

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSE BAŞVURAN İLERİ EVRE KANSER
HASTALARINA YÖNELİK YAPILAN MÜDAHALELER VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EZGİ AYAR

ORCID: 0000-0003-0896-8801

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR

HAZİRAN - 2022

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc - 2019970042

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSE BAŞVURAN İLERİ EVRE KANSER
HASTALARINA YÖNELİK YAPILAN MÜDAHALELER VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EZGİ AYAR

ORCID: 0000-0003-0896-8801

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem UĞUR

ORCID: 0000-0002-1020-9962

İZMİR

HAZİRAN - 2022

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc - 2019970042

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına göre hazırlayıp sunduğum “Acil Servise Başvuran İleri Evre Kanseri Hastalarına Yönelik Yapılan Müdahaleler ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezimi için elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallara çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ezgi AYAR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans dönemim boyunca onkoloji hemşireliği ile ilgili edindiğim bilgilerin çoğunu bana öğreten, bilgisini ve tecrübesini her daim benimle paylaşan ve tez çalışmam sırasında her ihtiyaç duyduğumda ulaşılabilir olup desteğini esirgemeyen, içinde bulunduğum zorlu durumlarda manevi desteğini de göstererek motivasyonumu sağlayan ayrıca kendisiyle çalışmaktan gurur duyduğum, örnek aldığım Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Doç.Dr.Özlem Uğur hocama,

Değerli jüri üyelerim ve Doç.Dr. Ezgi Karadağ ile Doç.Dr. Figen Okçin'e,

Yüksek lisans eğitiminde tanışıp bu süreçte beraber yürüyerek her aşamada birbirimizi desteklediğimiz, dostluğumuzu geliştirdiğimiz değerli arkadaşım Esra Uslu'ya,

Bölüme başvurmaya karar verme sürecinden itibaren beni destekleyen ve cesaretlendiren, her zaman arkamda duran, beni yetiştirirken ellerinden gelen her imkanı sağlayarak sağlıklı ve mutlu bir birey olma şansı veren, benimle beraber kendileri de hayatın her noktasında öğrenmekten hiç vazgeçmeyen ve aramızda mesafeler olmasına rağmen hep yanımda hissettiğim annem Fatma Dursun'a, babam Ali Dursun'a ve kardeşim M.Batuhan Dursun'a,

Hayatımın yoğunluğu içinde yaşanan tüm gerginliklerime tahammül eden, hüznlerimizi de mutluluklarımızı da beraber paylaştığımız, bilmediği konularda dahi bilgi edinerek yardımcı olmaya çalışan, kilometrelerce mesafeye hiç üşenmeden benimle beraber katlanan, bana kendimi hiç yalnız hissettirmeyen ve hayatımı oldukça kolaylaştıran çok sevdiğim ve saydığım canım eşim Recep Ayar'a,

Araştırma süreci boyunca çalışmamı destekleyen ve yardımcı olan meslektaşlarım, hekimlerimiz ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi personellerine teşekkür ederim.

Ezgi AYAR
İSTANBUL-2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TABLolar DİZİNİ	IV
KISALTMALAR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Metabolik Aciller	5
2.1.1. Tümör lizis sendromu	5
2.1.2. Hipokalemi	6
2.1.3. Hiperkalsemi	7
2.1.4. Hiponatremi	7
2.2. Nörolojik Aciller	8
2.2.1. Spinal kord basısı	8
2.2.2. Serebrovasküler olay	9
2.2.3. Kafa içi basınç artışı	9
2.3. Kardiyovasküler Aciller	10
2.3.1. Vena kava superior sendromu	10
2.3.2. Perikardiyal efüzyon ve kardiyak tamponad	10
2.4. Hematolojik Aciller	11
2.4.1. Anemi	11
2.4.2. Trombositopeni	12
2.4.3. Hiperlökositoz	13
2.5. Solunum Sistemi Acilleri	13
2.5.1. Malign havayolu obstrüksiyonu	14
2.5.2. Venöz tromboemboli (VTE)	14
2.6. Gastrointestinal Aciller	15
2.6.1. İleus	15

2.6.2. Gastrointestinal kanama	16
2.6.3. Bulantı - kusma	17
2.7. Ürogenital Aciller	17
2.7.1. Hemorajik sistit	17
2.7.2. Hipertansiyon	18
2.8. Enfeksiyöz Aciller	18
2.8.1. Febril nötropeni	19
2.9. Kas-İskelet Sistemi Acilleri	20
2.9.1. Patolojik kırıklar	21
2.10. Ağrı	21
2.11. Palyatif Bakım Gereksinimlerinin Tanılanmasında Hemşirenin Rolü	22
2.12. Acil Servise Başvuran Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.3.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri	26
3.3.2. Araştırmanın Dışlama Kriterleri	27
3.4. Çalışma Materyali	27
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.6. Veri Toplama Araçları	27
3.6.1. Hastanın Bilgileri Anket Formu (EK I)	27
3.6.2. Palyatif Performans Skalası (PPS)(EK II)	28
3.6.3. EORTC-QLQ C15-PAL Ölçeği (EK III)	28
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	29
3.8. Verilerin Analizi	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.10. Etik Kurul Onayı	30
4. BULGULAR	31
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığı ile İlgili Özelliklerin Dağılımı	31

4.2. Hastaların Acil Servis İzlem Durumlarının İncelenmesi	35
4.3. Hastaların Palyatif Performans Skalası ile EORTC QLQ-C15-PAL Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	40
4.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	43
5. TARTIŞMA	53
5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığı ile İlgili Durumları	53
5.2. Onkoloji Hastalarının Acil Serviste İzlem Durumları	54
5.3. Hastaların Palyatif Bakım Gereksiniminin Değerlendirilmesi	57
5.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Tartışılması	60
6. SONUÇLAR	63
7. ÖNERİLER	65
8. KAYNAKLAR	66
9. EKLER	73
9.1. EK-1: Hastanın Bilgileri Anket Formu	73
9.2. EK-2:Palyatif Performans Skalası (PPSv2)	76
9.3. EK-3: EORTC-QLQ C15-PAL Ölçeği	77
9.4. EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	78
9.4. EK-5: Kurum İzni	79
9.5. EK-6: Etik Kurul İzni	80
ÖZGEÇMİŞ	82

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: Acil Servise Başvuran Kansere Hastalarının Sistemlerine Göre Sınıflandırılması	4
Tablo 2: MASCC Risk İndeksi	19
Tablo 3: Araştırma Planı ve Takvimi	25
Tablo 4: Hastaların Sosyodemografik ve Tanı Geçmişine Yönelik Özelliklerin Dağılımı	31
Tablo 5: Hastaların Performans Durumu ve Bakım Hizmeti Alma Durumlarına göre Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 6: Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin Dağılımı	35
Tablo 7: Hastaların Acil Serviste Takip Durumlarının Dağılımı	36
Tablo 8: Acil Servise Ağrı, Dispne, Genel Durum Bozukluğu ve Bulantı-Kusma Şikayetleri ile Gelen Hastalara Uygulanan Girişimlerin Dağılımı	38
Tablo 9: Hastaların Palyatif Performans Skalası Sonuçlarının Dağılımı	39
Tablo 10: Araştırmada Kullanılan EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğine ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	40
Tablo 11: EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Güvenilirlik Tablosu	40
Tablo 12: Hastaların EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğine Verdikleri Cevapların Dağılımı	41
Tablo 13: EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	43
Tablo 14: Hastaların sosyodemografik Özelliklere Göre Fiziksel Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 15: Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Emosyonel Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 16: Hastaların Palyatif Performans Skalasına Göre Yorgunluk Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 17: Hastaların Palyatif Performans Skalasına Göre Global Sağlık Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 18: Hastaların Palyatif Performans Skalası ile Acil Serviste Sonlanım Durumu Arasındaki İlişki	50
Tablo 19: Hastaların Palyatif Performans Skalası ile Acil Servise Gelme Nedeni Arasındaki İlişki	51

KISALTMALAR

AS: Acil Servis

ACCP: American College of Chest Physicians

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

BT: Bilgisayarlı Tomografi

DVT: Derin Ven Trombozu

DİK: Dissemine İntravasküler Koagülasyon

EKG: Elektrokardiyografi

EKO: Ekokardiyografi

GİS: Gastrointestinal Sistem

GLOBOCAN: Uluslararası Kanser Ajansı

IDS: Infectious Diseases Society of America

JVP: Juguler Venöz Basınç

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KİBAS: Kafa İçi Basıncı

MASCC: Multinational Association for Supportive Care in Cancer

MR: Manyetik Rezonans

NSAİİ: Non-Steroid Antiİnflamatuar İlaçlar

NCCN: The National Comprehensive Cancer Network

PB: Palyatif bakım

PTH: Paratiroid Hormon

PPS: Palyatif Performans Skalası

SVO: Serebrovasküler Olay

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TF: Doku Faktörü

TLS: Tümör Lizis Sendromu

VKSS: Vena Kava Superior Sendromu

VTE: Venöz Tromboemboli

WHO: World Health Organization

WBC: White Blood Cells

ACİL SERVİSE BAŞVURAN İLERİ EVRE KANSER HASTALARINA YÖNELİK YAPILAN MÜDAHALELER VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Ezgi AYAR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmada, ileri evre kanser hastalarına yönelik yapılan müdahaleler ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinin tanınması amaçlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmaya 18 yaş üstü ve Türkçe konuşabilen, daha önce kanser tanısı almış ve kansere bağlı nedenlerle en az bir defa acil servise başvuran hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaşam kaliteleri, Palyatif Performans Skalası (PPS) ve EQRTC QLQ C15-PAL ölçeği ile değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler, IBM SPSS V25 programında istatistiksel analizlerde kullanılmıştır. Önem düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. .

Çalışma 159 hasta ile yapılmıştır. Hastaların % 50,9'u kadın, %49,1'i erkek; ortalama yaşı 55 yıl olduğu görülmüştür. Acil servise en sık başvuru nedeni %31,7 ağrı idi. Hastaların %88,7'sinden konsültasyon istenilmiş olup en sık %49,8 oranıyla dahiliye birimine danışıldı. En sık tespit edilen sonlanım durumu %38,4 klinik yatış oldu. Hastaların %67,2'sinin PPS skoru %70 ve altındadır. Buna göre hastaların yardım ve bakıma ihtiyaç duydukları belirlendi. EORTC QLQ C15-PAL ölçeği toplam puan ortalaması $44,50\pm6,66$ olarak bulundu. Palyatif bakım takibi olan ve evde bakım hizmeti alan hastaların EORTC QLQ C15-PAL ölçeği fiziksel alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. PPS skoru %60 ve altı olan hastaların yorgunluk alt boyutundan aldığı puanlar daha yüksek bulundu. PPS skoru %70 ve üzeri olan hastaların acil servis başvuru nedeninin çoğunlukla dispne ve ağrı olduğu tespit edildi.

Acil servise en sık başvuru nedenleri olan ağrı, dispne ve iştahsızlık-kilo kaybı semptomları, evde bakım ve palyatif bakım ünitesi takibi ile kontrol altına alınabilir. Çalışma ortamı açısından acil servislerde palyatif bakım hizmetlerinin verilmesi mümkün olmamakla birlikte, gerekli klinik yönlendirmelerin yapılması, hastalara müdahalelerin yapılandırılması, acil serviste onkoloji hasta popülasyonunun bekleme sürelerinin azaltılması girişimleri, onkoloji hastalarının yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi adına yapılandırılabilir ve her şartta organizasyonla düzenlenebilecek girişimlerdir. Ülkemizde acil servislerde palyatif bakım yapılması üzerine yapılacak çalışmalar, bu sistemin oturması açısından oldukça değerli olacaktır.

Anahtar Sözcükler: acil servis, ileri evre kanser hastası, müdahaleler, yaşam kalitesi

Tezin Sayfa Adedi: 80

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem UĞUR

EVALUATION OF INTERVENTIONS AND QUALITY OF LIFE FOR ADVANCED STAGE CANCER PATIENTS APPLYING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

Master's Thesis

Ezgi AYAR

**DOKUZ EYLUL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES
Department of Oncology Nursing**

ABSTRACT

In this study, it was aimed to diagnose the interventions for advanced cancer patients and the evaluation of their quality of life.

The study is a descriptive study. Patients that were diagnosed with cancer between 10.04.2021 - 30.08.2021, patients over the age of 18 who can speak Turkish, who have previously been diagnosed with cancer and who have been admitted to the emergency department at least once for cancer-related reasons were included in the study. The patients' quality of life was evaluated with the Palliative Performance Scale (PPS) and the EORTC QLQ C15-PAL scale. Obtained data were used in statistical analysis in IBM SPSS V25 program. Significance level was accepted as $p<0.05$.

The study was conducted with 159 patients. 50.9% of the patients were female; the average age was found to be 55 years. The most common reason for admission to the emergency department was 31.7% pain. Consultation was requested from 88.7% of the patients, and the internal medicine unit was consulted most frequently with a rate of 49.8%. The most common outcome was 38.4% clinical admission. 67.2% of the patients had a PPS score of 70% or less. Accordingly, it was seen that the patients needed help and care. The mean total score of the EORTC QLQ C15-PAL scale was found to be 44.50 ± 6.66 . It was determined that patients with palliative care follow-up and home care services had higher physical subscale scores of the EORTC QLQ C15-PAL scale. Patients with a PPS score of 60% or less had higher scores on the fatigue sub-dimension. It was determined that patients with a PPS score of 70% or more were mostly presenting to the emergency department because of dyspnea and pain.

Pain, dyspnea and anorexia-weight loss symptoms, which are the most common causes of admission to the emergency department, can be controlled with home care and palliative care unit follow-up. Although it is not possible to provide palliative care services in the emergency services in terms of the working environment, making the necessary clinical referrals, structuring the interventions to the patients, reducing the waiting times of the oncology patient population in the emergency department are initiatives that can be structured in order to improve the quality of life of oncology patients and can be organized under any circumstances. Studies on palliative care structuring in emergency services in our country will be very valuable in terms of establishing this system.

Keywords: emergency medicine, oncological emergency, palliative care

Page Number: 80

Advisor: Assoc. Dr Özlem UĞUR

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser ülkemizde ve dünyada sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir halk sağlığı problemidir. Uluslararası Kanser Ajansının (GLOBOCAN) verilerine göre 2020 yılında dünyada toplam 19.300.000 yeni kanser vakası tanı almış ve 10.000.000 kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. 2020 yılında Türkiye nüfusu 84.339.067 iken ve yıllık yeni kanser vakası 233.834 ve kansere bağlı ölüm 126.335 bildirilmiştir (1). 2018 yılında ise Türkiye nüfusu 81.916.866 iken, yeni vaka sayısı 210.537 ve kansere bağlı yaşam kaybı sayısı 116.710 olarak bildirilmiştir(1). Ülkemiz nüfusu artmaya devam ediyor ve buna paralel olarak yıllık yeni tanı alan kanser hastası sayısı da artmaktadır.

Kanser hastaları acil servise sıklıkta altta yatan hastalıklarının teşhisi ya da tedavisi için değil, semptom kontrolü için gelirler ve palyatif bakım (PB) gereksinimleri vardır (6). Kanser hastalarının acil servisi kullanma durumunun incelendiği çalışmalarda acil servise (AS) başvuran tüm hastaların %0,40'ını ile %5,2'sinin kanser hastalarının oluşturduğu saptanmıştır (8,11,13). Adana'da yapılan çalışmada 1 yıllık süre içinde kanser tanısı almış ve tedavisi devam eden 261 hastanın acil servise onkolojik hastalığı nedeniyle 1205 başvurusu incelenmiş olup hastaların %28'i acil servise 6 defadan fazla başvurmuş ve %70,8'i acil servisten taburcu edilmiş; %25,4'ünün yatışı yapılmış; %1,8'i ise başka hastaneye sevk edilmiştir. Yatış yapılan %23 hastanın ortalama yatış gün sayısı 7 ± 8.1 gündür (8). Yurtdışında yapılan bir çalışmada acil servise başvuran kanser hastalarının %31,8'i taburcu edilmiş; %6,5'i acilde gözlem altında tutulmuş; %46,9'unun yatışı yapılmıştır (9). AS'e başvuruların en sık sebebinin %53 ile hastalığın ilerlemesi olarak tespit edilmiş olup diğer nedenler %37,9 kemoterapi etkisi, %7,4 enfeksiyon ve %1,7 radyoterapi etkisi ile olduğu gözlemlenmiştir (8). Kanser hastalarının acil servislere başvurularında, ağrı, patolojik kırıklar, inme-nöbet, malign hava yolu obstrüksiyonu, malign plevral efüzyonlar, venöz tromboemboli, perikardiyal efüzyon, gastrointestinal kanamaları, ileus, renal yetmezlik, hiperkalsemi, hipokalsemi, hipoglisemi, laktik asidoz, anemi, trombositomi, tromboz, febril nötropeni, superior vena cava sendromu, tümör lizis sendromu, spinal kord basısı ve beyin metastazları,

kemoterapiye bağlı bulantı kusma, ekstrevasyon ve anafletik çok gibi ciddi onkolojik aciller yeralmaktadır (8,9,11,14). Kanser vakalarındaki artış hastalığın kendisinden kaynaklanan ya da tedavi komplikasyonları sebebiyle acil servislere başvuru sıklığının artmasının önemli bir nedenidir. Bu bağlamda acil servislerin amacı sorunlara hızlı ve kesin çözüm elde etmektir ve bu çerçevede günümüz acil tıbbı PB ile tam olarak aynı düzlemde değildir (5). Palyatif bakım kanserle mücadelede önemli bir yer tutmakla beraber hem hastaya hem de ailesine sağlanan bütüncül yaklaşımla rahatlık ve güven ortamı oluşturmaktadır. Palyatif tedavi; kemoterapi, radyoterapi, hedefe yönelik tedaviler gibi yaklaşımlar ile hastalığın semptomlarını hafifleterek ya da yok ederek yaşamın normal şekilde sürdürülmesinin sağlanması olarak tanımlanır (2). Destekleyici tedavi ise hastaya uygulanan tedaviye hastanın uyumunun artırılması, hastalığın semptomlarının veya uygulanan tedavinin yan etkilerinin, hastalık veya tedaviyle ilgili psikolojik, sosyal ve ruhsal sorunların mümkün olduğunca erken önlenmesi veya tedavi edilmesi olarak tanımlanmaktadır (3). Görüldüğü gibi PB hem palyatif hem de destekleyici tedaviyi içermektedir.

Acil serviste, karmaşık tıbbi sorunları olan kanser hastaları, akut sıkıntıları ve sağlık personelinin zaman kısıtlamaları nedeniyle bakım ihtiyaçlarını iletmede güçlük çekebilirler. Zaman kısıtlamalarına ek olarak, hasta ile önceden bir ilişkinin olmaması, ölümün başarısızlık olarak algılanması ve agresif resüsitasyona odaklanma da hastalarla palyatif bakım sorunlarını tartışan acil servis personelinin önündeki engeller olarak karşımıza çıkmaktadır (15). Ayrıca kanser tedavilerindeki ilerlemeler, yeni yan etkilerin ve kanser tedavisiyle ilişkili acil durumların geniş yelpazesinin zorluklarını ortaya koymaktadır. Acil servis çalışanlarının bu hasta grubuna gerekli yaklaşımı sağlayabilmesi için yeterli bilgi ve becerilere sahip olunması gerekmektedir (7). Ciddi, karmaşık ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden veya yaşamı sınırlayan tıbbi durumları olan hastaların bakımını iyileştirme ihtiyacı tartışılmaz. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda acil servis, PB'de önemli yere sahiptir. Sağlık profesyonelleri günlük olarak palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmelidir.

Yurtdışında acil servise başvuran kanser hastalarının PB ihtiyaçları üzerine birçok çalışma bulunmasına karşın ülkemizde bu konu üzerinde yeterince durulmamış ve sınırlı sayıda çalışmalar mevcuttur (7,15,17,18). Ülkemizde yapılan çalışmalarda daha çok acil servise başvuran kanser hastalarının profilleri, demografik özellikleri, şikayetleri, nedenleri, başvuru sıklıkları, mortalite ve morbidite oranları üzerinde durulmuştur (8,11,12,13,20,21). Bu yapılan çalışmalarda, acil servise başvuran kanser hastalarının evrelendirilmesi dikkate alınmamış, bu gruba yönelik palyatif bakım gereksinimleri, yönetilmesine yönelik müdahalelerin tanınması ve yapılandırılması hakkında etkin bir çalışma bulunmamaktadır. İleri evre kanser hastaları için acil servislerin ziyaretleri yaygındır. Bu durumda, bu hasta grubunun klinik seyri değiştirme potansiyeli bulunmaktadır. Buna rağmen palyatif bakım ve acil tıp alanında neredeyse hiç ihtiyaç temelli araştırma bulunmamaktadır. Ayrıca, palyatif bakımda eğitim, araştırma ve uygulama kılavuzlarının klinik ortamlarda kullanımı azdır. Bu nedenle ileri evre kanser hastaları için acil servis bakımı içine palyatif bakımın entegre edilmesi açısından oldukça önemlidir. Çalışmanın, acil servise başvuran özellikle de ileri evre kanser hastalarının palyatif bakım yollarının oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmanın bir diğer öngörüsü ise acil servise başvuran kanser hastalarının palyatif bakım ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

1.1. Araştırma Soruları

1. Acil servise başvuran ileri evre kanser hastalarına yönelik yapılan müdahaleler nelerdir?
2. Acil servise başvuran ileri evre kanser hastalarının yaşam kaliteleri nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

Kanser; hücre büyümesi, bölünmesi ve hücre döngüsünü düzenleyen mekanizmalarda oluşan bozukluk sonucu ortaya çıkan ve hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile karakterize patolojik bir durumdur. GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada 19,3 milyon yeni vaka ve 10,0 milyon ölüm şeklinde bildirilen oranlar, 2018 yılındaki 18,1 milyon vaka ve 9,6 milyon ölüm oranlarıyla kıyaslanınca dünyadaki kanser yükünün arttığı görülmektedir. 2020 istatistiklerine göre 2,3 milyon yeni vakanın her iki cinsiyet ve yaşta dünya genelinde %11,7 meme, %10,4 akciğer, %10 kolorektal ve %7,3 prostat kanseri olduğu saptanmıştır. Akciğer kanseri %18 oranında kanserden ölümlerin en başında gelirken bunu %9,4 kolorektal, %8,3 karaciğer, %7,7 mide ve %6,9 meme kanseri izlemiştir. Türkiye’de ise 2020 yılında 233.834 yeni tanıda her iki cinsiyet ve her yaşta bu oranlar %17,6 akciğer, %10,3 meme, %9,1 kolorektal ve %8,3 prostat kanseri olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde en sık %25,8 akciğer, kadınlarda ise en sık %23,9 meme kanseri olduğu belirlenmiştir.

