



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TEDAVİSİ GÖREN YETİŞKİN HASTALARIN ACİL
SERVİSE BAŞVURU NEDENLERİNİN İNCELENMESİ**

SELMA ÖZKARDEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ükke Karabacak

İSTANBUL-2018



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TEDAVİSİ GÖREN YETİŞKİN HASTALARIN ACİL
SERVİSE BAŞVURU NEDENLERİNİN İNCELENMESİ**

SELMA ÖZKARDEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ükke Karabacak

İSTANBUL-2018

BEYAN

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

24/07/2018

Selma ÖZKARDEŞ



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin her aşamasında bana yardımcı olan, bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, anlayış ve sabırla beni destekleyen tez danışmanım ve değerli hocam; Prof. Dr. Ükke Karabacak'a,

Yüksek lisans yapmam için beni cesaretlendiren İlkur Yayla'ya,

Beni her konuda destekleyen ve bana olan inancını hiç kaybetmeyen canım aileme, sevdiklerime ve arkadaşlarıma

Yüksek lisans dönemi boyunca en büyük zorluğu yaşayan ve desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI

BEYAN

TEŞEKKÜR

TABLolar LİSTESİ

KISALTMALAR LİSTESİ

ÖZET

SUMMARY

1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	10
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Kanser Tanımı Ve Epidemiyolojisi	12
2.2. Kanser Etiyolojisi	15
2.3. Kanserde Tanı	15
2.4. Kanser Sınıflandırılması	15
2.5. Kanser Tedavisinde Kullanılan Yöntemler.....	15
2.5.1. Kemoterapi:	16
2.5.2. Radyoterapi	16
2.5.3. Cerrahi:.....	17
2.5.4. İmmünoterapi:	17
2.5.5. Kök hücre nakli:	17
2.6. Kanser Hastalarında En Sık Görülen Semptomlar	17
2.6.1. Ağrı.....	18

2.6.2. Bulantı-kusma	18
2.6.3. Yorgunluk-halsizlik.....	19
2.6.4. İştahsızlık	20
2.6.5. Mukozit	20
2.6.7. Konstipasyon.....	21
2.6.8. Anemi	22
2.6.9. Ateş.....	22
2.6.10. Trombositopeni	22
2.6.11. Alopesi	23
2.7. Onkolojik Aciller	23
2.7.1. Hiperkalsemi.....	23
2.7.2. Tümör lizis sendromu.....	24
2.7.3. Hiponatremi ve uygunsuz antidiüretik hormon (ADH) sendromu.....	24
2.7.4. Vena cava superior sendromu	25
2.7.5. Perikard efüzyonu/tamponad.....	25
2.7.6. Spinal kord basısı	26
2.7.7. Yaygın damar içi pıhtılaşması (DIC)	26
2.7.8. Ekstravazasyon	27
2.7.9. Febril nötropeni	27
2.7.10. Plevral efüzyon	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Amacı.....	29
3.2. Araştırmanın Tipi.....	29
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman	29
3.4. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi	29
3.5. Verilerin Toplanması	30

3.5.1. Veri Toplama Aracı.....	30
3.5.2. Veri Toplama Yöntemi.....	30
3.5.3. Verilerin İstatistiksel Analizi	30
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇLAR	79
7. ÖNERİLER.....	84
8. KAYNAKLAR.....	86
9. EKLER.....	93
9.1. Ek-1: Etik Kurul Kararı	93
9.1. Etik Kurul Kararı (Devam)	94
9.2. Çalışma Kurum İzni.....	95
9.2. Çalışma Kurum İzni (Devam).....	96
9.3. Veri Toplama Formu	97
10. ÖZGEÇMİŞ.....	98

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Hastalara ilişkin genel özellikler

Tablo 2. Kronik hastalıklar ve evde kullanılan ilaçların dağılımı

Tablo 3. Hastaların acil servise başvuru durumlarına ilişkin özellikleri

Tablo 4. Hastaların acil servise başvuru nedenlerinin genel özellikleri ile karşılaştırılması

Tablo 5. Hastaların acil servise başvuru nedenlerinin kronik hastalıklarına ve evde ilaç kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Tablo 6. Hastaların acil servise başvuru nedenlerinin acil servise başvuru zamanı ile karşılaştırılması

Tablo 7. Hastaların acil servise başvuru nedenlerinin yapılan işleme göre karşılaştırılması

Tablo 8. Hastaların acil servise başvurma nedenlerine göre başvuru sıklıklarının ve kalış sürelerinin karşılaştırılması

Tablo 9. Hastaların acil servise başvurma sıklığının genel özelliklerine göre karşılaştırılması

Tablo 10. Hastaların acil servise başvurma sıklıklarının kronik hastalıkları ve evde ilaç kullanım durumları ile karşılaştırılması

Tablo 11. Hastaların acil servise başvurma sıklıklarının başvuru zamanı ve yapılan işleme göre karşılaştırılması

Tablo 12. Hastaların acil serviste kalış sürelerinin hastalık özellikleri ile karşılaştırılması

KISALTMALAR LİSTESİ

ADH	Antidiüretik Hormon
DIC	Dissemine İnvasküler Koagülasyon
GYBÜ	Genel Yoğun Bakım Ünitesi
TLS	Tümör Lizis Sendromu
TNM	Tümör, Nod, Metastaz
YHK	Yatan Hasta Katı

ÖZET

Bu çalışma, kanser tedavisi gören yetişkin hastaların Acil Servis'e başvuru nedenleri ve sıklığının incelenmesi, sosyodemografik ve tedavi sürecindeki özellikler ile ilişkisi ve başvuruların etkin yönetimi için acil ekibine öneri geliştirilmesi amacıyla yapıldı. Çalışma, İstanbul'da özel bir sağlık grubuna ait bir sağlık bakım kuruluşunun acil servisine Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran, kanser tedavisi gören, 18 yaş üzeri, yetişkin hastaların literatür doğrultusunda, araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu ile hasta kayıtları incelenerek retrospektif tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışmada hastaların %50.5'inin (n=260) 61 yaş ve üzerinde, %61'inin (n=314) kadın, %28'inin (n=144) kanser tanısının meme malign neoplazmı, %14.2'sinin (n=73) hastalığının üçüncü evrede, %55.5'inin (n=286) kanser mevcut durumunun metastaz, %99.2'sinin (n=511) kanser tipinin solid olduğu saptandı. Ayrıca hastaların %19.2'sinin (n=99) Aralık ayında, %77.1'inin (n=397) hafta içi, %65.4'ünün (n=337) 08.00-18.00 saatleri arası, %27.8'inin (n=143) halsizlik ve beslenememe nedeniyle başvurduğu; %58.4'ünün (n=301) 1-3 saat arası acil serviste kaldığı, %99.6'sının (n=513) aynı gün içinde 1 kez başvurduğu ve %78.8'inin (n=406) başvuru sonucunda taburcu olduğu saptandı. Bu çalışmanın sonucunda hastaların başvuru nedeni, başvuru sıklığı ve acil serviste kalış süresinin; yaş, cinsiyet, kanser türü, kanser evresi, kanserin mevcut durumu, tedavi şekli, en son tedavi alma zamanı, kronik hastalıkları, kronik hastalığın türü, evde ilaç kullanımı, başvuru zamanı, tetkik yapılma durumu, yapılan tetkikler ve başvuru sonucu ile ilişkisi olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: Kanser, acil servis, semptom, yeniden başvuru

SUMMARY

Investigations On The Causes Of Emergency Service Admissions In Adult Studies With Cancer Treatment

The purpose of this study was to investigate the causes and frequency of admission to the Emergency Service of the adult patients who received cancer treatment, the relation with the sociodemographic and treatment characteristics and the suggestion to the emergency team for the effective management of these applicants. The study was carried out as a retrospective descriptor by examining patient records and the data collection form prepared by the researcher in accordance with the literature of adult patients over the age of 18 who applied to the emergency service of a health care institution belonging to a private health group in Istanbul between January and December 2015. In evaluating the data obtained in the study, statistical analysis for IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Turkey) programs were used. It was found that 50.5% (n=260) of the patients were 61 years old and over, 61% (n=314) were female, 28% (n=144) had breast cancer malignant neoplasm, 14.2% (n=73) were found to be in the third stage, 55.5% (n=286) of the cancer was metastatic, and 99.2% (n=511) of the cancer was solid. 19.2% of the patients (n=99) applied to the emergency service in December, 77.1% (n=397) applied to the emergency service during weekdays, 27.8% (n=143) applied to the emergency service due to weakness and malnutrition, 65.4% (n=337) applied to the emergency service during 08.00-18.00 hours, 58.4% (n=301) stayed in the emergency service for 1-3 hours, 99.6% (n=513) were referred to the emergency department on the same day, and 78.8% (n=406) were discharged. As a result of this study it was determined that the reasons for referral of the patients, the frequency of the referral and the duration of the emergency service stay is associated with age, sex, type of cancer, cancer stage, current state of cancer, type of treatment, latest treatment time, chronic diseases, type of chronic illness, use of home medicine, time of application, the status of the examination, the examinations performed and the result of the application.

