (citation searching) ile birleştirilmiş, böylelikle potansiyel olarak uygun kayıtların elde edilmesi en üst seviyeye çıkarılmıştır. Bununla birlikte, birincil yöntem olan veri tabanlarının yanı sıra, tamamlayıcı literatür tarama yöntemleri arasında önerilen stratejilerden olan “alıntı araması” (155, 193), özellikle tutarlı bir terminolojinin olmadığı konu alanlarında değerli bir strateji olabileceği yönünde kullanım amacı bildirildiği için (194) “psikososyal müdahale” kavramı bağlamında ilgili çalışmaları tespit etmede bu derlemenin yanlılık riskini minimize etmeye katkı sağlayan bir uygulama olmuştur. Nitekim araştırmaya dahil edilen bir çalışma (223) söz konusu stratejinin bir ürünü olmuştur. Tüm bunların yanı sıra, tarama stratejisinin, en başta psikososyal müdahale kavramı ile ilgili olmak üzere bazı önemli olabilecek tarama terimlerini gözden kaçırmış olabileceği ihtimali hala mevcuttur ve bu durum yanlılık riski açığa çıkarabilecek bir kaynak olarak tanımlanabilir.

Yanlılık riskini kontrol etmeye yönelik tamamlayıcı literatür tarama yöntemleri arasında önerilen, derlemenin diğer bir stratejisi ise, dahil edilmesi planlanan çalışma raporlarında yer alan verilerin yetersiz ve eksik olduğu durumlar kapsamında yazarlar ile iletişime geçmek olmuştur (194, 195). Bu kapsamda, 13 çalışma yazarı ile derlemenin gerekli görülen aşamalarında (çalışma seçimi ve veri çekme süreci) e-posta yoluyla iletişim kurma çabaları (ilgili her yazar ile en az iki kez olmak üzere), çalışmaların seçimine ilişkin karar verme sürecini etkili bir şekilde yönlendirmiş ve derlemeye dahil edilen çalışma sayısı ve doğruluk (accuracy) düzeyi yüksek çalışma verilerini elde etme yönünde bir artış ile sonuçlanmıştır. Bu derlemeye dahil edilen popülasyon uygunluk kriteri, katılımcıların çalışmanın yürütülmesi esnasında aktif kanser tedavisi almıyor olması gerekliliğidir. Dahil edilmesi planlanan bazı çalışmaların uygunluk kriterlerinin bu bağlamda belirsizlik içerdiği tespit edilmiş

ve konuya ilişkin daha fazla bilgi elde etme yönünde yazarlar ile yazışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda geri dönüş elde edilen iki çalışma için (64, 90) popülasyon bilgileri netleştirilmiş, diğer çalışma ise (220), yazardan uygunluğu ile ilgili bir karara varma konusunda yanıt elde edilemediği için araştırma kapsamı dışında bırakılmak durumunda kalmıştır. Derlemenin diğer bir kriteri kapsamında ise *(psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme ve anlam bulma düzeylerine ilişkin birincil/ikincil ölçüm sonucu içermesi)* iki çalışma (221, 222) yazarından özel bir bilgi olarak “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” nin “Anlam (Meaning)” alt boyutuna ilişkin istatistiksel veri talep edilmiş ancak yanıt alınamadığı için bu çalışmaların da derlemede yer almamasına karar verilmiştir. Öte yandan, sayısal veri elde etmek amacıyla gerçekleştirilen yazışmalardan alınan yanıtlar, 3 çalışma için (64, 90, 223) veri kalitesinin artmasına, 4 çalışmanın ise (63, 90, 91, 187) nicel analize dahil edilmesine katkı sağlamıştır. Bu bağlamda elde edilen veriler, özellikle anlam bulma sonuç çıktısı için olmak üzere *(5 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının 4’ünü temsil etmektedir)* nicel analizin oldukça önemli bir bölümünü temsil etmektedir. Bu temsiliyet derleme bulgularının kalitesini artırmış olmakla birlikte, temasa geçilen tüm yazarların veri sağlamış olması durumunda sonuçların nasıl değişmiş olacağına ilişkin durum ise belirsizliğini korumaktadır. Sonuç çıktılarına yönelik bu elde edilemeyen veriler, travma sonrası büyüme sonuç çıktısı için 14 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının 4’ünü (83, 88, 245, 246), anlam bulma sonuç çıktısı için 8 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının 3’ünü (221, 266, 267) ve psikolojik sağlamlık sonuç çıktısı için ise 3 psikososyal müdahale-rutin bakım kolu karşılaştırmasının 1’ini (220) temsil etmektedir. Bu durum neticesinde, özellikle psikolojik sağlamlık sonuç çıktısı ile ilgili az sayıda çalışma ve veriye ulaşılması, bulguların istatistiksel sentezini mümkün kılmamış (195) ve belirsizlik düzeyi yüksek etki tahminleri ile karşı karşıya kalmıştır. Nicel analizin görece belirli bölümlerini temsil edemeyen bu veriler derleme bulgularında kısmi bir yanlılık oluşturabilir. Dolayısıyla, daha sağlam (robust) yargılara varılmadan önce, tahminlerin daha fazla çalışma verisi ile desteklenme ihtiyacı bulunmakta, şu an için ise sonuçların bu durumlar göz önünde bulundurularak yorumlanması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, yazarlar ile iletişim kurma çabalarının bazı durumlarda olumlu sonuçlanmamasının, yayın yılı daha eski olan çalışmalarda

daha başarısız olunma ihtimali ya da verileri sağlamanın yazarlar için zaman alıcı olabileceği gibi konular ile de ilişkisi bulunabilmektedir (194). Dolayısıyla eksik çalışma verilerinin dahil edilmesi yazarların bu konudaki duyarlılığı ile doğru orantılı olarak derleme sonuçlarında diğer bir potansiyel yanlılık kaynağını açığa çıkarmaktadır.

Araştırma sonuçlarına potansiyel olarak katkı sağlayabilecek verilerin gözden kaçırılma olasılığını en aza indirme açısından uygulanan bu kontrollü yaklaşımların yanı sıra, tarama sürecinde, bağımsız araştırma şirketlerine ve kuruluşlara bağlı raporlar, tezler, konferans özetleri gibi gri literatür; yeni tamamlanmış, devam eden ya da yayınlanmamış çalışmalar; deney kayıtları ve klinik çalışma raporları (clinical study report) ile elle arama (handsearching) gibi diğer tamamlayıcı literatür tarama yöntemlerine yer verilmemiştir (155, 193, 194, 196). Taramada bu yöntemlerin bazılarında derlemenin “*randomize kontrollü çalışma desenine sahip ve hakemli dergide yayınlanan araştırma makaleleri*” dahil etme kriteri doğrultusunda da yer verilmemiştir. Ancak her ne kadar derleme uygunluk kriteri bu şekilde belirlenmiş olsa da, sürece bu stratejilerin dahil edilmemesi, ilgili olabilecek bazı araştırma verilerinin kapsam dışında kalma ihtimali dolayısıyla potansiyel bir yanlılık kaynağı oluşturmaktadır. Ek olarak, derleme imkanları doğrultusunda, literatür taramasına bir dil sınırlaması getirilmemekle birlikte, araştırma uygunluk kriterleri doğrultusunda yayın dili İngilizce olmayan çalışmalar dışlanmıştır. Bu durum da derlemede diğer bir potansiyel yanlılık kaynağı olarak açığa çıkmaktadır. Kapsamlı bir literatür taramasına ilişkin önerilen bu ek yöntemlerin tarama stratejisine dahil edilmemiş olması ya da her ne kadar tarama stratejisine bir dil kısıtlaması konulmaması ile birlikte yayın dili İngilizce olmayan çalışmaların araştırmadan hariç tutulması yanlılığa yol açabilmekte, derleme sonuçlarını gerçekte olduğundan daha fazla tahmin etme ve pozitif bulgulara yönelik çarpıtma potansiyeli taşımaktadır (193, 197, 268). Bunun yanı sıra, bu durumun müdahale tahminleri üzerinde önemli bir etkisinin olabileceği de diğer yandan tartışmalı bir konudur ve beklenen sonuca ilişkin işe yarayıp yaramadığı ve bu yöntemlerin genel geçer kılavuzlara göre hangi sıra ve ölçüde gerçekleştirilmesi gerektiği konusunda çelişkili tavsiyeler bildirilmektedir (193, 268). Yalnızca yayınlanmış literatüre dayalı elde edilen müdahale etkilerinin gerçekte olduğundan fazla tahmin edilmesi ile ilişkili diğer bir argüman fazla tahminlere yönelik bu

sonuçların derlemelerin nispeten küçük bir kısmı için geçerli olduğu yönündedir (269). Schmucker ve ark. (2017) (269) yürüttükleri bir sistematik derleme çalışmasında, yayınlanmamış çalışmalara ilişkin verilerin analizlerden çıkarılmasının birleştirilmiş tahminler üzerinde çok az etkisi olduğu ya da hiç etkisinin olmadığını tespit etmişlerdir. Konuya ilişkin diğer bir görüş ise, yayınlanmamış/gri literatürde yer alan ya da İngilizce dışındaki dillerde yayınlanan verilerin metodolojik kalite düzeylerinin, (herhangi bir hakem tarafından incelemeye tabi olmaması dolayısıyla açığa çıkan kötü raporlama nedeni ile de endişe uyandırmaktadır) söz konusu yanlışlık riskini önlemek yerine ortaya çıkarabileceği/yararlı müdahale etkilerinin yorumlanmasında değişiklik yaratabileceği ile ilişkilidir (270-272). Ek olarak, bu durumun, hangi tür derlemeler konusunda risk yaratabileceği ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olmak ile birlikte (269), ilaç gibi hızlı ve endüstriyel çıkara hizmet eden gelişmeler ile ilişkili tıbbi alanlara hitap eden araştırma sonuçlarında belirgin olma ihtimali daha yüksek olarak gözükmektedir (208, 273). Egger ve ark. (2003) (270), başlıca bibliyografik veri tabanlarından elde edilen İngilizce literatür taramasına dayalı verilerin yer aldığı sistematik derlemelerin sonuçlarının, genellikle dil sınırlaması olmayan ve sözü edilen kapsamlı taramalara dayalı derlemeler ile yakın veriler üretebileceğini bildirmişlerdir. Benzer bir biçimde Morrison ve ark. (2012) (274) da sistematik derlemeye dayalı meta-analiz çalışmalarında İngilizce dil kısıtlamalarının kullanılmasından kaynaklanan sistematik bir yanlışlık kanıtı elde edemediklerini bildirmişlerdir. Daha önce de sözü edildiği üzere, bu derlemede, literatür tarama aşamasında yayın dili kısıtlaması konulmaması ancak çalışma seçiminde yalnızca İngilizce dilinde yayınlanan çalışmalara odaklanması, bir yandan potansiyel bir yanlışlık barındırabilirken, diğer yandan ise sunulan çalışma bulgularına benzer bir biçimde sonuçlar açığa çıkarmış da olabilir. Diğer yandan, araştırma protokolünde tarama sürecine dahil edilmesi planan *PsycINFO (EBSCOhost)* veri tabanı, erişim elde edilemediği için kapsam dışında bırakılmıştır. Her ne kadar bu derlemenin sonuçlarına katkı sağlayan veri tabanları kapsamlı olsa da, psikolojik/psikososyal müdahalelere yönelik çalışmaların indekslendiği özel bir veri tabanı olarak önerilen *PsycINFO (EBSCOhost)* (196) aracılığı ile ilgili ek çalışmaların tanımlanamamış olması mümkündür. Bu durum, müdahalelerden doğabilecek gerçek etkileri tespit etme gücünü etkilemiş ve yanlış bir tahminde bulunmaya yol açma olasılığı nedeni ile

yanlılık oluşturmuş olabilir. Sonuç olarak, literatür önerisi ve ilgili yöntemlerin araştırmaya sağlayacağı olası verim doğrultusunda; iş yükü, kaynaklar/bütçe ve zaman gibi bu derlemenin tamamlanma sürecinde nispeten paya sahip bazı faktörler göz önünde bulundurularak araştırmanın tarama türü ve kapsam derecesini içeren yöntemler ile sınırlılıkları arasındaki yatırımda optimal denge sağlanmaya çalışılmıştır (194, 269-271, 275). Sürecin etkili yönetimini sağlamak amacıyla kullanılan tüm bu stratejilere rağmen, şuanda literatürde mevcut olan ilgili tüm çalışmaların belirlenememiş olma ihtimali -en azından tarama süreci kapsamına giren tüm verilerin elde edilememiş olması- nedeni ile gözlemlenemeyen verilerin oluşturduğu sınırlılık, derleme bulgularının gerçek müdahale etkilerinden farklı tahminleri sunup sunmadığı konusunda belirsizlik oluşturmaktadır.

Bir sistematik derleme ve meta-analiz bulgularının doğası gereği, doğruluğunda (accuracy) rol oynayan oldukça çok değişkenin varlığı göz önünde bulundurulduğunda, sonuçlarda potansiyel yanlılık kaynağı açığa çıkarabilecek bir diğer bağlam, özellikle araştırmacıların subjektif yargılarının daha çok ön planda olduğu çalışmaların seçim süreci, veri çekme, yanlılık riski ve kanıt kesinliği değerlendirme süreçleridir (155, 195, 276). İlgili kılavuz kaynaklarda, bu aşamalarda subjektif karar verme süreçlerinin açığa çıkarabileceği olası yanlılığı minimize etmek amacıyla standartlaştırılmış yaklaşımların kullanılması ve tüm süreçlerin en az iki bağımsız araştırma yazarı tarafından yürütülerek uygunluk kararlarının kontrol edilmesi, doğrulanması ve ortak bir nihai karara ulaşılması tavsiye edilmektedir (155, 180, 195, 196, 199, 208). Bu doğrultuda standart yöntemler olarak, çalışma seçim sürecinde önerilen sistematik yaklaşımlar takip edilmiş, çalışmalara ait, verilerin çekilmesi sürecinde *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems* tarafından geliştirilen “*Data collection form for intervention reviews: RCTs only (Version 3, April 2014)*” (200) şablonu doğrultusunda yapılandırılmış “veri çekme formu”, yanlılık riski değerlendirme süreçlerinde “*Cochrane Müdahalelerin Sistematik Derlemeleri için El Kitabı*”nda önerilen Cochrane randomize çalışmalar için yanlılık riski aracının 2. versiyonu olan (*Version, 22 August 2019*) “*Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı*” (*Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (ROB 2)*) (202) ve kanıt kesinliği (certainty of evidence) değerlendirilme sürecinde ise GRADE yaklaşımı (Schünemann

et al., 2013; Schünemann et al., 2022) kullanılmıştır (155, 196, 199, 201, 215, 219). Bu standartlaştırılmış süreçlerin kullanıldığı aşamaların tümünde gerçekleştirilen uygulamalar öneriler doğrultusunda iki araştırma yazarı tarafından bağımsız olarak yürütülmüştür. Birden fazla araştırma yazarının karar verme mekanizmalarının rol oynadığı çalışma seçimi, veri çekme, yanlılık riski ve kanıt kesinliği değerlendirme süreçlerinde tanımlanan bilgilerin tutarsız olması ya da anlaşmazlık durumları doğal olarak açığa çıkma olasılığı her zaman mevcut olan bir durumdur (180, 196, 199). Bu derlemede karşılaşılan böyle durumlara ilişkin protokolde daha önceden belirlenen prosedür çerçevesinde, bireysel çalışma verileri hakkında elde edilen tutarsız yazar yanıtları düzenli olarak gerçekleştirilen toplantılarda karşılaştırılmış, gerektiği durumlarda üçüncü bir araştırma yazarının danışmanlığına/hakemliğine başvurulmuş ve anlaşmazlıklar fikir birliği yolu ile nihai kararların alınması sağlanarak çözülmüştür (155, 180, 196, 199). Bazı durumlarda (örn. çalışmaları dahil etme kriterlerini doğrulama, veri çekme sürecinde doğru bilgiyi elde etme) raporlarda yer alan tutarsız bilgilerin netleştirilmesi amacıyla dahil edilen çalışmaların yazarlarıyla iletişime geçilmiş, ilgili konuya ilişkin yanıt alınamayan durumlar söz konusu olduğunda ise tutarsızlığa ilişkin ayrıntılar derleme raporunda sunulmuştur (196, 199). Daha önce de sözü edildiği üzere, bu standartlaştırılmış yöntemler uygulanarak yanlılık riskini derleme imkanları çerçevesinde optimal düzeyde kontrol etme çabası ve raporda şeffaf bir sunum gerçekleştirilmesine rağmen, araştırma yazarlarının subjektif yargılarını özellikle GRADE yaklaşımında söz konusu olduğu gibi (276) değerlendirme süreçlerinden bütünüyle soyutlamak ya da dış koşulların tümünü istendik düzeyde yönetmenin her zaman mümkün olmadığı göz önünde bulundurulduğunda, elde edilen sonuçlar ile ilgili yanlılık riski ihtimali her zaman devam etmektedir.

Bu derlemenin bulgularında potansiyel olarak yanlılık kaynağı oluşturabilecek diğer bir konu, çalışmaların metodolojik sınırlılıklarına işaret eden yanlılık riski düzeyleri ile ilişkilidir. Bu derlemeye yalnızca randomize kontrollü deneysel çalışmaların dahil edilmiş olması, şu an için literatürdeki mevcut en güçlü kanıtları sağlayan çalışma tasarımı olarak kabul görmesi dolayısıyla (252, 277), sürece söz konusu yanlılık riskini düşüren bir etki olarak katkı sağlamıştır. Diğer yandan bu kanıt düzeylerinin kesin bir ölçü olduğuna ilişkin dogmatik bir yargıya varılmaması gerektiği bildirilmekte, bu düzeyleri kullanmanın klinik, eleştirel değerlendirme ve

akıl yürütme ihtiyacını ortadan kaldırmadığı konusuna dikkat çekilmektedir (278). Randomize kontrollü deneysel çalışmaların bazı durumlarda yetersiz yöntemler kullanılarak tasarlanması ve yürütülmesi, bazı durumlarda ise zayıf bir raporlamaya sahip olması yanıltıcı bulgulara yol açabilmektedir (279, 280). Bu derlemede, özellikle nicel analizlere optimal düzeyde veri dahil edilmesi ve mevcut tüm çalışmalara dayalı bir müdahale tahmini sunmak amacıyla metodolojik sınırlılıklara sahip olan bireysel çalışmalar da derleme kapsamına dahil edilmiş, ilgili müdahale etkileri değerlendirilirken, bireysel çalışmaların yanlılık riski özetleri kanıt kesinliği ölçümlerinde bir parametre olarak hesaba katılmıştır. Yanlılık riski değerlendirmelerinde, körleme eksikliğine bağlı “sonuç çıktısı ölçümü” alanı ile ilgili sınırlılıklar dışında, diğer alanlarda yer alan riskler kanıt gövdelerinde daha küçük bir paya sahiptir. Dolayısıyla, çalışmaların yanlılık riski özetleri, kanıt kesinliği hesaplamalarına “kesinlik düzeyinin bir derece düşürülmesi” şeklinde yansıtılmıştır. Bununla birlikte, kanıt kesinliği değerlendirme aşamasında da araştırma yazarlarının muhakeme payı nispeten ön planda olduğu için, sonuçlar eleştirel olarak yorumlanmaya her zaman açıktır. Düşük metodolojik kaliteye sahip çalışmaların sistematik derleme ve meta-analiz çalışmalarında etki ölçümlerini saptırabileceği ve olduğundan fazla tahmin edebileceği, dolayısıyla müdahalenin faydasının yorumunu değiştirebileceği literatürde yer alan bilgiler arasındadır (270, 272, 281). Subjektif değerlendirme yolu ile elde edilen sonuç çıktılarını içeren çalışmalarda, tahsis gizliliğinin yeterli bir şekilde sağlanamaması ve körleme eksikliğine bağlı aşırı iyimser tahminler üretme eğilimi görülebilmekte, dolayısıyla müdahale etkileri ile ilgili yanlılık düzeyi artış gösterebilmektedir (281-283). Bu doğrultuda düşünüldüğünde; bazı çalışmalarda tahsis gizliliğine ilişkin yeterli bilgi sağlanmaması ve psikososyal müdahalelerin doğası gereği de çoğu zaman uygulanması güç olan körlemenin bir çalışma haricinde diğer tüm çalışmalarda bulunmaması, gerçek etkiden fazla tahminler üretmiş olma potansiyeli ile yanlı yararlı etkiler ortaya çıkarmış olabilir (284, 285). Bu durum, derleme sonuçları yorumlanırken göz önünde bulundurulmalıdır. Bunların dışında, anlam bulma sonuç çıktısının nicel analiz sürecine ilişkin veri sağlayan bir çalışmada (91), sayısal değerler çalışma yazarlarının iletmediği “ham veri” dosyası üzerinden hesaplanmış ve bu aşamada tedavi amaçlı bir analiz (*Intention-to-treat (ITT) analysis*) gerçekleştirilmemiştir. Bu veriler; kanıtların gövdesini oluşturan çalışmalar

arasında düşük katkı payına sahip olması ile birlikte, sonuçlarda nispeten yanlılığa yol açabilecek bir sınırlılık oluşturmakta, ilgili analizin yapılması durumunda alternatif sonuçlar elde edilme olasılığı her zaman devam etmektedir. Ayrıca, etki büyüklüklerinin üzerinde, randomizasyon ve körlemeye ilişkin metodolojik özelliklerin payının bulunmasının yanı sıra, çalışma örneklem sayısının da daha büyük tahminler ile ilişkili olduğu, daha küçük örnekleme sahip çalışmaların daha büyük müdahale tahminleri üretme eğilimi olduğu bildirilmektedir (270, 286). Bu doğrultuda, derlemede elde edilen kanıtların yüksek oranda küçük çalışmalar tarafından temsil ediliyor olması gerçek etkileri yanıltıcı bir biçimde tahmin etme olasılığını artıran bir faktör olarak açığa çıkmaktadır.

Bu derlemede, psikososyal müdahale etkilerini tahmin etmeye katkı sunan nispeten az sayıda çalışma belirlenmesi sebebi ile, elde edilen tüm verilere dayalı bir sonuç üretebilmek amacıyla, primer analizler “müdahale öncesinden itibaren her bir çalışmaya ilişkin en son takip ölçümü”ne dayalı değişim verilerini içermektedir. Bu tercih, analizlerde yer alan veri miktarını optimal düzeyde sağlıyor olmasının yanı sıra, kombinasyonu elde edilen, bazı durumlarda tipik olarak birbirinden oldukça farklı olan heterojen değişim süreleri (örneğin “sekiz hafta” ile “2 yıl+sekiz hafta” arasındaki değişim etkisi) elde edilen sonuçların anlaşılmasını ve yorumlanmasını bir miktar karmaşık hale getirebilir. Bu durum kesinlik düzeylerinin değerlendirilmesinde de hesaba katıldığı üzere kanıt tabanında sınırlılık yaratmış olabilir. Derlemenin, uygunluk kriterlerini karşılayan az sayıda çalışmanın yarattığı bir diğer sınırlılık ise, yayın yanlılığına ilişkin değerlendirme yapılan bir araç olan huni grafiği ve etki tahminlerine ilişkin belirleyici nedenlerin keşfedilmesine yönelik planlanan alt grup ve meta-regresyon analizlerinin gerçekleştirilememiş olmasıdır. Huni grafiği asimetrisini belirlemede, bazı kaynaklarda beş, bazılarında ise on çalışma sayısından az olan durumlarda, istatistiksel testin gerçek asimetriyi şanstan ayırt etme gücünün çok düşük olduğunu bildirilmektedir (208, 212-214, 219). Bu doğrultuda analizler, küçük örneklem boyutuna sahip sınırlı sayıda çalışmaya dayalı elde edildiği için, yanıltıcı tahmin olasılığı göz önünde bulundurulmalı ve oldukça dikkatli bir biçimde yorumlanmalıdır (213, 214). Aynı şekilde, en az on gözlem olmadığı durumlarda alt grup etkilerine ilişkin farklılıkların test gücünün düşük olabileceği belirtilmektedir (154). Dolayısıyla analizler, sonuçlarının, herhangi bir farklılık karşılaştırması olmasa

da sunulmasının değerli olabileceği, travma sonrası büyüme sonuç çıktısına ilişkin bazı alt kümeler ile sınırlı kalmıştır. Bunların dışında sonuçların sağlamlığını gösteren bir diğer yöntem olan duyarlılık analizleri de (195) yeterli olmayan çalışma sayısı nedeni ile gerçekleştirilememiştir. Diğer yandan son yıllarda, derlemenin ilgi alanını oluşturan olumlu kavramlara yönelik bu sonuç çıktılarına ilişkin kanserden sağ kalan bireyler ile yürütülen psikososyal müdahale çalışmaları konusundaki artışın bu tahminleri gerçek etkiye yaklaşma yönünde güçlendirebileceği olası gözükmektedir.

Derlemede, terminolojisi geniş çeşitlilik içeren ve literatürde ortak bir tanım konusunda mutabık olunmayan psikososyal müdahale kavramı “duygu ve/veya düşünce ve/veya davranış değişikliğini” hedef alması tanımı ile sınırlandırılmış ve dahil edilme potansiyeli barındıran çalışmaların birleştirilmiş etkilerine ilişkin oluşabilecek yanlılık minimize edilmeye çalışılmıştır. Ancak daha önce de sözü edildiği üzere, bu sınırlamaya rağmen bazı klinik özellikleri ideal düzeyde kontrol etmek güç olmuş, her ne kadar derleme amacı kapsamında ortalama bir etki belirlenmiş ise de beklenen bir sonuç olarak dahil edilen çalışmalar, birçok kuramsal temel ve strateji bağlamında çeşitlilik göstermiştir. Psikososyal müdahale kavramının karmaşık ve kapsamlı doğası gereği, bu derlemeye alınacak müdahale uygunluk kriterlerinin optimal özellikleri karşılaştırılırken, literatür desteğinin yanı sıra (92-94, 184-186), araştırma ekibinin subjektif yargıda bulunması da gerekli olmuştur. Bu doğrultuda alınan kararların, aynı alanda yürütülen diğer derleme yazarları tarafından farklı şekilde ele alınması ve dolayısıyla kapsama dahil olan çalışmaların değişiklik göstermesi muhtemel bir durumdur. Dolayısıyla bu durumun, derlemelerin ortak bir paydada karşılaştırılabilmesi açısından bir miktar sınırlılık oluşturması olası gözükmektedir. Bunun yanı sıra, derlemede yer alan müdahaleler, sunulan içerik ve temel stratejileri kapsamında bazı alt kümelere atanmıştır. Ancak psikososyal müdahalenin doğası ve raporlarda yeterli olmayan bazı tanımlamalar gereği sınıflama güçlükleri açığa çıkmış; dolayısıyla bazı müdahalelere ilişkin; atandığı grup, içerik ve temaların en uygun bir şekilde sunulmamış olma ihtimali oluşmuştur. Son olarak ise, müdahaleyi uygulayanların özelliklerine ilişkin “eğitim almış ya da sertifika sahibi olan sağlık profesyoneli” gibi herhangi bir kısıt konulmamıştır. Bu kapsamda, müdahale uygulayıcılarının çoğunluğu prosedüre ilişkin eğitim ya da sertifika sahibi olan sağlık uzmanlarından oluşmaktadır. Ancak bunun yanı sıra sınırlı sayıda da olsa

bir profesyonel liderliğinde yürütülmeyen müdahaleler bildirilmiştir. Bu durum müdahalenin etkinliği yönünden bir miktar yanlılık oluşturma ihtimali ile birlikte, bu kişilerin bir sağlık profesyoneli ya da bir araştırma ekibi üyesi tarafından süpervize edildiği ve ilgili müdahale prosedürüne ilişkin eğitim sürecinden geçmiş olmaları önemli olabilecek detaylar olarak bildirilmiştir.

Son olarak ise, derlemeye ilişkin temel yöntemlerin araştırma başlamadan önce kararlaştırılarak *PROSPERO* veri tabanına kaydedilmesinin yanı sıra, süreç içinde protokolda bazı minimal değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen ilgili değişikliklerden birisi derlemenin önceki “*primer tedavilerini tamamlayan kanserden sağ kalan bireyler*” popülasyon kriterinin, “*aktif tedavi almayan kanserden sağ kalan bireyler*” kriteri ile, diğeri ise “*kanserden sağ kalan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını hedef alan psikososyal müdahaleler*” müdahale kriterinin, “*kanserden sağ kalan bireylerin duygu ve/veya düşünce ve/veya davranış değişikliğini hedef alan psikososyal müdahaleler*” kriteri ile değiştirilmesi kapsamında olmuştur. Diğer değişiklikler ise, dışlama kriterlerine “*ileri evre/terminal dönem kanser tanısına sahip palyatif ya da yaşam sonu bakım sürecinde olan hastaları hedefleyen çalışmalar*” ifadesinin eklenmesi ve karşılaştırma kolunda yer almak üzere “*yürütülen ana müdahale içeriği ve/veya stratejisi ile doğrudan ilgili olmayan, ek bir ya da iki oturumdan oluşan eğitim girişimi gibi koşullara izin verilmesi*” ile ilişkili olarak gerçekleştirilmiştir. Söz konusu değişikliklere, taramalarda derlemeye dahil edilme potansiyeli olan çalışmalara yönelik daha açık bir tanımlama yapma ve derlemenin uygunluk kriterlerini mümkün olan en üst düzeyde somutlaştırma gerekçesi yön vermiştir. Araştırmanın tarama stratejisi dahilinde *PsycINFO (EBSCOhost)* veri tabanına erişim imkanı elde edilememesi dolayısıyla çıkarılması ise protokolda gerçekleştirilen diğer bir değişikliktir. Süreçte meydana gelen bu söz konusu değişiklikler, derlemeye ait önceki *PROSPERO* kaydında da güncellenmiştir. Bu durum bir miktar yanlılık riski ile ilişkilendirilebilir olsa da, araştırma süreci boyunca yazılı ve kayıtlı bir protokolün bütünlüğüne bağlı kalınması (208) ve tüm uygulamalara ilişkin şeffaf bir raporlama sunulmuş olması bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasının nitelikli konumunu korumasını destekleyen stratejiler olmuştur.

Sonuç olarak, bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasının sözü edilen sınırlılıklar nedeni ile literatürde şu an mevcut olan, alana ilişkin tüm verileri kullanamamış olması, psikososyal müdahalelerin sahip olduğu gerçek etkilerin sunulmasının önünde bir engel oluşturmuş olabilir. Dolayısıyla bu araştırmanın sonuçları, elde edilen kanıtlara ilişkin “düşük” ve “çok düşük” olarak belirlenen kesinlik düzeylerinin de işaret ettiği gibi, gerçek etkinin yanıltıcı bir biçimde tahmin edilebileceği potansiyeli göz önünde bulundurularak dikkatli bir biçimde yorumlanmalıdır.

5.4. Literatür Karşılaştırması

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasından elde edilen bulgular, rutin bakıma kıyasla, psikososyal müdahalelerin performansına yönelik önemli ölçüde değişkenlik gösteren etkiler ve sınırlı sayıda dahil edilen randomize kontrollü deneysel çalışma dolayısıyla kesin olmayan tahminler ile sonuçlanmıştır. Ulaşılan kanıt kesinlikleri “düşük” veya “çok düşük” düzeydedir ve derlemenin sorduğu sorulara belirsiz yanıtlar sağlamaktadır. Araştırma, kanserden sağ kalan bireylerin anlam bulma düzeyi üzerindeki müdahale sonrası değişim etkisine yönelik rutin bakım ile karşılaştırıldığında küçük etki boyutunda fark oluşturan (Cohen’in d’si: -0,298) bir kanıtla ulaşmakla birlikte, bu sonucun “düşük” kesinlikte bir kanıtın ürünü olduğu ve iyileştirici performansın uzun vadede sürdürülmesine yönelik belirsiz etkilerin görüldüğü tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra, psikolojik sağlamlığı inceleyen yalnızca 2 çalışmaya ulaşılması, bu sonuca ilişkin etkinin yönü ve boyutunun belirlenmesini mümkün kılmamıştır. Derleme bulgularının ulaştığı bu sınırlı bulgular ek kanıtlar yolu ile geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır.

Psikososyal müdahalelerin, kanser tanısına sahip bireyler arasında derlemenin hedef sonuç çıktılarına yönelik etkileri daha önceki derlemelerde incelenmiştir. İlgili derleme ya da meta-analiz çalışmalarının popülasyon uygunluk kriterleri, tedavi ve bakım yörüngesinin herhangi bir aşaması ile sınırlandırılmamıştır. Ancak bu derlemenin hedeflediği sonuç çıktılarının etkileri bağlamında yörüngenin farklı evrelerindeki bireylerin ihtiyaçları ve dolayısıyla sunulacak müdahalelerin yapılandırma süreci farklılık gösterebilir. Bu araştırmanın hedef sonuç çıktılarından birisi ile ilgilenen (anlam bulma) bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında

(93), kanser tanısına sahip tüm bireylerin yer aldığı bir popülasyon kriteri konulmuş, çalışma bulgularından yola çıkarak farklı popülasyon alt gruplarında yer alan bireylerin varoluşsal kaygılarının değişkenlik gösterebileceği ve bu etkilerin keşfedilmesinin önemli olabileceğine dikkat çekilmiştir. Aynı şekilde yetişkin kolorektal kanser hastalarında psikolojik sağlamlık ve ilişkili faktörleri araştıran bir diğer sistematik derleme çalışmasında, psikolojik sağlamlığın travma sonrası büyüme de dahil olmak üzere sosyal destek, umut, ruhsal ve fiziksel yük, yaşam kalitesi faktörleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (78). Derlemeye dahil edilen çalışmaların çoğunun kanser bakım sürecinin farklı aşamalarında yer alan bireyleri içerdiği ve dinamik bir olgu olan psikolojik sağlamlığın bu evrelere ilişkin farklılık gösterebileceğine dikkat çekilmiştir (78). Söz konusu iki derleme de psikososyal müdahalelerin yapılandırma sürecine yön verebilecek faktörlerin, kanser yaşantısının belirli dönemlerine özgü incelenmesi gerektiği konusunda hemfikirdir (78, 93). Mevcut literatür bilgimize göre yürütülen sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasının yeniliği, psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma üzerindeki etkilerini yalnızca kanserden sağ kalan bireylerin yer aldığı özel bir popülasyon bağlamında sentezlemesidir. Bu bağlamda literatürde, mevcut araştırma sorusunun ele alındığı başka bir derlemeye rastlanmamıştır.

Araştırma sorusu doğrultusunda uygunluk kriterleri her ne kadar birebir benzer olan başka bir derleme tespit edilememiş olsa da, bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasının literatür karşılaştırmasına nitelikli katkı sağlayabilecek bazı çalışmalar mevcuttur (78, 86, 92-95, 184-186, 250, 251, 253-256, 287-296). İlgili derlemelerin büyük bir kısmında, psikososyal müdahalelere ilişkin derlemenin hedef sonuçları üzerinde potansiyel faydalı etkilerin olduğu vurgulanmaktadır. Ancak literatürde bu iyileştirici etkilerin, derlemenin bulgularına paralel olarak, dahil edilen çalışmalar arasındaki belirgin heterojenlik, düşük metodolojik kalite ve küçük örneklem büyüklükleri ile sınırlı olduğu ve dolayısıyla bu alandaki daha fazla çalışma ihtiyacının açığa çıktığı konusunda ortak bir görüş bulunmaktadır. İlgili derlemelerin bir kısmında popülasyona ilişkin tedavi yörüngesinin her aşamasında olmak üzere karma kanser tanısına (*tedavisi devam eden ve kanserden sağ kalan bireylerin aynı anda dahil edilmesi gibi*) (86, 92-95, 186, 250, 251, 253-255) ve kanserin yanı sıra farklı tanı ya

da bozukluklara/durumlara (*ağır fiziksel hastalık, kronik ruhsal hastalık, infertil kadınlar, travma sonrası stres bozukluğu, travmatik olaylar, diyabet, yas, motorlu araç kazası, nöromiyalji, gaziler ve eşleri, yoğun bakım hemşireleri, akademisyenler, tıp öğrencileri, tam zamanlı çalışanlar ve göçmenler gibi*) (289, 291, 294-296) sahip bireylerden oluşan daha geniş kapsamlı ya da palyatif bakım tedavisi alan ileri/terminal dönem kanser tanısına sahip olan bireylere yönelik daha sınırlı (290) uygunluk kriterleri seçilmiştir. Çalışmaların bir bölümünde meme kanseri (184, 185, 287, 288), prostat kanseri (293), ve kolorektal kanser (78, 256) olmak üzere belirli bir kanser türü, yalnızca erkek popülasyondan oluşan kanser hastaları (292) ya da farkındalık temelli (253, 255, 287, 291-293, 295), anlam odaklı (290), müzik temelli (86) yaklaşıma yönelik belirli müdahale biçimlerine odaklanılmıştır. Bir derleme dışında (95) diğerlerinde aktif/taklit (sham) kontrol ya da diğer psikososyal müdahale türlerine de karşılaştırma grubu olarak izin verilmiş ya da herhangi bir kriter belirtilmemiş, bazılarında ise mevcut derlemede ilgilenilen sonuç çıktılarına ilişkin rafine ve özgül bir sentez gerçekleştirilmemiştir (86, 93, 186, 250, 287, 291, 292). Bunların yanı sıra söz konusu derlemelerin, çocuk/adölesan veya herhangi bir yaş aralığında olan bireylerin (95, 185, 250, 287, 288, 290-292, 294-296), randomize kontrollü deneysel çalışma dışındaki tasarımların (78, 86, 94, 184, 185, 250, 251, 253, 254, 256, 288-290, 293, 295, 296) ya da tarama sürecinde gri literatür/deney kayıtlarının da dikkate alınması (93, 94, 185, 186, 253, 255, 289-291, 293, 294) ve yayın dili sınırlaması olmaması (95, 186, 253, 287) ya da İngilizce dışında Korece (94, 290), Çince (256), İspanyolca (184, 185) dilinde yayınlanan çalışmaların da sürece dahil edilmesi gibi mevcut derleme ile ayrıştığı noktalar bulunmaktadır. Ek olarak, literatürde rastlanan kanser popülasyonunun incelendiği ("*Shiyko ve ark., 2017*" *künyeli çalışma dışında*) bu derlemelerin büyük bir kısmında gerçekleştirilen anlatsal sunum, nitel ve/veya birleştirilmiş sentezlerin yüksek oranda çalışmaların kısa dönem müdahale etkilerini (*örneğin 3 aylık zaman dilimine kadar olan müdahale etkileri*) içerdiği dikkat çekici ve ortaklaşan bir bulgudur. Bu sonuç, sentezlere katkı sağlayan çalışmaların ilgili değişkenleri değerlendirmeye yönelik benimsediği takip süresi ile de ilişkili gözükmektedir. Nitekim bir çok derleme, müdahalelerin uzun süreli etkilerini değerlendiren çalışma sayısının azlığını ve ileride yürütülecek çalışmaların uzun dönem etkileri değerlendirmesinin önemini vurgulamaktadır (86, 92, 250, 255,

292, 293, 295). Dolayısıyla karşılaştırılan derlemelerin büyük bir kısmı daha çok kısa vade etkilere yönelik sonuçlar içermektedir. Biri meme kanseri (184) diğeri ise tüm kanser tanılarına (186) ilişkin bir popülasyonda psikolojik sağlamlık (184, 186) ve travma sonrası büyüme (186) değişkenleri ile ilgilenen iki derleme ise, bu ortak sonuçtan bir miktar farklı olarak uzun dönem takip süresi olan ve etkili sonuçlar içeren çalışmaların bulunduğu yönde bir sentez bildirmiştir. Ancak sentezde, özellikle psikolojik sağlamlık sonuç çıktısı ile ilgili olmak üzere sınırlı sayıda kanserden sağ kalan popülasyonunu kapsayan çalışma bulunmaktadır. Son olarak, bazı derlemelerde halihazırda bir yöntemin (*örn. sistematik derleme, anlatı derlemesi, kapsam derlemesi*) etkinliğinin incelenmesi (78, 184-186, 250, 251, 253, 254, 256, 288, 296), bir derlemede ise araştırma sınırlılığı (287) bağlamında ilgili sonuç çıktılarına ilişkin bulgular birleştirilmemiştir. Sözü edilen tüm bu hususların yol açtığı sınırlılıklar dolayısıyla, bu bölümde diğer çalışma sonuçlarıyla gerçekleştirilen karşılaştırmalara ilişkin bilgiler ilgili bağlamlarda dikkatli bir değerlendirmeye tabi tutularak okunmalıdır.