Kanser hastaları acil servislere hastalığın kendisinden veya tedaviye bağlı direkt ya da indirekt ortaya çıkan, hayatı tehdit eden ve yaşam kalitesini düşüren akut komplikasyonlar nedeniyle başvurmaktadırlar (9,10,13,19,20).

Acil servise başvuran kanser hastalarının sistemlere göre sınıflandırılması Tablo 1’de gösterilmiştir. Başlıklar ve alt başlıklar ilerleyen kısımlarda ayrıca ele alınmaktadır.

Tablo 1: Acil Servise Başvuran Kanser Hastalarının Sistemlerine Göre Sınıflandırılması

2.1. Metabolik Aciller	2.1.1. Tümör Lizis Sendromu 2.1.2. Hipokalemi 2.1.3. Hiperkalsemi 2.1.4. Hiponatremi
2.2. Nörolojik Aciller	2.2.1. Spinal kord basısı 2.2.2. Serebrovasküler olay 2.2.3. Kafa içi basınç artışı
2.3. Kardiyovasküler Aciller	2.3.1. Vena Kava Superior Sendromu 2.3.2. Perikardiyal Efüzyon ve Kardiyak Tamponad
2.4. Hematolojik Aciller	2.4.1. Anemi 2.4.2. Trombositopeni 2.4.3. Hiperlökositoz

Tablo 1: Acil Servise Başvuran Kanser Hastalarının Sistemlerine Göre Sınıflandırılması (Devamı)

2.5. Solunum Sistemi Acilleri	2.5.1. Malign Havayolu Obstrüksiyonu 2.5.2. Venöz Tromboemboli (VTE)
2.6. Gastrointestinal Aciller	2.6.1. İleus 2.6.2. GİS Kanaması
2.7. Ürogenital Aciller	2.7.1. Hemorajik Sistit 2.7.2. Hipertansiyon
2.8. Enfeksiyöz Aciller	2.8.1. Febril Nötropeni
2.9. Kas-İskelet Sistemi Acilleri	2.9.1. Patolojik Kırıklar 2.9.2. Ağrı

2.1. Metabolik Aciller

Endokrin sistem hastalıkları, asit baz ve sıvı elektrolit dengesizlikleri metabolik hastalıklar olarak değerlendirilir (37). Kanser hastalarının acil servislere başvurma sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %15,4'ünün başvurusunda metabolik acil tespit edilmiş olup, hastalar tümör lizis sendromu, hiperkalsemi, hipoglisemi, hipokalsemi, adrenal yetmezlik, laktik asidoz ve hipokalemi nedenleri ile acil servise başvuruda bulunmuştur (9). Bu başlık altında tümör lizis sendromu, hipoglisemi, hipokalemi, laktik asidoz ve adrenal yetmezlik konularına değinilecektir.

2.1.1. Tümör Lizis Sendromu (TLS)

Uygulanan tedaviden sonra tümör hücrelerinin hızlı yıkımı sonucu açığa çıkan hücresel ürünlerin (metabolitler, iyonlar, nükleik asitler, proteinler) dolaşıma katılmasıyla hiperürisemi, hiperfosfatemi, hiperkalemi, hipokalsemi ve üremi nedeniyle ortaya çıkan metabolik bozukluklara tümör lizis sendromu (TLS) denir (10,38). Hiperfosfatemi, hipokalsemi ve üremi nedeniyle böbrek yetmezliği gelişebilir ve yaşamı tehdit eden durumlara neden olabilir. Serum potasyum seviyelerinin artması kardiyak aritmiye, kas zayıflığına ve ölüme neden olabilir (10). TLS yaygın olarak tümör yükü ve lökosit sayısı yüksek olan akut lösemilerde ve Burkitt tipi Hodgkin dışı lenfomalarda, tedavi başlangıcından 12-72 saat sonra ortaya çıkabilir (10,38). Bu nedenle erken tanı ve risk altındaki hastalar için erken tedavi TLS'de önemlidir.

Belirtiler: Bulantı-kusma, diyare, kas krampları, bilinç değişikliği, nöbet, kas güçsüzlüğü, asistol, kardiyak aritmiler, abdominal ve yan ağrıları, dizüri, oligüri, hematüridir (38,39).

Tedavi: Hiperüremide IV (intravenöz) hidrasyon; hiperfosfatemide fosfattan fakir diyet uygulanmaktadır. Hiperkalemi kalsiyum glukonat infüzyonu, sodyum bikarbonat ve insülin ile glukoz infüzyon tedavisi; hipokalsemi yine kalsiyum glukonat kullanılmaktadır (9,38,39). Bu tedaviler sonucunda elektrolit dengesi sağlanamazsa ve idrar çıkışı olmazsa diyaliz veya hemofiltrasyon gerekebilir (9,38,39).

2.1.2. Hipokalemi

Hipokalemi, kanser hastalarında yaygın görülen bir elektrolit bozukluğudur ve çeşitli nedenler hipokalemiye sebep olabilir; (39)

- Kanser sebebiyle gelişen malabsorbsiyon potasyum alımının azalmasına neden olabilir. Bazı nöroendokrin tümörler, diyare yoluyla hipokalemiye neden olabilir ve potasyum kaybına neden olabilir. Bazı nöroendokrin tümörler, diyare yoluyla hipokalemiye neden olabilir ve sonucunda potasyum kaybı görülebilir.
- Kanser tedavisi: Kemoterapötik ajanlar, hedefe yönelik tedaviler ve immünoterapiler, diyare veya kusmaya sekonder hipokalemiye neden olabilir.
- Eşlik eden ilaçlar: Tiazid diüretikler, insülin, granülosit büyüme faktörleri, beta-2 agonistleri ve glukokortikoidler hipokalemi ile sonuçlanabilir.
- Eşlik eden hastalıklar: Endokrin disfonksiyonlar, toksik epidermal nekroliz ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları yine hipokalemiyi ortaya çıkarabilir.

Belirtiler: Kaşeksi, yorgunluk, bulantı, çarpıntı, kas krampları ve kabızlıktır. Orta veya şiddetli hipokalemi durumunda, kas felcine sekonder kardiyovasküler kollaps ile akut solunum yetmezliği meydana gelene kadar nörolojik ve psikiyatrik semptomlar (örn., psikoz, deliryum, halüsinasyonlar ve depresyon) veya kardiyak belirtiler (bradikardi) ortaya çıkabilir (39). Özellikle kardiyak belirtiler, acil teşhis ve tedavi gerektiren yaşamı tehdit eden komplikasyonlardır.

Tedavi: Hafif veya orta derece hipokalemi oral yolla günlük 60-80 mEq potasyum klorür dozu önerilir (39). Şiddetli hipokalemi ise (serum potasyum düzeyi

<3.0 mEq/L), her 3-4 saatte bir 40 mEq IV potasyum klorür ile oral potasyum desteği düşünülmektedir (39).

2.1.3. Hiperkalsemi

Hiperkalsemi, genellikle ileri evre kanser hastalarında görülmektedir (39). En sık multipl myelom ve meme kanserinde ortaya çıkmaktadır ve yaşamı tehdit eden bir durumdur (39). Tedaviye bağlı olarak antineoplastik ilaçların kullanımı böbrek hasarı yoluyla dolaylı olarak hiperkalsemiye neden olabilir. Tiyazid grubu diüretikler (klorotiazid, metolazon, politiazid), D vitamini intoksikasyonu ve parenteral beslenme de hiperkalsemi nedenleri arasındadır (9,39).

Belirtiler: Halsizlik, susuzluk, iştahsızlık, konfüzyon ve karın ağrısı ile ilişkili konstipasyondur (9,39).

Tedavi: Hiperkalsemi poliüriyi indüklediği için çoğu hasta dehidrate olur. Bu nedenle kardiyovasküler sistemin tolere edebileceği hızda IV %0,9 NaCl 100-120 mL/saat hızında uygulanmaktadır. %0,9 NaCl ile replasman sağlandıktan sonra loop diüretikler (furosemid) kalsiyum atılımını kolaylaştırmak için kullanılabilir (9,39). Kansere bağlı hiperkalsemide en sık kullanılan tedaviler kalsitonin, bifosfonatlar ve kortikosteroidlerdir. Kortikosteroidler, renal kalsiyum atılımının artırılması ve kemikten kalsiyum absorpsiyonun engellenmesini sağlamak için özellikle hematolojik kanserlerde etkili bir tedavidir (9,39). Bifosfanatlar, 2-4 hafta uygulandıktan 12-48 saat sonra kalsiyum düzeyini düşürürler (9).

2.1.4. Hiponatremi

Hiponatremi, kan serum sodyum düzeyinin düşük olmasıdır (<Na 135 mEq/L). Kanser hastalarında hiponatremiye neden olan faktörler: (39,40).

- Beyin, adrenal ve böbrek metastazları gibi sendromlar,
- Tedavide kullanılan vinka alkaloidleri, platin türevleri, hedefe yönelik tedaviler veya kemoterapötik ajanların neden olduğu kusma ve diyare, immünoterapötik ajanlar, adrenal veya hipofiz bezinin doğrudan zarar görmesi,
- Eşlik eden hastalıklar olarak kalp ve böbrek yetmezliği, tiroidit, hiperkortizolizm, karaciğer sirozu, pnömoni ya da beyin hastalıkları da hiponatremiye neden olabilir.

Belirtiler: İştahsızlık, bulantı ve kusma, baş ağrısı, sinirlilik, dikkat eksikliği, konfüzyon, kas krampları, kardiyolojik durmasıdır (40).

Tedavi: Konfüzyon, letarji, nöbet ve koma ile seyreden semptomatik hiponatremi durumunda hipertonic-sodyum solüsyonu verilmektedir (39,40). Hasta nöbet ile başvurdu ise ek olarak antiepileptik tedavi verilmektedir (39,40). Konjestif kalp yetmezliği ve volüm yüklenmesi öyküsü olan hastalarda tedaviye furosemid eklenebilmektedir (39,40).

2.2. Nörolojik Aciller

Kanser hastalarının nörolojik şikayetlerle acil servise başvuru oranı %4 olarak tespit edilmiştir (87). Bu başlık altında nörolojik acil kabul edilen spinal kord basısı, serebrovasküler olay ve kafa içi basınç artışı konularına değinilecektir.

2.2.1. Spinal Kord Basısı

Medulla spinalise olan bası spinal kord basısı olarak ifade edilmektedir. En sık olarak, epidural boşlukta genişleyen bir vertebral metastaz nedeniyle veya malignite tarafından infiltre edilen bir omurun patolojik kırılması nedeniyle oluşur (11). Beyin metastazından sonra en sık görülen komplikasyondur. Spinal kord basısının gerçek insidansı bilinmemektedir, ancak tahminler ileri evre kanser hastalarının % 15'inde, meme, prostat ve akciğer kanserinde daha sık görülür (41).

Belirtiler: Hastaneye başvuran hastaların % 95'inde sırt ağrısı görülür ve genellikle ilk semptomdur (41). Uzun güçsüzlüğü, yürümede zorluk, duyu kaybı, mesane veya bağırsak disfonksiyonu, nörolojik işaretler, göğüs veya servikal ağrı ise diğer belirtileridir (41). Tanı için tüm omurganın MR (Manyetik Rezonans) radyolojik görüntüleme kullanılmaktadır.

Tedavi: Cerrahi, radyoterapi veya semptom kontrolüne yönelik planlanmaktadır. Hastanın lenfoma veya başka bir kontrendikasyonu yoksa günlük 16mg deksametazon IV uygulaması ve yeterli analjezik tercih edilmektedir. İyi prognozlu hastalarda dekompresif cerrahi ve ardından radyoterapi önerilmektedir. Radyoterapi ile omurga ve sinir basısı hafifletilir, ağrının ve nörolojik sorunların giderilmesi hedeflenmektedir (41). Spinal kord basısı olan hastaların kapsamlı rehabilitasyon ihtiyaçları bulunmaktadır. Hastaların mobilizasyonu sağlanana kadar kompresyon çorapları,

cerrahi için uygun olmadıklarına karar verilirse düşük moleküler ağırlıklı heparin ve tromboprofilaksi önerilmektedir (11,41).

2.2.2. Serebrovasküler Olay

Kanser hastalarının %15'inde görülen onkolojik acil bir durumdur. Kanserle yükselen prokoagülan sitokinler arasında tümör nekroz faktörü (TNF) alfa, interlökin (IL) -1 ve IL-6 vardır. Tümör hücreleri vasküler endotel ile etkileşerek trombin ve proteazların salınmasına neden olabilir (42). Genellikle ikincil enfeksiyonlar, venöz veya arteriyel trombozlar, intrakraniyal kanamalar, tümörün metastazları, intravasküler lenfoma ve kemoteröpatik ajanlar nedeniyle görülür (9,42).

Belirtiler: Konuşmada, mental durumda veya motor fonksiyonlarda bozulma ile ortaya çıkar. En yaygın bulgular mental durum değişikliği ve nöbetlerdir (9,42).

Tedavi: Tanı koymada MRI ve BT görüntüleme yöntemlerinden faydalanılır. Tedavi genellikle destekleyici yöndedir. İskemik serebrovasküler olay (SVO) yaşayan hastalarda antikoagülasyon, antiplatelet veya trombolitik tedavi düşünülür. Hemorajik SVO'da trombosit süspansiyonları; yaygın damar içi pıhtılaşmada ise taze donmuş plazma ve trombosit desteğinde bulunulur (9,42).

2.2.3. Kafa İçi Basınç Artışı

Beyin ventrikülleri içindeki beyin omurilik sıvı basıncının çeşitli nedenlerle artmasına kafa içi basınç artması (KİBAS) denir, santral sinir sistemi tümörlerine sık görülebilen bir durumdur. Birincil ve metastatik beyin tümörleri, neoplazm yer kapladığından, aynı zamanda tümörün damar geçirgenliğini artırarak vazojenik ödeme neden olduğu için kitle etkisi gösterir (43). Kan beyin bariyerini bozan ve yeni kontrastlanma ve ödem alanlarıyla sonuçlanan güçlü bir enflamatuvar reaksiyonun bir sonucu olarak, tümörler radyoterapiden sonraki ilk 3 ila 6 ay boyunca kafa içi basıncı da artırabilir (43). KİBAS'nın bir başka nedeni, ventriküler sistem tıkanıklığı olan hastalarda ve azalmış BOS (beyin omurilik sıvısı) Emilimi olan hastalarda görülen azalmış BOS çıkışıdır (43).

Belirtiler: Baş ağrısı, kafa içi basıncının yükselmesinin en yaygın semptomu olup sabahları daha belirgindir. Diğer semptomları arasında mide bulantısı, fişkirir şekilde kusma, papilödem, bilinç değişikliği ve abduzens sinir (6.kraniyal sinir)

felçlerinden kaynaklanan diplopi bulunur (43). KİBAS'ın bir başka belirtisi ise beyin sapı sıkışması, beyin sapı gerilmesi veya her ikisinin bir kombinasyonunun neden olduğu Cushing'in refleksidir. Cushing'in refleksi hipertansiyon, bradikardi ve düzensiz solunum üçlüsünden oluşmaktadır (43).

Tedavi: KİBAS tanısı konulduğunda antiödem tedavisi uygun görülmektedir (40). Antiödem tedavide hiperosmolar ajanlarla osmotik diürez yapılabilir (40).

2.3. Kardiyovasküler Aciller

Kardiyovasküler aciller olarak kabul edilen vena kava superior sendromu, perikardiyal efüzyon ve kardiyak tamponad konularına değinilecektir.

2.3.1. Vena Kava Superior Sendromu

Vena kava superior sendromu (VKSS), vena kava superior damarının kan akışının engellenmesi ile ortaya çıkan sendromdur. %90 malignite nedeniyle görülür. Akciğer kanserinde %65, lenfomada %15 ve diğer kanserlerde %10 oranında görülür (11).

Belirtiler: Dispne, baş ağrısı, ödem ve vena kava superior alanlarında renk değişikliği (örneğin yüz ve üst ekstremiteler), boyun, kollar ve üst göğüste venöz dolgunluk, öksürük ve Pemberton bulguları (yüz kızarması, boyun ve baş yüzeysel damarlarında şişme, inspiratuar stridor ve juguler venöz basıncın (JVP) artması, hastanın her iki kolunu aynı anda mümkün olduğunca yükseğe kaldırmasıyla juguler venöz basıncın (JVP) yükselmesi) (11).

Tedavi: Destekleyici tedavi olarak hidrostatik basıncı ve ödemi azaltmak için baş elevasyonu uygulanmaktadır. Yine ödemi azaltmak için glukokortikoid tedavisi (6 saatte bir 4 mg deksametazon) ile sağ atrium basıncını azaltmak için loop diüretiklerinin (furosemid) kullanımını içermektedir (9). Kesin tedavi için malign tümöre radyoterapi, tromboz vakalarında ve kanser tedavisine yanıt vermeyen hastalar için superior vena cava stenti ve cerrahi bypass yöntemleri uygulanmaktadır (9).

2.3.2. Perikardiyal Efüzyon Ve Kardiyak Tamponad

Perikard, kalbin dış yüzeyini ince bir visseral ve fibröz parietal membrandan oluşan içi belli miktarda sıvıyla dolu zardır. Parietal membran, kollajen ve elastin liflerden oluşarak membrana bir miktar esneklik kazandırmaktadır. Bu esnekliğin

sonucu olarak, normal perikardın bir basınç-hacim eğrisi ortaya çıkmaktadır (44). Küçük miktarda perikardiyal sıvı hacmi değişiklikleri genellikle perikardiyal basınçta herhangi bir değişikliğe neden olmaz, ancak perikardiyal hacimdeki büyük bir artış, perikardiyal basınçta değişikliğe neden olarak tamponada yol açabilmektedir (9,40,44). Perikardiyal efüzyon ise kalpteki potansiyel bir boşluğa sıvı kaçıdır. Kanser hastalarında en yaygın neden, akciğer veya meme kanserinden kaynaklanan kötü huylu bir efüzyondur ancak habis olmayan etiyolojiler (torasik radyasyon, enfeksiyon, otoimmün süreç ve ilaç) ve diğer katı tümörler, hematolojik maligniteler, Hodgkin lenfoma ve Non-Hodgkin lenfomada efüzyonlara neden olabilmektedir (9,40,45).

Belirtiler: Dispne, malign perikardiyal efüzyonda en sık görülen semptomdur. Diğer semptomlar arasında göğüste rahatsızlık, öksürük, yorgunluk, tekrarlayan laringeal sinir sıkışmasından kaynaklanan ses kısıklığı ve frenik sinir sıkışmasından kaynaklanan hıçkırık, senkop özellikle tamponad ile ilgilidir (9,40,45). Bazen de taşikardi tek belirti olabilir. Tamponad ile ilgili klasik fizik muayene bulguları Beck's triadı olarak adlandırılır; hipotansiyon (genellikle filiform nabız basıncı ile), taşikardi ve boğuk kalp sesleri (45). Beck's tiradı başlangıçta dakikalar veya saatler içinde gelişen akut tamponad için tanımlanmış olup günler ve haftalar içinde görülebilmektedir (45).

Tedavi: Perikardiyosentez ve kateter drenajı, radyoterapi, duyarlı tümörlerde intraperikardiyal kemoterapi, metastaz varlığında ise kardiyak radyoterapi uygulanmaktadır (9,40,45). Perikardiyal efüzyonlarda tetrasiklin kullanımı yaygındır (45).

2.4. Hematolojik Aciller

Kanser hastalarının hematolojik şikayetlerle acil servise başvuru oranı %7 olarak tespit edilmiştir (87). Acil servise en sık başvuru nedenlerinin anemi, trombositopeni ve hiperlökositoz olduğu belirlenmiştir (8). Bu başlık altında hematolojik acilleri kabul edilen anemi, trombositopeni ve hiperlökositoz konularına değinilecektir.

2.4.1. Anemi

Anemi, kanser hastalarında yaygın olup hastaların %60'ına yakın oranda görülen bir hematolojik sorundur (46). Anemi genel olarak dört ana kategoriye ayrılmaktadır; (46,47) hipoproliferatif anemi, hemolitik anemi, çeşitli etyolojiye bağlı

anemi ve belirsiz etyolojiye sahip anemilerdir. Kansere hastalarında en sık görülen hipoproliferatif anemi çeşitleri görülmektedir (46). Kanserde yaygın olarak görülen demir eksikliğine, yetersiz beslenme, kan kaybı veya gıdalardan yetersiz demir alımı neden olabilmektedir. Demir eksikliği anemisinde, demir eksikliğinin % 22'sini solid tümörler ve % 8'ini hematolojik maligniteler oluşturmaktadır (46). GİS, ürogenital ve solunum yollarındaki kanamalar ile mide rezeksiyonu geçirmiş hastalarda demir emiliminin azalması nedeniyle de demir eksikliği anemisi görülmektedir (46). Megaloblastik anemi, folik asit veya B12 vitamini eksikliği nedeniyle olabilir veya iştahsızlık ve azalan diyet alımından kaynaklanabilir (46). Genel olarak bakıldığında azalmış eritropoetin üretimi, değişen demir metabolizması, kemoterapi nedeniyle eritropoetin üretiminin ve kemik iliğinin baskılanması, kan kaybı, yetersiz beslenme sonucunda anemi ortaya çıkmaktadır (46,47).

Belirtiler: Yorgunluk, baş ağrısı, bilişsel bozukluklar, yaşam kalitesinde azalma ve soğuğa karşı intolerans görülmektedir (48). Letarji, egzersiz toleransında azalma, solunum güçlüğü ve palpasyon gibi semptomlar genellikle uzun süreli şiddetli (<8 g/dl) anemisi olan hastalarda ortaya çıkmaktadır (48).

Tedavi: Hastadan beslenme özelliklerini de içeren ayrıntılı anamnez alınarak anemide altta yatan sebebe göre hastaya özgü tedavi yaklaşımında bulunmaktadır. Beslenme alışkanlığının düzenlenmesi, eritropoetik ajanların kullanımı ve IM/IV/PO yollardan folik asit, B12 vitamini veya demir desteği sağlanması tedaviler arasındadır (47,48). Hemoglobin düzeyi >10g/dl ise transfüzyon endikasyonu bulunmamaktadır (9). Hemoglobin düzeyi 8-10 g/dl arasında semptomatik ya da hemoglobin düzeyi <7 g/dl ise transfüzyon yapılmaktadır(9).