Key words: Cancer, emergency service, re-admission, symptom

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser tek bir nedenle ortaya çıkan tek bir hastalık değil, farklı nedenleri, tedavileri ve prognozu olan bir hastalık grubu ya da semptomdur. Kanser olgularının her geçen gün sayısının artması ve var olan tedavi yaklaşımlarının uzun süreli takip gerektirmesine bağlı olarak acil başvuruları da artmaktadır (22, 48).

Kanserli hastalarda görülen, doğrudan kansere veya uygulanan tedavilere bağlı gelişebilen onkolojik acillerin genellikle tüm sistemlerle ilgili olarak ortaya çıkmakla birlikte literatür incelendiğinde; mekanik ve obstrüktif, metabolik, tedavi ilişkili, kan ilişkili aciller; metabolik, kardiyovasküler, nörolojik, hematolojik ve enfeksiyöz onkolojik aciller; metabolik, solunumsal, hematolojik, gastrointestinal, nörolojik, renal, ortopedik komplikasyonlar, ağrı, paraneoplastik sendromlar ve enfeksiyonlar; metabolik, yapısal/obstrüktif, tedavi ilişkili aciller olarak farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir (4, 11, 22, 23, 27, 51).

Literatürdeki onkolojik aciller başlığı altında yer alan sorunlar incelendiğinde; tümör lizis sendromu, hiper-hipokalsemi, uygunsuz antidiüretik hormon salınımı, hipohiperglisemi, hiperürisemi, vena cava superior sendromu, kalp tamponatı, spinal kord basısı, beyin metastazı, kafa içi basınç artış sendromu, hiperviskozite, lökostaz, nötropenik ateş, plevral efüzyon, pulmoner emboli, yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu, ekstremitasyon, patolojik kırıklar ve ağrı yer almaktadır (4, 11, 17, 19, 22, 23, 27, 31, 51, 86)

Hastaların bu sorunlarla etkili baş etmesine katkı sağlamada acil ekibinin sorumlulukları tartışmasız çok önemlidir. Bu kapsamda öncelikle acil başvuru nedenlerinin derinlemesine incelenerek tüm ekibin bu hastalar ile karşılaştığı andan itibaren bakım ve tedavi önceliklerini sıralaması ve bu önceliklere göre hastanın ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Çalışmanın bu önceliklerin ortaya çıkması açısından önemli bir veri kaynağı olacağı düşünülmüştür.

Çalışma, kanser tedavisi gören yetişkin hastaların Acil Servis'e başvuru nedenleri ve sıklığının incelenmesi, sosyodemografik ve tedavi sürecindeki özellikler ile ilişkisi ve

başvuruların etkin yönetimi için acil ekibine öneri geliştirilmesi amacı ile gerçekleştirildi.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı Ve Epidemiyolojisi

Tarih boyunca kanser insan ve hayvanlarda sık görülen bir sorun olmuştur. Kansere hakkında bilinen en eski kayıtlar MÖ 3000 yılına kadar uzanmaktadır. Kansere kelimesi Latince yengeç anlamına gelen “cancer” veya “carcinoma” kelimelerinden türemiştir. Tümör terimi ilk defa MÖ 3. yüzyılda tümörün etrafındaki şişmiş damarları bir yengecin bacaklarına benzettiği için Hipokrat tarafından kullanılmış, Yunan doktor Galen ise şişme anlamına gelen “oncos” terimini kullanmıştır (16). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre kanser (www.tuik.gov.tr Erişim tarihi: 18/02/2018), ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir.

Kanser her yaş grubunda tüm insanları etkiler; ancak özellikle kansere yerine belirli tümör tiplerini göz önüne aldığımızda yerel, ulusal ve bölgesel sınırlarda belirgin farklılıklar vardır. Kansere morbidite ve mortalitenin ana nedenidir (http://www.who.int Erişim tarihi: 08/01/2018, 43). En genç yaş grubundaki (0-14 yaş) oranlar 100.000'de yaklaşık 10'dur, bu oran 40-44 yaş için 100.000'de 150'ye, 60-64 yaş için de 100.000'de 500'e yükselmektedir (http://www.who.int Erişim tarihi: 08/01/2018). Kadınlarda oran 50 yaşına kadar erkeklerden daha yüksek iken, erkeklerde 60 yaşından itibaren yükseldiği görülmektedir (http://www.who.int Erişim tarihi: 08/01/2018, 84).

1990 ve 2013 yılları arasında küresel düzeyde, her kansere için vakalar artmıştır (serviks kanseri için %9'dan, prostat kanseri için % 217'ye değişim göstermiştir) ancak Hodgkin Lenfoma için insidans %10 azalmıştır. Çoğu kansere riski yaşla birlikte arttığı için, yaşlanmanın, 1990 ve 2013 yılları arasındaki vakaların artışına %20 ila %43 oranında katkıda bulunması doğaldır. Nüfusun yaşlanmasının vaka sayısındaki artışa katkısının olmadığı kanserlere Hodgkin lenfoma, lösemi, testiküler kansere, beyin ve sinir sistemi kanseri gibi daha genç yaş gruplarında daha sık görülen kanserler örnek verilebilir. 2012'de dünya çapında yeni kansere vakalarının %57'si (8 milyonu), kansere ölümlerinin %65'i (5.3 milyonu) ve 5 yıllık yaygın kansere vakalarının %48'inin (15.6 milyonu) daha az gelişmiş bölgelerde meydana geldiği görülmüştür. Prostat kanseri

vakaları 1990 ve 2013 yılları arasında küresel ölçekte %217, gelişmiş ülkelerde %169 ve gelişmekte olan ülkelerde %361 oranında artmıştır (<https://jamanetwork.com> Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://globocan.iarc.fr> Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://gco.iarc.fr> Erişim Tarihi 07/01/2018).

Türkiye’de erkeklerde en sık görülen kanserler; trakea, bronş, akciğer (%52.4), prostat (%32.9), kolorektal (%22.8), mesane (%19.3), mide (%14.3), Non-Hodgkin Lenfoma (%7.2), böbrek (%6.4), larinks (%6.2), tiroid (%5.5), beyin ve sinir sistemi (%5.2) kanserleridir. Kadınlarda en sık görülen kanserler; meme (%43), tiroid (%20.7), kolorektal (%13.8), uterus korpusu (%9.8), trakea, bronş, akciğer (%8.7), mide (%6.5), over (%6.1), Non-Hodgkin Lenfoma (%5), beyin ve sinir sistemi (%4.1), uterus serviksi (%4) kanserleridir (<http://kanser.gov.tr> Erişim tarihi: 18/02/2018).

Dünyada 2012 yılındaki en yaygın ilk beş kansere bakıldığında ilk sırada yılda 1.825 bin ile akciğer, ikinci sırada 1.677 bin ile meme, üçüncü sırada 1.361 ile kolon (anüs dahil), dördüncü sırada 1.12 bin ile prostat, beşinci sırada 952 bin ile mide kanseri yer alırken (www.cancerresearchuk.org Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://gco.iarc.fr> Erişim Tarihi 07/01/2018, <http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018) 2013'te bu sıralama prostat kanseri (1.4 milyon), trakeal, bronş ve akciğer kanseri (1.3 milyon) ve kolon ve rektum kanseri (873 000) olarak değişmiştir (83).

2012 yılında erkeklerde insidans oranlarında ilk üç sırada %16.8 ile akciğer, %14.8 ile prostat, %10.1 ile kolorektal kanserler yer alırken (<http://gco.iarc.fr> Erişim Tarihi 07/01/2018, <http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018) 2013'te bu sıralama prostat (1.4 milyon), trakea, bronş ve akciğer (1.3 milyon) ve kolon ve rektum kanseri (873.000) olarak değişmiştir. Kadınlarda ise sıralama meme (1.8 milyon), kolon ve rektum (700.000) ve trakeal, bronş ve akciğer kanseri (535.000) olarak gerçekleşmiştir (<http://gco.iarc.fr> Erişim Tarihi 07/01/2018, <https://jamanetwork.com> Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018).

2012'de dünya çapında 14.1 milyon yeni kanser vakası, 8.2 milyon kanser ölümü ve tanıdan sonraki 5 yıllık sürede kanserle yaşayan 32.6 milyon kişi varken 2013'te yeni kanser vakası sayısı 14.9 milyona ulaşmış (<http://globocan.iarc.fr> Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://gco.iarc.fr> Erişim Tarihi 07/01/2018), kanser ölümlerinin oranı

1990'da %12 iken 2013'te %15'e yükselmiştir (<https://jamanetwork.com> Erişim tarihi: 07/01/2018). Dünya genelinde 2030 yılına kadar her yıl 23.6 milyon yeni kanser vakası olacağı fakat dağılımının aynı kalacağı tahmin edilmektedir (www.cancerresearchuk.org Erişim tarihi: 07/01/2018, 32).