Bu derleme ve meta-analiz çalışması, rutin bakıma kıyasla psikososyal müdahalelerin kanserden sağ kalan bireylerde travma sonrası büyüme düzeyini müdahale sonrası ve uzun vadede iyileştirmediğini, belirgin heterojenlik ile birlikte bireysel çalışma etkilerinin oldukça değişkenlik gösterdiğini ve bu sonuç çıktısına ilişkin kanıtların “çok düşük” kesinlikte olduğunu göstermiştir. Her ne kadar derlemede bazı bireysel çalışmalara ilişkin iyileştirici etkiler ön plana çıkmış olsa da elde edilen birleştirilmiş ortalama tahminleri, üç derleme dışında (86, 253, 293) faydalı etkiler olduğu bildirilen önceki bulgular ile tutarlı sonuçlara işaret etmemektedir (92, 94, 95, 185, 186, 250, 251, 254-256, 292, 294-296). Bununla birlikte, söz konusu derlemelerin hiçbirisi mevcut derleme ile özellikle popülasyon bağlamında olmak üzere bire bir benzer değildir. Aynı şekilde bu derlemelerin uygunluk kriterleri ve dolayısıyla sürece dahil edilen bireysel çalışmalar da oldukça çeşitlilik göstermektedir. Bazı derlemeler, kanser tanısına sahip bireylere ek olarak farklı popülasyonları (294-296), kanser yolculuğunun herhangi bir aşamasını gözetmeden tüm kanser hastalarını (86, 92, 94, 95, 186, 250, 251, 253-255) ya da erkek popülasyondan oluşan kanser tanısı olan bireyleri (292) dahil ederek, bazıları özellikle sadece belirli bir kanser (185, 256, 293) ya da müdahale türüne (86, 253, 255, 292, 293, 295) daha yakından

odaklanarak, bazıları ise ortak yönlerinin mevcut olması ve aralarında ilişki olduğu bildirilmesinin yanı sıra güncel literatürde farklı faktörler olduğu vurgulanan (78, 112-115, 118, 184, 297-301) travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık, spiritüel iyilik hali, öz şefkat gibi kavramları tek bir çatı altında inceleyerek (86, 186, 250, 292) mevcut derleme sonuçlarının kıyaslanmasını güçleştirmiştir. Bunların ötesinde bazı sistematik (185, 253, 256, 296), anlatı (narrative review) (186) ya da kapsam (scoping review) (250, 251, 254) derlemelerinde, her ne kadar umut vadeden sonuçlara atıf yapılsa da tutarsız bulguları da içeren çalışma sonuçları ve bulguların meta-analiz yoluyla sentezlenmemiş olması kanıt yapısında belirsizlik oluşturarak mevcut derlemede elde edilen ortalama etki tahminlerine yönelik güvenli tartışma sürecine bir sınırlılık getirmiştir. Bu sunulan gerekçeler doğrultusunda, mevcut derlemenin travma sonrası büyüme olgusuna ilişkin ana analiz bulguları maksimum düzeyde, psikososyal müdahale ve popülasyona ilişkin en azından kanser türü bağlamında çeşitliliği gözetilen ve travma sonrası büyüme kavramını özgün bir yapı olarak değerlendiren üç çalışma (92, 94, 95) ile karşılaştırılabilir gözükmektedir.

Li ve ark. (2020) (92), kanser hastalarına uygulanan travma sonrası büyümeye yönelik psikososyal müdahalelerin etkinliğini değerlendiren, 2000-2019 yılları arasında İngilizce dilinde yayınlanan 15 randomize kontrollü deneysel çalışmanın yer aldığı bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması yürütmüştür. Çalışmada popülasyon ile ilgili tanıdan sonra herhangi bir zaman noktasında olmak üzere 18 yaş dışında bir kısıtlama konulmamış ve aynı şekilde kontrol grubu uygulamalarına ilişkin de bir sınırlama getirilmemiştir. Dahil edilen çalışmalar, mevcut derleme ile benzer şekilde, yoğunluklu olarak farkındalık temelli olmak üzere, bilişsel davranışçı stres yönetimi, çift odaklı başetme, sağlık partneri eğitimi (sağlık koçluğu), liderlik ve sağlık koçluğu temelli davranış değişimi, destekleyici grup terapisi, destekleyici müzik ve imgeleme stratejilerine sahiptir. Derlemede yer alan çalışmalardan, birisinin nicel analizde bulunmaması (88) ve bir diğerinin ise uzun dönem raporu yer almak üzere (187) altı tanesi mevcut derlemeye de dahil edilmiştir (64, 90, 91, 140). Derlemede, 1641 katılımcının yer aldığı analiz sonucunda psikososyal müdahalelerin kontrol grubuna kıyasla travma sonrası büyüme üzerinde neredeyse orta düzeye yakın iyileştirici bir etkisi olduğu (SMD = 0.42, 95% GA: 0.26 – 0.57) tespit edilmiştir. Müdahale etkilerinin değişkenliği açısından düşündürücü olan heterojenlik düzeyinde

($I^2 = \%53$), gerçekleştirilen duyarlılık analizi sonucunda bir azalma tespit edilmiş ($I^2 = \%21$) ancak söz konusu iyileştirici etkinin de paralel olarak düştüğü gözlenmiştir (SMD = 0.35, 95% GA: 0.23 – 0.47). Derlemede nicel analizler, iki grup arasındaki müdahaleden sonraki standartlaştırılmış ortalama farkları referans alınarak gerçekleştirilmiş, bazı durumlarda uzun dönem etkiler de sürece dahil edilmiştir. Travma sonrası büyüme düzeyine ilişkin tespit edilen bu tahminler yüksek oranda psikososyal müdahalelerin kısa dönem etkilerini içermekte, dolayısıyla bu durum derlemede uzun dönem etkilere yönelik bir çıkarım yapmayı güçleştirmektedir. Wang ve ark. (2022) (95) tarafından gerçekleştirilen, psikolojik dayanıklılığı teşvik edici/destekleyici (promoting) müdahalelerin, kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık, travma sonrası büyüme ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini inceleyen diğer bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasına ise 2011-2021 yılları arasında yayınlanan 16 randomize kontrollü deneysel çalışma ve toplamda 1620 katılımcı dahil edilmiştir. İngilizce dışındaki dillerde de yayınlanan çalışmaların dahil edilme opsiyonu olan derlemenin uygunluk kriterlerinde, olağan bakım ya da herhangi bir tedavi uygulanmayan bir kontrol grubuna sahip olan çalışmalar tercih edilmiş ancak kanser tanısına sahip olan bireylere yönelik herhangi bir kısıtlama getirilmemiştir. Derleme sürecinde yer alan çalışmaların çoğunluğunu meme kanseri olan bireylere odaklananlar oluşturmaktadır. Derlemeye dahil edilen çalışmalarda, yüksek oranda yer alan zihin/farkındalık temelli yaklaşımların yanı sıra, bilişsel-duygusal eğitim (cognitive emotional training), anlam odaklı terapi, liderlik ve sağlık koçluğu temelli davranış değişimi, çift odaklı program, işbirlikli/işbirlikçi bakım modeli (collaboration care model) olarak çeşitlilik gösteren müdahaleler uygulanmıştır. Derlemede, beşi mevcut derlemeye dahil edilen (64, 90, 91, 140, 187) on çalışmanın (903 katılımcı) travma sonrası büyümeye ilişkin etkileri nicel olarak sentezlenmiş ve değişkene yönelik olumlu etkiler (MD = 8.16, 95% GA: 4.94 – 11.37; $I^2 = \%81$) bildirilmiştir. Oldukça yüksek düzeyde olduğu tespit edilen heterojenlik, duyarlılık analizi neticesinde düşüş göstermiş ($I^2 = \%34$) ve iyileştirici etki klinik anlamlılığını sürdürmüştür (MD = 6.44, 95% GA: 4.63 – 8.25). Derlemede, travma sonrası büyüme düzeyine ilişkin elde edilen iyileştirici etkilerin, müdahale ve kontrol grupları arasındaki her bir çalışmaya ait müdahale sonrası en erken değerlendirme ölçümüne (*birden fazla ölçümün gerçekleştirildiği çalışmalarda*) ilişkin ortalama farkları

referans alınarak tespit edildiği bildirilmiştir. Diğer yandan ise analize dahil edilen her bir çalışma için kullanılan ölçüm zaman noktası ile ilgili ayrıntılar raporlanmamıştır. Dolayısıyla derlemede elde edilen bulguların, kısa ya da uzun vadeye ilişkin etkilerin hangisine yoğunluklu olarak hitap ettiği belirsizlik oluşturmaktadır. Diğer bir meta-analiz çalışması ise Park ve Park (2016) (94) tarafından kanser hastalarına uygulanan travma sonrası büyümeye yönelik müdahalelerin etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Çalışmada, diğer iki derleme (92, 95) ve mevcut derleme ile benzer şekilde, ağırlıklı olarak farkındalık temelli stres azaltma/farkındalık temelli kanser iyileşme programı ve bilişsel davranışçı stres yönetimi stratejileri olmak üzere, çift temelli, sağlık partneri eğitim programı (sağlık koçluğu), psikolojik sağlamlık inşa etme, yoga ve sanat terapisi müdahalelerinin yer aldığı 2000-2015 yılları arasında yayınlanan 15 çalışma (1666 katılımcı) bulunmaktadır. Diğerlerine nazaran daha önceki yıllara ait bilgi sağlayan bu derlemeye dahil edilen on beş çalışmanın yalnızca bir tanesi (91) mevcut derlemede yer almaktadır. Derlemeye 18 yaş ve üzeri tüm kanser hastaları dahil edilmiş, süreçte yer alan çalışmaların büyük çoğunluğu meme kanseri hastalarını hedeflemiştir. Araştırmada, İngilizce ve Korece dillerinde olmayan çalışmalara kısıtlama getirilmiş, diğer yandan ise süreçte randomize olmayan kontrollü deneysel çalışmalar ile tezlere de yer verilmiştir. Derlemeye dahil edilen 15 çalışmanın da katkı sağladığı ve homojen etkiler içerdiği ($I^2 = \%0$) nicel analizde, psikososyal müdahalelerin olağan bakım veya sahte/taklit grubuna kıyasla travma sonrası büyüme düzeyi üzerinde küçük ile orta düzey arasında yer alan ($g = 0.335$, 95% GA: 0.231 – 0.438) olumlu bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Derlemede, analizlere katkı sağlayan nokta tahminlerine ilişkin zamanlamamanın müdahaleden hemen sonra ve daha sonraki takip dönemlerini içerdiği belirtilmiş, psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme düzeyi üzerindeki kısa ve uzun dönem etkilerine ilişkin bir ayırım sunulmamıştır. Kısa ve uzun dönem etkiler ile ilgili bir ayırma gidilmemesi ile birlikte, derlemeye dahil edilen bireysel çalışmalarda kısa vade etki ölçümlerinin çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Mevcut derlemenin, travma sonrası büyümeye ilişkin bu söz konusu faydalı etkiler ile tutarlı olmayan tahminlerine yönelik birkaç açıklama mümkün olabilir. Halihazırda oldukça çeşitlilik gösterebilen bir doğaya sahip olan psikososyal müdahalelere ilişkin özellikler ve etki kapsamı, ilgili derlemelerin uygunluk kriterlerinin ve dolayısıyla dahil edilen çalışmaların mevcut derleme ile aynı

olmaması sebebi ile değişkenlik göstermiş olabilir. Diğer yandan, her ne kadar müdahalelerin kümелendięi gruplar ve adlandırmaları bu derleme ile benzer olsa da, kanserden sağ kalan bireylerin ihtiyaçları ve müdahalelerin hem bu özel popülasyonu hem de ilgili sonuç çıktılarını hedefliyor olması bağlamında stratejilerden kaynaklanan farklılıklar açığa çıkmış olması olası gözükmetedir. Bu bulgular için diğer bir açıklama ise, kanıt düzeylerinin “çok düşük” olarak tespit edilmesinin, belirsizlik düzeyi yüksek, gerçek etkilerden önemli ölçüde farklı olması muhtemel sonuçlar elde edildiği yönünde altını çizmesi ile ilgilidir. Bu çalışmada travma sonrası büyüme düzeyine ilişkin etkili tahminler elde edilememesi, klinik anlamlılık tespit edilebilecek katılımcı sayısına ulaşılammış olması ile ilişkili olabilir. Mevcut derlemede elde edilen ulaşılabilir en son ölçüm zamanına özel olmak üzere, diğer bir olası açıklama ise dahil edilen çalışmaların takip süresi ile ilgilidir. Daha önce de sözü edildiği üzere birisinde ayrıntılar raporlanmamış olsa da (95), temel karşılaştırmaların yapıldığı derlemeler daha çok müdahalelerin kısa dönem ölçümlerine odaklı kalmış, uzun dönem etkiler ile ilgili ortalama tahmine yönelik bir bilgi elde edilememiştir. Literatürde yer alan biri meta-analiz (295) diğer ikisi ise derleme (186, 253) olan üç çalışma, müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerindeki uzun dönem etkilerine yönelik iyileştirme potansiyeline sahip sonuçlar bildirirse de, nicel analizler dahil edilen çalışmaların özelinde kalarak birleştirilmiş etki hesaplanmamıştır. Nitekim analizlerde, etkili olmayan bulgulara da rastlanmış ya da küçük boyutta faydalı etkiler tespit edilmiş ve iki çalışmada ise (186, 295) etki boyutlarının birbiri arasında oldukça çeşitlilik gösterdiği belirlenmiştir. Bunların yanı sıra, ilgili derleme örneklerinde kanserden sağ kalan bireylerin temsiliyeti ise sınırlı kalmıştır. Dolayısıyla mevcut derlemenin ulaştığı bu kanıtlara ilişkin elde edilen tahminlerin sağlık düzeyinin, daha fazla çalışma sonucu ve uzun dönem müdahale etkileri ile geliştirilmesine duyulan ihtiyaç açıktır.

Derlemede pikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme düzeyi üzerindeki etkilerine ilişkin oldukça heterojen sonuçlar elde edilmiştir ($I^2 = \%99.6$). Derlemede, bu heterojenliğin olası moderatör etkilerine yönelik oluşturulan sorular, elde edilen çalışma sayısının sınırlı olması sebebi ile belirsizliğini korumaktadır. Dolayısıyla bu sorulara bir açıklama getirilememiş ve ayrıca her ne kadar popülasyon kriterleri yalnızca kanserden sağ kalan bireylerden oluşmasa da mevcut derleme ile

maksimum düzeyde benzerlik gösteren önceki derlemelerde elde edilen müdahale türü (92, 94), müdahale formatı (95) ya da kanser türü (92) gibi birleştirilmiş alt grup analizlerine ilişkin elde edilen bazı etkili bulguların tekrarlanması mümkün olmamıştır. Bu belirsizliklere bir açıklama getirilememesinin yanı sıra, travma sonrası büyüme sonucunu raporlayan çalışmalar arasında “farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin etkileri” ile “meme kanseri olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin etkileri” ne yönelik alt kümeler oluşmuştur. Bu alt kümelere ilişkin gerçekleştirilen analizler sonucunda, heterojen etkilerin sürdüğü gözlenmiş ve rutin bakıma kıyasla müdahalelerin faydalı etkilerine yönelik bir sonuca ulaşılamamıştır. Literatürde, meme kanseri hastalarında ya da meme kanserinden sağ kalan bireylerde yürütülen psikososyal müdahale çalışmalarının travma sonrası büyüme üzerindeki etkilerinin sentezlendiği bir meta-analiz çalışmasına rastlanmamıştır. Bununla birlikte yalnızca meme kanseri popülasyonunda yürütülen ve nicel analiz ya da birleştirilmiş etkilerin sentezlenmediği bazı derlemeler (185) ile mevcut derleme bulgularına benzer bir şekilde, meme kanseri olan bireyleri hedefleyen çalışmalara ilişkin alt grupların kümelendiği tüm kanser hastalarını içeren derleme (186, 250, 251) ya da meta-analiz çalışmaları da (92, 94, 95, 255) bulunmaktadır. Psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme üzerinde etkilerinin sentezlendiği derlemeler arasında yalnızca pozitif psikoloji/psikolojik sağlamlığı destekleyici (95, 185, 186) ya da farkındalık temelli (255) yaklaşımlara odaklanan ve randomize kontrollü deneysel çalışma dışındaki tasarımları da dahil eden çalışmalar bulunmaktadır. Söz konusu derlemelerde, meme kanseri olan hastalara uygulanan müdahalelerin travma sonrası büyüme düzeyini geliştirme potansiyeline işaret eden sonuçlar her ne kadar yoğunluklu olsa da, bir yandan dahil edilen çalışmalar arasında faydalı olmayan ve birbiri arasında değişkenlik gösteren etkilerin de bildirilmesi mevcut derleme ile benzer bir şekilde tutarlı olmayan sonuçlara işaret ettiği için düşündürücüdür. Diğer yandan rastlanan meta-analiz çalışmaları incelendiğinde, kümelenen meme kanseri grubuna yönelik yalnızca Li ve ark. (2020) (92) tarafından yürütülen ve tüm kanser hastalarının yaş dışında (*18 yaş ve üzeri*) herhangi bir kısıtlama getirilmeden dahil edildiği çalışmada birleştirilmiş etki hesaplandığı görülmektedir. Li ve ark. (2020) (92) gerçekleştirdikleri çalışmada, psikososyal müdahalelerin meme kanseri hastaları ve diğer kanser tanısı olan hastalardaki etkilerine yönelik çalışmaların alt grup analizlerini yürütmüştür.

Çalışma bulguları, her iki alt grup analizinden de anlamlı etkiler elde edildiğini ve meme kanseri olan hastaların oluşturduğu grubun diğer gruba göre psikososyal müdahalelerden travma sonrası büyümeye ilişkin daha büyük bir yarar elde edebileceğini göstermektedir. Ancak diğer yandan, bu elde edilen yararlı etki, analize katkı sağlayan çalışmalar arasındaki heterojenlik ($I^2 = \%53$) ve etki büyüklüklerine ilişkin gözlenen önemli değişkenlik dolayısıyla (SMD = 0.38 ile SMD = 1.45) daha önce de sözü edildiği üzere gerçek etkiye yönelik düşündürücü bir bulgudur. Mevcut derlemede benzer bir şekilde tespit edilemeyen bu birleştirilmiş yararlı etki; Li ve ark. (2020)'nın (92) referans aldığı, psikososyal müdahalelerin kısa dönem iyileştirici etkilerinin, bu derlemede gözetilen ölçüm noktası zamanlaması bağlamında uzun vadede sürdürülemediği sonucu ile ilişkili olabilir. Diğer yandan ise söz konusu etki, iki derleme arasındaki, dahil edilen çalışmalar ve dolayısıyla popülasyon ya da müdahale özelliklerine ilişkin çeşitlilik ile muhtemel olarak bir açıklama bulabileceği gibi, katılımcı oranının düşük olması (*359 katılımcı*) ile de ilişkili olması mümkün niteliktedir. Bu bağlamda, karşılaştırılan ilgili derleme sonuçlarının da heterojen bulgular içermesinden yola çıkılarak, önemli düzeyde varyasyon içeren bireysel tahminler ve düşük katılımcı sayısı dolayısıyla sınırlı olarak nitelendirilebilecek bu kanıtın değerlendirilmeye devam etmesi önemini korumakta ve daha fazla çalışma ile geliştirilmesi gerekmektedir.

Kanser tanısı olan bireylerde yaygın olarak çalışılan farkındalık temelli müdahalelerin travma sonrası büyüme düzeyine yönelik olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (302, 303). Psikososyal müdahalelerin kanser popülasyonunda travma sonrası büyüme düzeyi üzerindeki etkilerini sentezleyen derlemelere benzer bir şekilde (92, 94, 95, 186, 250, 251) bu derlemede de, farkındalık temelli yaklaşımların yer aldığı çalışmalar bir alt küme oluşturma eğiliminde olmuştur. Bu derlemede, “farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme düzeyi üzerindeki etkileri” kapsamında gerçekleştirilen alt küme analizine benzer olarak literatürde yürütülen sistematik derleme (253), anlatı derlemesi (186) ve meta-analiz çalışmaları (255, 292, 293, 295) ile alt grup analizleri (92, 94) mevcuttur. Derlemelerin uygunluk kriterleri, özellikle popülasyon ile ilgili olmak üzere mevcut derlemeye göre ve birbiri arasında oldukça çeşitlilik göstermektedir. Derlemeler, her ne kadar oranı oldukça düşük olsa da (*1 çalışma*) kanser tanısı olmayan bireyleri de sürece dahil etmiş

(295), prostat kanseri (293) ve sadece erkek popülasyondan oluşan kanser hastaları (292) olmak üzere daha özel bir gruba odaklanmış ya da kanser yörüngesinin tüm aşamasındaki bireylere ilişkin çalışma sonuçlarını sentezlemiştir (92, 94, 186, 253, 255). Bir derlemede ise (292), travma sonrası büyüme değişkeninin de yer aldığı öz-şefkat ve spiritüalite gibi sonuç çıktılarının pozitif ruh sağlığı üst başlığında ortalama etki büyüklüğü hesaplanmış, bir diğerinde ise (186) psikolojik sağlamlığa ilişkin bulgular da senteze dahil edilmiştir. Ludolph ve ark. (2019)'nın (186) çalışmasında yer alan bulguların, bir diğer çalışmada da benzer bir şekilde olmak üzere (253) birleştirilmiş analizi gerçekleştirilmemiştir. Bunların ötesinde, randomize kontrollü deneysel (94, 253, 293, 295) ve yayın dili İngilizce (94, 186, 253, 293) olmayan çalışmaların da sürece dahil edilmesi ve tez gibi gri literatürde yer alan çalışmalar yönünden bir kısıtlama konulmaması ya da tarama stratejisinin deney kayıtlarının aranmasını da içermesi (94, 186, 253, 255, 293) gibi yönlerden farklılaşan derlemeler bulunmaktadır. Dolayısıyla, bu derlemede elde edilen mevcut analiz sonucu, araştırma sorusu bağlamında en tutarlı olarak iki tanesi ana analiz (255, 293) ve diğer ikisi ise alt grup analizi (92, 94) olmak üzere söz konusu derlemelerden dört tanesi ile karşılaştırılabilir gözükmektedir. Derlemelerden üç tanesinin sonucu farkındalık temelli psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyümeyi teşvik etmede kontrol grubuna olan üstünlüğünü vurgulamakta, küçük (94) ($g = 0.34$, GA: 0.172 – 0.508, $I^2 = \%12.6$) ve orta büyüklükte (92, 255) (sırası ile: SMD = 0.55, GA: 0.15 – 0.95, $I^2 = \%73$; SMD = 0.58, GA: 0.24 – 0.93, $I^2 = \%75$) anlamlı etkiler bildirmektedir. Xunlin ve ark. (2020)'nin (255) çalışmasında yüksek yanlılık riskine sahip çalışmaların çıkarılması ile gerçekleştirilen duyarlılık analizi sonucunda ise etki büyüklüğü boyutunun artması (SMD = 0.69, GA: 0.25 – 1.14, $I^2 = \%76$) dikkat çekicidir. Söz konusu üç derlemenin biri dışında diğerlerinde tespit edilen önemli ölçüde heterojenliğin de bir yandan düşündürücü olduğu bu faydalı etkilerin mevcut derleme ile tutarlı olmayan bulgulara işaret etmesi; sonuçların yüksek oranda kısa dönem müdahale etkilerine ilişkin olması (*iki derlemede yer alan birer çalışma etkisi dışında - bir derleme için raporlanmamıştır*), popülasyon farklılıkları ve mevcut derlemede gerçekleştirilen analizin katılımcı sayısının düşük olması (*292 katılımcı*) nedenleri ile ilişkili olabilir. Nitekim, her ne kadar popülasyonu oldukça spesifik ve mevcut derlemede elde edilen analize göre farklılaşmış olsa da (*mevcut derlemede analiz*

yoğunluklu olarak meme kanserinden sağ kalan bireylerden oluşmaktadır), Nnate ve ark. (2021)'nin (293) yürüttüğü analiz de düşük çalışma ve katılımcı sayısı (2 çalışma, 232 katılımcı) ile yürütülmüş ve mevcut derleme ile benzer bir şekilde tutarlı müdahale etkilerine işaret etmeyen ve heterojenlik düzeyi oldukça yüksek seviyede büyük bir etki büyüklüğü (Cohen'in d'si = 0.77, GA: -0.33 – 1.88; $I^2 = \%89.06$) tespit edilmiştir. İlgili derlemelerde kanserden sağ kalan bireylere yönelik olarak yürütülen farkındalık müdahalelerinin sınırlı sayıda olmasının yanında, mevcut derlemede gerçekleştirilen analize en son ölçüm zamanı kapsamında iki çalışmanın nispeten kısa dönem etkisinin dahil edilmesi (*bir tanesi müdahaleden hemen sonraki etki ve diğeri ise müdahale sonrası 1. ay etkisi*) ve tüm bu derlemelere ilişkin kısa vadede tespit edilen ortalama etki büyüklüklerine ilişkin sonuçlar, farkındalık temelli müdahalelerin kısa vadede elde edilen faydalı etkilerinin sürdürülebilirliğine ilişkin kanıtların eksik olduğuna ve geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Nitekim, üç derlemede (186, 253, 295) her ne kadar farkındalık temelli müdahalelerin travma sonrası büyüme düzeyi üzerinde uzun dönemde yarar potansiyeli içeren sonuçlardan bahsedilse de, sürece dahil edilen ve tutarsız/değişken sonuçlar bildiren çalışmaların da potansiyel katkısının olabileceği ortalama etkiye yönelik verilerin birleştirilmemiş olması belirsizliği sürdürmektedir. Bunun yanı sıra ilgili derlemelerde kanserden sağ kalan bireyleri içeren çalışma sayısının sınırlı olması da bu derleme amacı doğrultusunda alandaki boşluğun altını tekrar çizmektedir. Farkındalık temelli müdahalelerin özellikle uzun vadede etkilerinin incelenmesinin önemini ortaya koyan bu bulgular diğer yandan ise, yüksek oranda seyreden heterojenlik düzeyi nedeni ile kısa vadeye ilişkin de belirsizlik içeren tahminler barındırmaktadır. Sonuç olarak, kanserden sağ kalan bireyler üzerinde farkındalık temelli müdahalelerin tahminlerine ilişkin bu güvenilir bilgi eksikliği, kesin bir fikir edinme becerisini şu an sahip olunan veriler dahilinde sınırlamaktadır. Ancak, ilgili derlemelerin ve alan literatürün de altını çizdiği üzere farkındalık temelli müdahalelerin kanser popülasyonunda pozitif adaptasyonu teşvik etmedeki potansiyeli, bu konuda yürütülecek daha büyük örnekleme sahip ve uzun dönem etkilerin takip edildiği randomize kontrollü deneysel çalışmaların kanıt gövdesine katkısını değerlendirmeye devam etmenin değerli olacağını göstermektedir.

Bu derlemede, rutin bakıma kıyasla psikososyal müdahalelerinin kanserden sağ kalan bireylerin anlam bulma düzeyini kısa vadede arttırdığı, ancak uzun vadede

bu etkinin değişkenlik gösterdiği yönünde “düşük” kesinliğe sahip sınırlı düzeyde kanıt elde edilmiştir. Elde edilen bu bulguya paralel olarak Park ve ark. (2019) (93) tarafından gerçekleştirilen bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında da psikososyal müdahalelerin kanser tanısına sahip bireylerin anlam/amaç düzeyi üzerinde iyileştirici etkileri olduğu ($g = 0.37$, %95 GA: 0.22 – 0.52) ortaya konulmuştur. İlgili derlemede bu sonuca katkı sağlayan 2305 hasta/sağ kalan bireyin yer aldığı 2007-2018 yılları arasında İngilizce dilinde yayınlanan 29 randomize kontrollü deneysel çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmaların ikisi (89, 187) mevcut derlemeye de dahil edilmiştir. Park ve ark. (2019)’nın (93) elde ettiği bu iyileştirici etki, beş çalışmanın katkı sağladığı, tedavisi tamamlanan hastalara odaklı çalışmalar ile gerçekleştirilen bir alt grup analizinde de benzer tahmin ile sonuçlanmış ($g = 0.34$, %95 GA: 0.11 – 0.57), mevcut derleme popülasyonu ile, aynı kriteri gözetilen bir biçimde oldukça tutarlı bir veri sağlamıştır. Derlemede, ana analize ilişkin önemli düzeyde yüksek olan heterojenliğin ($I^2 = \%82$), söz konusu alt grup analizinde düşmesi ($I^2 = \%0$), mevcut derleme ile paralel ve grupta yer alan tedavi etkilerinin homojenliğine ilişkin dikkat çekici bir bulgudur. İlgili alt grup analizinde yer alan çalışmalardan bir tanesi (304) bu derlemenin de tarama sürecinde tespit edilmiş ancak spiritüel temelli bir müdahale stratejisi barındırması dolayısıyla araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu faydalı bulguların yanı sıra, Park ve ark. (2019) (93), nicel analiz hesaplamalarında müdahale öncesi ve müdahaleden sonra gerçekleştirilen çeşitli ölçüm zaman noktaları arasındaki tüm değişimleri referans almış, ana analize dahil ettikleri 29 çalışmaya ilişkin toplamda 82 etki büyüklüğü (*Müdahale öncesinden itibaren ortalama takip süresi = 20.8 hafta*) ve tedavi sonrası hastaların yer aldığı alt grup analizine dahil ettikleri 5 çalışmaya ilişkin ise toplamda 20 etki büyüklüğünün (*Ortalama takip süresi belirtilememiştir*) birleştirilmiş etkisini sunmuştur. Dolayısıyla, araştırma bulguları ile tutarlı olan bu etkiler, kısa ya da uzun vade bağlamında doğrudan mevcut derleme ile karşılaştırılması güç bir veri olarak açığa çıkmaktadır. Cramer ve ark. (2012)’nin (287) yürüttüğü nispeten daha önceki yıllara ait diğer bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında ise psikolojik sağlamlık etkilerine yönelik inceleme yapıldığı belirtilmesine rağmen dahil edilen çalışmalarda sonuç çıktısına ilişkin ölçümler Bütünlük Duygusu Ölçeği (*Sense of Coherence Scale*) ile gerçekleştirilmiştir. Meme kanseri olan bireylerde farkındalık temelli müdahale

etkilerinin değerlendirildiği bu derlemede çalışmalar, bireylerin tedavi alma durumundan bağımsız bir şekilde araştırma sürecine dahil edilmiştir. Derlemede anlam bulma düzeyinin değerlendirildiği, tedavi alan hastaların da yer aldığı karma ve tedavi sonrası remisyon döneminde olan popülasyona sahip iki çalışma yer almaktadır. Bu çalışmalardan bir tanesinin (*remisyon döneminde olan popülasyona sahip olan çalışma*) sonuçları raporlamaması nedeni ile nicel analiz gerçekleştirilememiş ancak diğer çalışmanın mevcut derleme ile tutarlı olarak, ilgili ölçeğin bir alt boyutu olan “Anlamlılık” (*Meaningfulness*) değişkenine yönelik, müdahalenin tamamlanmasından sonra kısa dönemde (*Müdahale başlangıcından itibaren 4 ay*) iyileştirici etkilerinin olduğu ancak bu etkilerin uzun vadede sürdürülmediğine yönelik tespiti bildirilmiştir. Farkındalık temelli müdahalelerin anlam bulma üzerinde etkilerinin değerlendirildiği bir diğer sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında ise (291), hem korelasyonel hem de randomize kontrollü deneysel çalışmalar sürece dahil edilmiş, ancak çalışma desenlerine ilişkin sonuçlar ayrı bir şekilde sunulmuştur. Meme kanserinden sağ kalan bireylere ilişkin iki çalışmanın yanı sıra, meme kanserinden sağ kalan bireylerin partnerleri, infertil kadınlar, travma sonrası stres bozukluğuna sahip olan gaziler, tam zamanlı çalışanlar ve adölesanlar gibi çeşitli katılımcıların da yer aldığı derleme sürecine toplamda 9 randomize kontrollü deneysel çalışma dahil edilmiştir. Meta-analiz sonucu farkındalık temelli müdahalelerin anlam bulma üzerinde orta düzeyde faydalı etkilerinin olduğunu göstermiş ($g = 0.53$, %95 GA: 0.26 – 0.80) ancak bu analizde popülasyonu meme kanserinden sağ kalan bireylerden oluşan yalnızca bir çalışma yer almıştır. Son olarak ise, pozitif psikoloji yaklaşımlarına yönelik etkilerin incelendiği bir sistematik derleme ve bir kapsam derlemesi anlam bulma sonuç çıktısına yönelik bilgi sağlamaktadır. Popülasyonu meme kanseri tanısı olan bireyleri içeren sistematik derleme çalışmasında (185) pozitif psikoloji ile ilgili müdahalelerin herhangi bir tasarım sınırlaması olmadan etkileri incelenmiş ve sağ kalan bireylere yönelik anlam bulma değişkeni sonucu içeren 1 çalışmaya ulaşılmıştır. Ulaşılan bu çalışmanın sonucunun etkili olmasının yanı sıra yarı deneysel (*tek grup öntest-sontest*) bir tasarıma sahip olması bulgunun gücünü azaltan niteliktedir. Bir diğer çalışma olan kapsam derlemesinde ise (254), kanser yörüngesinin tüm aşamasındaki hastalar ve aile üyesi/arkadaş gibi sosyal destek ağının bir üyesine birlikte uygulanan müdahalelerin etkileri incelenmiş ancak sonuç çıktıklarına ilişkin bulgular ayrı sunulmuştur.

Randomize kontrollü deneysel çalışma dışındaki tasarımların da dahil edildiği (*tek grup öntest-sontest tasarım gibi*) ilgili derlemede anlam bulma olgusunun kanserden sağ kalan bireyler arasında etkilerinin incelendiği bir müdahale tespit edilmemiştir. Bunun yanı sıra, yarı deneysel ve randomize kontrollü deneysel tasarıma sahip, elde edilen iki çalışmadan birisinin sonuçları raporlanmamış, diğerinde ise bulgular kontrol grubu lehine sonuçlanmıştır. Bu çalışmaların mevcut derleme ile tutarlı bulgular sunmasının yanı sıra, Park ve ark. (2019)'nın (93) popülasyon (*yaş dışında-ana analiz için*) ve psikososyal müdahale türüne (*örn. spiritüel temelli müdahalelerinin de yer alması*) ilişkin herhangi bir sınırlama getirmemiş olması, yalnızca anlam bulma değil amaç, varoluşsal iyilik hali ve öz aşkınlık gibi sonuç çıktıklarına ilişkin verilerin de bu kanıtlara katkı sağlamış olması potansiyeli bulguların daha geniş bir yelpazeye hitap etmesi ile sonuçlanmış olabilir. Diğer derlemelerde ise, bu bulguların özellikle tek bir randomize kontrollü deneysel (287) ya da yarı deneysel tasarımın yer aldığı oldukça sınırlı sayıda çalışma tarafından sunuluyor olması (185, 254) sürece yalnızca meme kanseri olan bireylerin dahil edilmesi (185, 287) ya da kanser tanısının yanı sıra önemli düzeyde çeşitlilik içeren bir popülasyona sahip olması (291), sonuç çıktısının anlam bulma dışında amaç/varoluşa ilişkin ölçümleri de içermesi (291) ve özel olarak farkındalık temelli müdahale stratejisine odaklanılmış olması (287, 291) mevcut bulgulara oldukça sınırlı bir alanda destek sağlamaktadır.