2.4.2. Trombositopeni

Trombositler kemik iliğinde bulunan megakaryosit hücrelerinden üretilmektedir. Karaciğerin dışında, böbrek, kemik iliği ve dalakta da yapılan trombopoetin hormonu megakaryositlerin farklılaşmasını, böylece trombosit yapımını ve çoğalmasını kontrol etmektedir (49). Tedavide kullanılan kemoterapötik ilaçların ve radyoterapi uygulamalarının kemik iliğini baskılaması sonucu trombositopeni görülür ve genellikle anemi bu duruma eşlik eder. En sık akut myeloid ve lenfoblastik lösemi (%99), akciğer

kanseri (%78), non-hodgkin lenfoma (%71) ve kronik myeloid lösemide (%58) görülmektedir (49). Trombositopeni, kanser hastalarında kanamaya neden olduğu için başlıca da bir faktör olup erken teşhis ve tedavisi önemlidir.

Belirtiler: Görme bozuklukları, göz ağrıları, burun ve ağız mukozalarında kanama, bilinç bulanıklığı, baş dönmesi, peteşi, ekimoz, taşikardi, hipotansiyon, solunum güçlüğü, siyanoz, balgamda kan varlığı, rektal kanamalar ve hematüri belirtileri görülmektedir (49).

Tedavi: Trombosit transfüzyonları uygulanabilmektedir (9,49). Kemoterapiye bağlı şiddetli trombositopenide oprelvekin ilacı kullanımı onaylı tek ilaç olmakla beraber kemoterapiden bitiminde 6-24 saat sonra başlanmakta ve trombosit miktarı istenen düzeye gelene kadar uygulanmaktadır (49).

2.4.3. Hiperlökositoz

Akut myeloid lösemide %30, akut lenfoblastik lösemide %20 ve kanser hastalarının %5'inde görülen onkolojik acildir (9,50). Hiperlökositoz, lösemik reaksiyon olup WBC'nin (lökositler) 100.000/mm³ üzerinde olması sonucu ortaya çıkar (9,50).

Belirtiler: Lökostaza bağlı hiperviskozite, hücre yıkımından kaynaklanan tümör lizis sendromu ve dissemine intravasküler pıhtılaşma (DİK) görülmektedir (50). Solunum yetmezliğine yol açabilecek nefes darlığı, takipne ve alveolar kanama; merkezi sinir sistemi tutulumunda baş ağrısı, konfüzyon, baş dönmesi, bulanık görme, uyuşukluk veya koma; genito üriner tutulumda böbrek ağrıları, kanama görülebilir (50). Fizik muayenede papilödem, retina kanamaları ve genişlemiş damarlar görülmektedir.

Tedavi: Hemodinamik stabilizasyon ve hidrasyon, lökoferez, indüksiyon kemoterapisi, transfüzyon desteği ve DİK için önleme/yönetim stratejileri uygulanmaktadır (50). Lökoferez mevcut değilse, acil durumda eş zamanlı kan/plazma replasmanı ile flebotomi kullanılabilir (50). İndüksiyon kemoterapisi en kesin tedavi olarak bilinmektedir (9).

2.5. Solunum Sistem Acilleri

Kanser hastalarının solunumsal şikayetlerle acil servise başvuru oranı %28 olarak tespit edilmiş olup en sık başvuru şikayetinin dispne olduğu tespit edilmiştir

(9,87). Bu başlık altında solunum sistem acilleri kabul edilen malign havayolu obstrüksiyonu ve venöz tromboemboli konularına değinilecektir.

2.5.1. Malign Havayolu Obstrüksiyonu

En yaygın olarak primer akciğer kanserinin bir sonucu olarak görülmektedir (51). Özofagus karsinomu, tiroid kanseri ve primer mediastinal tümörler gibi hava yollarına bitişik maligniteler, hava yollarının dıştan sıkıştırılmasıyla veya hava yollarına doğrudan tümör büyümesiyle hava yolu obstrüksiyonuna neden olabilirken, ekstratorasik kanserler hava yollarına metastaz yapabilir; genelde meme, kolorektal ve böbrek malignitelerinde bu durum görülmektedir (51). Akciğer kanseri olan hastaların yaklaşık %20 ile %30'u, dispne, atelektazi, hipoksemi, hemoptizi, obstrüktif pnömoni veya solunum sıkıntısı gibi havayolu obstrüksiyonu ile ilgili bir komplikasyon geliştirebilmektedir (52).

Belirtiler: Malign havayolu obstrüksiyon semptomları öksürük ve egzersiz dispnesi gibi hafif olabilir fakat genellikle şiddetli olup dinlenme dispnesi, hemoptizi, obstrüktif enfeksiyonlar, ses kısıklığı, göğüs ağrısı, ortopne, disfaji ve boğulma görülmektedir (51,52).

Tedavi: Hava yolu obstrüksiyonu için yapılan girişimlerin yaklaşık %40'ı acil girişimlerdir (51,52). Şiddetli solunum sıkıntısı ile ortaya çıkan önemli malign hava yolu tıkanıklığı, tıkanıklığı gidermenin yanında hava yolunu derhal ve etkili bir şekilde yeniden açmak ve güvence altına almak için acil eylemi gerektirir. Küratif cerrahinin uygun olduğu durumlarda, malign sürecin rezeksiyonu tercih edilen tedavi yöntemidir. Akciğer kanseri hastalarının çoğu, ya evre III ya da evre IV olmak üzere genellikle ileri evrelerde mevcuttur ve bu nedenle yönetimde, öncelikle semptomların hafifletilmesine ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine odaklanılmaktadır (52).

2.5.2. Venöz Tromboemboli

Kanserli hastalar, Virchow üçlüsünde yer alan faktörlerin sinerjik aktivitesinden kaynaklanan protrombotik bir duruma sahiptir: yatak istirahati veya tümör kompresyonunun neden olduğu dolaşım durması; kanser hücrelerinin, ilaçların veya terapötik cihazların intravazasyonundan kaynaklanan vasküler yaralanma; hiperkoagülasyon ve trombosit fonksiyonları dahil olmak üzere hemostaz sürecini

etkileyen, kanser hücresi prokoagülan faktörlerinin salınmasına bağlıdır (54,56). Venöz tromboemboli (VTE) risk faktörleri genel olarak üç kategoride gruplandırılmaktadır: (54,56) hastayla ilişkili faktörler, kanserle ilişkili faktörler ve tedaviyle ilişkili faktörler. Hastayla ilişkili faktörler, yaş (>60 yaş), obezite ve anterior VTE öyküsünün varlığı. Kanserle ilişkili faktörlerde, beyin ve pankreas kanserleri, VTE riski yüksek olan tümörlerin başında yer alır ayrıca lenfoma, akut lösemi ve multipl miyelom gibi bazı hematolojik malignitelerde artmış VTE riski de kaydedilmiştir (54,56). Tedaviyle ilişkili faktörlerde, gastrointestinal sistem, serviks, akciğer ve diğer kanserlerin tedavisi için infüze edilen sisplatin ve 5-florourasil trombojeniktir VTE riskine yol açmaktadır (54,56).

Belirtileri: Ekstremitede ağrı, şişme, kızarıklık, sıcaklık ve tıkalı yüzeysel damarlardır. VTE, derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner emboliyi de içerir. DVT'li hastalarda sıklıkla ekstremitte ödemi, ağrı ve eritem görülür. Pulmoner embolide, nefes darlığı, göğüs ağrısı, taşikardi, endişe, taşipne, senkop ve hipoksi görülür (54,56).

Tedavi: Tedavide düşük molekül ağırlıklı heparin tercih edilmektedir (54,55,56). Yüksek riskli malignite hastalarında ve tekrarlayan VTE'ler için inferior vena kava filtreleri önerilmektedir (54,55,56).

2.6. Gastrointestinal Aciller

Kanser hastalarının gastrointestinal sistem (GİS) semptom şikayetleri ile acil servise başvuru oranı %30 olarak tespit edilmiştir (87). Acil servise en sık bulantı - kusma, ileus ve GİS kanama şikayetleri ile başvuru olduğu tespit edilmiştir (9). Bu başlık altında GİS acilleri olarak kabul edilen ileus, GİS kanaması ve bulantı-kusma konularına değinilecektir.

2.6.1. İleus

İleus, GİS neoplazmları ve jinekolojik kanserlerde diğer kanser türlerine göre daha sık görülmektedir. İleus, %61 ince bağırsak, %33 kalın bağırsakta ve %20 oranında her ikisinde de ortaya çıkabilmektedir (57,58).

Belirtileri: Kolik ağrı, abdominal distansiyon, defekasyon olmaması, bulantı ve kusma varlığıdır. Üst bölge ileusta, mide bulantısı yoğundur ve erken ortaya çıkar, kusma miktarı çoktur ve sulu, mukuslu veya safra görünümündedir. Alt bölge ileusta,

kusma genellikle geç ortaya çıkar, koyu renklidir ve güçlü bir kokuya sahiptir (57,58). Tıkanmaya yakın bölgede tutulan bağırsak içeriğinin bakteriyel sızılaşması, dışkıya karakteristik görünümünü ve kokusunu verir. İleri evre kanser hastalarında yukarıdaki belirtilere ek olarak anemi, karaciğer enzimlerinde değişiklikler, dehidratasyon ve prerenal böbrek disfonksiyonu, kaşeksi, asit, palpe edilebilen abdominal kitleler ve bilişsel bozulmalar da görülebilmektedir (57,58).

Tedavi: Tedaviye karar verme süreci, neoplazmanın genişlemesine, genel prognoza, spesifik kanser tedavilerinin olasılığına, ilişkili komorbiditelere ve hastanın genel durumuna dayalı olarak bireyselleştirilmiş değerlendirmeyi gerektirir (57,58). Olası tedaviler arasında cerrahi, endoskopik palyasyon, sindirim aspirasyonu ve semptomatik palyatif farmakolojik tedavi yer almaktadır (57,58).

2.6.2. Gastrointestinal Sistem Kanaması

Katı neoplazmlı hastalarda kanama yaygındır ve ileri evre kanser hastalarının %10 - %15'inde görülür (60). Kemoterapi, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve antikoagülanlar, kanser hastalarında eroziv lezyonlara ve GİS kanamalarına neden olabilmektedir. Kanser hastalarında ayrıca yaygın karaciğer infiltrasyonu, portal ven trombozu veya hepatik ven trombozunun neden olduğu portal hipertansiyon, özofagus veya mide varisleri de görülebilmektedir (60).

Belirtileri: Melena, koyu renkli kusma, kilo kaybı, disfaji ve sarılıktır. GİS kanamaları nedeniyle hasta dehidrate ve hipovolemik olabilir. GİS kanamalarının çoğu (%80) kendiliğinde durmaktadır, bir kısmı kendiliğinden durup sonra tekrarlayabilmektedir (60).

Tedavi: Kanser hastalarında görülen GİS kanama ile diğer hastalarda yaklaşım aynıdır. Hastalarda, kanamanın ciddiyeti belirlenerek, kristaloid infüzyon (salin solüsyonu veya laktatlı ringer solüsyonu) veya kan transfüzyonu (kırmızı kan hücresi konsantreleri, taze donmuş plazma veya trombositler) gereksinimleri tanımlanıp ve uygulanmaktadır (59,60). Peptik ülserlerin neden olduğu üst gastrointestinal kanamalarda proton pompası inhibitörleri (PPI) ve H2 blokerleri hastanın kanamasının şiddetine ve ciddiyetine bağlı olarak faydalı olabilmektedir (60). Akut tümör kanaması durumunda palyatif radyoterapi uygulanabilmektedir (60). Cerrahi tedavi ise

gastrointestinal kanamanın nedenine, hemodinamik tepkiye, komorbiditelere ve komplikasyonlara (perforasyon) göre karar verilmektedir (59,60).

2.6.3. Bulantı - Kusma

Bulantı ve kusma kanser hastalarının beslenme ve uyku bozukları gibi yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin kötüye gitmesine neden olmaktadır. Kanser hastalarının bulantı-kusma nedeniyle acil servise başvuru oranı %64 olarak tespit edilmiştir (32). Bulantı- kusmanın sıklığı hastalığın tipine, evresine ve uygulanan tedavi türüne göre değişiklik göstermektedir. Akut bulantı-kusma, tedaviyi takiben birkaç dakika ya da saatler içerisinde görülen ve 24 saat içinde geçen kusmadır (genellikle 5.-6. saatlerde en yoğun/şiddetli düzeydedir) (76). Gecikmiş bulantı-kusma ise kemoterapi uygulandıktan ilk 24 saat sonra, sıklıkla 48–72 saatler arasında görülmekte ve bazı kemoterapi rejimlerinde 6 -7 gün sürebilmektedir (76). Risk faktörlerinde daha önce kemoterapi almış olma, kemoterapi kür sayısı, kemoterapötik ilacın türü, dozu, veriliş yolu, hızı, kadın cinsiyet ve genç olmak vardır (74,75,76).

Tedavi: Serotonin antagonist reseptörleri, kortikosteroidler, kannabinoidler ve dopamin antagonistleri kullanılmaktadır (74,75,76).

2.7. Ürogenital Aciller

Kanser hastalarının ürogenital şikayetler ile acil servise başvuru oranı %16 olarak tespit edilmiştir (87). Bu başlık altında ürogenital aciller olarak kabul edilen hemorajik sistit ve hipertansiyon konularına değinilecektir.

2.7.1. Hemorajik Sistit

Hemorajik sistit, genellikle mesane ve/veya üreterlerin mukozal yüzeyinin iltihaplanması olarak tanımlanır. Ürotelyal hasar, ödem, nekroz, ülserasyon, kanama, neovaskülarizasyon ve lökosit infiltrasyonu ile karakterizedir (61,62). Genel olarak sistitin nedenleri enfeksiyöz (bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlar) ve enfeksiyöz olmayanlar olarak kategorize edilebilir. Kemoterapötik ilaçlardan siklofosfomid ve ifosfomid tedavileri en sık hemorajik sistit sebebidir (61,62). Pelvik radyoterapi kanser hastalarının %5-10'unda hemorajik sistit ortaya çıkabilir (61,62).

Belirtileri: Hematüri, sık ve ağrılı idrar yapma, tam olmayan mesane boşalma hissi, yan veya sırt ağrısı ve idrar retansiyonu görülmektedir (61,62).

Tedavi: Hafif hemorajik sistitte (pıhtısız hematüri ve yeterli mesane boşalması), hidrasyon ve antikolinergik mesane ilaçları kullanılmaktadır (61,62). Orta veya şiddetli hemorajik sistitte (pıhtılı hematüri, mesanenin tam boşalmamış hissi), ilk tedavi hemodinamik stabilite, hidrasyon (gerekliyse transfüzyon) ve mesane drenajına başvurulmaktadır (61,62). İdrar takibi için çift lümenli foley kateter uygulanır ve manuel mesane irrigasyonu sağlanmaktadır. Pıhtı varlığı ve hematüri devam ederse üç lümenli kateter uygulanır salin ile devamlı mesane irrigasyonu yapılmaktadır (61,62). Dirençli hemorajik sistitte, üriner diversiyona (perkütan nefrostomi tüpü yerleştirilmesi) düşünülmektedir. Enfeksiyona bağlı hemorajik sistitte, etkene yönelik uygun ilaç tedavisi başlanmaktadır(61,62).

2.7.2. Hipertansiyon

Genel popülasyona göre kanser hastalarında ve kanseri atlatmış bireylerde hipertansiyon görülme prevalansı daha yüksektir (63,64). Radyoterapide, abdominal radyoterapi renal arter darlığına; baş ve boyun radyoterapisi baroreseptör yaralanmasına neden olabilir. Adjuvan tedavilerin (kortikosteroid, NSAII, eritropoietin uyarıcı ajanlar) de hipertansiyonu tetikleyen yan etkileri bulunmaktadır (63,64). Hepatosellüler karsinomda, paraneoplastik hipertansiyon, karsinom hücreleri tarafından aşırı renin, anjiotensinojen veya anjiyotensin-I üretimine bağlı görülmektedir (63,64).

Belirtileri: Ense bölgesinde yoğunlaşan baş ağrısı, kulaklarda çınlama, konfüzyon, başta dolgunluk hissidir (63,64).

Tedavi: Öncelikle hipertansiyonun nedenleri belirlenmektedir; hastanın yaşam tarzı, kardiyovasküler risk faktörleri ve komorbiditeleri değerlendirilerek tedaviye yön vermesi sağlanır; hipertansiyon ile ilişkili organ hasarının varlığı veya yokluğu değerlendirilmektedir (63,64). Hasta düşük sodyumlu diyet, fiziksel aktivite ve kilo kontrol uygulamalarına teşvik edilmektedir. Hastanın hipertansiyona neden olan mekanizmanın tespiti ile uygun antihipertansif tedavi başlanılmaktadır (63,64).

2.8. Enfeksiyöz Acil

Kanser hastalarının enfeksiyon nedeniyle gelişen şikayetler ile acil servise başvuru oranı %5,6 olarak tespit edilmiştir (87). Bu başlık altında enfeksiyöz acil olarak kabul edilen febril nötropeni konusuna değinilecektir.

2.8.1. Febril Nötropeni

Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA-Infectious Diseases Society of America) febril nötropeniyi, mutlak nötrofil sayısının 500 hücre/mm³'ün altında olduğu ve 48 saat içinde <500 hücre/mm³ olacağı öngörülen nötropeni ile beraber, tek bir ölçümde ateşin 38.3⁰ C saptanması ve bir saat süreyle 38⁰ C üzerinde bulunan vücut sıcaklığı olarak tanımlar (66,67). Derin (profound) nötropeni ise mutlak nötrofil sayısının 100 hücre/mm³'ün altında olmasıdır. Normal nötrofil sayısı ise 1500-3000 hücre/mm³ aralığındadır. Kemoterapi, radyoterapi, primer hematolojik maligniteler (aplastik anemi, lösemiler v.b.), kemik iliği metastazları ve kortikosteroidler febril nötropeniye neden olur. Nötropeni sırasında ateş çok ciddi bir sonuç olabilir (66,67). Febril nötropenili hastalar yüksek mortalite riski altındadır ve bu nötropenik komplikasyon onkolojik bir acil durum olarak kabul edilir.

Belirti: Ateş genelde tek güvenilir semptom olarak kabul edilmiştir (65). Karın ağrısı, GİS mukoziti, perirektal ağrı, şiddetli sepsis, taşikardi, konfüzyon ve dispne olarak görülebilmektedir.

Febril nötropeni ile başvuran hastaların risk değerlendirmesi Ulusal Kapsamlı Kanseri Ağ (NCCN-The National Comprehensive Cancer Network) ve diğer kurumların ortak karar verdiği Çok Uluslu Kanser Destekleyici Bakım Derneği (MASCC-Multinational Association for Supportive Care in Cancer) risk indeksi kullanılmaktadır. MASCC puanlarına göre skoru 26 puanın altında olan hastalar düşük riskli kabul edilir ve ayakta tedavi gören hasta olarak tedavi edilirken, skoru 21 puanın üzerinde olan hastalar yüksek risk altındadır ve hastaneye yatışı uygun görülmektedir (66,67). MASCC risk indeksi Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: MASCC Risk İndeksi

MASCC Risk İndeksi		Puan
1. Hastalık Yüğü	- Semptomsuz veya minimal semptom	5
	- Orta derecede semptomlar	3
	- Ciddi semptomlar	0

Tablo 2: MASCC Risk İndeksi (Devam)

MASCC Risk İndeksi		Puan
2. Komorbitide	- Sistolik kan basıncı >90 mmHg	5
	- KOAH olmaması	4
	- Solid tümör varlığı veya hematolojik malignite ile birlikte daha önce fungal enfeksiyon öyküsü olmaması	4
	- Parenteral sıvı ihtiyacı olmayan dehidratasyon	3
3. Ateş	- Nötropenik ateşin hastane dışında başlaması	3
4. Yaş	- < 60 yıl	5
	- > 60 yıl	0

Tedavi: Geniş spektrumlu antibiyotikler IV yolla hızla başlatılır ve hastanın nötrofil sayısı düzelene kadar hasta takip edilmektedir (65,66,67). Antibiyotik tedavisinden sonra ateşi hala yüksek seyreden hastalarda 72. saatte genel durum iyi ise tedavi yedi güne tamamlanmaktadır (65,66,67). Akut lösemiler, lenfomalar, kök hücre nakli, miyelodisplastik sendromlar, aplastik anemi, kronik nötropeniler ve kemoterapiye bağlı nötropenide G-CSF (non-glikolize rekombinant metionil insan granülosit koloni uyarıcı faktörü) kullanılmaktadır (65,66,67).

2.9. Kas-iskelet Sistemi Acilleri

Kas-iskelet sistemi acili olarak kabul edilen patolojik kırıklar kanser hastalarının %15-40 oranında görülmektedir (68,70). Bu başlık altında patolojik kırıklar konusuna değinilecektir.

2.9.1. Patolojik Kırıklar

Kanser hastalarının %15-40 oranında patolojik kırıklar görülmektedir (68,70). Meme, akciğer, böbrek, tiroid ve prostat kanserlerinin metastaz olasılığı yüksek olan kafatası, kaburgalar, omurga ve pelvis kemikleridir (68,69,70). Kemik ağrısı, prostaglandinler ve sitokinler gibi salgılanan kimyasalların yapısal hasara, periosteal tarsiş'e, sinir osteolizisine neden olmasıyla ortaya çıkar. Bu kimyasallar hem osteoklastları aktive eder hem de ağrı nosiseptörlerin uyarır. Ağrı, derin ve yoğun, istirahatle, ağırlık taşıma ile şiddetlenen ve geceleri kötüleşen ağrı olabilir (68). Tanı, radyolojik görüntüleme ile konulur.

Tedavi: Ağrının kontrolü, cerrahi ve kırığın immobilizasyonudur (68,70).

