

PAPER DETAILS

TITLE: Meme Kanseri Tanisi Almis Kadinlari Hastalik Temsilleri ve Basa Cikma Tarzlari ile Kaygi ve Depresyon Düzeyleri Arasindaki Iliskilerin Incelenmesi

AUTHORS: Aygöl TUNÇ AKSAN,Cem Ali GIZIR

PAGES: 623-658

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/813505>

Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri ve Başa Çıkma Tarzları ile Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

An Assessment of the Relationships among Illness Representations, Coping, Anxiety and Depression Levels of Women Diagnosed with Breast Cancer

Aygül Tunç Aksan^{ID}, Cem Ali Gizir^{ID}

Öz. Bu çalışmanın amacı, tedavi görmekte olan meme kanserli kadınların hastalık temsilleri ve başa çıkma tarzları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemektir. Araştırmanın çalışma grubunu, Akdeniz bölgesindeki iki büyükşehirde yaşayan, birincil meme kanseri tanısı almış ve tedavileri ayakta devam etmekte olan 103 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada, Hastalık Algısı Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği olmak üzere dört ölçme aracı kullanılmıştır. Oluşturulan hipotetik modeli test etmek amacıyla kullanılan yol analizi sonucunda, meme kanserli kadınların hastalık algıları, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tarzları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde doğrudan ve dolaylı ilişkiler bulunduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular sağlık psikolojik danışmanlığı çerçevesinde tartışılarak uygulamalara ve gelecek çalışmalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler. Meme kanseri, hastalık temsilleri, başa çıkma tarzları, kaygı, depresyon.

Abstract. The aim of the present study was to assess the relationships between illness representations, coping strategies, anxiety, and depression levels of breast cancer women receiving treatment. The sample of the study consisted of 103 breast cancer women receiving treatment in two big cities in the Mediterranean Region of Turkey. Four instruments, namely, Illness Perception Questionnaire, Ways of Coping Style Scale, Beck Anxiety Inventory, and Beck Depression Inventory were used to collect the data. Path analysis were used to analyze the data. The result of the study revealed that there were significant direct and indirect relationships between illness representation dimensions, emotion and problem focused coping, anxiety and depression levels of breast cancer women. Implications of the findings were discussed and some suggestions were made for further research.

Keywords. Breast cancer, illness representations, coping strategies, anxiety, depression.

Aygül Tunç Aksan
Milli Eğitim Bakanlığı, Mersin, Türkiye
e-mail: aygultunc@gmail.com

Cem Ali Gizir
Mersin Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Mersin, Türkiye
e-mail: cagizir@mersin.edu.tr
Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında gerçekleştirdiği doktora tez çalışmasından üretilmiştir.

Geliş / Received: 11 Kasım/November 2018
Düzeltilme / Revision: 17 Nisan/April 2019
Kabul / Accepted: 24 Haziran/June 2019

Yaşamı tehdit eden ciddi bir kronik hastalık durumu olan meme kanseri, kadınlar arasında en sık karşılaşılan kanser türüdür (Institute of Medicine [IOM], 2008). Nitekim Ogden (2010), her dokuz kadından birinin meme kanseri tanısı aldığını belirtmektedir. Kronik bir hastalık durumu olarak çeşitli aşamalar içeren meme kanseri yaşantısında (Hewitt, Herdman ve Holland, 2004) yer alan “tedavi aşaması” psiko-sosyal uyumun en düşük ve psikolojik sıkıntının en yüksek düzeyde olduğu aşama olarak kabul edilmektedir (Schroevers, Ranchorb ve Sanderman, 2006). Hastalığının bu aşamasında kadınlar, bir yandan hastalığın fiziksel etkileriyle başa çıkmaya çalışırken, diğer yandan iş ve özel yaşamlarındaki değişikliklere uyum sağlamaya çalışmaktadır. Bu süreçte, kadınların sosyal yaşantıları ve kişilerarası ilişkileri de değişmekte ve sağlık uzmanları, meme kanserli kadınların yer aldığı sosyal ağın önemli bir parçası olmaya başlamaktadır (Doka, 2009).

Kronik bir hastalık tehdidiyle karşılaşan kadınlar, bedensel duyuların yanı sıra hekimlerden aldığı bilgiler, diğer insanların öneri ve tepkileri ile medya gibi çeşitli kaynaklardan gelen birçok olumlu/olumsuz bilgiye maruz kalmaktadır. Meme kanserli kadınların yaşadıkları kişisel ve sosyal bağlamla birleşen bu bilgiler çerçevesinde de hastalıkla ilgili çeşitli bilişsel modeller ortaya çıkmaktadır (Benyamini, Gozlan ve Kokia, 2004). Hastalıkla ilgili en kapsamlı bilişsel modellerden biri “hastalık temsilleri”dir (Nerenz, Leventhal ve Love, 1982). Kleinman ve Mendelson’un (1978) çalışmalarını temel alan bu modelde, hastalık bilişlerine “hastalık temsilleri” adı verilmektedir (Leventhal, Brissette ve Leventhal, 2003). Hastalık temsilleri, hastalıklara anlam vermek ve süreci anlamlandırmak için oluşturulmuş bilişsel yapılar olarak ele alınmaktadır (Hagger ve Orbell, 2003). Bir başka deyişle, uzun süreli belleğe depolanmış hastalık inançları ‘temsiller’ olarak isimlendirilmekte ve bu anlamlandırma süreci hastalığın bilişsel modeli olarak görülmektedir (Albery ve Munafó, 2008). Hagger ve Orbell (2003), hastalık temsillerinin oluşmasında üç temel kaynağın bulunduğunu belirtmektedir. Birinci kaynak, bireyin daha önceki sosyal iletişimlerden elde ettiği ve hastalık hakkında oluşan kültürel bilgileri kapsamaktadır. Diğer bir ifadeyle, sokaktaki insanın bilgisinden oluşmaktadır. İkinci kaynak, önemli olarak algılanan sosyal çevreden ya da otoritelerden (örneğin hekimlerden) alınan bilgileri içermektedir. Üçüncü kaynak ise bireyin hastalıkla ilgili güncel deneyimleri sonucunda oluşan öznel algılarına dayalı bedensel belirtileri içeren bilgileri kapsamaktadır.

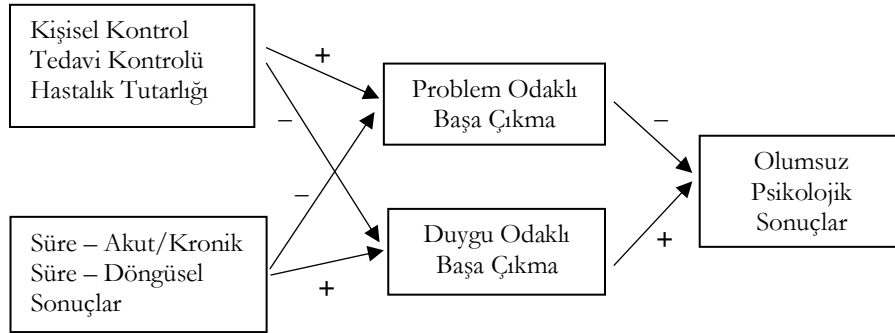
Leventhal, Leventhal ve Contrada'ya göre (1998) hastalık temsilleri, hastalık davranışlarının altında yatan süreçleri açıklayan Ortak Algı Modeli'nin (OAM) de temelini oluşturmaktadır. Bu modele göre birey, bir sağlık tehdidiyle karşı karşıya kaldığında problemi tanımlamak ve kontrol etmek için (örneğin önleme, iyileşme veya hastalığı yönetme) motivasyonel bir sürece girmektedir. Kendini düzenleme olarak tanımlanan bu motivasyonel süreç üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama olarak betimlenen algısal aşamada sağlık tehdidini ya da hastalığın başlangıcını anlamak için bireyler hastalıkla ilgili hem bilişsel temsiller oluşturmakta hem de duygusal tepkiler vermektedirler. Hastalık temsilleri adı verilen bu algıların içeriği kimlik, nedenler, sonuçlar, süre ve kontrol/tedavi olarak adlandırılan beş boyuttan oluşmaktadır (Leventhal, Breland, Mora ve Leventhal, 2010). Modelin ikinci aşaması olan tepki aşamasında birey, problemle başa çıkmak için bu bilişleri ve duyguları yönetmeye yönelik planlar yapmakta ya da başa çıkma çabası içine girmektedir. Son aşama olan değerlendirme aşaması ise başa çıkma aşamasının ne kadar başarılı olduğunun bireysel değerlendirmesini kapsamaktadır. Bu değerlendirme, bireyin gelecekteki bilişsel biçimlerini, duygusal tepkilerini ve başa çıkma yöntemlerini seçmesini belirleyerek geribildirim sunmaktadır (Leventhal, Breland, Mora ve Leventhal, 2010).

Bu bakış açısına göre OAM'nin üç temel sayıltısı bulunmaktadır (Leventhal Leventhal ve Cameron, 2001). Bu sayıltılardan ilki, bireylerin aktif problem çözücü olarak görülmesidir. Bireyler, olabilecek ya da varolan bedensel değişimleri anlamlandırmaya çalışmaktadırlar ve bu değişimleri hastalığın bir işareti olarak kontrol etmek için eylemde bulunmaktadırlar. Bu bağlamda bireyler, uyum sağlamak amacıyla problem çözme sürecine giren, kendilerini düzenleme becerisine sahip sistemler olarak görülmektedirler. İkinci sayıltı ise uyum sürecinin ortak algı inançlarına ve değerlendirmelerine dayanmaktadır. Bu noktada, varolan hastalık temsilleri, süreci yönetmek için seçilen başa çıkma yöntemi ve sonuçların değerlendirilmesi, bireyin sahip olduğu anlayış ve becerilerin bir ürünü olarak ele alınmaktadır. Sonuç olarak, bu temsiller ve yöntemler, bir tehdit olarak hastalığın nesnel ya da biyomedikal doğasını değil, bireylerin öznel değerlendirmelerini yansıtmaktadır. Üçüncü sayıltı, kendini düzenleme sürecinin şekillenmesinde sosyo-kültürel çevrenin etkisi üzerinedir. Bireyin bir sağlık tehdidine yönelik sahip olduğu öznel temsiller ve kullandığı baş etme yöntemleri, sosyal ve kültürel çevrenin tutum ve inançlarının bir ürünü olarak görülmektedir. Bu kapsamda aile, arkadaşlar, sağlık uzmanları, kitle

iletişim araçları ve sosyal roller ile belli hastalık ve tedavileri tanımlamak için kullanılan dilsel terimler çevresel etkileri oluşturan etmenler olmaktadır.

