T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

HEMATOLOJİK MALİGNİTELİ HASTALARDA YALNIZLIK DUYGUSU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

FUNDA ÇAM

DANIŞMAN
PROF.DR. GÜLBEYAZ CAN

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 18.06.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Gülbeyaz CAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Adnan AYDINER
İstanbul Üniversitesi
Onkoloji Enstitüsü

Doç. Dr. Zeliha TÜLEK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

FUNDA ÇAM (İmza)



İTHAF

Bu çalışmayı her daim yanımda olan aileme ve şifa bekleyen tüm hematoloji hastalarına ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisansa başladığım ilk günden beri örnek aldığım, tez çalışmam boyunca değerli bilgi ve tecrübeleri ile yoluma ışık tutan danışman hocam **Sayın Prof. Dr. Gülbeyaz CAN'a,**

Gerek ders dönemi gerek tez dönemimde desteklerini esirgemeyen başta **Prof. Dr. Nuray ENÇ** ve tüm İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerine,

Çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyen Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği ve Ayaktan Tedavi Ünitesi hemşirelerine,

Çalışmama katılım sağlayan tüm kıymetli hematoloji hastalarına,

Araştırmam boyunca desteklerini esirgemeyen değerli dostlarım **Yasemin BOY** ve **Mustafa KAPUSUZ'a** teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....İİİ
İTHAF..... İV
TEŞEKKÜR.....V
İÇİNDEKİLER..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ.....Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ..... İX
ÖZET.....X
ABSTRACT..... Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER.....4
2.1. Hematolojik Malignite.....4
2.1.1. Akut Lenfoblastik Lösemi.....5
2.1.2. Akut Miyeloid Lösemi.....6
2.1.3. Kronik Lenfositik Lösemi.....7
2.1.4. Kronik Miyeloid Lösemi.....8
2.1.5. Hodgkin Lenfoma.....9
2.1.6. Non – Hodgkin Lenfoma.....9
2.1.7. Multipl Miyelom.....10
2.2. Yalnızlık Kavramı ve İlişkili Açıklamalar.....12
2.2.1. Yalnızlık Kavramı.....12
2.2.2. Yalnızlığın Boyutları.....13
2.2.3. Yalnızlık Yaklaşımları.....15
2.2.3.1. Psikodinamik Yaklaşım.....15
2.2.3.2. Bilişsel Yaklaşım.....17
2.2.3.3. Varoluşçu Yaklaşım.....17
2.2.3.4. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....18
2.2.4. Yalnızlığa Neden Olan Faktörler.....18
2.3. Hematolojik Maligniteli Hastalarda Yalnızlık Duygusuna Karşın Psikolojik ve Sosyal Durum.....18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....20
3.1. Araştırmanın Tipi.....20

3.2. Araştırma Soruları.....20
3.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman 20
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 20
3.5. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi.....21
3.5.1. Hematoloji Hastalarının Kişisel ve Hastalıkla İlgili Tanıtıcı Bilgi Formu.....22
3.5.2. UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği 22
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....23
3.7. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlıkları.....23
3.7.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....23
3.7.2. Araştırmanın Sınırlılıkları 24
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 24
4. BULGULAR.....25
4.1. Hematoloji Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....25
4.1.1. Hematoloji Hastalarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....25
4.1.2. Hematoloji Hastalarının Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....27
4.1.3. Hematoloji Hastalarının Sosyal Çevresi İle Etkileşimine İlişkin Bulgular.....28
4.2. Hematoloji hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeğine İlişkin Bulguları 31
4.2.1. Hematoloji Hastalarının Yalnızlık Düzeyi.....31
4.2.2. Hematoloji Hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanının Normal Dağılıma Uyumu.....31
4.3. Demografik Özelliklerin Hematoloji Hastalarının Yalnızlık Düzeyine Etkisi.....32
4.4. Hematoloji Hastalarında Hastalığa İlişkin Özelliklerin Yalnızlık Duygusuna Etkisi..36
4.5. Hematoloji Hastalarında Sosyal Çevre Etkileşimin Yalnızlık Duygusuna Etkisi..39
5. TARTIŞMA 42
5.1. Hastaların Demografik Özellikleri ve Yalnızlık Düzeyleri 44
5.2. Hastaların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Değişkenler ve Yalnızlık Düzeyleri .47
KAYNAKLAR 53
FORMLAR 64
ETİK KURUL KARARI 72
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....75
ÖZGEÇMİŞ 76

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1. Hematoloji Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı 26
Tablo 4-2. Hematoloji Hastalarının Hastalıkla İlgili Durum ve Öykülerinin Dağılımı.. 27
Tablo 4-3. Hematoloji Hastalarının Sosyal Çevresi ile Olan Etkileşimini Belirten Değişkenlerin Dağılımı 29
Tablo 4-4. Hematoloji hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalaması 31
Tablo 4-5. Hematoloji Hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği Normal Dağılım Testi 32
Tablo 4-6. Yaşın Yalnızlık Duygusuna Etkisi 32
Tablo 4-7. Cinsiyetin Yalnızlık Duygusuna Etkisi 32
Tablo 4-8. Medeni Durumun Yalnızlık Duygusuna Etkisi 33
Tablo 4-9. Çocuk Sahibi Olma Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi 33
Tablo 4-10. Çocuk Sayısının Yalnızlık Duygusuna Etkisi 34
Tablo 4-11. Eğitim Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi..... 34
Tablo 4-12. Mesleğin Yalnızlık Duygusuna Etkisi 34
Tablo 4-13. Çalışma Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi 35
Tablo 4-14. Aylık Gelirin Yalnızlık Duygusuna Etkisi 35
Tablo 4-15. Yaşanılan Yerin Yalnızlık Duygusuna Etkisi..... 36
Tablo 4-16. Hastalık Süresinin Yalnızlık Duygusuna Etkisi 36
Tablo 4-17. Kemoterapiye Başlama Zamanının Yalnızlık Duygusuna Etkisi 37
Tablo 4-18. Tedavi Türünün Yalnızlık Duygusuna Etkisi 37
Tablo 4-19. Kür Sayısının Yalnızlık Duygusuna Etkisi 37
Tablo 4-20. Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi 38
Tablo 4-21. Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi 38
Tablo 4-22. Hastalık Tanısının Yalnızlık Duygusuna Etkisi 39
Tablo 4-23. Hastanın Birlikte Yaşadığı Kişilerin Yalnızlık Duygusuna Etkisi 39
Tablo 4-24. Düzenli Olarak Ziyaret Edilme Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi .. 40
Tablo 4-25. Aynı Hastalıkla Karşılaşılan Yakınların Varlığının Yalnızlık Duygusuna Etkisi 40
Tablo 4-26. Hastalık Sürecinde Ailenin Desteğinin Yalnızlık Duygusuna Etkisi 41
Tablo 4-27. Hematoloji Hastalarında Duygusal Sıkıntılarını Paylaşabileceği Birinin Olması Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi 41

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ALL : Akut lenfoblastik lösemi

AML : Akut miyeloid lösemi

KLL : Kronik lenfositik lösemi

KML : Kronik miyeloid lösemi

HL : Hodgkin lenfoma

NHL : Non-Hodgkin Lenfoma

MM : Mulitipl Miyelom

UCLA : University of California Los Angeles

ÖZET

Çam F., (2019) Hematolojik maligniteli hastalarda yalnızlık duygusu ve etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans. İstanbul.

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma hematolojik maligniteli hastalarda yalnızlık duygusu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlandı. Temmuz 2018 – Şubat 2019 tarihleri arasında S.B.Ü. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği ve ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 130 hematolojik maligniteli hasta dahil edildi. Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu ve UCLA Yalnızlık ölçeği kullanıldı. Hasta bilgi formunda hastaların demografik özellikleri, bireylerin hastalık öykülerine ilişkin bilgileri ve sosyal çevresiyle olan etkileşimini ifade eden durumları sorgulandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi ve Dunn's testi kullanıldı. Çalışma grubunun büyük çoğunluğunu orta yaş ve üzeri olan (%83,9), çoğunluğu ilkokul mezunu (%52,3), gelir durumu iyi (%70), evli (%73,1) ve çocuk sahibi hastalar (%86,9) oluşturdu. Çalışma grubumuzun UCLA Yalnızlık ölçeğinden aldığı puan ortalaması 49 olarak belirlendi. Bu durumda hastaların "Hafif düzeyde yalnızlık yaşadığı" tespit edildi. Hastaların yalnızlık düzeyleri ile demografik verileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Hastalığı hakkında biraz bilgi sahibi olanların tam bilgiye sahip olanlardan daha yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığı belirlendi. Düzenli ziyaret edilen ve ailesinin hastalık sürecindeki desteğini yeterli bulan hastaların daha az yalnızlık yaşadığı saptandı. Hayatlarında duygusal sıkıntılarını paylaşabilecekleri birinin varlığının hastaların yalnızlık düzeyini azalttığı tespit edildi.

Sonuç olarak hematolojik maligniteli hastaların hafif düzeyde yalnızlık çektiği, yalnızlık duygusunun ise hastalık hakkında bilgi sahibi olma, düzenli ziyaret edilme, hasta ailesinin bu süreçteki desteğinin yeterliliği ve hastalarının duygusal sıkıntılarını paylaşabileceği birinin varlığının yalnızlık düzeyine etki ettiği belirlendi.

Anahtar kelimeler: Hematolojik malignite, yalnızlık

ABSTRACT

Çam F., (2019) Loneliness and affecting factors in patients with hematological malignancy. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Internal Medicine Nursing. Master's Degree. Istanbul.

This descriptive study was designed to determine the loneliness and the factors affecting the loneliness in patients with hematological malignancy. Between July 2018- February 2019 S.B.U. Bakirkoy A total of 130 patients with hematological malignancies who were admitted to the hematology clinic and chemotherapy unit of Sadi Konuk Training and Research Hospital were included in the study. Patient information form and UCLA loneliness scale were used in the study. The demographic characteristics of the patients in the patient information form, the information about the disease history of individuals and their interaction with the social environment were questioned. Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test and Dunn's test were used for statistical evaluation of the data. The majority of the study group were middle-aged and over (83.9%), the majority of whom were primary school graduates (52.3%), the income level was good (%70), married (73.1%) and had children (86.9). The mean score of UCLA Loneliness Scale was found to be 49. In this case, patients were found to have adı mild loneliness. There was no significant relationship between the loneliness levels and demographic data of the patients with hematological malignancy. It was determined that those who had some knowledge about the disease experienced loneliness at a higher level than those who had full knowledge. It was determined that patients who were visited regularly and who had sufficient support from their families in the disease process experienced less loneliness. It was found that the presence of someone who could share their emotional distress in their lives decreased the loneliness level of the patients.

As a result, it was determined that the patients with hematological malignancy suffered mild loneliness. Factors affecting loneliness were determined as patient knowledge level, regular visits, family support, and having someone to share emotional distress.

Key Words: Hematological malignancy, loneless

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser en kısa tanımı ile hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmalarıdır. Kanser sıklığı dünya genelinde giderek artmakta ve bu da toplumlarda ciddi sosyoekonomik yüke, bireylerde maddi ve manevi kayıplara ve zorluklara yol açmaktadır. GLOBOCAN verileri, küresel kanser yükünün 18,1 milyon vaka ve 9,6 milyon kanser ölümüne yükseldiğini göstermiştir (WHO 2018). Amerikan Kanser Derneği verilerine göre ise 2019 yılında, ABD'de 1.762.450 yeni kanser vakası ve 606.880 kanser ölümünün meydana geleceği tahmin edilmektedir.

Kanser, ülkemizde ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizdeki ölüm vakalarının %19,6 ile iyi ve kötü huylu tümörler oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık her 3 dakikada bir kişi hematolojik kanser tanısı almaktadır. 2019 yılında tahmini olarak 176.200 bireyin lösemi, lenfoma veya multipl miyelom tanısı alacağı öngörülmektedir. Bu tanıların dağılımı incelenecek olursa vakaların %46,7'sinin lenfoma, %35'inin lösemi ve %18,3'sinin multipl miyelom olacağı tahmin edilmektedir (American Cancer Society 2019). Türkiye'de hematolojik kanserlerin görülme sıklığı ise 100.000 kişide 18,2'dir (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).

Hematolojik kanserli hastaların tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, hedefe yönelik tedaviler ve kemik iliği nakli yer almaktadır. Spesifik tedavi ve destekleyici tedavilerdeki ilerlemeler sonucunda kür şansı artmakla birlikte hematolojik kanserli hastaları oldukça yoğun ve uzun süreli bir tedavi süreci beklemektedir (Long ve Versea 2006; Rodgers ve Young 2010). Hematolojik kanserli hastalar, tedavi protokollerinin yoğun olması ve nötropeni, trombositopeni gibi komplikasyonların sık görülmesi nedeniyle solid tümörlü hastalara oranla daha çok hastanede yatarak tedavi almaktadırlar. Hastanede yatarak tedavi almaları hastalarda birçok negatif sonuç yaratmaktadır. (Mongomery ve ark. 2003).

Kanser, tehlikeli bir bilinmeyenin, suçlu hissetme ve utanma duygusunun, hastanın izolasyonunun, karmaşıklık ve kaygının, ölüm ve yaşam kontrolünün sınırlılığının bir sembolü olarak görülmektedir. (Kızılcı 1999; Dinçbaş 2008; Irmak ve

ark. 2008). Hastanın tanı öncesine kadar kullanmakta olduğu uyum ve baş etme mekanizmalarının sarsılması, yarına yönelik plan ve beklentilerinin sekteye uğraması anlamına gelmektedir. (Moadel ve ark. 1999).

Kanser, bireyin fizyolojik durumunu etkilediği kadar psikososyal durumunu da etkilemektedir. İnsanın varoluşuna ilişkin problemleri tetikleyerek psikososyal açıdan önemli sonuçlara yol açar. Babaoğlu ve Öz (2003) gerçekleştirdikleri çalışmada onkoloji hastalarının ailelerinden yeterince destek alamadıklarını ve iletişim zorluğundan kaynaklanan duygusal ve sosyal sorunlar yaşadıklarını saptamıştır.

Kanser tanısı ve tedavisine bağlı olarak bireylerin işlevselliğinin azalması ve yaşam biçiminin değişmesi hayatlarını negatif olarak etkilemektedir. (Güleç ve Büyükkınacı 2011).

Yalnızlık, kişinin mevcut olan sosyal ilişkileri ile istemekte olduğu sosyal ilişkileri arasında fark olması olarak tanımlanmaktadır. (Peplau ve Perlman 1982) Yalnızlık evrenseldir ve yaş, cinsiyet, ırk, sınıf farkı olmaksızın kişiler hayatının bir evresinde yalnızlık duygusu yaşayabilmektedirler (Polat ve Ergüney 2012). Yalnız hissetmenin genel popülâsyonda sağlığa negatif etkileri olduğu ve mortalitede artışa sebep olduğu saptanmıştır. (Rico-Uribe ve ark. 2018). Yalnızlık duygusunun sinir sistemi, kardiyovasküler sistem ve stres tepkileri ile ilişkisine bakıldığında, bireyin yaşadığı biyolojik stres süreçlerinin sağlığını etkilediği ve yalnızlık yaşantılarının söz konusu sağlık üzerinde olumsuz yönde etkili olduğunu belirtilmiştir (Steptoe ve ark. 2004). Yalnızlık hissini daha sık yaşayan kişilerin ağrı, depresyon ve yorgunluk gibi semptomları da daha sık deneyimlediği saptanmıştır. (Jaremka ve ark. 2014).

Yalnızlık, kanser tanısı alan bireylerde oldukça sık karşılaşılan ciddi bir psikososyal sorundur. (Fox ve ark. 1994) Yalnızlık negatif bir deneyimdir ve kişilerde aşırı hassasiyet, kırılganlık, çaresiz hissetme, ölüm ve bilinmeyen korkusu gibi birçok olumsuz hisse neden olur. Bu nedenle kanser tanısı alan hastalarda yalnızlık duygusunun değerlendirilmesi önem arz etmektedir. (Deckx 2015).

Hematolojik kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon sık görülmektedir. (Abuelgasim ve ark. 2016). Hematolojik maligniteli hastaların daha sık yatarak tedavi görmeleri, uzun tedavi süreci ve nötropenik dönemde ziyaretçi kısıtlaması gibi nedenlerin yalnızlık duygusunu arttıracağı düşünülmekle beraber yapılan çalışmalar sınırlıdır (Adams ve ark. 2016). Hematolojik maligniteli hastalarının yalnızlık düzeylerinin ve yaş,

cinsiyet, ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikleri ile yalnız olma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi, bu hasta grubuyla çalışan hemşireler için etkin ve bütüncül bir hemşirelik bakımı planlamada değerli bir bilgi olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hematolojik Malignite

Hematolojik maligniteler lenfatik dokular ve kemik iliğinden orijin alan vücudun immün sisteminin ve kan hücrelerinin kanserleridir. Bunlar lösemiler, lenfomalar ve myelomlardır (Adaletli 2005). Hematolojik maligniteler diğer sistemlerin maligniteleriinde olduğu gibi sistemik belirtilere, organ infiltrasyonları ve fonksiyon bozukluklarına, kan hücrelerinde nitelik ve nicelik değişikliklerine sebep olarak, immün sistemde bozulma, kanama eğilimi, tromboz ve metabolik bozukluklar oluşturarak çeşitli klinik bulgularla kendilerini ifade ederler (Aydın 2005). Hematolojik maligniteler, iki major kan hücre serisi olan myeloid ve lenfoid hücre serisinden köken alırlar (Düzkale 2012).

Hematolojik malign hastalıkların (hematopoetik ve lenfoid kanserler) sınıflaması, 1976'da Fransız, Amerikan ve İngiliz (French-American-British: FAB) hematologlardan oluşan bir grup tarafından isimlendirilmiştir (Bennet ve ark. 1976 pp. 451-458). Önceleri morfoloji ve histokimyasal boyamaya dayandırılan sınıflamaya, daha sonra immünfenotiplendirme (hücre yüzey antijenlerinin monoklonal antikorlar yardımıyla gösterilmesi), sitogenetik inceleme ve moleküler biyolojik tetkik yöntemleri de eklenmiştir. Böylece Morphologic, Immunologic and Cytogenetic (MIC) sınıflaması deyimi de kullanılmaya başlanmıştır (MIC 1988 pp. 1-15). Daha sonra hem sitogenetik hem de moleküler tekniklerin kullanılması sonucunda, çeşitli kromozomal anomalilerle seyreden lösemi türlerinin de tanımlanmasına olanak veren, World Health Organization (WHO) sınıflaması yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Harris ve ark. 1999 pp. 3835-3849). Genel sınıflama, üç temel özellik esas alınarak yapılır. Hastalığın gidişatını ve hücre olgunluğunu esas alan Akut-Kronik, hücrelerin köken aldığı hücre tipinin esas alındığı Lenfoid-Myeloid, tutulum bölgesinin esas alındığı kan ve kemik iliği bölge tutulumunun ön planda olması (lösemi), doku tutulumunun ön planda olması (lenfoid kökenlilere lenfoma, myeloid kökenlilere granülositik sarkom) gibi özelliklerini değişik şekillerde birleştirerek, hematolojik kanserleri genel olarak sınıflamak mümkündür.