Kanser yaşantısına yönelik anlam bulma olgusu ile ilgili psikososyal müdahale çalışmalarının, daha çok ileri/terminal evre kanser tanısına sahip palyatif ya da yaşam sonu bakım sürecinde olan veyahut tedavi aşamasındaki hastaları hedeflediği bildirilmektedir (93, 111, 290). Benzer şekilde, sınırlı sayıda sağ kalan bireyi içermesinin yanı sıra, anlam bulma düzeyini geliştirmeye yönelik yürütülen uygulamalarda, kanser bakım yörüngesi bağlamında karma bir popülasyon da yoğun olarak odaklanılan gruplar arasında yer almaktadır (93). Bununla birlikte, son yıllarda kanser yörüngesinin her aşamasında bu olgunun değerlendirilmesi ve değişen ihtiyaçlar bağlamında incelenmesinin önemine dikkat çekilmekte, hastalık ve sonrasındaki süreçte psikososyal uyumu sağlamada bir kolaylaştırıcı olabileceği vurgulanmaktadır (93, 111). Nispeten yakın bir tarihte yayınlanmış olan Park ve ark. (2019)'nın (93) derlemesi, mevcut derleme ve tarama sürecinde elde edilen veriler (221, 222) her ne kadar sağ kalan bireyleri içeren henüz sınırlı sayıda çalışmanın

mevcut olduğuna işaret etse de, çalışmaların yayın yılları bağlamında gözlenen durum bu olguya olan ilginin son yıllarda ön plana çıktığı yönündedir. Park ve ark. (2019)'nın (93) bildirdiği daha önce sözü edilen alt grup analizi sonuçları da bu bağlamda, iki çalışmada müdahale (*spiritüel temelli*), iki çalışmada sonuç çıktısı (*anlam ve barış, öz aşkınlık*) ve bir çalışmada ise kontrol grubu (*diyet danışmanlığı*) yönünden mevcut derlemenin araştırma sorusundan farklılaşmış olsa da, psikososyal müdahalelerin anlam bulma üzerindeki etkilerine yönelik, kanser yörüngesinin tedaviden sonraki aşaması için umut vadeden veriler içermektedir. Ancak bu ümit verici sonuçların yanı sıra, derleme analizine benzer şekilde tespit edilen potansiyel faydanın küçük boyutta bir tahmin olarak kalması, dahası mevcut derlemede gerçekleştirilen analizler sonucunda bu potansiyelin yerini uzun vadede belirsiz sonuçlara bırakmış olması, her ne kadar moderatör etkiler incelenememiş olsa da, müdahale özelliklerinin bu süreçte anlam oluşturmaya destekleme ve anlam bulma sonuç çıktısını hedefleme düzeyi ile ilişkili olabilir. Ek olarak, kısa vadede görülen bu küçük düzeyde etkiye ilişkin derleme bulgusunun, sözü edilen faktörlerin yanı sıra anlam oluşturma (meaning-making) olgusunun nispeten bir süreci kapsayabileceği durumu (111) ile de ilişkili olması diğer bir potansiyel açıklama kaynağı olarak açığa çıkmaktadır. Mevcut derlemede ulaşılan kanıtlar, sınırlı düzeyde de olsa literatür ile paralellik göstermektedir. Her ne kadar kanıt kesinlik düzeyleri “düşük” olarak tespit edilmiş olsa da, bu tespit nicel analizlere dahil edilen katılımcı sayısı ve çalışmaların metodolojileri ile ilgili sınırlılıkların payı bulunmaktadır. Dolayısıyla elde edilen bu veriler aynı zamanda, mevcut kanıtların ilerleyen süreçlerde titizlik düzeyi yüksek, daha fazla çalışma sonucu ile doğrulanması gerektiğine işaret etmektedir.

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasına dahil edilen çalışmalardan iki tanesi kanserden sağ kalan bireylerde psikolojik sağlamlık düzeyine ilişkin değerlendirme gerçekleştirmiştir. Derlemede sadece iki çalışmaya ulaşılmış olması dolayısıyla birleştirilememiş bulgular, psikososyal müdahalelerin oluşturduğu ortalama etkilere yönelik bir yorum getirmeyi sınırlar niteliktedir. Anlam bulma ve travma sonrası büyüme değişkenlerine nazaran, bu olgunun kanserden sağ kalan bireylerde nispeten daha yeni bir kavram olarak çalışılıyor olması dolayısıyla bu bulgunun derlemenin beklenen bir sonucu olarak açığa çıktığı söylenebilir. Literatürde yer alan, psikolojik sağlamlık olgusunun kanser popülasyonu arasında

değerlendirildiği derlemeler incelendiğinde de, kanserden sağ kalan bireyler arasında yürütülen psikososyal müdahalelerin mevcut derleme ile tutarlı bir şekilde sınırlı sayıda olduğu görülmekte (78, 86, 95, 184, 186, 287-289) ve bu durum alana ilişkin bir kanıt boşluğu olduğunu vurgulamaktadır. Söz konusu derlemeler, mevcut derlemenin uygunluk kriterleri ile; popülasyon özelliklerinin kanser tanısı olan bireyler dışındaki katılımcıları da içermesi dahil olmak üzere (289) daha kapsayıcı (86, 95, 186) ya da yalnızca meme kanseri, kolorektal kanser tanısı olan hastaların dahil edilmesi yönünden daha spesifik olması (78, 184, 287, 288), dahil edilen çalışmalar ve dolayısıyla değişkenlik yarattığı müdahale özellikleri veya spesifik bir müdahaleye odaklanması (86, 287), tez gibi gri literatür/deney kayıtlarının da tarama sürecine dahil edilmiş olması (186, 289), dil sınırlaması getirilmemesi (95, 186, 287), sonuç çıktısının travma sonrası büyüme (86, 186), olumlu düşünme (86) ya da bireysel bütünlük duygusu (287) değişkenleri ile eşdeğer tutulması ya da pozitif psikoloji kavramı gibi tek bir çatı altında değerlendirilmesi yönleri ile ayrılmaktadır. Bunların ötesinde, bazı çalışmaların halihazırda anlatı (narrative) (186) ya da sistematik (78, 184) derleme yöntemine sahip olması ya da ilgili bulguların meta-analiz yolu ile sentezlenememesi (287), sürece randomize kontrollü deneysel tasarıma sahip olmayan çalışmaların da dahil edilmesi (78, 86, 184, 289), hatta nicel ve nitel çalışmaların entegrasyonuna olanak sağlayan bir yöntem olan (305) sistematik bütünleştirici (systematic integrative review) bir sentez gerçekleştirilmiş olması (288) diğer tüm farklılıklar ile birlikte karşılaştırma yapmayı güç bir hale getirmektedir. Mevcut derleme ile birebir karşılaştırmakta güçlük yaratan tüm bu özelliklerin yanı sıra, söz konusu derlemelerin büyük bir bölümü ortak bir sonuç olarak, psikososyal müdahalelerin psikolojik sağlamlığı destekleme eğilimi olduğu yönünde umut vadeden etkiler bildirmektedir. Mevcut derlemede yer alan çalışmalardan birisinin kontrol grubuna kıyasla psikolojik sağlamlığa ilişkin müdahale etkisini raporlamaması (82), diğerine ait sonucun ise müdahale grubu lehinde yer almasının (63) yanı sıra, etkilerin daha çok kısa döneme ilişkin olduğu dikkat çekicidir. Bu bulgular daha önce sözü edilen derlemelerden ikisinde (184, 186) yer alan çalışmalardan kanserden sağ kalan popülasyonunu hedefleyenlerde de yüksek oranda benzer sonuçlar göstermiştir. Bu derlemelerden birisinde (186) mevcut derlemede de yer alan kısa dönem etkilere sahip (82) yalnızca bir çalışma, diğerinde ise (184) aynı çalışmaya ek olarak randomize

olmayan kontrollü ve uzun dönem etkiyi de inceleyen (15 ay takip süresi) ancak psikolojik sağlamlığın iyileşmesine yönelik olumlu sonuca ulaşamayan başka bir müdahale çalışması daha bulunmaktadır. Dolayısıyla mevcut derleme ve literatür bulguları, bir yandan kanser popülasyonuna ilişkin olumlu vaatler sunsa da, diğer yandan ise kanserden sağ kalan popülasyonuna yönelik psikososyal müdahale etkilerinin, oldukça sınırlı sayıda yer alan çalışma sayısı nedeni ile hala değerlendirilmesine ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır. Kanser popülasyonunun genelinde görülen bu potansiyel faydalı etkilerin kanserden sağ kalan bireylerde döneme özgü ihtiyaçlar bağlamında her ne kadar değişiklik gösterebilecek olma ihtimali bulunsa da, tespit edilen bu sınırlı sayıda çalışma dolayısıyla etkilerin olumlu ya da olumsuz yönüne ilişkin yorum ileri sürmek için henüz oldukça erkendir. Nitekim, derlemenin uygunluk kriteri kapsamında süreçte yer verilmemiş olan, araştırma makalesi olarak henüz yayınlanmamış çalışmaların bulunma olasılığı da göz önünde bulundurulduğunda, gelişen bir alan olarak psikolojik sağlamlık olgusuna ilişkin çalışma sayısının artması, şu an için elde edilen bu belirsiz etkinin ilerleyen süreçte sağlam (robust) bir yön bulmasına destek olacaktır.

Sonuç olarak, bu araştırmada elde edilen tahminler belirsizlik ve değişkenlik barındırdığı için elde edilen sonuçlar gerçek müdahale etkilerinden belirgin bir şekilde farklı olabilir. Dolayısıyla, rutin bakıma kıyasla psikososyal müdahalelerin kanserden sağ kalan bireylerin travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma düzeyi üzerindeki etkilerine yönelik güçlü kanıtlara ulaşamamıştır. Daha önce sözü edilen derlemelerin büyük bir kısmının müdahalelerin faydalı etkilerine yönelik gelecek vadeden sonuçları, son zamanlarda yürütülen bir derlemenin uzun dönem kanserden sağ kalan bireylerin kanser deneyiminden kişisel güç elde edebileceği potansiyeline yönelik bildirdiği çalışma bulguları (256) ve iki derlemenin (86, 250) sağ kalan popülasyonunu içeren müdahale çalışmalarına olan ihtiyacı ortaya koyması, kanıtların geliştirilmeye devam edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Derlemenin literatüre getirdiği yenilik kapsamında odaklanılan bu özel popülasyon da göz önünde bulundurulduğunda, psikososyal müdahalelerin etkileri konusunda daha sağlam yargılara varabilmek için, her ne kadar uygunluk kriterleri benzer olmasa da bu alandaki bir çok derlemenin de vurguladığı metodolojik titizliği yüksek daha fazla

sayıda ve daha uzun süreli takip değerlendirmeleri yürüten randomize kontrollü deneysel çalışma ihtiyaı bu araştırma için de geçerliliğini korumaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Uygulama İçin Çıkarımlar

Bu sistematik derleme ve meta-analiz araştırmasından elde edilen bulgular, kanserden sağ kalan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin rutin bakıma kıyasla travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma sonuçları üzerindeki gerçek etkisini belirlemek için yeterli bilgi olmadığını ortaya koymaktadır. Psikososyal müdahalelerin, kanserden sağ kalan bireylerin anlam bulma düzeyi müdahale sonrası değişim etkisine yönelik sınırlı miktarda bir iyileşme sağlayabileceğini gösteren bir kanıt dışında, diğer tüm kanıtların belirsiz ve önemli ölçüde değişkenlik gösteren etkileri olduğu tespit edilmiştir. Derlemede yer alan bireysel çalışma sayısı az ve metodolojileri nispeten kısıtlı, elde edilen kanıt kesinlikleri “düşük” veya “çok düşük” düzeydedir. Dolayısıyla bu sınırlı bulgular göz önüne alındığında, psikososyal müdahalelerin kanserden sağ kalan bireyler arasında ilgili sonuç çıktılarına katkısı ve müdahalelerin organizasyonunun nasıl sağlanacağına yönelik bağlamsal faktörleri hakkında uygulamaya dönük çıkarımlarda bulunmak oldukça güç gözükmektedir.

Derlemede, psikososyal müdahalelerin, travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık üzerindeki kısa ve uzun vadede oluşturduğu etkilere yönelik elde edilen sonuçlar, uygulanabilirlik yönünde getirilecek yorumları şu an için mümkün kılar nitelikte değildir. Gelecekte yürütülecek çalışmaların, psikososyal müdahalelerin ilgili sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik yardım sağlayıp sağlayamayacağı konusunda bu belirsizliğe açıklama sunma potansiyelinin olduğu söylenebilir.

Psikososyal müdahalelerin, müdahale sonrası değişimi kapsamında anlam bulma düzeyini artırdığı yönündeki küçük bir etki elde edilse de (Cohen'in d'si: -0,298), uzun vadede bu etkilerin sürdürülüp sürdürülmediği belirsizliğini korumaktadır. Anlam bulma düzeyinin kısa vadede küçük bir miktarda iyileştirildiği, uzun vadede ise etkilerinin korunamadığına yönelik elde edilen bu veriler, ilgili müdahale içeriklerinin gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi gerektiğinin bir göstergesi olarak okunabilir. Ancak diğer yandan bu kanıtın elde edilmesine katkı sağlayan çalışmaların katılımcı sayılarının oldukça sınırlı düzeyde olması ve metodolojik sınırlılıklarına ilişkin kaygı göstergeleri, uygulanmasını teşvik etme yönünde yeterli

bilginin olmadığını göstermekte, kesin yargılara varılmadan önce daha titiz bir değerlendirme yapılması ve bu bağlamda dikkatli bir biçimde yorumlanması gereken bir bulgu olduğuna işaret etmektedir. Ek olarak bu kanıt, sonuç ölçütü değerlendirmesinde farklı ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışmalardan elde edilmesi yönü ile de eleştiriye açıktır. Kanserden sağ kalan bireylerin anlam bulma düzeyinin ölçümünde kullanılan araçlar arasında bir standardizasyon oluşturulması bu yapının değerlendirilmesinde tutarlı sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, bu derlemeden elde edilen bulgular, tüm kanser türlerine ilişkin sağ kalan bireylerin dahil edilmesi ve herhangi bir coğrafi konum kısıtlaması konulmamasına rağmen, ilgilenilen popülasyonun tam bir temsilini sunma konusunda bazı kaygılı sonuçlara işaret etmekte, bu özel popülasyonun, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma düzeyleri üzerinde etkisini iyileştirebilecek psikososyal müdahale çalışmalarına yönelik gerçek etkiyi çarpıtabilecek belirsiz kanıtlar sunmaktadır. Diğer yandan ise, bu derleme, hedef popülasyona yönelik ilgili bilgi boşluklarını belirlemiş, psikososyal müdahalelerin uygulamaya aktarılabilmesine yönelik güvenli ve evrensel olarak uygulanabilir sonuçlar üretmede yönelim gösterilmesi gereken alanlara ve randomize kontrollü deneysel tasarıma sahip çalışma sayısının artırılmasına temel oluşturan sonuçlar sunmuştur. Psikososyal müdahalelerin içerik ve tekniklerinin uygulama sahasında geniş bir perspektifi olduğunu doğrulayan derleme bulguları, bu alanda oluşacak daha kapsamlı bir literatür desteği ile, kanıtların uygulanabilir, kabul edilebilir veya sürdürülebilirliğine ilişkin bilgilerin şu an için mevcut olan durumun ötesine genişletilebileceğinin muhtemel olduğuna işaret etmektedir.

6.2. Araştırma İçin Çıkarımlar

Bu derlemede, yanlılık düzeyi konusunda endişelere sahip, az sayıda çalışmanın yer alması ve bazı sonuçlara (travma sonrası büyüme) yönelik tutarsızlığın (inconsistency) mevcudiyeti kanıt kesinliği düzeylerinin düşmesine yol açarak kanserden sağ kalan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma düzeyi üzerindeki etkilerini güvenilir bir biçimde tahmin etmek için gerekli şartları oluşturmayı mümkün kılmamıştır. Araştırma bulgularının, gerçek etkilerden önemli ölçüde farklı olabilecek tahminler

sunması dolayısıyla güçlü çıkarımlar elde edilememesinin yanı sıra, psikososyal müdahalelerin kanser tanısı olan bireylerde hedef sonuç çıktıklarına yönelik iyileştirici etkileri göz önüne alındığında (92-95), kanserden sağ kalan bireyler üzerindeki etkisinin daha fazla değerlendirilmesi kayda değer bir çaba olarak gözükmektedir.

Derlemede elde edilen belirsiz etkilerin, yerini daha fazla güven duyulan tahminlere bırakabilmesi, metodolojik titizliği yüksek daha fazla sayıda randomize kontrollü çalışma ile güncellenmiş kanıt yapılarının oluşturulması yoluyla mümkün gözükmektedir. Bununla birlikte bu araştırmadan elde edilen bulgular, potansiyel yararlı sonuçların doğrulanmasına hizmet edebilecek ve daha güvenilir etki tahminleri üretmeye katkıda bulunacak, gelecekteki randomize kontrollü deneysel çalışmaların planlanma ve yürütülme süreçlerine yönelik bazı önemli kararlara yol göstermektedir.

Araştırma, derlemenin hedef sonuç çıktıklarını değerlendiren, kanserden sağ kalan bireylere yönelik randomize kontrollü deneysel çalışma sayısının artırılmasının gereğine işaret etmektedir. Derleme sürecine dahil edilen çalışmaların yayın yılları göz önünde bulundurulduğunda, bu sonuçlara yönelik ilginin nispeten yakın yıllarda yaygınlaşmaya başladığı görülmektedir. Bu kapsamda, özellikle psikolojik sağlamlık ve anlam bulma sonuçları olmak üzere, derlemenin hedef sonuç ölçütlerine yönelik psikososyal müdahale etkilerinin incelenmesi ve kanserden sağ kalan bireyler üzerindeki etkinliğine yönelik kanıt boşluklarının doldurulması gerekmektedir. Bununla birlikte, çalışmaların takip zaman ölçümlerindeki heterojenlik ve özellikle psikolojik sağlamlık ve anlam bulma sonuç ölçütlerine ilişkin olmak üzere nispeten sınırlı olarak nitelendirilebilecek daha kısa vadeli takip sürelerinin olması müdahalelerden elde edilen etkilerin kısa ve uzun vadede değerlendirilmesine bir sınırlılık getirmektedir. Psikososyal müdahalelerin uzun vadedeki etkilerine yönelik değişimi incelemek, yararlı sonuçların ilerleyen zaman noktalarında korunup korunmadığı bağlamında belirsizliği açıklığa kavuşturmaya katkı sağlayacaktır. Dolayısıyla bu araştırma, daha uzun süreli takip ölçümleri içeren çalışmalara olan ihtiyacı açığa çıkarmıştır.

Randomize kontrollü deneysel çalışmaların tasarımı, yürütülmesi ve raporlanmasındaki sınırlılıklar araştırma bulgularında yanıltıcı sonuçların oluşmasına sebep olabilmektedir (279, 280). Bu derlemeden elde edilen bilgiler, randomize kontrollü deneysel çalışmaların, tasarımı ve yürütülmesinde metodolojik kalite

düzeylerinin artırılarak yanlılık kaynaklarının en aza indirilmesi ve CONSORT (*The Consolidated Standards of Reporting Trials*) gibi uluslararası kılavuzlar doğrultusunda raporlanma standartlarının iyileştirilmesi ihtiyacına işaret etmektedir (306, 307). Bu doğrultuda derlemede elde edilen bulgular, gelecekteki çalışmalar tarafından randomizasyon süreci (tahsis gizliliği gibi) ve her ne kadar psikososyal müdahalelerin doğası gereği etkin bir şekilde uygulamak mümkün olmasa da körleme unsuruna ilişkin prosedürlerin yönetilmeye çalışılması ve eksiksiz raporlanması gibi stratejilerin potansiyel yanlılık kaynaklarını azaltmada etkili yöntemler olabileceğini göstermektedir. Derlemede körleme prosedürlerinin uygulandığı ve açık bir şekilde raporlandığı bir çalışma bulunmaktadır (81). Bu çalışmaya ilişkin metodolojik yöntemler gelecekteki çalışma tasarımlarında yanlılık riskini azaltmak için ele alınması gereken stratejiler kapsamında yol gösterici olabilir. Davranışsal müdahale çalışmaları tasarımlarında doğrudan bir körleme yöntemi olmasa da katılımcıların çalışmaya katılma/devam etme kaygılarını ve ek başka bir müdahale arayışlarını etkili yönetmede yardımcı bir mekanizma olarak dikkat (attention) kontrol grupları tasarımı (308) ya da rutin tedavi içinde yer alan ek aktiviteler bu konuda uygulanabilir diğer etkili stratejiler olabilir.

Derlemeden elde edilen çıkarımlar, karşılaştırılabilirlik, tekrarlanabilirlik ve geliştirilebilirliğin sağlanabilmesi amacıyla müdahale ve rutin bakım kollarına ilişkin daha detaylı ve açık bir metodolojik raporlama gereğinin altını çizmektedir. CONSORT'un nispeten yetersiz kaldığı bu alandaki ihtiyacı karşılamak amacıyla TIDieR (*Template for Intervention Description and Replication*) kontrol listesi ve kılavuzunun kullanılması, müdahaleye ilişkin anlatıların yapılandırılmasını ve raporlama kalitesinin iyileştirilmesini sağlayarak potansiyel yanlılık kaynaklarının daha etkili yönetimine yardımcı olabilecektir (138). Bu kılavuzun kullanılması aynı zamanda müdahalenin kabul edilebilirliğini ve uygulanabilirliğini de kolaylaştırıcı bir faktör olarak rol oynaması açısından değerli bir yaklaşım olacaktır (138). Bunun yanı sıra, her ne kadar bu derleme için ciddi düzeyde bir yanlılık kaynağı olarak açığa çıkmasa da, çalışma protokollerin ulusal ve/veya uluslararası geçerliliğe sahip platformlara kaydedilmesi (*Örn. ClinicalTrials.gov*) ya da yayınlanması ve bu sürecin yaygın olarak kullanılan bir kılavuz olan SPIRIT (*Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials*) doğrultusunda gerçekleştirilmesi yolu ile

şeffaflığın artırılması, metodolojik titizliği iyileştirmeye katkı sağlayacaktır (309). Metodolojik titizlik düzeyi yüksek daha fazla çalışma ihtiyacı ile birlikte, aynı zamanda bu çalışmaların örneklem büyüklüklerin artırılması, ilerleyen süreçlerde yürütülecek derlemelerdeki nicel analizlerin istatistiksel gücünü ve elde edilen sonuçların kesinlik düzeyini artırmaya katkı sağlaması açısından değerli olacaktır.

Derlemeye dahil edilen çalışma sayısının az olması, elde edilen sonuçların gücünü düşürdüğü gibi, aynı zamanda heterojenliğin sonuçlar üzerindeki potansiyel etkisini keşfetmeyi de kısıtlamış ve araştırma protokolünde yapılması planlanan popülasyon ve müdahale özelliklerine ilişkin değişim etkilerinin açıklığa kavuşturulmasına olanak tanımamıştır. Bunun yanı sıra gelecekte yürütülecek olan çalışmaların, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler ile erkek popülasyonu ve meme kanseri dışındaki diğer kanser türlerini de temsil eder nitelikte bir popülasyona odaklanması dikkate alınması gereken hususlar olarak açığa çıkmıştır. Kanserden sağ kalan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin literatürdeki yerinin artması; çeşitlenen popülasyon ve müdahale alt yapılarına (türlerine) ilişkin özelliklerin incelenmesi, karşılaştırılması ve olumlu etki yaratma olasılığı olan optimal özelliklerin belirlenmesi için fırsat oluşturarak daha sağlam sonuçlar elde etmeyi destekleyecektir. Gelecekte yürütülecek çalışma sayısının artması bunlara ek olarak, ilgili heterojen yapıda yer alan benzer özelliklere (müdahale türü, kanser türü gibi) ilişkin etkilerin değerlendirilmesi bağlamında daha spesifik araştırma sorularına cevap oluşturabilecek sistematik derleme ve meta-analiz araştırmalarının planlanmasını da mümkün kılacaktır.

Neticede, kanserden sağ kalan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık ve anlam bulma üzerinde etkinliğine ilişkin daha kesin sonuçlara ulaşma yolunda hala ek kanıtlara ihtiyaç duyulmaktadır. Psikososyal müdahalelerin derlemenin hedef popülasyonuna yönelik iyileştirici etkilerinin olup olmadığına dayalı kanıtların geliştirilmesi, daha güvenilir tahminler elde etmeye önemli ölçüde katkı sağlayacak olan gelecekte yürütülecek metodolojik kalitesi yüksek ve yeterli güce sahip randomize kontrollü deneysel çalışmaların artışı ile doğru orantılı gözükmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2023. Atlanta: American Cancer Society; 2023.
2. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin.* 2023;73(1):17-48.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
4. Grotmol KS, Lie HC, Hjerstad MJ, Aass N, Currow D, Kaasa S, et al. Depression—a major contributor to poor quality of life in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54(6):889-97.
5. Wang G-L, Cheng C-T, Feng A-C, Hsu S-H, Hou Y-C, Chiu C-Y. Prevalence, risk factors, and the desire for help of distressed newly diagnosed cancer patients: a large-sample study. *Palliat Support Care.* 2017;15(3):295-304.
6. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology.* 2018;27(1):75-82.
7. Frankl VE. Man's search for meaning. New York: Washington Square Press; 1985.
8. Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. Çev: Babayiğit Z. İstanbul: Pegasus Yayınları; 2018.
9. Park CL, Edmondson D, Fenster JR, Blank TO. Meaning making and psychological adjustment following cancer: the mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(5):863-75.
10. Brown AJ, Thaker PH, Sun CC, Urbauer DL, Bruera E, Bodurka DC, et al. Nothing left to chance? The impact of locus of control on physical and mental quality of life in terminal cancer patients. *Support Care Cancer.* 2017;25(6):1985-91.
11. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun I, Breitbart WS, Brewer BW, et al. Distress management, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(10):1229-49.
12. Sajjadi M, Rassouli M, Abbaszadeh A, Brant J, Majd HA. Lived experiences of “illness uncertainty” of Iranian cancer patients: a phenomenological hermeneutic study. *Cancer Nurs.* 2016;39(4):E1-E9.
13. Verduzco-Aguirre HC, Babu D, Mohile SG, Bautista J, Xu H, Culakova E, et al. Associations of uncertainty with psychological health and quality of life in older adults with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2021;61(2):369-76.e1.

14. Perry LM, Hoerger M, Sartor O, Robinson WR. Distress among African American and White adults with cancer in Louisiana. *J Psychosoc Oncol.* 2020;38(1):63-72.
15. Bellali T, Manomenidis G, Meramveliotaki E, Minasidou E, Galanis P. The impact of anxiety and depression in the quality of life and psychological well-being of Greek hematological cancer patients on chemotherapy. *Psychol Health Med.* 2020;25(2):201-13.
16. Chhikara BS, Parang K. Global Cancer Statistics 2022: the trends projection analysis. *Chem Biol Lett.* 2023;10(1):451.
17. Global Burden of Disease Cancer Collaboration et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncol.* 2019;5(12):1749-68.
18. Miller KD, Nogueira L, Devasia T, Mariotto AB, Yabroff KR, Jemal A, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(5):409-36.
19. Drury A, Payne S, Brady A-M. Colorectal cancer survivors' quality of life: a qualitative study of unmet need. *BMJ Support Palliat Care.* 2020;bmjspcare-2020-002190.
20. Mayer DK, Nasso SF, Earp JA. Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *Lancet Oncol.* 2017;18(1):e11-e8.
21. Mazariego C, Juraskova I, Campbell R, Smith D. Long-term unmet supportive care needs of prostate cancer survivors: 15-year follow-up from the NSW Prostate Cancer Care and Outcomes Study. *Support Care Cancer.* 2020;28(11):5511-20.
22. Pongthavornkamol K, Lekdamrongkul P, Pinsuntorn P, Molassiotis A. Physical symptoms, unmet needs, and quality of life in Thai cancer survivors after the completion of primary treatment. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2019;6(4):363-71.
23. Kim JY, Chun M, Kim S-W, Song J. Identification of Korean cancer survivors' unmet needs and desired psychosocial assistance: A focus group study. *PLoS One.* 2020;15(1):e0228054.
24. Stanton AL, Rowland JH, Ganz PA. Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: contributions from psychosocial oncology research. *Am Psychol.* 2015;70(2):159-74.
25. Jim HS, Jacobsen PB. Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *Cancer J.* 2008;14(6):414-9.
26. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013;14(8):721-32.
27. Su M, Hua X, Wang J, Yao N, Zhao D, Liu W, et al. Health-related quality of life among cancer survivors in rural China. *Qual Life Res.* 2019;28(3):695-702.

28. Van Leeuwen M, Husson O, Alberti P, Arraras JI, Chinot OL, Costantini A, et al. Understanding the quality of life (QOL) issues in survivors of cancer: towards the development of an EORTC QOL cancer survivorship questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):114.
29. Martínez Arroyo O, Andreu Vaíllo Y, Martínez López P, Galdón Garrido MJ. Emotional distress and unmet supportive care needs in survivors of breast cancer beyond the end of primary treatment. *Support Care Cancer*. 2019;27(3):1049-57.
30. Dauphin S, Van Wolputte S, Jansen L, De Burghgraeve T, Buntinx F, van den Akker M. Using liminality and subjunctivity to better understand how patients with cancer experience uncertainty throughout their illness trajectory. *Qual Health Res*. 2020;30(3):356-65.
31. Miller LE. Sources of uncertainty in cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2012;6(4):431-40.
32. Mollica M, Nemeth L. Transition from patient to survivor in African American breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2015;38(1):16-22.
33. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*. 1997;1(2):115-44.
34. Fitch MI, Nicoll I, Lockwood G. Cancer survivor's perspectives on the major challenge in the transition to survivorship. *Patient Educ Couns*. 2020;103(11):2361-7.
35. Lou Y, Yates P, Chan RJ, Ni X, Hu W, Zhuo S, et al. Unmet supportive care needs and associated factors: a cross-sectional survey of Chinese cancer survivors. *J Cancer Educ*. 2021;36(6):1219-29.
36. Santin O, Murray L, Prue G, Gavin A, Gormley G, Donnelly M. Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(4):336-42.
37. Kim SH, Park S, Kim SJ, Hur MH, Lee BG, Han MS. Self-management needs of breast cancer survivors after treatment: results from a focus group interview. *Cancer Nurs*. 2020;43(1):78-85.
38. Cheng K, Wong W, Koh C. Unmet needs mediate the relationship between symptoms and quality of life in breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2016;24(5):2025-33.
39. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry*. 2019;10:208.
40. Park CL, Hanna D. Meaning, spirituality, and perceived growth across the cancer continuum: A positive psychology perspective. Steel JL, Carr BI, editors. *Psychological aspects of cancer: A guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes, and their management*. 2nd ed. Cham: Springer Nature; 2022.
41. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol*. 2012;24(2):335-44.

42. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual differences*. 2015;76:18-27.
43. Park CL, Dibble KE, Sinnott S, Sanft T, Bellizzi KM. Resilience trajectories of cancer survivors: A meaning-making perspective. Altmaier EM, editor. *Navigating life transitions for meaning*. London: Academic Press; 2020.
44. Ravindran OS, Shankar A, Murthy T. A comparative study on perceived stress, coping, quality of life, and hopelessness between cancer patients and survivors. *Indian J Palliat Care*. 2019;25(3):414-20.
45. Lee JH, Kim HY. Symptom distress and coping in young Korean breast cancer survivors: the mediating effects of social support and resilience. *J Korean Acad Nurs*. 2018;48(2):241-53.
46. Yeung NC, Lu Q. Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2018;41(1):53-61.
47. Li X, Chen S, Zhang J, Li L, Li Y, Ye M. Resilience process and its protective factors in long-term survivors after lung cancer surgery: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2021;29(3):1455-63.
48. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(2):65-76.
49. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
50. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:511-35.
51. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, et al. Understanding resilience. *Front Behav Neurosci*. 2013;7:10.
52. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 1979;37(1):1-11.
53. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol*. 2004;86(2):320-33.
54. American Psychological Association. Building your resilience (Last updated February 1, 2020) [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 13 Eylül 2020]. Erişim adresi: <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience>
55. Campo RA, Wu LM, Austin J, Valdimarsdottir H, Rini C. Personal resilience resources predict post-stem cell transplant cancer survivors' psychological outcomes through reductions in depressive symptoms and meaning-making. *J Psychosoc Oncol*. 2017;35(6):666-87.
56. Syrjala KL, Yi JC. Overview of psychosocial issues in the adult cancer survivor. Ganz PA, Shah S, editors. *UpToDate*. 2023;Version Mar 28, 2023.

57. Molina Y, Jean CY, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Joyce P, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18(1):93-101.
58. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1999.
59. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*. 2004;15(1):1-18.
60. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9(3):455-71.
61. Tedeschi RG, Shakespeare-Finch J, Taku K, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*: New York: Routledge; 2018.
62. Carlson LE, Tamagawa R, Stephen J, Drysdale E, Zhong L, Specia M. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psycho-Oncology*. 2016;25(7):750-9.
63. Üzar-Özçetin YS, Hiçdurmaz D. Effects of an empowerment program on resilience and posttraumatic growth levels of cancer survivors: A randomized controlled feasibility trial. *Cancer Nurs*. 2019;42(6):E1-E13.
64. Zhang J-Y, Zhou Y-Q, Feng Z-W, Fan Y-N, Zeng G-C, Wei L-. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivors. *Psychol Health Med*. 2017;22(1):94-109.
65. Tedeschi RG, Calhoun LG, Groleau JM. Clinical applications of posttraumatic growth. Joseph, S, editor. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc; 2015.
66. van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, Breitbart W, Tollenaar RA, Cuijpers P, et al. Meaning making in cancer survivors: a focus group study. *PLoS One*. 2013;8(9):e76089.
67. Holland JC, Reznik I. Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer*. 2005;104(S11):2624-37.
68. Janoff-Bulman R, Frieze IH. A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*. 1983;39(2):1-17.
69. Lee V. The existential plight of cancer: meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Support Care Cancer*. 2008;16(7):779-85.
70. Trusson D, Pilnick A, Roy S. A new normal?: Women's experiences of biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast cancer. *Soc Sci Med*. 2016;151:121-9.
71. Breitbart WS, Breitbart W, Poppito SR. *Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual*. New York: Oxford University Press; 2014.

72. Park CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull.* 2010;136(2):257-301.
73. Laranjeira C, Leão PP, Leal I. Meaning of life after cancer: An existential-phenomenological approach to female cancer survival. *Women's Studies International Forum.* 2013;40:132-43.
74. Saraf S, Singh TB, Khurana S. Cervical Cancer Survivors: Meaning in Life. *Psychol Stud.* 2013;58(2):144-52.
75. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry.* 1985;147(6):598-611.
76. Gouzman J, Cohen M, Ben-Zur H, Shacham-Shmueli E, Aderka D, Siegelmann-Danieli N, et al. Resilience and psychosocial adjustment in digestive system cancer. *J Clin Psychol Med Settings.* 2015;22(1):1-13.
77. Schumacher A, Sauerland C, Silling G, Berdel WE, Stelljes M. Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Support Care Cancer.* 2014;22(2):487-93.
78. Sihvola S, Kuosmanen L, Kvist T. Resilience and related factors in colorectal cancer patients: A systematic review. *Eur J Oncol Nurs.* 2022;56:102079.
79. Stainton A, Chisholm K, Kaiser N, Rosen M, Upthegrove R, Ruhrmann S, et al. Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(4):725-32.
80. McDonald MJ, Wong PT, Gingras DT. Meaning-in-life measures and development of a brief version of the Personal Meaning Profile. Wong PTP, editor. *The human quest for meaning: Theories, research, and applications.* 2nd ed. New York: Taylor & Francis Group, LLC; 2012.
81. Gallagher MW, Long LJ, Tsai W, Stanton AL, Lu Q. The unexpected impact of expressive writing on posttraumatic stress and growth in Chinese American breast cancer survivors. *J Clin Psychol.* 2018;74(10):1673-86.
82. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clin Breast Cancer.* 2011;11(6):364-8.
83. Stanton AL, Ganz PA, Kwan L, Meyerowitz BE, Bower JE, Krupnick JL, et al. Outcomes from the Moving Beyond Cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *J Clin Oncol.* 2005;23(25):6009-18.
84. Yun YH, Lim CI, Lee ES, Kim YT, Shin KH, Kim YW, et al. Efficacy of health coaching and a web-based program on physical activity, weight, and distress management among cancer survivors: A multi-centered randomised controlled trial. *Psycho-Oncology.* 2020;29(7):1105-14.
85. Myrhaug HT, Mbalilaki JA, Lie N-EK, Hansen T, Nordvik JE. The effects of multidisciplinary psychosocial interventions on adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil.* 2020;42(8):1062-70.