Başka bir açıdan ise OAM, kendini düzenleme kuramı ile stres-başa çıkma kuramının bütünleştirilmesi olarak görülmekte ve Kendini Düzenlemede Ortak Algı Modeli (KD-OAM) olarak tanımlanmaktadır. Bu modelde, başa çıkmanın önemi ile duygusal tepkilere neden olan somut ve soyut etmenlere vurgu yapılmasının yanı sıra motivasyonla eylem arasındaki bilişsel-algısal etmenlere de ayrıntılı olarak yer verilmektedir. Ayrıca, bütünüyle sağlık ve hastalıkla ilgili davranışları açıklamak için geliştirilen KD-OAM, sözü edilen bu yönleriyle diğer modellerden ayrılmakta ve hastalıkla ilgili geliştirilmiş tek model olma özelliği taşımaktadır (De Ridder ve Witt, 2006; Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal, ve Özakıncı, 2005). İlgili alanyazında, hastalık temsilleri içinde yer alan tutarlık, tedavi kontrolü ve kişisel kontrol algılarının yüksekliğinin hastalıkla ilgili olumlu inançlar üzerinde; süre (döngüsel ya da akut/kronik) algısının ise hastalıkla ilgili olumsuz inançlar üzerinde etkili oldukları belirtilmektedir (Grace, vd., 2005; Husain vd., 2008; Kocaman-Yıldırım vd., 2013). Bununla birlikte, ilgili çalışmalarda, olumlu hastalık algılarının ve problem odaklı başa çıkma tarzlarının hastalığın olumlu psikolojik sonuçları; olumlu olmayan hastalık algılarının ve duygu odaklı başa çıkma tarzlarının ise hastalığın olumsuz psikolojik sonuçları üzerinde önemli etkilerinin olduğu vurgulanmaktadır (Evans ve Norman, 2009; Hagger ve Orbell, 2003; Knibb ve Horton, 2008; Knowles, Cook ve Tribbick, 2013; Knowles, Wilson, Connell ve Kamm, 2011).

Bu bilgiler çerçevesinde, ilgili alanyazında, çeşitli kronik hastalıklar temelinde farklı modeller oluşturulduğu gözlemlenmektedir. Bu modellerden biri de Gould, Brown ve Bramwell (2010) tarafından kanser hastaları odağında geliştirilen modeldir. Bu çalışmada meme kanserli kadınlar odağında test edilen bu model Şekil 1’de sunulmaktadır. Sözü edilen bu model açısından ele alındığında, meme kanserli kadınların hastalığın olumsuz psikolojik sonuçları temelinde en sık yaşadıkları psikolojik sorunların kaygı ve depresyon olduğu ve meme kanserli kadınların kaygı ve depresyon düzeylerinin meme kanseri olmayan kadınlara oranla daha yüksek ve ülke genel ortalamalarının üstünde olduğu belirtilmektedir. (Burgess vd., 2005; Saniah ve Zainal, 2010; Sütçü, 2010; Tünel, 2011).



Şekil 1. Test Edilen KD-OAM (Gould, Brown, Bramwell, 2010).

Çok boyutlu bir kavram olarak kaygı, gelecekte gerçekleşecek ya da gerçekleşeceği düşünülen olay ya da duruma yönelmiş bir duygudur (Jacobsen ve Donovan, 2011). Kaygı düzeyi yüksekken bireyler, içinde bulundukları durumu kontrol edilemez olarak algılamakta ve bu durumun yaşam amaçlarına yönelik tehdit içerip içermediğiyle ilgili belirsizlik yaşamaktadırlar (Clark ve Beck, 2010). Diğer bir ifadeyle kaygı, bir tehdidin ön görülmesidir ve beklenen tehlide hazırlanmayı içermektedir (American Psychiatric Association, 2013). Depresyon ise olumlu duygulanım eksikliği ile birlikte seyreden çeşitli duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal belirtileri içermektedir (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2010). Yakından incelendiğinde, kaygı ve depresyon belirtilerinin birçok örtüşen yönlerinin olduğu görülmektedir. Örneğin, her iki durumda da bilişsel olarak birey çaresizlik, takıntılar, olumsuz bilişsel çarpıtmalar yaşanırken, kaygı durumunda daha çok tehdit ve tehlike algısı, depresyonda ise umutsuzluk ve kayıp algısı baskın olarak yaşanmaktadır (Özen ve Temizsu, 2010). Belirtiler açısından değerlendirildiğinde ise her iki durumda da korku, aşırı endişe, konsantrasyon güçlüğü, uyku bozukluğu, öz-kıyım düşünceleri ya da fiziksel olarak ağrı görülebilmektedir (Türkçapar, 2009). Alanyazında da kaygı ve depresyon belirtileri arasında örtüşen özellikler bulunduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmektedir (Goldberg ve Lecrubier, 1995; Katon ve Roy-byrne, 1991; Lepine, Chignon ve Teherani, 1993). Ayrıca meme kanseri odaklı çalışmalarda, kaygı ve depresyon belirtilerinin çoğunlukla birlikte görüldüğü vurgulanmaktadır (Burgess vd., 2005; Kocaman-Yıldırım vd., 2009; Tünel, 2011).

Bu çalışmada ele alınan KD-OAM modeli (Gould, Brown ve Bramwell, 2010), başa çıkma tarzları açısından incelendiğinde, meme kanserli kadınların başa çıkma tarzları ile hastalığın psikolojik sonuçları arasındaki ilişkilerin iki farklı açıdan değerlendirildiği gözlemlenmektedir. Bunlardan ilki, yaşam doyumu, iyilik hali ya da olumlu uyum gösterme gibi hastalığın olumlu psikolojik sonuçlarına yönelen çalışmalardır. İkincisi ise, bu çalışmada da ele alındığı üzere, hastalığın olumsuz psikolojik sonuçlarına odaklanan çalışmaları kapsamaktadır. Buna göre, duygu-odaklı başa çıkmanın yüksek psikolojik sıkıntı (Ben-Zur, Gilbar ve Lev, 2001; Gilbar ve Hevronil, 2007), yüksek kaygı ve depresyon (Fillion, Kovacs, Gagnon ve Endler, 2002; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou ve Figenei, 2007; Saniah ve Zainal, 2010) düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Diğer yandan, problem odaklı başa çıkmanın ise düşük kaygı ve depresyon (Schlegela, Talleya, Molixb ve Bett, 2009; Sütçü, 2010) düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Lazarus ve Folkman'a göre (1984) duygu odaklı başa çıkma, zararlı, tehdit edici ya da meydan okuyucu çevresel durumlar karşısında yapacak bir şey olmadığı değerlendirildiğinde ortaya çıkmaktadır. Problem odaklı başa çıkma ise yaşanan sorunla ilgili hem bireyin kendisine hem de çevresine yönelmiş, problemi yönetmeye ya da değiştirmeye yönelik stratejileri içermektedir. Dolayısıyla, bu çalışmada da duygu odaklı başa çıkma tarzlarının tedavi gören meme kanserli kadınların kaygı ve depresyon düzeylerini artıracak, problem odaklı başa çıkmaya tarzlarının ise kaygı ve depresyon düzeylerini azaltacağı öngörülmektedir.

Sözü edilen KD-OAM modeli (Gould, Brown ve Bramwell, 2010), hastalık temsilleri odağında ele alındığında ise meme kanseri temelinde hastalık temsilleri ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye yönelik yürütülen sınırlı sayıda çalışma olduğu gözlemlenmektedir. Bu çalışmalarda da genel olarak başa çıkma tarzları ile farklı hastalık temsilleri arasında ilişkiler bulunduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durumun temel nedeni olarak ise hastalığın doğal ya da medikal tedavi ve çözümüne yönelik geliştirilen inançlardaki kültürel farklılıklar gösterilmektedir (Dein, 2004). Nitekim Rozema, Völink ve Lechner (2009), süre/kronik temsiline düşük problem çözme başa çıkma tarzını, yüksek kişisel kontrolün ise duygu odaklı başa çıkma tarzını yordadığını belirtmektedirler. Bir başka çalışmada ise Richardson ve diğerleri (2015), kanser hastalarında kişisel kontrol algısı ile problem odaklı başa çıkma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunduğunu vurgularken, zaman (döngüsel) algısı ile kaçınmacı başa çıkma arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunduğunu belirtmektedirler. İlgili alanyazın temelinde ortaya çıkan çeşitli ve farklı bulgular göz önüne alındığında,

bu çalışmada, yüksek tedavi kontrolü, kişisel kontrol ve hastalık tutarlılığının problem odaklı başa çıkma tarzı ile pozitif yönde ve duygusal başa çıkma ile negatif yönde ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Diğer yandan, hastalık temsilleri içinde yer alan süre akut/kronik ve süre döngüsel hastalık temsillerinin ise duygu odaklı başa çıkma tarzı ile pozitif ve problem odaklı başa çıkma ile negatif yönde ilişkili olacağı öngörülmektedir.

Bu bilgiler temelinde, bu çalışmanın amacı, tedavi görmekte olan meme kanserli kadınların hastalık temsilleri çerçevesinde kullandıkları başa çıkma tarzları ile hastalığın olumsuz psikolojik sonuçları arasındaki ilişkileri açıklayan ve Şekil 1’de sunulan Kendini Düzenlemede Ortak Algı Modelini test etmektir. Başka bir ifadeyle bu çalışmada, meme kanserli kadınların, tutarlık, tedavi kontrolü, kişisel kontrol, süre-döngüsel ve süre-akut boyutlarından oluşan hastalık temsilleri, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tarzları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yurtdışında konu üzerine oluşan alanyazın incelendiğinde, genel olarak kronik hastalıkların, özelde ise kanserin psikolojik yönünü anlamaya yönelik en önemli modellerden biri olarak vurgulanan KD-OAM (De Ridder ve Witt, 2006) aracılığıyla ilgili süreçleri test etmeye yönelik çalışmaların giderek yaygınlaştığı gözlemlenmektedir. Yurtiçi alanyazında da başa çıkma tarzları ve hastalık sonuçları arasındaki ilişkilerin ele alındığı bazı çalışmalar (Filazoglu ve Griva, 2008; Sütçü, 2010) bulunmakla birlikte, kanser hastaları üzerinde KD-OAM modelini bütünüyle test etmeye yönelik yürütülen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda, Türkiye örnekleminde yapılan bu çalışmanın, meme kanserinin tedavi aşamasındaki psikolojik süreçleri anlamaya yönelik bir model sunabileceği düşünülmekte ve ayrıca KD-OAM’ın Türkiye’deki geçerliğini test etmek için önemli bir başlangıç noktası olacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte, hastalığın etkisi ve hastalığa yönelik yürütülecek psikolojik müdahalelerin içeriklerinin sosyal ve kültürel bağlamdan bağımsız olarak kabul edilemeyeceği (Leventhal vd., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2009) göz önüne alındığında, bu çalışma sonuçlarının sosyal ve kültürel bağlamı göz ardı etmeden, Türkiye’de sağlık psikolojik danışmanlığı çerçevesinde yürütülebilecek çalışmalara rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

YÖNTEM

Araştırma Grubu

Araştırma grubunu, Akdeniz bölgesindeki iki büyükşehirde bulunan yedi hastanenin tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde ayakta tedavi gören 103 birincil meme kanserli kadın oluşturmaktadır. Çalışma grubunda yer alacak katılımcıların sınırlı ve ulaşılması zor özelliklere sahip bireyler olması nedeniyle bu çalışmada amaçlı örnekleme tekniği (Erkuş, 2009) kullanılmıştır. Gönüllülük esasıyla çalışma grubunda yer alan katılımcıların yaşları 27 ile 79 arasında değişmekte olup, ortalaması 49.37'dir (SS = 10.94). Katılımcıların % 81.6'sı evli, % 18.3'ü ise bekâr olduğunu ifade etmiştir. Eğitim durumları açısından incelendiğinde, katılımcıların % 13.4'ünün okur-yazar, % 35.9'unun ilkokul, % 4.9'unun ortaokul, % 21.4'ünün lise, % 7.8'inin yüksekokul, % 13.5'inin üniversite ve % 2.9'unun ise yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, katılımcıların % 56.3'ü herhangi bir işte çalışmadığını, % 20.4'ü halen bir işte çalışmakta olduğunu ve % 23.3'ü de emekli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların, meme kanseri tanısı almalarının üzerinden geçen süre ise 1 ay ile 96 ay arasında değişmekte olup ortalaması 12.77'dir (SS = 17.09).