2.10. Ağrı

Kanser hastaları acil servislere en sık ağrı nedeniyle başvurmakta olup yapılan çalışmalarda acil servise ağrı şikayeti ile başvuru oranı %37,4 olarak belirlenmiştir (87). Ağrı, %75 oranında tümör yayılımına, %20 kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilere ve %5 oranında hastalıktan bağımsız nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (9,10,71). Kemoterapi kaynaklı ağrı nedenleri, GİS sorunları, mukozit, eklem ağrıları, kardiyomiyopati, pankreatit, ekstremitasyon, periferik nöropati, osteonekroz; radyoterapi kaynaklı, cilt yanıkları, fibrozis, pnömoni, ileus ya da gastrointestinal ülserler olabilmektedir (71,72). Ağrı yaşam kalitesini ciddi derecede düşüren, kanser hastalarında genellikle kronikleşen durumdur. Acil servise ağrı şikayeti ile başvuran hastanın detaylı anamnezi alınarak uygun yaklaşım belirlenmelidir. Ağrının öyküsü, yeri ve yayılımı, başlangıcı ve ne zamandır devam ettiği, türü ve niteliği, şiddeti, sıklığı, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler, kullanılan tedavi ve etkinliği mutlaka sorgulanmaktadır (72,73).

Tedavi: Kanser ağrısının tedavisinde WHO'nun belirlediği basamak yöntemi uygulanır. Bu yöntemle göre orta şiddetli ağrılarda non-opioid anajesi (parasetamol, aspirin, diklofenak) ve adjuvan tedavi (antidepresan, antikonvülzan, kortikosteroidler); şiddetli ağrılarda zayıf opioid (kodein, proksifen), non-opioid analjezi ve adjuvan tedavi; çok şiddetli ağrılarda ise güçlü opioid (morfin, fentanil, meperidin) ve adjuvan tedavilerin birlikte uygulanır (71,72,73).

Kanser ağrısı, kanser hastalarında çok sık karşılaşılan bir durum olup yaşam kalitesini ciddi derecede düşüren ve olumsuz psikolojik etkileri de olan bir semptomdur (95). Ağrıya bağlı çok fazla olumsuz düşünceleri olan, çaresizlik ve yetersizlik duyguları içindeki hastaların daha şiddetli ağrı hissettikleri gözlemlenmektedir (95). Acil servise ağrı şikayeti ile başvuru oranı %37,4 olduğu görülmektedir (87). Bu sebeple ağrı tedavisinde amaç sadece ağrıyı dindirmek değil aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini de artırmaktır. Kanser ağrısını deneyimleyen ileri evre kanser hastaları ile yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışmada hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık, fiziksel ve sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamalarının diğer hastalara oranla daha düşük puanlar olduğu görülmektedir (95). Çalışmada ayrıca ağrı süresi ile yaşam kalitesi değerlendirilmiş olup ağrı süresi arttıkça fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ile mental sağlıkta azalma olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda ileri evre kanser hastalarının yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmektedir (95). Çalışmamızda kullandığımız EORTC-QLQ-C15-PAL ölçeği yaşam kalitesini fonksiyonel, emosyonel ve global sağlık alt boyutları ile yorgunluk, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı ve bağırsak obstrüksiyonu boyutlarında ele almış olup hastaya bütüncül bir yaklaşımda bulunmaktadır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi verilen bakımın da sonucunu doğrudan etkilemektedir (95,96).

2.11. Palyatif Bakım Gereksinimlerinin Tanınmasında Hemşirenin Rolü

Palyatif bakım ekibi, palyatif bakım hemşiresi, onkoloji doktoru, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve din görevlisi profesyonellerinden oluşmaktadır (32). Hemşire, hastanın bakımında primer odaktır. Hemşire, öncelikle hastayla iletişimde, hastanın eğitiminde, bakımında ve tedavi uygulamalarında önemli rol oynamaktadır. Hemşire tüm bu rolleri getirirken aynı zamanda hasta ve ailesinin fiziksel, psikolojik ve manevi gereksinimlerini de göz önünde bulundurmaktadır (89,90). Hemşirenin iletişim ve dinleme becerisi ile hastaya sağladığı bakım, hastanın yaşam kalitesini direkt etkilemekte olup doğru yaklaşım ile hastanın yaşam kalitesini artırmaktadır (89,92). İleri evre kanser hastalarına yaklaşım, diğer hastalardan farklı olmakla beraber daha stresli ve yorucudur (91). İleri evre ve terminal dönemdeki kanser hastaları ve yakınları durumu inkar etme, öfke duyma, depresyon, kendini yetersiz görme gibi tepkiler

verebilmektedir (91,92). Böyle durumlarda hemşire, hasta ve ailesinin kendisini ifade etmesini sağlar, diğer aile üyeleri veya hasta ile konuşamadığı konuları konuşmak için karşısındaki kişiyi cesaretlendirir, kafasındaki soru işaretlerinin azalmasına yardımcı olabilmektedir (91,92). Hemşire, objektif olarak bireyin duygularının farkında olarak ve duygularını ifade etmesi için destekleyerek güven ilişkisi ile önemsendiği ve kabul edildiği hissettirmektedir. Hasta ve ailesinin sosyal destek kaynakları belirlenerek ve bireylerin bu kaynakları kullanması sağlayabilir (91,92). Hasta ve ailesinin kullandığı olumlu veya olumsuz başetme yöntemleri tartışılıp, olumlu baş etme yöntemleri geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (90,92). Ailenin tedaviye ve bakıma katılımı sağlanarak, aile ile etkileşim düzeyi artırılmaktadır (89,90,92).

Etkin palyatif bakım verilmesinde hemşireler büyük roller üstlenmektedir. Bu sebeple hemşirelerin palyatif bakım alanında yeterli eğitimi alarak bilgi ve becerileri geliştirilmeli, karşılaşılabileceği sorunlarla baş etme yöntemleri desteklenmelidir (92,93). Ülkemiz sağlık bakanlığı palyatif bakım birimini ayrıcalıklı birim olarak belirlemiş olup bu alanda çalışan veya çalışacak olan hemşirelere Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Programı imkanı sunmaktadır.

Acil serviste çalışan hemşirelerin, hastaların ve özelinde kanser hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin tanılanması, hastaların yönlendirilmesi ve tedavi edilmesinde önemli rolleri vardır. Bu nedenle acil servisler kanser hastalarının palyatif bakım gereksinimlerinin tanılanması adına önemli bir birimdir.

2.12. Acil Servise Başvuran Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri

Acil servisler, palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların en sık görüldüğü ancak bu alanda gereksinimlerin daha az yapılandığı servislerdir. Palyatif bakım ihtiyaçları olan hastalar, genellikle yaşam kalitesini artırmak için tedavi desteği, tavsiye ve semptom kontrolü için acil servise başvurumaktadırlar (87). Ülkemizde, yaptığımız literatür taraması sonucuna göre acil servise başvuran kanser hastalarının palyatif bakım gereksinimleri üzerine yapılan sayılı araştırmaya rastlanmıştır (32). Güney'in acil servise başvuran ve palyatif bakım ihtiyaçları olan hastaların belirlenmesi üzerine yaptığı çalışmada, sadece kanser hastaları değil bütün hastalar değerlendirilmektedir

(32). Çalışmada Karnofsky performans skalası, Edmonton semptom tanılama ölçeği ve Speed performans skalaları kullanılmış olup genel olarak hastaların yardım ve bakıma ihtiyaç duydukları görülmektedir (32). Yurtdışında bu konuyla ilgili birçok çalışma mevcuttur (6,8,15,16,17,18,81,85). Kistler ve arkadaşları tarafından ABD’de yapılan bir çalışmada acil servise palyatif bakım entegrasyonu denenmiş, acil servis sağlık personelinin kanser hastalarını palyatif bakıma konsülte etmeleri istenmiş, palyatif bakım ekibi hastayı değerlendirerek uygun tedaviyi belirlemiştir (85). Araştırma sonucunda ihtiyacı olan hastaların palyatif bakıma erken yönlendirilmesi gerçekleştirilmiş ve palyatif bakım ünitesi onkolojiye danışarak o alana da hasta yatışını sağlamıştır (85). Acil servise başvuran hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin incelendiği araştırmada hastaların en sık karşılaşılan semptomların yorgunluk, ağrı, iştahsızlık ve bulantı olduğu; genel olarak hastaların özel bakım ve yardıma ihtiyaç duydukları görülmektedir (32). Bizim çalışmamız bu konuyu da kapsamak ile birlikte konunun önemi üzerinde durmaktadır.

Konuyla ilgili yurtdışında yapılan çalışmalarda kanser hastalarının acil servislere en sık başvuru nedenleri ağrı, dispne, bulantı-kusma ve iştahsızlık olduğu bilinmektedir (8,15,16,18). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kanser hastalarının %70’inin palyatif bakım takibi ve %72’sinin evde bakım hizmeti almadığı tespit edilmiştir (32). Acil serviste palyatif bakım ihtiyaçlarının erken tespiti, daha iyi yönetime ve fiziksel, ruhsal, psikolojik ve sosyal sorunlar için önem arz etmekte olup semptomların etkin yönetilmesini sağlayacak ve yaşam kalitelerinin iyileşmesine yardımcı olacaktır. Bu durumun acil servis başvurularını azaltması beklenmektedir (85,87,94).

Bu bağlamda çalışmamız acil servise başvuran ileri evre kanser hastalarının palyatif bakım ihtiyaçlarının erken dönemde belirlenmesine ve kanser hastalarının alanında uzman hekim ve hemşireler tarafından değerlendirilip daha kaliteli sağlık hizmeti alması için önemli bir adımdır. Çalışmamız ile acil servise palyatif bakımın entegrasyonun önemi üzerinde durarak, acil servislere başvuruların azaltılabileceği aynı zamanda kanser hastalarının yaşam kalitelerinin artacağı yönünde yapılanmaya hizmet edeceğini düşünmekteyiz.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servislerine başvuran ileri evre kanser hastalarına yönelik yapılan müdahaleler ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servislerinde yürütülmüştür. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisi triaj alanı, yeşil alan poliklinikleri, sarı muayene alanı, kritik bakım ve yakın gözlem alanı, acil yoğun bakım, travma müdahale alanı ve acil servis gözlem alanı olmak üzere yedi bölümden oluşmaktadır. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisi triaj alanı, yeşil muayene alanı, sarı muayene alanı, kırmızı alan, travma müdahale alanı ve acil servis gözlem alanı olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır.

Tablo 3: Araştırma Planı ve Takvimi

Mart - Mayıs 2020	Literatür taraması
	Konunun belirlenmesi
Temmuz - Kasım 2020	Tez önerisi sunumu ve kabulü
	Etik kurul onayı
Nisan - Ağustos 2021	Veri toplama süreci
Eylül - Aralık 2021	Verilerin girilmesi
	Verilerin analizi
Ocak - Nisan 2022	Tez yazım süreci
	Rapor hazırlama
Haziran 2022	Yüksek lisans tez savunma sınavı

Araştırma planı ve takvimi Tablo 3'te gösterilmiştir. Araştırma Mart-Mayıs 2020'de literatür taraması ile başlamış olup Temmuz - Kasım 2020'de tez önerisi jüriye sunularak kabul edilmiştir ardından etik kurul onayı alınmıştır. Nisan - Ağustos 2021'de veriler toplanmıştır ve Eylül - Aralık 2021'de veriler istatistik programına girilerek analizleri yapılmıştır. Ocak - Nisan 2022'de tez yazım süreci başlamış olup rapor hazırlanmıştır. Araştırma Haziran 2022'de tez savunma sınavı ile sonlandırılmıştır

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Çalışmanın evrenini, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servislerine başvuran kanser tanılı hastalar oluşturmuştur. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisi 60 yatak kapasiteli ve 65 hemşirenin görev aldığı bir birimdir. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisi 32 yatak kapasiteli ve 44 hemşirenin görev aldığı bir birimdir.

Araştırmanın örneklemine ise Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servislerine başvuran kanser tanılı hasta sayısı bilinmediği için evreni bilinmeyen örneklem yöntemi ile hesaplanarak örneklem büyüklüğü 159 olarak belirlenmiştir.

Araştırma literatür taraması ile Mart - Mayıs 2020'de başlamış; Haziran 2022'de tez savunma ile sonlanmıştır.

Örneklem Hesaplanması: Evreni bilinmeyen örneklem yöntemi ile G*Power istatistik programında Tanrıverdi ve ark (2014) acil servise başvuran kanser hastalarının başvuru nedenleri üzerine yaptığı çalışmada bakım izlem memnuniyeti baz alınarak üç grupta %80 güç, orta etki büyüklüğü ve 0.5 anlamlılık düzeyinde hesaplanarak örneklem sayısı 159 olarak belirlenmiştir (86).

3.3.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri: Araştırma kapsamına 18 yaş ve üstü, Türkçe konuşabilen, onkolojik ve ya hematolojik malignite tanısı almış ve kansere bağlı nedenlerle acil servise en az bir defa başvurusu olan, bilişsel fonksiyonları iyi olan, iletişim kurabilen, araştırmacı ile işbirliği yapabilen, araştırmaya katılmaya istekli olan ileri evre kanser hastaları dahil edilmiştir (8,12,15,28). Kanser hastasının ileri evre olması, dosyasında “metastatik”, “sıçramış”, “lokal ileri evre”, evre III, evre IV, tekrarlayan, rezeke edilemeyen, cerrahi için uygun olmayan, cerrahi/radyasyonu

reddeden, karında asiti olan, nakil adayı olmayan/uygun değil, kapsamlı evre, bölgesel lenf nodu sıçramış ifadelerinden herhangi biri olan hastalar olarak belirlenmiştir (44).

3.3.2. Araştırmanın Dışlama Kriterleri: Araştırma kapsamına 18 yaş ve altı, Türkçe konuşamayan, çalışmaya katılmak istemeyen, kanser ve ya kanser tedavisine bağlı semptomu olmayan, yeni tanı almış olan, iletişim kurulamayan hastalar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada anket verileri, araştırma kapsamına alınan hastalardan toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Kanser hastalarının Palyatif Performans Skalası ve EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuk sahipliği ve bakımından sorumlu olduğu kişi, tanı, tanı süresi, hastalığın evresi, metastaz durumu, uygulanan tedaviler ve başka kronik hastalığı olma, palyatif bakım takibi olup olmadığı, eğer alıyorsa bu bakım/tedavi yeter mi, acil servis takip süresi, konsültasyon istenip istenmediği, acil servisteki sonlanım durumu, yapılan müdahaleler hastaya ait bağımsız değişkenlerdir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında üç veri toplama aracından yararlanılmıştır.

1. Hastanın Bilgileri Anket Formu
2. Palyatif Performans Skalası (PPS)
3. EORTC-QLQ C15-PAL Ölçeği

3.6.1. Hastanın Bilgileri Anket Formu (EK I): Form, araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda oluşturmuştur (8,15,32). Formda, hastaların demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahipliği, eğitim durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, gelir durumu ve bakımından sorumlu olduğu kişi), tıbbi özelliklerine (tanı, tanı süresi, hastalığın evresi, metastaz durumu, uygulanan tedaviler ve başka kronik hastalığı olma) ve ek olarak palyatif bakım ünitesi takibi olup

olmadığı, acil servise başvuru nedeni, acil servis takip süresi, konsültasyon istenip istenmediği, acil servisteki sonlanım durumuna (taburculuk, klinik yatış, yoğun bakım yatış, exitus), hastanede yapılan müdahalelere (radyolojik müdahale, antibiyotik tedavisi, kan transfüzyonu, kateterizasyon, cerrahi müdahale, oksijen desteği, arteriyel kan gazı, diğer girişimler) ilişkin 22 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Palyatif Performans Skalası (PPSv2)(EK II): Anderson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen Palyatif Performans Skalası (PPS) hastanın hareket durumu, faaliyet ve hastalık bulgusu, öz bakım, beslenme ve bilinç düzeyi yönlerinden değerlendirilmesini sağlamaktadır (26). Derecelendirme düzeyi %0'dan başlayıp %10'luk artışlarla %100'e ulaşan skala, sağlık personelinin değerlendirmesi için geliştirilmiştir. Değerlendirme için en solda bulunan hareket durumundan başlanıp hastaya en uygun yüzdelik dilim bulunduktan sonra sırasıyla diğer sütunlardaki performans alanları da değerlendirilerek hastaya en uygun yüzdelik PPS skoru atanmaktadır. %0 puan ölüm anlamına gelir, %10'luk bir puan tam bağımlı hastayı, %100'lük bir puan ise özel bakım gerektirmeyen, normale aktivitelerini yapabilen hastayı tanımlamaktadır (26). PPS skoru %70 ve altı olan hastaların palyatif bakım desteği alması gerektiği belirlenmiştir (30). Ülkemizde PPS'nin geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapıldığı bir araştırma bulunmamasına rağmen tüm dünyada olduğu gibi hem klinik hem de araştırma alanında hastaların performans durumunun değerlendirilmesi amacı ile yaygın olarak kullanılmaktadır (27,28,29,31).

3.6.3. EORTC-QLQ C15-PAL Ölçeği (EK III): Bu ölçek, Grönvold ve arkadaşları (2006) tarafından palyatif bakım alan hastalarda kullanılmak üzere 30 maddelik ölçekten maddeler seçilerek 15 maddelik ölçek oluşturulmuştur. Madde toplam puan korelasyonlarının 0.70-1.00 arasında değiştiği, alt ölçeklerin alfa değerlerinin 0.40 ile 0.83 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup Cronbach's alfa değeri 0.93 ile 0.98 arasında değiştiği saptanmıştır (36). Ölçeğin, alt ölçek boyutlarının çoğu, diğerleriyle düşük ila orta düzeyde korelasyona sahipti. Orta düzeyde korelasyonlar, yorgunluk alt boyutu ile fiziksel alt boyutu (-0,41) ve uykusuzluk alt boyutu ile duygusal alt boyutu (-0,53)

arasındaydı. Diğer alt boyutlardan, bulantı/kusma alt boyutu ile iştah kaybı alt boyutu (0,31) ve uykusuzluk alt boyutu ile ağrı alt boyutu (0,22) arasında zayıf ilişkiler bulundu (36). Orijinal ölçekte beş madde içeren fiziksel fonksiyon alt ölçeği üç maddeye, dört madde içeren duygusal fonksiyon alt ölçeği iki maddeye, üç madde içeren yorgunluk alt ölçeği iki maddeye, iki madde içeren global sağlık durumu/yaşam kalitesi alt ölçeği bir maddeye ve iki madde içeren bulantı/kusma alt ölçeği bir maddeye indirgenmiştir. İki maddelik ağrı alt ölçeği ve tek maddelik nefes darlığı hissi, uykusuzluk, iştahsızlık ve kabızlık soruları değiştirilmeden bırakılmıştır. Ölçek dörtlü likert tipi ölçek olup 1-hiç'ten 4-çok'a kadar derecelendirilmektedir. Alt boyutlardan alınan puanlardan, fiziksel alt boyutundan alınan puan arttıkça fonksiyonel durumun iyi gittiğini, emosyonel alt boyutundan alınan puan azaldıkça fonksiyonel durumun iyi gittiğini göstermektedir (35,36).

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından genel durumu soruları cevaplamaya uygun olan hastalardan ve uygun olmayan hastaların yakınlarından anket ve ölçeklerdeki sorular hastalara ve/veya yakınlarına araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama sürecinde, hastanın tedavi aldığı tıbbi tanı; tıbbi tanıyı aldığı zaman; hastalığın evresi; hastalığın metastaz durumu; başka bir kronik hastalık varlığı bilgileri için hasta dosyasından yararlanılmıştır. Acil servise başvuru nedeni; acil serviste hastanın takip süresi; hastadan konsültasyon istenilme durumu; hastanın acil serviste sonlanım durumu; hastanede uygulanan girişimler araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Hastaların yaşam kaliteleri, Palyatif Performans Skalası (PPS) ve EQRTC QLQ C15-PAL ölçeği ile değerlendirilmiştir.

3.8. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS V25 programında, uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirildi. İstatistiksel analizin ilk adımı olarak normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edildi. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Palyatif Performans Skalası (PPS) ile EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğinde minimum -

maksimum, ortalama, standart sapma ve yüzdelerik değeri; Hastanın Bilgileri Anket Formunda yüzdelerik değeri kullanıldı. Ayrıca Palyatif Performans Skalası ile EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin saptanmasında Korelasyon testinden yararlanıldı. Önem düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece 18 yaş ve üzeri olan, Türkçe konuşabilen ve iletişim kurabilen hastaların dahil edilmesi araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı dönemde Covid-19 pandemisinin olması nedeniyle hastaların rutin takiplerinin ertelenmesi, onkoloji servisleri, yoğun bakım üniteleri ve palyatif bakım üniteleri de dahil olmak üzere hastanelerin alt yapısının ve hizmet alanının pandemi süreci nedeniyle değışmesi yine araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırma için İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23 Kasım 2020 tarihli, 2020/28-21 karar no'lu etik kurul kararı ile izin alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliklerinden ve ölçeklerin kullanımında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapan araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılmaya gönüllü olan genel durumu soruları cevaplamaya uygun olan hastalardan ve uygun olmayan hastaların yakınlarından anket ve ölçek uygulamalarından önce araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Acil servise başvuran ileri evre kanser hastalarına yönelik yapılan müdahaleler ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmamızda bulgular hastaların sosyodemografik ve hastalığı ile ilgili özelliklerin dağılımı, onkoloji hastalarının acil servis izlem durumlarının incelenmesi, hastaların Palyatif Performans Skalası ile EORTC QLQ-C15-PAL yaşam kalitesi ölçek puanlarının ve hastaların sosyodemografik özellikleri ile EORTC QLQ-C15-PAL ölçeğinin alt boyut puanlarının karşılaştırılması olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir.