86. Sheikh-Wu SF, Kauffman MA, Anglade D, Shamsaldeen F, Ahn S, Downs CA. Effectiveness of different music interventions on managing symptoms in cancer survivors: A meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;52:101968.
87. van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, Breitbart W, Cuijpers P, Holtmaat K, et al. Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2017;47(11):1990-2001.
88. Victorson D, Hankin V, Burns J, Weiland R, Maletich C, Sufrin N, et al. Feasibility, acceptability and preliminary psychological benefits of mindfulness meditation training in a sample of men diagnosed with prostate cancer on active surveillance: results from a randomized controlled pilot trial. *Psycho-Oncology*. 2017;26(8):1155-63.
89. Hsiao F-H, Jow G-M, Kuo W-H, Chang K-J, Liu Y-F, Ho RT, et al. The effects of psychotherapy on psychological well-being and diurnal cortisol patterns in breast cancer survivors. *Psychother Psychosom*. 2012;81(3):173-82.
90. Kenne Sarenmalm E, Mårtensson LB, Andersson BA, Karlsson P, Bergh I. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Med*. 2017;6(5):1108-22.
91. Zernicke KA, Campbell TS, Specia M, McCabe-Ruff K, Flowers S, Carlson LE. A randomized wait-list controlled trial of feasibility and efficacy of an online mindfulness-based cancer recovery program: the etherapy for cancer applying mindfulness trial. *Psychosom Med*. 2014;76(4):257-67.
92. Li J, Peng X, Su Y, He Y, Zhang S, Hu X. Effectiveness of psychosocial interventions for posttraumatic growth in patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;48:101798.
93. Park CL, Pustejovsky JE, Trevino K, Sherman AC, Esposito C, Berendsen M, et al. Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*. 2019;125(14):2383-93.
94. Park MH, Park JS. A meta-analysis of intervention research for posttraumatic growth in cancer patients. *Asian Oncol Nurs*. 2016;16(1):9-19.
95. Wang Q, Zhou M, Zhao D, Lv G, Zhang Y, Xie Z, et al. Effects of Resilience-Promoting Interventions on Cancer Patients' Positive Adaptation and Quality of Life: A Meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2022;10.1097/NCC.0000000000001138.
96. So WK, Law BM, Ng MS, He X, Chan DN, Chan CW, et al. Symptom clusters experienced by breast cancer patients at various treatment stages: A systematic review. *Cancer Med*. 2021;10(8):2531-65.
97. Hashemi S-M, Rafiemanesh H, Aghamohammadi T, Badakhsh M, Amirshahi M, Sari M, et al. Prevalence of anxiety among breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*. 2020;27(2):166-78.
98. Lim CC, Devi MK, Ang E. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc*. 2011;9(3):215-35.
99. Sherman AC, Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Park CL, George L, Fitchett G, et al. A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer*. 2015;121(21):3779-88.

100. Peng Y-N, Huang M-L, Kao C-H. Prevalence of depression and anxiety in colorectal cancer patients: a literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):411.
101. Ostovar S, Modarresi Chahardehi A, Mohd Hashim IH, Othman A, Kruk J, Griffiths MD. Prevalence of psychological distress among cancer patients in Southeast Asian countries: A systematic review. *Eur J Cancer Care*. 2022;31(6):e13669.
102. Shakeri B, Abdi K, Bagi M, Dalvand S, Shahriari H, Sadeghi S, et al. A systematic review and meta-analysis of death anxiety among Iranian patients with cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2022;302228211070400.
103. Soleimani MA, Bahrami N, Allen K-A, Alimoradi Z. Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;48:101803.
104. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Nia HS. Relationships between death anxiety and quality of life in Iranian patients with cancer. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2016;3(2):183-91.
105. Shukla P, Rishi P. A correlational study of psychosocial & spiritual well being and death anxiety among advanced stage cancer patients. *Am J Appl Psychol*. 2014;2(3):59-65.
106. López PM, Vaillo YA. Cancer survivorship: The need for comprehensive care and the importance of assuming an active role. *Papeles del Psicólogo*. 2019;40(1):39-45.
107. Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors—a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*. 2013;22(1):1-11.
108. Beckjord EB, Reynolds KA, Rechis R. Psychological factors and survivorship: a focus on post-treatment cancer survivors. Steel JL, Carr BI, editors. *Psychological aspects of cancer: A guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes, and their management*. 2nd ed. Cham: Springer Nature; 2022.
109. Calhoun LG, Tedeschi RG. AUTHORS' RESPONSE: "the foundations of posttraumatic growth: new considerations". *Psychological Inquiry*. 2004;15(1):93-102.
110. Knauer K, Bach A, Schäffeler N, Stengel A, Graf J. Personality Traits and Coping Strategies Relevant to Posttraumatic Growth in Patients with Cancer and Survivors: A Systematic Literature Review. *Curr Oncol*. 2022;29(12):9593-612.
111. Almeida M, Ramos C, Maciel L, Basto-Pereira M, Leal I. Meaning in life, meaning-making and posttraumatic growth in cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2022;13:995981.
112. Wan X, Huang H, Peng Q, Yu NX, Zhang Y, Ding Y, et al. A meta-analysis on the relationship between posttraumatic growth and resilience in people with breast cancer. *Nurs Open*. 2023;10(5):2734-45.

113. Casellas-Grau A, Ochoa C, Ruini C. Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review. *Psycho-Oncology*. 2017;26(12):2007-18.
114. Gori A, Topino E, Sette A, Cramer H. Pathways to post-traumatic growth in cancer patients: moderated mediation and single mediation analyses with resilience, personality, and coping strategies. *J Affect Disord*. 2021;279:692-700.
115. Park J-S, Kim Y-J, Ryu Y-S, Park M-H. Factors influencing posttraumatic growth in cancer survivors. *Asian Oncol Nurs*. 2018;18(1):30-9.
116. Yun MR, Song M, Jung K-H, Boas JY, Lee KJ. The effects of mind subtraction meditation on breast cancer survivors' psychological and spiritual well-being and sleep quality: a randomized controlled trial in South Korea. *Cancer Nurs*. 2017;40(5):377-85.
117. Yun YH, Lee MK, Bae Y, Shon E-J, Shin B-R, Ko H, et al. Efficacy of a training program for long-term disease-free cancer survivors as health partners: a randomized controlled trial in Korea. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(12):7229-35.
118. Westphal M, Bonanno GA. Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology*. 2007;56(3):417-27.
119. Eicher M, Matzka M, Dubey C, White K. Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(1):E3-E16.
120. Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: A systematic review. *Support Care Cancer*. 2021;29(7):3471-86.
121. Rowland JH, Baker F. Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*. 2005;104(S11):2543-8.
122. Alfano CM, Rowland JH. Recovery issues in cancer survivorship: A new challenge for supportive care. *Cancer J*. 2006;12(5):432-43.
123. Bower JE, Meyerowitz BE, Bernaards CA, Rowland JH, Ganz PA, Desmond KA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Ann Behav Med*. 2005;29(3):236-45.
124. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*. 2006;53(1):80-93.
125. Reker GT, Wong PTP. Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. Birren JE, Bengtson VL, editors. *Emergent theories of aging*. New York: Springer Publishing Company; 1988.
126. Wong PT. Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. 1989;30(3):516-25.

127. Wong PTP. Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile. Wong PTP, Fry PS, editors. *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998.
128. Wong PTP. Meaning-centered counselling (modified version from the original chapter). Wong PTP, Fry PS, editors. *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998.
129. Wong PTP, Fry PS, editors. *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998.
130. Brennan J. Adjustment to cancer—coping or personal transition? *Psycho-Oncology*. 2001;10(1):1-18.
131. Grassi L, Riba M. Psychiatric care in oncology and palliative medicine: new challenges and future perspectives. *World Psychiatry*. 2021;20(3):452-3.
132. Macdonald G, Baldassarre F, Brown P, Hatton–Bauer J, Li M, Green E, et al. Psychosocial care for cancer: a framework to guide practice, and actionable recommendations for Ontario. *Curr Oncol*. 2012;19(4):209-16.
133. Videbeck SL. *Psychiatric-mental health nursing*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
134. Benedict C, Walsh EA, Penedo FJ. Psychosocial interventions in cancer. Steel JL, Carr BI, editors. *Psychological aspects of cancer: A guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes, and their management*. 2nd ed. Cham: Springer Nature; 2022.
135. APA Dictionary of Psychology. American Psychological Association. Psychosocial support [Internet]. [Erişim Tarihi 28 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://dictionary.apa.org/psychosocial-support>
136. National Cancer Institute Dictionary of Cancer Terms. National Cancer Institute. Psychosocial support [Internet]. [Erişim Tarihi 28 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/psychosocial-support>
137. Hodges LJ, Walker J, Kleiboer AM, Ramirez AJ, Richardson A, Velikova G, et al. What is a psychological intervention? A metareview and practical proposal. *Psycho-Oncology*. 2011;20(5):470-8.
138. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687.
139. Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(2):CD012527.
140. Yun YH, Kim Y, Lee MK, Sim JA, Nam B-H, Kim S, et al. A randomized controlled trial of physical activity, dietary habit, and distress management with

- the Leadership and Coaching for Health (LEACH) program for disease-free cancer survivors. *BMC Cancer*. 2017;17(1):298.
141. McCaughan E, Curran C, Northouse L, Parahoo K. Evaluating a psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: Outcomes and lessons learned from a randomized controlled trial. *Appl Nurs Res*. 2018;40:143-51.
 142. Lasserson T, Thomas J, Higgins J. Chapter 1: Starting a review. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)* Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
 143. Chandler J, Cumpston M, Thomas J, Higgins J, Deeks J, Clarke M. Chapter I: Introduction. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)* Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
 144. Melnyk BM. The foundation for improving healthcare quality, patient outcomes, & costs with evidence-based practice. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E, editors. *Implementing the evidence-based practice (EBP) competencies in healthcare: A practical guide for improving quality, safety and outcomes*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2017.
 145. Aromataris E, Pearson A. The systematic review: an overview. *AJN*. 2014;114(3):53-8.
 146. Gough D, Oliver S, Thomas J. *Introducing systematic reviews*. Gough D, Oliver S, Thomas J, editors. London: Sage; 2012.
 147. Tricco AC, Tetzlaff J, Moher D. The art and science of knowledge synthesis. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(1):11-20.
 148. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. *Introduction to meta-analysis*. UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009. Chapter 2, Why Perform a Meta-Analysis; p.8-14.
 149. Gurevitch J, Koricheva J, Nakagawa S, Stewart G. Meta-analysis and the science of research synthesis. *Nature*. 2018;555(7695):175-82.
 150. Hedges LV, Tipton E. *Meta-analysis*. Steptoe A, editor. *Handbook of behavioral medicine: methods and applications*. New York: Springer Science+Business Media, LLC; 2010.
 151. Pollock A, Berge E. How to do a systematic review. *International Journal of Stroke*. 2018;13(2):138-56.
 152. Egger M, Smith GD, O’rourke K. Rationale, potentials, and promise of systematic reviews. Egger M, Smith GD, Altman DG, editors. *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context*. 2nd ed. London: BMJ Publishing Group; 2001.

153. Hernandez AV, Marti KM, Roman YM. Meta-analysis. *Chest*. 2020;158(1):S97-S102.
154. Deeks J, Higgins J, Altman D. Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)* Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
155. Pigott TD, Polanin JR. Methodological guidance paper: High-quality meta-analysis in a systematic review. *Review of Educational Research*. 2020;90(1):24-46.
156. American Psychological Association. Psychology topics, resilience [Internet]. [Erişim Tarihi 2 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://www.apa.org/topics/resilience#>
157. Zhai J, Newton J, Copnell B. Posttraumatic growth experiences and its contextual factors in women with breast cancer: An integrative review. *Health Care Women Int*. 2019;40(5):554-80.
158. Austin W. Contemporary psychiatric and mental health nursing practice. Austin W, Kunyk D, Peternelj-Taylor C, Boyd MA, editors. *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice*. 4th ed. Hong Kong: Wolters Kluwer; 2019.
159. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2013;2(1):1-5.
160. Breitbart WS, Alici Y. Psycho-oncology. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(6):361-76.
161. Grassi L, Watson M, IPOS Federation of Psycho-Oncology Societies' co-authors. Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies. *Psycho-Oncology*. 2012;21(10):1027-33.
162. Grassi L, Mitchell AJ, Otani M, Caruso R, Nanni MG, Hachizuka M, et al. Consultation-liaison psychiatry in the general hospital: the experience of UK, Italy, and Japan. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:44.
163. Scheydt S, Hegedüs A. Tasks and activities of Advanced Practice Nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021;118:103759.
164. Fung Y, Chan Z, Chien WT. Role performance of psychiatric nurses in advanced practice: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(8):698-714.
165. Lipowski Z. Liaison Psychiatry, Liaison Nursing, and Behavioral Medicine (Reprinted from *Comprehensive Psychiatry* 22(6):554-561, 1981). Lipowski ZJ, editor. *Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry: Selected Papers*. New York: Plenum Publishing Corporation; 1985.
166. Sharrock J, Grigg M, Happell B, Keeble-Devlin B, Jennings S. The mental health nurse: A valuable addition to the consultation-liaison team. *Int J Ment Health Nurs*. 2006;15(1):35-43.

167. Lipowski Z. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: I. General principles. *Psychosom Med.* 1967;29(2):153-71.
168. Lipowski Z. Consultation-liaison psychiatry in general hospital. *Comprehensive Psychiatry.* 1971;12(5):461-5.
169. American Nurses Association & American Psychiatric Nurses Association & International Society of Psychiatric–Mental Health Nurses A. *Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice.* 2nd ed. Maryland: Silver Spring; 2014.
170. Chase P, Gage J, Stanley K, Bonadonna J. The psychiatric consultation/liaison nurse role in case management. *Nurs Case Manag.* 2000;5(2):73-7.
171. Sharrock J, Happell B. The psychiatric consultation-liaison nurse: Thriving in a general hospital setting. *Int J Ment Health Nurs.* 2002;11(1):24-33.
172. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 27910; 2011.
173. Sharrock J, Happell B. The psychiatric consultation-liaison nurse: Towards articulating a model for practice. *Aust N Z J Ment Health Nurs.* 2000;9(1):19-28.
174. Sharrock J, Happell B. An overview of the role and functions of a psychiatric consultation liaison nurse: An Australian perspective. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2001;8(5):411-7.
175. Merritt MK, Procter N. Conceptualising the functional role of mental health consultation–liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau’s nursing theory. *Contemp Nurse.* 2010;34(2):158-66.
176. Zimmermann-Schlegel V, Hartmann M, Sklenarova H, Herzog W, Haun MW. Accessibility, availability, and potential benefits of psycho-oncology services: the perspective of community-based physicians providing cancer survivorship care. *Oncologist.* 2017;22(6):719-27.
177. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022).* Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
178. Higgins JPT, Lasserson T, Chandler J, Tovey D, Thomas J, Flemyng E, Churchill R. *Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews. Version February 2022.* London: Cochrane; 2022.
179. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev.* 2021;10:89.
180. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n160.
181. International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO). Erişim adresi: <https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>

182. Schiavo JH. PROSPERO: an international register of systematic review protocols. *Med Ref Serv Q*. 2019;38(2):171-80.
183. McKenzie J, Brennan S, Ryan R, Thomson H, Johnston R, Thomas J. Chapter 3: Defining the criteria for including studies and how they will be grouped for the synthesis. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)* Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
184. Aizpurua-Perez I, Perez-Tejada J. Resilience in women with breast cancer: A systematic review. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;49:101854.
185. Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*. 2014;23(1):9-19.
186. Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Helmreich I, Lieb K. Interventions to promote resilience in cancer patients. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(51-52):865-72.
187. Holtmaat K, van der Spek N, Lissenberg-Witte B, Breitbart W, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw I. Long-term efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: 2-Year follow-up results of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2020;29(4):711-8.
188. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol*. 2001;20(1):20-32.
189. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychol*. 2004;23(6):595-8.
190. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychol*. 2004;23(1):16-23.
191. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008;15(3):194-200.
192. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;24(1):49-58.
193. Cooper C, Booth A, Varley-Campbell J, Britten N, Garside R. Defining the process to literature searching in systematic reviews: A literature review of guidance and supporting studies. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18:85.
194. Cooper C, Booth A, Britten N, Garside R. A comparison of results of empirical studies of supplementary search techniques and recommendations in review methodology handbooks: A methodological review. *Syst Rev*. 2017;6:234.

195. Whiting P, Savović J, Higgins JP, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*. 2016;69:225-34.
196. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S, Featherstone R, Littlewood A, Marshall C, et al. Chapter 4: Searching for and selecting studies. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3* (updated February 2022) Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
197. Pieper D, Puljak L. Language restrictions in systematic reviews should not be imposed in the search strategy but in the eligibility criteria if necessary. *J Clin Epidemiol*. 2021;132:146-7.
198. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS peer review of electronic search strategies: 2015 guideline statement. *J Clin Epidemiol*. 2016;75:40-6.
199. Li T, Higgins J, Deeks J. Chapter 5: Collecting data. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3* (updated February 2022) Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
200. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems. Data collection form for intervention reviews: RCTs only (Version 3, April 2014) [Internet]. 2014. [Erişim Tarihi 25 Şubat 2022]. Erişim adresi: <https://dplp.cochrane.org/data-extraction-forms>
201. Higgins J, Savović J, Page M, Elbers R, Sterne J. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3* (updated February 2022) Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
202. Sterne JA, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898.
203. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. USA: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
204. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JP, Rothstein HR. A basic introduction to fixed-effect and random-effects models for meta-analysis. *Res Synth Methods*. 2010;1(2):97-111.
205. Langan D, Higgins JP, Jackson D, Bowden J, Veroniki AA, Kontopantelis E, et al. A comparison of heterogeneity variance estimators in simulated random-effects meta-analyses. *Res Synth Methods*. 2019;10(1):83-98.
206. Rücker G, Schwarzer G, Carpenter JR, Schumacher M. Undue reliance on I^2 in assessing heterogeneity may mislead. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:79.

207. Verhagen AP, Ferreira ML. Forest plots. *Journal of Physiotherapy*. 2014;60(3):170-3.
208. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008.
209. Cooper H, Hedges LV, Valentine JC, editors. *The handbook of research synthesis and meta-analysis*. 3rd ed. New York: Russell Sage Foundation; 2019.
210. Mathur MB, VanderWeele TJ. Robust metrics and sensitivity analyses for meta-analyses of heterogeneous effects. *Epidemiology*. 2020;31(3):356-8.
211. Mathur MB, VanderWeele TJ. Sensitivity analysis for publication bias in meta-analyses. *J R Stat Soc Ser C Appl Stat*. 2020;69(5):1091-119.
212. Page M, Higgins J, Sterne J. Chapter 13: Assessing risk of bias due to missing results in a synthesis. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)* Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
213. Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ*. 1997;315(7109):629-34.
214. Sterne JA, Sutton AJ, Ioannidis JP, Terrin N, Jones DR, Lau J, et al. Recommendations for examining and interpreting funnel plot asymmetry in meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d4002.
215. Schünemann H, Higgins J, Vist G, Glasziou P, Akl E, Skoetz N, et al. Chapter 14: Completing 'Summary of findings' tables and grading the certainty of the evidence. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)* Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
216. The GRADE Working Group. 2004-2023. Erişim adresi: <https://www.gradeworkinggroup.org/>
217. GRADEpro Guideline Development Tool (GRADEpro GDT) [Software]. McMaster University and Evidence Prime, Erişim adresi: <https://www.gradepro.org/>
218. Santesso N, Carrasco-Labra A, Langendam M, Brignardello-Petersen R, Mustafa RA, Heus P, et al. Improving GRADE evidence tables part 3: detailed guidance for explanatory footnotes supports creating and understanding GRADE certainty in the evidence judgments. *J Clin Epidemiol*. 2016;74:28-39.
219. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editors. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach*. Updated October 2013. GRADE Working Group; 2013.
220. Lin CY, Diao YE, Dong ZX, Song J, Bao CQ. The effect of attention and interpretation therapy on psychological resilience, cancer-related fatigue, and negative emotions of patients after colon cancer surgery. *Ann Palliat Med*. 2020;9(5):3261-70.

221. Arch JJ, Mitchell JL, Genung SR, Judd CM, Andorsky DJ, Bricker JB, et al. Randomized trial of acceptance and commitment therapy for anxious cancer survivors in community clinics: outcomes and moderators. *J Consult Clin Psychol.* 2021;89(4):327-40.
222. Freeman LW, White R, Ratcliff CG, Sutton S, Stewart M, Palmer JL, et al. A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care. *Psycho-Oncology.* 2015;24(8):910-8.
223. Zhang J-Y, Li S-S, Meng L-N, Zhou Y-Q. Effectiveness of a nurse-led Mindfulness-based Tai Chi Chuan (MTCC) program on Posttraumatic Growth and perceived stress and anxiety of breast cancer survivors. *Eur J Psychotraumatol.* 2022;13(1):2023314.
224. Gallagher MW, Long LJ, Tsai W, Stanton AL, Lu Q. The unexpected impact of expressive writing on posttraumatic stress and growth in Chinese American breast cancer survivors. *J Clin Psychol.* 2018a;74(10):1673-86.
225. Gallagher MW, Long LJ, Tsai W, Stanton AL, Lu Q. The unexpected impact of expressive writing on posttraumatic stress and growth in Chinese American breast cancer survivors. *J Clin Psychol.* 2018b;74(10):1673-86.
226. Ho SM, Chan CL, Ho RT. Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology.* 2004;13(6):377-89.
227. Holtmaat K, van der Spek N, Lissenberg-Witte B, Breitbart W, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw I. Long-term efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: 2-Year follow-up results of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology.* 2020a;29(4):711-8.
228. van der Spek N, van Uden-Kraan CF, Vos J, Breitbart W, Tollenaar RA, van Asperen CJ, et al. Meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: A feasibility study. *Psycho-Oncology.* 2014;23(7):827-31.
229. Holtmaat K, van der Spek N, Lissenberg-Witte B, Breitbart W, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw I. Long-term efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: 2-Year follow-up results of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology.* 2020b;29(4):711-8.
230. Jaarsma TA, Pool G, Ranchor AV, Sanderman R. The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology.* 2007;16(3):241-8.
231. Jaarsma TA, Pool G, Sanderman R, Ranchor AV. Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology.* 2006;15(10):911-20.
232. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc; 1990.
233. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers; 1987.

234. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med.* 1993;36(6):725-33.
235. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(6):460-6.
236. Eriksson M, Mittelmark MB. The sense of coherence and its measurement. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. *The handbook of salutogenesis.* Cham: Springer Nature; 2017.
237. Sood A, Sharma V, Schroeder DR, Gorman B. Stress Management and Resiliency Training (SMART) program among Department of Radiology faculty: a pilot randomized clinical trial. *Explore.* 2014;10(6):358-63.
238. McCaughan E, Prue G, McSorley O, Northouse L, Schafenacker A, Parahoo K. A randomized controlled trial of a self-management psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: A study protocol. *J Adv Nurs.* 2013;69(11):2572-83.
239. Parahoo K, McKenna S, Prue G, McSorley O, McCaughan E. Facilitators' delivery of a psychosocial intervention in a controlled trial for men with prostate cancer and their partners: a process evaluation. *J Adv Nurs.* 2017;73(7):1620-31.
240. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Montie JE, Sandler HM, Forman JD, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer.* 2007;110(12):2809-18.
241. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychol.* 2003;22(5):443-52.
242. Kağan M, Güleç M, Boysan M, Çavuş H. Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. *TAF Prev Med Bull.* 2012;11(5):617-24.
243. Basim HN, Cetin F. The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(2):104-14.
244. Covey S. *Etkili İnsanların 7 Alışkanlığı.* Çev: Deniztekin O, Deniztekin FN. 41. baskı. İstanbul: Varlık Yayınları; 2011.
245. Yun YH, Lim CI, Lee ES, Kim YT, Shin KH, Kim YW, et al. Efficacy of health coaching and a web-based program on physical activity, weight, and distress management among cancer survivors: A multi-centered randomised controlled trial. *Psycho-Oncology.* 2020a;29(7):1105-14.
246. Yun YH, Lim CI, Lee ES, Kim YT, Shin KH, Kim YW, et al. Efficacy of health coaching and a web-based program on physical activity, weight, and distress management among cancer survivors: A multi-centered randomised controlled trial. *Psycho-Oncology.* 2020b;29(7):1105-14.
247. Dong L, Hu Y, Xu G, Huang J. Reliability and validity of the Chinese version of post-traumatic growth inventory scale in breast cancer survivors. *J Nurs Sci.* 2013;28(22):21-3.

248. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, et al. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence—imprecision. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1283-93.
249. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence—publication bias. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1277-82.
250. Capaldi JM, Shabanian J, Finster LB, Asher A, Wertheimer JC, Zebrack BJ, et al. Post-traumatic stress symptoms, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth among cancer survivors: A systematic scoping review of interventions. *Health Psychol Rev*. 2023;1-34.
251. Wong KL, McClure KS, Psillos DE. A scoping review of psychosocial oncology interventions promoting posttraumatic growth. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*. 2022;4(2):e071.
252. Hariton E, Locascio JJ. Randomised controlled trials—the gold standard for effectiveness research: study design: randomised controlled trials. *BJOG: Int J Obstet Gy*. 2018;125(13):1716.
253. Matis J, Svetlak M, Slezackova A, Svoboda M, Šumec R. Mindfulness-based programs for patients with cancer via eHealth and mobile health: systematic review and synthesis of quantitative research. *J Med Internet Res*. 2020;22(11):e20709.
254. Otto AK, Ketcher D, Reblin M, Terrill AL. Positive Psychology Approaches to Interventions for Cancer Dyads: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13561.
255. Xunlin N, Lau Y, Klainin-Yobas P. The effectiveness of mindfulness-based interventions among cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2020;28(4):1563-78.
256. Wang Z, Chen X, Zhou J, Loke AY, Li Q. Posttraumatic growth in colorectal cancer survivors: a systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2023;10.1002/cpp.2838.
257. Cumpston M, Lasserson T, Chandler J, Page M. Chapter III: Reporting the review. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.3 (updated February 2022) Cochrane; 2022. Erişim adresi: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
258. Dyussenbayev A. Age periods of human life. *Advances in Social Sciences Research Journal*. 2017;4(6):258-63.
259. Bellury LM, Ellington L, Beck SL, Stein K, Pett M, Clark J. Elderly cancer survivorship: an integrative review and conceptual framework. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(3):233-42.
260. Rowland JH, Bellizzi KM. Cancer survivorship issues: life after treatment and implications for an aging population. *J Clin Oncol*. 2014;32(24):2662-8.

261. Fitch MI, Nicoll I, Lockwood G, Newton L, Strohschein FJ. Improving survivorship care: perspectives of cancer survivors 75 years and older. *J Geriatr Oncol.* 2021;12(3):453-60.
262. Mohr DC, Ho J, Hart TL, Baron KG, Berendsen M, Beckner V, et al. Control condition design and implementation features in controlled trials: a meta-analysis of trials evaluating psychotherapy for depression. *Transl Behav Med.* 2014;4(4):407-23.
263. Salsman JM, Pustejovsky JE, Schueller SM, Hernandez R, Berendsen M, McLouth LES, et al. Psychosocial interventions for cancer survivors: A meta-analysis of effects on positive affect. *J Cancer Surviv.* 2019;13(6):943-55.
264. Byrd-Bredbenner C, Wu F, Spaccarotella K, Quick V, Martin-Biggers J, Zhang Y. Systematic review of control groups in nutrition education intervention research. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14:91.
265. Sideri S, Papageorgiou SN, Eliades T. Registration in the international prospective register of systematic reviews (PROSPERO) of systematic review protocols was associated with increased review quality. *J Clin Epidemiol.* 2018;100:103-10.
266. Freeman LW, White R, Ratcliff CG, Sutton S, Stewart M, Palmer JL, et al. A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care. *Psycho-Oncology.* 2015a;24(8):910-8.
267. Freeman LW, White R, Ratcliff CG, Sutton S, Stewart M, Palmer JL, et al. A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care. *Psycho-Oncology.* 2015b;24(8):910-8.
268. Driessen E, Hollon SD, Bockting CL, Cuijpers P, Turner EH. Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials. *PLoS One.* 2015;10(9):e0137864.
269. Schmucker CM, Blümle A, Schell LK, Schwarzer G, Oeller P, Cabrera L, et al. Systematic review finds that study data not published in full text articles have unclear impact on meta-analyses results in medical research. *PLoS One.* 2017;12(4):e0176210.
270. Egger M, Juni P, Bartlett C, Holenstein F, Sterne J. How important are comprehensive literature searches and the assessment of trial quality in systematic reviews? Empirical study. *Health Technol Assess.* 2003;7(1):1-76.
271. Van Driel ML, De Sutter A, De Maeseneer J, Christiaens T. Searching for unpublished trials in Cochrane reviews may not be worth the effort. *J Clin Epidemiol.* 2009;62(8):838-44.e3.
272. Moher D, Jones A, Cook DJ, Jadad AR, Moher M, Tugwell P, et al. Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses? *Lancet.* 1998;352(9128):609-13.


273. Kelly RE, Cohen LJ, Semple RJ, Bialer P, Lau A, Bodenheimer A, et al. Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychol Med*. 2006;36(11):1647-56.
274. Morrison A, Polisena J, Husereau D, Moulton K, Clark M, Fiander M, et al. The effect of English-language restriction on systematic review-based meta-analyses: A systematic review of empirical studies. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012;28(2):138-44.
275. Hartling L, Featherstone R, Nuspl M, Shave K, Dryden DM, Vandermeer B. The contribution of databases to the results of systematic reviews: A cross-sectional study. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16:127.
276. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383-94.
277. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. JBI levels of evidence. The Joanna Briggs Institute; 2013.
278. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. The Joanna Briggs Institute; 2014.
279. Ioannidis JP, Greenland S, Hlatky MA, Khoury MJ, Macleod MR, Moher D, et al. Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *Lancet*. 2014;383(9912):166-75.
280. Glasziou P, Altman DG, Bossuyt P, Boutron I, Clarke M, Julious S, et al. Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. *Lancet*. 2014;383(9913):267-76.
281. Savović J, Turner RM, Mawdsley D, Jones HE, Beynon R, Higgins JP, et al. Association between risk-of-bias assessments and results of randomized trials in Cochrane reviews: the ROBES meta-epidemiologic study. *Am J Epidemiol*. 2018;187(5):1113-22.
282. Wood L, Egger M, Gluud LL, Schulz KF, Jüni P, Altman DG, et al. Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: meta-epidemiological study. *BMJ*. 2008;336(7644):601-5.
283. Kjaergard LL, Villumsen J, Gluud C. Reported methodologic quality and discrepancies between large and small randomized trials in meta-analyses. *Ann Intern Med*. 2001;135(11):982-9.
284. Boutron I, Tubach F, Giraudeau B, Ravaud P. Blinding was judged more difficult to achieve and maintain in nonpharmacologic than pharmacologic trials. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(6):543-50.
285. Page SJ, Persch AC. Recruitment, retention, and blinding in clinical trials. *Am J Occup Ther*. 2013;67(2):154-61.
286. Dechartres A, Trinquart L, Faber T, Ravaud P. Empirical evaluation of which trial characteristics are associated with treatment effect estimates. *J Clin Epidemiol*. 2016;77:24-37.

287. Cramer H, Lauche R, Paul A, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer—A systematic review and meta-analysis. *Curr Oncol*. 2012;19(5):e343–e52.
288. Edward K-I, Chipman M, Giandinoto J-A, Robinson K. Quality of life and personal resilience in the first two years after breast cancer diagnosis: systematic integrative review. *Br J Nurs*. 2019;28(10):S4-S14.
289. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: A systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*. 2018;8(6):e017858.
290. Kang K-A, Han S-J, Lim Y-S, Kim S-J. Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: A meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2019;42(4):332-40.
291. Chu ST-W, Mak WW. How mindfulness enhances meaning in life: a meta-analysis of correlational studies and randomized controlled trials. *Mindfulness*. 2020;11:177-93.
292. Ford CG, Vowles KE, Smith BW, Kinney AY. Mindfulness and meditative movement interventions for men living with cancer: A meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2020;54(5):360-73.
293. Nnate DA, Anyachukwu CC, Igwe SE, Abaraogu UO. Mindfulness-based interventions for psychological wellbeing and quality of life in men with prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2021;30(10):1680-90.
294. Roepke AM. Psychosocial interventions and posttraumatic growth: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(1):129-42.
295. Shiyko MP, Hallinan S, Naito T. Effects of mindfulness training on posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2017;8:848-58.
296. Howells K, Wadey R, Roy-Davis K, Evans L. A systematic review of interventions to promote growth following adversity. *Psychology of Sport and Exercise*. 2020;48:101671.
297. Shand LK, Cowlishaw S, Brooker JE, Burney S, Ricciardelli LA. Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2015;24(6):624-34.
298. Aliche CJ. The mediating role of positive reappraisal and self-compassion on the relationship between mindfulness and posttraumatic growth in patients with cancer. *South African Journal of Psychology*. 2023;53(1):111-23.
299. Liu A, Wang W, Wu X. The mediating role of rumination in the relation between self-compassion, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among adolescents after the Jiuzhaigou earthquake. *Curr Psychol*. 2023;42:3846–59.
300. Chan BSM, Deng J, Li Y, Li T, Shen Y, Wang Y, et al. The role of self-compassion in the relationship between post-traumatic growth and psychological distress in caregivers of children with autism. *Journal of Child and Family Studies*. 2020;29:1692-700.

301. Ye ZJ, Liang MZ, Li PF, Sun Z, Chen P, Hu GY, et al. New resilience instrument for patients with cancer. *Qual Life Res.* 2018;27(2):355-65.
302. Rouleau CR, Garland SN, Carlson LE. The impact of mindfulness-based interventions on symptom burden, positive psychological outcomes, and biomarkers in cancer patients. *Cancer Manag Res.* 2015;7:121-31.
303. Porter LS, Gremore TM. Mindfulness-Based Interventions for Patients with Cancer. Steel JL, Carr BI, editors. *Psychological aspects of cancer: A guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes, and their management.* 2nd ed. Cham: Springer Nature; 2022.
304. Djuric Z, Mirasolo J, Kimbrough L, Brown DR, Heilbrun LK, Canar L, et al. A pilot trial of spirituality counseling for weight loss maintenance in African American breast cancer survivors. *J Natl Med Assoc.* 2009;101(6):552-64.
305. Sutton A, Clowes M, Preston L, Booth A. Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Information & Libraries Journal.* 2019;36(3):202-22.
306. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC Med.* 2010;8:18.
307. Turner L, Shamseer L, Altman DG, Schulz KF, Moher D. Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomised controlled trials published in medical journals? A Cochrane review. *Syst Rev.* 2012;1:60.
308. Aycock DM, Hayat MJ, Helvig A, Dunbar SB, Clark PC. Essential considerations in developing attention control groups in behavioral research. *Res Nurs Health.* 2018;41(3):320-8.
309. Chan A-W, Tetzlaff JM, Altman DG, Laupacis A, Gøtzsche PC, Krleža-Jerić K, et al. SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials. *Ann Intern Med.* 2013;158(3):200-7.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul İzin Belgesi


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

Sayı : 16969557 -322
Konu : 05.01.2021

Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sayın Doç. Dr. HİÇDURMAZ,

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunduğunuz GO 21/20 kayıt numaralı ve *"Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Randomize Kontrollü Psikososyal Müdahalelerin Psikolojik Sağlamlık, Travma Sonrası Büyüme ve Anlam Bulma Düzeyi Üzerine Etkisi: Bir Sistemik Derleme ve Meta Analiz Çalışması"* başlıklı proje Kurulumuzun 05.01.2020 tarihli toplantısında değerlendirilmiş olup çalışmanın erişime açık veri tabanlarından veri toplanması yolu ile yapılacağı görülmüştür. Gönüllü insanlar üzerinde gerçekleştirilecek nitelikte olmayan bu tip çalışmalar Etik Kurulların kapsamı dışında kalmaktadır.

Bu yazı ilgili protokolün etik açıdan incelendiğini belirtmek için Etik Kurul kararı yerine geçmek üzere hazırlanmıştır.

Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN
Başkan

EK :
Toplantı Katılım Tutanağı.

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Ayrıntılı Bilgi için:

EK-2. PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews

NHS
National Institute for
Health Research

UNIVERSITY of York
Centre for Reviews and Dissemination

Systematic review

This record cannot be edited because it has been marked as out of scope

1. * Review title.

Give the title of the review in English

Effectiveness of Psychosocial Interventions on Resilience, Posttraumatic Growth and Meaning in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

Psikososyal Müdahalelerin Kanserden Sa? Kalan Bireylerin Psikolojik Sa?lamı?k, Travma Sonras? Büyüme ve Anlam Bulma Düzeyi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çal??malar?n Sistematik Derleme ve Meta Analizi

3. * Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.

01/06/2021

4. * Anticipated completion date.

Give the date by which the review is expected to be completed.

30/11/2024

5. * Stage of review at time of this submission.

This field uses answers to initial screening questions. It cannot be edited until after registration.

Tick the boxes to show which review tasks have been started and which have been completed.

Update this field each time any amendments are made to a published record.

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



The review has not yet started: No

| Review stage | Started | Completed |
|-----------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| Preliminary searches | Yes | No |
| Piloting of the study selection process | Yes | No |
| Formal screening of search results against eligibility criteria | Yes | No |
| Data extraction | Yes | No |
| Risk of bias (quality) assessment | Yes | No |
| Data analysis | Yes | No |

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

6. * Named contact.

The named contact is the guarantor for the accuracy of the information in the register record. This may be any member of the review team.

Gulsah Yildiz Aytac

Email salutation (e.g. "Dr Smith" or "Joanne") for correspondence:

Gulsah

7. * Named contact email.

Give the electronic email address of the named contact.



8. Named contact address

Give the full institutional/organisational postal address for the named contact.



9. Named contact phone number.

Give the telephone number for the named contact, including international dialling code.



EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



10. * Organisational affiliation of the review.

Full title of the organisational affiliations for this review and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

Hacettepe University, Turkey

Organisation web address:

<https://www.hacettepe.edu.tr/english>

11. * Review team members and their organisational affiliations.

Give the personal details and the organisational affiliations of each member of the review team. Affiliation refers to groups or organisations to which review team members belong. **NOTE: email and country now MUST be entered for each person, unless you are amending a published record.**

Ms Gulsah Yildiz Aytac. Hacettepe University, Faculty of Nursing, Psychiatric Nursing Department, Turkey.
Assistant/Associate Professor Duygu Hicdurmaz. Hacettepe University, Faculty of Nursing, Psychiatric Nursing Department, Turkey.
Assistant/Associate Professor Sevilay Karahan. Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Biostatistics, Turkey.

12. * Funding sources/sponsors.

Details of the individuals, organizations, groups, companies or other legal entities who have funded or sponsored the review.

None

Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

13. * Conflicts of interest.

List actual or perceived conflicts of interest (financial or academic).

None

14. Collaborators.

Give the name and affiliation of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members. **NOTE: email and country must be completed for each person, unless you are amending a published record.**

15. * Review question.