Tıbbi özellikleri açısından çalışma grubunu oluşturan kadınların geçirdikleri ameliyat tiplerinin oranları incelendiğinde, tek meme ve koltuk altının alındığı ameliyat tipinin % 62.1 ile en çok geçirilen ameliyat tipi olduğu görülmektedir. Sadece tümörün alındığı ameliyat tipi % 20.4 oran ile ikinci sırada yer alırken, bunu sırasıyla % 5.8 ile memenin bir kısmının ve % 3.9 ile her iki meme ve koltuk altının alındığı ameliyat tipleri izlemektedir. Diğer ameliyat tiplerinin oranı ise % 6.8'dir. Kadınların devam eden tedavileri incelendiğinde ise % 47.6'sının kemoterapi, % 22.3'ünün radyoterapi, % 8.7'sinin hormon tedavisi ve % 19'unun diğer tedavileri gördükleri belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu. Katılımcıların kişisel bilgilerini elde etmek için araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların yaşları, medeni durumları, eğitim ve çalışma durumlarını belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölüm ise hastalık tanısının üstünden geçen süre, tanıdan sonra uygulanan tedaviler ve devam eden tedaviler gibi tıbbi bilgileri elde etmeye yönelik soruları kapsamaktadır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ). Bireylerin stresle başa çıkmada kullandıkları stratejileri ölçmek amacıyla Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen Başa Çıkma Yolları Envanteri'nin (Ways of Coping Inventory) Şahin ve Durak (1995) tarafından uyarlanan kısa formudur. Toplam 30 maddeden oluşan ölçek, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma olmak üzere beş faktör ile problem odaklı (probleme yönelik/aktif) ve duygu odaklı (duygulara yönelik/pasif) olmak üzere iki alt-ölçekten oluşmaktadır (Bayraklı, 2010; Şahin ve Durak, 1995). Likert tipi 4'lü derecelendirmenin kullanıldığı ölçekte maddeler 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanların yüksekliği aktif stresle başa çıkma tarzlarının kullanıldığını; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların yüksekliği ise pasif stresle başa çıkma tarzlarının kullanıldığını göstermektedir (Şahin ve Durak, 1995). Ölçeğin güvenirliği kapsamında üç ayrı örneklem grubunda yürütülen çalışmalar sonucunda Cronbach alfa güvenirlik katsayılarının kendine güvenli yaklaşım için .62 ile .80 arasında, iyimser yaklaşım için .49 ile .68 arasında, sosyal desteğe başvurma için .45 ile .67, çaresiz yaklaşım için .64 ile .73 arasında ve boyun eğici yaklaşım için .47 ile .72 arasında olduğu belirtilmiştir (Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmada SBÇTÖ'nün Bayraklı (2010) tarafından önerilen iki alt ölçekli (problem odaklı ve duygu odaklı) formu kullanılmıştır. Buna göre, ölçeğin bu çalışma için Cronbach alfa ile belirlenen iç tutarlık katsayıları problem odaklı başa çıkma için .77 ve duygu odaklı başa çıkma için .78 olarak belirlenmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ). Klinik kaygıyı değerlendirmek ve kaygının şiddetini ölçmek amacıyla Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilen tek boyutlu ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin 0 ile 3 arasında puanlandığı 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 63 arasında değişmekte ve alınan puanın yüksekliği anksiyete düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Türkçe uyarlaması Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından gerçekleştirilen ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .93 olarak belirlenirken, madde toplam puan korelasyon katsayılarının .45 ile .72 arasında değiştiği rapor edilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise .57 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada BAÖ için elde edilen iç tutarlık katsayısı ise .89'dur.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ). Beck, Ward, Mendelson, Mock, ve Erbaugh (1961) tarafından geliştirilen ve 1978 yılında güncellenen (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979) tek boyutlu ölçek, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ele almakta ve 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 63 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği depresyon düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir. Türkçe uyarlaması Hisli (1988; 1989) tarafından gerçekleştirilen ölçeğin Türkçe formunun iç güvenirlik katsayısı .80, yarıya bölme güvenirliği ise .74 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmada BDÖ için elde edilen iç tutarlık katsayısı ise .85 olarak belirlenmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ). Hastalığın bilişsel temsillerini ölçmek amacıyla ilk olarak Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne (1996) tarafından geliştirilen ölçek, Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron (2002) tarafından yeniden değerlendirilerek son halini almıştır. Ölçek “hastalık belirtileri”, “hastalık algısı” ve “hastalık nedenleri” olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması kapsamında yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Armay, Özkan, Kocaman ve Özkan (2007) tarafından kanser hastaları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, diğer kanserli bireylerle yürütülen araştırmalarda da (Hagger ve Orbell, 2003; Gould, Brown ve Bramwell, 2010) örneğine rastlandığı üzere ölçeğin sadece hastalık algısı olarak adlandırılan ikinci bölümü kullanılmıştır.

Hastalık algısı boyutu, bireylerin var olan hastalıkları hakkındaki görüşlerini yansıtan 38 maddeden oluşmakta ve ölçekte 5’li Likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Hastalık algısı boyutu yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Süre alt-ölçeği, bireyin hastalığının süresiyle ilgili algılarını değerlendirmekte ve “akut/kronik” ya da “döngüsel” olarak gruplanmaktadır. Sonuçlar alt-ölçeği, bireyin hastalığının şiddeti ile fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını ele almaktadır. Kişisel kontrol, bireyin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını incelemektedir. Tedavi kontrolü, bireyin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını ele alırken, hastalık tutarlılığı (anlayabilme), bireyin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını ve duygusal temsiller ise bireyin hastalığıyla ilgili hissettiklerinin düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin hastalık algısı bölümünde yer alan yedi faktör için hesaplanan Cronbach alfa katsayıları .60 ile .85 arasında değişmektedir (Armay vd., 2007).

Bu araştırmada, hastalık algısı boyutunda yer alan sonuçlar ve duygusal temsiller alt ölçekleri çalışmaya dâhil edilmemiştir. İlgili alanyazında, duygusal temsiller alt ölçeğinde yer alan maddeler ile BAÖ ve BDÖ'nün maddeleri arasında örtüşmeler olması nedeniyle bu alt ölçeğin analizden çıkarılması önerilmektedir (Gould vd., 2010). Ayrıca, sonuçlar alt ölçeğinin bu çalışma için elde edilen Cronbach alfa değeri .56 olarak hesaplanmış ve bu değerin düşük olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Dolayısıyla, bu çalışmada HAO'nün hastalık algısı boyutunda yer alan beş alt-ölçek çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu alt-ölçekler sırasıyla, süre akut/kronik, süre döngüsel, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalık tutarlılığıdır. Bu çalışmada sözü edilen alt-ölçeklerin Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla .85, .69, .68, .74 ve .82 olarak belirlenmiştir.

İşlem

Araştırmanın yürütülmesi amacıyla ilgili üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve ilgili İl Sağlık Müdürlüğü'nün yanı sıra çalışmanın yürütüldüğü hastane başhekimliklerinden gerekli izinler alınmıştır. Her uygulama öncesi, çalışmaya gönüllü olarak katılan meme kanserli kadınlara araştırmacıların kimliği, araştırmanın amacı, katılımcı bilgilerinin gizliliği, araştırma için alınan izinlerle ilgili bilgiler sunulmuş ve "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu" imzalatılmıştır. Araştırma ile ilgili bilgi isteyen hasta yakınlarına da gerekli bilgiler verilmiştir. Bununla birlikte, araştırmada kullanılan ölçekler, sıra etkisini kontrol etmek amacıyla farklı sıralarda dizilerek uygulanmıştır. Uygulamalar, ilgili hastanelerin kemoterapi ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde araştırmacılara sunulan uygun ortamlarda bire bir yapılmış ve ortalama 30 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Bu çalışmada, birincil meme kanseri tanısıyla tedavi gören kadınların hastalık temsilleri ve başa çıkma tarzları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkileri test etmeye yönelik oluşturulan hipotetik KD-OAM modeli yol analizi ile sınanmıştır. Analiz sürecinde ilk olarak verilerin yol analizi için gerekli olan sayıtları karşılayıp karşılamadığı incelenmiştir. Gerçekleştirilen incelemeler sonucunda, araştırmada kullanılan ölçme araçlarından elde edilen puanların normal bir dağılım ve doğrusal bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Ele alınan değişkenler arasındaki korelasyonlar (Tablo 1) incelendiğinde ise korelasyon katsayılarının çoklu doğrusallığın göstergesi olan .80 seviyesinden (Gravetter ve

Wallnau, 2007) daha düşük olduğu gözlenmiştir (en yüksek .61). Son olarak, değişkenler arasında çoklu doğrusallık bulunup bulunmadığı tolerans ve varyans şişkinlik (VIF) değerleri temelinde gözden geçirilmiştir. Analiz sonucunda, değişkenlere ait tolerans değerlerinin (.74 ile .90 arasında) .20'den büyük ve VIF değerlerinin (1.05 - 1.35 arasında) 10'dan küçük olduğu gözlemlendiğinden, değişkenler arasında çoklu doğrusallık bulunmadığı (Büyüköztürk, 2011) sonucuna ulaşılmıştır. Yol analizi temelinde öngörülen modelin veri tabanına uygunluğunu (model fit) değerlendirmek için ki kare (Bollen, 1989), CFI (Bentler, 1990), NNFI (Bentler ve Bonett, 1980), SRMR (Bentler, 1995) ve RMSEA (Steiger, 1990) gibi araştırmalarda sıklıkla kullanılan model uyum indekslerinden yararlanılmıştır. Öngörülen modelin veri tabanına uygunluğunun kabul edilebilmesi için CFI ve NNFI (TLI olarak bilinmektedir) değerlerinin .90 üzerinde, SRMR ve RMSEA değerlerinin ise .05 altında olması gerekmektedir (Schumacker ve Lomax, 2010; Sümer, 2000).