2.1.1. Akut Lenfoblastik Lösemi

Akut lenfoblastik lösemi (ALL) tedavi edilmediği takdirde fatal seyirli, heterojen, tek bir klondan multipl somatik mutasyonlara bağlı ortaya çıkan bir hastalık olup, immatür lenfoid hücrelerin kontrolsüz çoğalması, kemik iliği ve organlarda birikmesi ile karakterize bir hastalıktır (Lichtman ve ark. 2006 pp. 1321-1342). Erişkin ALL hastalarında standart remisyon indüksiyon tedavileri ile vakaların %75-90'ında hematolojik remisyon elde edilmesine rağmen moleküler remisyon ancak %50-60 civarında olguda sağlanır. Standart kemoterapi rejimleri ile olguların ancak %30-40 kadarında 5 yıllık hastalıksız sağkalım sağlanmıştır. Bu oran yaşlı olgularda daha düşüktür (Chao ve Coutre 2004 pp. 2077-2096; Sargın 2008 pp. 3-8).

Akut Lenfositik Löseminin etiyolojisi bilinmemektedir. Bununla birlikte iyonlaştırıcı radyasyon maruziyeti gibi çevresel faktörler ve down sendromu gibi bazı kalıtımsal hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. (Kossman ve Weiss 2000; Pedersen-Bjergaard ve ark. 2002)

Akut lenfoblastik lösemi tüm lösemilerin yaklaşık %10-12 kadarını oluşturur. On beş yaş ve altındaki tüm lösemilerin %75'ini, tüm kanserlerin %25 kadarını oluşturur (Lichtman ve ark. 2006 pp. 1321-1342; Özkalemkaş, 2004 pp. 10-23). Amerikan Kanser Derneğine göre ABD'de 2019 yılı için çocuk ve yetişkin hastalar dâhil olmak üzere yaklaşık 5930 yeni ALL vakası (erkeklerde 3.280 ve kadınlarda 2.650) ve ALL'ye bağlı yaklaşık 1.500 ölüm (erkeklerde 850 ve kadınlarda 650) beklenmektedir. Hastalığın belirtileri genellikle kemik iliği yetmezliği ve ekstramedüller tutulum ile ilişkilidir. Akut lenfoblastik lösemi tanısı kemik iliğinden alınan biyopside %20'den fazla lenfoblast saptanması ile konur (Arber ve ark. 2016). ALL tedavisi maligniteye yönelik tedavi ile birlikte metabolik ve enfeksiyöz komplikasyonlar açısından dikkatli takip ve destek tedavisi gerektirir ve hastalar genellikle hastanede yatarak tedavi görürler. (Patte ve ark. 1991 pp. 123-132).

Akut Lenfositik Löseminin tedavisinde öncelikle hastaların risk sınıflandırması yapılır. Tanı anındaki yaş, sitogenetik anormali, lökosit sayısı, immünfenotip ve tedavi sonrası tam yanıt zamanı ile minimal kalan hastalık düzeyi gibi parametrelere göre tedavi protokolleri belirlenir. Amaç kemik iliğindeki blast oranını %5'in altına indirerek, nötrofil ve platelet sayılarını normal değer aralığına çekmektir (Pieters ve ark. 2010 pp. 1-18). ALL'de tedavi remisyon indüksiyon, konsolidasyon, idame tedavisi ve santral sinir

sistemi profilaksisi olarak özetlenebilir. Kurtarma tedavileri, nükseden veya tedaviye dirençli hastalarda uygulanan tedavileri kapsar. (Özkalemkaş 2004 pp. 10-12). Relaps-refrakter olgularda karşılaşılan en önemli sorun bu hastalarda ortaya çıkan çoklu ilaç direncidir. Ayrıca ALL de fungal infeksiyonlar steroid içeren tedaviler uzamış nötropeni nedeniyle kolaylaşmaktadır.

2.1.2. Akut Miyeloid Lösemi

Akut miyeloid lösemi (AML), sonunda hematopoetik yetersizliğe yol açan, kemik iliğinde miyeloid progenitör hücrelerin proliferasyonu ve birikmesi ile karakterize klonal bir hastalıktır. AML tanısı hücresel morfoloji ve immünolojik, sitogenetik ve moleküler özelliklere dayanır (Estey ve ark. 2006 pp. 1894–1907).

Akut miyeloid lösemi (AML), yetişkin popülâsyonda en sık görülen akut lösemidir. (Yamamoto 2008 pp. 379–390) Amerikan Kanser Derneğinin verilerine göre AML tüm kanserlerin %1'ini oluşturmakta olup Amerika'da 2019 yılında 21,450 kişiye AML tanısı koyulacağı ve bu hastalığa bağlı 10,920 ölüm gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. Akut miyeloid lösemi, en sık 65-74 yaşları arasındaki kişilerde teşhis edilir. Medyan yaş yaklaşık 67 yıldır. Cinsiyete göre görülme sıklığı ise 100.000 kişide erkeklerde 3,6 kadınlarda 2,2'dir (NCI 2019).

Akut miyeloid löseminin etyolojisinde çevresel ve genetik faktörlerin beraber rol oynadığı düşünülmektedir. İyonlaştırıcı radyasyon, hematopoetik kök hücrelerde doza bağlı bir şekilde DNA mutasyonlarına, silinmelerine veya yer değiştirmelerine neden olabilir. İyonlaştırıcı radyasyonun lösemojenik etkisi, temel olarak atom bombası kurtulanlarda ve yüksek radyasyona maruz kalan radyologlarda hem AML hem de ALL'nin artan insidansı nedeniyle tanımlanmıştır (Bizzozero 1966 pp. 1095-1101; Yoshinaga 2004 pp. 313-321). Benzer şekilde, kanser tedavisinde kullanılan radyasyon akut lösemi gelişiminden sorumlu tutulmuştur (Shuryak 2006 pp. 1794-1806). Benzenlere maruz kalmanın, AML gelişme riskini birkaç yıl boyunca arttırdığı bilinmektedir (Brandt 1978 pp. 553). Down sendromu ve Li Fraumeni sendromu gibi birkaç genetik bozukluğun AML için önemli risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Creutzig 2012 pp. 3187-3205)

Akut miyeloid lösemi vakalarında hastane başvuruları sıklıkla sitopeniler ile alakalı şikâyetlerden kaynaklanmaktadır. Solgunluk, yorgunluk, çarpıntı ve dispne gibi anemiden kaynaklı belirtiler ön plandadır. Trombosit düşüklüğüne bağlı kanamalar da görülmektedir (Burns 1981).

Akut miyeloid lösemi tedavisi kısa ve yoğun bir indüksiyon ile devamında verilen konsalidasyon tedavisinden oluşur. İndüksiyon tedavisinde de amaç kemik iliğindeki blast miktarını düşürmek ve normal hematopoezin gerçekleşmesini sağlamaktır. Konsolidasyonda ise vücudun toparlanmasına izin verilerek tedavi periyodu ve ardından bir dinlenme periyodu döngü halinde verilir. Hastalığın prognozu hastaların yaşları ve blastik hücrelerin genetik yapılarından etkilenir.

2.1.3. Kronik Lenfositik Lösemi

Kronik lenfositik lösemi (KLL), B hücre kaynaklı monoklonal lenfositlerin birikimiyle karakterize olan bir neoplazmdır. Bu hücreler, kemik iliğinde, lenf nodlarında, karaciğer, dalak ve nadiren diğer organlarda birikir (Greer ve ark. 2009; Goldman ve ark. 2010 pp. 1390-1407).

Kronik lenfositik lösemi, batı dünyasında en sık görülen lösemidir (tüm vakaların üçte biri) ve KML'den daha sıktır. Hastalık nadiren, 30 yaşın altında meydana gelir. KLL'li hastaların çoğu 60 yaş ve üzerindedir. KLL'nin insidansı zaman içerisinde artar. 80 yaşında insidans oranı, yıllık 100.000'de 20'dir. Erkek/kadın oranı yaklaşık 2:1'dir. KLL'nin nedeni bilinmemektedir. İyonize radyasyon ve virüsler, KLL ile ilişkili değildir. KLL'de ailesel ilişki diğer lösemilerden daha sıktır. Hastaların 1. derece akrabalarında 2-4 kat artmış risk vardır ve KLL daha genç yaşta görülür. Benzen gibi kimyasalların kesin lökomojenik rolü KLL için tanımlanmamıştır (Goldman ve ark. 2010 pp. 1390-1407).

Kronik lenfositik lösemi hastalarının tanılanması sırasındaki belirti ve bulguları değişkenlik göstermektedir. KLL vakaları yaklaşık olarak %60'ında asemptomatik seyreder ve rutin kontrollerde fark edilir. Belirti veren vakalarda ise en sık karşılaşılan şikayetler yorgunluk ve güç kaybıdır (Rozman ve ark. 1995 pp. 1052–1057). Bazı hastalar ağrı olmaksızın şişkin lenf nodları ile de başvurmaktadır. (Rodrigues ve ark. 2016 pp. 346– 357).

Kronik lenfositik lösemide evreleme ve risk gruplaması yapılırken lenfositoz, lenfadenopati, hepatosplenomegali, anemi ve trombosit düşüklüğü gibi paremetreler dikkate alınır. Bu risk değerlendirmelerine ve hastalığın semptom verme durumuna göre tedavi kararı alınmaktadır, bazı hastalar tedavisiz izlenebilir. Tedavi alan hastalarda her kemoterapi siklusu sonrası yanıt değerlendirmesi evreleme ve risk gruplaması yapılırken kullanılan paremetrelere göre yapılır. (Hallek ve ark. 2008 pp. 5446-5456).

2.1.4. Kronik Miyeloid Lösemi

Kronik miyeloid lösemi (KML) kronik myelositik lösemi veya kronik granülositik lösemi olarak da adlandırılır ve myeloid seri hücrelerinin aşırı çoğalmasıyla karakterize olan, primitif hematopoetik kök hücrenin klonal myeloproliferatif bir hastalığıdır. Bu çoğalma belirgin splenomegali ve lökositozile sonuçlanır. Bazofili ve trombositoz sıktır. Karakteristik bir sitogenetik anormallik olan Ph kromozomu, vakaların %90'dan daha fazlasında kemik iliği hücrelerinde bulunur. Hastaların çoğu (%85-90) kronik fazdadır, ancak kontrol sağlanamazsa KML hızlanır ve blastik fazlara geçer (Greer ve ark. 2009).

Kronik miyeloid lösemi, Amerika'da tüm lösemili vakaların 1/5'ini oluşturur. Her yıl 100.000'de 1 veya 2 kişiye tanı konur ve erkek dominansı vardır. KML insidansı yaşla artar ve ortalama yaş 45-55'dir. Ph(+) KML, çocuklarda ve adelösanlarda nadirdir. KML'de bildirilmiş ailesel ilişki yoktur (Goldman ve ark. 2010 pp. 1390-1407).

Kronik miyeloid lösemide suçlanabilen bir etyolojik ajan yoktur. İyonize radyasyona maruziyet (1945'te Japonya'da atom bombası sonrası yaşayanlar ve servikal ankilozan spondilitin radyoterapi ile tedavisi) KML riskini artırır. Pik insidans maruziyettten 5-12 yıl sonra meydana gelir ve dozla ilişkilidir. Benzen maruziyeti, AML riskini artırırken KML'de bu şekilde bir ilişki yoktur. KML, diğer kanserlerin tedavisi için kullanılan radyasyon ve/veya alkilleyici ajanlar sonrasında sekonder lösemi olarak sık görülmez (Greer ve ark. 2009; Goldman ve ark. 2010 pp. 1390-1407).

Kronik miyeloid lösemi vakalarının %20-50'si semptomsuz seyreder (Faderl ve ark. 1999 pp. 164-34). Ortaya çıkan belirtiler ise sıklıkla splenomegali ve anemiye bağlıdır. Sık karşılaşılan şikayetler ise yorgunluk, iştahta azalma, kilodan kayıp ve abdominal dolgunluk hissi olarak sıralanabilir. Splenomegali hastaların %50'sinde görülmektedir (Kantarjian ve ark. 2008 pp. 1397–1402).

2.1.5. Hodgkin Lenfoma

Hodgkin lenfoma hastalığı, çok çekirdekli büyük hücrelerin varlığı ile karakterize olmuş lenfoid sistemin bir hastalığıdır. Bu hastalık B hücre kaynaklı olup bu hücrelere RS (Reed-Sternberg) hücreleri denir (Rodgers ve ark. 2010 pp. 187-188). Tüm lenfomaların %10'unu oluşturur. 2018 verilerine göre bu hastalık tüm yaşlarda erkeklerde daha sık görülmektedir (Cancer Statistics 2019). Türkiye'de HL görülme insidansı yaklaşık 2-3/100.000/yıl (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).

Hodgkin lenfoma nedeni tam olarak bilinememekle beraber bu hastalıktan sorumlu olabilecek çeşitli faktörler bildirilmiştir. Bu faktörler ailesel yatkınlık, sosyoekonomik düzey, bazı virüsler, immün sistemin baskılanması, çevresel ve mesleki etkenler olarak sıralanabilir (Gutensohn ve ark 1981 pp. 135-40).

Hodgkin hastalığı supradiafragmatik yerleşimli olmak üzere, %80-90 oranında ilk olarak lenfadenopatiler ile prezente olmaktadır. Hodgkin hastalığı neredeyse tamamen lenf nodu tutulumu ile sınırlı iken ekstranodal tutulum non-hodgkin lenfoma ile karşılaştırıldığında daha az görülmektedir. Komşu dokuların ekstranodal invazyonu %15'in üzerinde, hematojen yayılım ise %5-10 arasında görülmektedir (Adaletli 2005). Hastalığın tanısı, lenf nodu biyopsi ile konur (Greer ve ark 2004 pp. 2521-2524). Hastalarda düzensiz seyirli ateş, yorgunluk, kilo kaybı ve bulantı görülebilir (Donaldson ve ark. 1999 pp. 531-605). Geceleri terleme, 38 derece ve üstü ateş, son 6 ayda %10'dan fazla kilodan kayıp B semptomları olarak adlandırılır ve HL vakalarının %30'unda ortaya çıkar (Yahalom 2005 pp. 675-679). B semptomlarının ortaya çıkması, tedavi planının belirlenmesi, hastalığın evresinin belirlenmesi ve prognozu açısından önem arz eder (Kaplan 1980).

2.1.6. Non – Hodgkin Lenfoma

Hodgkin olmayan lenfoma ya da Non-Hodgkin lefoma vücudun bağışıklık sisteminin bir parçası olan beyaz kan hücrelerinde (lenfositler) meydana gelen bir kanser türüdür. Hodgkin lenfoma hastalığından daha yaygındır. NHL cinsiyete göre değerlendirilirse erkeklerde daha yaygın olarak görülmektedir. Bu hastalığın gelişim süreci yaşam boyunca ivme kazanmakta ve hastaların yarısından çoğunun yaş ortalamasının 65 yaş ve

üzerinde olduğu tespit edilmiştir. ABD'de yapılan araştırmalarda NHL tüm kanser tiplerinin %4'ünü oluşturmaktadır. 2019 yılında ABD'de yaklaşık 74.200 bireyin bu hastalığın tanısını alacağı öngörülmektedir (American Cancer Society 2018). İngiltere'de yapılan araştırmalarda ise NHL en çok görülen kanser tiplerinde altıncı sırada yerini almıştır. Ülkemizde görülen kanser tiplerinde NHL ilk on kanser hastalığında yerini almıştır ve dünyada olduğu gibi erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha fazladır (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).

Non-hodgkin lenfomada, hodgkin hastalığının aksine başvuruda hastalık oldukça ileri evrededir. Yayılım Lenfotik sistem boyunca olmayabilir. Ek olarak ekstranodal tutulum da görülebilir. Hodgkin hastalığında tanı anında mediasten tutulumu %85 iken, non-hodgkin hastalığında mediasten tutulumu %40-50 arasındadır (Gök 2011).

Hodgkin'de intratorasik tutulumda olguların neredeyse tamamında süperior mediastinal lenf nod tutulumu mevcut iken, non-hodgkin lenfomada intratorasik tutulumlu olguların %75'inden daha azında bu lenf nodları tutulmaktadır. Başlangıç evresi hastalığın uzanımını ve lokalizasyonunu belirleme açısından hayati önem taşımaktadır. Klinik evreleme ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve rezonans görüntüleme gibi radyolojik modaliteler ile mümkün olmaktadır (Adaletli 2005).

2.1.7. Multipl Miyelom

Plazma hücrelerinin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşan kemik iliği tümörüne "plazmasitom" bu urların kemiklerde yaygın bir şekilde bulunması ile oluşan hastalığa da "multipl miyelom" denir (Özcan ve ark. 2009). Multipl myeloma (MM) plazma hücrelerinin başlıca kemik iliğinde, nadiren de diğer organ ve sistemlerde artışı ve anormal immunoglobulin (Ig) ile karakterli bir hastalıktır. Yaş ilerledikçe sıklığı artmakta ve genellikle 50 yaş üstünde görülmektedir (Coşkun ve ark. 2001). MM zaman içerisinde tedavi edilemeyen bir hastalıktan ayakta tedavi yöntemleriyle tedavi edilebilen kanser türünü dönüşmüştür ve son on yılda tedavi yöntemleri gelişme göstermiştir (Kazandjian 2016 pp. 682-689).

Multıpl Miyelom kanser çeşitlerinin yüzde 1'ini, hematolojik kökenli kanserlerin yüzde onunu kapsamaktadır. Hematolojik kanserler arasında Non-Hodgkin lenfomadan sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (Rajkumar 2014). ABD'de 2019 senesinde beklenen

yetişkine konacak MM tanı sayısı yaklaşık 32.100'dür (Amerikan Cancer Society 2018). Ülkemizde'de MM görülme sıklığı kadınlara göre erkeklerden daha fazladır (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).

Multipl miyelom hücreleri kemik iliğinde hücre dışı alanda matrikse proteinlerine bağlanır. Bu bağlanma MM hücresinin sağ kalımını ve ilaç direncini destekler. MM hücreleri ayrıca kan sistemi dışında mikroçevrenin hücresel kısmında destek hücrelerinden salınan sitokinler osteoklast aktivasyonu ve osteoblast inhibisyona yol açarak MM kemik hasarının gelişmesine yol açar. Artmış mikrovasküler yoğunluk progresyon ve kötüleşen prognozla ilişkilidir. MM hücreleri ayrıca doğal öldürücü hücre ve T lenfosit işlevini baskılar (Raab ve ark. 2009).

Multiple Myelom etyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır (Aydın 2005). Ancak çiftçilerde, kereste ile uğraşanlarda, deri işçilerinde ve petrole maruz kalanlarda MM görülme sıklığı fazladır (Elverdi 2011). Batı ülkelerinde kanser ile ilgili ölümlerinin %1'ini oluşturmaktadır. Tüm malignitelerin %1-2'sini, hematolojik malignitelerin %10'unu MM oluşturur. İnsidansı 4/100.000'tür. Son yıllarda sıklığı biraz daha artmıştır. Bu artış insanların yaşam sürelerinin uzaması ve tanısal testlerin daha sık kullanılmasına bağlıdır. Tanı anındaki ortalama yaş 65'tir (Coşkun ve ark. 2001).