Kanserden sağ kalan hastalara bakıldığında %64'ünün 5 yıl veya daha önce, %15'inin ise 20 yıl veya daha önce tanı aldığı görülmüştür. Kanserden sağ kalanların yaklaşık yarısı (%46) 70 yaş ve üzeri iken, sadece % 5'i 40 yaşın altındadır. Bununla birlikte, sağ kalanların yaş dağılımı kanser türüne göre önemli ölçüde değişir. Örneğin, prostat kanserinden sağ kalımların %62'si 70 yaş ve üzeri iken, melanoma bağlı sağ kalımların %32'si bu yaş grubundadır. Erkeklerde prostat kanseri (% 43), kolorektal kanser (% 9) ve melanom (% 8), kadınlarda meme kanseri (% 41), uterin korpus (% 8), kolon ve rektum (% 8) kanserlerinde sağ kalım oranı yüksektir (32).

Türkiye'de 2016 yılında ölüm nedenlerine bakıldığında ilk üç sırada, dolaşım sistemi (%39.8), kanser (%19.7) ve solunum sistemi hastalıkları (%11.9) yer almaktadır. Kanser nedeniyle ölenlerin sayısı 78 bin 931 iken, bunların %31.1'inin gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğer kanserinden kaynaklandığı görülmektedir. Ölüm nedeni istatistikleri yaş gruplarına göre incelendiğinde; dolaşım sistemi hastalıklarının en çok (56 bin 256 kişi) 75-84 yaş grubunda, kanserlerin ise en fazla (22 bin 460 kişi) 65-74 yaş grubunda olduğu görülmektedir (www.tuik.gov.tr Erişim tarihi: 18/02/2018).

Dünyada, 2012 yılında kanserden 8.2 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Buna göre dünyadaki ölüme neden olan ilk beş kansere bakıldığında sırasıyla akciğer (yılıda 1.590 bin), karaciğer (746 bin), mide (723 bin), kolon (694 bin) ve meme kanseri (522 bin) yer almaktadır (www.cancerresearchuk.org Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://gco.iarc.fr>. Erişim Tarihi 07/01/2018). Erkeklerde kanser ölümlerinin ilk üç nedeni trakeal, bronş ve akciğer (1,2 milyon), karaciğer (564.000 ölüm) ve mide kanseridir (5.30.000 ölüm) (<http://gco.iarc.fr>. Erişim Tarihi 07/01/2018, <https://jamanetwork.com> Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018). Kadınlarda meme (%14.7), akciğer (%13.8) ve kolorektal kanserler (%9) (<http://gco.iarc.fr>. Erişim Tarihi 07/01/2018, <http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018) iken 2013'te bu sıralama trakeal, bronş ve akciğer (485.000), meme (464.000) ve kolon ve rektum kanseri (357.000) olarak değişmiştir (<https://jamanetwork.com> Erişim tarihi: 07/01/2018).

2.2. Kanser Etiyolojisi

Kanserin nedeni kesin olarak bilinmemektedir ancak literatürde bildirilen olası nedenlerini değiştirebilir ve değiştirilemeyen etkenler olarak iki grup altında incelemek mümkündür. Değiştirilemeyenler yaş, cinsiyet ve aile öyküsüdür. Değiştirilebilir etkenler ise çevresel etkenlerdir (beslenme alışkanlıkları, gıdalardaki katkı maddeleri, sigara ve alkol kullanımı, radyasyondan etkilenme, uzun süre güneş ışığına maruz kalma, bazı virüsler, hava kirliliği gibi). Bu risk faktörlerinden biri ya da daha fazlasından etkilenme, kişide kesin olarak kanser gelişeceğini göstermez ancak kansere yakalanma olasılığını artırır (7, 33, 43, 83, www.cancerresearchuk.org Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018). Sigara, dünyadaki tek önlenemez ölüm nedenidir. (www.cancerresearchuk.org Erişim tarihi: 07/01/2018, <http://gco.iarc.fr> Erişim Tarihi 07/01/2018).

2.3. Kanserde Tanı

Kanser tanısı konulabilmesi için tek bir laboratuvar işlemi yeterli değildir, birçok işlem yapılarak sonuçlarının değerlendirilmesi zorunludur. Genellikle tanı için hastanın özgeçmişi, fizik muayene bulguları ve özel tanı işlemlerinin yapılması gereklidir (45, 46, 57, 98).

2.4. Kanser Sınıflandırılması

Tanıda en sık kullanılan evreleme sistemi Tümör, Nod, Metastaz (TNM) sistemidir. Bireysel kanserlerde evreleme kuralları American Joint Committee on Cancer tarafından onaylanmış ve yayınlanmıştır. Evreleme için kullanılan unsurlar; tümörün büyüklüğü ve invazyon düzeyi (T), lenf nodu metastazının olup olmadığı ve yaygınlığı (N), sistemik metastazın (M) olup olmadığıdır. TNM'ye göre genel olarak evreler 1, 2, 3, 4 olarak belirlenmiştir. Klinik evreleme için fizik muayene, laboratuvar, görüntüleme testlerinin yanı sıra biyopsi sonuçlarından da yararlanılırken, patolojik evreleme cerrahi sonrası gerçekleştirilir (34, 57, 78, 98).

2.5. Kanser Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

Hastaya kanser tanısı konulduktan ve evreleme yapıldıktan sonra hastalığa ve evresine uygun tedavi seçilmelidir. Kanser tedavisinde başlıca 3 yöntem vardır: İlaç tedavisi (kemoterapi, hormon tedavisi, immünoterapi ve diğer tedaviler), cerrahi

(bölgesel), radyoterapi (bölgesel) (30). Kanser tedavisindeki tüm yöntemlerin iki temel uygulama amacı vardır: Küratif (tedavi edici), Palyatif (hastanın iyileşme şansı yoktur ancak bu yöntem ile bazı semptomlar düzeltilbilir ve tedavi etkili olursa yaşam süresi uzayabilir) (17, 30). Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi yöntemler en sık başvurulan yöntemlerdir ancak hormon terapisi ve biyolojik yöntemler de diğer yöntemlere destek olacak şekilde birlikte veya tek başına kullanılabilir. Her yöntemin kendine özgü avantaj ve dezavantajlarının olması, kanserin kişiye özgü bir hastalık olması ve tedavilerin kişiden kişiye farklılık gösterebilmesi kanserde tek ve kesin bir tedavi yönteminin varlığından bahsetmeyi imkansız kılmaktadır (16).

2.5.1. Kemoterapi: Kemoterapi neoplastik hastalığın sürecini yavaşlatan, gerileten ya da durduran ilaçların kullanıldığı tedavi yöntemidir. Bu amaçla kullanılan ilaçlara antineoplastik ilaçlar ya da sitotoksik ajanlar denir. Kanser tedavisinde kemoterapinin amacı hastalığın çeşidine ve yaygınlığına göre değişmektedir. Hastalığa bağlı şikayetleri ve belirtilerini ortadan kaldırarak kişinin yaşam kalitesi arttırmak için palyatif amaçlı, cerrahi veya radyoterapi sonrası hastalığın nüksünü azaltmak için adjuvan amaçlı, cerrahi veya radyoterapi öncesinde neoadjuvan amaçlı uygulanır ve asıl amaç yapılacak olan lokal tedavileri kolaylaştırmaktır. Kanser tedavisinde tek başına veya cerrahi/radyoterapi ile birlikte de uygulanabilir (16, 17, 45, 46, 57, 73, 97, 98).

2.5.2. Radyoterapi: Lokal tedavi şekli olan radyoterapide iyonizan radyasyon kullanılır. En sık eksternal radyoterapi yöntemi kullanılır. Üç boyutlu konformal radyoterapi ve yoğunluk ayarlı radyoterapi gibi ileri teknoloji gerektiren bazı yöntemlerde amaç tümöre daha yüksek doz radyasyon verip çevre dokuları daha fazla korumaktır. (16, 17, 30, 45, 57, 98). Brakiterapi radyasyon kaynağının, kanserli dokunun içine veya dokuyla temas edecek şekilde yakınına yerleştirilmesidir, daha çok jinekolojik tümörlerde uygulanır. Daha az kullanılan diğer palyatif yöntemler ise tümöre palyatif amaçlı çok kısa sürede (1-2 günde) çok yüksek doz vermeyi sağlayan ve ileri teknoloji gerektiren cyberknife ve beyin cerrahlarının planladığı gammaknifedir (sadece beyin tümörleri için) (16, 30). Radyasyona en çok duyarlı olan kanserler lenfomalar, nöroblastoma ve medülloblastom gibi pediatrik kanserler; en az duyarlı olanlarsa osteosarkoma, melanoma ve glioblastomadır (30).