State the review question(s) clearly and precisely. It may be appropriate to break very broad questions down into a series of related more specific questions. Questions may be framed or refined using PI(E)COS or similar where relevant.

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO International prospective register of systematic reviews



1. What are the effects of psychosocial interventions applied to cancer survivors not receiving active treatment and in the follow-up/remission period on posttraumatic growth compared to routine care?

3. What are the effects of psychosocial interventions applied to cancer survivors not receiving active treatment and in the follow-up/remission period on meaning compared to routine care?

16. Search strategy.

State the sources that will be searched (e.g. Medline). Give the search dates, and any restrictions (e.g. language or publication date). Do NOT enter the full search strategy (it may be provided as a link or attachment below.)

It will be retrieved relevant studies from four electronic databases (PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Web of Science (WOS) Core Collection, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Plus with Full Text (EBSCOhost)) with no restriction applied on publication date.

Only the studies written in English and published in peer-reviewed journals will be considered.

Planned search dates: from 1st June 2021 to 1st June 2022.

17. URL to search strategy.

Upload a file with your search strategy, or an example of a search strategy for a specific database, (including the keywords) in pdf or word format. In doing so you are consenting to the file being made publicly accessible. Or provide a URL or link to the strategy. Do NOT provide links to your search results.

Alternatively, upload your search strategy to CRD in pdf format. Please note that by doing so you are consenting to the file being made publicly accessible.

Do not make this file publicly available until the review is complete

18. * Condition or domain being studied.

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied in your systematic review.

Resilience, posttraumatic growth and meaning in cancer survivors

19. Search participants/population.

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO **International prospective register of systematic reviews**



Specify the participants or populations being studied in the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Inclusion: Adult cancer survivors not receiving active treatment and in the follow-up/remission period (aged 18 years or older)

Exclusion: Cancer patients in palliative or end-of-life care with advanced/terminal cancer.

20. ~~Change~~ Intervention(s), exposure(s).

Give full and clear descriptions or definitions of the interventions or the exposures to be reviewed. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Psychosocial interventions include a variety of supportive and therapeutic approaches with the aim of improving health functioning and well-being of the participants.

Psychosocial interventions applied to cancer survivors have been carried out under names such as counseling, psychoeducation, group therapy, supportive-expressive group therapy, peer counseling, empowerment program, cognitive-behavioral therapy, stress management education, stress management and resilience training, coping skills training, mindfulness-based therapy, meaning-making centered therapy.

Inclusion: Psychosocial interventions that target feelings and/or thoughts and/or behaviors of the cancer survivors and report at least one of resilience, posttraumatic growth and meaning variables, with no restrictions on intervention modality.

Exclusion: Interventions that target only physical health (e.g. physical activity/dietary counseling, weight management, pharmacological/medical interventions, relaxation techniques).

21. ~~Change~~ Comparator(s)/control.

Where relevant, give details of the alternatives against which the intervention/exposure will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group). The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Non-exposed control group (e.g. standart or routine care, wait-list control group). The comparison arm is allowed to have an additional condition that was not directly relevant to the main study intervention content or strategy (e.g., condition with one or two educational session).

22. * Types of study to be included.

Give details of the study designs (e.g. RCT) that are eligible for inclusion in the review. The preferred format

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO International prospective register of systematic reviews



includes both inclusion and exclusion criteria. If there are no restrictions on the types of study, this should be stated.

Peer-reviewed, published randomized controlled trials (RCTs)

23. Context.

Give summary details of the setting or other relevant characteristics, which help define the inclusion or exclusion criteria.

24. ~~Change~~ Outcome(s).

Give the pre-specified main (most important) outcomes of the review, including details of how the outcome is defined and measured and when these measurement are made, if these are part of the review inclusion criteria.

Change in resilience score from baseline to the last available follow-up, measured using the assessment ~~Change in post-traumatic growth with Resilience Scale, Post-traumatic Growth Inventory, Benefit Finding Scale, Growth Through Uncertainty Scale~~
assessment tools such as Posttraumatic Growth Inventory, Benefit Finding Scale, Growth Through Uncertainty Scale

Change in meaning score from baseline to the last available follow-up, measured using the assessment tools such as Personal Meaning Profile, The Meaning in Life Questionnaire, The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale-Meaning Subscale

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you main outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

Mean change scores between intervention and control groups (Cohen's d)

25. * Additional outcome(s).

List the pre-specified additional outcomes of the review, with a similar level of detail to that required for main outcomes. Where there are no additional outcomes please state 'None' or 'Not applicable' as appropriate to the review

None

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you additional outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

Not applicable

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



26. ~~Change~~ Data extraction (selection and coding).

Describe how studies will be selected for inclusion. State what data will be extracted or obtained. State how this will be done and recorded.

Duplicates will be removed by using Endnote Software. Titles and abstracts of the studies will be screened in the consideration of inclusion and exclusion criteria by two reviewers independently.

Data will be extracted using the "Data collection form for intervention reviews: RCTs only (Version 3, April 2014)" developed by "Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems" as revised by the reviewers. The strategy to address missing data is to contact individual study investigators.

Disagreements will be resolved by discussion. A third reviewer will be consulted to reach consensus, if necessary.

27. ~~Change~~ Risk of bias (quality) assessment.

State which characteristics of the studies will be assessed and/or any formal risk of bias/quality assessment tools that will be used.

Risk of bias of the each included study will be evaluated by two independent reviewers using "Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials" (RoB 2).

Disagreements will be resolved by discussion. A third reviewer will be consulted to reach consensus, if necessary.

28. ~~Change~~ Strategy for data synthesis.

Describe the methods you plan to use to synthesise data. This **must not be generic text** but should be **specific to your review** and describe how the proposed approach will be applied to your data. If meta-analysis is planned, describe the models to be used, methods to explore statistical heterogeneity, and software package to be used.

It will be used standardized mean change score (Cohen's d) with 95% confidence interval (CI).

Heterogeneity will be considered by I² statistics. "Funnel plot" and "Egger's Regression-Based Test" will be used to assess the publication bias. Data analysis will be conducted using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Software.

29. * Analysis of subgroups or subsets.

State any planned investigation of 'subgroups'. Be clear and specific about which type of study or participant will be included in each group or covariate investigated. State the planned analytic approach.

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO International prospective register of systematic reviews



If the sufficient data (for regression analysis) is obtained from the included studies, subgroup analysis on demographic data, disease, care and treatment related factors and intervention characteristics will be performed.

30. * Type and method of review.

Select the type of review, review method and health area from the lists below.

Type of review

Cost effectiveness

No

Diagnostic

No

Epidemiologic

No

Individual patient data (IPD) meta-analysis

No

Intervention

Yes

Living systematic review

No

Meta-analysis

Yes

Methodology

No

Narrative synthesis

No

Network meta-analysis

No

Pre-clinical

No

Prevention

No

Prognostic

No

Prospective meta-analysis (PMA)

No

Review of reviews

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi**PROSPERO**
International prospective register of systematic reviews

No

Service delivery

No

Synthesis of qualitative studies

No

Systematic review

Yes

Other

No

Health area of the review

Alcohol/substance misuse/abuse

No

Blood and immune system

No

Cancer

Yes

Cardiovascular

No

Care of the elderly

No

Child health

No

Complementary therapies

No

COVID-19

No

Crime and justice

No

Dental

No

Digestive system

No

Ear, nose and throat

No

Education

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO International prospective register of systematic reviews



No

Endocrine and metabolic disorders
No

Eye disorders
No

General interest
No

Genetics
No

Health inequalities/health equity
No

Infections and infestations
No

International development
No

Mental health and behavioural conditions
Yes

Musculoskeletal
No

Neurological
No

Nursing
Yes

Obstetrics and gynaecology
No

Oral health
No

Palliative care
No

Perioperative care
No

Physiotherapy
No

Pregnancy and childbirth
No

Public health (including social determinants of health)

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO International prospective register of systematic reviews



No

Rehabilitation

No

Respiratory disorders

No

Service delivery

No

Skin disorders

No

Social care

No

Surgery

No

Tropical Medicine

No

Urological

No

Wounds, injuries and accidents

No

Violence and abuse

No

31. Language.

Select each language individually to add it to the list below, use the bin icon to remove any added in error.

English

There is not an English language summary

32. * Country.

Select the country in which the review is being carried out. For multi-national collaborations select all the countries involved.

Turkey

33. Other registration details.

Name any other organisation where the systematic review title or protocol is registered (e.g. Campbell, or The Joanna Briggs Institute) together with any unique identification number assigned by them. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here. If none, leave blank.

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



34. Reference and/or URL for published protocol.

If the protocol for this review is published provide details (authors, title and journal details, preferably in Vancouver format)

Add web link to the published protocol.

Or, upload your published protocol here in pdf format. Note that the upload will be publicly accessible.

No I do not make this file publicly available until the review is complete

Please note that the information required in the PROSPERO registration form must be completed in full even if access to a protocol is given.

35. Dissemination plans.

Do you intend to publish the review on completion?

Yes

Give brief details of plans for communicating review findings.?

36. Keywords.

Give words or phrases that best describe the review. Separate keywords with a semicolon or new line. Keywords help PROSPERO users find your review (keywords do not appear in the public record but are included in searches). Be as specific and precise as possible. Avoid acronyms and abbreviations unless these are in wide use.

Systematic review; meta-analysis; oncology; cancer survivors; resilience; posttraumatic growth; meaning; psychosocial intervention

37. Details of any existing review of the same topic by the same authors.

If you are registering an update of an existing review give details of the earlier versions and include a full bibliographic reference, if available.

38. * Current review status.

Update review status when the review is completed and when it is published. New registrations must be ongoing so this field is not editable for initial submission.

Please provide anticipated publication date

Review_Ongoing

EK-2.(Devam) PROSPERO Kayıt Belgesi

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



39. Any additional information.

Provide any other information relevant to the registration of this review.

40. Details of final report/publication(s) or preprints if available.

Leave empty until publication details are available OR you have a link to a preprint (NOTE: this field is not editable for initial submission). List authors, title and journal details preferably in Vancouver format.

Give the link to the published review or preprint.

EK-3. Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review) Formu

TARAMA STRATEJİSİ PEER-REVIEW FORMU

PRESS (Peer Review of Electronic Search Strategies) rehberi doğrultusunda hazırlanan değerlendirme yönergesi ve ilgili açıklamalar aşağıdaki kırmızı kutucuklarda yer almaktadır.

Yardıma ihtiyacı duyduğumuz en özel kısım "Search Strategy" tablosunda (EK 1) yer alan "Free-text Terms" kutucuklarıdır. İlgili alanda yazılanların dışında gözden kaçırılmış olabileceğini düşündüğünüz terimleri "YORUM/EK" kutucuğunda belirtebilirsiniz.

| AÇIKLAMALAR |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Tarama Stratejisi Oluşturma Basamakları</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Araştırma sorularını PICO formatına göre formüle etmek 2. Anahtar kelimeleri tanımlamak 3. Free-text (literatür temelli) terimlerini tanımlamak 4. MeSH, Emtree gibi kontrol edilmiş terimleri tanımlamak 5. Terimlerin taranacağı alanları belirlemek (Ör: <i>başlık, özet, sadece başlık gibi</i>) 6. Söz öbekleri, semboller/joker karakterler ve proximity operatörleri ile taramayı türetmek 7. Boolean operatörlerini kullanmak |
| <p>Semboller/Joker Karakterler (Wildcards)</p> <p>*: Bir terimi, bir ya da daha fazla karakter ekleyerek türetmek anlamına gelir. <i>Ör: genetic* şeklinde yapılan bir tarama; genetic, genetics ya da genetically terimlerini de içeren sonuçları getirir.</i></p> <p># ya da ?: Aynı anlama gelen fakat heceleme farklılığı olan terimlerde, sıfır ya da bir karaktere kadar "tümünü kapsa" anlamına gelmektedir. <i>Ör: wom#n şeklinde yapılan bir tarama woman ya da women; colo?r şeklinde yapılan bir tarama ise color ya da colour terimlerini içeren sonuçları getirir.</i></p> |
| <p>Proximity Operatörleri (NEAR/n, NEXT)</p> <p>NEAR/n: n 1 ve 99 arasında bir sayı olmak üzere, bu bağlacın önüne ve sonuna / işareti ile birlikte yazıldığında, söz konusu terimler arasında bulunan tüm öbekleri türeterek taramayı sağlar. Terimler belirtilen sırada ya da tam tersi olarak gözükebilir. Bu bağlaç, NEAR şeklinde tek başına yazıldığında ise söz konusu terimleri, aralarında altı kelimelik mesafe olduğunda bulmayı sağlar. <i>Ör: animal NEAR/3 therapy şeklinde yapılan bir tarama, animal therapy, animal based therapy, animal assisted play therapy, therapy using animals terimlerini içeren sonuçları da getirir.</i></p> <p>NEXT: Bu bağlaç, söz konusu terimler arasına yazıldığında, bir öbek oluşturulması ve terimlerin belirtilen sırada gözükererek tarama yapılmasını sağlar. <i>Ör: living next beyond next cancer şeklinde yapılan bir tarama, living beyond cancer sonucunu, terimleri ardı sıra ekleyerek getirir.</i></p> |

EK-3.(Devam) Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review)
Formu

| Boolean Operatörleri (AND, OR, NOT) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>AND: İki terimin kesişiminin alınarak taranmasını sağlar. <i>Ör: cancer AND survivor şeklinde yapılan bir tarama cancer survivor tamlamasını oluşturur ve bu tamlamayı içeren sonuçları getirir.</i></p> <p>OR: Taramayı, eş anlamlı terimler ile çeşitlendirmek ve genişletmek amacıyla kullanılır. <i>Ör: cancer OR tumor şeklinde yapılan bir tarama, cancer ya da tumor terimlerini içeren sonuçları getirir.</i></p> <p>NOT: Taramada, bir terimi kapsam dışında bırakmak amacıyla kullanılır. <i>Ör: human NOT animal şeklinde yapılan bir tarama, human terimini içeren ancak animal terimini içermeyen sonuçları getirir.</i></p> |

| DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| KRİTERLER | YORUM |
| 1. Tarama stratejisi, PICO/araştırma soruları ile eşleşiyor mu? | |
| 2. Tarama terimleri, PICO elementlerini içeriyor mu? | |
| 3. “Free-text (literatür temelli)” terimleri uygun bir şekilde tanımlanmış mı? (Lütfen detayları “Search Strategy” tablosundaki (EK 1) “yorum/ek” bölümünde belirtiniz) | |
| 4. “Free-text (literatür temelli)” terimlerine ekleme yapmak gerekiyor mu? (Lütfen detayları “Search Strategy” tablosundaki (EK 1) “yorum/ek” bölümünde belirtiniz) | |
| 5. “MeSH” terimleri uygun bir şekilde tanımlanmış mı? (Lütfen detayları “Search Strategy” tablosundaki (EK 1) “yorum/ek” bölümünde belirtiniz) | |
| 6. “MeSH” terimlerine ekleme yapmak gerekiyor mu? (Lütfen detayları “Search Strategy” tablosundaki (EK 1) “yorum/ek” bölümünde belirtiniz) | |
| 7. Semboller/joker karakterler ve proximity operatörleri uygun bir şekilde kullanılmış mı? | |
| 8. Boolean operatörleri uygun bir şekilde kullanılmış mı? | |

EK-3.(Devam) Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review)
Formu

**EFFECTIVENESS OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS ON RESILIENCE,
POSTTRAUMATIC GROWTH AND MEANING IN CANCER SURVIVORS: A
SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED
CONTROLLED TRIALS**
**PSİKOSOSYAL MÜDAHALELERİN KANSERDEN SAĞ KALAN BİREYLERİN
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE ANLAM BULMA
ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMALARIN SİSTEMATİK
DERLEME VE META ANALİZİ**

PROSPERO Code: CRD42021253199
Gülşah YILDIZ AYTAÇ

Araştırma Soruları

1. Birincil tedavilerini tamamlayan ve takip/remisyon döneminde/aseptomatik dönemde olan kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin travma sonrası büyüme düzeyi üzerindeki etki büyüklüğü nedir?
2. Birincil tedavilerini tamamlayan ve takip/remisyon döneminde/aseptomatik dönemde olan kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin anlam bulma düzeyi üzerindeki etki büyüklüğü nedir?
3. Birincil tedavilerini tamamlayan ve takip/remisyon döneminde/aseptomatik dönemde olan kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin psikolojik sağlamlık düzeyi üzerindeki etki büyüklüğü nedir?

PICO Format

Outline the PICO's i.e., Patient, Intervention, Comparison, Outcome, and Study Design

- P** Adult cancer survivors
I Psychosocial interventions targeting feelings, thoughts or behaviors
C Non-exposed control group
O Resilience, posttraumatic growth, meaning
S Randomised controlled trials

**Tarama stratejisi; P(opulation), I(ntervention) ve O(outcome) konseptleri çerçevesinde yapılandırılmıştır.*

EK-3.(Devam) Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review)

Formu

EK 1: SEARCH STRATEGY

| CONCEPT 1: POPULATION Adult cancer survivors | | YORUM/EK |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Concept 1a: Cancer | | |
| MeSH terms | Neoplasms | |
| Free-text terms | Cancer*; neoplas*; tum?r*; carcinoma*; adenocarcinoma*; sarcoma*; melanoma*; leuk?mia*; lymphoma*; glioma*; malignan* | |
| Connection | OR | |
| Concept 1b: Survivor | | |
| MeSH terms | Survivors | |
| Free-text terms | Survivo*; surviving*; long term survivor*; long-term survivor*; longer term survivor*; cancer free; cancer-free; disease free; disease-free; living beyond cancer; lived beyond cancer; off treatment; off-treatment; post treatment; post-treatment; posttreatment; after treatment; after-treatment; treatment complet*; treatment termin*; complet* treatment | |
| Connection | OR | |
| Population last connection | Cancer AND Survivor (<i>Concept 1a AND Concept 1b</i>) | |

| CONCEPT 2: INTERVENTION Psychosocial interventions targeting feelings, thoughts or behaviors | | YORUM/EK |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| MeSH terms | Psychotherapy; Counseling; Education; Patient Education; Self-Help Groups; Social Support; Mindfulness; Spiritual Therapies | |
| Free-text terms | Psychotherap*; psycho-therap*; counsel?ing; coaching; educat*; train*; program*; support*; skill*; psychosocial therap*; psychosocial treat*; psychosocial interven*; psycho-social therap*; psycho-social treat*; psycho-social interven*; psychologic* therap*; psychologic* treat*; psychologic* interven*; psychodynamic therap*; psychodynamic treat*; psychodynamic interven*; psychoeducation*; psycho-education*; self help; self-help; self manag*; self-manage*; self care; patient oriented; patient-centered; patient-centred; | |

EK-3.(Devam) Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review)

Formu

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>patient centered; patient centred; patient-oriented; health partner*; peer-delivered; peer mentor*; peer navigation; peer-group; peer-led; survivorship interven*; social network-based; social network based; group therap*; group treat*; group interven*; group coping; group-based therap*; group-based treat*; group-based interven*; group-based coping; supportive-express*; supportive-affective; emotional expres*; emotional-express*; cognit* therap*; cognit* treat*; cognit* interven*; behavi?r* therap*; behavi?r* treat*; behavi?r* interven*; metacognitive; meta-cognitive; metacognition; CBT; CCBT; ICBT; third wave therap*; cognitive restructur*; reframe*; re-frames*; reapprais*; acceptance and commitment; acceptance-based; acceptance-commitment; cognitive-emotional; cognitive emotional; anxiety manag*; stress manag*; distress manag*; CBSM; stress-reduction interven*; stress reduction interven*; problem solving; problem-solving; problem management; expressive disclosure; emotional disclosure; expressive-disclosure; emotional-disclosure; emotional expression; emotional-expression; mindful*; MBT; MBSR; MBCT; MBCI; positive psychology; existential; logotherap*; spiritually-focused; psycho-spiritual; meaning making; meaning-making; meaning-centered; meaning centered; uncertainty manag*; expressive writing; narrative therap*; art therap*</p> | |
| Connection OR | |

| CONCEPT 3: OUTCOME(S) | | YORUM/EK |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Resilience, posttraumatic growth, meaning | | |
| Concept 3a: | Resilience | |
| MeSH terms | Resilience, Psychological | |
| Free-text terms | Resilien*; hardiness*; adapt* to change; accept* of change; tolerance of negative affect; sense of control; bounc* back; resilience scale; CD-RISC; RS-14 | |
| Connection | OR | |
| Concept 3b: | Posttraumatic growth | |
| MeSH terms | Adaptation, Psychological; Social Adjustment; Empowerment | |

EK-3.(Devam) Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review)
Formu

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Free-text terms | Post-traumatic growth; posttraumatic growth; PTG; stress-related growth; psycho* grow*; personel grow*; grow* through trauma*; growing positively; positive growth; benefit finding; benefit-finding; perceived benefit; positiv* adapt*; positiv* adjust*; psycho* adapt*; psycho* adjust*; social adapt*; social adjust*; overcom* stress*; overcome* trauma*; adapt* stress*; adapt* trauma*; adjust* stress*; adjust* trauma*; adaptive cope; adaptive coping; empower*; PTGI; new possibilities; relating to others; personal strength; appreciation of life; stress-related growth scale; SRGS; benefit finding scale; benefit-finding scale; growth through uncertainty scale; GTUS | |
| Connection | OR | |
| Concept 3c: | Meaning | |
| MeSH terms | Self Concept; Spirituality; Altruism | |
| Free-text terms | Self actualization; self-actualization; self-transcend*; change of identity; coming to terms; meaning; meaning and peace; meaning and purpose*; life purpose*; life's purpose*; purpose* in life; purpose* of life; purpose* in one's life; purpose* of one's life; life review; life engagement; life regard; spiritual*; sense of coherence; altruis*; selfless*; facit-sp; meaning in life scale; purpose in life test; meaning in life questionnaire; MLQ | |
| Connection | OR | |
| Outcome(s) last connection | Resilience AND Posttraumatic Growth AND Meaning (<i>Concept 3a OR Concept 3b OR Concept 3c</i>) | |

| | |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TOTAL Connection | Population AND Intervention AND Outcome(s) (<i>Concept 1 AND Concept 2 AND Concept 3</i>) |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Tarama stratejisinde kullanılan tüm terimler “başlık, özet ve anahtar sözcükler” alanlarında aranmıştır (İlgili alanlar, “Cochrane Search Strategy” tablosunda (Ek 2) “ti,ab,kw” kısaltması şeklinde görülmektedir).

**Sonuçlarda Randomized Controlled Trials (RCTs) filtresi uygulanmıştır (İlgili filtre “Cochrane Search Strategy” tablosunda (Ek 2) “in Trials” şeklinde görülmektedir).

EK-3.(Devam) Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review)

Formu

EK 2: COCHRANE SEARCH STRATEGY

| Cochrane Library Database | | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 29.06.2021 | | |
| 21:00 | | |
| ID | Search | Hits |
| #1 | MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees | 82113 |
| #2 | (cancer* or neoplas* or tumo?r* or carcinoma* or adenocarcinoma* or sarcoma* or melanoma* or leuk?emia* or lymphoma* or glioma* or malignan*):ti,ab,kw | 239217 |
| #3 | {or #1-#2} | 243904 |
| #4 | MeSH descriptor: [Survivors] explode all trees | 1562 |
| #5 | (survivor* or surviving*):ti,ab,kw | 13984 |
| #6 | ((“long term” or long-term or “longer term”) next survivor*):ti,ab,kw | 470 |
| #7 | (“cancer free” or cancer-free or “disease free” or disease-free):ti,ab,kw | 16862 |
| #8 | ((living or lived) next beyond next cancer*):ti,ab,kw | 1 |
| #9 | ((“off treatment” or off-treatment or “post treatment” or post-treatment or posttreatment or “after near treatment” or after-treatment or treatment near complet* or treatment near termin*) near (cancer* or neoplas* or tumo?r* or carcinoma* or adenocarcinoma* or sarcoma* or melanoma* or leuk?emia* or lymphoma* or glioma* or malignan*)):ti,ab,kw | 2476 |
| #10 | {or #4-#9} | 32107 |
| #11 | #3 and #10 | 23111 |
| #12 | MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees | 24824 |
| #13 | MeSH descriptor: [Counseling] explode all trees | 5597 |
| #14 | MeSH descriptor: [Education] explode all trees | 33565 |
| #15 | MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] explode all trees | 9081 |
| #16 | MeSH descriptor: [Self-Help Groups] explode all trees | 782 |
| #17 | MeSH descriptor: [Social Support] explode all trees | 3400 |
| #18 | MeSH descriptor: [Mindfulness] explode all trees | 983 |
| #19 | MeSH descriptor: [Spiritual Therapies] explode all trees | 1455 |
| #20 | (psychotherap* or psycho-therap*):ti,ab,kw | 14157 |
| #21 | (counsel?ing or coaching or educat* or train* or program* or support* or skill*):ti,ab,kw | 352687 |
| #22 | ((psychosocial or psycho-social or psychologic* or psychodynamic) near (therap* or treat* or interven*)):ti,ab,kw | 18219 |
| #23 | (psychoeducation* or psycho-education*):ti,ab,kw | 4850 |
| #24 | (“self help” or self-help):ti,ab,kw | 3968 |
| #25 | (self next manag* or self-manage* or self next care):ti,ab,kw | 15785 |
| #26 | (“patient oriented” or patient-oriented or “patient centered” or patient-centered or “patient centred” or patient-centred):ti,ab,kw | 4450 |
| #27 | (health next partner* or peer next mentor* or “peer navigation” or peer-delivered or peer-directed or peer-group* or peer near group* or peer-led or peer-based or peer-led):ti,ab,kw | 3861 |
| #28 | (survivorship next interven*):ti,ab,kw | 22 |
| #29 | (social next network next based or “social next network-based”):ti,ab,kw | 29 |
| #30 | ((group or group-based) near (therap* or treat* or interven* or coping)):ti,ab,kw | 245970 |

EK-3.(Devam) Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review)

Formu

| | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| #31 | (supportive-expres* or supportive-affective or emotional expres* or emotional-expres*):ti,ab,kw | 2127 |
| #32 | ((cognit* or behavio?r*) near (therap* or treat* or interven*)):ti,ab,kw | 62826 |
| #33 | (metacognitive or meta-cognitive or metacognition):ti,ab,kw | 763 |
| #34 | (CBT or CCBT or ICBT):ti,ab,kw | 8993 |
| #35 | (third wave near therap*):ti,ab,kw | 111 |
| #36 | (cognitive next restructur* or refram* or re-fram* or reapprais*):ti,ab,kw | 1597 |
| #37 | (acceptance near/2 commitment or acceptance-commitment or acceptance-based):ti,ab,kw | 1304 |
| #38 | ("cognitive emotional" or cognitive-emotional):ti,ab,kw | 333 |
| #39 | ((anxiety or stress or distress) near manag* or CBSM):ti,ab,kw | 5333 |
| #40 | ("stress reduction" or stress-reduction) near interven*):ti,ab,kw | 379 |
| #41 | ("problem solving" or problem-solving or "problem management"):ti,ab,kw | 5565 |
| #42 | ((expressive or emotional) near disclosure):ti,ab,kw | 206 |
| #43 | (expressive-disclosure or emotional-disclosure or "emotional expression" or emotional-expression):ti,ab,kw | 406 |
| #44 | (mindful* or MBT or MBSR or MBCT or MBCI):ti,ab,kw | 6489 |
| #45 | (positive next psychology):ti,ab,kw | 391 |
| #46 | (existential or logotherap*):ti,ab,kw | 313 |
| #47 | (spiritually-focused or psycho-spiritual):ti,ab,kw | 33 |
| #48 | ("meaning making" or meaning-making or "meaning centered" or meaning-centered):ti,ab,kw | 105 |
| #49 | (uncertainty next manag*):ti,ab,kw | 27 |
| #50 | ("expressive writing"):ti,ab,kw | 346 |
| #51 | (narrative next therap*):ti,ab,kw | 98 |
| #52 | (art next therap*):ti,ab,kw | 462 |
| #53 | {or #12-#52} | 555731 |
| #54 | MeSH descriptor: [Resilience, Psychological] explode all trees | 262 |
| #55 | (resilien* or hardiness*):ti,ab,kw | 2581 |
| #56 | (adapt* next to next change or accept* next of next change or "tolerance of negative affect" or "sense of control" or bounc* next back):ti,ab,kw | 276 |
| #57 | ("resilience scale" or CD-RISC or RS-14):ti,ab,kw | 333 |
| #58 | {or #54-#57} | 2842 |
| #59 | MeSH descriptor: [Adaptation, Psychological] explode all trees | 5383 |
| #60 | MeSH descriptor: [Social Adjustment] explode all trees | 921 |
| #61 | MeSH descriptor: [Empowerment] explode all trees | 28 |
| #62 | ("post-traumatic growth" or "posttraumatic growth" or PTG or "stress-related growth" or psycho* next grow* or personel next grow* or grow* next through next trauma* or "growing positively" or "positive growth"):ti,ab,kw | 340 |
| #63 | ("benefit finding" or benefit-finding or "perceived benefit"):ti,ab,kw | 361 |
| #64 | ((positiv* or psycho* or social) near/1 (adapt* or adjust*)):ti,ab,kw | 6977 |
| #65 | ((overcom* or adapt* or adjust*) near (stress* or trauma*)):ti,ab,kw | 1103 |
| #66 | ("adaptive cope" or "adaptive coping"):ti,ab,kw | 211 |
| #67 | (empower*):ti,ab,kw | 3887 |
| #68 | (PTGI or "new possibilities" or "relating to others" or "personal strength" or "appreciation of life"):ti,ab,kw | 228 |

EK-3.(Devam) Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review)

Formu

| | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| #69 | ("stress-related growth scale" or SRGS or "benefit finding scale" or "benefit-finding scale" or "growth through uncertainty scale" or GTUS):ti,ab,kw | 21 |
| #70 | {or #59-#69} | 13714 |
| #71 | MeSH descriptor: [Self Concept] explode all trees | 7240 |
| #72 | MeSH descriptor: [Spirituality] explode all trees | 183 |
| #73 | MeSH descriptor: [Altruism] explode all trees | 90 |
| #74 | ("self actualization" or self-actualization or self-transcend*):ti,ab,kw | 114 |
| #75 | ("change of identity" or "coming to terms"):ti,ab,kw | 10 |
| #76 | (meaning):ti,ab,kw | 3131 |
| #77 | (meaning near/2 peace or meaning near/2 purpose):ti,ab,kw | 112 |
| #78 | (purpose* near/3 life):ti,ab,kw | 389 |
| #79 | ("life review" or "life engagement" or "life regard"):ti,ab,kw | 226 |
| #80 | spiritual*:ti,ab,kw | 1588 |
| #81 | ("sense of coherence"):ti,ab,kw | 244 |
| #82 | (altruis* or selfless*):ti,ab,kw | 341 |
| #83 | (facit-sp or "meaning in life scale" or "purpose in life test" or "meaning in life questionnaire" or MLQ):ti,ab,kw | 97 |
| #84 | {or #71-#83} | 12808 |
| #85 | #58 or #70 or #84 | 27351 |
| #86 | #11 and #53 and #85 in Trials (Word variations have been searched) | 575* |

**Elde edilen toplam kayıt sayısı*

**EK-4. Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review) Yürüten
Uzmanlar**

Prof. Dr. Satı DEMİR

Gazi Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı

Assoc. Prof. Y. Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

University College Dublin

School of Nursing, Midwifery and Health Systems

EK-5. Araştırma Tarama Stratejisi

| VERİ TABANI : Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| TARİH : 29/11/2021 | | |
| KAYIT SAYISI : 429 | | |
| ID | Search | Hits |
| #1 | MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees | 84905 |
| #2 | (cancer* or tumo?r* or neoplas* or malignan* or carcinoma* or adenocarcinoma* or choriocarcinoma* or sarcoma* or melanoma* or leuk?emia* or lymphoma* or glioma* or teratoma*):ti,ab,kw | 247635 |
| #3 | {or #1-#2} | 252469 |
| #4 | MeSH descriptor: [Survivors] explode all trees | 1677 |
| #5 | (survivor* or surviving or survive*):ti,ab,kw | 17840 |
| #6 | {or #4-#5} | 17840 |
| #7 | #3 and #6 | 7699 |
| #8 | MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees | 25784 |
| #9 | MeSH descriptor: [Counseling] explode all trees | 5795 |
| #10 | MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] explode all trees | 9203 |
| #11 | MeSH descriptor: [Self-Help Groups] explode all trees | 789 |
| #12 | MeSH descriptor: [Social Support] explode all trees | 3482 |
| #13 | MeSH descriptor: [Spiritual Therapies] explode all trees | 1544 |
| #14 | (psychotherap*):ti,ab,kw | 14569 |
| #15 | (counsel?ing or coaching):ti,ab,kw | 26392 |
| #16 | (psychoeducation*):ti,ab,kw | 5018 |
| #17 | ((psychosocial or psychologic* or psychodynamic) near/5 (therap* or treat* or interven* or support* or program* or educat* or train*)):ti,ab,kw | 21380 |
| #18 | (education* near/5 interven*):ti,ab,kw | 15191 |
| #19 | (patient near/5 educat*):ti,ab,kw | 17349 |
| #20 | ("self help" near/5 (technique* or treat* or group*)):ti,ab,kw | 1798 |
| #21 | (skill* next (train* or interven*)):ti,ab,kw | 4303 |
| #22 | (support* near (program* or therap* or treat*)):ti,ab,kw | 22187 |
| #23 | (social next support*):ti,ab,kw | 8749 |
| #24 | (group* near (therap* or treat* or train* or program* or interven* or support* or educat* or coping)):ti,ab,kw | 356898 |
| #25 | ((cogniti* or behavio?r*) near (therap* or treat* or interven* or program* or train*)):ti,ab,kw | 72385 |
| #26 | (metacognitive or metacognition):ti,ab,kw | 811 |
| #27 | ("CBT" or "CCBT" or "ICBT"):ti,ab,kw | 9371 |
| #28 | ("third wave" near therap*):ti,ab,kw | 61 |
| #29 | (cognitive near restructur*):ti,ab,kw | 800 |
| #30 | (refram* or reapprais*):ti,ab,kw | 917 |
| #31 | (acceptance near/2 commitment):ti,ab,kw | 1291 |
| #32 | ("acceptance-based"):ti,ab,kw | 213 |
| #33 | ("cognitive emotional"):ti,ab,kw | 358 |
| #34 | ((anxiety or distress) near manag*):ti,ab,kw | 2102 |
| #35 | ("CBSM"):ti,ab,kw | 132 |
| #36 | (stress near (reduc* or inoculation or manag*)):ti,ab,kw | 11938 |
| #37 | (problem next (solving or manag*)):ti,ab,kw | 5754 |
| #38 | (expressive near/5 disclosure):ti,ab,kw | 26 |
| #39 | (emotional next (expres* or disclosure)):ti,ab,kw | 546 |
| #40 | (mindful*):ti,ab,kw | 6665 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| #41 | ("MBT" or "MBSR" or "MBCT" or "MBCI"):ti,ab,kw | 1677 |
| #42 | ("positive psychology"):ti,ab,kw | 426 |
| #43 | (existential or logotherap*):ti,ab,kw | 323 |
| #44 | (meaning-making or meaning-centered):ti,ab,kw | 113 |
| #45 | (uncertainty next manag*):ti,ab,kw | 28 |
| #46 | ("expressive writing"):ti,ab,kw | 363 |
| #47 | (narrative next therap*):ti,ab,kw | 106 |
| #48 | (art next therap*):ti,ab,kw | 479 |
| #49 | {or #8-#48} | 459014 |
| #50 | MeSH descriptor: [Resilience, Psychological] explode all trees | 290 |
| #51 | (resilien* or hardiness*):ti,ab,kw | 2799 |
| #52 | ("cognitive flexibility"):ti,ab,kw | 626 |
| #53 | (adapt* near/1 change) or (accept* near/1 change) or "tolerance of negative affect" or "sense of control" or (bounc* next back):ti,ab,kw | 441 |
| #54 | ("CD-RISC" or "RS-14"):ti,ab,kw | 113 |
| #55 | {or #50-#54} | 3837 |
| #56 | MeSH descriptor: [Adaptation, Psychological] explode all trees | 5535 |
| #57 | MeSH descriptor: [Social Adjustment] explode all trees | 932 |
| #58 | MeSH descriptor: [Empowerment] explode all trees | 40 |
| #59 | ("post-traumatic growth" or "posttraumatic growth" or "PTG" or "stress-related growth" or (psycho* next grow*) or (personal next grow*) or (grow* next through next trauma*) or "growing positively" or "positive growth"):ti,ab,kw | 473 |
| #60 | ("benefit finding" or "perceived benefit"):ti,ab,kw | 378 |
| #61 | ((positiv* or psycho* or social) near/1 (adapt* or adjust*)):ti,ab,kw | 7172 |
| #62 | ((overcom* or withstand* or recover* or adapt* or adjust*) near (stress* or trauma* or adversit*)):ti,ab,kw | 2342 |
| #63 | ("adaptive cope" or "adaptive coping" or "coping flexibility"):ti,ab,kw | 232 |
| #64 | (empower*):ti,ab,kw | 4142 |
| #65 | ("growth through uncertainty"):ti,ab,kw | 1 |
| #66 | ("PTGI" or "new possibilities" or "relating to others" or "personal strength" or "appreciation of life"):ti,ab,kw | 241 |
| #67 | ("SRGS" or "GTUS"):ti,ab,kw | 4 |
| #68 | {or #56-#67} | 15530 |
| #69 | MeSH descriptor: [Self Concept] explode all trees | 7462 |
| #70 | MeSH descriptor: [Spirituality] explode all trees | 188 |
| #71 | MeSH descriptor: [Altruism] explode all trees | 93 |
| #72 | ("self actualization" or (self next transcend*)):ti,ab,kw | 117 |
| #73 | ("global beliefs" or "change of identity" or "coming to terms"):ti,ab,kw | 14 |
| #74 | ((meaning* or purpose* or sense) near/3 life):ti,ab,kw | 765 |
| #75 | ("meaning and peace" or "meaning and purpose" or meaningfulness or "sense of meaning" or "sense of purpose" or "personal meaning"):ti,ab,kw | 381 |
| #76 | ("search for meaning" or "finding meaning"):ti,ab,kw | 42 |
| #77 | (meaning* near/3 existence):ti,ab,kw | 8 |
| #78 | (life next (review or engagement or regard)):ti,ab,kw | 230 |
| #79 | spiritual*:ti,ab,kw | 1673 |
| #80 | ("sense of coherence"):ti,ab,kw | 257 |
| #81 | (altruis* or selfless*):ti,ab,kw | 363 |
| #82 | ("facit-sp" or "MLQ"):ti,ab,kw | 88 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|-----|------------------------------|-------|
| #83 | {or #70-#82} | 3502 |
| #84 | #55 or #68 or #83 | 21836 |
| #85 | #7 and #49 and #84 in Trials | 429 |