Kemik ağrısı en sık semptomdur. Sıklıkla sırt ve kaburgalarda hissedilir, mekanik ağrı tipindedir. Hastaların dörtte birinde infeksiyon ilk semptomdur. Böbrek yetmezliği tanı sırasında %25 hastada gösterilmiştir ve böbrek sorunu hastaların yarısında gözlemlenir. Anemi %80 hastada bulunur (Elverdi 2011). Normokrom normositer anemidir. Böbrek yetmezliği, kanamalar ile kan kaybı, nadiren hemoliz anemiye katkıda bulunur. Kanamaya eğilim kemik iliği işgaline bağlı trombositopeni, pıhtılaşma faktörleri ve Von Willebrand faktörüne karşı otoantikor, paraproteinlerin trombosit yüzeyini kaplaması, damar duvarına amiloid birikmesi, üremi, hiperviskozite sendromu kanamaya eğilime yol açar (Rajkumar 2011; Kyritsonis ve ark. 2009).

MM'da santral sinir sistemi tutulumu nadirdir. Yorgunluk, kas güçsüzlüğü, kilo kaybı, yer kaplayan lezyonla ilişkili bölgesel sıkıntılar klinik bulgulara eklenebilir (Elverdi 2011; Rajkumar 2011).

2.2. Yalnızlık Kavramı ve İlişkili Açıklamalar

2.2.1. Yalnızlık Kavramı

Araştırmacılar yalnızlık yaşantısının belli başlı özelliklerinde genel bir anlaşma sağlamış olsa da yalnızlığın boyutları, sınıflandırılması ve türleri konusunda anlaşma sağlayamamışlardır. Kimileri yalnızlığı tek boyutlu bir yaşantı niteliğinde görürken kimileri ise çok boyutlu karmaşık bir yaşantı olarak görmektedir. Yalnızlığın tek boyutlu olması yalnızlık gerçekleştiğinde kişinin bireylerarası sosyal, kültürel ve psikolojik deneyimlerini etkilemesidir; çok boyutlu olması ise kimileri ise yalnızlığın birbirinden farklı birçok yönünün olması ve değişik biçimlerde yaşanması şeklinde açıklanmaktadır (Kaplan 2011).

Yalnızlık, bireyleri memnun etmeyen sosyal ilişkilerin yokluğundan ya da yetersizliğinde kaynaklanan psikolojik bir durumdur. Bu kavram, bireyin çevresi tarafından dışlanması olarak algılanmasına karşın her zaman aynı durumu ifade etmez. Birey ruhsal durumuna bağlı olarak da kendisini çevresinden soyutlayarak yalnızlık yaşayabilir (Öz 2010; Danış 2009; Erözkan 2009). Yalnızlık kavramı insanoğlunun var olduğu günden, günümüze kadar çeşitli şekillerde tanımlanmıştır.

Weis yalnızlığı bağlanma figürünün olmamasından dolayı duygusal yalnızlık olarak ve sosyal ağın olmamasından dolayı ise sosyal yalnızlık olmak üzere iki boyutta ele almıştır (Weis 1973; Özben 2013):

Duygusal Yalnızlık: Başka bir bireye yakın bir bağlılığın bulunmamasından ortaya çıkan kaygı ve boşluk duygularının olduğu durumdur. Çocuklar için ebeveyn, yetişkinler için eş ya da yakın arkadaş gibi bağlanılabilecek bir figür ya da imgenin yokluğu duygusal yalnızlığa sebep olmaktadır. Bu yalnızlık durumu bir manada bu boşluğu doldurabilecek yüzeysel olmayan, samimi olan bir ilişkinin kurulması ile giderilebilir. Duygusal yalnızlığı, çocukluk dönemindeki terk edilme korkusunun hatırlanması olarak göre Weis (1973), Yalnızlığı rahatsız edici ancak uyumsal bir duygusal durum olarak nitelendirmektedir.

Sosyal Yalnızlık: Depresyon ve sıkıntı ile beraber görülen, sosyal ilişkileri içeren sosyal ağın yetersizliğinden kaynaklanan yalnızlık türüdür. Kişinin ortak ilgi ve

aktivitelerini paylaştığı bir grubun bir parçası olduğu sosyal ilişkilerinin eksikliklerinden eksikliğinden kaynaklanmaktadır.

Sullivan (1953)'a göre ise yalnızlık; kişiler arası yakınlık gereksiniminin yetersiz olarak karşılanması sonucu ortaya çıkan oldukça rahatsız edici ve hoş olmayan bir deneyim olarak tanımlanabilir.

Rokach (1989)'a göre yalnızlık evrensel bir fenomendir. İnsan, dünyaya geldiği andan itibaren bu duyguyu yaşamaktadır.

Young (1982)'a göre yalnızlık; geçici, durumsal ve kronik olmak üzere üçe ayrılmıştır. Geçici yalnızlık, bireyin zaman zaman deneyimlediği yalnızlıktır. Durumsal yalnızlık, bireyin yaşadığı özel bir durum ya da kriz gibi durumlarda ortaya çıkan yalnızlık durumudur. Kronik yalnızlık ise bireyin sosyal ilişkilerinde iki veya daha fazla yıl devam eden eksiklik olarak tanımlanmaktadır. Bu boyutlara bakıldığında ise; geçici yalnızlık, günlük, birkaç dakika ya da birkaç saat gibi belirli bir süre devam eden semptomları şiddetli olmayan yalnızlık duygusudur. Dönem dönem birçok insan tarafından yaşanılan bir yalnızlık tipidir. Durumsal yalnızlık ise, önceki ilişkilerinde doyum sağlayan kişinin ilişkilerindeki değişikliğe bağlı olarak geçici bir süre doyum alamaması durumudur. Bireyin boşanma, eşinden ayrılma gibi sosyal ilişkilerindeki kayıp nedeniyle yaşadığı yalnızlık duygusudur. Kronik yalnızlık ise, birey tarafından uzun süreli davranışsal ve bilişsel düzensizlik ve yetersizlik neticesinde oluşan yalnızlık türüdür. En az iki yıl ya da daha uzun süreli sosyal ilişkilerde yaşanan doyumsuzluk durumunda meydana gelmektedir. Perlman ve Peplau durumsal yalnızlığın uzun sürdüğü zaman kronikleştiğini ifade etmektedir (Çakır ve Çakır 2011).

Gierveld (1987)'e göre yalnızlık bireyin birtakım sosyal ilişkilerde yaşadığı ve rahatsız olduğu bir durumdur.

Yalnızlık, bireylerin sosyal statülerini veya yaşlarını dikkate almaksızın yaşamlarının her döneminde deneyimlenebilen bir duygudur. Bu duygu bireyin yaşamının amaçsız ve gereksiz olduğunu düşünmesine, kimsesizlik ya da terk edilmişlik duygusu yaşamasına neden olabilir (Softa ve ark. 2015; Yılmaz ve Altınok 2009).

2.2.2. Yalnızlığın Boyutları

Young (1982)'a göre yalnızlık; geçici, durumsal ve kronik olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

1) Kronik yalnızlık, bireyin diğer insanlarla ilişki kurma becerilerindeki yetersizlik nedeniyle yaşadığı uzun süreli yalıtılmış hissedilme durumudur. Bu yalnızlık türü sosyal ilişkiler kurma ve yakın arkadaşlıklar edinmede güçlük çeken insanların yaşadığı yalnızlıktır. Belirgin bir nedeni olmaksızın bireyler iki yıldan daha uzun süre bu duyguyu yaşayabilir (Young, 1982).
2) Durumsal yalnızlık, bireyin sosyal ilişki düzeninde bozulmalar meydana gelmesi nedeniyle yaşanan yalnızlıktır. Boşanma, ölüm ve göç gibi faktörlere bağlı olarak bireyde fiziksel ve ruhsal düzeyde birkaç günden birkaç seneye kadar uzayabilen durumsal yalnızlık görülebilmektedir (Young, 1982).
3) Geçici yalnızlık ise birçok insanın farklı zaman dilimlerinde nadiren deneyimlediği yalnızlık duygusudur. Geçici yalnızlık, birkaç dakikadan birkaç saate uzayabilen ve bireyde ciddi etkiler bırakmayan bir durumdur (Young, 1982).

Sadler (1974)'e göre yalnızlık; kişilerarası yalnızlık, psikolojik yalnızlık, sosyal yalnızlık, kültürel yalnızlık ve kozmik yalnızlık olmak üzere beş grupta incelenmektedir. Kişilerarası yalnızlık, bireyin kendisini diğer insanlardan uzak olarak hissetmesi veya algılamasıdır. Psikolojik yalnızlık, bireyin benliğinin farklı bölümlerinin birbirleriyle bağlantı kuramaması nedeniyle oluşan yalnızlıktır. Sosyal yalnızlık bireyin ait olduğu toplumdan ya da gruptan uzaklaşma duygusudur. Kültürel yalnızlık, bireyin kültür kaybı veya yaşamış olduğu ciddi kültürel değişimler nedeniyle başkalarından uzaklaşmasıdır. Kozmik yalnızlık ise bireyin dinsel bağının yok olması sonucunda yabancılaşma veya Tanrı'dan uzaklaşma duygusu yaşamasıdır.

Peplau (1995)'ya göre yalnızlık; yapayalnızlık, tek başına yalnızlık ve yalnızlık olmak üzere üç grupta incelenmektedir. Yapayalnızlık, bireyin diğer insanlarla bir arada olmak istediği ancak onlardan uzak durduğu durumdur. Tek başınalık, bireyin hayatını etkileyen belirli kararları verirken yalnız olması ya da birlikteliğinin olmaması durumudur. Yalnızlık tercih edilebilen bir duygudur. Birey; resim yaparken, bir şeyler yazarken ya da keşif yaparken yalnızlığı tercih edebilir. Bu nedenle, yapayalnız olmadan tek başına olmak mümkündür. Yalnızlık ise öznel bir kavram olarak düşünüldüğünde, boş hissetme ya da bireyin kendini bırakması olarak tanımlanabilmektedir. Yalnızlık bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin niteliksel ve niceliksel olarak bozulması nedeniyle yaşanan hoş olmayan bir duygudur.

Santrock'a (1993) göre yalnızlık; duygusal ve sosyal yalıtım olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Duygusal yalıtım, bireyin içsel dünyasında yaşadığı boşluktur. Bu durum, bireyin karşı cinsten birinin yokluğunda hissettiği ve algıladığı yalnızlıktır. Sosyal yalıtım, bireyin bir gruba katılmaktan ya da bir topluma girmekten mahrum kalması sonucunda bireyin yaşadığı uzaklaştırılmış ve itilmiş olma duygusudur.

Brown (1984)'a göre yalnızlık; tek başına olma, yalnız olma ve yaşanan yalnızlık olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Tek başına olma durumunda, birey yalnız kalmayı tercih etmektedir. Bu durum sağlıklı bir durum olarak kabul edilmektedir. Yalnız olma, bireyin ölüm gibi fiziksel ayrılıklar dışında birisiyle arasındaki ilişkinin kaybı ya da psikolojik olarak ayrı olmasıdır. Yaşanan yalnızlık, bireyin diğer insanlardan uzak olmamasına rağmen kendisini kalabalık içinde bulunsa dahi yalnız hissetmesi durumudur. Bu yalnızlık türünde birey kendisinin çevre tarafından istenmediğini düşünmektedir. Hissedilen bu yalnızlık türü bir sorun olarak kabul edilmektedir.

2.2.3. Yalnızlık Yaklaşımları

Yalnızlık duygusu psikolojide çeşitli yaklaşımlar ile ele alınmıştır. Başlıca yaklaşımlar Psikodinamik Yaklaşım, Bilişsel Yaklaşım, Varoluşçu Yaklaşım ve Bilişsel Davranışçı Yaklaşım olarak sıralanmaktadır.

2.2.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Freud'un yapıtlarında yalnızlık ile ilgili doğrudan fikirlerini belirttiği görülmemektedir. Mijuskovic (1980) Freud'un çocukların iki temel korkularından bir tanesinin yalnızlık olduğunu ve bu korkunun çocuğun bakımından sorumlu kişinin yokluğu durumunda ortaya çıktığını ileri sürdüğünü belirtmemektedir (Duy 2003). Freud kişiliğin temel yapısının oluşmasında bebeklik ve çocukluk dönemlerinde gösterilen davranışların, ilişkilerin bireyin yaşamının ilerleyen dönemlerinde güven ve sosyalleşme becerilerini etkilemesi gibi mutlak yansımalarının olacağını belirtmektedir. Bireyin gelişiminin sağlıklı şekilde sağlanabilmesi için gelişiminin her döneminde temel ihtiyaçların karşılanması gerekmektedir. Bu ihtiyaçlar karşılanmadığında o döneme karşı aşırı bağımlılık ortaya çıkar ve sonraki aşamada kişilik gelişimini olumsuz etkileyerek ileri yaşlarda anormal bazı davranış biçimleri sergilenmesine sebep olur (Senemoğlu 2011).

Yalnızlığın psikolojik açıdan analizi ilk olarak Zilboorg (1938) tarafından yapılmıştır. Zilboorg yalnız olmak ve yalnızlık ve tek başına olmayı birbirinden ayırmış ve bu durumu belirtmek için "lonesome" ifadesini kullanmıştır. Lonesome kavramı geçici normal bir yalnızlık yaşantısı iken yalnızlık hissi daha ağır, bunaltıcı ve süregelen bir yaşantı durumunu ifade etmektedir. Zilboorg yalnızlığı narsisizm, megolamanya, düşmanlık gibi kişilik özelliklerinin yansıması olarak nitelendirmektedir (İmamoğlu, 2008).

Ericson ise sosyal etkileşimin çocuğun kişilik gelişimini önemli ölçüde etkilediğini ve bireyin kişilik gelişiminde belli başlı sekiz aşamalı evrelerin olduğunu ileri sürmektedir. Ericson'un kuramının ilk basamağı olan güven ve güvensizlik algısının gelişimi, ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarına ne kadar duyarlı olduğuyla ilgilidir. Bebeğe verilen bakımın sürekliliği ve tutarlığı, beslenme, sevgi görme, korunma gibi gereksinimlerinin ertelenmeden karşılandığı durumlarda çocuk çevresine karşı temel güven duygusu geliştirmektedir. Bunun aksine bebeğin bakım ve sevgi gereksiniminin tutarlı bir biçimde giderilmediği vaziyetlerde güvensizlik duygusu gelişir; ileriki yıllarda bireylerarası ve bireyin kendisi ile olan ilişkisini negatif yönde etkilemesine neden olmaktadır. Ericson'a göre yalnızlık duygusu ergenlik döneminde önem kazanır. Bu aşamada kişi hem insanlara ihtiyaç duyar hem de ideal kişi sandığı bireylerin ideal olmadığını görerek hayal kırıklığına uğrar (Duru 1995; Aydın 2004).

Sullivan da yetişkinlik dönemindeki yalnızlığın temelinde çocukluk yıllarında edinilen tecrübenin etkili olduğunu görmüştür. Sullivan çocukluk döneminde anne, babası ile sağlıksız etkileşim içerisinde olmasından dolayı sosyal becerileri zayıf olan gençlerin ilişkilerinde yakınlık ihtiyacını gidermekte güçlük çektiğini belirtmektedir. Yalnızlığa sebep olan sosyal beceri eksikliği en olumsuz hali ile ergenlikten itibaren önem kazanmaktadır (Peplau ve Perlman 1982).

Horney'e göre her yalnızlık duygusu nevrotik değildir ancak insanlarla ilişki kurmaya, onlarla beraber olmaya katlanılmaz bir güç eşlik ediyorsa ve hayattan uzaklaşma bu gerilimden kurtulmaya yönelik bir araç durumuna gelirse bu yalnız olma isteği nevrotik içerikli insanlardan uzaklaşmanın bir göstergesi olmaktadır (Aktaran, Bilgi, 2005). Fromm- Reichmann (1959)'da yalnızlığın meydana gelmesinde erken çocukluk ve çocukluk sonrası olgunlaşma öncesi döneme vurgu yapmıştır. Ona göre yalnız kişi, öznel yaşantısı ile çevre yaşantısı arasında ayrım yapabilme yeteneğini

kaybetme potansiyeli ile yalnız kaldığında kendisini tehdit altında hisseder. Fromm ve Reichmann yalnızlığın temelini çocukluk döneminde yaşanan aile içi iletişimle ilişkilendirmiştir (Karaduman 2013).

2.2.3.2. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşıma göre yalnızlık bilişsel ve ilişkisel süreçler üzerinde odaklanmaktadır. Sermat (1980) yalnızlığı kişinin sahip olduğu mevcut ilişkileri ile gerçekleştirmeyi istediği ilişkiler arasındaki farklılık olarak değerlendirmekte ve bu fark ne kadar açılırsa yalnızlık katsayısının da o oranda artış göstererek yaşanılacağını ifade etmektedir.

Bireyin duygu ve davranışları veri kabul edilen bilişsel yaklaşımda yalnızlık, kişinin algı, tutum ve içsel yaşantıları kapsamında araştırılmakta aynı zamanda toplumsal hayattaki ilişkilerinde geçerli olan bireysel standartları ve normları yalnızlığı nasıl devam ettireceğini belirlemektedir (Armağan 2014).

Bilişsel yaklaşımın vurguladığı noktalarından bir diğeri de yalnızlık yaşayan kişinin yalnızlıklarının sebeplerine yapmış olduğu yüklemelerdir. Bireyin yalnızlıklarına ve bireylerarası ilişkilerine yönelik olumsuz yüklemeler yaptıklarını belirten Peplau ve arkadaşları (1982) yalnızlıklarının temelini kişilik özelliklerine veya durumsal faktörlere bağladıklarını bu durumu değişmez olarak algılayan bireylerin yalnızlıkla mücadele etmede pasif hale gelirken geleceğe dair umutsuzluk içerisinde olmalarına ve benlik algısının düşmesine neden olduğunu ortaya koymuşlardır (Körler, 2011).

2.2.3.3. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçular yalnızlığı insanın var olan gerçekliği olarak kabul etmekte ve yalnızlığı olumlu bir yaşam şekli olarak değerlendirmektedir. Bu görüşe göre doğası gereği yalnız olan bireyin kendisini özgür ve bağımsız kılabilmesi için diğerlerinden ayrılabilmesi gerekmekte bu da bireylerarası yalıtımı ardından da yalnızlığı getirmektedir. Yalom'a göre varoluşçu yaklaşımın bakış açısında bireyin kendini özgür ve mutlu hissetmesi diğerlerinden kendini yalıtarak yalnızlığında kendisi ile yüzleşmesiyle mümkün hale gelmekte yaşamı anlam kazanabilmektedir. Peplau ve Perlman'a göre varoluşçular

yalnızlığın temelinde ne olduğu ile ilgilenmezler zira yalnızlık varoluşun gerçeğidir (Koçak 2008).