2.5.3. Cerrahi: Vücuttaki kanserli dokunun ya da organın çıkarılması sık kullanılan bir tedavi yöntemidir ve kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilmektedir. Ancak tanı konulduğunda hastaların büyük bir kısmında mikrometastazların olması cerrahi tedavinin diğer tedavilerle birlikte kullanılmasını gerektirmektedir. Tanısal cerrahi ise uygulanacak tedaviye karar vermeyi etkileyen, kanser hücre özelliğini belirleyen tanımlayıcı bir yöntemdir. Kanser hastalarının %75-80'inde primer tedavi yöntemi olarak kullanılan cerrahi, profilaktik, palyatif ya da rekonstrüktif amaçlarla da kullanılmaktadır (17, 34, 45, 57)

2.5.4. İmmünoterapi: İmmünoterapi, kişinin kendi bağışıklık sistemine ait belirli bölümlerin kanseri de içine alan bir grup hastalıkla mücadele etmek için kullanıldığı tedavi biçimidir. Amaç immün sisteme ait hücreler tarafından kanser hücrelerinin hedef alınarak bu hücrelerin yok edilmesini sağlamaktır. İmmünoterapi farklı şekillerde etki gösteren tedavileri içerir. Bazı kanserlerde tek başına etkili olurken, bazılarındaysa diğer tedavi yöntemleriyle birlikte kullanıldığında etkinliğinin arttığı bilinmektedir (17, 70, 98).

2.5.5. Kök hücre nakli: Kök hücre nakli; allojenik (kardeş, akraba ve Human Leucocyte Antigen (H.L.A) uygun akraba dışı donörlerden kök hücre nakli), otolog (solid tümörlerde hastanın kendi kök hücrelerinin kullanılması) ve sinjeneik (ikiz kardeşlerden) yapılmaktadır. Başlangıçta, sadece kemik iliği kök hücreleri kök hücre kaynağı olarak kullanılırken, 1990 yılından sonra periferik kan kök hücreleri, daha sonra da kordon kanı kök hücreleri kullanılmaya başlanmıştır. Bu nedenle önceleri kemik iliği nakli olarak adlandırılırken, günümüzde kök hücre nakli terimi kullanılmaktadır. Allojenik transplantasyonlar böbrek, lösemi, miyelom ve lenfoma gibi kanser türlerinde, otolog transplantasyonlar ise lösemi, multipl miyelom, lenfoma, meme ve testis kanserlerinin tedavisinde uygulanmaktadır (57, 82, 98).

2.6. Kanser Hastalarında En Sık Görülen Semptomlar

Kanser tedavisinin semptomları tanıya, hastalığın evresine ve tedavi şekline göre değişkenlik göstermektedir. Kanser tanısı ve tedavisine yoğunlaşılması, hastanın mevcut durumuna ve yaşadığı sorunlara yönelik ihtiyacı olan bakım desteğinin göz ardı edilmesine neden olmamalıdır. Tedavi ile hastanın yaşam süresi uzatılmaya çalışılırken, kanserin ilerlemesi veya tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomların yönetimi

unutulmamalıdır. Kanser tedavisine bağı hastalarda farklı semptomlar oluşabilir, bu semptomlarda tedaviye uyumu ve tedavinin devamlılığını olumsuz etkileyebilir bu nedenle kanser hastalarında semptom yönetimi önemlidir (73, 75).

2.6.1. Ağrı

Kanser tanısı alan hastaların yaşadıkları en önemli korkulardan biri hastalığın şiddetli ağrıya neden olmasıdır. Ağrı, tanı konulan kanserli hastaların %50'sinde görülür. İleri evre kanser hastalarının da yaklaşık %80'i orta ya da şiddetli derecede ağrı deneyimlemektedir (45, 83, 88). Kanser ağrısının nedenleri arasında tümörün yayılımı, tedavi yöntemleri ve kanser dışı nedenler yer almaktadır (22, 83). Hasta ve yakınları için kanser ağrısı ölümün kendisinden bile daha korkutucu olabilmektedir. Ağrının yönetilememesi; hastanın bu durumdan fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden olumsuz etkilenmesi ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (83).

Ağrı yönetimi farmakolojik yöntemlerdeki tüm ilerlemelere karşın sadece bu tedaviler ile sağlanamamaktadır. Literatürde ağrı yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımların birlikte kullanılması ile ağrının daha etkili yönetilebileceği belirtilmektedir. Genellikle düşük risk ve az yan etkiye sahip non-farmakolojik yöntemlerin farmakolojik ajanların yerine geçemeyeceği, ancak bu yöntemlerin ilaçların etkilerini arttırarak ve hastalarda kontrol hissini geliştirerek kapsamlı ağrı yönetimine yardımcı olduğu bildirilmektedir (45, 96).

2.6.2. Bulantı-kusma

Bulantı-kusma hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen, tedaviye uyumlarını güçleştiren, beslenme durumunu bozan ve anksiyeteye neden olan bir durumdur, bu nedenle de semptom yönetiminin çok iyi yapılması gerekmektedir. Semptom yönetiminde amaç, yapılan profilaktik uygulamalarla bulantı kusmayı önlemektir (46). Kanser tedavisi ile ilişkili bulantı-kusma sıklığı ya da şiddeti bireyin sosyodemografik özelliklerine, hastalığına ve uygulanan tedavi yöntemine göre farklılık göstermektedir (60). Bulantının akut, subakut ve gecikmiş olarak adlandırılan üç tipi mevcuttur. Akut bulantı, tedaviden 1-2 saat sonra başlar ve 24 saat içinde sona erer. Subakut bulantı ise tedaviden 9-18 saat sonra başlamaktadır. Gecikmiş bulantı da tedaviden 48-72 saat belirginleşir ve sonraki 1-3 günde hafiflemeye başlar (17).

Kemoterapiye bağlı akut bulantı-kusma %10-38 oranında, gecikmiş bulantı-kusma %28-64 oranında yaşanmaktadır. Kanser hastalarında kısmi ya da tam bağırsak tıkanıklığı, eşzamanlı opioid kullanımı, gastroparezi (örn. tümör, diyabet ya da vinblastin tedavisine bağlı), kraniyal radyoterapi, beyin metastazı, elektrolit dengesizliği (hiperkalsemi, hiperglisemi veya hiponatremi), üremi, bulantı-kusmayı tetikleyen etkenlerdir (60, 88).

2.6.3. Yorgunluk-halsizlik

Kansere bağlı yorgunluk kanser hastaları tarafından yaygın olarak bildirilen, önemli ve karmaşık sorunlardan biridir. Kansere bağlı yorgunluk yaşayan hastaların oranları literatürde değişmekle birlikte genel olarak kanserli hastaların %40 ile %100'ü bu semptomun kendilerini etkilediğini belirtmektedirler. Bu oranlardaki değişkenliğin nedeni, yorgunluğun sadece hastalığın evresi ve durumundan etkilenmediği bunun yanı sıra tanılama kriterleri ve değerlendirme araçlarının yetersizliği gerçeğidir (92, 99). Kansere bağlı yorgunluk; enerjinin azalması, dinlenme ihtiyacında artış, aktivite düzeyinde değişim, genel güçsüzlük hali, zihin konsantrasyonunda bozulma ve emosyonel reaktivite gibi özelliklerin eşlik ettiği durumdur. Hastada fiziksel, bilişsel, sosyal ve mesleki fonksiyonlarda azalma, ruh halinde değişiklik, uyku bozuklukları, tedaviye uyumsuzluk, hasta ve hasta yakınlarında da emosyonel ve spiritual sıkıntı kanser tedavisine bağlı yorgunluğun sonuçlarından bazılarıdır (57, 83, 92)

Kanser tedavisine veya hastalığa bağlı faktörler yorgunluk gelişimine katkıda bulunsa da kansere bağlı yorgunluğun kesin sebebi hala bilinmemektedir (83, 92). Yorgunluğun nasıl oluştuğu konusunda bilgi eksikliği olması nedeniyle, yorgunluğu giderme yönünde uygun yaklaşımlar da gecikmiştir. Yorgunluk semptomunun yönetiminde yorgunluğun depresyondan ayırt edilmesi ve düzeltilebilir yorgunluk nedenlerinin (dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, dispne ve anemi gibi) değerlendirilmesi ve giderilmesi gerekir (99).

Kanser veya tedavisiyle ilişkili halsizlik, hastanın günlük yaşamını etkileyen, kalıcı, subjektif yorgunluk hissi olarak tanımlanmaktadır. Halsizlik kanser hastalarının %70-100'ünde görülür. Kanser hastalarında en sık görülen semptomlardan biri olan halsizliğin, performans ve yaşam kalitesi üzerine belirgin etkisi mevcuttur (13).