BULGULAR

Betimsel İstatistikler

Araştırma grubunu oluşturan 103 meme kanserli kadın için ilgili değişkenler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları Tablo 1'de verilmektedir. Buna göre, çalışma kapsamında ele alınan değişkenler arasında -.49 ile .61 arasında değişen anlamlı düzeyde ilişkiler bulunmaktadır. Yakından incelendiğinde, çalışma grubunun depresyon düzeyi ile hastalık algıları arasında yer alan süre akut/kronik ($r = .21, p < .05$) ve süre-döngüsel ($r = .19, p < .05$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler belirlenirken, depresyon düzeyi ile tedavi kontrolü ($r = -.23, p < .05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna ek olarak, depresyon ile problem odaklı başa çıkma arasında ($r = -.43, p < .01$) orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenirken, depresyon ile duygu odaklı başa çıkma ($r = .48, p < .01$) arasında orta düzeyde ve depresyon ile kaygı ($r = .61, p < .01$) arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Tablo 1. Değişkenlere ait istatistikler

Değişken	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. SAK	-								
2. SD	.09	-							
3. KK	-.09	-.04	-						
4. TK	-.49**	-.13	.29**	-					
5. HT	-.11	-.27**	.17	.26**	-				
6. POBÇ	-.19	-.13	.20*	.16	.19	-			
7. DOBÇ	.23*	.13	.05	-.15	-.28**	-.35**	-		
8. KAY	.05	.17	.06	-.08	-.05	-.31**	.32**	-	
9. DEP	.21*	.19*	.03	-.23*	-.18	-.43**	.48**	.61**	-
Ortalama	15.49	10.52	22.11	20.74	9.52	36.14	19.63	17.99	13.41
SS	5.76	2.97	4.09	3.63	3.50	6.48	8.06	10.92	8.58
α	.85	.69	.68	.74	.82	.77	.78	.89	.85

Not. ** $p < .001$, * $p < .05$; 1. Süre-akut/kronik; 2. Süre-döngüsel; 3. Kişisel kontrol; 4. Tedavi kontrolü; 5. Hastalık tutarlığı; 6. Problem odaklı başa çıkma; 7. Duygu odaklı başa çıkma; 8. Kaygı; 9. Depresyon.

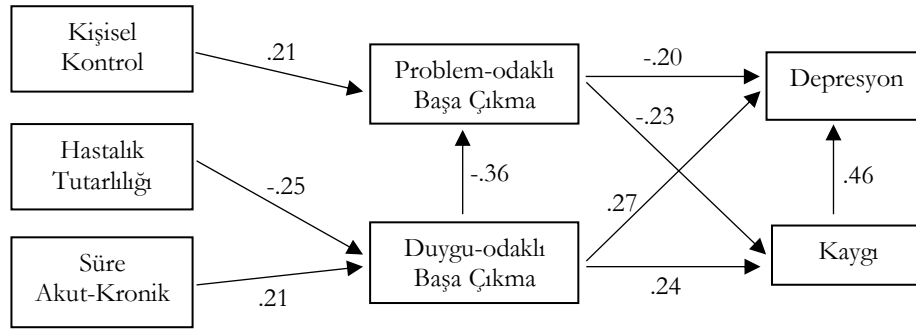
Kaygı değişkeni açısından incelendiğinde, hastalık algısı değişkenleri ile çalışma grubunun kaygı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır. Diğer yandan, kaygı ile problem odaklı başa çıkma arasında ($r = -.31$, $p < .01$) negatif yönde anlamlı ilişki belirlenirken, duygu odaklı başa çıkma ($r = .32$, $p < .01$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Başa çıkma değişkenleri açısından ele alındığında ise problem odaklı başa çıkma ile duygu odaklı başa çıkma ($r = -.35$, $p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Buna ek olarak, hastalık algısı değişkenleri arasında yer alan kişisel kontrol ile problem odaklı başa çıkma arasında ($r = .20$, $p < .05$) ve süre-akut/kronik ile duygu odaklı başa çıkma arasında ($r = .23$, $p < .05$) pozitif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.

Bununla birlikte, çalışma kapsamında ele alınan beş hastalık algısı değişkeni arasında da çeşitli düzeyde anlamlı ilişkiler elde edildiği görülmektedir. Bu ilişkiler arasındaki en yüksek ve anlamlı ilişki süre-akut/kronik ile tedavi kontrolü ($r = -.49$, $p < .01$) arasında saptanırken, en düşük ilişki ise hastalık tutarlığı ile tedavi kontrolü arasında ($r = .26$, $p < .01$) belirlenmiştir.

Yol Analizi Bulguları

Değişkenler Arasındaki Doğrudan İlişkiler. Kendini Düzenlemede Ortak Algı Modeli temelinde oluşturulan ve Şekil 2’de gösterilen yol analizi sonucunda ortaya çıkan model, $\chi^2_{(9)} = 6.74$ ($p = .66$), $\chi^2/sd = .75$, RMSEA = .00 [CI 90% = .00; .09] %90, SRMR = .05, CFI = .99 ve NNFI = .99 uyum indeksi değerlerine sahiptir. Elde edilen bu değerler, test edilen modelin istatistiksel açıdan oldukça yüksek düzeyde kabul edilebilir olduğuna işaret etmektedir. Her bir ilgili değişken açısından ele alındığında, analiz sonucunda elde edilen toplam varyans depresyon için % 50, kaygı için % 15, problem odaklı başa çıkma için % 19 ve duygu odaklı başa çıkma için % 12 şeklinde sıralanmıştır.



Şekil 2. KD-OAM Kapsamında Elde Edilen Sonuç Modeli.

Modelde kullanılan değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü gösteren katsayılar Tablo 2’de sunulmaktadır. Yakından incelendiğinde, test edilen modelde yer alan değişkenler arasındaki standardize edilmiş yol katsayıları -.20 ile .46 arasında değişmektedir. Cohen’e göre (aktaran Kline, 1988; Schoon, Sacker, ve Bartley, 2003) standardize edilmiş yol katsayısının .10’un altında olması ele alınan değişkenler arasında düşük düzeyde etki, .30 düzeyinde olması orta düzeyde etki, .50’den fazla olması ise yüksek düzeyde etki olduğuna işaret etmektedir. Bu ölçüt çerçevesinde ele alındığında, test edilen modelde yer alan değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak, elde edilen ilişki katsayılarının anlamlılığı bootstrapping (1000) yöntemi ile yeniden sınanmış ve yol katsayılarının % 95 güven aralığı (confidence interval; CI) içinde ve anlamlı oldukları belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Test Edilen Modeli Oluşturan Değişkenler Arasındaki Doğrudan İlişki Katsayıları

İlişkiler	β	t	% 95 CI	
			Düşük	Yüksek
KK ~ POB	.21	2.39	.03	.66
SAK ~ DOB	.21	2.20	.03	.56
HT ~ DOB	-.25	-2.71	-.91	-.15
POB ~ KAY	-.23	-2.31	-.68	-.08
POB ~ DEP	-.20	-2.55	-.41	-.11
DOB ~ POB	-.36	-4.05	-.42	-.16
DOB ~ KAY	.24	2.39	.09	.56
DOB ~ DEP	.27	3.44	.09	.47
KAY ~ DEP	.46	6.01	.21	.52

Not. KK: Kişisel kontrol; SAK: Süre-akut/kronik; HT: Hastalık tutarlılığı; POB: Problem odaklı başa çıkma; DOB: Duygu odaklı başa çıkma; KAY: Kaygı; DEP: Depresyon

Oluşturulan model depresyon açısından incelendiğinde, kaygı ile depresyon arasında ($\beta = .46$, $t = 6.01$, $p < .01$) doğrudan, pozitif yönde ve güçlü bir ilişkinin olduğu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, depresyon ile duygu odaklı başa çıkma ($\beta = .27$, $t = 3.44$, $p < .01$) arasında pozitif, problem odaklı başa çıkma ($\beta = -.20$, $t = -2.55$, $p < .01$) ile arasında ise negatif ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu söylenebilir. Elde edilen modele göre bu üç değişken birlikte meme kanserli kadınların depresyon düzeyindeki toplam varyansın % 50'sini açıklamaktadırlar.

Kaygı açısından incelendiğinde ise yine kaygı ile duygu odaklı başa çıkma ($\beta = .24$, $t = 2.39$, $p < .01$) arasında pozitif, problem odaklı başa çıkma ($\beta = -.23$, $t = -.31$, $p < .01$) ile arasında ise negatif ve yaklaşık orta düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Elde edilen modelde ele alınan bu iki değişken, ortak olarak kaygı toplam varyansının % 15'ini açıklamaktadırlar.

Buna ek olarak, duygu odaklı başa çıkma ile hastalık algısı değişkenleri içinde yer alan hastalık tutarlılığı ve süre-akut/kronik değişkenleri arasında da anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Buna göre, duygu odaklı başa çıkma ile hastalık tutarlılığı ($\beta = -.25$, $t = -2.71$, $p < .01$) arasında negatif, süre-akut/kronik ($\beta = .21$, $t = 2.20$, $p < .01$) değişkeni arasında ise pozitif ve orta düzeye yakın bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Yine, hastalık tutarlılığı ve süre-akut/kronik değişkenleri birlikte duygu odaklı başa çıkma toplam varyansının % 12'sini açıklamaktadırlar.

Diğer yandan, hastalık algısı değişkenleri içinde yer alan kişisel kontrol, problem odaklı başa çıkma ile anlamlı bir ilişki içinde bulunan tek değişken olarak göze çarpmaktadır. Buna göre, kişisel kontrol değişkeni ($\beta = .21$, $t = 2.39$, $p < .01$) ile problem odaklı başa çıkma üzerinde kısmen orta düzeyde ve pozitif bir ilişkinin olduğu ifade edilebilir. Ayrıca, duygu odaklı başa çıkma ($\beta = -.36$, $t = -4.05$, $p < .01$) ile problem odaklı başa çıkma arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Sözü edilen bu iki değişken, problem odaklı başa çıkma toplam varyansının % 19'unu açıklamaktadırlar.

Değişkenler Arasındaki Dolaylı İlişkiler. Test edilen modeldeki değişkenler arasında yer alan doğrudan ilişkilerin yanı sıra, ilgili değişkenler arasında dolaylı ilişkiler de gözlemlenmektedir. Analiz bulguları temelinde değişkenler arasında bulunan dolaylı ilişkiler Tablo 3'te sunulmaktadır. Model depresyon açısından incelendiğinde, kişisel kontrol değişkeninin, problem odaklı başa çıkma üzerinden depresyon ile ($\beta = -.06$, $t = -2.92$, $p < .01$) dolaylı, negatif yönde ve düşük düzeyde bir ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, hastalık tutarlılığı ($\beta = -.12$, $t = -2.25$, $p < .01$) ve süre-akut/kronik ($\beta = .10$, $t = 2.20$, $p < .01$) değişkenlerinin duygu odaklı başa çıkma üzerinden depresyon ile düşük düzeyde ilişkilerinin olduğu söylenebilir. Yine, duygu odaklı başa çıkma ($\beta = .22$, $t = 3.65$, $p < .01$) değişkeninin problem odaklı başa çıkma ve kaygı üzerinden depresyon ile pozitif yönde ve kısmen orta düzeyde bir dolaylı ilişkisi bulunduğu görülmüştür. Son olarak, problem odaklı başa çıkmanın ($\beta = -.10$, $t = -2.16$, $p < .01$) kaygı üzerinden depresyon ile düşük düzeyde dolaylı ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Test Edilen Modeli Oluşturan Değişkenler Arasındaki Dolaylı İlişki Katsayıları

	Değişkenler				
	KK	SAK	HT	POB	DOB
POB	-	-.07 (-1.68)	.09 (2.25)	-	-
KAY	-.05 (-2.56)	.07 (1.63)	-.08 (-2.12)	-	.08 (2.01)
DEP	-.06 (-2.92)	.10 (-2.19)	-.12 (-2.25)	-.10 (-2.16)	.22 (3.65)

Not. t değerleri parantez içinde verilmiştir.