2.2.3.4. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Young (1982) yalnızlığın farklı biçimlerde yaşanabildiğini ve yalnızlığın önlenmesinde bireyin akılcı olmayan inançlarının incelenmesi gerektiğini öne sürmüştür. Young'a göre yalnızlığa sebep olan otomatik düşünceler; tek başına olmaktan mutsuzluk duyma, düşük benlik kavramı, sosyal kaygı, sosyal uyumsuzluk, güvensizlik, sınırlama, eş seçiminde problemler, yakınlığı reddetme, cinsel kaygı, duygusal bağlanma ile ilgili kaygı, pasiflik, gerçekçi olmayan beklentiler olmak üzere 12 alt maddeden oluşmaktadır (Koçak 2008).

2.2.4. Yalnızlığa Neden Olan Faktörler

Yalnızlık hissini uyandıran her faktör bireyde yalnızlık duygusunun yaşanmasına neden olmamaktadır. Yalnızlık duygusu bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yapısıyla ilgili olmakla birlikte şiddeti kişiden kişiye değişmektedir (Gümüş 2000).

Michela, Peplau ve Weeks (1982)'e göre kötümserlik kendini yansıtmaktan korkma, çaba göstermeme, şanssızlık, sıkılganlık, fiziksel çekiliği olmama; insanların içinde bululundukları grup üyeleri ile ilgilenmeleri, diğer insanlar ile ilişki kurmayı istememe; kişisel olmayan durumlar, fırsat yoksunluğu ve diğer insanların isteksizliği yalnızlığın şiddetini etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilir (Gümüş 2000).

2.3. Hematolojik Maligniteli Hastalarda Yalnızlık Duygusuna Karşın Psikolojik ve Sosyal Durum

Hematolojik maligniteli hastalarda hangi boyutuyla ele alınırsa alınsın bireyin başkalarına bağımlı olma düzeyini yükseltmektedir. Hematolojik maligniteli hastaları hastalığın tanı, tedavi ve prognozuna bağlı olarak bağımsızlığın tamamen kaybedilme kaygısı, ölüm korkusu, ayrılık ve geleceğin belirsizliği, pişmanlık ve suçluluk duygusu, beden/organ ve vücut bölümlerinin zarar göreceği korkusu gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşayabilmektedir (Ardahan 2006). Hematolojik maligniteli hastaların aldıkları

tedaviden en iyi yararı görmelerinde; hastalık sürecinde yaşanan psikososyal ve ekonomik sorunları en aza indirerek yaşam kalitelerini arttırmalarında sosyal destek mekanizmaları vazgeçilmez önemli bir yere sahiptir (Ayaz ve ark. 2008; Işıkhan 2007). Bu doğrultuda aile, akraba, arkadaş çevresi, sağlık bakım profesyonelleri, sosyal hizmet kurumları, toplumda bu amaçla oluşturulmuş olan sivil toplum örgütleri ve dernekler onkoloji hastalarının kanserle mücadelesinde önemli rol oynarlar (Ayaz ve ark. 2008).

Hematolojik malignitenin yol açtığı psikolojik, sosyal ve manevi boyuttaki sorunlar, hastaların tedavi ve bakımında destekleyici yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle hematolojik maligniteli hastalara tedavi süreci ve sonrasında bilgi vermek, duygusal ve sosyal destek sağlamak son derece önemlidir (Ayaz ve ark. 2008; Işıkhan 2007). Sosyal destek hematolojik maligniteli hastalar yönünden ele alındığında yaşam sürelerini uzatıcı bir özelliğe sahiptir. Çünkü sosyal destek sistemleri ile sağlık arasında olumlu yönde bir ilişki bulunduğu, sosyal destek sistemlerinin bireyin yaşadığı stresi azaltarak veya dengeleyerek ruh sağlıklarını koruduğu kabul edilmektedir (Ardahan 2006). Ayrıca sosyal destek mekanizması güçlü olan bireylerde baş etme stratejilerinin güçleneceği düşünülmektedir (Arslantaş ve ark. 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Hematoloji hastalarının yalnızlık seviyelerini tespit etmek ve yalnızlık düzeylerini etkileyen etmenleri incelemek maksadıyla betimsel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Soruları

- Hematolojik maligniteli hastalar ne düzeyde yalnızlık duygusu yaşamaktadırlar?
- Hematolojik maligniteli hastaların yalnızlık düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniğine ve Ayaktan Tedavi Ünitesine başvuran hematoloji hastalarının katılımı ile Temmuz 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın gerçekleştirildiği Temmuz 2018-Şubat 2019 dönemi arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniğine ve Ayaktan Tedavi Ünitesine başvuran hastalar oluşturdu.

Çalışmaya katılması için 196 hasta davet edildi. Araştırma hematolojik malignite tanısı olan, hastalığını bilen, 18 yasından büyük olan, en az okuryazar olan, soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliği olan, izolasyon uygulaması olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. 12 hasta tanısı hakkında bilgi sahibi olmadığından, 5 hasta 18 yaş altı olduğundan, 30 hasta okur-yazar olmadığından ve 9

hastada izolasyon önlemleri olduğundan çalışmaya katılmayı kabul etmesine rağmen çalışma dışı bırakıldı. 10 hasta ise çalışmaya katılmayı kabul etmesine rağmen çeşitli sebeplerle çalışmayı yarım bıraktığı için çalışma dışında kaldı. Araştırma örneklemine aşağıda yer alan çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 130 hasta oluşturdu:

- Hematolojik malignite tanısı olan,
- Hastalığını bilen ("neyin var?" sorusuna hastalığının adını verebilen),
- 18 yasından büyük olan,
- En az okuryazar olan,
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliği olan,
- İzolasyon uygulaması olmayan,
- İletişim kurabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden.

Araştırmanın örneklem hacminin belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanıldı. Bu örnekleme yönteminin temel amacı araştırmanın hedeflerine yönelik evrenin bir temsilcisini elde etmek yerine, amaçlı şeklide bir veya birden fazla bir alt grubu örneklem grubu olarak tanımlamaktır. Bir başka ifade ile amaçlı örnekleme, sorun olarak ortaya konulan etmenin çözümüne yönelik en uygun olduğu düşünülen araştırma grubunu bir gözlem konusu unsuru haline getirildiği örnekleme biçimidir (Sencer 1989).

3.5. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Araştırma verilerinin elde edilmesinde 2 tanılama formu kullanıldı: Kişisel ve Hastalıkla İlgili Tanıtıcı Bilgi Formu ve Kaliforniya Üniversitesi, Los Angeles Yalnızlık Ölçeği [University of California, Los Angeles- Loneliness Scale (UCLA-LS)]. Görüşme ve veri toplama süreci anket yöntemi kullanılarak tek görüşmede gerçekleştirildi. Araştırma katılım gösteren hematolojik hastalarına araştırmanın kapsamı ile ilgili kısa bilgi verildi ve anket uygulamasından önce çalışmaya katılım onayı alındı. Katılımı onaylayanlar ile kimlik bilgileri alınmaksızın, yaklaşık olarak 15-20 dakika süren görüşme yapılarak araştırma formlarında yer alan soruları uygun seçeneği işaretleyerek cevaplaması istendi.

3.5.1. Hematoloji Hastalarının Kişisel ve Hastalıkla İlgili Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan bu tanılama formunda, Hematoloji hastalarının demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuğa sahip olma durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, yaşanılan yer), hastalık süreci ile ilgili özelliklerini (hastalık tanı zamanı, tedavi şekli, kemoterapi başlangıç zamanı vb) ve sosyal çevresi ile olan etkileşimini ifade eden durumları (birlikte yaşanılan kişiler, düzenli olarak ziyarete gelen yakınlar, aynı hastalıkla karşılaşan yakınların varlığı ve benzeri) sorgulayan sorular yer almaktadır.

3.5.2. UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği

Bireylerin algıladığı yalnızlık duygusunu belirlemekamacı ile Russel ve ark. (1980) tarafından geliştirilmiş 20 maddelik bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin ülkemizde kullanımı için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Demir (1989) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,96; test-tekrar test güvenilirliği 0,94 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda ölçeğe ait Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,83 olarak saptandı.

Tek boyuttan oluşan bu ölçekte puan artışı, bireyin daha yoğun bir yalnız içinde olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 20 iken en yüksek puan ise 80 olarak belirtilmiştir. 20-31 puan aralığı “Hiç yalnızlık çekmiyor”, 32-41 puan aralığı “Çok hafif düzeyde yalnızlık çekiyor”, 42-53 puan aralığı “Hafif düzeyde yalnızlık çekiyor”, 54-67 puan aralığı “Yalnızlık çekiyor” ve 68-80 puan aralığı “Tamamen yalnızlık çekiyor” ifadelerini temsil etmektedir.

Ölçekte yer alan 10 madde bireylerin sosyal ilişkilerdeki pozitif duygu ve düşüncelerini, diğer 10 madde ise memnuniyetsizliği gösteren negatif duygu ve düşüncelerini belirtmektedir. Bireylerin söz konusu ifadeleri hangi sıklıkla yaşadıklarına dair 4'li likert tipi katılım düzeyleri ("Hiç yaşamam", "Nadiren yaşarım", Bazen yaşarım", "Sık sık yaşarım”) bulunmaktadır. Ölçekte yer alan ifadelerin olumlu ve olumsuz olanların madde numaraları aşağıdaki gibidir:

Olumlu ifadeler: 1-4-5-6-9-10-15-16-19-20

Olumsuz ifadeler: 2-3-7-8-11-12-13-14-17-18

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucunda toplanan verilerin analizi IBM SPSS 20 programı ile gerçekleştiridi. Sonuçların frekans analizi ile dağılımları gösterildi. UCLA Yalnızlık Ölçeğinden elde edilen puanların dağılımlarının normal dağılım gösterip göstermediklerinin kontrolü Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ölçek puanının dağılımı normal dağılım göstermediğinden gruplar arası farklılıkların tespitinde Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi gibi parametrik olmayan testler kullanıldı. Kruskal-Wallis H testi sonucunda gruplar arasındaki farklılıkların tespitinde parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testlerinden Dunn's testi kullanıldı.

Araştırma kapsamında elde edilen bulguların sonuçları %95 güven aralığında değerlendirildi (Özdamar, 2004).

UCLA-Yalnızlık Ölçeğinin güvenirliği Cronbach Alfa katsayısı ile gösterildi. Cronbach Alpha katsayısının güvenirlik düzeyini tanımlamada aşağıda yer alan aralıklar referansalındı:

$0{,}00 \leq \alpha < 0{,}40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0{,}40 \leq \alpha < 0{,}60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0{,}60 \leq \alpha < 0{,}80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0{,}80 \leq \alpha < 1{,}00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Çalışmamızda ölçeğe ait Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,83 ile yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu saptandı.

3.7. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlıkları

3.7.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmacı tarafından hazırlanan hasta bilgi formunun çalışma öncesinde ön grup ile test edilmesi ve yalnızlık duygusunu değerlendirmede UCLA-Yalnızlık Ölçeği'nin Türkçe

versiyonun kullanılması çalışmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

3.7.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği ve Ayaktan Tedavi Ünitesinde, tek merkezde, gerçekleştirilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ‘nden ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu ‘ndan gerekli izinler alındı. Araştırmaya katılan hastalara araştırma sözel olarak açıklandı ve hastalardan yazılı aydınlatılmış onam alındı.

4. BULGULAR

Hematolojik hastalarda yalnızlık düzeylerini tespit etmek ve yalnızlık duygularını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla toplanan verilerin istatistiksel analizi sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde tablo haline getirildi ve sunuldu.

4.1. Hematoloji Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde Hematoloji hastalarının demografik özelliklerine ait bulgular ile hastalığa ait öyküleri ve hastaların sosyal çevresi ile olan etkileşimine ait bulgular sunuldu.

4.1.1. Hematoloji Hastalarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hematoloji hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuğa sahip olma durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, yaşanılan yer değişkenlerine ait dağılımlar Tablo 4-1'de gösterildi.

Hematoloji hastalarının yaş durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %6,2'sinin (8 kişi) 18-29 yaş, %10,0'unun (13 kişi) 30-39 yaş, %16,2'sinin (21 kişi) 40-49 yaş, %24,6'sının (32 kişi) 50-59 yaş, %23,1'inin (30 kişi) 60-69 yaş grubunda yer aldığı ve %20,0'sinin (26 kişi) 70 yaş ve üzerinde olduğu saptandı.

Hematoloji hastalarının cinsiyetine göre dağılımları incelendiğinde; %56,9'unun (74 kişi) erkek ve %43,1'inin (56 kişi) kadın olduğu saptandı.

Hematoloji hastalarının medeni durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %73,1'inin (95 kişi) evli, %13,1'inin (17 kişi) eşini kaybetmiş ve %13,8'inin (18 kişi) bekar oldukları saptandı.

Hematoloji hastalarının çocuk sayısı durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %42,3'ünün (55 kişi) 3-4 çocuğu, %33,1'inin (43 kişi) 1-2 çocuğu, %13,1'inin (17 kişi) hiç çocuğu olmadığı ve %11,5'inin (15 kişi) 5 ve daha fazla çocuğu olduğu saptandı.

Hematoloji hastalarının eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %16,9'unun (22 kişi) yalnızca okur-yazar olduğu, %52,3ünün (68 kişi) ilkokul, %14,6'sının (19 kişi) lise ve %16,2'sinin (21 kişi) üniversite mezunu olduğu saptandı.

Tablo 4-1. Hematoloji Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler		n	%
Yaş	18-29 yaş grubu	8	6,2
	30-39 yaş grubu	13	10,0
	40-49 yaş grubu	21	16,2
	50-59 yaş grubu	32	24,6
	60-69 yaş grubu	30	23,1
	70 ve üzeri	26	20,0
Medeni Durum	Bekar	18	13,8
	Evli	95	73,1
	Eşini Kaybetmiş	17	13,1
Çocuk Sayısı Durumu	Hiç	17	13,1
	1-2 çocuk	43	33,1
	3-4 çocuk	55	42,3
	5 ve üzeri çocuk	15	11,5
Meslek Durumu	Serbest Meslek	29	22,3
	Memur	4	3,1
	İşçi	7	5,4
	Emekli	31	23,8
	Diğer	59	45,4
Aylık Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	39	30,0
	Gelir Gidere Denk	18	13,8
	Gelir Giderden Fazla	73	56,2
Cinsiyet	Kadın	56	43,1
	Erkek	74	56,9
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	113	86,9
	Hayır	17	13,1
Eğitim Durumu	Okur-yazar	22	16,9
	İlkokul	68	52,3
	Lise	19	14,6
	Üniversite	21	16,2
Çalışma Durumu	Evet	15	11,5
	Hayır	115	88,8
Yaşanılan Yer	Köy	9	6,9
	İlçe	37	28,5
	İl	84	64,6

Hematoloji hastalarının meslek durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %23,8'inin (31 kişi) emekli, %22,3'ünün (29 kişi) serbest meslek sahibi olduğu, %5,4'ünün (7 kişi) işçi ve %3,1'inin (4 kişi) memur oldukları saptandı.

Hematoloji hastalarının çalışma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %88,5'inin (115 kişi) çalışmadığı ve %11,5'inin (15 kişi) çalıştığı saptandı.

Hematoloji hastalarının aylık gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %56,2'sinin (73 kişi) geliri giderden fazla, %30,0'unun (39 kişi) geliri giderden az ve

%138'inin (18 kişi) gelirinin gidere denk olduğu saptandı.

Hematoloji hastalarının yaşanılan yer durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %64,6'sının (84 kişi) ilde, %28,5'inin (37 kişi) ilçede ve %6,9'unun (9 kişi) köyde yaşadığı saptandı.

4.1.2. Hematoloji Hastalarının Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hematoloji hastalarının hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4-2'de verildi.

Tablo 4-2. Hematoloji Hastalarının Hastalıkla İlgili Durum ve Öykülerinin Dağılımı

Hastalık ile İlgili Özellikler		n	%
Hastalık Tanısı Konulma Zamanı	0-6 ay önce	58	44,6
	7-12 ay önce	41	31,5
	1-2 yıl önce	26	20,0
	3 ve üzeri yıl önce	5	3,9
Tedavi Şekli	Hastanede yatarak	42	32,3
	Ayaktan tedavi ünitesinde	88	67,7
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Evet	65	50,0
	Biraz	45	34,6
	Hayır	20	15,4
Hastalık Tanısı	AML	18	13,8
	KML	7	5,4
	ALL	6	4,6
	MM	23	17,7
	HL	17	13,1
	NHL	59	45,4
Kemoterapi Başlangıç Zamanı	0-6 ay önce	86	66,2
	7-12 ay önce	33	25,4
	1-2 yıl önce	11	8,5
Kür Sayısı	Hiç	8	6,2
	1 defa	24	18,5
	2 defa	24	18,5
	3 defa	29	22,3
	4 ve üzeri	45	34,6
Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu	Evet	41	31,5
	Hayır	89	68,5

Hematoloji hastalarının yaşanılan hastalık tanısı konulma zamanına göre dağılımları incelendiğinde; %44,6'sının (58 kişi) 0-6 ay önce, %31,5'inin (41 kişi) 7-12 ay önce, %20,0'sinin (26 kişi) 1-2 yıl önce ve %3,9'unun (5 kişi) 3 yıl ve sonra tanı aldığı saptandı.

Hematoloji hastalarının kemoterapi başlangıç zamanına göre dağılımları incelendiğinde; %66,2'sinin (86 kişi) 0-6 ay önce, %25,4'ünün (33 kişi) 7-12 ay önce ve %8,5'inin (11 kişi) 1-2 yıl önce kemoterapiye başladığı saptandı.

Hematoloji hastalarının tedavi şekline göre dağılımları incelendiğinde; %67,7'sinin (88 kişi) ayaktan tedavi ünitesinde ve %32,3'ünün (42 kişi) hastaneye yatarak tedavi süreçlerine sahip oldukları saptandı.

Hematoloji hastalarının kür sayısına göre dağılımları incelendiğinde; %34,6'sının (45 kişi) %34,6'sının (45 kişi) 4 kez ve daha fazla, %22,3'ünün (29 kişi) 3 kez, %18,5 'inin (24 kişi) 1 kez, %18,5 'inin (24 kişi) 2 kez ve %6,2'sinin (8 kişi) hiç tedavi almadığı saptandı.

Hematoloji hastalarının hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %50,0'sinin (65 kişi) bilgi sahibi olduğu, %34,6'sının (45 kişi) biraz bilgi sahibi olduğu, %15,4'ünün (20 kişi) bilgi sahibi olmadığı saptandı.

Hematoloji hastalarının hastalık hakkında eğitim alma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %68,5'inin (89 kişi) eğitim almadığı ve %31,5'inin (41 kişi) eğitim aldığı saptandı.

Hematoloji hastalarının hastalık tanısı durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %45,4'ünün (59 kişi) NHL tanılı, %17,7'sinin (23 kişi) MM tanılı, %13,8'inin (18 kişi) AML tanılı, %13,1'inin (17 kişi) HL tanılı, %5,4'ünün (7 kişi) KML tanılı ve %4,6'sının (6 kişi) ALL tanılı olduğu saptandı.

4.1.3. Hematoloji Hastalarının Sosyal Çevresi İle Etkileşimine İlişkin Bulgular

Hematoloji hastalarının sosyal çevresi ile olan etkileşimine ilişkin bulgular Tablo 4-3'te gösterildi.