2.6.4. İştahsızlık

İştahsızlık bireyin metabolik gereksiniminden daha az besin alımı ve bunun sonucunda kilo kaybı olmasıdır. Kanseri hastanın iştahsız olması, düzenli ve yeterli yemek yememesi kanser tedavisinde en çok zorlanılan semptomlardandır (%54). Kanseri hastalarda beslenme sorunu hastalığın evresine ve tedavinin yan etkilerine bağlı değişebilmektedir. İştahsızlık kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavinin yan etkilerine bağlı ya da baş ve boyun kanserleri, gastrointestinal sistem kanserleri, akciğer, karaciğer ve pankreas kanseri, lenfoma ya da metabolik-hormonal anormallikler, hiperkalsemi ve tümörlerin ürettiği sitokinler nedeniyle gelişebilir (88)

Kanser hastalarında genellikle tedavide kullanılan ilaçlar, yutma güçlüğü, mide bulantısı, kusma, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, kabızlık, ishal, anksiyete ve depresyon iştahsızlığı tetikleyen etkenlerdir. Bu sorunun çözülmemesi birçok soruna neden olmakla birlikte çözülmesi halinde hastaların yaşam kalitesi yükselmekte ve kanser tedavisinin daha iyi tolere edilmesi sağlanmaktadır. Anoreksi ise iştah kaybının artmasıyla birlikte beslenme yetersizliğinin olmasıdır. Anoreksi genellikle kanser hastalarının %78'inde ölümden önceki son bir yıl içinde rastlanan ikinci en yaygın semptomdur (49).

2.6.5. Mukozit

Kemoterapi ve radyoterapi tedavisine bağlı olarak, ağız ve orofarenkste inflamatuvar reaksiyon ve ülseratif lezyonlarla karakterize durumdur. Kemoterapi hastalarının %40'ı, baş-boyun bölgesine radyoterapi alan hastaların %80-100'ü, kemik iliği transplantasyonu yapılanların ise %80'inde görülür ve zaman zaman yaşamı tehdit edici sonuçlar doğuran bir komplikasyondur. Mukozit sonucu gelişen ağrı oral alımda yetersizliğe neden olup yaşam kalitesini düşürür ve oluşan enfeksiyonlar sepsise kadar uzanan ciddi komplikasyonlara neden olabilir (46, 83).

Uygulanan tedaviler nedeniyle oral mukozada oluşan değişiklikler, bazen hastaların tedavi dozunun azaltılmasını ya da total parenteral beslenmenin başlatılmasını gerektirebilir bu da hastanede kalış süresini uzatarak sağlık harcamalarını arttırabilir. Tüm bu nedenlerle bu sorunun yakından izlenmesi ve yönetimi hem hasta hem de sağlık sistemi harcamaları açısından önemlidir (29).

2.6.6. Diyare

Kemoterapi tedavisine bağlı oluşan diyare, bağırsakta aktif çoğalan yūzeysel tabakanın harabiyeti sonucu yūzey tabakanın yok olmasına bağlı gelişmektedir. Gōrevi sıvıyı absorbe etmek olan intestinal villusların zarar gōrmesi sonucunda sıvı sekreyonu ve absorpsiyonu arasında dengesizlik gelişir (94). Kemoterapi uygulanan bütūn hastaların yaklaşık %75'inde diyare ortaya çıkmaktadır. Diyarenin şiddeti ve süresi, kemoterapi uygulamasının sıklığına, dozuna ve kullanılan ajana bağlıdır (73). Őzellikle fluoropyrimidin ya da irinotecan iğerikli tedavi protokollerinde diyare gōrölme sıklığı %50-80 gibi yüksek oranda olabilir. Diyare karsinoid tümör tanısı alan hastalarda, abdominal/pelvik bölgeye radyoterapi alalarda ya da kemik iliği transplantasyonu ve gastrointestinal sistem cerrahisi yapılan hastalarda da yaygın olarak gözlenebilir (94)

Diyare, hasta üzerindeki fiziksel etkilerinin yanı sıra tedavi sonuçlarını da etkiler. Antineoplastik ilaç dozunun azaltılması, ilaç uygulamasının geciktirilmesi ya da ilaca ara verilmesi gibi istenmeyen etkilere yol ağabilir. İlaç ve radyasyon dozunu azaltmak ya da geciktirmek geçici olarak diyareyi düzeltebilir. Ancak bu durumda da antineoplastik ilaca karşı duyarlılık azalır, ilacın tedavi edici etki düzeyi sınırlandırıldığı için bu durum da tümöre karşı cevabı negatif etkiler (60)

2.6.7. Konstipasyon

Konstipasyon kanser tedavisindeki yaygın problemlerden biridir. Konstipasyonun kesin insidansı bilinmemekle birlikte, kanser tedavisi sonucunda hastaların %50'den fazlasının konstipasyonu deneyimlediği belirtilmektedir (102). Kemoterapinin nörotoksik etkisi peristaltizmi azaltabilir veya paralitik ileusa neden olabilir. Sıklığı doza, ilaca ve uygulama planına bağlı olarak değişir. Vincristin, vinblastine gibi vinka alkaloidleri alan hastalarda %33 gibi yüksek oranda olduğu rapor edilmiştir (73). Konstipasyon anoreksiya, bulantı-kusma, abdominal ve rektal ağrı, hemoroidler, anal fissür ve perianal abseye neden olabilmekte ya da mevcutta var olan sorunu daha da kötüleştirebilmektedir. Konstipasyon kontrol edilemediğinde; abdominal ağrı, bulantı-kusmaya neden olan bağırsak obstrüksiyonu, ilaç uygulamalarının ve ilaç emiliminin kesintiye uğramasına neden olabilmektedir. Bu sorunlardan dolayı hastanın hastanede kalış süresi uzamakta ve bakım maliyeti artmaktadır (102).

2.6.8. Anemi

Kanser tanısı almış hastalarda malign hücrelerin kemik iliğine infiltre olması, kemoterapi veya radyoterapi tedavisine bağlı olarak hemoglobinin üretimindeki bozulma, demir eksikliği ve düşük endojen eritropoetin düzeyi hastalarda anemiye neden olmaktadır. Anemideki risk faktörleri uygulanan tedavi planı, özel tümör tipleri ve hemoglobin düzeyinin düşük olmasıdır. Anemi hastanın performansını, yaşam kalitesini, tedavi etkinliğini ve yaşam süresini etkileyebilmektedir. Tedavide öncelikli olan aneminin altta yatan nedeninin belirlenmesidir. Anemi tedavisinde demir desteği, kan transfüzyonu ve eritropoetin tedavisi uygulanabilir (90)

2.6.9. Ateş

Enfeksiyonda daima en önemli bulgu ateştir. Klinik uygulamalarda ateşi olan kanserli bir hastada ilk düşünülmesi gereken enfeksiyonlardır. Ancak kullanılan ilaçlara bağlı olarak febril reaksiyonlarda ortaya çıkabilir. Kemoterapi alan hastalarda immün sistemin baskılanması nedeniyle enfeksiyonlara yatkınlık artar. Enfeksiyonların birçoğu normalde deri, ağız, bağırsak ve genital bölgede bulunan bakterilerden kaynaklanmaktadır. Kanser hastaları için enfeksiyon en önemli morbidite nedenidir. Bu hastalar genellikle kemoterapi tedavisinden sonra yüksek ateş şikayetiyle acil servislere başvurabilmektedirler (17)

2.6.10. Trombositopeni

Kanser hastasında trombositopeni; azalmış trombosit yapımı (kemoterapi, radyoterapi, kemoterapi dışı ilaçlar, kemik iliğinin tümörle infiltrasyonu), artmış trombosit yıkımı (ilaçlar, DIC, idiyopatik trombositik purpuraya benzer tablo) ve anormal trombosit dağılımına (hipersplenizm) bağlı gelişmektedir (22, 34). Dolaşımdaki trombosit sayısının $100.000/\text{mm}^3$ 'den az olması kanser hastalarındaki en yaygın kanama nedenidir. Trombosit sayısı $20.000-50.000/\text{mm}^3$ 'nin altına düştüğünde kanama riski artar, sayı $20.000/\text{mm}^3$ altında olduğunda ise spontan kanamalar başlar ve hastaya trombosit transfüzyonu yapılması gerekir. Kemoterapi ve radyoterapi sonrasında ortaya çıkan kemik iliği baskılanması da trombositopeniye neden olur. En yaygın kanama alanları; mukoz membranlar, cilt, bağırsak, idrar yolu, solunum yolu ve beyindir (34).