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığı ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Tablo 4: Hastaların Sosyodemografik ve Tanı Geçmişine Yönelik Özelliklerin Dağılımı

n: 159	n	%
Cinsiyet - Kadın - Erkek	81 78	50,9 49,1
Yaş - 18-25 arası - 26-35 arası - 36-45 arası - 46 ve üzeri	6 29 20 104	3,8 18,2 12,6 65,4
Çocuk var ise; - 1 - 3 - 4 - 6 - 7 ve üstü	93 29 3	74,4 23,2 2,4
Eğitim düzeyi - İlkokul - Ortaokul - Lise - Üniversite	38 22 47 52	23,9 13,8 29,6 32,7

Tablo 4: Hastaların Sosyodemografik ve Tanı Geçmişine Yönelik Özelliklerin Dağılımı (Devam)

n: 159	n	%
Çalışma durumunuz - Çalışmıyor - Yarı/Tam zamanlı çalışıyor - Serbest meslek	98 55 6	61,6 34,6 3,8
Gelir durumunuz - Gelir giderden az - Gelir gidere eşit - Gelir giderden fazla	79 77 3	49,7 48,4 1,9
Birlikte yaşanan kişiler - Yok - Var	7 152	4,4 95,6
Birlikte yaşanan kişi/kurum varsa; - Bakım evi - Aile	8 144	5,0 95,0
Hastanın bakımından sorumlu olduğu kişiler - Yok - Var	131 28	83,0 17,0
Bakımından sorumlu olunan kişiler - Çocuk - Eş	26 2	92,9 7,1
Kronik hastalık varlığı - Yok - Var	84 75	52,8 47,2
Kronik hastalık çeşidi - Hipertansiyon - Diabetes Mellitus - Böbrek yetmezliği - Kalp hastalığı - Diğerleri (Hipotiroidi, hipotansiyon, KOAH, SVO, astım, epilepsi, parkinson, guatr, hiperlipidemi)	47 38 9 8 28	36,2 29,2 6,9 6,1 21,5

Tablo 4: Hastaların Sosyodemografik ve Tanı Geçmişine Yönelik Özelliklerin Dağılımı (Devam)

n: 159	n	%
Tanıyla alma süresi		
- 1-3 yıl	51	32,1
- 4-6 yıl	90	56,7
- 7 yıl ve üzeri	18	11,3
Hastalığın evresi		
- Evre 3	60	37,7
- Evre 4	99	62,3
Metastaz varlığı		
- Var	84	52,8
- Yok	75	47,2
Tanı		
- Onkolojik	121	84,7
- Hematolojik	38	15,3
Tedavi çeşidi		
- Kemoterapi	73	45,9
- Radyoterapi	1	0,6
- Kemoterapi ve radyoterapi	65	40,9
- Diğer	20	12,6

Çalışmaya dahil edilen 159 hastanın % 50,9'u kadın, %65,4'ü 46 yaş ve üzeri, %65,4'ü evli, %79,2'si çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Hastaların %32,7'sinin üniversite mezunu, %61,6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %49,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %95,6'sının birlikte yaşadığı kişiler olduğu veya kurumda kaldığı, %83'ünün herhangi birinin bakımından sorumlu olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %52,8'inin kronik hastalığı bulunmadığı, kronik hastalığı olanların %36,2'sinin hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir. Hastaların %56,7'sinin tıbbi tanıyla 4-6 yıl önce aldığı, %62,3'ünün hastalığının evre 4 olduğu, %52,8'inin metastaz varlığı bulunduğu, %45,9'unun kemoterapi tedavisi aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 5: Hastaların Performans Durumu ve Bakım Hizmeti Alma Durumlarına göre Özelliklerinin Dağılımı

	n	%
Performans durumu		
Kendi işlerini yapabiliyor	62	39,0
Kendi işlerini yardımla yapabiliyor	60	37,7
Kendi işlerini yapamıyor	37	23,3
Palyatif bakım alma durumu		
Yok	148	93,1
Var	11	6,9
Evde bakım hizmeti alma durumu		
Hayır	122	76,7
Evet	37	23,3
Finansal destek alma durumu		
Hayır	89	56,0
Evet	70	44,0

Hastalardan kendi performans durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde %39'u kendi işlerini yapabildiğini, %37,7'si kendi işlerini yardımla yapabildiğini, %93,1'inin herhangi bir kurumda palyatif bakım takibi bulunmadığı, %76,7'sinin evde bakım hizmeti almadığı ve %56'sının finansal desteği olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

4.2. Hastaların Acil Servis İzlem Durumlarının İncelenmesi

Tablo 6: Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin Dağılımı

Acil servise başvuru nedeni	n	%
Ağrı	82	31,7
Dispne	42	16,2
Bulantı - Kusma	41	15,8
Genel durum bozukluğu	18	6,9
Kilo kaybı - İştahsızlık	16	6,2
Karında şişlik	13	5,0
Çarpıntı	11	4,3
Ateş	8	3,1
Halsizlik	8	3,1
Nöbet	7	2,7
Diğerleri (Öksürük, kanama, göğüste sıkışma, fraktür, bradikardi, asit)	16	3,6

Kişilerin acil servise başvuru nedenlerine incelendiğinde sıklıkla %31,7'sinin ağrı, %16,2'sinin dispne, %15,8'inin bulantı-kusma, %6,9'unun genel durum bozukluğu ve %5'inin karında şişlik nedeniyle başvurdukları tespit edilmiştir. Hastaların diğer acil servise başvuru nedenleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 7: Hastaların Acil Serviste Takip Durumlarının Dağılımı

Hastadan konsültasyon istendi mi?	n	%
Hayır	18	11,3
Evet	141	88,7
Konsültasyon istenilen klinikler		
Dahiliye	107	49,8
Anestezi	54	25,1
Cerrahi	14	6,5
Nöroloji	12	5,6
Göğüs hastalıkları	13	6
Kadın hastalıkları	6	2,8
Kardiyoloji	6	2,8
Diğer (KBB ve ortopedi)	3	1,4
Acil serviste sonlanım durumu		
Klinik yatış	61	38,4
Taburcu	51	32,1
Yoğun bakım yatışı	37	23,3
Exitus	10	6,3
Acil serviste izlem süresi		
Min. - Max.	0,5 saat	5 saat
X	1,8899	
Std.	,79286	

Tablo 7: Hastaların Acil Serviste Takip Durumlarının Dağılımı (Devam)

Acil Serviste uygulanan girişimler	n	%
Radyolojik girişimler	74	46,5
Kan ürünleri transfüzyonu	11	6,9
Kateterizasyon	40	25,2
Cerrahi işlemler	2	1,3
Oksijen desteği	52	32,7
Diğer		
Arterial kan gazı	76	47,8
Kan ve İdrar Tetkiki	232	41,2
EKG	74	13,1
IV Hidrasyon	24	4,3
Entübasyon	18	3,2
İlaç tedavisi (Parasetamol, güçlü ve zayıf opioidler, acil ilaç kullanımı, antiemetik, bronkodilatörler, proton pompa inhibitörleri, kortikosteroidler, antiepileptikler, antikolinerjikler, elektrolit dengeleyiciler, NSAİİ, antibiyotik tedavisi)	222	41,9

Hastaların %88,7'sinden konsültasyon istenmiş olup konsültasyon istenilen kliniklerin %49,8 dahiliye, %25,1 anestezi, %6,5 cerrahi, %5,6 nöroloji, %2,8 kadın hastalıkları, %2,8 kardiyoloji, %1,4 diğer klinikler (KBB, ortopedi) olduğu belirlenmiştir. Hastaların %38,4'ünün acil serviste sonlanım durumunun klinik yatış, %32,1'inin taburcu, %23,3 yoğun bakım ve %6,3 exitus olduğu saptanmıştır. Hastaların acil serviste takip sürelerinin minimum yarım saat maksimum 5 saat ve ortalama $1,9 \pm 1,2$ saat olduğu belirlenmiştir. Hastalara, acil serviste uygulanan girişimler kategorize edilmiş olup yüzdeleri Tablo 7'de gösterilmiştir. Buna göre uygulanan

girişimler incelendiğinde %47,8 arterial kan gazı, %46,5 radyolojik girişimler, %41,9 ilaç tedavisi, %41,2 kan ve idrar tetkiki istemi, %32,7 oksijen desteği, %25,2 kateterizasyon, %13,1 EKG çekimi, %6,9 kan transfüzyon ürünleri, %4,3 IV hidrasyon, %3,2 entübasyon ve %1,3 cerrahi girişimler olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8: Acil Servise Ağrı, Dispne, Genel Durum Bozukluğu ve Bulantı-Kusma Şikayetleri ile Gelen Hastalara Uygulanan Girişimlerin Dağılımı

Ağrı Şikayeti	n	%	Dispne Şikayeti	n	%	Genel Durum Bozukluğu	n	%	Bulantı-Kusma	n	%
Kan ve İdrar Tetkiki	101	41,2	Kan ve İdrar Tetkiki	60	40	Kan ve İdrar Tetkiki	33	44	Kan ve İdrar Tetkiki	21	32,3
Zayıf Opioid	39	15,9	EKG	30	20	EKG	15	20	Antiemetik	17	26,2
Parasetamol	28	11,4	Bronkodilatör	17	8,2	Acil ilaç kullanımı	12	16	IV Hidrasyon	11	16,9
EKG	24	9,8	Entübasyon	10	6,7	Entübasyon	8	10,7	Parasetamol	7	10,8
IV hidrasyon	10	4,1	Kortikosteroid	10	6,7	IV hidrasyon	4	5,3	Proton Pompası İnhibitörü	5	7,7
Antiemetik	10	4,1	IV hidrasyon	8	5,3				EKG	3	4,6
Proton Pompası İnhibitörü	9	3,7							Güçlü Opioid	1	0,4
Antikolinergik	7	2,9									
NSAİİ	7	2,9									
Güçlü Opioid	1	0,4									

Tablo 8’de en sık görülen şikayetler olan ağrı, dispne, genel durum bozukluğu ve bulantı-kusma şikayetlerine yönelik uygulanan girişimlerin dağılımı gösterilmiştir. Buna göre hastalara uygulanan girişimler boyutuyla baktığımızda ağrı şikayeti ile gelen hastaların %41,2’sine, dispne şikayeti ile gelen hastaların %40’ına, bulantı-kusma şikayeti ile gelen hastaların %32,3’üne ve genel durum bozukluğu şikayeti ile gelen hastaların %44’üne kan ve idrar tetkiki istenilmiştir. Ağrı şikayeti ile gelen hastaların %9,8’ine, dispne şikayeti ile gelen hastaların %20’sine, bulantı-kusma şikayeti ile gelen

hastaların %6'sına ve genel durum bozukluğu şikayeti ile gelen hastaların %20'sine EKG istemi yapılmıştır. Ağrı şikayeti ile gelen hastaların %4,1'ine, dispne şikayeti ile gelen hastaların %5,3'üne, bulantı-kusma şikayeti ile gelen hastaların %16,9'una ve genel durum bozukluğu şikayeti ile gelen hastaların %5,3'üne IV hidrasyon uygulanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Palyatif Performans Skalası Sonuçlarının Dağılımı

Palyatif Performans Skalası	n (sayı)	% (yüzdelik)
%0	5	3,1
%10	5	3,1
%20	15	9,4
%30	7	4,4
%40	21	13,2
%50	13	8,2
%60	17	10,7
%70	24	15,1
%80	39	24,5
%90	13	8,2
%100	0	0,0

Hastaların Palyatif Performans Skalası sonuçlarının dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir. Buna göre hastaların %3,1'inin %0, %3,1'inin %10, %9,4'ünün %20, %4,4'ünün %30, %13,2'sinin %40, %8,2'sinin %50, %10,7'sinin %60, %15,1'inin %70, %24,5'inin %80 ve %8,2'sinin %90 görülürken hiçbir hastada PPS %100 görülmemiştir. PPS skoru %70 ve altı olan hastaların palyatif bakım desteği alması gerektiği belirlenmiştir. Genel olarak hastaların yardım ve bakıma ihtiyaç duydukları tespit edildi.

4.3. Hastaların Palyatif Performans Skalası ile EORTC QLQ-C15-PAL Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Araştırmada Kullanılan EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğine ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek ve Alt Boyutları	n	Min.	Maks.	Ort.	Std.
Fiziksel Alt Boyutu	159	3,00	12,00	8,1069	2,80955
Emosyonel Alt Boyutu	159	3,00	8,00	7,0252	1,43178
Yorgunluk Alt Boyutu	159	3,00	8,00	6,7925	1,24308
Global Sağlık Alt Boyutu	159	3,00	8,00	5,8931	1,21484
Ölçek Toplam Puanı	159	30,00	57,00	44,5031	6,66644

Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının dağılımları incelenmiş ve Tablo 10’da gösterilmiştir. Fiziksel alt boyutunun ortalaması 14,6429 ve standart sapması 5,60474 olarak hesaplanmıştır. Emosyonel alt boyutunun ortalaması 7,0252 ve standart sapması 1,43178 olarak belirlenmiştir. Yorgunluk alt boyutunun ortalamasının 6,7925 ve standart sapmasının 1,24308 olarak saptanmıştır. Global sağlık alt boyutu ortalaması 5,8931 ve standart sapması 1,21484 olarak hesaplanmıştır. Ölçek toplam puan ortalaması 44,5031 ve standart sapması 6,66644 olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11: EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Güvenilirlik Tablosu

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach Alfa	n
Fiziksel Alt Boyutu	,945	3
Emosyonel Alt Boyutu	,757	2
Yorgunluk Alt Boyutu	,755	2
Global Sağlık Alt Boyutu	,400	2
Ölçek Toplam Puanı	,911	14

Ankette bulunan soruların birbirleri ile tutarlılığı ve güvenilirliğinin tespiti için ölçek ve alt boyutlarına güvenilirlik analizleri uygulanmış ve Talo 11’de gösterilmiştir.

Bu çalışmada uygulanan EORTC QLQ-C15-PAL ölçeği 0,911 Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ile yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel alt boyutu 0,945 Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ile yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Emosyonel alt boyutu 0,757 Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ile oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır. Yorgunluk alt boyutu 0,755 Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ile oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Global Sağlık alt boyutu 0,400 Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ile düşük güvenilirlikte olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12: Hastaların EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğine Verdikleri Cevapların Dağılımı

EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeği	Hiç n %	Biraz n %	Oldukça n %	Çok n %
1.Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanırmısınız?	12 7,5	68 42,8	37 23,3	42 26,4
2.Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	4 2,5	55 34,6	49 30,8	51 32,1
3. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	36 22,6	51 32,1	29 18,2	43 27
4. Nefes darlığı çektiniz mi?	79 49,7	47 29,6	18 11,3	15 9,4
5. Ağrınız oldu mu?	0 0,0	53 33,3	66 41,5	40 25,2
6. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	3 1,9	33 20,8	74 46,5	49 30,8
7. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	2 1,3	19 11,9	54 34,0	84 52,8
8. İştahınız azaldı mı?	7 4,4	39 24,5	44 27,7	69 43,4
9. Bulantınız oldu mu?	28 17,6	87 54,7	19 11,9	25 15,7

Tablo 12: Hastaların EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğine Verdikleri Cevapların Dağılımı (Devam)

EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeği	Hiç		Biraz		Oldukça		Çok					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
10. Kabız oldunuz mu?	21	13,2	89	56,0	25	15,7	24	15,1				
11. Yoruldunuz mu?	0	0,0	13	8,2	68	42,8	78	49,1				
12. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	0	0,0	8	5,0	42	26,4	109	68,6				
13. Gerginlik hissettiniz mi?	0	0,0	11	6,9	30	18,9	118	74,2				
14. Bunalıma girdiniz mi?	6	3,8	36	22,6	13	8,2	104	65,4				
15. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	1 33	20,8	2 29	18,2	3 19	11,9	4 19	11,9	5 27	17,0	6 31	19,5

Tablo 12’de gösterilen ölçek puan dağılımına incelendiğinde “Geçtiğimiz hafta zarfında ağrınız oldu mu” sorusuna %41,5’i “Oldukça”, “Geçtiğimiz hafta zarfında nefes darlığı çektiniz mi” sorusuna %49,7’si “Hiç”, “Geçtiğimiz hafta zarfında uyumakta zorluk çektiniz mi” sorusuna %46,5’i “Oldukça”, “Geçtiğimiz hafta zarfında iştahınız azaldı mı” sorusuna %43,4’ü “Çok” ve “Geçtiğimiz hafta zarfında kabız oldunuz mu” sorusuna %56’sı “Biraz” şeklinde cevaplamıştır. İstatistiklere baktığımızda hastaların çoğunun ağrısı olduğu, uyumakta zorluk çektiği ve iştahının azaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 13: EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	n	Minimum	Maksimum	X	Std
Fiziksel Alt Boyutu	159	3,00	12,00	8,1069	2,80955
Emosyonel Alt Boyutu	159	3,00	8,00	7,0252	1,43178
Yorgunluk Alt Boyutu	159	3,00	8,00	6,7925	1,24308
Global Sağlık Alt Boyutu	159	3,00	8,00	5,8931	1,21484
Ölçek Toplam Puan	159	30,00	57,00	44,5031	6,66644

Tablo 13'te görüldüğü üzere fiziksel alt boyut puanının $8,1\pm 2,80$, emosyonel alt boyut puanının $7,02\pm 1,43$, yorgunluk alt boyut puanının $6,79\pm 1,24$ ve global sağlık alt boyutu puanının $5,89\pm 1,21$ olduğu saptanmıştır. Ölçek toplam puan ortalaması $44,50\pm 6,66$ olarak tespit edilmiştir.

4.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile EORTC QLQ-C15-PAL Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 14: Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Fiziksel Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	Std	Sıra Ortalama	p
Yaş					,000*
- 18-25 arası	6	5,6667	1,03280	40,50	
- 26-35 arası	29	6,4828	2,33942	52,90	
- 36-45 arası	20	6,1000	1,80351	47,73	
- 46 ve üzeri	104	9,0865	2,66990	96,04	
Cinsiyet					,340
- Kadın	81	7,9383	3,01805	76,62	
- Erkek	78	8,2821	2,58315	83,51	

Tablo 14: Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Fiziksel Alt Boyut Ortalamaların Karşılaştırılması (Devam)

	n	$\bar{X}$	Std	Sıra Ortalama	p
Medeni durum					,000*
- Evli	104	7,5000	2,45740	70,74	
- Bekar	55	9,2545	3,08652	97,51	
Çocuk sahipliği					,000*
- Yok	33	6,0909	2,28259	46,18	
- Var	126	8,6349	2,69994	88,86	
Eğitim düzeyi					,000*
- İlkokul	38	10,6579	2,23336	119,88	
- Ortaokul	22	9,2727	2,35396	99,05	
- Lise	47	6,9149	2,36671	60,94	
- Üniversite	52	6,8269	2,25546	60,03	
Çalışma durumu					,000*
- Çalışmıyor	98	9,1327	2,82711	96,26	
- Yarı/tam zamanlı çalışıyor	55	6,5636	1,86353	55,84	
- Serbest meslek	6	5,5000	1,37840	36,00	
Gelir durumu					,005*
- Gelir giderden az	79	8,8228	2,76776	91,58	
- Gelir gidere eşit	77	7,3636	2,70919	67,90	
- Gelir giderden fazla	3	8,3333	2,08167	85,67	
Birlikte yaşanan kişiler					,939
- Yok	7	8,1429	2,96808	81,29	
- Var	152	8,1053	2,81236	79,94	
Bakımdan sorumlu olunan kişiler					,018*
- Yok	131	8,3511	2,80638	83,94	
- Var	28	6,9643	2,57455	61,59	

Tablo 14: Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Fiziksel Alt Boyut Ortalamaların Karşılaştırılması (Devam)

	n	$\bar{x}$	Std	Sıra Ortalama	p
Metastaz varlığı					
- Yok	75	7,0533	2,57794	62,74	,000*
- Var	84	9,0476	2,68375	95,41	
Kronik hastalık varlığı					
- Yok	84	7,2857	2,45230	67,43	,000*
- Var	75	9,0267	2,91303	94,07	
Performans durumu değerlendirme					,000*
- Kendi işlerini yapabiliyor	62	5,5484	1,44492	37,60	
- Kendi işlerini yardımla yapabiliyor	60	8,6833	1,85483	91,31	
- Kendi işlerini yapamıyor	37	11,4595	1,44520	132,72	
Palyatif bakım hizmeti alma durumu					,000*
- Yok	148	7,8851	2,74425	76,51	
- Var	11	11,0909	1,86840	127,00	
Evde bakım hizmeti alma durumu					,000*
- Hayır	122	7,3115	2,58438	67,26	
- Evet	37	10,7297	1,72641	122,00	
Finansal destek alma durumu					,001*
- Hayır	89	7,4382	2,65841	69,38	
- Evet	70	8,9571	2,78420	93,50	

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklere göre Fiziksel alt boyutundan aldıkları toplam puanların ortalamaları karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmiştir. Buna göre bekar hastaların fiziksel alt boyut puan ortalamasının evli

hastaların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çocuk sahibi olan hastaların fiziksel alt boyut puan ortalamasının çocuk sahibi olmayan hastaların ortalamasından daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre “ilkokul” ve “ortaokul” grupları ile “lise” ve “üniversite” grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000$, $p=,007$, $p=,000$ ve $p=,005$). “İlkokul” ve “ortaokul” gruplarının ortalamalarının “lise” ve “üniversite” gruplarının ortalamalarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışma durumuna göre “çalışmıyor” grubu ile “yarı/tam zamanlı çalışıyor” ve “serbest meslek” grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,005$ ve $p=,000$). “Çalışmıyor” grubunun puan ortalamasının “yarı/tam zamanlı çalışıyor” ve “serbest meslek gruplarının ortalamalarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastaların gelir durumuna göre fiziksel alt boyutundan aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre “gelir gidere eşit” grubu ile “gelir giderden az” grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,003$). “Gelir giderden az” grubunun ortalamasının “gelir gidere eşit” grubunun ortalamasından daha fazla olduğu belirlenmiştir. Birlikte yaşadığı kişi gruplarına göre fiziksel alt boyutundan aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım evinde yaşayan grubun puan ortalamasının aile ile birlikte yaşayan grubun ortalamasından daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Hastanın palyatif bakım takibi olma durumuna göre fiziksel alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Palyatif bakım takibi olan hastaların ortalamasının palyatif bakım takibi olmayan hastaların ortalamasından daha fazla olduğu söylenebilir. Hastanın evde bakım hizmeti alma durumuna göre fiziksel alt boyutundan aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Evde bakım hizmeti alan hastaların ortalamasının evde bakım hizmeti almayan hastaların ortalamasından daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastalık sebebiyle maddi olarak devlet desteği alma durumuna göre fiziksel alt boyutundan aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmuştur ($p<0,05$). Maddi destek alan ortalamasının maddi destek almayan hastaların ortalamasından daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, birlikte yaşadığı kişi durumu değişkenleri ile Fiziksel alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ($p>0,05$)(Tablo 14).