Tablo 4-3. Hematoloji Hastalarının Sosyal Çevresi ile Olan Etkileşimini Belirten Değişkenlerin Dağılımı

Sosyal Çevresi ile Etkileşimine İlişkin Özellikler		n	%
Birlikte Yaşanılan Kişiler Durumu	Tek başına	13	10,0
	Sadece eşiyle	37	28,5
	Eş ve çocuklarla	59	45,4
	Çocuklarla	16	12,3
	Akrabalarla	5	3,8
	Bakım / Huzur Evi	0	0,0
Düzenli Olarak Ziyaret Eden Yakınların Durumu*	Eşim	26	16,2
	Çocuklarım	44	27,5
	Annem/Babam	8	5.0
	Akrabalarım	61	38,1
	Arkadaşlarım	21	13,1
Aynı Hastalıkla Karşılaşan Yakınların Varlığı Durumu	Evet	35	26,9
	Hayır	95	73,1
Ailenin Hastalık Sürecindeki Desteğini Yeterli Bulma Durumu	Evet	100	76,9
	Kısmen	18	13,8
	Hayır	12	9,2
Duygusal Sıkıntıların Paylaşıldığı Kimseler Durumu*	Eşim	59	36,6
	Çocuklarım	46	28,6
	Annem/Babam	13	8,0
	Akrabalarım	21	13,0
	Arkadaşlarım	22	13,7
Düzenli Olarak Ziyaret Edilme Durumu	Evet	111	85,4
	Hayır	19	14,6
Hastalığın Sosyal Çevre Tarafından Bilinme Durumu*	Eşim	82	20,2
	Çocuklarım	92	22,7
	Arkadaşlarım	82	20,2
	Akrabalarım	107	26,4
	Çalışma Arkadaşlarım	43	10,6
	Hiç kimse	0	0,0
Aynı Hastalıkla Karşılaşan Yakınların Durumu*	Eşim	4	10,5
	Çocuğum	1	2,6
	Annem	2	5,3
	Babam	5	13,2
	Akrabam	23	60,5
	Arkadaşım	3	7,9
Duygusal Sıkıntıların Paylaşılabileceği Birisinin Varlığı Durumu	Evet	101	77,7
	Hayır	29	22,3

*işaretli durumlar çok seçenekli işaretlemenin yapılabildiği ifadelerdir. Birim sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Hematoloji hastalarının birlikte yaşanılan kişilere göre dağılımları incelendiğinde; %45,4'ünün (13 kişi) eş ve çocuklarıyla, %28,5'inin (37 kişi) sadece eşiyle, %12,3'ünün (16 kişi) çocuklarıyla, %10,0'unun (13 kişi) tek başına, %3,8'inin (5 kişi) akrabalarıyla yaşadığı saptandı.

Hematoloji hastalarının düzenli olarak ziyaret edilme durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %85,4'ünün (111 kişi) düzenli ziyaret edildiği ve %14,6'sının (19 kişi) düzenli ziyaret edilmediği saptandı.

Hematoloji hastalarının düzenli olarak ziyaret eden yakınlara göre çok seçenekli ifadelerden oluşan dağılımları incelendiğinde; %38,1'inin (61 kişi) akrabaları, %27,5'inin (44 kişi) çocukları, %16,2'sinin (26 kişi) eşi, %13,1'inin (21 kişi) arkadaşları ve %5,0'inin (8 kişi) anne/babası tarafından ziyaret edilmekte olduğu saptandı.

Hematoloji hastalarının hastalığın sosyal çevre tarafından bilinme durumuna göre çok seçenekli ifadelerden oluşan dağılımları incelendiğinde; %26,4'ünün (107 kişi) akrabaları, %22,7'sinin (92 kişi) çocukları, %20,2'sinin (82 kişi) eşi, %20,2'sinin (82 kişi) arkadaşları ve %10,6'sının (43 kişi) iş arkadaşları tarafından bilindiği saptandı.

Hematoloji hastalarının aynı hastalıkla karşılaşan yakınların varlığı durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %73,1'inin (95 kişi) olmadığı ve %26,9'unun (35 kişi) olduğu saptandı.

Hematoloji hastalarının aynı hastalıkla karşılaşan yakınların durumuna göre çok seçenekli ifadelerden oluşan dağılımları incelendiğinde; %60,5'inin (23 kişi) akrabası, %13,2'sinin (5 kişi) babası, %10,5'inin (4 kişi) eşi, %7,9'unun (3 kişi), %5,3'ünün (2 kişi) ve %2,6'sının (1 kişi) çocuğu aynı hastalıkla karşılaşan yakınları olarak saptandı.

Hematoloji hastalarının ailenin hastalık sürecindeki desteğini yeterli bulma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %76,9'unun (100 kişi) yeterli bulmakta, %13,8'inin (18 kişi) kısmen yeterli olduğu ve %9,2'inin (12 kişi) yetersiz olduğunu belirttiği saptandı.

Hematoloji hastalarının duygusal sıkıntının paylaşılabileceği birisinin varlığı durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %77,7'sinin (101 kişi) paylaşımda bulunabileceği birisinin var olduğu ve %22,3'ünün (29 kişi) var olmadığı saptandı.

Hematoloji hastalarının duygusal sıkıntıların paylaşıldığı kimselerin durumuna göre çok seçenekli ifadelerden oluşan dağılımları incelendiğinde; %36,6'sının (59 kişi)

eşiyle, %28,6'sının (46 kişi) çocuklarıyla, %13,7 (22 kişi) arkadaşlarıyla, %13,0'ünün (21 kişi) akrabalarıyla ve %8,0'inin (13 kişi) annesi/babasıyla duygusal sıkıntılarını paylaştığı saptandı.

4.2. Hematoloji hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeğine İlişkin Bulguları

4.2.1. Hematoloji Hastalarının Yalnızlık Düzeyi

Hematoloji hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanı Tablo 4-4'te gösterildi. Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği Yalnızlık puan ortamalasının 49±9,57 "hafif düzeyde" olduğu belirlendi. Hastalarımızın U.C.L.A Yalnızlık ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına bakacak olursak; %14 (18 kişi) "Hiç yalnızlık çekmiyor", %41 (53 kişi) "Çok hafif düzeyde yalnızlık çekiyor", %32 (42 kişi) "Hafif düzeyde yalnızlık çekiyor" ve %13 (17 kişi) "Yalnızlık çekiyor" olarak saptanmıştır.

Tablo 4-4. Hematoloji hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalaması

	n	$\bar{x}$	Standart Sapma	Min.	Maks.
UCLA Yalnızlık Ölçeği	130	49,00	9,57	34,00	74,00

4.2.2. Hematoloji Hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanının Normal Dağılıma Uyumu

Hematoloji hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanının normal dağılıma uyumu Tablo 4-5'te gösterildi. Kolmogorov-Smirnov testi ile araştırmaya katılan hematoloji hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği puanının normal dağılıma uyumu değerlendirildiğinde, hastaların puan ortalamasının normal dağılıma uyum göstermediği saptandı ($p<0,05$). Bu nedenle alt grup puan karşılaştırmalarında parametrik olmayan testler kullanıldı.

Tablo 4-5. Hematoloji Hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği Normal Dağılım Testi

	İstatistik	sd	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	0,091	130	0,010

4.3. Demografik Özelliklerin Hematoloji Hastalarının Yalnızlık Düzeyine Etkisi

Hematoloji hastalarında yaşın yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-6'da gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında yaşın yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, yaşın hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-6. Yaşın Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Yaş	N	Mean Rank	χ^2_{KW}	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	18-29 Yaş (1)	8	55,63	3,663	0,599
	30-39 Yaş (2)	13	66,12		
	40-49 Yaş (3)	21	62,50		
	50-59 Yaş (4)	32	58,09		
	60-69 Yaş (5)	30	72,33		
	70 ve üzeri (5)	26	71,88		

Hematoloji hastalarında cinsiyetin yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-7'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında cinsiyetin yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, cinsiyetin hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-7. Cinsiyetin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Cinsiyet	N	Mean Rank	U	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Kadın	56	62,94	1928,50	0,500
	Erkek	74	67,44		

Hematoloji hastalarında medeni durumun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-8'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında medeni durumun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, medeni durumun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-8. Medeni Durumun Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Medeni Durum	**N**	**Mean Rank**	**X^2**	**p**
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Bekar	18	69,94	1,987	0,370
	Evli	95	62,83		
	Eşini Kaybetmiş	17	75,74		

***** Yeterli örneklem olmadığından istatistiksel analize dahil edilmemiştir (<5).

Hematoloji hastalarında çocuk sahibi olma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-9'da gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında çocuk sahibi olma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, çocuk sahibi olma durumunun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-9. Çocuk Sahibi Olma Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Çocuk Sahibi Olma Durumu	**N**	**Mean Rank**	**U**	**p**
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Var	113	67,16	772,50	0,194
	Yok	17	5444		

Hematoloji hastalarında çocuk sayısının yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-10'da gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında çocuk sayısının yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, çocuk sayısının hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-10. Çocuk Sayısının Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Çocuk Sayısı	N	Mean Rank	X^2	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Hiç	17	54,44	6,379	0,095
	1-2 Çocuk	43	65,12		
	3-4 Çocuk	55	63,45		
	5 ve üzeri Çocuk	15	86,97		

Hematoloji hastalarında eğitim durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-11'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında eğitim durumunun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, eğitim durumunun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-11. Eğitim Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Eğitim Durumu	N	Mean Rank	X^2	p	Dunn's Test
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Okur-yazar	22	80,73	5,695	0,127	
	İlkokul	68	64,22			
	Lise	19	53,26			
	Üniversite	21	64,76			

Hematoloji hastalarında mesleğin yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-12'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında mesleğin yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, mesleğin hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-12. Mesleğin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Meslek Durumu	N	Mean Rank	X^2	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Serbest Meslek	29	67,28	0,572	0,903
	İşçi	7	57,43		
	Emekli	31	61,84		
	Diğer	59	63,24		

* Yeterli örneklem olmadığından istatistiksel analize dahil edilmemiştir (<5).

Hematoloji hastalarında çalışma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-13'te gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında çalışma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, çalışma durumunun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-13. Çalışma Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Çalışma Durumu	N	Mean Rank	U	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Evet	15	64,07	841,00	0,875
	Hayır	115	65,69		

Hematoloji hastalarında aylık gelir düzeyinin yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-14'te gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında aylık gelirin yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, aylık gelirin hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-14. Aylık Gelirin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Aylık Gelir Düzeyi	N	Mean Rank	X^2	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Gelir giderden az	39	67,18	0,827	0,661
	Gelir gidere denk	18	58,06		
	Gelir giderden fazla	73	66,44		

Hematoloji hastalarında yaşanılan yerin yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-15'te gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında yaşanılan yerin yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, yaşanılan yerin hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-15. Yaşanılan Yerin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Yaşanılan Yer	N	Mean Rank	X^2	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Köy	9	60,28	4,315	0,116
	İlçe	37	76,36		
	İl	84	61,27		

4.4. Hematoloji Hastalarında Hastalığa İlişkin Özelliklerin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

Hematoloji hastalarında hastalık tanısı konma zamanının yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-16'da gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında hastalık tanısı konma zamanının yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, hastalık tanısı konma zamanının hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-16. Hastalık Süresinin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Hastalık Tanısı Konulma Zamanı	N	Mean Rank	X^2	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	0-6 ay önce	58	57,88	2,587	0,274
	7-12 ay önce	41	65,15		
	1-2 yıl önce	26	71,04		

* Yeterli örneklem olmadığından istatistiksel analize dahil edilmemiştir (<5).

Hematoloji hastalarında kemoterapi başlangıç zamanının yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 17'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında kemoterapi başlangıç zamanının yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, kemoterapi başlangıç zamanının hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-17. Kemoterapiye Başlama Zamanının Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Kemoterapi Başlangıç Zamanı	N	Mean Rank	X^2	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	0-6 ay önce	86	63,87	0,653	0,722
	7-12 ay önce	33	70,06		
	1-2 yıl önce	11	64,59		

* Yeterli örneklem olmadığından istatistiksel analize dahil edilmemiştir (<5).

Hematoloji hastalarında tedavi şeklinin yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-18'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında tedavi şeklinin yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, tedavi şeklinin hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-18. Tedavi Türünün Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Tedavi Türünün	N	Mean Rank	U	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Hastanede yatarak	42	71,96	1576,00	0,176
	Ayaktan tedavi ünitesinde	88	62,41		

Hematoloji hastalarında kür sayısının yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-19'da gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında kür sayısının yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, kür sayısının hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-19. Kür Sayısının Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Kür Sayısı	N	Mean Rank	X^2	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Hiç	8	63,75	1,379	0,848
	1 defa	24	59,10		
	2 defa	24	71,75		
	3 defa	29	65,40		
	4 ve üzeri	45	65,96		

Hematoloji hastalarında hastalık hakkında bilginin yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-20'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında hastalık hakkında bilginin yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, hastalık hakkında bilginin hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olduğu saptandı. Hastalık hakkında bilgi sahibi olanlara (Mean Rank=57,78) kıyasla, hastalık hakkında biraz bilgi sahibi olanların (Mean Rank=77,80) yalnızlık duygusunun daha fazla olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 4-20. Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	N	Mean Rank	X^2	p	Dunn's Test
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Evet (1)	65	57,78	7,635	**0,022**	1-2
	Biraz (2)	45	77,80			
	Hayır (3)	20	62,93			

Hematoloji hastalarında hastalık hakkında eğitim alma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-21'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında hastalık hakkında eğitim alma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, hastalık hakkında eğitim alma durumunun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-21. Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu	N	Mean Rank	U	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Evet	41	59,71	1587,00	0,234
	Hayır	89	68,17		

Hematoloji hastalarında hastalık tanısının yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-22'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında hastalık tanısının yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, hastalık tanısının hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-22. Hastalık Tanısının Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Hastalık Tanısı	N	Mean Rank	X^2	p	Dunn's Test
UCLA Yalnızlık Ölçeği	AML	18	78,50	8,955	0,111	
	KML	7	41,64			
	ALL	6	91,67			
	MM	23	67,15			
	HL	17	67,24			
	NHL	59	60,56			

4.5. Hematoloji Hastalarında Sosyal Çevre Etkileşimin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

Hematoloji hastalarında birlikte yaşadığı kişilerin yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-23'te gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında birlikte yaşadığı kişilerin yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, birlikte yaşanılan kişilerin hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 4-23. Hastanın Birlikte Yaşadığı Kişilerin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Birlikte Yaşanılan Kişiler	N	Mean Rank	X^2	p	Dunn's Test
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Tek başına	13	13	5,89	0,21	
	Sadece eşiyle	37	37			
	Eş ve çocuklarla	59	59			
	Çocuklarla	16	16			
	Akrabalarla	5	5			

Hematoloji hastalarında düzenli olarak ziyaret edilme durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-24'te gösterildi.

Hematoloji hastalarında düzenli olarak ziyaret edilme durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-20'de gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında düzenli olarak ziyaret edilme durumunun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, düzenli olarak ziyaret edilme durumunun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir

değişken olduğu saptandı. Düzenli olarak ziyaret edilen hastalara (Mean Rank=62,36) kıyasla, Düzenli olarak ziyaret edilmeyen hastaların (Mean Rank=83,87) yalnızlık duygusunun daha fazla olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 4-24. Düzenli Olarak Ziyaret Edilme Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Düzenli Olarak Ziyaret Edilme Durumu	N	Mean Rank	U	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Evet	111	62,36	705,50	**0,02**
	Hayır	19	83,87		

Hematoloji hastalarında aynı hastalığa sahip yakının olma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-25'te gösterildi.

Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında aynı hastalığa sahip yakının olma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, aynı hastalığa sahip yakının olma durumunun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-25. Aynı Hastalıkla Karşılaşılan Yakınların Varlığının Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Aynı Hastalıkla Karşılaşan Yakınların Varlığı Durumu	N	Mean Rank	U	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Evet	35	65,83	1651,00	0,95
	Hayır	95	65,38		

Hematoloji hastalarında hastalık sürecinde aile desteğinin yeterli olma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-26'da gösterildi. Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında hastalık sürecinde aile desteğinin yeterli olma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, hastalık sürecinde aile desteğinin yeterli olma durumunun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olduğu saptandı. Hastalık sürecinde aile desteği yeterli olanlara (Mean Rank=61,07) kıyasla, aile desteği kısmen yeterli olanların (Mean Rank=86,72) yalnızlık duygusunun daha fazla olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 4-26. Hastalık Sürecinde Ailenin Desteğinin Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Hastalık Sürecinde Aile Desteğini Yeterli Bulma Durumu	N	Mean Rank	X^2	p	Dunn's Test
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Evet (1)	100	61,07	7,136	**0,028**	1-2
	Kısmen (2)	18	86,22			
	Hayır (3)	12	71,38			

Hematoloji hastalarında duygusal sıkıntıların paylaşabileceği birinin olma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi Tablo 4-27'de gösterildi.

Araştırmaya katılan hematoloji hastalarında duygusal sıkıntıların paylaşabileceği birinin olma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi değerlendirildiğinde, duygusal sıkıntıların paylaşabileceği birinin olma durumunun hastaların yalnızlık algılamasında önemli bir değişken olduğu saptandı. Duygusal sıkıntılarını paylaşabileceği birisi olan hastalara (Mean Rank=59,49) kıyasla, duygusal sıkıntılarını paylaşabileceği birisi olmayan hastaların (Mean Rank=86,45) yalnızlık duygusunun daha fazla olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4-27. Hematoloji Hastalarında Duygusal Sıkıntılarını Paylaşabileceği Birinin Olması Durumunun Yalnızlık Duygusuna Etkisi

	Duygusal Sıkıntısını Paylaşabileceği Birisinin Var Olma Durumu	N	Mean Rank	U	p
UCLA Yalnızlık Ölçeği	Evet	101	59,49	857,00	**0,001**
	Hayır	29	86,45		

5. TARTIŞMA

Yalnızlık evrensel bir duygudur ve yaş, cinsiyet, ırk, sınıf farkı olmaksızın tüm bireyler hayatının bir döneminde yalnızlık yaşayabilmektedir (Polat ve Ergüney 2012). Yalnızlık duygusu bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığında çeşitli olumsuz etkilere yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda yalnızlık duygusunun kişilerde uyku sorunları, depresyon, alkolizm gibi sorunlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Cacioppove ark. 2012.; Cacioppove ark. 2010; Akerlindve ark. 1992; Cacioppove ark. 2002). Yalnızlığın genel sağlığı kötü yönde etkilediği ve mortaliteyi arttırdığı görüşü çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir (Drageset ve ark. 2013; Perissinottove ark. 2012; Luo ve Waite 2014; Tilvisve ark. 2011.) Yalnızlık kanser hastaları için de oldukça yaygın ve önemli psikososyal sorunlardan biridir. Yalnızlığın sonuçları hafife alınmamalıdır. Araştırmalar yalnızlığın kanserli hastalarda kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yalnızlık düzeyi artıkça depresif semptomlar, yorgunluk, ağrı ve mortalite oranlarını arttığı, kırılganlık, çaresizlik, ölüm ve bilinmeyen korkusu gibi olumsuz duygulara yol açtığı belirtilmektedir (Deckxve ark. 2014; Drageset ve ark. 2013; Jaremka ve ark. 2014; Jaremka ve ark. 2013; Nausheen ve ark. 2010). Yalnızlık olumsuz bir deneyim olduğundan ve geniş bir olumsuz sonuç yelpazesiyle ilişkilendirildiğinden, kanserli hastalarda yalnızlığın ortaya çıkması konusunda fikir sahibi olunması önemlidir. Yalnızlığı tetikleyen risk faktörleri; hastalığa bağlı faktörler (kanser teşhis zamanı, kanserin tipi, tedavisi ve evresi), demografik özellikler (yaş, medeni durum, cinsiyet, sosyoekonomik durum) ve sosyodemografik özellikler (evliliğe ve eşe ait durumlar, akraba ve akraba olmayan kişilerle ilişkiler) olarak tanımlanmıştır (Deckx ve ark. 2014; Perlman ve Peplau 1984; De Jong Gierveld ve ark. 2006).