2.6.11. Alopesi

Hastalık ya da başka bir nedene bağlı oluşan saç kaybı bireyler için çekiciliğın, kendine özgü niteliklerin, gençliğin ve cinselliğın kaybı anlamlarına gelmektedir. Alopesi kemoterapinin hastanın beden imajını, benlik saygısını ve çevreyle iletişimini etkileyen en önemli yan etkilerinden biridir. Kemoterapinin hızlı bölünüp çoğalan tümör hücreleri üzerindeki toksik etkisinden saç ve kıl folikülleri de etkilenmektedir. Bu toksik etkilere bağlı olarak saçların kaybı, kaş ve kirpiklerde dökülme, axillar-pubik bölgedeki kılların ve yüzde sakalların dökülmesi ve bir müddet kıllarda büyümenin olmaması gözlenmektedir. Alopesinin şiddeti kullanılan ilacın türüne, dozuna, uygulanan kür sayısına ve hastaya özgü diğer faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Alopesi genellikle tedaviye başlandıktan sonraki 7-10 gün içinde görülür. Alopesi geri dönüşü olan bir yan etkidir. Tedavi bittikten sonraki 4-6. haftalarda saç folikülleri ve tüylerde büyüme gözlenir (46).

2.7. Onkolojik Aciller

Onkolojik aciller kanser tanısının konduğu ilk aşamadan son döneme kadar olan her hangi bir dönemde karşımıza çıkabilir. Bu aciller hastalığa bağlı olabileceği gibi, hastalığın tedavisine sekonder olarak da gelişebilir. Onkolojik acil tanımı; ölüm ya da hastanın yaşam kalitesinin bozulması gibi riskleri önlemek amacıyla yapılan, acil tedavi gerektiren, kanser ya da kanserin tedavisine bağlı olarak gelişen metabolik, hematolojik, nörolojik, kardiyovasküler ve/veya enfeksiyöz kaynaklı oluşan klinik tabloyu kapsamaktadır (4).

2.7.1. Hiperkalsemi

Tümörlere bağlı gelişen hiperkalsemi kanser hastalarında yaşamı tehdit eden metabolik bozukluklar içinde en sık görülenidir. Tedavi edilmediğinde hastada hızla dehidratasyon, böbrek yetersizliği gelişebilir ve ölümlle sonuçlanabilir. Kanser tanısı alan hastalarda %10-30 oranında hiperkalsemi gelişebilir (86). En sık skuamöz hücreli akciğer kanserinde, meme kanserinde ve multipl miyelom tanısı alan olgularda görülür. Sık kemik metastazı yapmalarına rağmen, küçük hücreli akciğer kanseri ve prostat kanserinde nadiren görülebilir (4, 17, 22, 51, 86).

Hiperkalseminin semptomları, serum kalsiyum düzeyi ve yükselme oranına bağlıdır. Hafif hiperkalsemide hastalar genellikle asemptomatiktir. Orta şiddette hiperkalsemide halsizlik, anoreksiya, kabızlık, poliüri ve polidipsi görülebilir. Şiddetli hiperkalsemi, ensefalopati, nöbet ve koma da dahil olmak üzere, kalp ve merkezi sinir sistemi üzerine etkileri bulunan, hayatı tehdit eden metabolik bir acil olarak ortaya çıkabilir (23).

Kanser ilişkili hiperkalsemi kötü prognoz ile ilişkilidir ve hastaların %50'den fazlası tanıdan sonraki 30 gün içinde ölür (27).

2.7.2. Tümör lizis sendromu

Tümör lizis sendromu (TLS) lenfoblastik lenfoma ve Burkitt lenfoma gibi hematolojik malignensi tedavilerini takiben çok sık görülür (31). Bunun yanı sıra kemoterapi tedavisine duyarlılığı yüksek olan herhangi bir tümörde de TLS gelişebilir. TLS proteinler, nükleik asitler, fosfor ve potasyumu içeren hücre materyalinin fazla miktarda salınmasıyla oluşur. Eğer hem metabolizma ürünleri hem de bozuk ürünlerin atılımı çok fazla miktarda olursa hiperkalsemi, hiperfosfatemi, hiperürisemi hemen gelişir. Akut böbrek hasarı hiperürisemi nedeniyle gelişebilir, ek olarak hiperfosfatemi ve hiperkalsemi varlığında durum daha da kötüleşir (17, 22, 27, 66).

TLS mide bulantısı, kusma, ağrı, hipertansiyon, letarji, ajitasyon ve uyuşuklukla kendini gösterebilir ancak genellikle asemptomatiktir ve hipokalsemi, hiperkalsemi, hiperürisemi, hiperfosfatemi ve azotemi tespitinden sonra teşhis konur. Hiperkalsemi ve hipokalsemi kardiyak aritmiye veya kardiyak arreste neden olabilir. Hiperürisemi ve hiperfosfatemi akut böbrek hasarına neden olabilir bu da oligüri, aşırı sıvı yüklemesi, pulmoner ödem, solunum yetmezliği, hipoksi, serebral ödem ve ölümlerle sonuçlanır (23, 66).

2.7.3. Hiponatremi ve uygunsuz antidiüretik hormon (ADH) sendromu

Hiponatremi kanser hastalarında sık görülen ve yaşamı tehdit edebilecek nörolojik semptomlara yol açabilen bir komplikasyondur. Kanser tanısından önce, tanı esnasında ve kanser tedavisi sırasında ortaya çıkabilir. Uygunsuz antidiüretik hormon (ADH) salgılamasına bağlı oluşan hiponatremi, kanser hastalarında görülen hiponatremilerin % 60'ından sorumludur (86). Bu sendrom başta küçük hücreli akciğer

kanseri olmak üzere malign tümörler, santral sinir sistemi enfeksiyonları, intraserebral lezyonlar, kafa travması, subaraknoid hemoraji, tüberküloz, pnömoni, abse gibi akciğer hastalıklarında görülebilir (17, 51). Bunun yanında vinkristin, vinblastin, siklofosfamid, melfalan ve thiotepa gibi kemoterapötikler başta olmak üzere, amitriptilin, klofibrat, klorpropamide ve morfin gibi bazı ilaçlar da uygunsuz ADH sendromuna yol açabilmektedir (22, 51).

Uygunsuz ADH sendromunun en önemli bulgusu hiponatremidir. Halsizlik, mental durumda değişiklik, psikotik durum, konfüzyon, nöbet, koma ve ölüm gerçekleşebilir (11, 22, 31, 66).

2.7.4. Vena cava superior sendromu

Süperior mediastinal yapıları veya lenfatikleri sıkıştıran benign ya da malign patolojilerin, ince duvarlı vena cava süperiora baskı yapması ve kalbe venöz dönüşü engel olması vena cava süperior sendromu olarak bilinir (11, 17, 51). Özellikle küçük hücreli akciğer kanseri, lenfoma, lösemi ve timomada gözlenir (51, 86).

Çoğunlukla sinsi başlangıçlıdır. Hastalığın şiddeti altta yatan sebebe, tıkanıklığın oluşma hızına, trombozun varlığına, tıkanıklığın lokalizasyonuna ve kollateral kan akımına bağlıdır (22, 25, 86). En yaygın semptomlar yüz veya boyunda şişkinlik (%82), kolda şişkinlik (%68), nefes darlığı (%66), öksürük (%50) ve göğüs damarlarında dilatasyondur (%38) (27). Diğer semptomlar ise göğüs ağrısı, disfaji, ses kısıklığı, baş ağrısı, konfüzyon, baş dönmesi ve senkoptur (23, 27, 31). Yaşamı tehdit eden belirtiler arasında stridor yer alır çünkü bu genellikle larinks ödeminin yanı sıra konfüzyon ve bilinç değişikliklerine de işaret eder, bunlar da serebral ödem göstergesi olabilir (27).

2.7.5. Perikard efüzyonu/tamponad

Kalp ve perikardın malign tutulumu en fazla akciğer kanserinde (%35), ikinci olarak meme kanseri ve daha sonra da lösemi, lenfoma ve melanomada görülmektedir (17, 22, 25). Perikard efüzyonu genellikle asemptomatiktir ancak kardiyak tamponada neden olursa onkolojik aciliyete işaret eder. Perikard efüzyonu, perikardın inflamasyonu, perikarddan lenfatik drenajın tıkanması veya aşırı sıvı yükünden kaynaklanır. Perikard efüzyonu genellikle tesadüfen yeni teşhis edilen kanserin değerlendirilmesi sırasında teşhis edilir ve ekokardiyografiyle doğrulanır. Kalp

tamponadına ise mediastinal veya intrinsik kitle neden olabilir (23). Tamponad gelişen hastalardaki bulgular, öksürük, nefes darlığı, çarpıntı, otururken gelişen göğüs ağrısı ve nonspesifik karın ağrısı gibi kalp yetmezliği bulgularına benzer (22, 23).