| VERİ TABANI : Web of Science Core Collection | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| TARİH : 29/11/2021 | | |
| KAYIT SAYISI : 338 | | |
| ID | Search | Hits |
| #1 | TS=(cancer* or tumo?r* or neoplas* or malignan* or carcinoma* or adenocarcinoma* or choriocarcinoma* or sarcoma* or melanoma* or leuk?emia* or lymphoma* or glioma* or teratoma*) | 4,089,924 |
| #2 | TS=(survivor* or surviving or survive*) | 375,356 |
| #3 | (#1) AND #2 | 86,271 |
| #4 | TS=(psychotherap* or counsel?ing or coaching or psychoeducation*) | 157,258 |
| #5 | TS=((psychosocial or psychologic* or psychodynamic) near/5 (therap* or treat* or interven* or support* or program* or educat* or train*)) | 87,893 |
| #6 | TS=((education* near/5 interven*) or (patient near/5 educat*)) | 87,251 |
| #7 | TS=("self help" near/5 (technique* or treat* or group*)) | 3,897 |
| #8 | TS=("skill* train*" or "skill* interven*") | 13,872 |
| #9 | TS=(support* near/6 (program* or therap* or treat*)) | 155,379 |
| #10 | TS=("social support*") | 83,620 |
| #11 | TS=(group* near/6 (therap* or treat* or train* or program* or interven* or support* or educat* or coping)) | 628,743 |
| #12 | TS=((cogniti* or behavio?r*) near/6 (therap* or treat* or interven* or program* or train*)) | 134,827 |
| #13 | TS=(metacognitive or metacognition) | 14,340 |
| #14 | TS=("CBT" or "CCBT" or "ICBT") | 17,974 |
| #15 | TS=("third wave" near/6 therap*) | 227 |
| #16 | TS=(cognitive near/6 restructur*) | 1,455 |
| #17 | TS=(refram* or reapprais*) | 32,395 |
| #18 | TS=(acceptance near/2 commitment) | 2,434 |
| #19 | TS=("acceptance-based") | 712 |
| #20 | TS=("cognitive emotional") | 3,350 |
| #21 | TS=((anxiety or distress) near/6 manag*) | 7,389 |
| #22 | TS=("CBSM") | 157 |
| #23 | TS=(stress near/6 (reduc* or inoculation or manag*)) | 119,777 |
| #24 | TS=("problem solving" or "problem manag*") | 62,450 |
| #25 | TS=(expressive near/5 disclosure) | 43 |
| #26 | TS=("emotional expres*" or "emotional disclosure") | 8,510 |
| #27 | TS=(mindful*) | 26,546 |
| #28 | TS=("MBT" or "MBSR" or "MBCT" or "MBCI") | 5,991 |
| #29 | TS=("positive psychology") | 5,722 |
| #30 | TS=(existential or logotherap* or "meaning-making" or "meaning-centered") | 24,714 |
| #31 | TS=("uncertainty manag*") | 1,565 |
| #32 | TS=("expressive writing") | 733 |
| #33 | TS=("narrative therap*") | 713 |
| #34 | TS=("art therap*") | 3,250 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| VERİ TABANI : CINAHL Plus with Full Text | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| TARİH : 29/11/2021 | | |
| KAYIT SAYISI : 728 | | |
| ID | Search | Hits |
| S1 | (MH "Neoplasms+") | 465,900 |
| S2 | TI (cancer* or tumo?r* or neoplas* or malignan* or carcinoma* or adenocarcinoma* or choriocarcinoma* or sarcoma* or melanoma* or leuk?emia* or lymphoma* or glioma* or teratoma*) OR AB (cancer* or tumo?r* or neoplas* or malignan* or carcinoma* or adenocarcinoma* or choriocarcinoma* or sarcoma* or melanoma* or leuk?emia* or lymphoma* or glioma* or teratoma*) | 486,070 |
| S3 | S1 OR S2 | 615,763 |
| S4 | (MH "Survivors+") | 20,711 |
| S5 | TI (survivor* or surviving or survive*) OR AB (survivor* or surviving or survive*) | 56,806 |
| S6 | S4 OR S5 | 62,376 |
| S7 | S3 AND S6 | 23,248 |
| S8 | (MH "Psychotherapy+") | 147,418 |
| S9 | (MH "Counseling+") | 29,565 |
| S10 | (MH "Patient Education+") | 41,939 |
| S11 | (MH "Support Groups+") | 6,902 |
| S12 | (MH "Psychoeducation") | 2,757 |
| S13 | (MH "Spiritual Care") | 2,608 |
| S14 | (MH "Stress Management") | 4,678 |
| S15 | (MH "Positive Psychology") | 1,242 |
| S16 | TI psychotherap* OR AB psychotherap* | 14,559 |
| S17 | TI (counsel?ing or coaching) OR AB (counsel?ing or coaching) | 18,390 |
| S18 | TI psychoeducation* OR AB psychoeducation* | 2,643 |
| S19 | TI ((psychosocial or psychologic* or psychodynamic) N5 (therap* or treat* or interven* or support* or program* or educat* or train*)) OR AB ((psychosocial or psychologic* or psychodynamic) N5 (therap* or treat* or interven* or support* or program* or educat* or train*)) | 29,370 |
| S20 | TI education* n5 interven* OR AB education* n5 interven* | 16,026 |
| S21 | TI patient n5 educat* OR AB patient n5 educat* | 23,972 |
| S22 | TI ("self help" n5 (technique* or treat* or group*)) OR AB ("self help" n5 (technique* or treat* or group*)) | 1,047 |
| S23 | TI ("skill* train*" or "skill* interven*") OR AB ("skill* train*" or "skill* interven*") | 4,375 |
| S24 | TI (support* n6 (program* or therap* or treat*)) OR AB (support* n6 (program* or therap* or treat*)) | 41,278 |
| S25 | TI "social support*" OR AB "social support*" | 23,974 |
| S26 | TI (group* n6 (therap* or treat* or train* or program* or interven* or support* or educat* or coping)) OR AB (group* n6 (therap* or treat* or train* or program* or interven* or support* or educat* or coping)) | 149,096 |
| S27 | TI ((cogniti* or behavio?r*) n6 (therap* or treat* or interven* or program* or train*)) OR AB ((cogniti* or behavio?r*) n6 (therap* or treat* or interven* or program* or train*)) | 35,754 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| S28 | TI (metacognitive or metacognition) OR AB (metacognitive or metacognition) | 1,589 |
| S29 | TI ("CBT" or "CCBT" or "ICBT") OR AB ("CBT" or "CCBT" or "ICBT") | 5,620 |
| S30 | TI "third wave" n6 therap* OR AB "third wave" n6 therap* | 82 |
| S31 | TI cognitive n6 restructur* OR AB cognitive n6 restructur* | 347 |
| S32 | TI (refram* or reapprais*) OR AB (refram* or reapprais*) | 3,900 |
| S33 | TI acceptance n2 commitment OR AB acceptance n2 commitment | 812 |
| S34 | TI acceptance-based OR AB acceptance-based | 191 |
| S35 | TI "cognitive emotional" OR AB "cognitive emotional" | 759 |
| S36 | TI ((anxiety or distress) n6 manag*) OR AB ((anxiety or distress) n6 manag*) | 3,044 |
| S37 | TI "CBSM" OR AB "CBSM" | 40 |
| S38 | TI (stress n6 (reduc* or inoculation or manag*)) OR AB (stress n6 (reduc* or inoculation or manag*)) | 14,676 |
| S39 | TI ("problem solving" or "problem manag*") OR AB ("problem solving" or "problem manag*") | 7,451 |
| S40 | TI expressive n5 disclosure OR AB expressive n5 disclosure | 16 |
| S41 | TI ("emotional expres*" or "emotional disclosure") OR AB ("emotional expres*" or "emotional disclosure") | 1,318 |
| S42 | TI mindful* OR AB mindful* | 7,709 |
| S43 | TI ("MBT" or "MBSR" or "MBCT" or "MBCI") OR AB ("MBT" or "MBSR" or "MBCT" or "MBCI") | 809 |
| S44 | TI "positive psychology" OR AB "positive psychology" | 788 |
| S45 | TI (existential or logotherap*) OR AB (existential or logotherap*) | 2,794 |
| S46 | TI ("meaning-making" or "meaning-centered") OR AB ("meaning-making" or "meaning-centered") | 976 |
| S47 | TI "uncertainty manag*" OR AB "uncertainty manag*" | 105 |
| S48 | TI "expressive writing" OR AB "expressive writing" | 245 |
| S49 | TI "narrative therap*" OR AB "narrative therap*" | 272 |
| S50 | TI "art therap*" OR AB "art therap*" | 1,585 |
| S51 | S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 | 467,578 |
| S52 | (MH "Hardiness") | 10,961 |
| S53 | TI (resilien* or hardiness*) OR AB (resilien* or hardiness*) | 15,569 |
| S54 | TI "cognitive flexibility" OR AB "cognitive flexibility" | 930 |
| S55 | TI ((adapt* n1 change) or (accept* n1 change) or "tolerance of negative affect" or "sense of control" or "bounc* back") OR AB ((adapt* n1 change) or (accept* n1 change) or "tolerance of negative affect" or "sense of control" or "bounc* back") | 2,669 |
| S56 | TI ("CD-RISC" or "RS-14") OR AB ("CD-RISC" or "RS-14") | 133 |
| S57 | S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 | 21,999 |
| S58 | (MH "Adaptation, Psychological+") | 28,333 |
| S59 | (MH "Social Adjustment") | 3,076 |
| S60 | (MH "Empowerment") | 9,831 |
| S61 | (MH "Personal Growth") | 2,358 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| S62 | TI ("post-traumatic growth" or "posttraumatic growth" or "PTG" or "stress-related growth" or "psycho* grow*" or "personal grow*" or "grow* through trauma*" or "growing positively" or "positive growth") OR AB ("post-traumatic growth" or "posttraumatic growth" or "PTG" or "stress-related growth" or "psycho* grow*" or "personal grow*" or "grow* through trauma*" or "growing positively" or "positive growth") | 2,731 |
| S63 | TI ("benefit finding" or "perceived benefit") OR AB ("benefit finding" or "perceived benefit") | 806 |
| S64 | TI ((positiv* or psycho* or social) n1 (adapt* or adjust*)) OR AB ((positiv* or psycho* or social) n1 (adapt* or adjust*)) | 6,171 |
| S65 | TI ((overcom* or withstand* or recover* or adapt* or adjust*) n6 (stress* or trauma* or adversit*)) OR AB ((overcom* or withstand* or recover* or adapt* or adjust*) n6 (stress* or trauma* or adversit*)) | 7,017 |
| S66 | TI ("adaptive cope" or "adaptive coping" or "coping flexibility") OR AB ("adaptive cope" or "adaptive coping" or "coping flexibility") | 655 |
| S67 | TI empower* OR AB empower* | 18,711 |
| S68 | TI "growth through uncertainty" OR AB "growth through uncertainty" | 3 |
| S69 | TI ("PTGI" or "new possibilities" or "relating to others" or "personal strength" or "appreciation of life") OR AB ("PTGI" or "new possibilities" or "relating to others" or "personal strength" or "appreciation of life") | 1,084 |
| S70 | TI ("SRGS" or "GTUS") OR AB ("SRGS" or "GTUS") | 10 |
| S71 | S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63 OR S64 OR S65 OR S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70 | 67,473 |
| S72 | (MH "Self Concept+") | 56,112 |
| S73 | (MH "Spirituality") | 11,183 |
| S74 | (MH "Altruism") | 2,080 |
| S75 | (MH "Life Purpose") | 1,884 |
| S76 | TI ("self actualization" or "self transcend*") OR AB ("self actualization" or "self transcend*") | 501 |
| S77 | TI ("global beliefs" or "change of identity" or "coming to terms") OR AB ("global beliefs" or "change of identity" or "coming to terms") | 343 |
| S78 | TI ((meaning* or purpose* or sense) n3 life) OR AB ((meaning* or purpose* or sense) n3 life) | 5,066 |
| S79 | TI ("meaning and peace" or "meaning and purpose" or meaningfulness or "sense of meaning" or "sense of purpose" or "personal meaning") OR AB ("meaning and peace" or "meaning and purpose" or meaningfulness or "sense of meaning" or "sense of purpose" or "personal meaning") | 1,963 |
| S80 | TI ("search for meaning" or "finding meaning") OR AB ("search for meaning" or "finding meaning") | 584 |
| S81 | TI meaning* n3 existence OR AB meaning* n3 existence | 100 |
| S82 | TI ("life review" or "life engagement" or "life regard") OR AB ("life review" or "life engagement" or "life regard") | 287 |
| S83 | TI spiritual* OR AB spiritual* | 13,763 |
| S84 | TI "sense of coherence" OR AB "sense of coherence" | 1,309 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| S85 | TI (altruis* or selfless*) OR AB (altruis* or selfless*) | 1,980 |
| S86 | TI ("facit-sp" or "MLQ") OR AB ("facit-sp" or "MLQ") | 136 |
| S87 | S72 OR S73 OR S74 OR S75 OR S76 OR S77 OR S78 OR S79 OR S80 OR S81 OR S82 OR S83 OR S84 OR S85 OR S86 | 83,726 |
| S88 | S57 OR S71 OR S87 | 159,276 |
| S89 | S7 AND S51 AND S88 | 1,297 |
| S90 | (MH "Clinical Trials+") | 250,932 |
| S91 | (MH "Random Assignment") | 55,381 |
| S92 | (MH "Quantitative Studies") | 23,782 |
| S93 | (MH "Placebos") | 9,029 |
| S94 | TX random* OR factorial* OR placebo* OR assign* OR allocat* OR crossover* | 710,964 |
| S95 | TX "cross over" | 8,691 |
| S96 | TX trial AND TX (control* or comparative) | 441,694 |
| S97 | TX (blind* or mask*) AND TX (single or double or triple or treble) | 856,144 |
| S98 | TX "treatment arm" | 2,786 |
| S99 | TX "control group*" | 153,554 |
| S100 | TX phase AND TX (three or III) | 188,717 |
| S101 | TX versus or vs | 524,623 |
| S102 | TX rct | 37,369 |
| S103 | S90 OR S91 OR S92 OR S93 OR S94 OR S95 OR S96 OR S97 OR S98 OR S99 OR S100 OR S101 OR S102 | 1,774,761 |
| S104 | S89 AND S103 | 728 |

VERİ TABANI : PUBMED**TARİH** : 03/12/2021**KAYIT SAYISI** : 319

| ID | Search | Hits |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| #1 | neoplasms[MeSH Terms] | 3,581,001 |
| #2 | cancer*[Title/Abstract] OR tumor*[Title/Abstract] OR tumour[Title/Abstract] OR neoplas*[Title/Abstract] OR malignan*[Title/Abstract] OR carcinoma*[Title/Abstract] OR adenocarcinoma*[Title/Abstract] OR choriocarcinoma* [Title/Abstract] OR sarcoma*[Title/Abstract] OR melanoma* [Title/Abstract] OR leukemia*[Title/Abstract] OR leukaemia[Title/Abstract] OR lymphoma*[Title/Abstract] OR glioma*[Title/Abstract] OR teratoma*[Title/Abstract] | 3,972,262 |
| #3 | #1 OR #2 | 4,751,229 |
| #4 | survivors[MeSH Terms] | 36,940 |
| #5 | survivor*[Title/Abstract] OR surviving[Title/Abstract] OR survive*[Title/Abstract] | 290,141 |
| #6 | #4 OR #5 | 299,578 |
| #7 | #3 AND #6 | 84,287 |
| #8 | (((((psychotherapy[MeSH Terms]) OR (counseling[MeSH Terms]))) OR (patient education as topic[MeSH Terms])) OR (self help groups[MeSH Terms])) OR (social support[MeSH Terms])) OR (spiritual therapies[MeSH Terms]) | 412,469 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| #9 | psychotherap*[Title/Abstract] OR counseling[Title/Abstract] OR counselling[Title/Abstract] OR coaching[Title/Abstract] OR psychoeducation*[Title/Abstract] | 167,139 |
| #10 | "psychosocial therap*[Title/Abstract] OR "psychosocial treat*[Title/Abstract] OR "psychosocial interven*" [Title/Abstract] OR "psychosocial support*[Title/Abstract] OR "psychosocial program*[Title/Abstract] OR "psychosocial educat*[Title/Abstract] OR "psychosocial train*[Title/Abstract] | 12,803 |
| #11 | "psychologic therap*[Title/Abstract] OR "psychologic treat*[Title/Abstract] OR "psychologic interven*" [Title/Abstract] OR "psychologic support*[Title/Abstract] OR "psychologic program*[Title/Abstract] OR "psychologic educat*" [Title/Abstract] OR "psychologic train*[Title/Abstract] OR "psychological therap*[Title/Abstract] OR "psychological treat*" [Title/Abstract] OR "psychological interven*" [Title/Abstract] OR "psychological support*[Title/Abstract] OR "psychological program*[Title/Abstract] OR "psychological educat*" [Title/Abstract] OR "psychological train*[Title/Abstract] | 18,341 |
| #12 | "psychodynamic therap*[Title/Abstract] OR "psychodynamic treat*[Title/Abstract] OR "psychodynamic interven*" [Title/Abstract] OR "psychodynamic support*" [Title/Abstract] OR "psychodynamic program*[Title/Abstract] OR "psychodynamic educat*[Title/Abstract] OR "psychodynamic train*[Title/Abstract] | 933 |
| #13 | "educational interven*" [Title/Abstract] OR "educative interven*" [Title/Abstract] OR "interventional educati*" [Title/Abstract] OR "patient educat*" [Title/Abstract] | 34,345 |
| #14 | "selfhelp technique*" [Title/Abstract] OR "self help treat*" [Title/Abstract] OR "selfhelp group*" [Title/Abstract] | 2,059 |
| #15 | "skill train*" [Title/Abstract] OR "skills train*" [Title/Abstract] OR "skill interven*" [Title/Abstract] OR "skills interven*" [Title/Abstract] | 9,055 |
| #16 | "support program*" [Title/Abstract] OR "support therap*" [Title/Abstract] OR "support treat*" [Title/Abstract] OR "supportive program*" [Title/Abstract] OR "supportive therap*" [Title/Abstract] OR "supportive treat*" [Title/Abstract] OR "supported program*" [Title/Abstract] OR "supported therap*" [Title/Abstract] OR "supported treat*" [Title/Abstract] OR "support group*" [Title/Abstract] OR "supportive group*" [Title/Abstract] OR "supported group*" [Title/Abstract] OR "social support*" [Title/Abstract] | 69,928 |
| #17 | "group therap*" [Title/Abstract] OR "group treat*" [Title/Abstract] OR "group train*" [Title/Abstract] OR "group program*" [Title/Abstract] OR "group interven*" [Title/Abstract] OR "group support*" [Title/Abstract] OR "group educat*" [Title/Abstract] OR "group coping" [Title/Abstract] OR "group based therap*" [Title/Abstract] OR "group based treat*" [Title/Abstract] OR "group based train*" [Title/Abstract] OR "group based program*" [Title/Abstract] OR "group based interven*" [Title/Abstract] OR "group based support*" [Title/Abstract] OR "group based educat*" [Title/Abstract] OR "group based coping" [Title/Abstract] | 31,791 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| #18 | "cognitive therap*"[Title/Abstract] OR "cognitive treat*" [Title/Abstract] OR "cognitive train*"[Title/Abstract] OR "cognitive program*"[Title/Abstract] OR "cognitive interven*" [Title/Abstract] OR "cognition therap*"[Title/Abstract] OR "cognition treat*"[Title/Abstract] OR "cognition train*" [Title/Abstract] OR "cognition program*"[Title/Abstract] OR "cognition interven*"[Title/Abstract] OR "behavior therap*" [Title/Abstract] OR "behavior treat*"[Title/Abstract] OR "behavior train*"[Title/Abstract] OR "behavior program*"[Title/Abstract] OR "behavior interven*"[Title/Abstract] OR "behaviour therap*" [Title/Abstract] OR "behaviour treat*"[Title/Abstract] OR "behaviour train*"[Title/Abstract] OR "behaviour program*" [Title/Abstract] OR "behaviour interven*"[Title/Abstract] | 18,301 |
| #19 | metacognitive[Title/Abstract] OR metacognition[Title/Abstract] | 4,791 |
| #20 | "CBT"[Title/Abstract] OR "CCBT"[Title/Abstract] OR "ICBT"[Title/Abstract] | 13,542 |
| #21 | "third wave therap*"[Title/Abstract] | 39 |
| #22 | "cognitive restructur*"[Title/Abstract] OR refram* [Title/Abstract] OR reapprais*"[Title/Abstract] | 15,791 |
| #23 | "acceptance and commitment"[Title/Abstract] OR "acceptance commitment"[Title/Abstract] OR "acceptance- based"[Title/Abstract] | 1,660 |
| #24 | "cognitive emotional"[Title/Abstract] | 2,239 |
| #25 | "anxiety manag*"[Title/Abstract] OR "distress manag*" [Title/Abstract] OR "CBSM"[Title/Abstract] OR "stress reduc*" [Title/Abstract] OR "stress inoculation"[Title/Abstract] OR "stress manag*"[Title/Abstract] OR "reducing stress" [Title/Abstract] OR "managing stress"[Title/Abstract] OR "reducing distress"[Title/Abstract] OR "managing distress" [Title/Abstract] OR "reducing anxiety"[Title/Abstract] OR "managing anxiety"[Title/Abstract] | 14,487 |
| #26 | "problem solving"[Title/Abstract] OR "problem manag*" [Title/Abstract] | 20,135 |
| #27 | mindful*[Title/Abstract] OR "MBT"[Title/Abstract] OR "MBSR"[Title/Abstract] OR "MBCT"[Title/Abstract] OR "MBCI" [Title/Abstract] | 15,210 |
| #28 | "positive psychology"[Title/Abstract] | 1,397 |
| #29 | existential[Title/Abstract] OR logotherap*[Title/Abstract] OR "meaning-making"[Title/Abstract] OR "meaning-centered" [Title/Abstract] | 6,007 |
| #30 | "uncertainty manag*"[Title/Abstract] | 176 |
| #31 | "expressive writing"[Title/Abstract] OR "narrative therap*"[Title/Abstract] OR "art therap*"[Title/Abstract] | 1,819 |
| #32 | #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 | 681,940 |
| #33 | resilience, psychological[MeSH Terms] | 7,498 |
| #34 | resilien*[Title/Abstract] OR hardiness*[Title/Abstract] | 45,699 |
| #35 | "cognitive flexibility"[Title/Abstract] | 3,784 |
| #36 | "adapt to change"[Title/Abstract] OR "adaptability to change"[Title/Abstract] OR "accept of change"[Title/Abstract] OR "acceptance of change"[Title/Abstract] OR "tolerance of negative affect"[Title/Abstract] OR "sense of control" [Title/Abstract] OR "bounce back"[Title/Abstract] OR "bouncing back"[Title/Abstract] | 2,022 |
| #37 | "CD-RISC"[Title/Abstract] OR "RS-14"[Title/Abstract] | 462 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| #38 | #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 | 52,520 |
| #39 | ((adaptation, psychological[MeSH Terms]) OR (social adjustment[MeSH Terms])) OR (empowerment[MeSH Terms]) | 153,629 |
| #40 | "post-traumatic growth"[Title/Abstract] OR "posttraumatic growth"[Title/Abstract] OR "PTG"[Title/Abstract] OR "stress-related growth"[Title/Abstract] OR "psychologic grow*"[Title/Abstract] OR "psychological grow*"[Title/Abstract] OR "psychosocial grow*"[Title/Abstract] OR "personal grow*" [Title/Abstract] OR "growth through trauma*"[Title/Abstract] OR "growing through trauma*"[Title/Abstract] OR "growing positively"[Title/Abstract] OR "positive growth"[Title/Abstract] | 5,365 |
| #41 | "benefit finding"[Title/Abstract] OR "perceived benefit" [Title/Abstract] | 1,651 |
| #42 | "positive adapt*"[Title/Abstract] OR "positive adjust*" [Title/Abstract] OR "positively adapt*"[Title/Abstract] OR "positively adjust*"[Title/Abstract] OR "adapt positively" [Title/Abstract] OR "adapting positively"[Title/Abstract] OR "psychosocial adjust*"[Title/Abstract] OR "psychosocial adapt*" [Title/Abstract] OR "psychological adapt*"[Title/Abstract] OR "psychological adjust*"[Title/Abstract] OR "psychologic adapt*" [Title/Abstract] OR "psychologic adjust*"[Title/Abstract] OR "social adapt*"[Title/Abstract] OR "social adjust*"[Title/Abstract] | 11,218 |
| #43 | "overcome stress*"[Title/Abstract] OR "overcome trauma*"[Title/Abstract] OR "overcome adversit*"[Title/Abstract] OR "withstand stress*"[Title/Abstract] OR "withstand trauma*" [Title/Abstract] OR "withstand adversit*"[Title/Abstract] OR "withstanding stress*"[Title/Abstract] OR "withstanding trauma*"[Title/Abstract] OR "withstanding adversit*" [Title/Abstract] OR "overcoming stress*"[Title/Abstract] OR "overcoming trauma*"[Title/Abstract] OR "overcoming adversit*" [Title/Abstract] OR "recover from adversit*"[Title/Abstract] OR "recover from stress*"[Title/Abstract] OR "recover from trauma*" [Title/Abstract] OR "recover from the adversit*"[Title/Abstract] OR "recover from the trauma*"[Title/Abstract] OR "recovering from trauma*"[Title/Abstract] OR "recovering from the trauma*" [Title/Abstract] OR "stress recover*"[Title/Abstract] OR "trauma recover*"[Title/Abstract] OR "stress adapt*"[Title/Abstract] OR "stress adjust*"[Title/Abstract] OR "adapting to stress*" [Title/Abstract] OR "adapt to stress*"[Title/Abstract] OR "trauma adapt*"[Title/Abstract] OR "trauma adjust*"[Title/Abstract] | 3,731 |
| #44 | "adaptive cope"[Title/Abstract] OR "adaptive coping" [Title/Abstract] OR "coping flexibility"[Title/Abstract] | 1,331 |
| #45 | empower*[Title/Abstract] OR "growth through uncertainty"[Title/Abstract] | 31,549 |
| #46 | "PTGI"[Title/Abstract] OR "new possibilities" [Title/Abstract] OR "relating to others"[Title/Abstract] OR "personal strength"[Title/Abstract] OR "appreciation of life" [Title/Abstract] | 10,122 |
| #47 | "SRGS"[Title/Abstract] OR "GTUS"[Title/Abstract] | 77 |
| #48 | #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 | 207,683 |
| #49 | ((self concept[MeSH Terms]) OR (spirituality[MeSH Terms])) OR (altruism[MeSH Terms]) | 131,893 |
| #50 | "self actualization"[Title/Abstract] OR "self transcend*" [Title/Abstract] | 1,361 |

EK-5.(Devam) Araştırma Tarama Stratejisi

| | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| #51 | "global beliefs"[Title/Abstract] OR "change of identity" [Title/Abstract] OR "coming to terms"[Title/Abstract] | 554 |
| #52 | "life purpose*"[Title/Abstract] OR "life's purpose*" [Title/Abstract] OR "purpose in life"[Title/Abstract] OR "purpose of life"[Title/Abstract] OR "purpose in one's life"[Title/Abstract] OR "purpose of one's life"[Title/Abstract] | 1,284 |
| #53 | "life meaning"[Title/Abstract] OR "meaning in life" [Title/Abstract] OR "meaning of life"[Title/Abstract] | 1,595 |
| #54 | "life sense"[Title/Abstract] OR "sense of life" [Title/Abstract] | 215 |
| #55 | "meaning and peace"[Title/Abstract] OR "meaning and purpose"[Title/Abstract] OR meaningfulness[Title/Abstract] OR "sense of meaning"[Title/Abstract] OR "sense of purpose" [Title/Abstract] OR "personal meaning"[Title/Abstract] | 3,599 |
| #56 | "search for meaning"[Title/Abstract] OR "finding meaning"[Title/Abstract] OR "meaningful existence" [Title/Abstract] OR "meaning in human existence"[Title/Abstract] | 808 |
| #57 | "life review"[Title/Abstract] OR "life engagement" [Title/Abstract] OR "life regard"[Title/Abstract] | 524 |
| #58 | spiritual*[Title/Abstract] | 20,505 |
| #59 | "sense of coherence"[Title/Abstract] | 2,320 |
| #60 | altruis*[Title/Abstract] OR selfless*[Title/Abstract] | 6,426 |
| #61 | "facit-sp"[Title/Abstract] OR "MLQ"[Title/Abstract] | 309 |
| #62 | #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 | 157,792 |
| #63 | #38 OR #48 OR #62 | 387,601 |
| #64 | #7 AND #32 AND #63 | 1,858 |
| #65 | randomized controlled trial [pt] | 553,463 |
| #66 | controlled clinical trial [pt] | 643,146 |
| #67 | randomized [tiab] | 589,913 |
| #68 | placebo [tiab] | 229,914 |
| #69 | clinical trials as topic [mesh: noexp] | 367,152 |
| #70 | randomly [tiab] | 371,805 |
| #71 | trial [ti] | 251,981 |
| #72 | #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 | 1,502,030 |
| #73 | animals [mh] NOT humans [mh] | 4,923,610 |
| #74 | #72 NOT #73 | 1,388,726 |
| #75 | #64 AND #74 | 319 |

EK-6. Dışlanan Çalışmalar

Dışlanan Çalışmaların Karakteristikleri

| Sıra | Çalışma Kimliği | Dışlama Nedeni |
|------|---------------------|-------------------------------------|
| 1. | Abrahams 2019 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 2. | Admiraal 2017 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 3. | Antoni 2001 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 4. | Arch 2021 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 5. | Ashing 2020 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 6. | Atema 2020 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 7. | Badger 2011 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 8. | Badger 2020 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 9. | Banasik 2011 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 10. | Bantum 2014 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 11. | Beatty 2010 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 12. | Bjorneklett 2012 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 13. | Bloom 2008 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 14. | Bouma 2017 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 15. | Buffart 2014 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 16. | Cadmus 2009 | Uygun olmayan müdahale |
| 17. | Cadmus-Bertram 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 18. | Campbell 2007 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 19. | Carlson 2013 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 20. | Carlson 2016 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 21. | Carpenter 2014 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 22. | Casillas 2019 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 23. | Cerezo 2014 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 24. | Chambers 2014 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 25. | Chambers 2018 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 26. | Chen 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 27. | Chu 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 28. | Chu 2020 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 29. | Chung 2015 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 30. | Cimprich 2005 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 31. | Cleary 2015 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 32. | Craft 2013 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 33. | Cruess 2000 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 34. | Culos-Reed 2006 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 35. | Davis 2014 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 36. | Dieng 2016 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 37. | Dieng 2017 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 38. | Dobos 2015 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 39. | Dockham 2016 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 40. | Esplen 2018 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 41. | Ferguson 2012 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

| | | |
|-----|-------------------------|-------------------------------------|
| 42. | Fillion 2008 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 43. | Foster 2016 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 44. | Fox 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 45. | Freeman 2008 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 46. | Freeman 2015 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 47. | Galantino 2010 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 48. | Galantino 2013 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 49. | Ganz 2004 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 50. | Germino 2013 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 51. | Gil 2006 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 52. | Gonzalez-Hernandez 2018 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 53. | Greer 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 54. | Hall 2020 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 55. | Hawkes 2014 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 56. | Heckel 2018 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 57. | Henderson 2012 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 58. | Henderson 2013 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 59. | Henry 2010 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 60. | Hoffman 2012 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 61. | Hosseini 2018 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 62. | Høybye 2010 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 63. | Hsiao 2016 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 64. | Huang 2019 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 65. | Im 2020 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 66. | Im 2021 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 67. | Jafari 2013 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 68. | Jensen-Johansen 2013 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 69. | Jensen-Johansen 2018 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 70. | Ji 2020 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 71. | Jørgensen 2009 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 72. | Juarez 2013 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 73. | Judge Santacroce 2010 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 74. | Kelleher 2021 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 75. | Kim 2021 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 76. | Knobf 2018 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 77. | Korstjens 2008 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 78. | Kvale 2016 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 79. | Lechner 2014 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 80. | Lengacher 2009 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 81. | Lerman 2012 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 82. | Lev-Ari 2013 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 83. | Lin 2020 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 84. | Linshaw 2020 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 85. | Lleras de Frutos 2020 | Uygun olmayan kontrol kolu |

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

| | | |
|------|-----------------------|-------------------------------------|
| 86. | Loh 2011 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 87. | Lounsberry 2010 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 88. | Lu 2012 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 89. | Lu 2017 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 90. | Manne 2011 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 91. | Marcus 2010 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 92. | Marshall 2021 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 93. | Martin 2014 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 94. | Martin 2016 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 95. | McCarroll 2014 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 96. | McCollum 2014 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 97. | McDougall 2001 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 98. | Mehl 2020 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 99. | Meifen 2014 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 100. | Meneses 2007 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 101. | Merckaert 2017 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 102. | Messer 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 103. | Mishel 2005 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 104. | Montesinos 2016 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 105. | Musarezaie 2015 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 106. | Mustian 2004 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 107. | Myung Kyung 2014 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 108. | Nápoles 2020 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 109. | Newman 2019 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 110. | Niroomand 2021 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 111. | Northouse 2014 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 112. | Ochoa-Arnedo 2021 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 113. | Olesen 2016 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 114. | Osann 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 115. | Otto 2016 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 116. | Owen 2005 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 117. | Owen 2017 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 118. | Park 2020 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 119. | Pat-Horenczyk 2015 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 120. | Pauley 2011 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 121. | Pintado 2017 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 122. | Price-Blackshear 2020 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 123. | Ramezanli 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 124. | Ramos 2018 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 125. | Raz 2016 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 126. | Reif 2013 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 127. | Rini 2014 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 128. | Ross 2015 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 129. | Rowland 2009 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

| | | |
|------|--------------------|-------------------------------------------------------|
| 130. | Russell 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 131. | Saeedi 2019 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 132. | Sajadian 2021 | Yayın dili İngilizce değil |
| 133. | Shannonhouse 2014 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 134. | Sheppard 2013 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 135. | Sherman 2010 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 136. | Sherman 2018 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 137. | Shields 2010 | Uygun olmayan müdahale |
| 138. | Siddons 2013 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 139. | Smith 2010 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 140. | Smith 2019 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 141. | Song 2021 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 142. | Speed-Andrews 2010 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 143. | Stanton 2002 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 144. | Stephen 2017 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 145. | Syrjala 2018 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 146. | Tagai 2021 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 147. | Taylor 2019 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 148. | Tomei 2016 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 149. | Trachtenberg 2020 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 150. | van den Berg 2015 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 151. | van der Spek 2017 | Diğer (dahil edilen bir çalışmanın kısa dönem raporu) |
| 152. | van der Spek 2018 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 153. | Victorson 2020 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 154. | Visser 2015 | Uygun olmayan müdahale |
| 155. | Visser 2018 | Uygun olmayan müdahale |
| 156. | Vos 2021 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 157. | Wallner 2021 | Uygun olmayan müdahale |
| 158. | Wang 2021 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 159. | Warmoth 2020 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 160. | Warson 2012 | Uygun olmayan çalışma tasarımı |
| 161. | Watson 2018 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 162. | Weber 2004 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 163. | Wenzel 2015 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 164. | Wise 2018 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 165. | Wootten 2015 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 166. | Wu 2019 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 167. | Ye 2016 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 168. | Yun 2013 | Uygun olmayan müdahale |
| 169. | Yun 2017 | Uygun olmayan kontrol kolu |
| 170. | Zakowski 2004 | Uygun olmayan sonuç çıktısı |
| 171. | Zhang 2016 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |
| 172. | Zhou 2019 | Uygun olmayan katılımcı popülasyonu |

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

Dışlanan Çalışmaların Künyesi

1. Abrahams HJG, Gielissen, M. F. M., Braamse, A. M. J., Bleijenberg, G., Buffart, L. M., Knoop H. Graded activity is an important component in cognitive behavioral therapy to reduce severe fatigue: results of a pragmatic crossover trial in cancer survivors. *Acta Oncologica*. 2019;58(12):1692-8.
2. Admiraal JM, van der Velden, A. W. G., Geerling, J. I., Burgerhof, J. G. M., Bouma, G., Walenkamp, A. M. E., de Vries, E. G. E., Schröder, C. P., Reyners AKL. Web-Based Tailored Psychoeducation for Breast Cancer Patients at the Onset of the Survivorship Phase: a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;54(4):466-75.
3. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*. 2001;20(1):20-32.
4. Arch JJ, Mitchell, J. L., Genung, S. R., Judd, C. M., Andorsky, D. J., Bricker, J. B., Stanton AL. Randomized trial of acceptance and commitment therapy for anxious cancer survivors in community clinics: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2021;89(4):327-40.
5. Ashing KT, George M. Exploring the efficacy of a paraprofessional delivered telephonic psychoeducational intervention on emotional well-being in African American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2020;28(3):1163-71.
6. Atema V, van Leeuwen, M., Kieffer, J. M., Oldenburg, H. S. A., van Beurden, M., Hunter, M. S., Aaronson NK. Internet-based cognitive behavioral therapy aimed at alleviating treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer survivors: Moderators and mediators of treatment effects. *Maturitas*. 2020;131:8-13.
7. Badger TA, Segrin, C., Figueredo, A. J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., Pasvogel, A., Bishop, M., Badger, T. A., Segrin, C., Figueredo, A. J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., Pasvogel, A., Bishop M. Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. *Quality of Life Research*. 2011;20(6):833-44.
8. Badger TA, Segrin, C., Sikorskii, A., Pasvogel, A., Weihs, K., Lopez, A. M., Chalasani P. Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers. *Psychology & Health*. 2020;35(1):87-106.
9. Banasik J, Williams, H., Haberman, M., Blank, S. E., Bendel R. Effect of Iyengar yoga practice on fatigue and diurnal salivary cortisol concentration in breast cancer survivors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2011;23(3):135-42.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