Yalnızlığa yol açan deneyimlerin ve düşüncelerin belirlenmesi, hemşirelerin hematolojik maligniteli hastaların yaşadığı bu önemli sorunu ele almasına yardımcı olabilir.

Biz de çalışmamızda, hematolojik maligniteli hastalarda sınırlı sayıda araştırılmış olan yalnızlık duygunun derecesini ve yalnızlığın gelişiminde önemli etkileri olan sosyodemografik özellikler, tıbbi tedavi ve sosyal desteğin yalnızlığın gelişimine etkisini inceledik.

Çalışmaya Temmuz 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği ve ayaktan tedavi ünitesine başvuran hematolojik maligniteli 130 hasta dahil edildi.

Çalışma grubunun büyük çoğunluğunu orta yaş ve üzeri olan, evli ve çocuk sahibi hastalar oluşturdu. Hasta grubunda erkek hasta sayısı, kadın hasta sayısından fazlaydı. Hastaların büyük çoğunluğu ilkokul mezunuydu ve herhangi bir işte çalışmamaktaydı ancak hastaların çoğu gelir durumunun iyi olduğunu bildirdi.

Çalışmadan elde ettiğimiz veriler, hematoloji hastalarında yalnızlık düzeyinin 49±9,57 ile ‘’hafif düzeyde’’ olduğunu gösterdi. Dansuk ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada sağlıklı bireylerden rastgele seçtikleri kontrol grubunun 26.5 ± 5.7 puan ortalaması ile yalnızlık duygusunu deneyimlemediğini ancak jinekolojik kanser tanısı almış hastaların yalnızlık düzeyini araştırdıklarında çalışmamıza benzer şekilde hastaların 38.8 ± 8.3 ile “hafif düzeyde” yalnızlık yaşadığını tespit etmişlerdir. Bu sonuç kanser tanısı alan bireylerde yalnızlık duygusunun normal popülasyona göre daha yoğun yaşandığını göstermektedir. Hill ve Hamm (2019) over kanseri tanısı ile tedavi gören hastaların katılımı ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, over kanser tanısı almış hastalarda yalnızlık düzeyinin 44±14.08 ile “hafif düzeyde” olduğunu ifade etmiştir. Ancak Pehlivan ve ark.’ın (2012) 188 kanser hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmada kanser hastalarının yalnızlık düzeyinin 35,8±0,8 ile bizden farklı olarak “çok hafif düzeyde” olduğunu ifade edilmiştir. Yıldırım ve Kocabıyık (2010) da solid tümörlü 144 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında hastaların yalnızlık düzeyini 33.09±9.17 ile “çok hafif düzeyde” olduğunu saptamışlardır. 94 jinekolojik kanserli hastanın katılımıyla Sevil ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışma da 35.5±9.3 puan ortalaması ile bu hasta grubunun da yalnızlık duygusunu “çok hafif düzeyde” deneyimlediği ortaya konmuştur. Farklı olarak, Şahin ve Tan (2012)’ın 60 kanser hastasının yalnızlık düzeylerini inceledikleri çalışmalarında hastaların 70.70 ± 12.31 ile “yüksek düzeyde” yalnızlık yaşadıklarını ortaya koyulmuştur. Deckx ve ark. (2014) tarafından 12 çalışmayı içeren bir meta analiz çalışmasında kanser hastalarında yalnızlık düzeyinin 38,26 ile “çok hafif” düzeyde yaşandığı bildirilmiştir. Çalışmalardaki yalnızlık düzeyi ortalamalarının farklı olmalarının nedeni Türk toplumunun kültürel yapısı, aile ilişkilerinin farklılığı, tanı konma ve tedavi alma sürelerinin hastalar tarafından farklı yaşanması olabilir. Hematolojik maligniteli hastalarda solid tümörlü hastalardan farklı olarak nötropeniye

bağlı enfeksiyon riski nedeniyle ziyaretçi sınırlamalarına gidilmesi bu hasta grubunda yalnızlık düzeyini etkileyebilir.

5.1. Hastaların Demografik Özellikleri ve Yalnızlık Düzeyleri

Örneklemimizi oluşturan hematolojik maligniteli hastaların çoğu NHL, MM, AML ve HL tanılarına sahiptir. ALL hastalarının yalnızlık düzeyi puanın daha yüksek olduğu saptanmış olsa da, hastalık tanısı yalnızlık duygusunu tanımlamada önemli bir değişken değildi ($p>0.05$) Çıracı ve ark.'nın (2016) brokoalveol karsinom, beyin tümörü, meme kanseri, mide kanseri, kolon kanseri ve larenks kanseri olmak üzere çeşitli kanser tanılarından oluşan hasta grubunun yalnızlık düzeyini değerlendirdikleri çalışmada, larenks kanseri olan hastaların diğer kanser hastalarına göre yalnızlık düzeyini yüksek bulmakla birlikte bizim çalışmamızdakine benzer şekilde hastalık tanısının yalnızlık duygusunu tanımlamada önemli bir değişken olmadığını saptamışlardır (Çıracı ve ark. 2016). Şahin ve Tan (2012)'ın çoğunluğunu meme kanseri ve lenfoma tanılı hastaların oluşturduğu 60 kanser hastasında gerçekleştirdikleri çalışmada da araştırmamıza uyumlu şekilde hastalık tanısı, yalnızlık duygusunu tanımlamada önemli bir etken olarak bildirilmemiştir. Yılmaz ve Kocabıyık (2010) tarafından meme kanseri, gastrointestinal kanserler, jinekolojik kanserler, akciğer kanseri ve diğer kanser tanılı hastaların katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada yalnızlık düzeylerinin benzer olduğu bildirilmiş ve hastalık tanısının yalnızlık düzeyine etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Pehlivan ve ark. (2012)'ın 188 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışma da hastalık tanısıyla yalnızlık düzeyi arasında bir ilişki saptanmamış olup çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu sonuçlar, yaşanılan yalnızlık duygusunun kanser tanısı ile ilişkili olmadığını göstermektedir.

Dykstra ve ark. yedi yıl izlem yaptıkları çalışmalarında yalnızlığın normal popülasyonda yaşlılarda daha yaygın olduğu ancak bunun yaşın ilerlemesinden daha çok sağlık sorunları ve eş/arkadaşların kayıplarıyla daha sık karşı karşıya olmalarından kaynaklı olduğunu saptamışlardır (Dykstra ve ark. 2005). Kanser tanısı konan hastalara bakıldığında ise yapılan birçok çalışmada yalnızlık düzeyi ile yaş grubu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (Çıracı ve ark. 2016; Deckx ve ark. 2013; Dedeli ve ark., 2008; Yıldırım ve Kocabıyık 2009). Bizim çalışmamızda 60-69 yaş grubunun yalnızlık düzeyi daha yüksek olmasına karşın, hastaların yalnızlık puanı değişimi ile yaş

grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yalnızca Perry (1990) tarafından yürütülen tek çalışmada yaşla yalnızlık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu bildirilmiş olup 50- 59 yaş arası kanser hastalarının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek; 70 yaş ve üstü kanser hastalarının ise daha düşük düzeyde yalnızlık yaşadığı bildirilmiştir. Decx ve ark. (2014)'ın kanser hastalarının yalnızlıkla ilgili risk faktörlerini incelediği meta-analizde ise yaş bir farktör olarak gösterilmemiştir. Bu bulgular yaş aralığının yalnızlık düzeyini tek başına etkilemediğini düşündürtmektedir.

Yalnızlığın gelişiminde cinsiyet değişkenine bakacak olursak çalışmamızda erkek hastaların yalnızlık düzeyi daha yüksek olmakla birlikte, cinsiyet ile yalnızlık düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Polat ve Ergüney'in (2012) tüberküloz hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada cinsiyetin yalnızlığa etkisi bulunmadığı belirtilmiştir (Polat ve Ergüney 2012). Kanserli hastalarla yapılan çeşitli çalışmalarda yalnızlık düzeyleri kadın ve erkek için benzer bulunmuş olup yalnızlık düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir (Yıldırım ve Kocabıyık 2010; Çıracı ve ark. 2016; Pehlivan ve ark. 2012).

Medeni durumun yalnızlık puanına etkisi incelendiğinde; çalışma grubumuzun %73,1'inin evli olduğu, bekarların evlilere oranla daha çok yalnızlık yaşadığı, eşini kaybetmiş olanların ise tüm örnekleme kıyasla yalnızlık puanının çok daha yüksek olduğu bulunmasına rağmen medeni durumun yalnızlık düzeyini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı. Pehlivan ve ark. (2011)'ın 188 kanser hastasında yürüttüğü çalışmada bekar hastaların yalnızlık düzeyleri evli hastalara kıyasla hafif yüksek bulunmuş ancak bizim çalışmamıza benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ancak Yıldırım ve Kocabıyık (2012)'ın kanser hastalarında yaptığı çalışmada evli hastaların yalnızlık düzeyi bekar veya eşini kaybetmiş hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Perry (1990)'nin 41 kanser tanılı hastanın katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada da benzer şekilde bekar hastaların evli hastalara oranla yalnızlık düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bununla birlikte evli bireyler de yalnızlık hissine kapılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Önemli olan yaşanan birlikteliğin niteliğidir (Weiss 1973). George Sand bu konu ile alakalı yalnızlık hissini "sevilmeyen bir insan her yerde ve her şeyde yalnızdır" olarak ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu evliydi ancak bunun yaşanan yalnızlığı azaltmaması eşler arasındaki ilişkilerin farklı dinamiklerine bağlanabilir.

Çalışmamızda örneklem grubunun yalnızlık ölçeğinden aldıkları puan ortalaması incelendiğinde; çocuk sahibi olmayanların diğer gruplara göre daha az yalnızlık yaşadıkları fakat çocuk sahibi olmanın ve çocuk sayısının yalnızlık puanını anlamlı bir şekilde etkilemediği belirlendi. Bunun yanı sıra çocuğu olanlar arasında 5 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olanların yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.. Çıracı ve ark.'nın (2016) kanser hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada hiç çocuğu olmayanların daha az yalnızlık yaşadıklarını belirtmekle birlikte fark bizim çalışmamızda olduğu gibi istatistiki olarak anlam ifade etmemiştir. Bu sonuç, aile kabalıklaştıkça iletişimin sağlıklı gerçekleştirilememesine ve beklenti düzeyinin artarak karşılanamamasına bağlanabilir.

Çalışmamızda okuryazar olanlarda yalnızlık puanı daha yüksek çıksa da eğitim durumunun yalnızlığı etkileyen önemli bir değişken olmadığı görüldü. Pehlivan ve ark. (2012) da çalışmamıza benzer şekilde kanser hastalarında eğitim seviyesi yükseldikçe yalnızlık düzeyinin azaldığını ancak istatistiki olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır. Literatürde yalnızlığın eğitim durumundan etkilenmediğini belirten çalışmalar mevcuttur. (Çıracı ve ark. 2016; Kahraman ve ark. 2011; Ünal ve Bilge 2005). Araştırmamızdan elde edilen bulgular literatürü destekler niteliktedir.

Çalışma durumunun yalnızlığa etkisini incelediğimizde popülasyonumuzun %88,8'inin (n=115) tedavi esnasında herhangi bir işte çalışmadığı, çalışmayan bireylerde yalnızlık puan ortalamasının daha yüksek bulunmasına karşın çalışma durumunun yalnızlık puanı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirlendi. Yıldırım ve ark.'nın (2011) alkol ve madde bağımlılarıyla yaptıkları bir çalışmada çalışma durumunun yalnızlık düzeyini etkilemediği belirlemişlerdir. Polat ve Ergüney'in çalışmasında da çalışma durumunun yalnızlık puan ortalamasına bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar, toplumumuzda hastaların çalışma durumunun yalnızlık duygusuna etkisi olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların gelir durumları ile yalnızlık puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; geliri giderden az olan grubun yalnızlık puan ortalamasının daha yüksek olduğu, fakat gelir durumu ile yalnızlık puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. Sevil ve ark. (2006) da jinekolojik kanserli hastaların katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmada geliri giderden az olan hastaların yalnızlık düzeyinin diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Literatürde gelir düzeyi düşük

olan bireylerin yalnızlık düzeyinin daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Duyan ve ark. 2010; Yıldırım ve ark. 2011; Yılmaz ve ark. 2008; Polat ve Ergüney 2012). Sosyoekonomik durum yalnızlık düzeyini etkileyen faktörlerden biridir (Yaşar 2007; Anderson 1998). Düşük gelir düzeyine sahip hastaların ekonomik yetersizlikler nedeniyle sosyal aktivitelere daha az katılabildikleri ve aile bireyleri arasındaki iletişimi olumsuz etkileyerek yalnızlığa neden olabileceği düşünüldü. Çalışmayan hastaların sosyal çevre oluşturamaması, sosyal ilişkilerini düzenleyememesi ve tedavi sürecinin maliyeti insanları duygusal yalnızlık sürecine sürüklemektedir (Öz 2004).

5.2. Hastaların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Değişkenler ve Yalnızlık Düzeyleri

Hematolojik malignite tanılı hastaların, hastalıklarını bilme süreleri arttıkça yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Deckx ve ark.'nın (2014) kanser hastalarında yalnızlık düzeyinin belirlendiği 12 araştırmanın sonuçlarına göre yapılan bir meta analiz çalışmasında hastalığın süresi uzadıkça kişilerin yalnızlık düzeyleri artmaktadır. Bu durum, hastalık tanısı yeni koyulan hastaların henüz hastalıklarını kabullenememiş olmasıyla ilişkili olabilir.

Hastanede yatan hastaların aile bireylerinden ve sosyal çevrelerinden uzak kalmasının yalnızlık puanını artıracağı düşünüldü. Hastanede yatarak tedavi gören hastaların yalnızlık puan ortalamaları ayaktan tedavi ünitesinde tedavi alan hastalara kıyasla daha yüksek bulunmasına karşın, her iki grup arasında yalnızlık puanı açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Hastaneye yatan bireylerin alışmış oldukları çevre ve kişilerden uzak kalmaya bağlı olarak yalnızlık hissettikleri belirtilmiştir (Özkürkçügil 1998). Çalışmamızda iki grup arasında yalnızlık düzeyinin benzer olmasında yatış verilerek tedavi edilen hastaların çoğunlukla daha riskli grupta olmaları, daha ağır tedavi protokollerine maruz kalmaları ve aile desteğinin güçlü olmasının etkisinin olabileceği düşünüldü.

Yaptığımız çalışmadan elde edilen bulgulara göre hastaların tanısı hakkında bilgi sahibi olmasının yalnızlık düzeyini azalttığı tespit edildi. Hastalık hakkında bilgi sahibi olanların diğer gruplara kıyasla daha az yalnızlık hissettikleri saptandı. Hastalık hakkında

bilgi sahibi olmak, geleceğe ve tedavinin sonuçlarına ilişkin belirsizlikleri azaltmaktadır. Bu nedenle hastaların hastalığın gelişim biçimini ve tedavinin amaçlarını, uygulanma biçimini ve sonuçlarını bilmeleri önemlidir.

Örneklemimizi oluşturan hematolojik maligniteli hastaların yedi farklı tanı grubu (AML, KML, ALL, MM, HL, NHL ve KLL) altında toplanmasına karşın, farklı tanılara sahip bireyler arasında yalnızlık Puanının anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bulundu. Literatür incelendiğinde; Çıracı ve ark. (2016) larenks kanseri tanısı alanlarda, Yıldırım ve Kocabıyık (2009) gastrointestinal sistem kanseri olanlarda, Pehlivan ve ark. (2011) dermatolojik kanseri olanlarda yalnızlık puanlarını daha yüksek bulmuşlar, fakat tanı ve yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (Çıracı ve ark. 2016; Yıldırım ve Kocabıyık 2009; Pehlivan ve ark. 2011). Bu sonuçlar göstermektedir ki; hastaların yaşadıkları yalnızlık düzeyi ile kanser türü birbirinden bağımsızdır.

Çalışmamıza katılan hastaların eş ve çocuklarıyla beraber yaşadığını belirten hastaların yalnızlık puan ortalamaları diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmasına karşın gruplar arasında yalnızlık düzeyi açısından istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde; ise yalnız yaşayan hastaların yalnızlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Ocak 2002; Yıldırım ve Kocabıyık 2009; Kvaal ve ark. 2013). Çalışma sonuçlarının farklı olması bizim çalışmamızda ki hastaların aile içi iletişimlerinin tam anlamıyla sağlanamadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda düzenli olarak ziyaret edilmenin yalnızlık düzeyini azalttığı belirlendi. Çıracı ve ark.'nın (2016) kanser hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarına göre yalnızlık düzey ziyaretçisi olmayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde Khorshid ve ark.'nın (2004) huzurevinde yaptıkları bir çalışmada düzenli olarak ziyaret edilmeyen kişilerin daha yüksek düzeyde yalnızlık duygusu yaşadığını belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre hasta ziyaretlerinin hastanın yalnızlık duygusu yaşamaması açısından önemi büyüktür. Buna karşın hematolojik maligniteli hastaları enfeksiyondan korumak için gerek hastane içinde gerekse hastane dışında ziyaretçi kabulünde kısıtlamalara gidilmektedir. Bu hastaların ziyaretçi gereksinimleri hastanelerde hemşireler tarafından, evde kaldıklarında ise asepsi ilkelerine uygun davranan aile bireyleri tarafından karşılanmalıdır.

Araştırmaya katılan hastaların, yakınlarında kanser öyküsü bulunmamasının yalnızlık düzeyine bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşıldı. Çıracı ve ark.'nın (2016)

çalışmasında da yakınlarında kanser öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında yalnızlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Yakınlarında kanser öyküsü bulunan bireylerin hastalığın ve tedavi sürecinin nasıl sürdüğüne tanık olduklarından bu kişilerde hem olumlu hem olumsuz deneyimler kazandırabilmektedir. Yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumu yalnızlık düzeyini tek başına değil birçok etmenle birlikte (kişisel özellikler, yakınlarında görülen hastalığın seyri ve mortalite durumu vb.) etkileyebileceği düşünülmektedir.