Tablo 15: Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Emosyonel Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	$\bar{x}$	Std	Ortalama	p
Çalışma durumu					
- Çalışmıyor	98	7,1224	1,38672	82,65	,033*
- Yarı/tam zamanlı çalışıyor	55	6,9818	1,50912	80,01	,017*
- Serbest meslek	6	5,8333	0,98319	36,67	,002*
Performans durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?					
- Kendi işlerimi yapabiliyorum	62	6,6290	1,40530	66,69	,003*
- Kendi işlerimi yardımla yapabiliyorum	60	7,2333	1,38229	86,40	,007*
- Kendi işlerimi yapamıyorum	37	7,3514	1,43790	91,92	,018*

Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerine göre ölçeğin emosyonel alt boyutundan aldıkları toplam puanların ortalamaları karşılaştırılması Tablo 15’te gösterilmiştir. Çalışma duruma göre “Yarı/tam zamanlı çalışıyor” ve “çalışmıyor” gruplarının emosyonel alt boyutundan aldığı puan ortalamaları yüksek belirlenmiş olup emosyonel durumlarının diğer gruba göre daha kötü olduğu saptanmıştır ($p=,033$ ve $p=,017$). Hastaların performans durumlarını değerlendirmelerine göre “Kendi işlerimi

yapamıyorum” ve “kendi işlerimi yardımla yapabiliyorum” gruplarının puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş olup emosyonel durumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir ($p=,018$ ve $p=,007$).

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişi durumu, bakımından sorumlu olduğu kişi durumu, hastalığın evresi, metastaz durumu, kronik hastalık durumu, palyatif bakım takibi, evde bakım hizmeti alma, maddi destek alma değişkenleri ile emosyonel alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: Hastaların Palyatif Performans Skalasına Göre Yorgunluk Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Palyatif Performans Skalası	n	$\bar{x}$	Std	Sıra Ortalama	p
%0	5	8,0000	0,00000	127,50	,000*
%10	5	8,0000	0,00000	127,50	,000*
%20	15	7,8000	0,56061	118,77	,000*
%30	7	8,0000	0,00000	127,50	,000*
%40	21	7,4762	0,67964	103,71	,000*
%50	13	7,0769	1,03775	88,69	,000*
%60	17	7,2941	0,68599	95,32	,000*
%70	24	6,1667	0,86811	53,02	,007
%80	39	6,1538	1,20391	56,14	,008
%90	13	5,0769	1,25576	27,50	,007

* $p<0,05$

Araştırmaya katılan hastaların palyatif performans skalasına göre yorgunluk alt boyutundan aldıkları toplam puanların ortalamaları karşılaştırılması Tablo 16’da gösterilmiştir. Analiz sonucunda palyatif performans skalasına göre Yorgunluk alt boyutundan aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre “%0”, “%10”, “%20”, “%30”, “%40”,

“%50” ve “%60” gruplarının yorgunluk alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 17: Hastaların Palyatif Performans Skalasına Göre Global Sağlık Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Palyatif Performans Skalası	n	$\bar{x}$	Std	Sıra Ortalama	p
%0	5	8,0000	0,00000	148,00	,000*
%10	5	6,8000	1,64317	104,20	,000*
%20	15	6,0667	0,70373	89,20	,000*
%30	7	6,4286	1,27242	97,21	,000*
%40	21	6,0952	0,70034	90,57	,000*
%50	13	6,3846	1,32530	96,62	,000*
%60	17	6,2941	0,98518	95,41	,000*
%70	24	5,2917	0,85867	56,29	,007
%80	39	5,6410	1,30761	71,56	,058
%90	13	4,7692	1,09193	39,88	,009

*p<0,05

Hastaların palyatif performans skalasına göre Global Sağlık alt boyutundan aldıkları toplam puan Tablo 17’de gösterilmiş olup sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre “%0”, “%10”, “%20”, “%30”, “%40”, “%50” ve “%60” gruplarının global sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 18: Hastaların Palyatif Performans Skalası ile Acil Serviste Sonlanım Durumu Arasındaki İlişki

Hastanın Acil Serviste Sonlanım Durumu						
Palyatif Performans Skalası	Taburcu n %	Klinik yatış n %	Yoğun bakım yatışı n %	Exitus n %	p	
%0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	5 100,0	,000*	
%10	0 0,0	0 0,0	3 60,0	2 40,0		
%20	2 13,3	5 33,3	5 33,3	3 20,0		
%30	0 0,0	4 57,1	3 42,9	0 0,0		
%40	4 19,0	10 47,6	7 33,3	0 0,0		
%50	3 23,1	7 53,8	3 23,1	0 0,0		
%60	4 23,5	8 47,1	5 29,4	0 0,0		
%70	10 41,7	8 33,3	6 25,0	0 0,0		
%80	19 48,7	15 38,5	5 12,8	0 0,0		
%90	9 69,2	4 30,8	0 0,0	0 0,0		

*p<0,05 ve**Fisher's Exact testi

Araştırmaya katılan hastaların palyatif performans skalası ile hastanın acil serviste sonlanım durumu arasındaki ilişki incelenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (p<0,05). PPS skoru %0 ve %60 olan hastaların sonlanım durumunda çoğunlukla yoğun bakım yatışı ve Exitus olduğu gözlenmiştir. PPS skoru

%70 ve üzeri olan hastaların sonlanım durumunda çoğunlukla taburcu ve klinik yatış olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 19: Hastaların Palyatif Performans Skalası ile Acil Servise Gelme Nedeni Arasındaki İlişki

Hastanın Acil Servise Gelme Nedeni									
Palyatif Performans Skalası	Dispne		Ağrı		Genel Durum Bozukluğu		Bulantı- Kusma		İştahsızlık- Kilo kaybı
	n	%	n	%	n	%	n	%	n %
%0	3	60,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	0 0,0
%10	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0 0,0
%20	8	57,1	4	28,6	5	35,7	0	0,0	1 7,1
%30	1	16,7	3	50,0	2	33,3	0	0,0	1 16,7
%40	6	30,0	11	55 13,4	4	20,0	2	10,0	3 15,0
%50	3	42,9	4	57,1	0	0,0	1	14,3	2 28,6
%60	4	30,8	6	46,2	3	23,1	2	15,4	1 7,7
%70	6	25,0	16	66,7	0	0,0	5	20,8	1 4,2
%80	5	13,5	30	81,0	2	5,4	2	5,4	2 5,4
%90	1	10,0	8	80,0	0	0,0	1	10,0	1 10,0

*p<0,05

Araştırmaya katılan hastaların palyatif performans skalası ile hastanın acil servise gelme nedenleri arasındaki ilişki incelenmiş olup Tablo 19’da gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre hastanın acil servise gelme nedeni ile PPS arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). PPS skoru %0 ile %70 aralığında olan hastaların acil servise başvuru nedeni çoğunlukla dispne ve genel durum bozukluğu olduğu gözlenmiştir. PPS skoru %80 ve üzeri olan hastaların acil servise başvuru nedenin çoğunlukla ağrı ve iştahsızlık-kilo kaybı olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Kanser ülkemizde ve dünyada sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemidir. Hem hastalara hem de hasta yakınlarına manevi ve maddi kayıplara, sosyoekonomik yüke ve çeşitli zorluklara neden olmaktadır. Kanser hastalarının acil servislere başvuru nedeni sıklıkla hastalığın ve tedavinin beraberinde getirdiği semptomlardır. Semptomlar hastaların yaşamlarını tehdit edici düzeyde olabilir ve yüksek mortalite ile sonuçlanabilmektedir. Bu bağlamda acil servislerin amacı sorunlara hızlı ve kesin çözüm elde etmektir. Palyatif bakım kanserle mücadelede önemli bir yer tutmakta ve hem hastaya hem de ailesine sağlanan bütüncül yaklaşımla rahatlık ve güven ortamı oluşturmaktadır. Bu boyutta çalışmamızın tartışma kısmı Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığı ile İlgili Durumları, Onkoloji Hastalarının Acil Serviste İzlem Durumları, Hastaların Palyatif Bakım Gereksiniminin Değerlendirilmesi ve Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Tartışılması olmak üzere dört alt başlıkta ele alınmaktadır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığı ile İlgili Durumları

Çalışmamıza katılan hastaların %50,9'u kadın, %49,1'i erkek idi. Özçelik ve arkadaşlarının ileri evre kanser hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların %55,3'ü kadın ve %44,7'si erkek olduğu tespit edilmiştir (36). Kadınlarda yaş ortalaması $53,75 \pm 19,08$ olup, erkeklerde yaş ortalaması $57,55 \pm 17,64$ idi. Yaylacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerin yaş ortalaması $59,01 \pm 14,55$, kadınların yaş ortalaması $57,18 \pm 14,53$ tespit edilmiştir (21). Çalışmamızda kadın hasta sayısının fazla olması ve erkeklerin yaş ortalamasının daha yüksek olması literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiştir (21,36).

Çalışmamızda tüm hastalarda en sık görülen kanserler %21,6 oranında akciğer, %12,6 meme ve %12,6 kolorektal kanserler olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %52,8'inde metastaz olup en sık %17,5 akciğer ve %12,6 kolon metastazları tespit edilmiştir. Işıkber'in kanser hastaları ile yaptığı bir çalışmada hastalarda en sık görülen kanserler %28,7 gastrointestinal sistem kanserleri, %23,8 akciğer ve %18,8 meme kanseri olduğu tespit edilmiş; hastaların %95'inde metastaz varlığı belirlenmiş olup

metastazların bulunduğu organlar değerlendirilmemiştir (9). Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada en sık görülen kanserler %30 akciğer, %17 kolorektal ve %15 meme kanseri olduğu; hastaların metastaz durumları incelendiğinde %30’unda akciğer , %15’inde karaciğer ve %9’unda kemik metastazları tespit edilmiştir (86). Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir (9,86).

5.2. Onkoloji Hastalarının Acil Serviste İzlem Durumları

Çalışmamızda acil servise başvuru şikayeti en sık %31,7 ile ağrı (sırt ağrısı, karın ağrısı, baş ağrısı, göğüs ağrısı) olduğu belirlenmiştir. Diğer en sık başvuru şikayetleri ise %16,2 oranında dispne, %15,8 bulantı-kusma, %6,9 genel durum bozukluğu idi (Tablo 6). Başvuru semptomları, araştırmamızda ileri evre kansere sahip olan hastalar için uyumlu şikayetlerdi. Yaylacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise en sık başvuru %22,2 ile ağrı olduğu tespit edilmiş olup, Koçak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %30 oranında dispne olduğu belirlenmiştir (13,21). Caterino ve arkadaşlarının ABD’de yaptığı bir çalışmada kanser hastalarının acil servise en sık başvuru şikayetleri %62,1 ağrı, %34,4 nefes darlığı, %31,3 bulantı kusma olduğu belirlenmiştir (9). Tüm hastaların %52,8’inde organ metastazları görülmesi ağrı, dispne, bulantı-kusma ve genel durum bozukluğuna neden olduğu düşünülmektedir (8,9). Hastaların çoğunda bası yarası, yetersiz beslenme ve yetersiz özbakım olduğu gözlemlendi. Hastaların acil servise başvuru nedenlerini hastalığın ilerlemesi ve beraberinde getirdiği semptomlar oluşturmaktadır (Tablo 4, Tablo 10).

Araştırmamızda acil servise başvuran hastaların %46,5’inden radyolojik görüntüleme, %41,2’sinden ise kan ve idrar tetkikleri istenildiği tespit edilmiştir (Tablo 6), hastaların acil servis bekleme süresi ortalama üç saat olup literatür ile uyumludur (32,81). Verhoef ve arkadaşlarının New York’da yaptığı kohort çalışmasında hastalar birçok tanısal teste (%83 kan testi, %63 tanısal görüntüleme) tabi tutulmuş ve hastaların acil serviste bekleme süresi ortalama üç buçuk saat bulunmuştur (81). Gaziosmanpaşa’da yapılan çalışmada ise acil serviste bekleme süresi ortalama dört saat olduğu belirlenmiştir (32). Hastalara uygulanan bu girişimler acil serviste bekleme süresini uzatmakta ve zaten immün sistemi baskılanmış olan ileri evre kanser hastalarının enfeksiyon riskini artırmaktadır. Evde bakım ve palyatif bakım ünitesi

takibi ile hastaların kan ve idrar tetkikleri düzenli aralıklarla kontrol edilip, durumu erken tespit edilerek uygun müdahale, acil başvurusu gerektirmeden çözüme ulaştırılabilmektedir (15,17,85). Çalışmamızda hastaların %93'ü palyatif bakım desteği ve %76'sı evde bakım hizmeti almadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Bu bağlamda hastaların acil servis ziyaretleri sık olmaktadır ve yapılan çalışmalarda hastaların evde bakım hizmeti ve palyatif bakım desteği ile acil servis ziyaretlerinin azaldığı, hastaların yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda hastalardan %88,7 oranında konsültasyon istenildi ve bunun %49,8'ini dahiliye, %25,1'ini ise anestezi birimi oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 6). Koçak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %70'inin konsülte edildiği, en sık konsültasyonun ise %55 oranında dahiliye birimi olduğu; hastaların %61'inin taburcu edildiği tespit edildiği saptanmıştır (21). Fransa'da Kerrouault ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanser hastalarının hastaneye yatış oranı %81,3 olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde palyatif bakım bir uzmanlık alanı olmayıp dahiliye birimi içine entegre olduğundan konsültasyonların çoğunun bu sebeple dahiliye olduğunu, palyatif bakım ünitesine konsültasyon istenemediğini düşünmekteyiz. Yurtdışında palyatif bakımın acil servise entegrasyonu üzerine bir çok çalışma yapılmış olup ülkemizde bu konu üzerinde yeterince durulmamıştır (8,15,17,18,19). Richards ve arkadaşları, acil servise başvuran kanser hastalarının palyatif bakım ihtiyaçlarını değerlendirme amacıyla acil serviste kullanıma uygun bir ölçek geliştirme çalışması yapmışlardır (15). Geliştirilen ölçek, acil servis sağlık personelleri tarafından acil servise başvuran kanser hastaları üzerinde uygulanmış olup hastaların palyatif bakım ihtiyaçlarını değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda, geliştirilen ölçek ile kanser hastalarının palyatif bakım ihtiyaçları kısa sürede belirlenmiş ve acil servise başvuran kanser hastalarının tedavi ve bakım yönetiminde acil servis sağlık çalışanlarına yardımcı olduğu belirlenmiştir (15). Dudgeon ve arkadaşlarının Kanada'da palyatif bakımın acil servis dahil diğer birimlere entegrasyonun palyatif bakım hizmetlerine erişimi iyileştirmek, hasta bakımında verimliliği artırmak ve palyatif hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla bir çalışma yapmışlardır (99). Araştırma sonucunda acil servise başvuran palyatif bakım ihtiyacı olan kanser hastalarının, palyatif bakım ihtiyaçları daha erken

tanımlanmış, semptomları etkili yönetilmiş ve hasta bakımında verimliliğin arttığı tespit edilmiştir (99). Ülkemizde yapılan çalışmalarda daha çok acil servise başvuran kanser hastalarının profilleri, demografik özellikleri, şikayetleri, başvuru sıklıkları, mortalite ve morbidite oranları üzerinde durulmuştur (9,12,13,14,20,99). Acil servise başvuran kanser hastalarının palyatif bakım gereksinimlerinin tanımlanmasına yönelik çalışmalar bulunmamaktadır. Bu durum ise sağlık sistemimiz içine palyatif bakımın entegrasyonun zayıf olduğunu göstermektedir. Bir hastanenin kalbi olarak görülen ve ilk acil hastane girişlerinin yapıldığı acil servislere palyatif bakımın entegrasyonu sağlanmalıdır.

Hastaların acil servisteki sonlanım durumlarına baktığımızda %38,4'ünün klinik yatışı (kurum içi ve kurum dışı), %32,1'inin taburcu, %23,3'ünün yoğun bakım yatışı ve %6,3'ünün exitus olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6). Hastaların çoğunun konsültasyon sonrası klinik ya da yoğun bakım yatışı gerçekleştiğini ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların acil servise ciddi sağlık sorunları ile başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 18, Tablo 19). Yapılan araştırmalar hastaların yeterli palyatif bakım desteği almaları ile acil servise başvurularının ve hastaneye yatışlarının azalacağını göstermektedir (17,97). Kandarian ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir pilot çalışmada ileri evre kanser hastaları için acil serviste palyatif bakımın başlatılması araştırılmıştır (17). Araştırma için bir tıp doktoru, bir pratisyen hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir papazdan oluşan palyatif bakım ekibi oluşturulmuştur. Ekip, Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı kılavuzlarını kullanarak semptom yönetimi için önerilerde bulunmaktadır (17). Yüz hasta üzerinde yapılan çalışmada, acil servise başvuran ileri evre kanser hastalarını deney ve kontrol grupları olarak ikiye bölünmüş olup, elli hasta için palyatif bakım konsültasyonu istenilmiş ve diğer grup olan kontrol grubundaki elli hasta için istenmemiştir. Palyatif bakım ekibi, standart iletişim protokollerini kullanarak bakımın hedeflerini belirlemek, ileri yönergeleri tamamlamak ve zor haberleri (istenirse) iletmek için hastalar, aileleri ve bakım ekipleriyle bir araya gelmektedir. Öneriler kabul edilirse ekip, tedavi önerilerinin uygulanmasını ve sonuçlarını izlemek ayrıca yeni ve devam eden semptomları değerlendirmek için hastaları günlük olarak görmektedir (17). Hasta taburcu olduktan da sonra palyatif bakım ekibi hastayla iletişimde olup, palyatif bakım ihtiyaçlarını değerlendirerek, ihtiyacı olan hastaları

ayaktan tedavi palyatif bakım kliniğine yönlendirmektedir. Çalışmanın sonucunda hastaların yaşam kalitesi artmış, depresyon düzeyleri azalmış, acil servis başvuruları ve hastaneye yatış oranlarında azalma olduğu belirlenmiştir (17). Grudzen ve arkadaşlarının iki grupta yaptığı randomize kontrollü bir deneysel çalışmada acil servise başvuran ileri evre kanser hastalarının hemşire liderliğinde telefonla vaka yönetimi veya ayaktan palyatif bakımın başlatılmasının karşılaştırılmasının hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır (97). Hemşire liderliğindeki vaka yönetiminde görev alan hemşire palyatif bakım sertifikasına sahip olup, araştırma boyunca haftada bir veya hastanın ihtiyacına göre daha sık hasta ile irtibata geçmektedir. Ayaktan palyatif bakım grubuna yönlendirilen hastalar ise hastanede palyatif bakım uzmanı ve hemşiresi ile araştırma süresi boyunca yüz yüze görüşme sağlamaktadır. Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların kayıtları ve onamları alındıktan sonra hasta, randomize şekilde hemşire liderliğinde telefonla vaka yönetimine veya ayaktan palyatif bakıma yönlendirilmektedir (97). Araştırma sırasında, acil servise başvuran ileri evre kanser hastalarının, yaşam kalitesi, semptom yükü ve yalnızlık derecelerinin hastalık tipine göre farklılık gösterdiği, bu durumun hastaların palyatif bakım ihtiyaçlarının hastalık kategorisine göre de farklılık gösterdiği ayrıca kanser hastalarının hastalığın ilerlemesi ile fonksiyonel durumlarındaki hızlı düşüşe yeni başlamış olmalarından dolayı acil servise başvurularının artmasına neden olduğunu fark edilmiştir (98). Araştırma sonucunda, standart bakıma ek olarak palyatif bakım ile daha iyi yaşam kalitesi ve mental sağlığın yanı sıra semptom yönetimi ve hasta memnuniyetinin arttığı tespit edilmiştir (98). Çalışmamızda hastaların çoğunun palyatif bakım desteği almadığı ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 12, Tablo 13, Tablo 14, Tablo 15). Yapılan çalışmalar ışığında ülkemizde de yeterli palyatif bakım desteği ile hastaların yaşam kalitesi arttırılarak acil servise başvuru sıklıkları azaltılabileceği öngörülmektedir.

5.3. Hastaların Palyatif Bakım Gereksiniminin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kullandığımız Palyatif Performans Skalasına göre skala skoru %70 ve altı olan hastaların palyatif bakım desteği alması gerektiği belirlenmiştir (Tablo 9). Çalışmaya katılan hastaların %67,2'sinin PPS skoru %70 ve altındadır, ayrıca hiçbir

hasta PPS skorunu %100 olarak değerlendirmemiştir. Tokat Gaziosmanpaşa’da yapılan bir çalışmada hastaların %70’inin palyatif bakım ünitesi takibi olmadığı, %72,7’sinin ise evde bakım hizmeti almadığı belirlenmiş olup ayrıca hastalar Karnofsky Performans Skalası ile değerlendirilmiş, büyük bir kısmının sürekli özel yardım ve bakıma ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (32). Çalışmamızda hastaların palyatif performans skalası skoru sonucu literatür ile uyumludur. Araştırmamız sırasında Covid-19 pandemisi nedeniyle hastanelerin yapısında ve hizmet alanında değişiklikler yapılmış olup kanser hastalarının ihtiyacı olan palyatif bakım ünitelerinin sayısında azalmaya gidilerek bu alanların Covid-19 hastalarına hizmetleri artırılmıştır. Bu sebeple palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların takiplerinde aksamalar olmuş ve yeterli desteğe ulaşamamışlardır. Yapılan çalışmalarda hastaların düzenli palyatif bakım desteği ile yaşam kalitelerinin artırılabilceği, evde bakım hizmeti ile hastaların kendi yaşam alanlarında konforlu olabileceği tespit edilmiştir. Ülkemizde, palyatif bakım ünitelerinin sayısının yeterli düzeye getirilerek ve evde bakım hizmetinin yaygınlaştırılarak ileri evre kanser hastalarının yaşam kaliteleri artırabilir.

Çalışmamızda ileri evre kanser hastalarının acil servise en sık ağrı, dispne, genel durum bozukluğu ve bulantı-kusma nedenleriyle başvurdıkları saptanmıştır. Caterino ve arkadaşlarının ABD’de yaptığı çalışmada, acil servise ağrı şikayetiyle gelen hastalara hafif ağrılarda %31,3 oranında zayıf (kısa etkili) opioid, %15,3 oranında parasetamol, %7,1 oranında güçlü (uzun etkili) opioid, %5,8 oranında NSAİİ; orta ve şiddetli ağrılarda %52,3 oranında zayıf (kısa etkili) opioid, %17,9 oranında parasetamol, %11,9 oranında güçlü (uzun etkili) opioid; bulantı kusması olan hastalarda ise %24,2 oranında herhangi bir antiemetik tedavisi uygulanmıştır (10). Patel ve arkadaşlarının ABD’de yaptığı bir çalışmada ise akut ağrılı opioid toleranslı kanser hastaları ele alınmış ve acil servise başvuran kanser hastalarının üçte birinde acil serviste verilen opioid dozunun, hastaya order edilen ve kendisinin kullandığı opioid dozundan daha düşük miktarda olduğu tespit edilmiştir; en sık uygulanan opioid ise IV yolla hidromorfindir (22). Özcan ve arkadaşlarının algoloji kliniğine başvuran pankreas kanserli 60 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların hepsine zayıf opioid uygulandığı belirlenmiştir (84). Çalışmamızda da güçlü opioid kullanımının en az düzeyde olduğunu belirlenmiştir.