KK: Kişisel kontrol; SAK: Süre-akut; HT: Hastalık tutarlılığı; POB: Problem odaklı başa çıkma; DOB: Duygu odaklı başa çıkma; KAY: Kaygı; DEP: Depresyon

Kaygı açısından incelendiğinde, kişisel kontrol ($\beta = -.05$, $t = -2.56$, $p < .01$) değişkeninin problem odaklı başa çıkma üzerinden; hastalık tutarlığı ($\beta = -.08$, $t = -2.12$, $p < .01$) değişkeninin ise duygu odaklı başa çıkma üzerinden kaygı ile dolaylı, negatif ve düşük düzeyde ilişkilerinin olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, duygu odaklı başa çıkmanın ($\beta = .08$, $t = 2.01$, $p < .01$) problem odaklı başa çıkma üzerinden, kaygı ile dolaylı, pozitif yönde ve düşük düzeyde bir ilişkisi bulunduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu araştırma kapsamında tedavi görmekte olan meme kanserli kadınların hastalık temsilleri çerçevesinde kullandıkları başa çıkma tarzları ile hastalığın olumsuz psikolojik sonuçları arasında yer alan kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin yer aldığı Kendini Düzenlemede Ortak Algı Modelinin test edilmesini içeren analiz sonuçları, ele alınan değişkenler arasında doğrudan ilişkiler olduğunu göstermiştir. Değişkenler arasında belirlenen bu ilişkilere aşağıda sırayla yer verilmekte ve elde edilen bulgular alanyazın çerçevesinde tartışılmaktadır.

Yapılan analiz sonucunda elde edilen model incelendiğinde, kaygı, duygu odaklı başa çıkma ve problem odaklı başa çıkmanın depresyon ile doğrudan ilişkili olduğu gözlenmiştir. İlgili alanyazın incelendiğinde, kaygı düzeyi yüksekliğinin depresyon belirtilerinin ortaya çıkması için temel oluşturan bir etmen olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Hirschfeld, 2001; Mathew, Pettit, Lewinsohn, Seeley ve Roberts, 2011; Merikangas vd., 2003). Nitekim Bair ve diğerleri (2013), kronik hastalıkları olan bireylerdeki temel kaygı belirtilerinin sonraki aşamada oluşan depresif belirtileri yordadığını vurgulamaktadırlar. Bu noktada Wittchen, Kessler, Pfister ve Lieb (2000), bilişsel süreçte çarpıtmalara ve moral çöküntüsüne (demoralization) ya da davranış ve sosyal yaşantı örüntülerinde değişimlere (kaçınmacı davranışlar) yol açması nedeniyle kaygının depresyon için bir risk etmeni olduğunu belirtmektedirler. Benzer şekilde, çaresizlik-umutsuzluk modeline göre de kaygı, ilk duygu durum tepkisidir ve birey olumsuz olayın nedeninin sürekli olacağına ve yaşamın tüm alanlarını kapsayacağına yönelik bir inanç geliştirdikçe depresyon ortaya çıkmaktadır (Swendsen, 1997). Nitekim, kanser hastalığı olan bireylerde moral çöküntüsü yaşandığı ve bu çöküntünün çaresizlik ve umutsuzluk içerdiği çeşitli görgül çalışmalarda kanıtlanmıştır (Clarke vd., 2000; Clarke, Kissane, Trauer ve Smith, 2005). Özellikle meme kanseri

yaşantısında kaygının en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu vurgulanmaktadır (Kang, Sung, Park, Lee ve Lee, 2014). Ayrıca, meme kanserli kadınlarda kaygı düzeyinin yüksekliğiyle birlikte çaresizliğin de yüksek olduğu bildirilmektedir (Watson, Homewood, Haviland ve Bliss, 2005). Bu anlamda, meme kanserli kadınlar açısından çaresizliğin, umutsuzluğa yol açan bir etmen olarak (Clarke, 2011), umutsuzlukla özelleşen depresyon belirtilerinin yükselmesinde etkili olabileceği söylenebilir. Dolayısıyla, bu çalışmada ortaya çıkan meme kanserli kadınlarda kaygı düzeyinin artmasının depresyon düzeyinin artması için önemli bir risk etmeni (vulnerability factor) olduğu bulgusu, alanyazındaki çalışmalarla büyük oranda benzerlik göstermektedir.

Model incelendiğinde, duygu odaklı başa çıkma tarzı ile depresyon arasında da orta düzeyde ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, uyumlu olmayan başa çıkma tarzının depresyon belirtilerinin artmasında etkili olduğu belirtilebilir. Bilindiği üzere duygu odaklı başa çıkma, probleme yönelik duygusal tepkileri düzenlemeye yönelmiş başa çıkma tarzıdır ve zararlı, tehdit edici ya da meydan okuyucu çevresel duruma karşı yapacak bir şey olmadığına yönelik bir değerlendirme yapıldığında ortaya çıkmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu çalışmada kullanılan STBÇÖ'de yer alan duygu odaklı başa çıkma tarzının çaresizlik ve boyun eğici yaklaşım alt boyutlarından oluştuğu dikkate alındığında, meme kanserli kadınlar için, karşılaştıkları problemler karşısında duygu odaklı başa çıkma tarzını kullanmalarının depresyon düzeylerini arttırdığı ifade edilebilir. İlgili alanyazında da duygu odaklı başa çıkma tarzları ile meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmektedir (Aydoğan vd., 2012; Ben-Zur, Gilbur ve Lev, 2001; Sütçü, 2010).

Diğer yandan, test edilen modele göre problem-odaklı başa çıkma tarzı ile depresyon arasında ise kısmen orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Problem-odaklı başa çıkma, sıkıntıya neden olan problemi yönetmeye ya da değiştirmeye yönelmiş başa çıkma tarzı olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu başa çıkma tarzı, bireyin hem kendisine hem de çevreye yönelmiş yöntemleri içeren problemi tanımlama, alternatif çözümler üretme, yarar-zarar ekseninde alternatifleri değerlendirme, bu değerlendirmelerden bir seçim yapma ve harekete geçmeyi içermektedir. Dolayısıyla, bu çalışmada ele alınan problem odaklı başa çıkma tarzının, özellikle depresyonun belirtileri içinde yer alan olumsuz duygulanımları ve düşünceleri değiştirmede etkili olduğu ileri sürülebilir. Nitekim, alanyazında da meme

kanserli kadınların problem odaklı başa çıkma stratejileri ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki bulunduğu vurgulanmaktadır (Schlegela, Talleya, Molixb ve Bett, 2009; Sütçü, 2010).

Araştırma bulguları kaygı açısından ele alındığında, duygu odaklı başa çıkma ve problem odaklı başa çıkma tarzlarının kaygı ile doğrudan ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu ilişkilerin de depresyonda olduğu gibi, duygu odaklı başa çıkma ile pozitif, problem odaklı başa çıkma ile negatif yönde olduğu görülmektedir. Buna göre, meme kanseri tedavisi gören kadınlarda tehdit algısını arttıran ve belirsizlik yaratan (uyumlu olmayan) duygu odaklı başa çıkma tarzının kullanılmasıyla kadınların kaygı düzeylerinin arttığı, problem odaklı başa çıkma (uyumlu başa çıkma) tarzının kullanılmasıyla ise azaldığı söylenebilir. İlgili alanyazında yer alan ve çeşitli kanser ya da kronik hastalıkları olan bireylerin yer aldığı örneklem gruplarıyla yürütülen çalışmaların bulguları, bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde başa çıkma tarzlarının kaygıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Aydoğan vd., 2012; Karabulutlu, Bilici, Çayır, Tekin ve Kantarcı, 2010; Knowles, Wilson, Connell ve Kamm, 2011; Saniah ve Zainal, 2010; Wang vd., 2012).

Buna ek olarak, elde edilen model incelendiğinde hastalık tutarlılığı ile duygu odaklı başa çıkma stratejisi arasında negatif, süre-akut/kronik değişkeni ile duygu odaklı başa çıkma stratejisi arasında ise pozitif ve orta düzeye yakın bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle, meme kanseri tedavisi gören kadınların hastalığı anlama ve anlamlandırma düzeyleri azaldıkça ve bu süreçte kanserin uzun süreli (kronik) olduğuna yönelik inançları arttıkça, duygu odaklı başa çıkma stratejisi kullanma eğilimlerinin de arttığı belirtilebilir. Aldwin (2007), bireylerin genellikle duyumsadıkları stresli yaşam olaylarını anlamlandırmaya çalıştıklarını ifade etmektedir. Stresli bir yaşam olayı olan kronik hastalık deneyimi ile ilgili anlamlandırma yapmak, hastaların yaşamlarında hastalığın var olan rollerini nasıl algıladıkları ve bu algıların zaman içinde nasıl değiştiği kadar bireylerin hastalığa olan tepkilerinin nasıl geliştiği, sürdüğü ve değiştiğini de içermektedir (Warner ve Hauser, 2009). Bu yaklaşım temelinde, hastalıkla ilgili uyarınları anlayamadıklarında, hastalıkla ilgili talepleri karşılayabilecek kaynakları olmadığında ya da neden hasta olduklarına yönelik bir anlamlandırma gerçekleştiremediklerinde, kanser hastalarının duygu odaklı başa çıkma stratejisini kullandıkları söylenebilir. Nitekim, bu çalışmanın bulgularında gözlenen hastalık tutarlılığı ve duygu odaklı başa çıkma stratejisi arasındaki negatif ilişki, Gould ve diğerlerinin (2010) çalışmasıyla da benzerlik göstermektedir.

Jinekolojik kanserli kadınlarla yürütülen çalışmada Gould ve diğerleri, hastalık tutarlığının inkâr ve uzaklaşma başa çıkma stratejisiyle doğrudan ilişkili olduğunu, diğer bir ifadeyle, jinekolojik kanserli kadınların hastalıklarını anlama ve anlamlandırmaları azaldıkça, inkâr ve uzaklaşma stratejisini daha fazla kullandıklarını bildirmektedirler.

Diğer yandan süre akut/kronik algısı, hastalığın ne kadar süreceği ve nasıl bir seyir izleyeceği ile ilgili bakış açısını içermekte (Heijmans ve De Ridder, 1998) ve hastalığın uzun süreceği ya da kronik olduğu algısı, hastalıkların fizyolojik ve psikolojik olumsuz sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (Knibb ve Horton, 2008; Vaughan, Morrison ve Miller, 2003). Bir başka deyişle, kanser hastalığının kronik olduğuna inanmanın, çaresizlik temelinde boyun eğici bir yaklaşımı tetiklediği ve meme kanserli kadınların duygu odaklı başa çıkma tarzlarını kullanmalarına neden olduğu söylenebilir. Dolayısıyla, bu çalışmada gözlemlenen süre akut/kronik algısıyla, uyumlu olmayan başa çıkma olarak da nitelendirilen duygu odaklı başa çıkma tarzı arasındaki doğrudan ve olumlu ilişki, kanser türleri ve kronik hastalıklarla yürütülen çalışmaların bulgularını (Heijmans, 1999; Moss-Morris vd., 1996; Rozema vd., 2009) büyük oranda desteklemektedir.