Hastalarımızın %76,9'u ailenin hastalık sürecindeki desteğini yeterli bulduklarını ifade etmesinin yanı sıra, aile desteğini kısmen yeterli bulanların, aile desteğini yeterli bulanlara kıyasla yalnızlık puanının (86,22±7,13) arttığı belirlendi. Yıldırım ve Kocabıyık (2010) yaptıkları bir çalışmada sosyal destek düzeyi artan kanser hastalarının daha az yalnızlık yaşadığı belirtilmiştir. Aynı şekilde Pehlivan ve ark.'nın (2011) ve Mosher ve ark.'nın (2012) çalışmalarında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmaların sonuçlarına göre hastaların ailelerinden ve sosyal çevresinden aldıkları sosyal destek düzeyi arttıkça yalnızlığın azaldığı ifade edilebilir.

Çevresinde duygusal sıkıntılarını paylaşabileceği kişi/kişiler olmayan hastaların yalnızlık düzeyi (86,45) anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Aile desteğini alamayan hastalarda da yalnızlık puan ortalamasının anlamlı bir şekilde yüksek çıkması bu bulguyu destekler niteliktedir. Alkan ve Sezgin'in (1998) yapmış oldukları bir çalışmada yalnızlığını paylaşmayan hastaların yalnızlığını paylaşacak kişilere gereksinim duyduğu belirtilmektedir (Alkan ve Sezgin 1998). Çıracı ve ark.'nın (2016) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmanın sonuçları da bulgumuzu destekler niteliktedir. Sıkıntısını biriyle paylaşabilmek, hastanın sahip olduğu manevi yükün azalmasına, doğru bilinen yanlışların fark edilmesine, sosyal destek algısını yükselmesine sebep olarak yalnızlık duygusunu azaltacağı düşünülebilir.

SONUÇLAR

Hematolojik maligniteli hastaların yalnızlık duygusu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hematolojik maligniteli hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeğinden aldıkları puan ile ‘’hafif düzeyde yalnızlık’’ yaşadığını ortaya koyuldu.
- Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi ve yaşanılan yer gibi demografik özelliklerin yalnızlık duygusunun değişiminde önemli bir değişken olmadığı saptandı.
- Çalışmamıza katılan hematolojik maligniteli hastaların yalnızlık duygusunun hastalık hakkında bilgi sahibi olma düzeyinden etkilendiği tespit edildi. Hastalığı hakkında “biraz” bilgi sahibi olanların hastalık hakkında “tam” bilgiye sahip olanlardan daha yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığı saptandı.
- Düzenli ziyaret edilen hastaların düzenli ziyaretçisi olmayan hastalara kıyasla daha az yalnızlık çektiği tespit edildi.
- Ailesinin hastalık sürecindeki desteğinin yeterli bulan hastaların daha az yalnızlık duygusu yaşadığı belirlendi.
- Hastalarının duygusal sıkıntılarını paylaşabileceği birinin varlığının yalnızlık düzeyine olumlu yönde etki ettiği belirlendi.

ÖNERİLER

Hematolojik maligniteli hastaların katılımıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde hastaların "hafif düzeyde yalnızlık" yaşadığı belirlendi. Yalnızlık düzeyinin demografik özelliklerle anlamlı bir ilişkisi olmadığı görüldü. Hastalık durumu ile sosyal ilişkilerin hastaların yalnızlık duygusunu etkilediği saptandı. Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler:

- Hematolojik maligniteli hastalara bakım verirken hastaların yalnızca fizyolojik ihtiyaçları değil, sosyal ve duygusal problemleri de göz önünde bulundurulmalıdır.
- Bu hasta grubuna bakım veren hemşireler demografik verileri göz önünde bulundurmaksızın tüm hastaların yalnızlık düzeyini değerlendirmelidirler.
- Hastaların yalnızlık düzeyine etki ettiği saptanan hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu, her hasta için sorgulanmalıdır. Hastalığı hakkında yeterli bilgi sahibi olmayan hastaların bilgi gereksinimleri belirlenmeli ve giderilmelidir.
- Hastaların düzenli olarak ziyaret edilip edilmediği hemşiresi tarafından gözlemlenmelidir. Ziyaretçisi olmayan hastaların yalnızlık duygusunu yoğun yaşayabileceği düşünüldüğünden bu hastalara hassasiyetle yaklaşılmalıdır. Hastalara uygun iletişim teknikleri kullanılarak yalnız olmadıklarını hissettirmek amacıyla insancıl destek sağlanmalıdır.
- Aile desteği bu hasta grubunda oldukça mühimdir ve aile desteği zayıf olan hastaların yalnızlık duygusu yaşayabileceği bilinmelidir. Hemşireler hastanın ailesi ile ilişkisini ve destek durumunu gözlemlemelidir. Aile desteğinin zayıf olduğu durumlarda hastanın yalnız hissetmemesi adına çeşitli destek mekanizmaları devreye sokulmalıdır. (Manevi destek vb.)
- Hastaların duygusal sıkıntılarını paylaşabilecekleri bir bireyin yokluğunda yalnızlık hissini çok daha yoğun yaşadıkları bildirilmiştir. Buna nedenle hastaların duygusal sıkıntılarını ne ölçüde paylaştıkları hemşireler tarafından gözlemlenmelidir. Hastanın duygusal sıkıntılarını paylaşabileceği kimsesinin

olmadığı durumlarda hastaya hassasiyetle yaklaşarak uygun ortam ve iletişim teknikleri ile hastaya yaklaşılmalıdır.

- Hematolojik maligniteli hastalarda yalnızlık ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan çalışma sayısının sınırlı olması nedeniyle, bu konuda hem nicel hem nitel araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abuelgasim, K.A., Ahmed, G.Y., Alqahtani, J.A., Alayed, A.M., Alaskar, A.S. ve Malik, M.A. (2016). Depression and anxiety in patients with hematological malignancies, prevalence, and associated factors. *Saudi Medical Journey*, **37**(8), 877-81.

Adaletli, İ. (2005). Hematolog olmayanlar için hematolojik maligniteler sempozyum dizisi. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri,* **45**, 55. Erişim 01.04.2019, http://www.ctf.edu.tr/stek/bb45.htm

Adams, R.N., Mosher, C.E., Abonour, R., Robertson, M.J., Champion, V.L. ve Kroenke, K. (2016). Cognitive and situational precipitants of loneliness among patients with cancer: a qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum*, **43**(2), 156-63.

Akdeniz, E. B. (2012). Meme kanseri olan evli kadın hastaların eşler arası uyum ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, **3**(2), 53-60.

Akerlind, I. ve Hornquist, J. (1992). Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social Science & Medicine*, **34**(4), 405–14.

Akgün-Şahin, Z. (2012). Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clinical journal of oncology nursing*, **16**(2), 145.

Alkan, S. ve Sezgin, A. (1998). Yetişkin hastalarda yalnızlık. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2**(1), 43-52.

American Cancer Society. (2019). *Cancer Facts & Figures*. Erişim tarihi 01.04.2019, https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/cancer-facts-and-figures-2019.pdf

Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, **2**, 264-74.

Arber, D.A., Orazi, A., Hasserjian, R., Thiele, J., Borowitz, M.J. ve ark. (2016). The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. *Blood*, **127**(20), 2391-405.

Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **9**(2), 68-75.

Armağan, A. (2014). Yalnızlık ve Kişilerarası İletişim İlişkisi: Öğrenciler Üzerinde Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. **(7)**30 27-43.

Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, G. ve Özet, A. (2007) Kanserli Hastalarda Umut. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**(2).

Aydın, Y. (2005). Hematolojik Malignitelerin Klinik Belirtileri ve Fizik Muayene Bulguları. *Hematolog Olmayanlar için Hematolojik Maligniteler Sempozyum Dizisi*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, **45**: 9-23. Erişim 01.04.2019, http://www.ctf.edu.tr/stek/bb45.htm

Babaoğlu, E. ve Öz, F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* **5**(2): 24-33.

Bennett, J.M., Catovsky, D. ve Daniel, MT. (1976). Proposals for the classification of the acute leukemias. *British Journal of Haematology*, **33**: 451-458.

Bilgi, A. (2005). *Bilgisayar oyunu oynayan ve oynamayan ilköğretim öğrencilerinin saldırganlık, depresyon ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi.* (Yüksek lisans tezi.) Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bizzozero, O.J., Johnson, K.G. ve Ciocco, A. (1966). Radiation-related leukemia in Hiroshima and Nagasaki, 1946-1964. I. Distribution, incidence and appearance time. *The New England Journal of Medicine*. **274**(20): 1095-101.

Brandt, L., Nisson, P.G. ve Mitelman, F. (1978). Occupational exposure to petroleum products in men with acute non – lymphocytic leukemia. *British Medical Journal*, **1**, 553

Burns, C.P., Armitage, J.O., Frey, A.L., Dick, F.R., Jordan, J.E. ve Woolson, R.F. (1981). Analysis of the presenting features of adult acute leukemia: the French-American-British classification. *Cancer*. **47**(10): 2460-9.

Cao, T.M. ve Coutre, S.E. (2004). Acute lymphoblastic leukemia in Adults. In: Greer J.P., Foerster J., Lukens J.N., Rodgers G.M., Paraskevas F., Glader B. *Wintrobe's Clinical Hematology*. (11 th ed.) Philadelphia: 2077-96.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Crawford, L.E., Ernst, J.M., Burleson, M.H. ve Kowalewski R.B. (2002). Loneliness and Health: Potential Mechanisms. *Psychosomatic Medicine*. **64**:407–17.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C. ve Thisted, R.A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology

in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, **25**(2), 453–63.

Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C. ve Thisted R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, **21** (1), 140–51.

Coşkun, H.Ş., Er, Ö. ve İlhan, O. (2001). Multipl myeloma: Güncel yaklaşımlar. *Erciyes Tıp Dergisi,* **23** (2), 83-90.

Creutzig, U. (2012). AML Committee of the International BFM Study Group. Diagnosis and management of acute myeloid leukemia in children and adolescents: recommendations from an international expert panel. *Blood*, **120**(16), 3187-205.

Çakır, V. (2011). Yalnızlık ve televizyon kullanımı. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, **7**(1), 131-147.

Çıracı, Y., Nural, N. ve Saltürk, Z. (2016). Loneliness of oncology patients at the end of life. *Supportive Care in Cancer*, **24**(8), 3525-3531.

Danış, M.Z. (2009). Türkiye'de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **20**(1), 67-83.

Dansuk, R., Ağargün, M., Bülent, K., Ağargün, H.P., Turan, C., ve Orhan, Ü. (2002). Jinekolojik kanserli hastaların psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 12(2), 142–147.

De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T. ve Dykstra, P.A. (2006). *Loneliness and social isolation. In: Vangelisti*, A., Perlman, D. (Eds.), Cambridge Handbook of Personal Relationships. Cambridge University Press, Cambridge, 485-500.

Deckx, L., Akker, M. ve Buntinx, F. (2014). Risk factors for loneliness in patients with cancer: A systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, **18**(5), 466-477.

Deckx, L., Akker, M., Driel, M., Bulens, P., Abbema, D. ve Tjan-Heijnen, V. (2015). Loneliness in patients with cancer: The first year after cancer diagnosis. *Psychooncology.* **24(**11), 1521-8.

Dedeli, Ö., Fadıloğlu, Ç. ve Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **23**(3), 132-139.

Dinçbaş, F.İ.Ü. (2008). Radyasyon onkolojisinde görülen psikososyal problemler Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, **62**, 255-258.

Donaldson, S.S., Hudson, M. ve Oberlin, O. (1999). Pediaric Hodgkin's disease.In: Mauch P.M., Armitage J.O., Diehl V., eds. *Hodgkin's disease*. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins: 531-605

Drageset, J., Eide, G.E., Kirkevold, M. ve Ranhoff, A.H. (2013). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*. **22**(1–2), 106–14.

Duru, E. (1995). *Üniversite öğrencilerinde yabancılaşma ve yalnızlık düzeyi ilişkisi (*Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim dalı, Eğitimde Psikolojik Hizmetler, İzmir.

Duy, B. *Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın yalnızlık ve fonksiyonel olmayan tutumlar üzerine etkisi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003.

Duyan, V., Duyan, G. Ç., Çifti, E. G., Sevin, Ç., Erbay, E., & İkizoğlu, M. (2010) Lisede okuyan öğrencilerin yalnızlık durumlarına etki eden değişkenlerin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, **33**(150).

Düzkale, N. (2012). *Hematolojik Malignitelerde Mitokondriyal Polimorfizmleri Araştırılması* (*Uzmanlık Tezi).* Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Erzurum, 2012.

Dykstra, P.A, van Tilburg, T. ve de Jong G.J. (2005). Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, **27**, 725.

Erözkan, A. (2009). Ergenlikte yalnızlığın yordayıcıları. *İlköğretim Online*, **8**(3), 809-819.

Estey, E. ve Döhner, H. (2006). Acute myeloid leukaemia. *Lancet.* **368**(9550), 1894-907.

Elverdi, T. (2011). *Yeni tanı multipl myelomda Serum timidin kinaz aktivitesi ile Hastalık evresi ilişkisi* (Uzmanlık tezi). İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı 1-34. İstanbul.

Faderl, L., Talpaz, M., Estrov, Z., O'Brien, S., Kurzrock, R. ve Kantarjian, H.M. The biology of chronic myeloid leukemia. *The New England Journal of Medicine.* **341**(3):164-34.

Fox, C.M., Harper, A.P., Hyner, G.C. ve Lyle, R.M. (1994). Loneliness, emotional repression, marital quality and major life events in women who develop breast cancer. *Journal of Community Health*, **19**(6), 467-482.

Greer, J.P. ve Mosse, C.A. (2009). Natural killer-cell neoplasms. *Current Hematologic Malignancy Reports*, **4**(4), 245-52.

Gök, A.N. (2011). *Hematolojik Maligniteli Hastalarda Febril Nötropeni Ataklarının Değerlendirilmesi (*Uzmanlık Tezi). Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.

Gutensohn, N. ve Cole, P. (1981). Childhood social environment and Hodkin's disease. *The New England Journal of Medicine*, 304, 135 – 140.

Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* **3**(2), 343-367

Gümüş, A.E. (2000). Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve beden imgelerinden doyum düzeylerinin sosyal kaygı düzeyleri ve ilişkisinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **33**, 1-2.

Harris, N.L., Jaffe, E.S. ve Diebold, J. (1999). World Health Organization classification of neoplastic disease of hematopoetic and lymphoid tissue: report of the clinical advisory committee meeting-Airlie House, Virginia, November 1997. *Journal of Clinical Oncology*, **17**, 3835-49.

Hallek, M. International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute-Working Group 1996 guidelines. *Blood.* **111**(12), 5446-56

HoffBrand, A.V. ve Moss, P.A.H. (2016*). HoffBrand's Essential Hematology* (7nd ed.). Willey – Blackwell; 135 – 145.

Irmak, M.K., Bilgin, M.G. ve Sızlan A. (2008). Hasta gözüyle kanser. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **7**, 167-172.

İmamoğlu, S. (2008). *Genç yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerin cinsiyet, cinsiyet rolleri ve yalnızlık algısı açısından incelenmesi (*Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Jaremka, L.M., Andridge, R.R., Fagundes, C.P., Alfano C.M., Povoski S.P. ve ark. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*, **33**(9), 948–957.

Jaremka, L.M., Fagundes, C.P., Glaser, R., Bennett, J.M., Malarkey, W.B. ve Kiecol Glaser, J.K. (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, **38**, 1310–1317.

Jaremka, L.M., Fagundes, C.P., Peng, J., Bennett, J.M., Glaser, R., Malarkey, W.B. ve Kiecolt-Glaser, J.K. (2013). Loneliness promotes inflammation during acute stress. *Psychological Science*, **24,** 1089–1097.

Kahraman, S., Zincir, H., Erten, Z. K. ve Özkan, F. (2011). Bir huzurevinde yaşlı kadın ve erkeğin ayrı yaşamasının onların yalnızlık ve yaşam doyumuna etkisi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, **14**(2), 2-16.

Kaplan, H.S. (1973). Contiguity and progression in Hodgkin disease. *Cancer Research*, **31**, 1811-3.

Karaduman, M. (2013). *İş yaşamında yalnızlık algısının örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilişkisi ve öğretmenler üzerinde bir uygulama* (Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

Kazandjian, D. (2016). Multiple myeloma epidemiology and survival: A unique malignancy. *Seminars in Oncology*, **43**(6), 682-689.

Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu Ü., Arslan G.G. ve Çınar Ş. (2004). Huzur evinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatriy*, **7**(1), 45–50.

Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu Dergisi*, **3(**2), 18-26.

Kossman, S.E. ve Weiss, M.A. (2000). Acute myelogenous leukemia after exposure to strontium-89 for the treatment of adenocarcinoma of the prostate. *Cancer*, **88,** 620-4.

Koçak, N.G. (2012). *Bireylerin sosyal medya kullanım davranışlarının ve motivasyonlarının kullanımlar ve doyumlar yaklaşımı bağlamında incelenmesi:*

*Eskişehir'de bir uygulama (*Doktora tezi). Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Körler, Y. (2011). *İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından Yalnızlık Düzeyleri ve Yalnızlık ile Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Arasındaki İlişkiler (*Yüksek lisans tezi). Anadolu Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Eskişehir.

Kvaal, K., Halding, A.G. ve Kvigne K. (2014). Social provision and loneliness among older people suffering from chronic physical illness. A mixed-methods approach. *Scandinavian journal of caring sciences*, **28**(1), 104-111.

Lichtman, M.A., Beutler, E., Kipps, T.J., Selighson, U., Kaushansky, K. ve Prchal, J.T. (2006). *William' s Hematology.* New York: McGrraw-Hill Medical; 1461-3.

Long, J. Ve Versea, L. (2006). Treatment approaches and nursing considerations for non-Hodgkin's lymphoma. *Seminars in Oncology Nursing*, **22**, 99–106.

Luo, Y. ve Waite, L.J. (2014). Loneliness and mortality among older adults in China. *The Journals of Gerontology***, 69**(4), 633–45.

MIC Second MIC Cooperative Study Group (1988). Morphologic, immunologic, and cytogenetic (MIC) working classification of the acute myeloid leukemias. *Cancer Genet Cytogenet*, **30**, 1-15.

Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J. ve ark. (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*, **8**(5), 378-85.

Mongomery, C., Pocock, M, Titley, K. ve Lloyd, K. (2003). Predicting psychological distressin patients with leukemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Research*, **5**, 289 – 292.

Mosher, C.E., Lepore, S.J., Wu, L., Austin, J., Valdimarsdottir, H., Rowley, S. (2012). Social correlates of distress following hematopoietic stem cell transplantation exploring the role of loneliness and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, **17**, 1022-1032.

National Cancer Institute. *Surveillance, Epidemiology, and End Results Program*. *Cancer Stat Facts: Leukemia - Acute Myeloid Leukemia (AML).* Erişim tarihi: 01.04.2019 https://seer.cancer.gov/statfacts/html/amyl.html

Nausheen, B., Carr, N.J., Peveler, R.C., Moss-Morris, R., Verrill, C. ve ark. (2010). Relationship between loneliness and proangiogenic cytokines in newly diagnosed tumors of colon and rectum. *Psychosomatic Medicine, **72,*** 912–916.