10. Bantum EO, Albright, C. L., White, K. K., Berenberg, J. L., Layi, G., Ritter, P. L., Laurent, D., Plant, K., Lorig K. Surviving and Thriving With Cancer Using a Web-Based Health Behavior Change Intervention: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2014;16(2):e54.
11. Beatty L, Oxlad, M., Koczwara, B., Wade TD. A randomised pilot of a self-help workbook intervention for breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2010;18(12):1597-603.
12. Bjorneklett HG, Lindemalm, C., Ojutkangas, M. L., Berglund, A., Letocha, H., Strang, P., Bergkvist L. A randomized controlled trial of a support group intervention on the quality of life and fatigue in women after primary treatment for early breast cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20(12):3325-34.
13. Bloom JR, Stewart, S. L., D'Onofrio, C. N., Luce, J., Banks, P. J., Bloom, J. R., Stewart, S. L., D'Onofrio, C. N., Luce, J., Banks PJ. Addressing the needs of young breast cancer survivors at the 5 year milestone: can a short-term, low intensity intervention produce change? *Journal of Cancer Survivorship*. 2008;2(3):190-204.
14. Bouma G, de Hosson, L. D., van Woerkom, C. E., van Essen, H., de Bock, G. H., Admiraal, J. M., Reyners, A. K. L., Walenkamp AME. Web-based information and support for patients with a newly diagnosed neuroendocrine tumor: a feasibility study. *Supportive Care in Cancer*. 2017;25(7):2075-83.
15. Buffart LM, Ros, W. J. G., Chinapaw, M. J. M., Brug, J., Knol, D. L., Korstjens, I., van Weert, E., Mesters, I., van den Borne, B., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., May AM. Mediators of physical exercise for improvement in cancer survivors' quality of life. *Psycho-Oncology*. 2014;23(3):330-8.
16. Cadmus LA, Salovey, P., Yu, H., Chung, G., Kasl, S., Irwin, M. L., Cadmus, L. A., Salovey, P., Yu, H., Chung, G., Kasl, S., Irwin ML. Exercise and quality of life during and after treatment for breast cancer: results of two randomized controlled trials. *Psycho-Oncology*. 2009;18(4):343-52.
17. Cadmus-Bertram L, Tevaarwerk, A. J., Sesto, M. E., Gangnon, R., Van Remortel, B., Date P. Building a physical activity intervention into clinical care for breast and colorectal cancer survivors in Wisconsin: a randomized controlled pilot trial. *Journal of Cancer Survivorship*. 2019;13(4):593-602.
18. Campbell LC, Keefe, F. J., Scipio, C., McKee, D. C., Edwards, C. L., Herman, S. H., Johnson, L. E., Colvin, O. M., McBride, C. M., Donatucci C. Facilitating research participation and improving quality of life for African American prostate cancer survivors and their intimate partners. A pilot study of telephone-based coping skills training. *Cancer*. 2007;109(2 Suppl):414-24.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

19. Carlson LE, Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E., Speca M. Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cancer Recovery Versus Supportive Expressive Group Therapy for Distressed Survivors of Breast Cancer (MINDSET). *Journal of Clinical Oncology*. 2013;31(25):3119-26.
20. Carlson LE, Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L. H., Speca M. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psycho-Oncology*. 2016;25(7):750-9.
21. Carpenter KM, Stoner, S. A., Schmitz, K., McGregor, B. A., Doorenbos AZ. An online stress management workbook for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*. 2014;37(3):458-68.
22. Casillas JN, Schwartz, L. F., Crespi, C. M., Ganz, P. A., Kahn, K. L., Stuber, M. L., Bastani, R., Alquaddomi, F., Estrin DL. The use of mobile technology and peer navigation to promote adolescent and young adult (AYA) cancer survivorship care: results of a randomized controlled trial. *Journal of Cancer Survivorship*. 2019;13(4):580-92.
23. Cerezo MV, Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., de la Torre-Luque A. Positive Psychology Group Intervention for Breast Cancer Patients: A Randomised Trial. *Psychological Reports*. 2014;115(1):44-64.
24. Chambers SK, Ritterband, L. M., Thorndike, F., Nielsen, L., Aitken, J. F., Clutton, S., Scuffham, P. A., Youl, P., Morris, B., Baade, P. D., Dunn J. Web-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Distressed Cancer Patients: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(1):e42.
25. Chambers SK, Girgis, A., Occhipinti, S., Hutchison, S., Turner, J., McDowell, M., Mihalopoulos, C., Carter, R., Dunn JC. A Randomized Trial Comparing Two Low-Intensity Psychological Interventions for Distressed Patients With Cancer and Their Caregivers. *Oncology Nursing Forum*. 2014;41(4):E256-E66.
26. Chen SC, Huang, B. S., Hung, T. M., Lin, C. Y., Chang, Y. L., Chen, S.-C., Huang, B.-S., Hung, T.-M., Lin, C.-Y., Chang Y-L. Impact of a behavior change program and health education on social interactions in survivors of head and neck cancer: Randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2019;28(2):293-300.
27. Chu Q, Wong, C. C. Y., Lu Q. Acculturation Moderates the Effects of Expressive Writing on Post-Traumatic Stress Symptoms Among Chinese American Breast Cancer Survivors. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2019;26(2):185-94.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

28. Chu Q, Wu, I. H. C., Lu Q. Expressive writing intervention for posttraumatic stress disorder among Chinese American breast cancer survivors: the moderating role of social constraints. *Quality of Life Research*. 2020;29(4):891-9.
29. Chung OK, Li, H. C., Chiu, S. Y., Ho, K. Y., Lopez V. Sustainability of an Integrated Adventure-Based Training and Health Education Program to Enhance Quality of Life Among Chinese Childhood Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *Cancer Nursing*. 2015;38(5):366-74.
30. Cimprich B, Janz, N. K., Northouse, L., Wren, P. A., Given, B., Given CW. Taking CHARGE: a self-management program for women following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*. 2005;14(9):704-17.
31. Cleary EH, Stanton AL. Mediators of an Internet-based psychosocial intervention for women with breast cancer. *Health Psychology*. 2015;34(5):477-85.
32. Craft MA, Davis, G. C., Paulson RM. Expressive writing in early breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(2):305-15.
33. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*. 2000;62(3):304-8.
34. Culos-Reed SN, Carlson, L. E., Daroux, L. M., Hatley-Aldous S. A pilot study of yoga for breast cancer survivors: physical and psychological benefits. *Psycho-Oncology*. 2006;15(10):891-7.
35. Davis C, Rust, C., Choi S. A pilot randomized study of skills training for African American cancer survivors. *Social Work in Public Health*. 2014;29(6):549-60.
36. Dieng M, Kasparian, N. A., Mireskandari, S., Butow, P., Costa, D., Morton, R., Mann, G., Menzies, S., Cust A. Psychoeducational intervention for people at high risk of developing another melanoma: A pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2017;7(10):e015195.
37. Dieng M, Butow, P. N., Costa, D. S. J., Morton, R. L., Menzies, S. W., Mireskandari, S., Tesson, S., Mann, G. J., Cust, A. E., Kasparian NA. Psychoeducational Intervention to Reduce Fear of Cancer Recurrence in People at High Risk of Developing Another Primary Melanoma: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2016;34(36):4405-14.
38. Dobos G, Overhamm, T., Büssing, A., Ostermann, T., Langhorst, J., Kümmel, S., Paul, A., Cramer H. Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based day care clinic for cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2015;23(10):2945-55.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

39. Dockham B, Schafenacker, A., Hyojin, Y., Ronis, D. L., Kershaw, T., Titler, M., Northouse L. Implementation of a Psychoeducational Program for Cancer Survivors and Family Caregivers at a Cancer Support Community Affiliate. *Cancer Nursing*. 2016;39(3):169-80.
40. Esplen MJ, Wong, J. H., Warner, E., Toner B. Restoring Body Image After Cancer (ReBIC): Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2018;36(8):749-56.
41. Ferguson RJ, McDonald, B. C., Rocque, M. A., Furstenberg, C. T., Horrigan, S., Ahles, T. A., Saykin, A. J., Ferguson, R. J., McDonald, B. C., Rocque, M. A., Furstenberg, C. T., Horrigan, S., Ahles, T. A., Saykin AJ. Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change: results of a waitlist control trial. *Psycho-Oncology*. 2012;21(2):176-86.
42. Fillion L, Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., Duval, K., Larochelle M. A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2008;31(2):145-59.
43. Foster C, Grimmett, C., May, C. M., Ewings, S., Myall, M., Hulme, C., Smith, P. W., Powers, C., Calman, L., Armes, J., al. e. A web-based intervention (RESTORE) to support self-management of cancer-related fatigue following primary cancer treatment: a multi-centre proof of concept randomised controlled trial. *Supportive Care in Cancer*. 2016;24(6):2445-53.
44. Fox RS, Moreno, P. I., Yanez, B., Estabrook, R., Thomas, J., Bouchard, L. C., McGinty, H. L., Mohr, D. C., Begale, M. J., Flury, S. C., Perry, K. T., Kundu, S. D., Penedo FJ. Integrating PROMIS (R) Computerized Adaptive Tests Into a Web-Based Intervention for Prostate Cancer. *Health Psychology*. 2019;38(5):403-9.
45. Freeman L, Cohen, L., Stewart, M., White, R., Link, J., Palmer, J. L., Welton D. Imagery intervention for recovering breast cancer patients: clinical trial of safety and efficacy. *Journal of the Society for Integrative Oncology*. 2008;6(2):67-75.
46. Freeman LW, White, R., Ratcliff, C. G., Sutton, S., Stewart, M., Palmer, J. L., Link, J., Cohen L. A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care. *Psycho-Oncology*. 2015;24(8):910-8.
47. Galantino ML, Callens, M. L., Cardena, G. J., Piela, N. L., Mao JJ. Tai chi for well-being of breast cancer survivors with aromatase inhibitor-associated arthralgias: a feasibility study. *Alternative Therapies in Health & Medicine*. 2013;19(6):38-44.
48. Galantino ML, Schmid, P., Botis, S., Dagan, C., Leonard, S. M., Milos A. Exploring wellness coaching and traditional group support for breast cancer survivors: a pilot study. *Rehabilitation Oncology*. 2010;28(1):19-25.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

49. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004;96(5):376-87.
50. Germino BB, Mishel, M. H., Crandell, J., Porter, L., Blyler, D., Jenerette, C., Gil KM. Outcomes of an Uncertainty Management Intervention in Younger African American and Caucasian Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2013;40(1):82-92.
51. Gil KM, Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S., Clayton M. Benefits of the uncertainty management intervention for African American and white older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2006;13(4):286-94.
52. Gonzalez-Hernandez E, Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., Negi, L. T., Cebolla A. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative Cancer Therapies*. 2018;17(3):684-96.
53. Greer S, Ramo, D., Chang, Y. J., Fu, M., Moskowitz, J., Haritatos J. Use of the Chatbot Vivibot to Deliver Positive Psychology Skills and Promote Well-Being Among Young People After Cancer Treatment: Randomized Controlled Feasibility Trial. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019;7(10):e15018.
54. Hall DL, Park, E. R., Cheung, T., Davis, R. B., Yeh GY. A Pilot Mind-Body Resiliency Intervention Targeting Fear of Recurrence among Cancer Survivors. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020;137:110215.
55. Hawkes AL, Pakenham, K. I., Chambers, S. K., Patrao, T. A. and Courneya, K. S. Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*. 2014;48(3):359-70.
56. Heckel L, Fennell, K. M., Reynolds, J., Boltong, A., Botti, M., Osborne, R. H., Mihalopoulos, C., Chirgwin, J., Williams, M., Gaskin, C. J., Ashley, D. M., Livingston PM. Efficacy of a telephone outcall program to reduce caregiver burden among caregivers of cancer patients [PROTECT]: A randomised controlled trial. *BMC Cancer*. 2018;18:59.
57. Henderson VP, Clemow L, Massion AO, Hurley TG, Druker S, Hébert JR. The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2012;131(1):99-109.
58. Henderson VP, Massion, A. O., Clemow, L., Hurley, T. G., Druker, S., Hebert JR. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction for Women With Early-Stage Breast Cancer Receiving Radiotherapy. *Integrative Cancer Therapies*. 2013;12(5):404-13.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

59. Henry EA, Schlegel, R. J., Talley, A. E., Molix, L. A., Bettencourt BA. The feasibility and effectiveness of expressive writing for rural and urban breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(6):749-57.
60. Hoffman CJ, Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., Thomas PW. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Mood, Breast- and Endocrine-Related Quality of Life, and Well-Being in Stage 0 to III Breast Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(12):1335-42.
61. Hosseini SH, Rafiei, A., Janbabai, G., Tirgari, A., Zakavi, A., Yazdani, J., Bolhari, J., Golzari, M., Vaezzadeh, N., Douki ZE. Comparison Of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT) And Citalopram On Depression And Anxiety Among Women With Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Pharmacophore*. 2018;9(3):37-47.
62. Høybye MT, Dalton, S. O., Deltour, I., Bidstrup, P. E., Frederiksen, K., Johansen C. Effect of Internet peer-support groups on psychosocial adjustment to cancer: a randomised study. *British Journal of Cancer*. 2010;102(9):1348-54.
63. Hsiao FH, Jow, G. M., Kuo, W. H., Yang, P. S., Lam, H. B., Chang, K. J., Lee, J. J., Huang, C. S., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Liu, Y. F., Chang CH. The Long-Term Effects of Mindfulness Added to Family Resilience-Oriented Couples Support Group on Psychological Well-Being and Cortisol Responses in Breast Cancer Survivors and Their Partners. *Mindfulness*. 2016;7(6):1365-76.
64. Huang X, Yan, A., Liu, Q., Wu L. Effects of magnanimous therapy on coping, adjustment, and living function in advanced lung cancer. *Current Oncology*. 2019;26(1):E48-E56.
65. Im EO, Kim, S., Yang, Y. L., Chee W. The efficacy of a technology-based information and coaching/support program on pain and symptoms in Asian American survivors of breast cancer. *Cancer*. 2020;126(3):670-80.
66. Im EO, Yi, J. S., Kim, H., Chee W. A technology_based information and coaching/support program and self_efficacy of Asian American breast cancer survivors. *Research in Nursing & Health*. 2021;44(1):37-46.
67. Jafari N, Farajzadegan, Z., Zamani, A., Bahrami, F., Emami, H., Loghmani, A., Jafari N. Spiritual Therapy to Improve the Spiritual Well-Being of Iranian Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013;2013:353262.
68. Jensen-Johansen MB, Christensen, S., Valdimarsdottir, H., Zakowski, S., Jensen, A. B., Bovbjerg, D. H., Zachariae R. Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors - results from a nationwide randomized clinical trial. *Psycho-Oncology*. 2013;22(7):1492-500.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

69. Jensen-Johansen MB, O'Toole, M. S., Christensen, S., Valdimarsdottir, H., Zakowski, S., Bovbjerg, D. H., Jensen, A. B., Zachariae R. Expressive writing intervention and self-reported physical health out-comes - Results from a nationwide randomized controlled trial with breast cancer patients. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192729.
70. Ji LL, Lu, Q., Wang, L. J., Sun, X. L., Wang, H. D., Han, B. X., Ma, Y. F., Lu GH. The benefits of expressive writing among newly diagnosed mainland Chinese breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*. 2020;43(3):468-78.
71. Jørgensen IL, Frederiksen, K., Boesen, E., Elsass, P., Johansen C. An exploratory study of associations between illness perceptions and adjustment and changes after psychosocial rehabilitation in survivors of breast cancer. *Acta Oncologica*. 2009;48(8):1119-27.
72. Juarez G, Hurria, A., Uman, G., Ferrell B. Impact of a Bilingual Education Intervention on the Quality of Life of Latina Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2013;40(1):E50-60.
73. Judge Santacroce S, Asmus, K., Kadan-Lottick, N., Grey M. Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of coping skills training for adolescent--young adult survivors of childhood cancer and their parents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2010;27(1):10-20.
74. Kelleher SA, Fisher, H. M., Winger, J. G., Somers, T. J., Uronis, H. E., Wright, A. N., Keefe FJ. Feasibility, engagement, and acceptability of a behavioral pain management intervention for colorectal cancer survivors with pain and psychological distress: data from a pilot randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29(9):5361-9.
75. Kim SH, Choe, Y. H., Cho, Y. U., Park, S., Lee MH. Effects of a partnership-based, needs-tailored self-management support intervention for post-treatment breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2021.
76. Knobf MT, Erdos, D., Jeon S. Healthy Sisters: A Feasibility study of a health behavior intervention for women of color breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2018;36(5):597-608.
77. Korstjens I, May, A. M., van Weert, E., Mesters, I., Tan, F., Ros, W. J., Hoekstra-Weebers, J. E., van der Schans, C. P., van den Borne B. Quality of life after self-management cancer rehabilitation: a randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(4):422-9.
78. Kvale EA, Huang, C. S., Meneses, K. M., Demark-Wahnefried, W., Bae, S., Azuero, C. B., Rocque, G. B., Bevis, K. S., Ritchie CS. Patient-centered support in the survivorship care transition: outcomes from the Patient-Owned Survivorship Care Plan Intervention. *Cancer*. 2016;122(20):3232-42.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

79. Lechner SC, Whitehead, N. E., Vargas, S., Annane, D. W., Robertson, B. R., Carver, C. S., Kobetz, E., Antoni MH. Does a community-based stress management intervention affect psychological adaptation among underserved black breast cancer survivors? *JNCI Monographs*. 2014;2014(50):315-22.
80. Lengacher CA, Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W., Widen, R. H., Fitzgerald, S. G., Shelton, M. M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C. E., Kip KE. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2009;18(12):1261-72.
81. Lerman R, Jarski, R., Rea, H., Gellish, R., Vicini F. Improving symptoms and quality of life of female cancer survivors: a randomized controlled study. *Annals of Surgical Oncology*. 2012;19(2):373-8.
82. Lev-Ari S, Zilcha-Mano, S., Rivo, L., Geva, R., Ron I. A prospective pilot clinical trial of The work meditation technique for survivors of breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*. 2013;5(6):487-94.
83. Lin CY, Diao, Y. E., Dong, Z. X., Song, J., Bao CQ. The effect of attention and interpretation therapy on psychological resilience, cancer-related fatigue, and negative emotions of patients after colon cancer surgery. *Annals of Palliative Medicine*. 2020;9(5):3261-70.
84. Linshaw DJ, Floyd, E. G., Rosenkranz, K. M., Stahl JE. Application of a mind-body tool in a rural population to improve post-operative outcomes in women with breast cancer: A pilot study. *Surgical Oncology-Oxford*. 2020;34:63-6.
85. Lleras de Frutos M, Medina, J. C., Vives, J., Casellas-Grau, A., Marzo, J. L., Borràs, J. M., Ochoa-Arnedo C. Video conference vs face-to-face group psychotherapy for distressed cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2020;29(12):1995-2003.
86. Loh SY, Chew, S. L., Lee, S. Y., Quek KF. Quality of life in breast cancer survivors: 2 years post self-management intervention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2011;12(6):1497-501.
87. Lounsberry JJ, Macrae, H., Angen, M., Hoeber, M., Carlson LE. Feasibility study of a telehealth delivered, psychoeducational support group for allogeneic hematopoietic stem cell transplant patients. *Psycho-Oncology*. 2010;19(7):777-81.
88. Lu Q, Zheng, D., Young, L., Kagawa-Singer, M., Loh A. A pilot study of expressive writing intervention among Chinese-speaking breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2012;31(5):548-51.
89. Lu Q, Wong, C. C., Gallagher, M. W., Tou, R. Y., Young, L., Loh A. Expressive writing among Chinese American breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Health Psychology*. 2017;36(4):370-9.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

90. Manne SL, Kissane, D. W., Nelson, C. J., Mulhall, J. P., Winkel, G., Zaider T. Intimacy-enhancing psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: a pilot study. *Journal of Sexual Medicine*. 2011;8(4):1197-209.
91. Marcus AC, Garrett, K. M., Cella, D., Wenzel, L., Brady, M. J., Fairclough, D., Pate-Willig, M., Barnes, D., Powell Emsbo, S., Kluhsman, B. C., Crane, L., Sedlacek, S., Flynn, P. J., Marcus, A. C., Garrett, K. M., Cella, D., Wenzel, L., Brady, M. J., Fairclough, D., Pate-Willig M. Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors? *Psycho-Oncology*. 2010;19(9):923-32.
92. Marshall CA, Trejo, M. J., Trejo, J. I., Armin, J. S., Badger, T. A., Weihs KL. Implementation of Un Abrazo Para La Familia™ in southern Arizona with extension to survivors and assessment of effects on distress. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare*. 2021;39(2):269-81.
93. Martin E, Battaglini, C., Hands, B., Naumann FL. Higher-intensity exercise helps cancer survivors remain motivated. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016;10(3):524-33.
94. Martin MY, Evans, M. B., Kratt, P., Pollack, L. A., Smith, J. L., Oster, R., Dignan, M., Prayor-Patterson, H., Watson, C., Houston, P., al. e. Meeting the information needs of lower income cancer survivors: results of a randomized control trial evaluating the american cancer society's I can cope. *Journal of Health Communication*. 2014;19(4):441-59.
95. McCarroll ML, Armbruster, S., Frasure, H. E., Gothard, M. D., Gil, K. M., Kavanagh, M. B., Waggoner, S., von Gruenigen VE. Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecologic Oncology*. 2014;132(2):397-402.
96. McCollum KH, Wood, F. G., Auriemma K. Evaluation of a Breast and Colon Cancer Survivorship Program. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2014;18(2):231-6.
97. McDougall GJ, Jr. Memory improvement program for elderly cancer survivors. *Geriatric Nursing*. 2001;22(4):185-90.
98. Mehl A, Reif, M., Zerm, R., Pranga, D., Friemel, D., Berger, B., Brinkhaus, B., Gutenbrunner, C., Bussing, A., Kroz M. Impact of a Multimodal and Combination Therapy on Self-Regulation and Internal Coherence in German Breast Cancer Survivors With Chronic Cancer-Related Fatigue: a Mixed-Method Comprehensive Cohort Design Study. *Integrative Cancer Therapies*. 2020;19: 1534735420935618.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

99. Meifen Z, Sally Wai-chi, C., Liming, Y., Yongshan, W., Lifen, P., Weiyan, L., Meichun Z. The effectiveness of a self-efficacy-enhancing intervention for Chinese patients with colorectal cancer: A randomized controlled trial with 6-month follow up. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(8):1083-92.
100. Meneses KD, McNeese, P., Loerzel, V. W., Su, X. G., Zhang, Y., Hassey LA. Transition from treatment to survivorship: Effects of a psychoeducational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34(5):1007-16.
101. Merckaert I, Lewis, F., Delevallez, F., Herman, S., Caillier, M., Delvaux, N., Libert, Y., Liénard, A., Nogaret, J. M., Ogez, D., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L., Van Houtte, P., Razavi D. Improving anxiety regulation in patients with breast cancer at the beginning of the survivorship period: a randomized clinical trial comparing the benefits of single-component and multiple-component group interventions. *Psycho-Oncology*. 2017;26(8):1147-54.
102. Messer D, Horan, J. J., Larkey, L. K., Shanholtz CE. Effects of Internet Training in Mindfulness Meditation on Variables Related to Cancer Recovery. *Mindfulness*. 2019;10(10):2143-51.
103. Mishel MH, Germino, B. B., Gil, K. M., Belyea, M., Laney, I. C., Stewart, J., Porter, L., Clayton M. Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2005;14(11):962-78.
104. Montesinos F, Luciano C. Acceptance of Relapse Fears in Breast Cancer Patients: Effects Of an Act-Based Abridged Intervention. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2016;13(1):7-21.
105. Musarezaie A, Ghasemipoor, M., Momeni-Ghaleghasemi, T., Khodae, M., Taleghani F. A Study on the Efficacy of Spirituality-Based Intervention on Spiritual Well Being of Patients with Leukemia: A Randomized Clinical Trial. *Middle East Journal of Cancer*. 2015;6(2):97-105.
106. Mustian KM, Katula, J. A., Gill, D. L., Roscoe, J. A., Lang, D., Murphy K. Tai Chi Chuan, health-related quality of life and self-esteem: A randomized trial with breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2004;12(12):871-6.
107. Myung Kyung L, Young Ho, Y., Hyeoun-Ae, P., Eun Sook, L., Kyung Hae, J., Dong-Young N. A Web-based self-management exercise and diet intervention for breast cancer survivors: Pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(12):1557-67.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

108. Nápoles AM, Santoyo-Olsson, J., Stewart, A. L., Ortiz, C., Samayoa, C., Torres-Nguyen, A., Palomino, H., Coleman, L., Urias, A., Gonzalez, N., al. e. Nuevo Amanecer-II: results of a randomized controlled trial of a community-based participatory, peer-delivered stress management intervention for rural Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2020;29(11):1802-14.
109. Newman R, Lyons, K. D., Coster, W. J., Wong, J., Festa, K., Ko NY. Feasibility, acceptability and potential effectiveness of an occupation-focused cognitive self-management program for breast cancer survivors. *British Journal of Occupational Therapy*. 2019;82(10):604-11.
110. Niroomand S, Youseflu, S., Gilani, M. M., Kazemnejad, A., Samani LN. Does educational-supportive program affect anxiety in women with endometrial cancer? Result from a randomized clinical trials. *Indian Journal of Cancer*. 2021;58(3):336-41.
111. Northouse L, Schafenacker, A., Barr, K. L., Katapodi, M., Yoon, H., Brittain, K., Song, L., Ronis, D. L., An L. A tailored Web-based psychoeducational intervention for cancer patients and their family caregivers. *Cancer Nursing*. 2014;37(5):321-30.
112. Ochoa-Arnedo C, Casellas-Grau, A., Lleras, M., Medina, J. C., Vives J. Stress Management or Post-traumatic Growth Facilitation to Diminish Distress in Cancer Survivors? A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Positive Psychology*. 2021;16(6):715-25.
113. Olesen ML, Duun-Henriksen, A. K., Hansson, H., Ottesen, B., Andersen, K. K., Zoffmann V. A person-centered intervention targeting the psychosocial needs of gynecological cancer survivors: a randomized clinical trial. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016;10(5):832-41.
114. Osann K, Wilford, J., Wenzel, L., Hsieh, S., Tucker, J. A., Wahi, A., Monk, B. J., Nelson EL. Relationship between social support, quality of life, and Th2 cytokines in a biobehavioral cancer survivorship trial. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(9):3301-10.
115. Otto AK, Szczesny, E. C., Soriano, E. C., Laurenceau, J.-P., Siegel SD. Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2016;35(12):1320-8.
116. Owen JE, O'Carroll Bantum, E., Pagano, I. S., Stanton A. Randomized Trial of a Social Networking Intervention for Cancer-Related Distress. *Annals of Behavioral Medicine*. 2017;51(5):661-72.
117. Owen JE, Klapow, J. C., Roth, D. L., Shuster, J. L., Bellis, J., Meredith, R., Tucker DC. Randomized pilot of a self-guided internet coping group for women with early-stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*. 2005;30(1):54-64.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

118. Park S, Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Kosugi, T., Sado, M., Nakagawa, A., Takahashi, M., Hayashida, T., Fujisawa D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Patients With Breast Cancer-A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(2):381-9.
119. Pat-Horenczyk R, Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., Stemmer SM. Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: Constructive and Illusory Aspects. *Journal of Traumatic Stress*. 2015;28(3):214-22.
120. Pauley PM, Morman, M. T., Floyd K. Expressive Writing Improves Subjective Health Among Testicular Cancer Survivors: A Pilot Study. *International Journal of Men's Health*. 2011;10(3):199-219.
121. Pintado S, Andrade S. Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*. 2017;12:147-52.
122. Price-Blackshear MA, Pratscher, S. D., Oyler, D. L., Armer, J. M., Cheng, A. L., Cheng, M. X., Records, K., Udmuangpia, T., Carson, J. W., Ann Bettencourt B. Online couples mindfulness-based intervention for young breast cancer survivors and their partners: a randomized-control trial. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2020;38(5):592-611.
123. Ramezanli S, Hashemi, F., Sharif, F., Tahmasebi, S., Keshavarzi, S., Talei A. Impact of Quality of Life Training and Coping Strategies on the Functional Aspect of QOL of Women Suffering from Breast Cancer. *Ambient Science*. 2019;06h(2):25-30.
124. Ramos C, Costa, P. A., Rudnicki, T., Maroco, A. L., Leal, I., Guimaraes, R., Fougo, J. L., Tedeschi RG. The effectiveness of a group intervention to facilitate posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2018;27(1):258-64.
125. Raz DJ, Sun, V., Kim, J. Y., Williams, A. C., Koczywas, M., Cristea, M., Reckamp, K., Hayter, J., Tiep, B., Ferrell B. Long-Term Effect of an Interdisciplinary Supportive Care Intervention for Lung Cancer Survivors After Surgical Procedures. *Annals of Thoracic Surgery*. 2016;101(2):495-503.
126. Reif K, de Vries, U., Petermann, F., Görres S. A patient education program is effective in reducing cancer-related fatigue: A multi-centre randomised two-group waiting-list controlled intervention trial. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17(2):204-13.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

127. Rini C, Austin, J., Wu, L. M., Winkel, G., Valdimarsdottir, H., Stanton, A. L., Isola, L., Rowley, S., Redd WH. Harnessing benefits of helping others: a randomized controlled trial testing expressive helping to address survivorship problems after hematopoietic stem cell transplant. *Health Psychology*. 2014;33(12):1541-51.
128. Ross L, Rottmann, N., Andersen, K. K., Hoybye, M. T., Johansen, C., Dalton SO. Distress after a psychosocial cancer rehabilitation course. Main effects and effect modification in a randomised trial at 12 months of follow-up. *Acta Oncologica*. 2015;54(5):735-42.
129. Rowland JH, Meyerowitz, B. E., Crespi, C. M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T. R., Ganz PA. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Research Treatment*. 2009;118(1):99-111.
130. Russell L, Ugalde, A., Orellana, L., Milne, D., Krishnasamy, M., Chambers, R., Austin, D. W., Livingston PM. A pilot randomised controlled trial of an online mindfulness-based program for people diagnosed with melanoma. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(7):2735-46.
131. Saeedi B, Khoshnood, Z., Dehghan, M., Abazari, F., Saeedi A. The Effect of Positive Psychotherapy on the Meaning of Life in Patients with Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Indian Journal of Palliative Care*. 2019;25(2):210-7.
132. Sajadian A, ZahraKar, K., Asadpour E. Effectiveness of transpersonal therapy (Spiritual Therapy, Yoga-Meditation) in Reducing Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Survivors: a Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2021;14(2):50-63.
133. Shannonhouse L, Myers, J., Barden, S., Clarke, P., Weimann, R., Forti, A., Moore-Painter, T., Knutson, T., Porter M. Finding Your New Normal: Outcomes of a Wellness-Oriented Psychoeducational Support Group for Cancer Survivors. *The Journal for Specialists in Group Work*. 2014;39(1):3-28.
134. Sheppard VB, Wallington, S. F., Willey, S. C., Hampton, R. M., Lucas, W., Jennings, Y., Horton, S., Muzeck, N., Cocilovo, C., Isaacs C. A peer-led decision support intervention improves decision outcomes in black women with breast cancer. *Journal of Cancer Education*. 2013;28(2):262-9.
135. Sherman KA, Heard, G., Cavanagh KL. Psychological effects and mediators of a group multi-component program for breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*. 2010;33(5):378-91.
136. Sherman KA, Przedziecki, A., Alcorso, J., Kilby, C. J., Elder, E., Boyages, J., Koelmeyer, L., Mackie H. Reducing Body Image-Related Distress in Women With Breast Cancer Using a Structured Online Writing Exercise: Results From the My Changed Body Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2018;36(19):1930-40.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

137. Shields CG, Ziner, K. W., Bourff, S. A., Schilling, K., Zhao, Q., Monahan, P., Sledge, G., Champion V. An intervention to improve communication between breast cancer survivors and their physicians. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2010;28(6):610-29.
138. Siddons HM, Wootten, A. C., Costello AJ. A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psychosexual adjustment for men with localised prostate cancer. *Psycho-Oncology*. 2013;22(10):2186-92.
139. Smith SK, MacDermott, K., Amarasekara, S., Pan, W., Mayer, D., Hockenberry M. Reimagine: a randomized controlled trial of an online, symptom self-management curriculum among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(5):1775-81.
140. Smith T, Richardson, K., Crammer, C., Greer, G., Stein, K. D., Mehta, C. C., Kepner, J. L., Smith, T., Richardson, K., Crammer, C., Greer, G., Stein, K. D., Mehta, C. C., Kepner JL. Theory-based evaluation of an online cancer fatigue class. *Journal of Cancer Education*. 2010;25(3):422-30.
141. Song L, Guo, P., Tan, X., Chen, R. C., Nielsen, M. E., Birken, S. A., Koontz, B. F., Northouse, L. L., Mayer DK. Enhancing survivorship care planning for patients with localized prostate cancer using a couple-focused web-based, mHealth program: the results of a pilot feasibility study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2021;15(1):99-108.
142. Speed-Andrews AE, Stevinson, C., Belanger, L. J., Mirus, J. J., Courneya KS. Pilot evaluation of an Iyengar yoga program for breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2010;33(5):369-81.
143. Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski LA, Collins CA, Branstetter AD, Rodriguez-Hanley A, et al. Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2002;20(20):4160-8.
144. Stephen J, Rojubally, A., Linden, W., Zhong, L. H., Mackenzie, G., Mahmoud, S., Giese-Davis J. Online support groups for young women with breast cancer: a proof-of-concept study. *Supportive Care in Cancer*. 2017;25(7):2285-96.
145. Syrjala KL, Yi, J. C., Artherholt, S. B., Romano, J. M., Crouch, M. L., Fiscalini, A. S., Hegel, M. T., Flowers, M. E. D., Martin, P. J., Leisenring WM. An online randomized controlled trial, with or without problem-solving treatment, for long-term cancer survivors after hematopoietic cell transplantation. *Journal of Cancer Survivorship*. 2018;12(4):560-70.
146. Tagai EK, Miller, S. M., Hudson, S. V., Diefenbach, M. A., Handorf, E., Bator, A., Marziliano, A., Kutikov, A., Hall, S. J., Vira, M., Schwartz, M., Kim, I. Y., Kim S. Improved cancer coping from a web-based intervention for prostate cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2021;30(9):1466-75.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

147. Taylor K, Chivers, P., Bulsara, C., Joske, D., Bulsara, M., Monterosso L. Care After Lymphoma (CALy) trial: A phase II pilot pragmatic randomised controlled trial of a nurse-led model of survivorship care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019;40:53-62.
148. Tomei C, Lebel, S., Maheu, C., Mutsaers B. Addressing fear of recurrence: improving psychological care in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2016;24(7):2815-8.
149. Trachtenberg L, Wong, J., Rennie, H., McLeod, D., Leung, Y., Warner, E., Esplen MJ. Feasibility and acceptability of i-Restoring Body Image after Cancer (i-ReBIC): A pilot trial for female cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2020;29(4):639-46.
150. van den Berg SW, Gielissen, M. F. M., Custers, J. A. E., van der Graaf, W. T. A., Ottevanger, P. B., Prins JB. BREATH: Web-Based Self-Management for Psychological Adjustment After Primary Breast Cancer-Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33(25):2763-71.
151. van der Spek N, Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., Witte, B. I., Tollenaar, R., Verdonck-de Leeuw IM. Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2017;47(11):1990-2001.
152. van der Spek N, Jansen, F., Holtmaat, K., Vos, J., Breitbart, W., van Uden_Kraan, C. F., Tollenaar, R. A. E. M., Cuijpers, P., Coupé, V. M. H., Verdonck_de Leeuw, I. M., van Uden-Kraan, C. F., Verdonck-de Leeuw IM. Cost-utility analysis of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2018;27(7):1772-9.
153. Victorson D, Murphy, K., Benedict, C., Horowitz, B., Maletich, C., Cordero, E., Salsman, J. M., Smith, K., Sanford S. A randomized pilot study of mindfulness-based stress reduction in a young adult cancer sample: Feasibility, acceptability, and changes in patient reported outcomes. *Psycho-Oncology*. 2020;29(5):841-50.
154. Visser A, van Laarhoven, H. W. M., Govaert, P. H. M., Schlooz, M. S., Jansen, L., van Dalen, T., Prins JB. Group medical consultations in the follow-up of breast cancer: a randomized feasibility study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2015;9(3):450-61.
155. Visser A, Prins, J. B., Jansen, L., Radema, S. A., Schlooz, M. S., van Dalen, T., van Laarhoven HWM. Group medical consultations (GMCs) and tablet-based online support group sessions in the follow-up of breast cancer: A multicenter randomized controlled trial. *Breast*. 2018;40:181-8.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

156. Vos JAM, Duineveld, L. A. M., Wieldraaijer, T., Wind, J., Busschers, W. B., Sert, E., Tanis, P. J., Verdonck-de Leeuw, I. M., van Weert, H., van Asselt KM. Effect of general practitioner-led versus surgeon-led colon cancer survivorship care, with or without eHealth support, on quality of life (I CARE): an interim analysis of 1-year results of a randomised, controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2021;22(8):1175-87.
157. Wallner LP, Abrahamse, P., Gargaro, J. G., Radhakrishnan, A., Mullins, M. A., An, L. C., Griggs, J. J., Schott, A. F., Ayanian, J. Z., Sales, A. E., al. e. Improving the delivery of team-based survivorship care after primary breast cancer treatment through a multi-level intervention: a pilot randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*. 2021;189(1):81-92.
158. Wang G, Li Z, Luo X, Wei R, Liu H, Yang J, et al. Effects of nurse-led supportive-expressive group intervention for post-traumatic growth among breast cancer survivors: A randomized clinical trial. *Journal of Nursing Scholarship*. 2021.
159. Warmoth K, Yeung, N. C. Y., Xie, J., Feng, H., Loh, A., Young, L., Lu Q. Benefits of a Psychosocial Intervention on Positive Affect and Posttraumatic Growth for Chinese American Breast Cancer Survivors: A Pilot Study. *Behavioral Medicine*. 2020;46(1):34-42.
160. Warson E. Healing pathways: art therapy for American Indian cancer survivors. *Journal of Cancer Education*. 2012;27:S47-56.
161. Watson EK, Shinkins, B., Matheson, L., Burns, R. M., Frith, E., Neal, D., Hamdy, F., Walter, F. M., Weller, D., Wilkinson, C., Faithfull, S., Sooriakumaran, P., Kastner, C., Campbell, C., Neal, R. D., Butcher, H., Matthews, M., Perera, R., Wolstenholme, J., Rose PW. Supporting prostate cancer survivors in primary care: Findings from a pilot trial of a nurse-led psycho-educational intervention (PROSPECTIV). *European Journal of Oncology Nursing*. 2018;32:73-81.
162. Weber BA, Roberts, B. L., Resnick, M., Deimling, G., Zauszniewski, J. A., Musil, C., Yarandi HN. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*. 2004;13(1):47-60.
163. Wenzel L, Osann, K., Hsieh, S., Tucker, J. A., Monk, B. J., Nelson EL. Psychosocial telephone counseling for survivors of cervical cancer: results of a randomized biobehavioral trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33(10):1171-9.
164. Wise M, Marchand, L. R., Roberts, L. J., Chih MY. Suffering in Advanced Cancer: A Randomized Control Trial of a Narrative Intervention. *Journal of Palliative Medicine*. 2018;21(2):200-7.