2.7.6. Spinal kord basısı

Spinal kord kompresyonu, hayatı tehdit eden ve ağrıyı hafifletmek ve nörolojik fonksiyonları korumak için acil tedavi gerektiren onkolojik bir acil durumdur (19). Spinal kord kompresyonuna vertebralara yaygın olarak metastaz yapan tümörler neden olur. Bunun sonucunda spinal kordda fiziksel hasara bağlı olarak ödem, kanama ve iskemi gelişir. Spinal kord basısında erken tanı ve tedavi gerekir çünkü nörolojik semptomların geri döndürülebilmesi büyük oranda semptomların süresine bağlıdır. Semptomların ortaya çıkmasından hemen sonra tedavi edilen hastaların fonksiyonları kısmen ya da tamamen geri dönebilir (11, 25).

Kanser hastalarında beyin metastazlarından sonra en sık görülen nörolojik komplikasyondur (17, 25, 93). Spinal kord basısı erken tanıyla %90 oranında etkili şekilde tedavi edilebilmesine karşın kanser hastaları için önemli bir morbitide nedenidir. Sistemik hastalığı olan kanserli bireylerin %1-5'inde görülür (25). En fazla torasik omurga (%70), daha az oranda lumbosakral (%20) ve servikal (%10) omurga tutulmaktadır (11, 22, 25, 86). Herhangi bir tümör spinal kord basısına neden olabilir ancak en sık (%15) görüleni akciğer kanseridir. Meme, prostat kanseri, lenfoma ve myelom da diğer sık malign etiyojileri oluşturur (19, 22, 27, 31, 86).

Belirti ve bulguları arasında uyuşma, karıncalanma, parestezi, epidural lezyon seviyesinde ilerleyici ağrı, üst ve alt ekstremitte güçsüzlüğü veya felci ve nörojenik mesane sayılabilir. Spinal kord basısı tıbbi bir acildir ve hemen değerlendirilmelidir (19, 23, 51, 67, 93).

2.7.7. Yaygın damar içi pıhtılaşması (DIC)

Şiddetli koagülasyon bozukluğu, genellikle sepsis tarafından tetiklenir, bunun sonucunda mikrodolaşımda anormal pıhtı oluşur; bu süreç pıhtılaşma faktörleri ve trombositleri tüketir ve yoğun kanamanın meydana gelmesine yol açar; pıhtıların kan damarlarını tıkamasıyla da doku hipoksisi meydana gelir. Belirti ve semptomlar önemli

organlara kan akışının (taşikardi, oligüri, nefes darlığı) ve tükenen pıhtılaşma faktörlerinin (anormal kanama ve hemoraji) azalmasıyla ilişkilidir (67, 91).

Yaygın damar içi pıhtılaşma sendromuyla ilişkili kanserlere lösemiler ve solid tümörler (meme, over, akciğer, böbrek, mide ve pankreas kanseri, melanom, mesane kanseri) örnek verilebilir (3, 22)

2.7.8. Ekstravazasyon

Vezikant ya da irritan kemoterapötik ilaçların damar içine uygulanması sırasında ilacın çevre dokulara sızmasıyla oluşan doku harabiyetidir. Vezikant ilaçlar; damar dışına sızdığı bölgede doku hasarı, yaygın nekroz ve lokal ağrıya neden olurken, irritan ilaçlar; doku nekrozu olmadan enjeksiyon alanında ya da ven boyunca sertlik, ağrı ve flebite neden olur (73).

Ekstravazasyonun başlangıç belirtileri, kanın damar dışına çıkmasından hemen sonra ortaya çıkar. Hafiften yoğun ve kalıcı doku hasarına kadar uzanan rahatsızlık ya da ağrı olabilir ve vezikant ekstravazasyondan sonra nekroz sık görülür (23, 73). Vezikant ekstravazasyon, doku hasarının en aza indirilmesi için hızlıca tanınmalı ve yönetilmelidir; cerrahi debridman ve plastik cerrahi gerektirecek şiddette olabilir (23).

2.7.9. Febril nütropeni

Kanserli hastalardaki nütropenin nedeni, nötrofil sayısındaki azalmadan hemotopoetik mekanizmaların ya da tümörün kemik iliğine invazyonuna bağlı komplikasyonlarının da sorumlu olabilmesine karşın çoğunlukla sitotoksik tedavidir. Kemoterapiye bağlı gelişen nütropeni genellikle tedavi sonrası 5-10. günlerde görülür (4). Nütropeni, hastalarda enfeksiyon gelişme riskine, kanser tedavisinin ertelenmesine, tedavi dozunun azaltılmasına, morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olduğu için önemli bir sorundur (38).

Febril nütropeni; nütropenik bir hastada herhangi bir çevresel faktör olmaksızın oral ateş ölçümünün 38.3 °C'den daha yüksek olmasıdır. Genellikle nötrofil sayısının 1000/mm³'den düşük olması nütropeni olarak kabul edilir. Ulusal Febril Nütropeni Derneği Çalışma Gurubu'nun hazırladığı kılavuzda ise ateşin oral veya aksiler olarak bir kez 38.3 °C'den yüksek veya 1 saat süre ile 38-38.2 °C olması olarak tanımlanır.

Nötropeni ile nötrofil sayısının $500/\text{mm}^3$ 'den az olması veya nötrofil düzeyi $500-1000/\text{mm}^3$ arasında olup 48 saat içinde $500/\text{mm}^3$ 'ün altına düşmesi beklenen şartlar olarak ifade edilmiştir (3, 22).

Febril nötropeni, azalmış olmakla birlikte yine de önemli bir mortalite nedenidir. Febril nötropeni kaynaklı genel mortalite oranları; solid tümörlerde %5, hematolojik malignansilerde % 11'in üzerindedir. Enfeksiyona ait fizik muayene bulgularının olmaması febril nötropenin en belirgin özelliğidir. Nötropeni ve buna bağlı oluşan enfeksiyon odağında inflamatuvar yanıt yoktur. Hastada sadece titreme ya da titremenin eşlik etmediği ateş görülür. Hastada pnömoni olsa bile solunum ile ilgili semptom yoktur (11).

2.7.10. Plevral efüzyon

Plevral efüzyon, hidrostatik basınçta azalma, mikrovasküler dolaşımda geçirgenlikte artma, plevral alanda negatif basınçta artma ve mikrovasküleritede onkotik basınçta azalma nedeniyle görülmektedir (66).

Efüzyonlar, konjestif kalp yetmezliği, düşük albümin düzeyi, enfeksiyon (ampiyem, tüberküloz) ve kemoterapi toksisitesi (dasatinib, metotreksat, prokarbazin, siklofosamid, bleomisin) ve aşırı sıvı yüklenmesinden de kaynaklanabilir. Plevral efüzyon nadiren hayati tehlike oluşturur ancak büyük ve hızlı sıvı birikimleri akciğer parankimini sıkıştırarak solunum yetmezliğine neden olabilir. Semptomlar biriken toplam sıvı hacminden ziyade plevral sıvı birikiminin hızıyla daha fazla ilişkilidir. Hastalarda dispne, ortopne, öksürük ve plöretik göğüs ağrısı görülebilir. Ateş varlığı atelektazi veya enfeksiyonu işaret eder. Küçük veya asemptomatik efüzyon tedaviye ihtiyaç duymaz ve altta yatan neden giderildikten sonra çözülür. Solunum sıkıntısı yaratan büyük, semptomatik efüzyonlar torasentez ile boşaltılabilir (23).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışma, kanser tedavisi gören yetişkin hastaların acil servise başvuru nedenleri ve sıklığının incelenmesi, sosyodemografik ve tedavi sürecindeki özellikler ile ilişkisi ve başvuruların etkin yönetimi için acil ekibine öneri geliştirilmesi amacı ile gerçekleştirildi. Çalışmada cevap aranan sorular;

- Kanser tedavisi gören yetişkin hastaların kişisel özelliklerinin acil başvuru nedenleri ve sıklığı üzerine etkisi var mı?
- Kanser tedavisi gören yetişkin hastaların hastalık, tanı ve tedaviye ilişkin faktörlerinin acil başvuru nedenleri üzerine etkisi var mı?

3.2. Araştırmanın Tipi

Çalışma, kanser tedavisi gören yetişkin hastaların acil servise başvuru nedenleri ve sıklığının, sosyodemografik, hastalık ve tedavi sürecindeki özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve retrospektif olarak yapıldı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul'da özel bir sağlık grubuna ait bir sağlık bakım kuruluşunun acil servisine 01/01/2015-31/12/2105 tarihleri arasında başvuran ve kanser tedavisi olmuş hasta kayıtlarının 01-31 Mayıs 2016 tarihleri arasında incelenmesi ile yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma, İstanbul'da özel bir sağlık grubuna ait bir sağlık bakım kuruluşunun acil servisine, Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran, kanser tedavisi gören, 18 yaş

üzere, yetişkin hastaların tamamına ilişkin kayıtları kapsayacak şekilde, 515 hastaya ait veriler incelenerek yapıldı.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Aracı

Veri toplamada araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu (EK-1) kullanıldı. Konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanan veri toplama formunda hastaların demografik verileri, hastalıklarına ilişkin verileri, aldığı kanser tedavileri, acil servise başvuru nedenleri ve başvuru sonuçlarına ilişkin bilgiler yer aldı.