Bunun sebebi European Association for Palliative Care (EAPC) raporuna göre güçlü opioidlere fiziksel veya psikolojik bağımlılık korkusu ile hekimlerin yasal prosedürler nedeniyle opioid reçeteleme konusunda isteksiz oldukları tespit edilmiştir (83). Yurtdışında yapılan çalışmalarda hastaların zayıf opioid ve parasetamol grubu ilaçlarla kanser hastalarının ağrı kontrolünün yeterli düzeyde sağlanamadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda ülkemizde kanser hastalarının ağrı kontrolünün yeterli düzeyde sağlanmadığını söyleyebiliriz. Halbuki ileri evre kanser hastalarının ciddi derecede ağrısı olmakta ve acil servise en sık ağrı şikayeti ile başvurmaktadır (Tablo 6). Hastaların ağrı şiddeti arttıkça yaşam kalitesi düşmekte ve diğer semptomları da beraberinde getirmektedir. Yeterli ağrı kontrolü sağlandığında hastanın yaşam kalitesi yükselecek olup konforu artacaktır.

Bulantı-kusma şikayeti ile başvuran hastaların %16,2'sine herhangi bir antiemetik, %16,9'una IV hidrasyon uygulandığı belirlenmiştir (Tablo 6). Dispne şikayeti ile gelen hastalardan oksijen desteğinin yanı sıra %8,2'sine bronkodilatör, %6,7'sine kortikosteroid kullanılmıştır (Tablo 6). Aydın'ın yaptığı bir derleme çalışmada hastalara en başta oksijen tedavisi, sonrasında ise hastanın ihtiyacına göre bronkodilatör ve kortikosteroid tedavileri uygulandığı belirtilmiştir (84). Genel durum bozukluğu şikayeti olan hastalardan %16 oranında acil ilaç kullanımına başvurulmuş, hastaların %10,7'sine entübasyon uygulanmıştır. Bu oranlar, hastaların çok ciddi semptomlar ile acil servise başvurdıklarını göstermektedir. Çalışmamızda PPS skoru %0 ile %70 aralığında olan hastaların acil servise başvuru nedeni çoğunlukla dispne ve genel durum bozukluğu olduğu, PPS skoru %80 ve üzeri olan hastaların acil servise başvuru nedeninin çoğunlukla ağrı ve iştahsızlık-kilo kaybı olduğu tespit edilmiştir. Güney'in acil servise başvuran palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %54,66'sının kanser hastası olduğu ve acil servise en sık ağrı, iştahsızlık ve bulantı semptomları ile başvurduğu tespit edilmiştir (32). Afşar ve arkadaşının kanser hastalarında ağrı üzerine yaptığı bir çalışmanın sonucunda, kanser hastalarında ağrı şiddetinin arttıkça hastalarda bulantı-kusma, iştahsızlık ve kilo kaybının da paralel şekilde arttığını saptanmıştır (99). Çalışmamız verileri literatür ile uyumlu olup, ileri evre kanser hastalarının palyatif bakım ihtiyacının fazla olduğu belirlenmiştir.

Hastaların ağrı şiddetinin artması ile birlikte bulantı-kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı semptomları da ortaya çıkarak yaşam kalitesi düşmektedir. Ağrı kontrolü yeterli düzeyde sağlandığında ileri evre kanser hastalarının yaşam kalitesi ve palyatif performans skorları da artacaktır. Hastaların düzenli şekilde palyatif bakım desteği ve evde bakım hizmeti alması ile birlikte hem bakım vereni hem de hasta bu durumda olumlu etkilenecek olup acil servis başvuru sıklığının azalacağı da düşünülmektedir. Çalışmamızın yapıldığı dönemde Covid-19 pandemisinin de etkisiyle hastaların son ana kadar acil servise başvuruda çekimser kaldıkları düşünülmektedir.

5.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Tartışılması

Araştırmamızda kullandığımız diğer ölçeğimiz olan EORTC QLQ C15-PAL ölçeğinin sonuçlarında hastaların çoğunun ağrısı olduğu, uyumakta zorluk çektiği, yorgun hissettiği, iştahının azaldığı ve kabızlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 12). Hastaların %93,1'inin palyatif bakım takibi bulunmadığı, %76,7'sinin evde bakım hizmeti almadığı tespit edilmiştir (Tablo 4). Bu oranların böylesine yüksek olmasının sebebinin, çalışmanın yapıldığı dönemde Covid-19 pandemisi nedeniyle hastanelerin yapısının değişmesi ve kanser hastalarının ihtiyacı olan palyatif bakım üniteleri ve evde bakım hizmetlerinin dönem koşullarına bağlı olarak azaltmak zorunda olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Kandarian ve arkadaşları tarafından New York'ta acil servise başvuran ileri evre kanser hastaları için sadece palyatif bakım ekibi ile beraber randomize kontrollü bir pilot çalışma yapılmıştır (17). Palyatif bakım ekibi bir doktor, bir pratisyen hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir dini görevliden oluşmakta olup kendilerinden konsültasyon istenildiğinde NCNN tarafından belirlenen yönergeler ile hastayı ele almaktadır. Hasta değerlendirildikten sonra hasta ve ailesine hastanın durumuyla ve tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi verilip, onay alınmaktadır. Hasta ve ailesinin onayı ile beraber hastanın durumuna göre yatarak veya ayaktan takip ve tedavisi başlatılmaktadır. Araştırma sonucunda, hastaların palyatif bakım takiplerinin daha kısa sürede başladığı, fiziksel ve emosyonel sağlık kalitesinin arttığı ve acil servise başvurularının azaldığı verileri elde edilmiştir (17). Hastalara evde bakım ve palyatif bakım hizmetleri sağlandığında hem

hastaneye yatışın azalacağını hem de hastanın daha konforlu bir duruma getirildiği saptanmıştır (17). Ülkemizde de benzer bir uygulama yapılması ile hastaların yaşam kalitesinde artış olacağı, ağrı kontrolü sağlanacağı ve diğer semptomların da (iştahsızlık, uyku problemleri, yorgunluk, kabızlık) azalacağı düşünülmektedir (Tablo 12). İleri evre kanser hastalarının acil servise başvuruları genellikle hastaneye yatışla sonuçlanmaktadır. Yaşam kalitesini düşüren semptomları ve acil palyatif bakım ihtiyaçları olan hastaların erken tanınması ve acil servis tarafından başlatılan palyatif bakım, bu hastaların yaşam kalitelerini iyileştirebilir.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile EORTC QLQ C15-PAL ölçeğinin fiziksel alt boyutundan aldıkları puanlara baktığımızda eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olan gruplarının; herhangi bir işte çalışmayan grubun ve gelirin giderinden az olduğu grubun fiziksel alt boyutundan aldıkları puanların daha yüksek olduğu ve fiziksel durumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Çalışmamızda hastaların %53,5'inin ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu; %61,6'sının çalışmadığı; %49,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Bu sonuçlara göre, eğitim düzeyi düşük olan grupların çalışmadığını ve dolaylı olarak gelir durumlarının daha az olduğunu söyleyebiliriz. Hastaların çoğunun palyatif bakım takibi olmaması ve evde bakım hizmeti almama oranlarının yüksekliği yine aynı şekilde hastaların eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle palyatif bakım kavramı hakkında bilgisinin olmadığı ya da yanlış bilgiye sahip olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü, ülkemizde sadece palyatif bakım ünitelerinde değil onkoloji servislerinde de palyatif bakım hizmeti verilmektedir fakat hastalar ve yakınları aldığı hizmetin farkında olmadığı ve adının palyatif bakım olarak geçmediği için palyatif bakım hizmeti almadığını düşünmektedirler. Ayrıca çalışma sırasında hasta yakınlarının, hastalarına yaklaşımda çekimser davrandığı, bazılarının hastadan umudunu kestiği için yeterince ilgilenmediği ya da ileri yaş olan hastaların yakınlarının hastanın yaşından dolayı içinde bulunduğu durumu normal karşıladığı gözlemlenmiştir. Bu yaklaşımın sonucu olarak hastalarının bakım yönünden genel görünümünün iyi olmadığı, hareketsizliğe bağlı bası yaraları olduğu, dehidrate ve yeterli beslenemedikleri, kişisel öz bakımlarının yetersiz kaldığı gözlemlenmiştir. Hastaların gelir durumlarının düşük olması nedeniyle kamu hastaneleri haricinde özel

kurumlardan destek alamaması, kamu harici kurumların maliyetlerini karşılayamaması ve ihtiyacı olan bilgi ve bakıma zamanında ulaşamamasını düşündürmektedir. Bu durumlar hastalara, yakınlarının yeterli bilgiye sahip olmayıp uygun bakımı veremediğini göstermektedir.

Palyatif bakımın acil servislere entegrasyonu şu an için ne kadar zor olsa da en azından ilerleyen süreçte önemli bir yer edineceği düşünülmektedir. Kanser hastaları için ayrıca oluşturulmuş bir acil servis, hem diğer acil servislerin yükünü hafifleteceği, hem de yeterli bilgi ve donanıma sahip sağlık personelleri ile hastalara uygun tedavi ve bakımın verilebileceğini düşündürmektedir. Kanser hastaları kronik bir süreç geçirmekte olup, acil servislere başvurdıklarında akut problemlerini iletmekte güçlük çekebilirler. Bu duruma etken ise hem hastaların devamlı takibinin acil servis çalışanları tarafından yapılmaması hem de hastaların tam olarak tedavi bilgilerini paylaşmamaları olarak düşünülebilir. Kistler ve arkadaşları tarafından ABD’de yapılan bir çalışmada acil servise palyatif bakım entegrasyonu denenmiş, acil servis sağlık personelinin kanser hastalarını palyatif bakıma konsülte etmeleri istenmiş, palyatif bakım ekibi hastayı değerlendirerek uygun tedaviyi belirlemiştir (85). Araştırma sonucunda ihtiyacı olan hastaların palyatif bakıma erken yönlendirilmesi gerçekleştirilmiş ve palyatif bakım ünitesi onkolojiye danışarak o alana da hasta yatışını sağlamıştır (85). Benzer bir çalışmanın ülkemizde de yapılmasının bu alanda atılacak önemli bir adım olduğunu düşünmekteyiz. Literatür taramalarımıza göre bildiğimiz kadarıyla ülkemizde bu yönde hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda çalışmamızda acil servise başvuru yapan ileri evre kanser hastalarının evde bakım hizmeti almadıkları ve palyatif bakım takibi olmadığı söylenebilir. Bu süreci yapılandırmak adına palyatif bakım ile acil servisin entegrasyonunun sağlanması önemli bir konudur.

6. SONUÇLAR

- Çalışma toplam 159 ileri evre kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirildi. Hastaların %68'i tanısını 2018 ve önceki yıllarda almış, %50,9'u kadın, %65,4'ü 46 yaş ve üzerinde, %61,6'sı herhangi bir yerde çalışmıyor ve %49,7'sinin geliri giderinden az idi.
- Hastaların %95,6'sının birlikte yaşadığı biri vardı ve bunların %95'i ailesi ile %5'i ise bakım evinde kaldığını ifade etmiştir.
- Hastalar en sık %21,6 akciğer, %12,6 kolorektal kanserler nedeniyle tedavi aldıkları belirlenmiştir. Hastaların %52,8'inin hastalığı metastaz yapmış olup en sık %17,5 oranında akciğer metastazı tespit edilmiştir.
- Acil servise en sık başvuru nedeni 82 hasta (%31,7) ağrı, 42 hasta (%16,2) ile dispne idi.
- Hastaların %88,7'sinden konsültasyon istendi, bu konsültasyonların %49,8'ini dahiliye birimi oluşturmuştur.
- Hastaların acil serviste sonlanım durumlarına baktığımızda en çok %38,4 oranında klinik yatış yapıldığı belirlenmiştir.
- Hastaların acil serviste takip sürelerinin minimum yarım saat maksimum 5 saat ve ortalama $1,9 \pm 1,2$ saat olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %93,1'inin palyatif bakım takibi bulunmadığı, %76,7'sinin evde bakım hizmeti almadığı tespit edilmiştir.
- Hastalara acil serviste uygulanan girişimler en sık %47,8'inin arterial kan gazı ve %46,5'inin radyolojik girişimler idi. Ayrıca diğer girişimler incelendiğinde en sık %41,2 oranında kan ve idrar tetkiki, %13,1 oranında EKG çekimi, %11 oranında parasetamol, %7,1 oranında zayıf opioid kullanımı belirlenmiştir.
- EORTC QLQ C15-PAL ölçeğinin sonuçlarında ise hastaların çoğunun ağrısı olduğu, uyumakta zorluk çektiği, yorgun hissettiği, iştahının azaldığı ve kabızlık sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.
- Palyatif bakım takibi olmayan ve evde bakım hizmeti almayan hastaların fiziksel alt boyutundan aldıkları toplam puanlar daha düşük olup, fiziksel durumlarının daha kötü olduğu tespit edilmiştir.

- Hastaların performans durumlarını değerlendirmelerine göre %23,3’ “Kendi işlerimi yapamıyorum” ve %37,7’si “kendi işlerimi yardımıyla yapabiliyorum” cevaplarını vermiş bu grupların emosyonel alt boyut puan ortalamalarının 7,02 olduğu görülmüş olup emosyonel durumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %67,2’sinin PPS skoru %70 ve altındadır, ayrıca hiçbir hasta PPS skorunun %100 olduğunu düşünmemiştir.
- Hastaların palyatif performans skalası ile hastanın acil serviste sonlanım durumu arasındaki ilişki incelendiğinde PPS skoru %0 ve %60 olan hastaların sonlanım durumunda çoğunlukla yoğun bakım yatışı ve exitus olduğu tespit edilmiştir.
- PPS skoru %0 ile %70 aralığında olan hastaların acil servise başvuru nedeni çoğunlukla dispne ve genel durum bozukluğu olduğu belirlenmiştir. PPS skoru %80 ve üzeri olan hastaların acil servise başvuru nedenin çoğunlukla ağrı ve iştahsızlık-kilo kaybı olduğu tespit edilmiştir.

7. ÖNERİLER

Çalışmamızda önerilerimizi aşağıda yer almaktadır:

- Acil servise en sık başvuru nedenleri olan ağrı, dispne ve iştahsızlık-kilo kaybı semptomları, evde bakım ve palyatif bakım ünitesi takibi ile kontrol altına alınabilir.
- Hasta ve ailesine hastanın beslenmesi, genel vücut bakımı, hastaya pozisyon verilmesi ve acil durumlar hakkında eğitimler verilebilir aynı zamanda anksiyeteleri azaltılabilir.
- Acil servise başvuran kanser hastalarının durumu değerlendirildikten sonra ihtiyaçları doğrultusunda palyatif bakıma yönlendirilebilir.
- Acil servislerin palyatif bakım üniteleri ve evde bakım hizmetleri ile iletişim ağının olması ve gerekli bilgilendirmelerin yapılması sağlanabilir.
- Acil serviste, başvuran kanser hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin hızlı tanınması adına ilgili ölçeklerin kullanılabilir.
- Evde bakım hizmeti ile hasta kendi alanında değerlendirilir ve yaşadığı ortamın hastanın bakımına elverişli olup olmadığı tespit edilerek, hasta yakınlarına ilgili kurum yönlendirmesi sağlanabilir.
- Acil servislere, palyatif bakımın entegre edildiği çalışmalar yurtdışında yapılmış olup olumlu sonuçlara ulaşılmıştır. Ülkemizde acil servislerde palyatif bakım yapılanması üzerine yapılacak çalışmalar, bu sistemin oturması açısından oldukça değerli olacaktır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation (WHO). Definition of Palliative Care [İnternet]. 2010 [Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Cancer Research UK. Palliative Treatment [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020] Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/palliative>
3. National Cancer Institute. Definition of Supportive Care [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/supportive-care>
4. World Health Organization. International Agency Research on Cancer. Estimated number of new cases, worldwide, both sexes, all ages [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/home>
5. Lamba S, Desandre Paul L, Todd Knox H, Bryant Evon N, Chan George K, Grudzen Corita R ve ark. Integration of Palliative Care into Emergency Medicine: The Improving Palliative Care in Emergency Medicine (IPAL-EM) Collaboration. Journal of Emergency Medicine, The Improving Palliative Care in Emergency Medicine Board. 2014; 46(2): 264-670.
6. Rondeau Dawn F, Schmidt Terri A. Treating Cancer Patients Who Are Near the End of Life in the Emergency Department. Emergency Medicine Clinics of North America. 2009; 27(2): 341-54.
7. George N, Phillips E, Zaurova M, Song C, Lamba S, Grudzen Corita R. Palliative Care Screening and Assessment in the Emergency Department: A Systematic Review. Journal of Pain and Symptom Management. 2016; 51(1): 108-119.
8. Işıkbek C. Onkolojik Acillerin Acil Servise Başvuru Sıklığının Değerlendirilmesi [uzmanlık tezi]. Adana: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2019.
9. Caterino Jeffrey M, Adler D, Durham Daniella D, Sai-Ching Jim Y, Hudson Matthew F ve ark. Analysis of Diagnoses, Symptoms, Medications, and Admissions Among Patients With Cancer Presenting to Emergency Departments. JAMA Network Open. 2019; 2(3): 1-3.
10. Joshi A, Ryan C, Olver I. Oncological Emergencies. Cancer Council; Australia. 2014; 5(2): 2-8.
11. Tokocin O, Çakmak F, İpekçi A, Tihan Deniz N, Ceylan D, Sutaşır Mehmet N ve ark. Factors Affecting the Morbidity and Mortality of Malignancy Patients Admitted to the Emergency Department. Phoenix Medical Journal. 2019; 1(1): 8-14.
12. Koçak S, Ertekin B, Polat M, Girişgin S, Kara H. Onkolojik Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenleri. Sakarya Medical Journal. 2012; 2(1): 16-20.
13. Canfeda S. Bulantı ve Kusma. Mendel NM, Ece T, Editörler. Ulusal Akciğer Kanseri Kongre Kitabı. Kapadokya: Türk Akciğer Kanseri Derneği; 2013. 188-189.
14. Wallace Elaine M, Cooney Mary C, Conroy M, Twomey F. Why Do Palliative Care Patients Present to the Emergency Department? Avoidable or Unavoidable?. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2012; 30(3): 253-256.

15. Richards Christopher T, Gisondi Michael A, Chih-Hung C, Courtney M, Engel Kirsten G, Emanuel L ve ark. Palliative Care Symptom Assessment for Patients with Cancer in the Emergency Department: Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department Instrument. *Journal Of Palliative Medicine*. 2011; 14(6): 757-764.
16. Kandarian B, Morrison Sean R, Richardson Lynne D, Ortiz J, Grudzen Corita R. Emergency Department-Initiated Palliative Care For Advanced Cancer Patients: Protocol For A Pilot Randomized Controlled Trial. *Trials*. 2014; 15(251): 1-7.
17. Wong J, Gott M, Frey R, Jull A. What Is The Incidence of Patients With Palliative Care Needs Presenting to the Emergency Department? A Critical Review. *Palliative Medicine*. 2014; 28(10): 1197-1205.
18. Brown J, Grudzen Corita R, Kyriacou Demetrios N, Obermeyer Z, Quest T, Rivera D ve ark. The Emergency Care of Patients With Cancer: Setting the Research Agenda. *Annals of Emergency Medicine An International Journal*. 2016; 14(6): 757-764.
19. Can N, Yolcu S, Beceren Nesrin G, Tomruk Ö. Acil Servisimize Başvuran Kanser Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin ve Acil Başvuruları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*. 2013; 3(2): 6-11.
20. Yaylacı S, Topuzoğlu A, Karcıoğlu Ö. Acil Servise Başvuran Kanser Hastalarının Klinik Karakteristikleri ve Bir Yıllık Sağkalımları. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2009; 19(4): 213-222.
21. Patel Pina M, Goodman Lauren F, Knepel Sheri A, Miller Charles C, Azimi A, Phillips G ve ark. Evaluation of Emergency Department Management of Opioid-Tolerant Cancer Patients With Acute Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017; 54(4): 501-507.
22. Yong An G, Pearce S. A Beginner's Guide To Factor Analysis: Focusing On Exploratory Factor Analysis. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2013; 9(2): 79-94.
23. Bakşi A, Dicle A, Anderson M. Beyin Tümörü Semptom Envanteri'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2010; 3(3): 123-136.
24. Yıldırım Kuzeyli Y, Çicek F, Uyar M. Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. *Pain Management Nursing*. 2009; 10(4): 220-228.
25. Anderson F, Downing George M, Hill J. Palliative Performance Scale (PPS): ANnew Tool. *Journal of Palliative Care*. 1996; 12(1): 5-11.
26. Dinçer M, Kahveci K, Döğ er C, Gökçınar D, Yarıcı Karhan A, Taş H. Factors Affecting The Duration Of Admission And Discharge In A Palliative Care Center For Geriatric Patients. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2016; 19(2): 74-80.
27. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğ ulları N, Koçak N, Oğ uz G. Palyatif Bakım Kliniğ inde Yatan Hastalarda Görölen Semptomlar ve Palyatif Bakımın Semptom Kontrolüne Etkisi. *Ağrı Dergisi*. 2015; 27(2): 104-110.
28. Awar Al Z, Kuziemy C. Persona Development and Educational Needs to Support Informal Caregivers. *Informatics for Health: Connected Citizen-Led Wellness and Population Health*. 2017; 235: 373-377.
29. Tara, A. Palliative Performance Scale (PPSv2). *Medical Care of the Dying*. 2006; 4: 120-121.