Bu çalışmanın bulguları, problem odaklı başa çıkmayı doğrudan etkileyen tek hastalık algısı değişkeninin kişisel kontrol olduğunu göstermektedir. Bireyin hastalığı üzerinde kişisel kontrolünün olduğu inancının, diğer kanser türlerinde ve kronik hastalıklarda da uyumlu başa çıkma tarzlarıyla ilişkili olduğu alanyazında sıkça vurgulanmaktadır (Goli, Scheidt, Gholamrezaei ve Farzanegan, 2014; Gould vd., 2010; Knibb ve Horton, 2008). Bireyin hastalığını kontrol edebileceği inancının, özyeterkinlik inancı (Moss-Morris vd., 2002) ve kişisel kaynakları olduğu inancını (Hagger ve Orbell, 2005) kapsadığına yönelik bilgiler göz önüne alındığında, meme kanserli kadınların kişisel kontrol inançlarına bağlı olarak problem odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmaya yönelmeleri oldukça manidar görünmektedir.

Araştırma sonucunda ayrıca problem odaklı başa çıkma ile doğrudan ancak negatif yönde ilişkili diğer bir değişkenin duygu odaklı başa çıkma stratejisi olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, meme kanserli kadınların duygu odaklı başa çıkma tarzına yönelmeleri, problemi yönetme ya da değiştirmeye odaklanan problem odaklı başa çıkma tarzını kullanmalarını olumsuz yönde etkilemektedir. Nitekim Folkman ve diğerleri (1986), bireylerin kullandıkları başa çıkma stratejileri arasında ilişki olduğunu ve stresli durumlarda kişilerin çoklu başa

çıkma stratejileri kullandıklarını belirtmektedirler. Alanyazında da, hastaların kullandıkları duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma tarzları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Knowles vd., 2011; 2013).

Çalışma bulguları, değişkenler arasındaki dolaylı ilişkiler açısından incelendiğinde, kişisel kontrol değişkeninin problem odaklı başa çıkma üzerinden meme kanserli kadın hastaların depresyon düzeyleri üzerinde dolaylı ve negatif yönde bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bir başka deyişle, kişisel kontrol algısının uyumlu ya da problem çözme odaklı başa çıkma tarzları üzerinden meme kanserli kadınların depresyon düzeylerini kısmen azaltıcı bir etki sağladığı söylenebilir. Bir meta-analiz çalışmasında da kişisel kontrolün, kanser hastalarının problem odaklı başa çıkma ve depresyon düzeylerine etki eden en önemli faktör olduğu bildirilmektedir (Richardson vd., 2015). Yine depresyon açısından incelendiğinde, hastalık algısı değişkenleri arasında yer alan hastalık tutarlığı ve süre-akut/kronik değişkenlerinin duygu odaklı başa çıkma üzerinden depresyon ile düşük düzeyde ilişki gösterdikleri belirlenmiştir. Bir başka deyişle, çalışma grubunda yer alan meme kanserli kadınların, hastalığı anlamlandırma düzeyleri azaldıkça duygu odaklı başa çıkma stratejilerini daha sık kullanmaya başladıkları ve dolaylı olarak depresyon düzeylerinin arttığı söylenebilir. Diğer yandan, kadınların hastalıklarının kronik olduğuna yönelik algılarının artmasına bağlı olarak, yine duygu odaklı başa çıkma stratejilerine yöneldikleri ve dolaylı olarak depresyon düzeylerinin artmasına etki ettiği belirtilebilir. Elde edilen bu bulgular, Gould ve diğerleri (2010) tarafından jinekolojik kanserli hastalarla yürütülen çalışmanın sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Gould ve diğerleri, hastalık tutarlığının uyumlu olmayan başa çıkma stratejisi olan inkar ve uzaklaşma üzerinden psikolojik sıkıntı ile dolaylı olarak ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Aynı hasta grubunda ayrıca, döngüsel süre algısının inkar ve uzaklaşma aracılığıyla psikolojik sıkıntı ile dolaylı bir ilişkisi olduğunu vurgulamışlardır. Dolayısıyla, Gould ve diğerlerinin çalışması ile bu çalışmanın bulgularında ele alınan değişkenler arasındaki dolaylı ilişkilerde önemli benzerlikler olduğu ve hastalık algısının uyumlu olmayan başa çıkma stratejileri aracılığıyla hastalık sonuçları üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Test edilen modelde ele alınan değişkenler arasındaki dolaylı ilişkilere yönelik bulgular kaygı değişkeni açısından incelendiğinde, depresyon ile benzer şekilde, kişisel kontrol değişkeninin problem odaklı başa çıkma üzerinden meme kanserli kadın hastaların kaygı düzeyleri ile dolaylı ve negatif bir ilişkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, yüksek hastalık tutarlığı algısının duygu odaklı başa

çıkma üzerinden kaygı düzeyi ile dolaylı ve negatif bir ilişki sergilediği görülmüştür. İlgili alanyazında da yüksek kontrol algısı ve hastalık tutarlılığının kanser hastalarının düşük kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu (Dempster vd., 2012; Keeling, Bambrough ve Simpson, 2013) belirtilmektedir. Bir başka çalışmada Gray ve Rutter (2006), kronik yorgunluk sendromu yaşayan bireylerin hastalığı anlamlandırma düzeyleri azaldıkça hastalıkla ilgili belirtilere daha fazla odaklanmaya başladıklarını ve sonuçta yaşam kalitelerinin düştüğünü vurgulamaktadırlar. Bu çalışmada da, meme kanserli kadınların, hastalığı anlamlandırma düzeyleri azaldıkça duygu odaklı başa çıkma stratejilerine yöneldikleri ve dolaylı olarak kaygı düzeylerinin yükseldiği söylenebilir. Sonuç olarak, KD-OAM çerçevesinde düzenlenen, hastalık algılarının ve başa çıkma tarzlarının kaygı ve depresyon gibi hastalığın psikolojik sonuçları ile doğrudan ve dolaylı ilişkileri olduğu önermesi bu çalışma bulgularıyla büyük oranda desteklenmiştir. Nitekim, bu çalışmadan elde edilen bulgular, KD-OAM temelinde yürütülen farklı çalışmalarla da (Carlisle vd., 2005; Evans ve Norman, 2009; Gray ve Rutter, 2006; Gould vd., 2010; Knibb ve Horton, 2008; Rutter ve Rutter, 2002) büyük oranda tutarlık göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı, KD-OAM çerçevesinde, tedavi görmekte olan birincil meme kanseri tanısı almış kadınlarda, hastalık algıları ve başa çıkma tarzları ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkileri ele alan hipotetik modeli sınamaktır. Gerçekleştirilen yol analizi sonucunda ele alınan değişkenler arasında doğrudan ve dolaylı ilişkiler olduğu gözlenmiştir.

McAndrew ve diğerleri (2008), kronik hastalıklar temelinde yürütülen çalışmalarda KD-OAM kullanımının iki yolu olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu yollardan ilki, yukardan aşağıya olan soyut/bilişsel stratejilerle, ikincisi ise aşağıdan yukarıya somut/davranışsal stratejilerle yürütülecek uygulamalardır. Yukarıdan aşağıya yürütülecek çalışmalarda, öncelikle hastalığın kapsamlı bir bilişsel algısı (temsili) oluşturulmakta, daha sonra hastaların eylemleriyle ortaya çıkabilecek sonuçları ve bu sonuçlara yönelik bir süre algısı geliştirmelerini sağlayacak bir model oluşturmaları sağlanmaktadır. Aşağıdan yukarı stratejide ise ilk önce hastalıkla ilgili kapsamlı bir bakış açısı geliştirmeye yönelik davranışlara odaklanılmaktadır. Bu çalışmada yapılan KD-OAM testi sonucunda, meme kanserli kadınlarla yürütülecek etkili psiko-sosyal destek çalışmalarında yukarıdan

aşağıya yani soyut/bilişsel stratejiler kullanmanın yararlı olabileceği görülmektedir. Bir başka deyişle, meme kanserinde öncelikle kişisel kontrol algısı, hastalıkla ilgili süre ve hastalığı anlamlandırma müdahalelerinin, kendini düzenleme kapasitesini artırmaya yönelik hazırlanacak programlarda ele alınması gereken önemli değişkenler olduğu belirtilebilir.

İlgili alanyazında, kanserli bireyler yürütülecek çalışmalarda bilişsel-davranışçı yaklaşımların önemi sıkça vurgulanmaktadır (Moorey ve Greer, 2002; Doka, 2009). Bununla birlikte Sperry (2009), kronik hastalıklara yönelik bilişsel-davranışçı müdahaleler arasında yer alan bilişsel yapılandırma sürecinde hastalık temsillerinin özellikle ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Dolayısıyla, bilişsel-davranışçı yaklaşım kapsamında, meme kanserli kadınların hastalıklarına yönelik geliştirdikleri olumsuz algı, düşünce ya da tutumları yeniden gözden geçirme ve değerlendirmeye yönelik bilişsel müdahalelerin gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir. Bu sayede, meme kanserli kadınların hastalıklarının kontrol ve tedavi edilebilirliğine yönelik olumlu bir bakış açısı kazanmalarına, hastalıkları üzerinde kişisel kontrol sağlamanın önemini anlamalarına ve yaşadıkları süreci sağlıklı bir bakış açısıyla anlamlandırmalarına yardımcı olunabilir.

Buna ek olarak Cameron ve Jago (2008), KD-OAM'da iki temel sistem olduğunu ve bu model temelinde ele alınacak müdahalelerin bireylerin uyguladıkları başa çıkma tarzları göz önüne alınarak yürütülmesi gerektiğini belirtmektedirler. Bu sistemlerden ilki olan bilişsel süreç, nesnel sağlık tehdidini düzenlemeyi ele almakta, duygusal süreç ise varolan kaygı ve korkuyu düzenlemeyi öngörmektedir. Bir başka deyişle, problem odaklı bilişsel sistem, olumlu bir hastalık temsili geliştirmeye ve hastalığı kontrol etmek için uygun stratejiler oluşturmaya rehberlik etmekte ve kendini düzenleme olarak nitelendirilmektedir. Duygusal sistem ise kaygı ve korkuyu kontrol etmeye yönelik davranışların motive edilmesini içermekte ve duyguları düzenleme olarak betimlenmektedir. Özellikle duyguları düzenleme etkinlikleri açısından ele alındığında, meme kanserli kadınlara yönelik duyguları açığa çıkarmaya odaklanan yazma etkinlikleri, kişisel gelişim ve amaç önceliğini geliştirmeye yönelik bilişsel yapılandırma alıştırmaları, yönlendirilmiş tartışmalar, gevşeme, imgeleme ve meditasyon gibi kaygı azaltıcı uygulamalar oldukça yararlı görülmektedir (Cameron vd., 2007).

Bireylerin hastalık algılarının, kullandıkları başa çıkma tarzlarını yakından etkilediği belirtilmektedir (Cameron ve Jago, 2008). Nitekim bu çalışmada da, meme kanserli kadınların hastalıklarını anlamlandırma konusunda zorluk

yaşamalarına ve hastalıklarının kronik olduğuna yönelik inanç geliştirmelerine bağlı olarak daha çok duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri ve bu durumun da kaygı ve depresyon düzeylerini artırdığı görülmektedir. Bu noktada, bilişsel müdahalelerin yanı sıra, meme kanserli kadınların yaşadıkları sürecin travma ve yas temelinde de değerlendirilebileceği öngörülmektedir. Bu süreçte özellikle, kadınların yaşayabilecekleri üzüntü, acı, çaresizlik, öfke, engellenmişlik, umutsuzluk vb. duygular temelinde oluşan kaygı ve çökkünlük duyguları ile yüzleşmelerine olanak sağlayacak çeşitli duygu odaklı müdahalelerin uygulanması da hastalık sürecinin bütüncül bir bakış açısıyla yeniden değerlendirilmesi ve anlamlandırılmasına katkı sunacaktır.