Öz, F. (2010). *Sağlık alanında temel kavramlar*. Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti., Ankara; 149-170.

Özben, S. (2013). Social skills, life satisfaction, and loneliness in Turkish university students. *Social Behavior and Personality*: *An international journal,* **41**, 203-214.

Özcan, M., Arat, M., Marcus, R.E. ve Winter, J. (2009). *2.Uluslararası Lenfoma-Lösemi-Myelom (LLM) Kongresi.*

Özkalemkaş, F. (2004). Akut lenfoblastik lösemi. Türkiye Klinikleri *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences.* **2**, 10-23.

Özkürkçügil, A.Ç. (1998). Cezaevinde yalnızlık ve yalnızlığın depresyonla ilişkisi. *Kriz Dergisi*, (**6)**1, 21-32.

Patte, C., Philip, T., Rodary, C. ve Zucker, Z.M. (1991). High survival rate in advanced-stage B-cell lymphomas and leukemias without CNS involvement with a short intensive polychemotherapy: results from the French Pediatric Oncology Society of a randomized trial of 216 children. *Journal of Clinical Oncology*, **9**(1), 123-32.

Pedersen-Bjergaard, J., Christiansen, D.H., Andersen, M.K. ve Skovby, F. (2002). Causality of myelodysplasia and acute myeloid leukemia and their genetic abnormalities. *Leukemia*, (**16**) 2177-84.

Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A. ve Camci, C. (2011). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, **20**(4), 733–739.

Peplau, L.A. ve Perlman, D. (1982). *Perspectives On Loneliness: a source book of current theory, Researchand Therapy.* New York.

Perissinotto, C.M., Stijacic Cenzer, I. ve Covinsky, K.E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*, **172**(14), 1078–83.

Perry, G.R. (1990). Loneliness and coping among tertiary-level adult cancer patients in the home. *Cancer Nursing*, **13**, 293-302.

Perlman, D. ve Peplau, L.A. (1984). *Loneliness research: a survey of the empirical findings.* In: Peplau, L.A., Goldston, S. (Eds.), Preventing the Harmful

Consequences of Severe and Persistent Loneliness. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.

Pieters, R. ve Carroll, W.L. (2008). Biology and treatment of acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Clinics of North America*, **55**(1), 1-20.

Polat, H. ve Ergüney, S. (2012). Tüberküloz hastalarında yalnızlık düzeyi ve depresyonla ilişkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences,* **15**(1).

Raab, M.S., Padar, K., Breitkreutz, I., Paul, G., Kenneth, R. ve Anderson, C. (2009). *Multiple Myeloma Lancet*, **374**, 324-339

Rajkumar, S.V. (2011). Multiple myeloma: 2011 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *American Journal of Hematology*, **86**(1), 57-65.

Rico-Uribe, L.A., Caballero, F.F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J.L. ve Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *Plos One,* **13**(1).

Rodgers, P.R. ve Young, N.S. (2010). *Clinical Hematology* (2. Baskı). Phildephia, USA. Wolters Kluwer, 131-152.

Rodrigues, C.A. Brazilian Group of Chronic Lymphocytic Leukemia. (2016). Diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: recommendations from the Brazilian Group of Chronic Lymphocytic Leukemia. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, **38**(4), 346- 357.

Rozman, C. ve Montserrat, E. (1995). Chronic lymphocytic leukemia. *The New England Journal of Medicine*, **333**(16), 1052-7.

Sargın, D. (2008). Erişkin ALL'de allojeneik transplant. *5. Ulusal Kemik iliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi Bildiri Kitabı*, 3-8.

Senemoğlu, N. (2011). *Gelişim, Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya.* Pegem Akademi, Ankara.

Sevil, U., Ertem, G., Kavlak, O., ve Coban, A. (2006). The loneliness level of patients with gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*. **1**, 472-477.

Shuryak, I., Rainer K., Hlatky S.L., Little M.P., Hahnfeldt P. ve Brenner D.J. (2006). Radiation-Induced Leukemia at Doses Relevant to Radiation Therapy: Modeling Mechanisms and Estimating Risks. *Journal of the National Cancer Institute*, **98**(24), 1794–1806.

Softa Kaçan, H., Öztürk, A., Dindaş, İ. ve Göçmen, M, (2015). Kastamonu 1 nolu Aile Sağlığı merkezine başvuran yaşlıların yalnızlık düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, **2**, 88-97.

Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S.R. ve Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, **29**(5), 593-611.

Sahin, Z. A. ve Tan, M. (2012). Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **16**(2), 145–149.

Tilvis, R.S., Laitala, V., Routasalo, P.E. ve Pitkala, K.H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research*, **5**.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *Ölüm Nedeni İstatistikleri*, Erişim 01.04.2019, www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27620

Türkiye Kanser İstatistikleri (2017). Erişim 01.04.2019, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri

Ünal, G. ve Bilge, A. (2005). İleri yaş grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, **8**(2), 89-93.

Yahalom, J. (2005). Transformation in the use of radiation therapy of Hodgkin lymphoma: New concepts and indications lead to modern field design and are assisted by PET imaging and intensity modulated radiation therapy (IMRT). *European Journal of Hematology*, **66**, 675-679

Yamamoto, J.F. ve Goodman, M.T. (2008). Patterns of leukemia incidence in the United States by subtype and demographic characteristics. *Cancer Causes Control*, **19**(4), 379-90.

Yaşar, M.R. (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **17**, 237- 60.

Yıldırım, Y. ve Kocabıyık, S. (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, **19,** 832-839.

Yıldırım, B., Engin, E. ve Yıldırım, S. (2011). Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, ***2***(1), 25-30.

Yılmaz, E. ve Altınok, V. (2009). Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, **15**(59), 451-469.

Yılmaz, E. ve Karaca, F. (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, **18**(2), 71-79.

Yoshinaga, S., Mabuchi, K., Sigurdson, A.J., Doody, M.M. ve Ron, E. (2004). Cancer risks among radiologists and radiologic technologists: review of epidemiologic studies. *Radiology***, 233(**2), 313-21.

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social islotaion, Cambridge*, Massachusetts Institute of Techonology Press, London.

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*, Massachusetts Institute of Techonology Press, London.

World Health Organization (Eylül 2018). *The International Agency for Research on Cancer The Global Burden Of Cancer*. Erişim tarihi 01.04.2019, https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf

FORMLAR

Ek 1 Hasta Bilgi Formu

Sayın katılımcı, bu çalışma; "**"Hematolojik maligniteli hastaların yalnızlık duygusu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi"** amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bilimsel bir çalışmada kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Hematoloji Servisi Sorumlu Hemşire

Funda ÇAM

1. Kaç yaşındasınız?

a. 18-29 yaş
b. 30-39 yaş
c. 40-49 yaş
d. 50-59 yaş
e. 60-69 yaş
f. 70-79 yaş
g. 80 yaş ve üzeri

2.Cinsiyetiniz?

a. Kadın
b. Erkek

3.Medeni haliniz nedir?

a. Bekar
b. Evli
c. Eşini kaybetmiş
d. Boşanmış

4.Çocuğunuz var mı?

a. Evet
b. Hayır

5.Cevabınız evet ise kaç çocuğunuz var?

a.1 b.2 c.3 d.4 e.5 f.6 ve üstü

6.Eğitim Durumunuz

a. Okur-yazar
b. İlk okul
c. Lise
d. Üniversite
e. Lisansüstü

7.Mesleğiniz nedir?

a. Serbest meslek
b. Memur
c. İşçi
d. Öğrenci
e. Emekli
f. Diğer

8. Şuan ki çalışma durumunuz nedir?

a. Çalışıyor
b. Çalışmıyor

9. Aylık gelir düzeyini nasıl tanımlarsınız?

a. Gelir giderden az
b. Gelir gidere denk
c. Gelir giderden fazla

10. Yaşadığınız yer?

a. Köy
b. İlçe
c. İl

11.Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?

a. Tek basıma yasıyorum
b. Sadece eşimle
c. Eşimle ve çocuklarımla
d. Çocuklarımdan biriyle
e. Akrabalarımdan biriyle
f. Bakım evi/ huzur evi

12.Düzenli olarak ziyaretinize gelen yakınınız var mı?

a. Evet
b. Hayır

12. soruya ‘’Hayır’’ cevabını verdiyseniz 14. soruya geçiniz.

13. Düzenli olarak ziyaretinize gelen yakınınız kim?

a. Eşim
b. Çocuğum/Çocuklarım
c. Annem
d. Babam
e. Akrabalarım
f. Arkadaşlarım

14.Hastalık tanınız ne zaman kondu?

a. 0-6 ay b. 7-12 ay c.1-2 yıl d. 3-4 yıl e. 5-6 yıl f. 7 yıl ve üzeri

15.Tedavi şekliniz?

a. Hastanede yatarak
b. Ayaktan tedavi ünitesinde

16. Kemoterapi başlangıç tarihiniz?

a. 0-6 ay b. 7-12 ay c.1-2 yıl d. 3-4 yıl e. 5-6 yıl f. 7 yıl ve üzeri

17.Kaçıncı kürdesiniz?

a. 1 b.2 c.3 d.4 e.5 f.6 g.7 h.8 ı.9 i.10 ve üzeri

18.Hastalığınızı çevrenizde kimler biliyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a. Eşim
b. Çocuğum/çocuklarım
c. Arkadaşlarım
d. Akrabalarım
e. Çalışma arkadaşlarım
f. Hiç kimse

19.Aynı hastalıkla karşılaşan yakınlarınız var mı?

c. Evet
d. Hayır

19. soruya ‘’Hayır’’ yanıtını verdiyseniz 21. Soruya geçiniz.

20. Aynı hastalıkla karşılaşan yakınınız kim?

a. Eşim b. Çocuğum c. Annem d. Babam e. Akrabam f. Arkadaşım

21.Hastalığınız hakkında bilgiye sahip misiniz?

a. Evet
b. Biraz
c. Hayır

22.Hastalığınız hakkında eğitim aldınız mı?

a. Evet
b. Hayır

23.Ailenizin bu süreçte size olan desteğini yeterli buluyor musunuz?

a. Evet, yeterli
b. Kısmen yeterli
c. Hayır, yetersiz

24.Duygusal sıkıntılarınızı paylaşabileceğiniz birileri var mı?

a. Evet
b. Hayır

24. soruya ‘’Evet’’ yanıtını verdiyseniz aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

25. Duygusal sıkıntılarınızı kiminle paylaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a. Eşim
b. Çocuğum/Çocuklarım
c. Annem
d. Babam
e. Akrabalarım
f. Arkadaşlarım

Ek 2 U.C.L.A. Yalnızlık Ölçeği

UCLA-LS

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

	Ben bu durumu HİÇ Yaşamadım	Ben bu durumu NADİREN Yaşarım	Ben bu durumu BAZAN Yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4
4. Kendimi tek başınaymışım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1	2	3	4
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor.	1	2	3	4
9. Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
12. Sosyal ilişkilerim.	1	2	3	4
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15. İstediğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	1	2	3	4
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

Ek 3 Bilgilendirilmiş onam formu

Sizi, “Hematolojik maligniteli hastaların yalnızlık duygusu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu araştırmanın hematolojik kanserli hastaların tanı veya tedavi sürecinde yalnızlık duygusunun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmamız için size araştırmacının belirlediği sosyo-demografik veri formu ile U.C.L.A. Yalnızlık Ölçeği verilecek ve soruları kendi kendinize cevaplamanız istenecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz büyük bir hassasiyetle korunacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILIM ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile) Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının Adı - Soyadı:.....

İmzası:

ETİK KURUL KARARI

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Hematolojik Maligniteli Hastaların Yalnızlık Duygusu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	**2018/206**

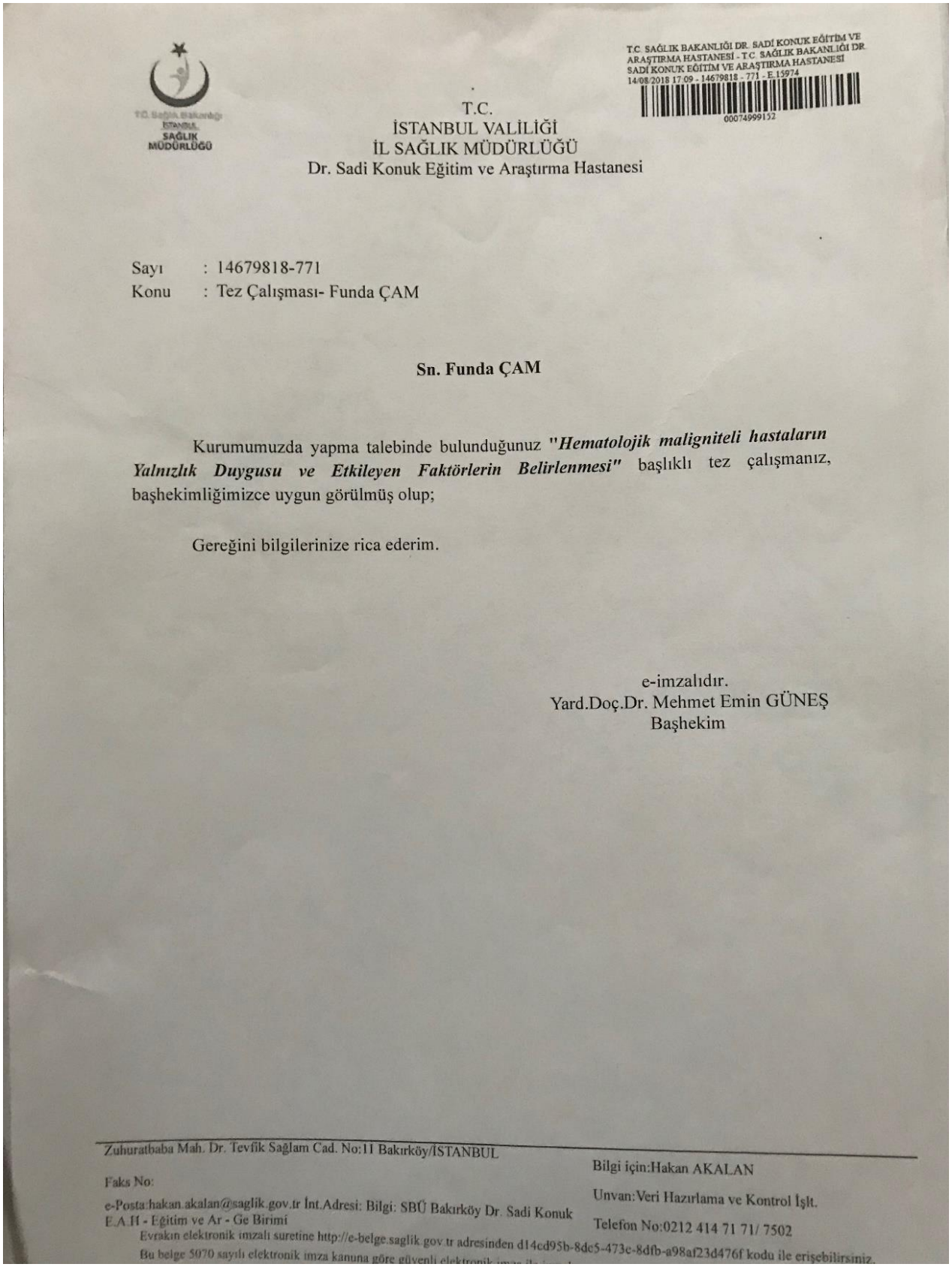
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	**BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
	AÇIK ADRESİ:	Zuhuratbaba Mh. Tevfik Sağlam Cd. No:11 Bakırköy İstanbul
	TELEFON	(0212) 414 74 04
	FAKS	(0212) 414 74 04
	E-POSTA	gulnur.yilmaz2@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	**Gülbeyaz CAN, Funda ÇAM**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	**Hemşire**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	**İstanbul Üniversitesi, Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi**			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz **Tanımlayıcı Klinik Araştırma**			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Uz.Dr.Gülsüm Oya Hergünsel
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 4 Kurum İzni



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
14/08/2018 17:09 - 14679818 - 771 - E.15974
00074999132

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 14679818-771
Konu : Tez Çalışması- Funda ÇAM

Sn. Funda ÇAM

Kurumumuzda yapma talebinde bulunduğunuz ***"Hematolojik maligniteli hastaların Yalnızlık Duygusu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"*** başlıklı tez çalışmanız, başhekimliğimizce uygun görülmüş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Yard.Doç.Dr. Mehmet Emin GÜNEŞ
Başhekim

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:11 Bakırköy/İSTANBUL
Faks No:
e-Posta:hakan.akalan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Bilgi: SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk E.A.H - Eğitim ve Ar - Ge Birimi
Bilgi için:Hakan AKALAN
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:0212 414 71 71/ 7502
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden d14cd95b-8de5-473e-8dfb-a98af23d476f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik

Ek 5 **UCLA Yalnizlik Ölçeği Kullanim İzni**

Öğrenci e-Posta @ogr.iu.edu.tr

About permission of the UCLA Loneliness Scale

2 ileti

FUNDA ÇAM <funda.cam@ogr.iu.edu.tr>
Alıcı: "drussell@iastate.edu" <drussell@iastate.edu>

Dear Prof. Dr. Russell,

I am a post graduate student in İstanbul Cerrahpaşa Faculty of Health Sience. I would like to use UCLA Loneliness Scale in my master thesis. My master thesis subject is "Loneliness of patients with hematological malignencies and effected factors". I will appreciate very much if you can give us permission to use the scale. I will look foward to hearing from you.

Yours sincerely.

Funda Çam

Russell, Daniel W [HD FS] <drussell@iastate.edu>
Alıcı: FUNDA ÇAM <funda.cam@ogr.iu.edu.tr>

You have my permission to use the UCLA Loneliness Scale in your research project.

Sent from my iPad
[Alıntılanan metin gizlendi]

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HEMATOLOJİK MALİGNİTELİ HASTALARDA YALNIZLIK DUYGUSU ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORIJINALLIK RAPORU

%12	%8	%2	%9
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
2	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
4	smyrnatipdergisi.com İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
6	Submitted to Kocaeli Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	Submitted to Haliç Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Funda	**Soyadı**	Çam
Doğ. Yeri	İnebolu	**Doğ. Tar.**	01.01.1993
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	**TC Kim No**	15124676338
Email	Funda.cam1@saglik.gov.tr	**Tel**	0530 957 40 60

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2014
Lise	İzmir Çiğli Milli Piyango Anadolu Lisesi	2010

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl- Yıl)**
1. Hemşire	İzmir Karşıyaka Medikal Park Hastanesi. Hematoloji servisi.	2014-2015
2. Hemşire	Bakırköy Dr. Sadi Konuk E.A.H. Hematoloji servisi	2015-2017
3. Sorumlu hemşire	Bakırköy Dr. Sadi Konuk E.A.H. Hematoloji servisi	2018-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**YÖKDİL Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	İyi	82,5

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	80,6		

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Word	İyi
Excel	İyi

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okumak, deneme yazmak.