30. Lau F, Downing M, Lesperance M, Shaw J, Kuziemy C. Use of Palliative Performance Scale in End-of-Life Prognostication. *Journal Of Palliative Medicine*. 2006; 9(5); 1066-1075.
31. Güney H. Acil Servise Başvuran ve Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hastaların Yeni Bir Tarama Metodu İle Belirlenmesi, İhtiyaçlarının ve Semptom Şiddetlerinin Speed, Edmonton ve Karnofsky Skalaları İle İncelenmesi [uzmanlık tezi]. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
32. Bedard G, Zeng L, Zhang L, Lauzon N, Holden L, Tsao M ve ark. Minimal İmportant Differences İn The Eortc Qlq-C15-Pal To Determine Meaningful Change İn Palliative Advanced Cancer Patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2013; 12(1): 38-46.
33. Nunes Abau Hala N. The quality of life of Brazilian patients in palliative care:validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL). *Supportive Care in Cancer*. 2014; 22(6): 1595-1600.
34. Yavuzsen T, Güç Sevgen Z, Uğur Ö, Bektaş M, Öztop İ. Retesting The Psychometric Characteristics Of The European Cancer Research And Treatment Organization's Quality Of Life Questionnaire Palliative Care 15 Turkish Version (Eqrtc Qlq C15-Pal) And Evaluating The İnfluencing Factors. *Journal of Oncological Sciences*. 2018; 4(1): 35-39.
35. Özçelik H, Güzel Y, Sönmez E, Aksoy F, Uslu R. Reliability And Validity Of The Turkish Version Of The Eqrtc Qlq-C15-Pal For Patients With Advanced Cancer. *Palliative and Supportive Care*. 2016; 14(6): 628-634.
36. Milli Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri: Sindirim ve metabolik aciller [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 24 Mayıs 2021]. Erişim adresi: http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sindirim%20Ve%20Metabolik%20Aciller.pdf
37. Coiffier B, Altman A, Ching-Hon P, Younes A, Cairo Mitchell S. Guidelines for the Management of Pediatric and Adult Tumor Lysis Syndrome: An Evidence-Based Review. *Journal of Clinical Oncology*. 2008; 28(16): 2767-2778.
38. Berardi R, Torniai M, Lenci E, Pecci F, Morgese F, Rinaldi S. Electrolyte Disorders İn Cancer Patients: A Systematic Review. *Journal Of Cancer Metastasis and Treatment*. 2019; 5(79): 18-24.
39. Çiftçi Ahmet Ç. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Onkoloji Bölümüne Başvuran Onkolojik Acil Hastaların Değerlendirilmesi [uzmanlık tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
40. Peter Robsen. Metastatic Spinal Cord Compression: A Rare But İmportant Complication Of Cancer. *Clinical Medicine*. 2014; 14(5): 542-545.
41. Harold Adams P. Cancer and Cerebrovascular Disease. *Current Neurology and Neuroscience Report*. 2019; 19(10): 73.
42. Lin Andrew L, Avila Edward K. Neurologic Emergencies in The Cancer Patient: Diagnosis and Management. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2017; 32(2): 99-115.
43. Khandaker M, Espinoza R, Nishimura R, Sinak L, Hayes S, Melduni R ve ark. Pericardial Disease: Diagnosis and Management. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(6): 572-593.
44. Petrovsky M. Management of Malignant Pericardial Effusion. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*. 2014; 5(4): 281-289.

45. Gaspar L, Sharma P, Das R. Anemia in Malignancies: Pathogenic and Diagnostic considerations. *Hematology*. 2015; 20(1); 18-25.
46. Adamson John W. The Anemia of Inflammation/Malignancy: Mechanisms and management. *American Society of Hematology*. 2008: 159-165.
47. Yeşilbalkan U. Anemi ve Yorgunluk. Can G, Editör. *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*. İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning; 2013. 13-17.
48. Gündoğdu F. Trombositopeni. Can G, Editör. *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*. İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning; 2013. 25-30.
49. Gowda L, Hosing C. Hyperleukocytosis in Cancer Patients. *Oncologic Critical Care*. 2019; 78: 1147-1153.
50. Mudambi L, Miller R, Eapen G. Malignant Central Airway Obstruction. *Journal of Thoracic Disease*. 2017; 9(10): 1087-1110.
51. Oberg C, Folch E, Santacruz Jose F. Management of Malignant Airway Obstruction. *AME Medical Journal*. 2018; 3: 115-117.
52. Simoff M, Lally B, Slade, M, Goldberg W, Lee P, Michaud G ve ark. Symptom Management in Patients With Lung Cancer: Diagnosis and Management of Lung Cancer. *American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines*. 2013; 143(5): 455- 497.
53. Schmaier A, Ambesh P, Campia U. Venous Thromboembolism and Cancer. *Current Cardiology Reports*. 2018; 20: 89-99.
54. Kraaijpoel N, Carrier M. How I Treat Cancer-Associated Venous Thromboembolism. *American Society of Hematology*. 2019; 133(4): 291-298
55. Khalil J, Bensaid B, Elkacemi H, Afif M, Bensaid Y, Kebdani T ve ark. Venous Thromboembolism in Cancer Patients: An Underestimated Major Health Problem. *World Journal of Surgical Oncology*. 2015; 13: 204-221.
56. Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Malignant Bowel Obstruction in Advanced Cancer Patients: Epidemiology, Management, and Factors Influencing Spontaneous Resolution. *Cancer Management and Research*. 2012; 4: 159–169.
57. Gonçalves JAF, Faria M, Araujo V, Monteiro AR, Silva AV, Jamal S ve ark. Bowel Obstruction in Advanced Cancer. *Porto Biomedical Journal*. 2019; 4(6): 41.
58. Maluf-Filho F, Costa Martins B, Simas Lima M, Valdivia Leonardo D, Alves Retes F, Fabio Kawaguti S ve ark. Etiology, Endoscopic Management and Mortality of Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients With Cancer. *United European Gastroenterology Journal*. 2012; 1(1): 60-67.
59. Alberti L, Santos R, Castro D, Fonseca P, Key E, Neto S ve ark. Upper Gastrointestinal Bleeding in Oncological Patients. *Gastroenterology & Hepatology*. 2016; 4(6): 155-164.
60. Kalu Chukwuma O, Abudayyeh A. Hemorrhagic Cystitis in the Critically III Cancer Patient. *Oncologic Critical Care*. 2019; 1-10.
61. Linder Brian J, Chao Nelson J, Gounder Mrinal M. Hemorrhagic Cystitis in Cancer Patients [İnternet]. 2019. [Erişim Tarihi 12 Mart 2021]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/hemorrhagic-cystitis-in-cancer-patients>
62. Cohen Jordana B, Geara Abdallah S, Hogan Jonathan J, Townsend Raymond R. Hypertension in Cancer Patients and Survivors Epidemiology, Diagnosis, and Management. *JACC: CardioOncology*. 2019; 1(2): 238-251.
63. Souza Vinicius B, Silva Eduardo N, Ribeiro Mario L Martins Wolney A. Hypertension in Patients with Cancer. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2015; 104(3): 246-252.

64. Klastersky J, Naurois J, Rolston K, Rapoport B, Maschmeyer G, Aapro C ve ark. Management of Febrile Neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2016; 21(5): 111-118.
65. Rasmy A, Amal A, Fotih S, Selwi W. Febrile Neutropenia in Cancer Patient: Epidemiology, Microbiology, Pathophysiology and Management. *Journal of Cancer Prevention & Current Research*. 2016; 5(3): 77-84.
66. Maryam Lustberg B. Management of Neutropenia in Cancer Patients. *Clinical Advisor Hematology Oncology*. 2012; 10(12): 825–826.
67. Khodabukus F, Debattista M, Reynolds J, Horton P, Howarth S, Humphries B, Smith C. Guidelines for the Prevention of Pathological Fractures in Palliative Care. Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Strategic Clinical Network Standards and Guidelines [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 31 Kasım 2021]. Erişim adresi: https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/2514/2789/9749/Guidelines_for_the_Prevention_of_Pathological_Fracture_in_Palliative_Care_Final_March_30_2015.pdf?PDFPAT_HWAY=PDF
68. Vetter M, Huang J, Güth U. Pathological Fractures in Breast Cancer Patients With Bone Metastases. *Annals of Oncology*. 2014; 25(4): 116-136.
69. Willeumier Julia J, van der Linden Yvette M, van de Sande Michiel J, Dijkstra Sander P. Treatment of Pathological Fractures of the Long Bones. *EFORT Open Reviews*. 2016; 1(5): 136-145.
70. Haumann J, Joosten Bert A, van den Beuken-van Everdingen J. Pain Prevalence in Cancer Patients: status quo or opportunities for improvement?. *Supportive And Palliative Care*. 2017; 11(2): 99-104.
71. Karadakovan A, Aslan.E. Ağrı, Bölüm-9. Karadakovan A, Editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2019. 106-112.
72. Karataş Fatih. İleri Evre Kanseri Hastalarındaki Ağrının Tedavisinde Opioid Kullanımı. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2018; 10(2): 93-97.
73. Aygin D. Bulantı ve Kusma. *Sakarya Üniversitesi Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2016; 20(1): 44-54.
74. Charlotte L. Nausea and Vomiting in Palliative Care. *Clinical Medicine*. 2019; 19(4); 299-301.
75. Can G. Bulantı ve Kusma Bölüm - 3. Can G, Editör. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım Konsensus*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2017-2018. 43-62.
76. Durmuş M, Saldır M, Yapıcı A, Zor F, Avşar S, Gasimov T ve ark. Ekstravazasyon Yaralanmaları: Üç Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Türk Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Dergisi*. 2015; 23(1): 33-36.
77. Arslan D, Aysever U, Deniz S, Püllü S, Uğur Ö. Kemoterapi Tedavi Merkezine İlaç Tedavisi İçin Gelen Hastalarda Ekstravazasyon İnsidansı ve Nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2018; 11(2): 113-119.
78. David In-Chull H. Desensitization For Allergic Reactions To Chemotherapy. *Yonsei Medical Journal*. 2019; 60(2): 119-125.
79. Castells M. Diagnosis and Management Of Anaphylaxis in Precision Medicine. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2017; 140(2): 321-333.
80. Verhoef Joanne M, Nijs E, Horeweg N, Fogteloo J, Heringhaus C, Jochems A ve ark. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Supportive Care in Cancer*. 2019; 28(3): 1097–1107.

81. Kömürcü G. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Tuncer A, Editör. Türkiye’de Palyatif Bakım. Baskı 2. Ankara: Onur Matbaacılık; 2007. 116-124.
82. European Association for Palliative Care (EAPC). Report of the EAPC Task Force on the Development of Palliative Care in Europe: Turkey [İnternet]. 2006 [Erişim Tarihi 18 Aralık 2021]. Erişim adresi: http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/turkey.htm
83. Aydın G. Akciğer Kanserinde Sık Görülen Semptomlar ve Tedavi Yaklaşımları. Solunum Dergisi. 2005; 7(2): 85-94.
84. Kistler Emmett A, Morrison Sean R, Richardson Lynne D, Ortiz Joanna M, Grudzen Corita R. Emergency department-triggered palliative care in advanced cancer: proof of concept. Society for Academic Emergency Medicine. 2015; 22(2): 237-239.
85. Tanrıverdi Ö, Beydilli H, Yıldırım B, Karagöz Ü. Single Center Experience On Causes Of Cancer Patients Visiting The Emergency Department in Southwest Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2014; 15(2): 687-690.
86. Vandyk Amanda D, Harrison Margaret B, Macartney G, Ross-White A, Stacey D. Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: a systematic review. Support Care Cancer (2012) 20:1589-1599.
87. Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance (WHPCA). Annual Report 2020-2021 [İnternet]. 2021 [Erişim Tarihi 18 Aralık 2021]. Erişim adresi: <http://www.thewhpc.org/resources/whpca-publications-and-reports/item/whpca-annual-report-2020-22>
88. Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Palliative care nurses' spiritual caring interventions: a conceptual understanding. International Journal of Palliative Nursing. 2017; 23(4): 375-381.
89. Gijsbert Maria J, Liefbroer Anke I, Otten R, Olsman E. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of Recent European Literature. Journals of Medical Sciences. 2019; 7(2): 25-29.
90. Karaman S, Yılmaz E. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Haseki Hemşirelik Sempozyumu. 2015; 2(3): 271-284.
91. Yaşar Hasan A, Gürbüz M, Çay Şenler F. Palyatif Bakımda İletişim. Çay Şenler F, Editör. Onkolojide Palyatif Bakım. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. 27-32.
92. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. Haseki Hemşirelik Sempozyumu. 2017; 4(2): 132-135.
93. Mierendorf Susanne M., Gidvani V. Palliative Care in the Emergency Department. Permanente Journal. 2014; 18(2): 77-85.
94. Subaşı D. Kanser Ağrısını Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi [yüksek lisans tezi]. Mersin:Mersin Üniversitesi; 2010.
95. Arslan D, Tatlı Ali M, Üyetürk Ü. Kansere Bağlı Ağrı Ve Tedavisi. Abant Medical Journal. 2013; 2(3): 256-260.
96. Grudzen Corita R, Shim Deborah J, Schmucker Abigail M, Cho J, Goldfeld Keith S. Emergency Medicine Palliative Care Access (EMPallA): protocol for a multicentre randomised controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus nurse-led telephonic palliative care of older adults with advanced illness. BMJ Open. 2019; 9(1): 256-292.

97. Schmucker Abigail M, Flannery M, Cho J, Goldfeld Keith S, Grudzen Corita R. Data from emergency medicine palliative care access (EMPallA): a randomized controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus telephonic palliative care of older adults with advanced illness presenting to the emergency department. BMC Emergency Medicine. 2021; 21(1): 83.
98. Afşar F, Pınar R. Kanser Hastalarında Ağrı ve Ağrı ile Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003; 6(3): 19-28.

EKLER

9.1. EK-1: Hastanın Bilgileri Anket Formu

Hastanın Bilgileri Anket Formu					
Yaşınız	18 - 25 arası	26 -35 arası	36 - 45 arası	46 ve üzeri	
Cinsiyetiniz	Kadın	Erkek			
Medeni haliniz	Evli	Bekar			
Çocuk sahipliği	Yok	Var (Sayı belirtiniz.....)			
Eğitim düzeyiniz	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Çalışma durumunuz	Çalışmıyor	Yarı/Tam zamanlı çalışıyor		Serbest meslek	
Gelir durumunuz (Her ay elinize geçen net ücret)	Gelir giderden az	Gelir gidere eşit	Gelir giderden fazla		
Birlikte yaşadığınız kişiler	Yok	Var (Lütfen belirtiniz.....)			
Bakımından sorumlu olduğunuz kişiler	Yok	Var (Lütfen belirtiniz.....)			
Hangi tıbbi tanı ile tedavi alıyorsunuz? (Dosya bilgisi)					
Tıbbi tanıyı ne zaman aldınız? (Dosya bilgisi)					
Hastalığınız hangi evrede? (Dosya bilgisi)					

Hastalığınızın metastaz durumu var mı? (Dosya bilgisi)	Yok	Var (Lütfen belirtiniz.....)		
Hastalığınız ile ilgili hangi tedavi ya da tedavileri alıyorsunuz?	Kemoterapi	Kemoterapi ve Radyoterapi	Radyoterapi	Diğer (Açıklanınız)
Başka bir kronik hastalığınız var mı?	Yok	Var (Lütfen belirtiniz.....)		
Performans durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?	Kendi işlerimi yapabiliyorum.		Kendi işlerimi yardımla yapabiliyorum.	Kendi işlerimi yapamıyorum.
Herhangi bir kurumda palyatif bakım takibiniz var mı?	Yok	Var (Lütfen belirtiniz.....)		
Evde bakım hizmeti alıyor musunuz?				
Hastalığınız sebebiyle maddi olarak devlet desteği alıyor musunuz?				
Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.				
Acil servise başvuru nedeni				
Acil serviste hastanın takip süresi				
Hastadan konsültasyon istendi mi?				

Hastanın acil serviste sonlanım durumu	Taburcu Klinik yatış Yoğun bakım yatışı Exitus
Hastaya hastanede uygulanan girişimler	a.Radyolojik girişimler b.Antibiyotik tedavisi c. Kan ürünleri transfüzyonu d. Kateterizasyon e. Cerrahi işlemler f. Oksijen desteği g. Arterial kan gazı h. Diğer (.....)

9.2. EK-2: Palyatif Performans Skalası (PPSv2)

Palyatif Performans Skalası (PPSv2):					
PPS Düzeyi	Hareketlilik	Aktivite/Hastalık Bulgusu	Öz Bakım	Beslenme	Bilinç Düzeyi
%100	Tam	Normal aktivite Hastalık bulgusu yok	Tam	Normal	Tam
%90	Tam	Normal aktivite Bir miktar hastalık bulgusu	Tam	Normal	Tam
%80	Tam	Eforla normal aktivite Bir miktar hastalık bulgusu	Tam	Normal veya azalmış	Tam
%70	Azalmış	Normal iş/çalışma yapamaz Ciddi hastalık	Tam	Normal veya azalmış	Tam
%60	Azalmış	Ev işi/hobi yapamaz Ciddi hastalık	Bazen yardım gerekebilir	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
%50	Genellikle oturuyor/ uzanıyor	Hiç iş yapamaz Yayılmış hastalık	Epeyce yardım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
%40	Genellikle yatakta	Birçok aktiviteyi yapamaz Yayılmış hastalık	Genellikle yardım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya uykulu ±konfüzyon
%30	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktiviteyi yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya uykulu ±konfüzyon
%20	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktiviteyi yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Çok az yudum yudum	Tam veya uykulu ±konfüzyon
%10	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktiviteyi yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Sadece ağız bakımı	Tam veya koma ±konfüzyon
%0	Ölüm	-	-	-	-

9.3. EK-3: EORTC-QLQ C15-PAL Ölçeği

EORTC QLQ-C15-PAL (version 1)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı konularla ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün/ Ay/ Yıl):

Bugünkü tarih (Gün/ Ay/ Yıl):

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4	
2. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?		1	2	3	4
3. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?		1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

4. Nefes darlığı çektiniz mi?		1	2	3	4
5. Ağrınız oldu mu?		1	2	3	4
6. Uyumakta zorluk çektiniz mi?		1	2	3	4
7. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?		1	2	3	4
8. İştahınız azaldı mı?		1	2	3	4
9. Bulantınız oldu mu?		1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

10. Kabız oldunuz mu?		1	2	3	4
11. Yoruldunuz mu?		1	2	3	4
12. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?		1	2	3	4
13. Gerginlik hissettiniz mi?		1	2	3	4
14. Bunalıma girdiniz mi?		1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.

15. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5	6	7
	Çok kötü						Mükemmel

9.4. EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma; **Acil Servise Başvuran Kansere Hastalarına Yönelik Müdahaleler ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi** amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Araştırma kapsamında sizlerle yüz yüze görüşme yapılarak acil servisten aldığınız hizmete ve palyatif bakım ihtiyaçlarına yönelik sorular sorulacaktır. Katılımınız kanser hastalarının acil servislerde yeterli müdahale ve palyatif bakımın sağlanmasının belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler, isminiz kesinlikle gizli kalacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve değerlendirilecektir.

Yukarıda araştırmaya gönüllü katılacak olan kişiye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı.

Bu koşullar içerisinde araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya Katılacak Bireyin:

Adı - Soyadı:

Tarih:/...../.....

İmza.....

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı- soyadı: Ezgi Ayar

İmzası:.....

Tarih:/...../2021

9.4. EK-5: Kurum İzni

SDP : 604.01.99 - 99 - Diğer
Evrak No : 23708841-604.01.99-38429
Evrak Tarih : 09.04.2021



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Ezgi DURSUN'un çalışması hk.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : a) 25/12/2020 tarih ve 71211201-E-15563195-302.08.01-123022 sayılı yazı.
b) 12/02/2021 tarih ve 16169 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazılar ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ezgi DURSUN'un, Doç.Özlem UĞUR danışmanlığında, "Acil Servise Başvuran İleri Evre Kanseri Hastalarına Yönelik Yapılan Müdahaleler ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebine istinaden Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 09.03.2021 tarih ve 2021/08 sayılı kararında Sağlık Tesisleri tarafından değerlendirilmesi kararlaştırılmış idi.

Bahse konu çalışma ilgili hastaneler tarafından değerlendirilmiş olup ekte sunulan uygun görüşlere istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerekmekte olup, konunun başvuru sahibi Ezgi DURSUN'a tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Vali a.
Başkan

Ek:

- 1- Ümraniye EAH - Uygun görüş
- 2- Göztepe Prof.Dr.Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi -Uygun Görüş

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakınızı <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden 6DFEEF8EX3 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sok. no:8/1 Bakırköy/İstanbul
Telefon: Faks No:
e-Posta: leyla.celik12@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Leyla ÇELİK
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 212) 638 33 99

9.5. EK-6: Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Özlem Uğur

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5866-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servise Başvuran İleri Evre Kanser Hastalarına Yönelik Yapılan Müdahaleler ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Özlem Uğur Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı dilekçesi	13.04.2021		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ		Karar No:2021/13-34	Tarih:19.04.2021			
Doç.Dr. Özlem Uğur'un sorumlusu olduğu "Acil Servise Başvuran İleri Evre Kanser Hastalarına Yönelik Yapılan Müdahaleler ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait 13.04.2021 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Kurum izni ile ilgili bilgi edinilmiştir.						
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Semin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	DEU Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

ÖZGEÇMİŞ

EZGİ AYAR

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

04 Eylül 2019 - Şu Anda (2 yıl 9 ay)

Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.12 / 4.0

20 Eylül 2016 - 04 Haziran 2018 (1 yıl 9 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DÜZCE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK PR.

Diploma Numarası: 20181200202

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.06 / 4.0

13 Ekim 2011 - 05 Şubat 2014 (2 yıl 4 ay)
Ön Lisans, İkinci Öğretim, KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
KOCAELİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU, TIBBİ LABORATUVAR
TEKNİKLERİ PR. (İÖ)
Diploma Numarası: 137213
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.36 / 4.0

Deneşim / İşyeri Bilgileri

01 Temmuz 2020 - Şu Anda (1 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL SANCaktepe ŞEHİR PROF.
DR. İLHAN VARANK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Başlangıç, Konuşma: Başlangıç)

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

E. DURSUN, Akciğer Kanseriinde Böbrek Metastazı: Olgu Sunumu, Poster Sunumu,
1.ULUSLARARASI 2.ULUSAL ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ, 04 Aralık 2019,

06 Aralık 2019.

Ödüller

Diğer, Uluslararası, POSTER BİRİNCİLİĞİ, Akciğer Kanseriinde Böbrek Metastazı:
Olgu Sunumu, Ödül Alınan Kurum: ONKOLOJİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ, TÜRKİYE, 05 Aralık 2019.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0