EK-6.(Devam) Dışlanan Çalışmalar

165. Wootten AC, Abbott, J. A., Meyer, D., Chisholm, K., Austin, D. W., Klein, B., McCabe, M., Murphy, D. G., Costello AJ. Preliminary results of a randomised controlled trial of an online psychological intervention to reduce distress in men treated for localised prostate cancer. *European Urology*. 2015;68(3):471-9.
166. Wu LM, Chen, C. M., Hsu, H. T., Liu, Y., Su HL. Tailored education enhances healthy behaviour self-efficacy in childhood cancer survivors: A randomised controlled study with a 4-month follow-up. *European Journal of Cancer Care*. 2019;28(4):e13063.
167. Ye ZJ, Liang MZ, Qiu HZ, Liu ML, Hu GY, Zhu YF, et al. Effect of a multidiscipline mentor-based program, Be Resilient to Breast Cancer (BRBC), on female breast cancer survivors in mainland China—A randomized, controlled, theoretically-derived intervention trial. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2016;158(3):509-22.
168. Yun MR, Song, M., Jung, K. H., Yu, B. J., Lee KJ. The Effects of Mind Subtraction Meditation on Breast Cancer Survivors' Psychological and Spiritual Well-being and Sleep Quality: a Randomized Controlled Trial in South Korea. *Cancer Nursing*. 2017;40(5):377-85.
169. Yun YH, Lee, M. K., Bae, Y., Shon, E. J., Shin, B. R., Ko, H., Lee, E. S., Noh, D. Y., Lim, J. Y., Kim, S., Kim, S. Y., Cho, C. H., Jung, K. H., Chun, M., Lee, S. N., Park, K. H., Chang YJ. Efficacy of a training program for long-term disease-free cancer survivors as health partners: A randomized controlled trial in Korea. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(12):7229-35.
170. Zakowski SG, Ramati A, Morton C, Johnson P, Flanigan R. Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology*. 2004;23(6):555-63.
171. Zhang H, Zhou, Y., Cui, Y., Yang J. The effectiveness of a rehabilitation programme for Chinese cancer survivors: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice*. 2016;22(1):79-88.
172. Zhou KN, Li, J., Li XM. Effects of cyclic adjustment training delivered via a mobile device on psychological resilience, depression, and anxiety in Chinese post-surgical breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2019;178(1):95-103.

EK-7. Veri Çekme Formu

VERİ ÇEKME FORMU

Bu form, “Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems” tarafından geliştirilen “Data collection form for intervention reviews: RCTs only (Version 3, April 2014)” şablonu doğrultusunda oluşturulmuştur.

| | |
|-------------------------------------------------|--|
| Derleme başlığı veya kimliği | |
| Çalışma kimliği | |
| Rapor kimliği | |
| Deney kayıt numarası | |
| Çalışmaya ait diğer raporların kimliği | |
| Çalışmaya ait diğer raporların başlığı | |
| Çalışmaya ait diğer raporların alıntı detayları | |
| Notlar: | |

GENEL BİLGİLER

| | |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| Formun doldurulma tarihi | |
| Veri çeken araştırmacının adı | |
| Çalışma başlığı | |
| Rapor kimliği (<i>Çalışmaya ait birden fazla rapor var ise</i>) | |
| Çalışma yazarları | |
| Alıntı detayları | |
| Çalışma yazarı iletişim detayları | |
| Notlar: | |

ÇALIŞMA SEÇİMİ

| Çalışma Karakteristikleri | Derleme Seçim Kriterleri | Seçim Kriterlerini Karşılıyor Mu? | | | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| | | E | H | B | |
| Çalışma tasarımı | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Katılımcılar | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Müdahale türü | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Karşılaştırma türü | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sonuç çıktıları | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| DAHİL EDİLDİ <input type="checkbox"/> | | DIŞLANDI <input type="checkbox"/> | | | |
| Dışlanma sebebi | | | | | |
| Dahil etme gerekçeleri | <i>Çalışma tasarımı:</i> <i>Katılımcılar:</i> <i>Müdahale türü:</i> <i>Karşılaştırma türü:</i> <i>Sonuç çıktıları:</i> | | | | |
| Notlar: | | | | | |

ÇALIŞMA DERLEMEDEN DIŞLANDIYSA DEVAM ETMEYİN

EK-7.(Devam) Veri Çekme Formu

DAHİL EDİLEN ÇALIŞMALARIN KARAKTERİSTİKLERİ

YÖNTEM

| | Raporda Belirtilen Açıklamalar | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Çalışmanın amacı | | |
| Tasarım | | |
| Randomizasyon yöntemi | | |
| Körleme durumu | | |
| Başlangıç tarihi | | |
| Bitiş tarihi | | |
| Etik kurul onayı | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B Açıklama: | |
| Notlar: | | |

KATILIMCILAR

| | Raporda Belirtilen Açıklamalar | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Popülasyon bilgisi | | |
| Araştırmanın yapıldığı yer ve sosyal bağlamı, örnekleme ulaşılan lokasyon | | |
| Dahil etme kriterleri | | |
| Dışlama kriterleri | | |
| Katılımcıların araştırmaya alınma yöntemleri | | |
| Bilgilendirilmiş onam alınma durumu | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B Açıklama: | |
| Randomize edilen toplam katılımcı sayısı | | |
| Müdahale öncesi (<i>baseline</i>) dengesizlikleri | | |
| Araştırmadan çekilen/ayrılan ve dışlanan katılımcılar | | |
| Yaş özellikleri | | |
| Cinsiyet özellikleri | | |
| İrk/etnisite özellikleri | | |
| Kanser türü | | |
| Kanser evresi | | |
| Kanser teşhis/tedavisinden sonra geçen süre | | |
| Kanser tedavi geçmişi | | |
| İlgili olabilecek diğer sosyodemografik bilgiler | | |
| Ölçülen alt gruplar | | |
| Raporlanan alt gruplar | | |
| Notlar: | | |

EK-7.(Devam) Veri Çekme Formu

ÇALIŞMA GRUPLARI

Müdahale Grubu (Çalışmaya ait her bir müdahale grubu için tekrarlanmıştır)

| | Raporda Belirtilen Açıklamalar | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Grup adı | | |
| Gruba randomize edilen katılımcı sayısı | | |
| Teorik çerçeve | | |
| Prosedür | | |
| Detaylar (doğası, içerik, temalar) | | |
| Uygulama süresi | | |
| Zamanlama | | |
| Uygulanma formatı (örn. bireysel, grup) | | |
| Uygulanma şekli (örn. yüz yüze, çevrimiçi) | | |
| Uygulayıcıların özellikleri | | |
| Planlanan prosedür ve bütünlüğe bağlı kalma durumu | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> B | Açıklama: |
| Notlar: | | |

Kontrol Grubu

| | Raporda Belirtilen Açıklamalar | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Grup adı | | |
| Gruba randomize edilen katılımcı sayısı | | |
| Teorik çerçeve | | |
| Prosedür | | |
| Detaylar (içerik) | | |
| Uygulama süresi | | |
| Zamanlama | | |
| Uygulanma formatı (örn. bireysel, grup) | | |
| Uygulanma şekli (örn. yüz yüze, çevrimiçi) | | |
| Uygulayıcıların özellikleri | | |
| Planlanan prosedür ve bütünlüğe bağlı kalma durumu | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> B | Açıklama: |
| Notlar: | | |

SONUÇ ÇIKTISI (Çalışmaya ait her bir sonuç çıktısı için tekrarlanmıştır)

| | Raporda Belirtilen Açıklamalar | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|
| Sonuç çıktısı adı | | |
| Sonuç çıktısının ölçüm şekli (örn. öz bildirim değerlendirmesi) | | |

EK-7.(Devam) Veri Çekme Formu

| | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ölçüm aracı | | |
| Ölçüm zaman noktaları | | |
| Raporlanan ölçüm zaman noktaları | | |
| Ölçüm yöntemi (örn. yüz yüze, telefon, posta) | | |
| Ölçüm türü (örn. \bar{x} , SS) | | |
| Ölçümü gerçekleştiren/raporlayan kişi | | |
| Ölçüm birimi | | |
| Ölçek: alt ve üst puan sınırı | | |
| Ölçüm aracı geçerli ve güvenilir mi? | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> H |
| | <input type="checkbox"/> B | Açıklama: |
| Eksik verilerin yönetilmesi | | |
| Güç analizi bilgileri | | |
| Notlar: | | |

DİĞER BİLGİLER

| | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|
| | Raporda Belirtilen Açıklamalar | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası |
| Çalışmanın finanse edilme durumu | | |
| Çalışmanın gerçekleştirildiği ülke | | |
| Yazarlar arasındaki çatışma durumu | | |
| Notlar: | | |

VERİLER VE ANALİZ (Analiz için gerekli sayısal veriler bağımsız bir Excel dosyasına çekildiği için ilgili alanlar boş bırakılmıştır)

SÜREKLİ SONUÇ ÇIKTISI (Çalışmaya ait her bir sonuç çıktısı için tekrarlanmıştır)

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------|--------------------------------------------|---|-----------|----|---|
| | | Raporda Belirtilen Açıklamalar | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası | | | | |
| Karşılaştırma grubu | | | | | | | |
| Sonuç çıktısı | | | | | | | |
| Alt grup | | | | | | | |
| Ölçüm zaman noktaları | | | | | | | |
| Sonuç çıktısı değişim referansı (müdahale sonu/müdahale öncesinden itibaren) | | | | | | | |
| Bulgular | | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu | | | | |
| | | \bar{x} | SS | n | \bar{x} | SS | n |
| | MÖ | | | | | | |
| | MS | | | | | | |
| ... | | | | | | | |
| Raporlanan diğer bulgular (örn. ortalama farkı, GA, p değeri) | | | | | | | |
| Kayıp katılımcı sayısı ve sebepleri | | | | | | | |

EK-7.(Devam) Veri Çekme Formu

| | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Başka gruptan transfer edilen katılımcı sayısı | | | |
| Transfer edilme sebepleri | | | |
| Analiz birimi | | | |
| Kullanılan istatistiksel yöntemler ve uygunluğu | | | <u>Uygunluk:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E H B |
| Yeniden analiz gerekli mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yeniden analiz mümkün mü? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yeniden analiz sonuçları | E | H | B |
| Notlar: | | | |

DİĞER EK BİLGİLER

| | Raporda Belirtilen Açıklamalar | Metindeki/ Kaynaktaki Sayfa Numarası |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|
| Çalışmanın sınırlılıkları | | |
| Çalışmanın güçlü yönleri ve öneriler | | |
| Çalışma yazarlarının anahtar sonuçları | | |
| Daha fazla çalışma bilgisi için gerekli yazışmalar | | |
| Notlar: | | |

Kısaltmalar:

| | |
|-----------|--------------------|
| E | : Evet |
| H | : Hayır |
| K | : Kısmen |
| B | : Belirsiz |
| \bar{x} | : Ortalama |
| SS | : Standart sapma |
| n | : Katılımcı sayısı |
| MÖ | Müdahale öncesi |
| MS | Müdahale sonrası |

EK-8. Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) TEMPLATE FOR COMPLETION

Edited by Julian PT Higgins, Jelena Savović, Matthew J Page, Jonathan AC Sterne
on behalf of the RoB2 Development Group

Version of 22 August 2019

The development of the RoB 2 tool was supported by the MRC Network of Hubs for Trials Methodology Research (MR/L004933/2- N61), with the support of the host MRC ConDuCT-II Hub (Collaboration and innovation for Difficult and Complex randomised controlled Trials In Invasive procedures - MR/K025643/1), by MRC research grant MR/M025209/1, and by a grant from The Cochrane Collaboration.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Study details | |
| Reference | |
| Study design | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Individually-randomized parallel-group trial | |
| <input type="checkbox"/> Cluster-randomized parallel-group trial | |
| <input type="checkbox"/> Individually randomized cross-over (or other matched) trial | |
| For the purposes of this assessment, the interventions being compared are defined as | |
| Experimental: <input type="text"/> | Comparator: <input type="text"/> |
| Specify which outcome is being assessed for risk of bias | |
| Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed. | |
| Is the review team's aim for this result...? | |
| <input type="checkbox"/> to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect) | |
| <input type="checkbox"/> to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect) | |

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

If the aim is to assess the effect of *adhering to intervention*, select the deviations from intended intervention that should be addressed (at least one must be checked):

- occurrence of non-protocol interventions
- failures in implementing the intervention that could have affected the outcome
- non-adherence to their assigned intervention by trial participants

Which of the following sources were obtained to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)

- Journal article(s) with results of the trial
- Trial protocol
- Statistical analysis plan (SAP)
- Non-commercial trial registry record (e.g. ClinicalTrials.gov record)
- Company-owned trial registry record (e.g. GSK Clinical Study Register record)
- "Grey literature" (e.g. unpublished thesis)
- Conference abstract(s) about the trial
- Regulatory document (e.g. Clinical Study Report, Drug Approval Package)
- Research ethics application
- Grant database summary (e.g. NIH RePORTER or Research Councils UK Gateway to Research)
- Personal communication with trialist
- Personal communication with the sponsor

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

Risk of bias assessment

Responses **underlined in green** are potential markers for low risk of bias, and responses in **red** are potential markers for a risk of bias. Where questions relate only to sign posts to other questions, no formatting is used.

Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process

| Signalling questions | Comments | Response options |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1 Was the allocation sequence random? | | <u>Y</u> / <u>PY</u> / PN / N / NI |
| 1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions? | | <u>Y</u> / <u>PY</u> / PN / N / NI |
| 1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process? | | Y / PY / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias arising from the randomization process? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)

| Signalling questions | Comments | Response options |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the trial context? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention? | | <u>Y</u> / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of adhering to intervention)

| Signalling questions | Comments | Response options |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.3. [If applicable:] If <u>Y/PY/NI</u> to 2.1 or 2.2: Were important non-protocol interventions balanced across intervention groups? | | NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.4. [If applicable:] Were there failures in implementing the intervention that could have affected the outcome? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.5. [If applicable:] Was there non-adherence to the assigned intervention regimen that could have affected participants' outcomes? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.6. If <u>N/PN/NI</u> to 2.3, or <u>Y/PY/NI</u> to 2.4 or 2.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of adhering to the intervention? | | NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / N / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

Domain 3: Missing outcome data

| Signalling questions | Comments | Response options |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized? | | <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI |
| 3.2 If <u>N/PN/NI</u> to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data? | | NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> |
| 3.3 If <u>N/PN</u> to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value? | | NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI |
| 3.4 If <u>Y/PY/NI</u> to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value? | | NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias due to missing outcome data? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome

| Signalling questions | Comments | Response options |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate? | | Y / PY / <u>PN/N</u> / NI |
| 4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups? | | Y / PY / <u>PN/N</u> / NI |
| 4.3 If <u>N/PN/NI</u> to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants? | | NA / Y / PY / <u>PN/N</u> / NI |
| 4.4 If <u>Y/PY/NI</u> to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received? | | NA / Y / PY / <u>PN/N</u> / NI |
| 4.5 If <u>Y/PY/NI</u> to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received? | | NA / Y / PY / <u>PN/N</u> / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias in measurement of the outcome? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result

| Signalling questions | Comments | Response options |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis? | | Y / PY / PN / N / NI |
| Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from... | | |
| 5.2. ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain? | | Y / PY / PN / N / NI |
| 5.3 ... multiple eligible analyses of the data? | | Y / PY / PN / N / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

EK-8.(Devam) Revize Edilmiş Cochrane Randomize Çalışmalar İçin Yanlılık Riski Aracı

Overall risk of bias

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Risk-of-bias judgement | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the overall predicted direction of bias for this outcome? | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

EK-9. Bulguların Özeti

| SUMMARY OF FINDINGS | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Psychosocial intervention compared to routine care for cancer survivors | | | | | | |
| Patient or population: Cancer survivors Setting: Healthcare sectors (e.g. hospital, medical center, cancer center), community based settings Intervention: Psychosocial intervention Comparison: Routine care | | | | | | |
| Outcomes | Anticipated absolute effects* (95% CI) | | Relative effect (95% CI) | № of participants (comparisons) | Certainty of the evidence (GRADE) | Comments |
| | Risk with routine care | Risk with psychosocial intervention | | | | |
| Posttraumatic growth Assessed with: two different instruments; higher scores mean higher PTG Time points for change score: pre-intervention to longest follow-up Follow-up: range “8 weeks” to “2 years+8 weeks” from pre-intervention | | Cohen's d 1.612 SE lower (3.847 lower to 0.623 higher) | - | 947 (11) | ⊕○○○ Very low ^{a,b,c,d} | There were 4 additional psychosocial intervention-routine care comparisons which had data, could not be pooled |
| Posttraumatic growth Assessed with: two different instruments; higher scores mean higher PTG Time points for change score: pre-intervention to immediately post-intervention Follow-up: range “8 weeks” to “6 months” from pre-intervention | | Cohen's d 2.31 SE lower (5.735 lower to 1.115 higher) | - | 498 (7) | ⊕○○○ Very low ^{b,d,e,f} | There were 4 additional psychosocial intervention-routine care comparisons which had data, could not be pooled |

SUMMARY OF FINDINGS

Psychosocial intervention compared to routine care for cancer survivors

Patient or population: Cancer survivors

Setting: Healthcare sectors (e.g. hospital, medical center, cancer center), community based settings

Intervention: Psychosocial intervention

Comparison: Routine care

| Outcomes | Anticipated absolute effects* (95% CI) | | Relative effect (95% CI) | № of participants (comparisons) | Certainty of the evidence (GRADE) | Comments |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------|
| | Risk with routine care | Risk with psychosocial intervention | | | | |
| <p>Meaning</p> <p>Assessed with: four different instruments; higher scores mean higher meaning</p> <p>Time points for change score: pre-intervention to longest follow-up</p> <p>Follow-up: range “8 weeks” to “2 years+8weeks” from pre-intervention</p> | | <p>Cohen's d 0.172 SE lower (0.361 lower to 0.018 higher)</p> | - | 433 (5) | ⊕⊕○○ Low ^{d,g} | |
| <p>Meaning</p> <p>Assessed with: three different instruments; higher scores mean higher meaning</p> <p>Time points for change score: pre-intervention to immediately post-intervention</p> <p>Follow-up: range “8 weeks” to “2 months” from pre-intervention</p> | | <p>Cohen's d 0.298 SE lower (0.518 lower to 0.077 lower)</p> | - | 319 (4) | ⊕⊕○○ Low ^{hi} | |

SUMMARY OF FINDINGS

Psychosocial intervention compared to routine care for cancer survivors

Patient or population: Cancer survivors

Setting: Healthcare sectors (e.g. hospital, medical center, cancer center), community based settings

Intervention: Psychosocial intervention

Comparison: Routine care

| Outcomes | Anticipated absolute effects* (95% CI) | | Relative effect (95% CI) | № of participants (comparisons) | Certainty of the evidence (GRADE) | Comments |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Risk with routine care | Risk with psychosocial intervention | | | | |
| Resilience Assessed with: two different instruments; higher scores mean higher resilience | See comment | Not pooled | - | 96 (2) | - | The results were provided in a narrative format, as there were only 2 psychosocial intervention-routine care comparisons. Both of the studies did not provide any results regarding the statistical difference between the change scores of intervention and control conditions. |

*The risk in the **intervention group** (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: confidence interval; **SE:** Standard error; **PTG:** Posttraumatic growth

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: we are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.

Moderate certainty: we are moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.

Low certainty: our confidence in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.

Very low certainty: we have very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Explanations

- a. Downgraded by one level for serious study limitations due to high risk of bias (one study was at high risk of bias for randomisation process, deviations from the intended interventions and missing outcome data; most of the studies were unblinded for participants, so with some concerns for the domain of measurement of the outcome; five studies were rated with some concerns on the domain of deviations from the intended interventions).
- b. Downgraded by two levels for unexplained inconsistency. I^2 statistic suggested considerable heterogeneity ($I^2=99.6$), point estimates were various and there was minimal or no overlap of confidence intervals.
- c. Not downgraded for indirectness. Only one trial's (Gallagher et al., 2018) comparison arm had an additional writing condition that was not directly relevant to the main study intervention content or strategy and one trial (McCaughan et al., 2018) used an instrument with unclear validation, which would not have a large impact on the overall findings.
- d. Downgraded by one level for imprecision due to confidence interval included no effect.
- e. Downgraded by one level for serious study limitations due to high risk of bias (one study was at high risk of bias for randomization process and deviations from the intended interventions; all studies were unblinded for participants, so with some concerns on the domain of measurement of the outcome; three studies were rated with some concerns on the domain of deviations from the intended interventions).
- f. Not downgraded for indirectness. Only one trial (McCaughan et al., 2018) used an instrument with unclear validation which would not have a large impact on the overall findings.
- g. Downgraded by one level for serious study limitations due to high risk of bias (one study was at high risk of bias and two studies had some limitations with some concerns on the domain of deviations from the intended interventions; all studies were unblinded for participants, so with some concerns on the domain of measurement of the outcome).
- h. Downgraded by one level for serious study limitations due to high risk of bias (one study was at high risk of bias and one study was with some concerns on the domain of deviations from the intended interventions; all studies were unblinded for participants, so with some concerns on the domain of measurement of the outcome).
- i. Downgraded by one level for imprecision due to the total sample size did not meet the recommendation of GRADE approach (< 400 participants).

EK-10. Bireysel Çalışmalara İlişkin Özet İstatistikler

Ek Tablo 1. Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Müdahale Öncesi ve En Son Ölçüm Zaman Noktalarına İlişkin İstatistiksel Değerler

| Çalışma Kimliği | Müdahale Grubu | | | | | | Kontrol Grubu | | | | | |
|----------------------|-----------------|----------|----------|------------------|----------|----------|-----------------|----------|---------|------------------|----------|----------|
| | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | |
| | n | Ortalama | SS | n | Ortalama | SS | n | Ortalama | SS | n | Ortalama | SS |
| Gallagher 2018a | 34 | 64,01 | 22,76 | 56,97 | 23,03 | 23,03 | 33 | 64,97 | 26,14 | 63,74 | 30,35 | 30,35 |
| Gallagher 2018b | 29 | 66,49 | 24,07 | 62,69 | 26,78 | 26,78 | 33 | 64,97 | 26,14 | 63,74 | 30,35 | 30,35 |
| Holtmaat 2020a | 57 | 41,7719 | 20,51134 | 43,3226 | 21,29067 | 21,29067 | 57 | 46,3962 | 18,3642 | 48,7097 | 19,89337 | 19,89337 |
| Holtmaat 2020b | 56 | 47,3019 | 17,40423 | 48,25 | 18,58014 | 18,58014 | 57 | 46,3962 | 18,3642 | 48,7097 | 19,89337 | 19,89337 |
| Kenne Sarenmaln 2017 | 62 | 59,78 | 19,5 | 64,65 | 17,7 | 17,7 | 52 | 52,58 | 19,2 | 51,57 | 20,8 | 20,8 |
| McCaughan 2018 | 13 | 34,31 | 7,89 | 34,09 | 7,34 | 7,34 | 4 | 32,25 | 9,36 | 34,33 | 12,66 | 12,66 |
| Stanton 2005* | 184 | - | - | - | - | - | 187 | - | - | - | - | - |
| Üzar-Özçetin 2019 | 38 | 22,02 | 5,05 | 77,55 | 2,57 | 2,57 | 38 | 27,15 | 4,77 | 22,97 | 4,83 | 4,83 |
| Victorson 2017* | 24 | - | - | - | - | - | 19 | - | - | - | - | - |
| Yun 2017 | 134 | 63,1 | 18,5 | 66,6 | 19,3 | 19,3 | 72 | 61,8 | 18,9 | 60,2 | 19,1 | 19,1 |
| Yun 2020a* | 125 | - | - | - | - | - | 134 | - | - | - | - | - |
| Yun 2020b* | 135 | - | - | - | - | - | 134 | - | - | - | - | - |
| Zernicke 2014 | 30 | 51,97 | 22,29 | 62,96 | 17,57 | 17,57 | 32 | 49,38 | 22,43 | 57,97 | 23,02 | 23,02 |
| Zhang 2017 | 28 | 60,71 | 5,09 | 71,5 | 4,5 | 4,5 | 30 | 59,8 | 3,95 | 63,33 | 3,39 | 3,39 |
| Zhang 2022 | 29 | 51,79 | 4,62 | 68,45 | 5,00 | 5,00 | 29 | 52,54 | 5,32 | 51,02 | 4,65 | 4,65 |

EK-10.(Devam) Bireysel Çalışmalara İlişkin Özet İstatistikler

| Çalışma Kimliği | Müdahale Grubu | | | | | | Kontrol Grubu | | | | | |
|-------------------|-----------------|----------|----------|------------------|----------|----------|-----------------|----------|---------|------------------|----|--|
| | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | |
| | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | Ortalama | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| Holtmaat 2020a | 57 | 41,7719 | 20,51134 | 46,5102 | 20,46147 | 57 | 46,3962 | 18,3642 | 48,0909 | 19,48979 | | |
| Holtmaat 2020b | 56 | 47,3019 | 17,40423 | 51,8298 | 17,04766 | 57 | 46,3962 | 18,3642 | 48,0909 | 19,48979 | | |
| McCaughan 2018 | 13 | 34,31 | 7,89 | 36,36 | 5,87 | 4 | 32,25 | 9,36 | 31,5 | 12,26 | | |
| Üzar-Özçetin 2019 | 38 | 22,02 | 5,05 | 82,65 | 3,43 | 38 | 27,15 | 4,77 | 25,65 | 5,33 | | |
| Victorson 2017* | 24 | - | - | - | - | 19 | - | - | - | - | | |
| Yun 2017** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Yun 2020a* | 125 | - | - | - | - | 134 | - | - | - | - | | |
| Yun 2020b* | 135 | - | - | - | - | 134 | - | - | - | - | | |
| Zernicke 2014 | 30 | 51,97 | 22,29 | 62,96 | 17,57 | 32 | 49,38 | 22,43 | 57,97 | 23,02 | | |
| Zhang 2017 | 28 | 60,71 | 5,09 | 67,71 | 4,65 | 30 | 59,8 | 3,95 | 61,63 | 3,61 | | |
| Zhang 2022 | 29 | 51,79 | 4,62 | 59,94 | 3,19 | 29 | 52,54 | 5,32 | 53,73 | 5,05 | | |

Ek Tablo 3. Farkındalık Temelli Psikososyal Müdahalelerin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Müdahale Öncesi ve En Son Ölçüm Zaman Noktalarına İlişkin İstatistiksel Değerler

| Çalışma Kimliği | Müdahale Grubu | | | | | | Kontrol Grubu | | | | | |
|----------------------|-----------------|----------|-------|------------------|-------|----------|-----------------|----------|-------|------------------|----|--|
| | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | |
| | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | Ortalama | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| Kenne Sarenmalm 2017 | 62 | 59,78 | 19,5 | 64,65 | 17,7 | 52 | 52,58 | 19,2 | 51,57 | 20,8 | | |
| Victorson 2017* | 24 | - | - | - | - | 19 | - | - | - | - | | |
| Zernicke 2014 | 30 | 51,97 | 22,29 | 62,96 | 17,57 | 32 | 49,38 | 22,43 | 57,97 | 23,02 | | |
| Zhang 2017 | 28 | 60,71 | 5,09 | 71,5 | 4,5 | 30 | 59,8 | 3,95 | 63,33 | 3,39 | | |
| Zhang 2022 | 29 | 51,79 | 4,62 | 68,45 | 5,00 | 29 | 52,54 | 5,32 | 51,02 | 4,65 | | |

EK-10.(Devam) Bireysel Çalışmalara İlişkin Özet İstatistikler

Ek Tablo 4. Psikososyal Müdahalelerin Meme Kanserinden Sağ Kalan Bireylerin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Müdahale Öncesi ve En Son Ölçüm Zaman Noktalarına İlişkin İstatistiksel Değerler

| Çalışma Kimliği | Müdahale Grubu | | | | | | Kontrol Grubu | | | | | |
|----------------------|-----------------|----------|-------|------------------|-------|-------|-----------------|----------|-------|------------------|-------|--|
| | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | |
| | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | SS | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| Gallagher 2018a | 34 | 64,01 | 22,76 | 56,97 | 23,03 | 23,03 | 33 | 64,97 | 26,14 | 63,74 | 30,35 | |
| Gallagher 2018b | 29 | 66,49 | 24,07 | 62,69 | 26,78 | 26,78 | 33 | 64,97 | 26,14 | 63,74 | 30,35 | |
| Kenne Sarenmalm 2017 | 62 | 59,78 | 19,5 | 64,65 | 17,7 | 17,7 | 52 | 52,58 | 19,2 | 51,57 | 20,8 | |
| Stanton 2005* | 184 | - | - | - | - | - | 187 | - | - | - | - | |
| Zhang 2017 | 28 | 60,71 | 5,09 | 71,5 | 4,5 | 4,5 | 30 | 59,8 | 3,95 | 63,33 | 3,39 | |
| Zhang 2022 | 29 | 51,79 | 4,62 | 68,45 | 5,00 | 5,00 | 29 | 52,54 | 5,32 | 51,02 | 4,65 | |

Ek Tablo 5. Anlam Bulma Düzeyi Müdahale Öncesi ve En Son Ölçüm Zaman Noktalarına İlişkin İstatistiksel Değerler

| Çalışma Kimliği | Müdahale Grubu | | | | | | Kontrol Grubu | | | | | |
|----------------------|-----------------|----------|----------|------------------|----------|----------|-----------------|----------|----------|------------------|----------|--|
| | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | | Müdahale Öncesi | | | Müdahale Sonrası | | |
| | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | SS | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| Holtmaat 2020a | 57 | 60,62470 | 15,5980 | 61,41370 | 17,98091 | 17,98091 | 57 | 60,3968 | 11,12532 | 60,5059 | 10,83091 | |
| Holtmaat 2020b | 56 | 62,4233 | 13,15299 | 63,9077 | 12,67661 | 12,67661 | 57 | 60,3968 | 11,12532 | 60,5059 | 10,83091 | |
| Hsiao 2012 | 18 | 23,3 | 7,10000 | 25,3 | 5,20000 | 5,20000 | 18 | 26,1 | 4,80000 | 27,4 | 5,10000 | |
| Kenne Sarenmalm 2017 | 62 | 21,97000 | 4,55000 | 22,29000 | 3,80000 | 3,80000 | 52 | 23,50000 | 3,87000 | 22,83000 | 3,98000 | |
| Zernicke 2014*** | 24 | 11,50 | 3,9324 | 13,00 | 2,48474 | 2,48474 | 32 | 11,3750 | 3,15973 | 11,4688 | 3,32133 | |

EK-10.(Devam) Bireysel Çalışmalara İlişkin Özet İstatistikler

| Çalışma Kimliği | Müdahale Öncesi | | Müdahale Sonrası | | Müdahale Öncesi | | Müdahale Sonrası | | | |
|------------------|-----------------|----------|------------------|----------|-----------------|----------|------------------|----------|---------|----------|
| | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | Ortalama | SS | | | |
| Holtmaat 2020a | 57 | 60,62470 | 15,15980 | 62,09020 | 16,91904 | 57 | 60,3968 | 11,12532 | 58,4653 | 13,47603 |
| Holtmaat 2020b | 56 | 62,4233 | 13,15299 | 63,9624 | 13,08614 | 57 | 60,3968 | 11,12532 | 58,4653 | 13,47603 |
| Hsiao 2012 | 18 | 23,3 | 7,10000 | 25,2 | 6,50000 | 18 | 26,1 | 4,80000 | 25,9 | 4,80000 |
| Zernicke 2014*** | 24 | 11,50 | 3,9324 | 13,00 | 2,48474 | 32 | 11,3750 | 3,15973 | 11,4688 | 3,32133 |

Ek Tablo 7. Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Müdahale Öncesi ve En Son Ölçüm Zaman Noktalarına İlişkin İstatistiksel Değerler

| Çalışma Kimliği | Müdahale Öncesi | | Müdahale Sonrası | | Müdahale Öncesi | | Müdahale Sonrası | | | |
|-------------------|-----------------|----------|------------------|----------|-----------------|----------|------------------|-------|-------|-------|
| | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | Ortalama | SS | | | |
| Üzar-Özçetin 2019 | 38 | 43,39 | 10,09 | 159,57 | 7,12 | 38 | 48,44 | 15,25 | 68,68 | 9,11 |
| Loprinzi 2011 | 12 | 73,60 | 10,10 | 81,30 | 9,10 | 8 | 78,20 | 12,60 | 82,10 | 10,50 |

Ek Tablo 8. Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Ölçüm Zaman Noktalarına İlişkin İstatistiksel Değerler

| Çalışma Kimliği | Müdahale Öncesi | | Müdahale Sonrası | | Müdahale Öncesi | | Müdahale Sonrası | | | |
|-------------------|-----------------|----------|------------------|----------|-----------------|----------|------------------|-------|-------|-------|
| | n | Ortalama | SS | Ortalama | SS | Ortalama | SS | | | |
| Üzar-Özçetin 2019 | 38 | 43,39 | 10,09 | 153,30 | 69,92 | 38 | 48,44 | 15,25 | 70,07 | 10,88 |
| Loprinzi 2011 | 12 | 73,60 | 10,10 | 81,30 | 9,10 | 8 | 78,20 | 12,60 | 82,10 | 10,50 |

*Veriler ortalama ve standart sapma formatında sunulmamıştır.

**Verilerin, olmadığı gerekçesi ile istatistiksel analize dahil edilmediği bildirilmiştir.

***Çalışma yazarlarından "ham SPSS veri dosyası" elde edilmiştir. Ortalama ve standart sapma değerleri, dosyadaki kayıp veriler gözetilmeden hesaplanmıştır.

****"Stanton 2005" ile "Victorson 2017" kimlikli çalışmalara ilişkin randomize edilen örneklem sayıları sunulmuştur. Diğer tüm çalışmaların örneklem değerleri analize dahil edilen sayılardır.

EK-11. Orjinallik Ekran Görüntüsü

TEZİN TAM BAŞLIĞI: KANSERDEN SAĞ KALAN BİREYLERE UYGULANAN RANDOMİZE KONTROLLÜ PSİKOSOSYAL MÜDAHALELERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE ANLAM BULMA DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ: BİR SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ ÇALIŞMASI

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI: GÜLŞAH YILDIZ AYTAÇ

DOSYANIN TOPLAM SAYFA SAYISI: 225

| ORJİNALLİK RAPORU | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|
| % 3 | % 3 | % 1 | % 1 |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |
| BİRİNCİL KAYNAKLAR | | | |
| 1 | docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı | <% 1 | |
| 2 | hdl.handle.net İnternet Kaynağı | <% 1 | |
| 3 | onlinelibrary.wiley.com İnternet Kaynağı | <% 1 | |
| 4 | Jiayuan Zhang, Shida Qin, Yuqiu Zhou, Lina Meng, Hong Su, Shan Zhao. "A randomized controlled trial of mindfulness-based Tai Chi Chuan for subthreshold depression adolescents", <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 2018 Yayın | <% 1 | |
| 5 | acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 | |
| 6 | Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi | <% 1 | |

EK-12. Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

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

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Gülşah Yıldız Aytaç
Ödev başlığı: KANSERDEN SAĞ KALAN BİREYLERE UYGULANAN RANDOMİZ...
Gönderi Başlığı: KANSERDEN SAĞ KALAN BİREYLERE UYGULANAN RANDOMİZ...
Dosya adı: DR_TEZ_SAV_SON_-_GU_LS_AH_YILDIZ_AYTAC.docx
Dosya boyutu: 1.11M
Sayfa sayısı: 225
Kelime sayısı: 52,984
Karakter sayısı: 372,542
Gönderim Tarihi: 13-Tem-2023 02:12ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2130531649



9. ÖZGEÇMİŞ