Kendini düzenleme çatısının, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal bağlamın özelliklerinden etkilendiğini vurgulayan Leventhal ve diğerleri (2005), bu çatı altında yürütülen çalışmalarda kullanılan ölçme araçlarının hastalık ve bağlama özgü olmasının önemini vurgulamaktadırlar. Diğer yandan Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor ve Falke (1992), kansere özgü özel nitelikte başa çıkma tarzlarının olmadığını belirtmektedirler. Buradan hareketle, KD-OAM'a yönelik yürütülecek çalışmalarda, duruma, hastalığa ve hastalığın aşamasına özgü kullanılan farklı başa çıkma tarzlarının olup olmadığının araştırılması gerektiği söylenebilir. Örneğin karışık modellerle yürütülecek çalışmalarda, nitel araştırma yöntemiyle öncelikle katılımcıların başa çıkma stratejilerini belirlenebilir, sonrasında ise oluşturulan hipotetik model nicel araştırma yöntemiyle test edilebilir. Ayrıca, kültüre uygunluğuna yönelik kanıtlar ortaya konabilmesi için modelin farklı örneklem gruplarıyla tekrarlanması uygun olabilir.

Yürütülen bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. Penley, Tomaka ve Wiebe (2002), başa çıkma tarzlarını içeren çalışmalarda çoğunlukla enlemesine desenler ve geriye dönük ölçümler kullanıldığını ve bu durumun bazı problemler ortaya çıkarabileceğini belirtmektedirler. Bu yöntemin katılımcıların bellek hatalarından ve/ya katılımcıların gerçek başa çıkma çabalarını çarpıtmalarından etkilenebileceğini ve başa çıkmanın gelişen ve evrilen (evolving) bir süreç olarak zaman içindeki değişimlerini göz ardı edebileceğini belirtmektedirler. Bu bağlamda, özellikle kanserle ilgili çalışmalarda, KD-OAM'ı test etmek için boylamsal çalışmaların da yürütülmesinin oldukça yararlı olacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla, bu tür boylamsal çalışmalarda, tanı öncesi, tanı sonrası, tedavi aşaması, tedavilerini tamamlayanlar, metastaz ve palyatif bakımda olanlar şeklinde bir sıra izlenebilir.

Bu araştırmanın verileri, Akdeniz Bölgesi'ndeki hastanelerde tedavi gören 103 meme kanserli kadından elde edilmiştir. Çeşitli ard-yöresel özelliklere sahip bireylere ulaşabilmek için farklı bölgelerdeki hastanelerde tedavi gören hasta gruplarıyla benzeri çalışmaların yürütülmesi, meme kanserli kadınların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkili faktörlerin gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğine ilişkin veriler elde edilmesine katkı sunabilir.

Aynı zamanda, KD-OEM bakış açısıyla bu çalışmada sınırlı sayıda değişken ile bir çalışma yapılmıştır. Gelecekteki çalışmalarda, meme kanserli kadınların kaygı ve depresyon düzeylerini yordayan faktörleri belirlemeye yönelik farklı araştırma yöntemleri kullanılabilir ve ilgili alanyazın kapsamında farklı değişkenler ele alınabilir. Bununla birlikte, bu çalışmada kullanılan ölçme araçlarıyla benzer niteliklere sahip farklı ölçme araçlarının da ilerleyen süreçte benzer model çalışmalarında kullanılması temeline ortaya çıkan bulguların ilgili alanyazına önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Yazarlar Hakkında / About Authors

Aygül Tunç Aksan, Dr. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programında lisans eğitimini tamamladıktan sonra yüksek lisans derecelerini Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik Danışma ve Rehberlik programı ile Ankara Üniversitesi, Çocuk Tiyatrosu ve Oyun-Tiyatro-Drama programından almıştır. Doktora derecesini ise Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programında tamamlamıştır. Halen Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde rehber öğretmen olarak çalışmaktadır. Çalışma ilgi alanları, sağlık psikolojik danışmanlığı, intihara müdahale, beden imgesi ve sosyal medya üzerinedir.

Aygül Tunç Aksan, Dr., received her bachelor's degree at the department of Educational Sciences, Guidance & Psychological Counseling at Middle East Technical University. She received her MSc degrees at Middle East Technical University, Graduate School of Social Sciences, Guidance & Psychological Counseling program and Ankara University, Child Theater and Play-Theater-Drama program. She received her PhD degree at Mersin University, Graduate School of Educational Sciences, Guidance & Psychological Counseling program. She is currently working as a school counselor at Ministry of National Education. Her research interests include health counseling, suicide prevention, body image and social media.

Cem Ali Gizir, Doç. Dr. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programında lisans eğitimini tamamladıktan sonra yüksek lisans ve doktora derecelerini Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik Danışma ve Rehberlik programından almıştır. Halen Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümünde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Araştırma ilgi alanlarını, yükseköğretim psikolojik danışmanlığı, kriz ve yas danışmanlığı, psikolojik sağlamlık ile duygu odaklı psikolojik danışma yaklaşımları oluşturmaktadır.

Cem Ali Gizir, Assoc. Prof., received his bachelor's degree at the department of Educational Sciences, Guidance & Psychological Counseling at Middle East Technical University. He also received his MSc and PhD degrees at Middle East Technical University, Graduate School of Social Sciences, Guidance & Psychological Counseling program. He is currently a faculty member at Mersin University, Department of Educational Sciences. His research interests include college counseling, crisis and grief counseling, resilience and emotion-focused counseling approaches.

Yazar Katkıları / Author Contributions

Bu çalışma ilk yazarın (ATA), ikinci yazar (CAG) danışmanlığında yürütülen doktora tez çalışmasından üretilmiştir. Çalışmanın tüm aşamalarında CAG ATA'ya rehberlik etmiştir. Yazarlar çalışmanın her aşamasında işbirliği içerisinde ilerlemişlerdir.

This study is an excerpt from the PhD thesis of the first author (ATA), supervised by the second author (CAG). CAG guided ATA in all levels of the study, and the authors cooperated throughout the study.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest

Yazarlar tarafından çıkar çatışmasının olmadığı rapor edilmiştir.

The authors have no conflicts of interest to declare.

Fonlama / Funding

Herhangi bir fon desteği alınmamıştır.

No funding has been received for this study.

Etik Bildirim / Ethical Standards

Bu çalışma kapsamında Üniversite Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli onay ve izinler alınmıştır.

This study has been approved by University Clinical Research Ethics Committee and Provincial Directorate of Health.

ORCID

Aygül Tunç Aksan  <https://orcid.org/0000-0001-8440-2354>

Cem Ali Gizir  <https://orcid.org/0000-0002-1928-781X>

KAYNAKÇA

- Albery, I. P., & Munafó, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. London: Sage Publications.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arımay, Z., Özkan, M., Kocaman, N. ve Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 192-200.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. C., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A. ve Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.
- Bair, M. J., Poleshuck, E. L., Wu, J., Krebs, E., Damush, T., Tu, W., & Kroenke, K. (2013). Anxiety but not social stressors predict 12-month depression and pain severity. *Clinical Journal of Pain*, 29, 95-101.
- Bayraklı, H. (2010). *Zihinsel engelli çocuğu olan ve engelli çocuğu olmayan annelerde yılmazlığa etki eden değişkenlerin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Ben-Zur, H., Gilbur, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.
- Benyamini, B., Gozlan, M., & Kokia, E. (2004). On the self-regulation of a health threat: Cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 577-592.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler, P. M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-600.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York, NY: Wiley & Sons.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-705.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.

- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M. S., Ziginskas, D., & Harman, J. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171-180.
- Cameron, L. D., & Jago, L. (2008). Emotion regulation interventions: A common-sense model approach. *British Journal of Health Psychology*, 13, 215-221.
- Carlisle, A. C., John, A. M., Fife-Schaw, C., & Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10, 571- 587.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive therapy for anxiety disorders; science and practice*. New York: Guilford Press.
- Clarke, D. M. (2011). Psychological adaptation, demoralization and depression in people with cancer. In D.W. Kissane, M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depression and cancer*. (pp. 37-50). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Clarke, D. M., Kissane, D. W., Trauer, T., & Smith, G. C. (2005). Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry*, 4, 96-105.
- Clarke, D. M., Mackinnon, A. J., Smith, G. C., McKenzie, D. P., & Herrman, H. E. (2000). Dimensions of psychopathology in the medically ill: A latent trait analysis. *Psychosomatics*, 41, 418-425.
- Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncology*, 5, 119-24.
- Dempster, M., McCorry, N. K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L., & Johnston, B. T. (2012). Psychological distress among survivors of esophageal cancer: The role of illness cognitions and coping. *Dis Esophagus*, 25(3), 222-227.
- De Ridder, D., & Witt, J. (2006). Self-regulation in health behavior: concepts, theories, and central issues. In D. De Ridder & J. De Witt (Eds.), *Self-regulation in health behavior*. (pp. 1-24). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Doka, K. J. (2009). *Counseling individuals with life-threatening illness*. New York: Springer Publishing Company.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Erkuş, A. (2009). *Davranış bilimleri için bilimsel araştırma süreci*, (2. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Evans, D., & Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to parkinson's disease. *Psychology and Health*, 24(10), 1181-1196.
- Filazoglu, G., & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with. *Health and Medicine Psychology*, 13(5), 559-573.
- Fillion, L., Kovacs, A. H., Gagnon, P. & Endler, N. S. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17-34

- Folkman, S., & Lazarus, L. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Gilbar, O. and HevroniI, A. (2007). Counterfactuals, coping strategies and psychological distress among breast cancer patients. *Anxiety, Stress, ve Coping*, 20(4), 383-392.
- Goldberg, D. P., & Lecrubier, Y. (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In T. B. Üstün, & N. Sartorius (Eds.), *Mental illness in general health care: An international study* (pp. 323-335). Chichester: John Wiley & Sons.
- Goli, F., Scheidt C.E., Gholamrezaei, A., & Farzanegan, M. (2014). The role of locus of control and attributional style in coping strategies and quality of life among Iranian breast cancer and colorectal cancer patients: A pilot study. *International Journal of Body Mind and Culture*, 1(1), 65-72.
- Gould, R. V., Brown, S. L., & Bramwell, R. (2010). Psychological adjustment to gynecological cancer: patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance. *Psychology and Health*, 25(5), 633-646.
- Grace, A. L., K. S., Brooksd, D., Arthure, H., Scholel, P., Suskin, N., Jaglal, S., Abramson, B., & Stewart D. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 153-160.
- Gravetter, F. J. & Wallnau, L. B. (2007). *Statistics for the behavioral sciences* (7th ed.). Canada: Thomson Wadsworth.
- Gray, S. E. & Rutter, D. R. (2007). Illness representations in young people with chronic fatigue syndrome. *Psychology and Health*, 22, 159-174.
- Hagger, M., & Orbell, S. (2003). A meta analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health*, 20,161-173.
- Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with addison's disease. *British Journal of Health Psychology*, 4, 137-149 .
- Heijmans, M., & De Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485-503.
- Hewitt, M., Herdman, R., & Holland, J. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer/ national cancer policy board*. Washington: The National Academies Press.
- Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 244-254.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-122.

- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13.
- Husain, M. O., Dearman, S. P., Chaudhry, I. B., Rizvi, N., & Waheed, W. (2008). The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4, 4-8.
- Institute of Medicine (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington: The National Academies Press.
- Jacobsen, P. B., & Donovan, K. A. (2011). Psychological co-morbidities of cancer psychological. In P. Sherry (Ed.), *Co-morbidities of physical illness a behavioral medicine perspective* (pp. 163-205). New York: Springer.
- Kang, J. I., Sung, N.Y., Park, S. J., Lee, C. G., & Lee, B. O. (2013). The epidemiology of psychiatric disorders among women with breast cancer in South Korea: Analysis of national registry data. *Psycho-Oncology*, 23(1), 35-39.
- Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S. B., & Kantarcı, R. (2010). Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296-302.
- Katon, W., & Roy-Byrne, P. P. (1991). Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 337-345.
- Keeling, M., Bambrough, J., & Simpson, J. (2013). Depression, anxiety and positive affect in people diagnosed with low-grade tumours: the role of illness perceptions. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1421-1427.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practices of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Knibb, R. C., & Horton, S. (2008). Can illness perceptions and coping predict psychological distress amongst allergy sufferers? *British Journal of Health Psychology* 13, 103-119.
- Knowles, S., Cook, S., & Tribbick, D. (2013). Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7, 471-478.
- Knowles, S., Wilson, J., Connell, W., & Kamm, M. (2011). Examination of the relations between disease perceptions, coping strategies, and morbidity in crohn's disease guided sense model of illness. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17, 2551-2557.
- Kocaman-Yıldırım, N., Okanlı, A., Yılmaz-Karabulutlu, E., Karahisar, F., ve Özkan, S. (2013). Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14, 252-259.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lepine, J. P., Chignon, J. M., & Teherani, M. (1993). Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 144-149.
- Leventhal, H., Breland, J. Y., Mora, P. A., & Leventhal, E. A. (2010). Lay representations of illness and treatment: A framework for action. In A. Steptoe (Ed.), *Handbook of behavioral medicine: Methods and applications* (pp. 137-154). New York: Springer.

- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation in health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). New York: Routledge.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A., & Özakıncı, G. (2005). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. In Sutton, S., Baum, A., & Johnston M. (Eds.), *The Sage handbook of health psychology* (pp.197-240). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: a perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717-733.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Mathew, A. R., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Roberts, R. E. (2011). Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: Shared or direct causation? *Psychological Medicine*, 41(10), 2023-2034.
- McAndrew, L. M., Musumeci-Szabo, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., & Halm, E. A. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13, 195-204.
- Merikangas, K.R., Zhang, H., Avenevoli, S., Acharyya, S., Neuenschwander, M., & Angst J. (2003). Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 993-1000.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Newyork: Oxford University Press.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., & Cameron, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Moss-Morris, R., Petrie, K. J., & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). *Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management*. Report No. 91. London, UK: NICE.
- Nerenz, D. R., Leventhal, H., & Love, R. R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy, *Cancer*, 50(5), 1020-1027.
- New Zealand Guidelines Group (2009). *Management of early breast cancer*. The Terrace, Wellington: New Zealand Guidelines Group.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology: A textbook*. Berkshire: Open University Press.
- Ogden, J. (2010). *Understanding breast cancer*. West Sussex: Wiley & Sons.
- Özen, D. Ş. ve Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve depresif bozukluklarda örtüşen ve ayrışan belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 1-14.

- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Richardson E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., & Schüz, B. (2015). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 26, 724-737.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed V. *Cognitive Therapy Research*, 31, 97-109.
- Rozema, H., Völink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology* 18, 849-857.
- Rutter, C. L., & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology*, 7, 377-391.
- Saniah, A., & Zainal, M. (2010). Early anxiety, depression and coping strategies in breast cancer. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19(2), 1-6.
- Schlegela, R. J., Talleya, A. E., Molixb, L. A., & Bett, B. A. (2009). Rural breast cancer patients, coping and depressive symptoms: A prospective comparison study. *Psychology and Health*, 24(8), 933-948.
- Schroevera, M., Ranchor, A. V., & Sanderma, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine*, 63, 598-610.
- Schoon, I., Sacker, A., & Bartley, M. (2003). Socio-economic adversity and psychosocial adjustment: A developmental-contextual perspective. *Social Science and Medicine*, 57, 1001-1015.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New York: Routledge.
- Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions: Cognitive-behavioral therapy strategies and integrative treatment protocols*. Washington: American Psychological Association.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- Sütçü, G. (2010). *Tam ameliyat süresi yakın zamanlı olan hastaların öfke, depresyon, stresle başa çıkma ve sosyal destek değişkenleri açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Swendsen, J. D. (1997). Anxiety, depression, and their comorbidity: an experience sampling test of the helplessness-hopelessness theory. *Cognitive Therapy and Research*, 2(1), 97-114.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.

- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603. doi:10.1023/A:1020641400589.
- Tünel, M. (2011). *Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi*. Tıpta uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. Ankara: HYB.
- Ulusoy, M., Şahin, N. T., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of Beck anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 193-172.
- Vaughan, R., Morrison, L., & Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*, 8, 287-301.
- Wang, X., Wang, S., Peng, R., Qin, T., Shi, & Teng, X. (2012). Interaction of coping styles and psychological stress on anxious and depressive symptoms in Chinese breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Prevention*, 13(4), 1645-1649.
- Warner, D. E., & Hauser, S. T. (2009). Unique considerations when treating adolescents with chronic illness. In W. T. O'Donohue (Ed.), *Behavioral Approaches to Chronic Disease in Adolescence* (pp.15-28). Springer New York.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer*, 41(12), 1710-1714.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- Wittchen, H-U., Kessler, R. C., Pfister, H. & Lieb, M. (2000). Why anxiety disorders become depressed? A prospective-1 community study. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 14-23.

Extended Abstract

Introduction: The literature revealed that breast cancer is the most common cancer type among women (Ogden, 2010). As a life threatening illness, the breast cancer experience has distinctive phases in itself. Among these phases, the treatment phase has been accepted as the most difficult one (Schroevers, Ranchorb, & Sanderman, 2006). In this phase, women face many psychosocial challenges like coping with physiological symptoms or adaptation to life changes (Doka, 2009). When individuals face with a life threat, they psychologically and socially are exposed to some information about illness. These information leads them to develop cognition models about illness (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2004). The most comprehensive model of the illness cognitions has been described as illness representations (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003), and illness representations are formed cognitive constructs for giving meaning to the illness and making sense about the process of illness (Hagger & Orbell, 2003).

Moreover, illness representations form the basis of the Common Sense Model (CSM) developed by Leventhal, Leventhal, and Contrada (1998). The model explains the underlying processes of illness behavior. In the literature, it was observed that CSM is the most comprehensive model for chronic illness especially for cancer (De Ridder & Witt, 2006). With this background, the aim of the present study was to assess the relationships between illness representations, coping strategies, anxiety, and depression levels of breast cancer women receiving treatment through testing a hypothetical model drawn by Gould, Brown and Bramwell (2010).

Method: The sample of the present study consisted of 103 breast cancer women with a mean age of 49.7 (SD = 10.94) receiving treatment in two big cities in Turkey. Turkish versions of four instruments, namely Ways of Coping Style Scale (Folkman & Lazarus, 1980; Şahin & Durak, 1995), Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988; Ulusoy, Şahin, & Erkmen, 1998), Beck Depression Inventory (Beck et al., 1979; Hisli, 1988; 1989), and Illness Perception Questionnaire (Moss-Morris et al., 2002; Armay et al., 2007) were used in the study. In the analysis, descriptive statistics and bivariate correlations were computed for variables. Then, path analysis was used to analyze the data.

Results: The result of the study revealed that the goodness-of-fit indexes calculated for the structural model provided a perfect fit to the data. The fit statistics were as follows: $\chi^2_{(9)} = 6.74$ ($p = .66$), $\chi^2/sd = .75$, RMSEA = .00 [CI 90% = .00; .09], SRMR = .05, CFI = .99 and NNFI = .99. In other words, the results indicated that there were significant direct and indirect relationships between illness perception dimensions, emotion and problem focused coping, anxiety and depression levels of breast cancer women.

For depression, a powerful positive relationships were found with anxiety ($\beta = .46$, $t = 6.01$, $p < .01$); a medium level positive relationship with emotion focused coping ($\beta = .27$,

$t = 3.44, p < .01$); and negative relationship with problem focused coping strategy ($\beta = -.20, t = -2.55, p < .01$). According to this model, these three variables explained 50 % of total variance of the depression levels of breast cancer women. For anxiety, a positive relationship with emotion focused coping ($\beta = .24, t = 2.39, p < .01$), and a negative relationship with problem focused coping ($\beta = -.23, t = -2.31, p < .01$) were found. These two variables explained 15 % of total variance of anxiety.

For emotion focused coping, a direct negative relationship was found for illness coherence ($\beta = -.25, t = -2.71, p < .01$), and a positive relationship for timeline acute/chronic ($\beta = .21, t = 2.20, p < .01$). These variables together explained 12 % of the variance of emotion focused coping. The results also indicated that personal control ($\beta = .21, t = 2.39, p < .01$) had a positive effect, but emotion focused coping ($\beta = -.36, t = -4.05, p < .01$) had a negative effect on problem focused coping. These two variables explained 19 % of variance of problem focused coping.

Discussion & Conclusion: The result of the model test revealed that the highest direct relationship was observed between anxiety and depression in the model. Research showed that high level of anxiety is a risk factor for depressive symptoms (Hirschfeld, 2001; Merikangas et al., 2003). Meanwhile, it was yielded that anxiety is the most common psychiatric disorder among breast cancer patients (Kang Sung et al., 2014). From this perspective, it seems that high level of anxiety can be a vulnerability factor for depression of women with breast cancer.

The second important factor on the depression levels of breast cancer women was emotion focused coping in the study. This result is supported the earlier research (Aydoğan et al., 2012; Ben-Zur, Gilbur & Lev, 2001; Sütçü, 2010). Emotion focused coping used for the regulation of emotions if there is nothing to do when a situation is evaluated as threatening (Lazarus & Folkman, 1984). This coping strategy actually consists of helplessness and submissiveness dimensions in itself (Şahin & Durak, 1995). At this point, it is noticeable that using helpless and submissive coping strategies have a positive effect on the depression levels of women with breast cancer. The result of the study also indicated that there is a direct and negative relationship between problem focused coping and depression. This result is also consistent with previous research indicating that using optimistic and self-confident approaches decreases the depressive symptoms in the breast cancer experiences (Schlegela et al., 2009; Sütçü, 2010).

Finally, it was found that emotion focused coping has a direct negative relationship with problem focused coping, while it has a direct positive relationship with anxiety. These results are also strongly consistent with earlier studies in the literature (Aydoğan et al., 2012; Evens & Norman, 2009; Karabulutlu et al., 2010; Knowles et al., 2011). Indeed, using emotion focused coping strategies might increase the anxiety levels of women in breast cancer because of increasing the threat perception and uncertainty.