3.5.2. Veri Toplama Yöntemi

Veriler hastane bilgi sisteminde yer alan hasta kayıtları ve Acil Servis Protokol Defterleri incelenerek elde edildi.

3.5.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi ve verilerin normal dağılıma uygunluk göstermediği saptandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra iki grup arasındaki farkın değerlendirmesinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Niceliksel verilerin ikiden fazla grup arasındaki farkın değerlendirmesinde ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla post hoc Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verileri değerlendirilmesinde Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın planlama aşamasında, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'ndan etik kurul izni (Ek:1, Ek:2) ve hastane yönetiminden kurum izni (Ek:3, Ek:4) alındı. Hastaya ait kimlik bilgilerinin gizliliği ilkesine uyularak veri toplama formunda yer verilmedi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sonuçları sadece yürütüldüğü kurum ile sınırlıdır

4. BULGULAR

Acil Servis'e başvuran kanser tedavisi gören yetişkin hastaların başvuru nedenlerinin sosyodemografik ve tedavi sürecindeki özellikler ile ilişkisini incelemeyi amaçlayan araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular aşağıda verildi.

Çalışma %61'i (n=314) kadın, %39'u (n=201) erkek olmak üzere toplam 515 kanser tedavisi gören ve acil servise başvuran hastalara ilişkin kayıtların incelenmesi ile yapıldı. Kanser tedavileri sırasında acil servise başvuran hastaların %8.7'sinin (n=45) 18-39 yaş arasında, %40.8'inin (n=210) 40-60 yaş arasında ve %50.5'inin (n=260) 61 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi. Hastaların yaşları 18 ile 87 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 59.66 ± 13.63 yıl ve medyanı 61 yıldır (Tablo 1).

Tablo 1. Hastalara İlişkin Genel Özellikler (N=515)

		n	%
Yaş grubu	18-39 yıl	45	8,7
	40-60 yıl	210	40,8
	61 yıl ve üzeri	260	50,5
Cinsiyet	Kadın	314	61,0
	Erkek	201	39,0
Kanser tanısı	Meme malign neoplazmi	144	28,0
	Sindirim sistemi kanserleri	113	21,9
	Solunum sistemi kanserleri	103	20,0
	Ürogenital sistem kanserleri	88	17,1
	Baş ve boyun kanserleri	27	5,2
	Kas iskelet sistemi kanserleri	5	1,0
	Diğer	35	6,8
Kanser evresi	Evre 1	15	2,9
	Evre 2	65	12,6
	Evre 3	73	14,2
	Evre 4	54	10,5
	Sınıflandırılmamış	308	59,8
Kanser mevcut durumu	Lokal hastalık	199	38,6
	Metastaz	286	55,5
	Remisyonda	30	5,8
Kanser tipi	Hematolojik	4	0,8
	Solid	511	99,2
Kanser tedavisi alma	Evet	510	99,0
	Hayır	5	1,0
*Alınan kanser tedavileri (n=510)	Cerrahi	288	56,5
	Kemoterapi	494	96,9
	Radyoterapi	342	67,1
En son tedavi zamanı (n=510)	0-7 gün	159	31,2
	8-15 gün	64	12,5
	16-30 gün	74	14,5
	31-90 gün	82	16,1
	91 gün ve üzeri	50	9,8
	Belirtilmemiş	81	15,9

***Diğer: Multiple Myelom, Beyin Malign Neoplazmi, Primeri Bilinmeyen Karsinom, Malign Melanom, Hodgkin Lenfoma, Non-Hodgkin Lenfoma, Timus Malign Neoplazmi, Timoma*

**Birden fazla tedavi alınmıştır.*

Acil servise başvuran hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde; %28'inin (n=144) meme malign neoplazmi kanser tanısına sahip olduğu, %14.2'sinin (n=73) kanser evresinin üç olduğu, %55.5'inin (n=286) kanser mevcut durumunun metastaz olduğu, %99.2'sinin (n=511) kanser tipinin solid olduğu saptandı (Tablo 1).

Hastaların %99'unun (n=510) kanser tedavisi aldığı saptandı. Bu hastaların %56.5'inin (n=288) cerrahi, %96.92'sinin (n=494) kemoterapi ve %67.1'inin (n=342)

radoterapi tedavisi aldığı saptandı. Ayrıca bu kişilerin %31.2'sinin (n=159) 0-7 gün arasında en son tedavi aldığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Kronik Hastalıklar ve Evde Kullanılan İlaçların Dağılımı

		n	%
Kanser tedavisi için ilaç kullanımı	Evet	479	93,0
	Hayır	36	7,0
Kronik hastalık varlığı	Evet	305	59,2
	Hayır	210	40,8
Evde ilaç kullanımı	Evet	358	69,5
	Hayır	157	30,5
Kronik hastalıklar (n=305)	Kardiyovasküler sistem hastalıkları	219	71,8
	Endokrin sistem hastalıkları	96	31,5
	Onkolojik hastalıklar	29	9,5
	Solunum sistemi hastalıkları	16	5,2
	Nörolojik sistem hastalıkları	6	2,0
	Diğer hastalıklar	57	18,7
Evde kullanılan ilaçlar (n=358)	Kardiyovasküler sistem ilaçları	188	52,5
	Sindirim sistemi ilaçları	113	31,6
	Sinir sistemi ilaçları	96	26,8
	Metabolizma ilaçları	50	14,0
	Kemoterapi ilaçları	36	10,1
	Kas iskelet sistemi ilaçları	17	4,7
	Diğer ilaçlar	133	37,2

*Birden fazla mevcut hastalık ve evde kullanılan ilaç bulunmaktadır

**Diğer Hastalıklar: Hashimoto Tiroiditi, Raynaud Hastalığı, Hipotiroidi, Hipertiroidi, Panik Atak, Trombotik Trombositopenik Purpura, Guatr, İnsülin Direnci, Hiperkolesterolemi, Glokom, Hepatit A, Herediter Telenjiektazi, HBV Taşıyıcı, Bipolar Bozukluk, Reaktif Hipoglisemi, Depresyon

***Diğer İlaçlar: Keppra Tablet, Lyrica Tablet, Tegretol Tablet, Depakin Tablet, Lasix Tablet, Euthyrox Tablet, Levotiron Tablet, Dekort Tablet, Epix Tablet, Tefor Tablet, Fosamax Tablet vb

Hastaların %59.2'sinde (n=305) kronik bir hastalık olduğu saptandı. Hastaların %71.8'inin (n=219) kardiyovasküler sistem hastalığının, %31.5'inin (n=96) endokrin sistemi hastalığının, %9.5'inin (n=29) onkolojik hastalığının, %5.2'sinin (n=16) solunum sistemi hastalığının, %2'sinin (n=6) nörolojik sistem hastalığının olduğu ve %18.7'sinin (n=57) diğer hastalıklarının olduğu saptandı (Tablo 2).

Hastaların %69.5'inin (n=358) evde ilaç kullandığı, kullandıkları ilaçların %52.5'inin (n=188) kardiyovasküler sisteme etkili ilaçları, %31.6'sının (n=113) sindirim sistemine etkili ilaçları, %26.8'inin (n=96) sinir sistemi ilaçları, %14'ünün

(n=50) metabolizma ilaçları, %10.1'inin (n=36) kemoterapi ilaçları, %4.7'sinin (n=17) kas iskelet sistemi ilaçları ve %37.2'sinin (n=133) diğer ilaçları kullandıkları saptandı (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Acil Servise Başvuru Durumlarına İlişkin Özellikleri (N=515)

	Min-Maks	Ort±SS (Medyan)	
Acil serviste kalış süresi (dk)	10-550	135.82±86.13 (120)	
Acil servise başvuru sıklığı	1-61	4.47±6.82 (2)	
	n	%	
Acil servise başvuru ayı	Ocak	29	5.6
	Şubat	27	5.2
	Mart	35	6.8
	Nisan	34	6.6
	Mayıs	32	6.2
	Haziran	37	7.2
	Temmuz	32	6.2
	Ağustos	50	9.7
	Eylül	40	7.8
	Ekim	46	8.9
	Kasım	54	10.5
	Aralık	99	19.2
Acil servise başvuru günü	Hafta içi	397	77.1
	Hafta sonu	118	22.9
	Halsizlik, beslenememe	143	27.8
	Ağrı	142	27.6
	Solunum sıkıntısı	56	10.9
	Ateş	48	9.3
	Bulantı, kusma, iştahsızlık	40	7.8
	Nörolojik defisit	26	5.0
	Genel durum bozukluğu	24	4.7
	İshal	10	1.9
Acil servise başvuru nedeni	Kabızlık	9	1.7
	İdrarda yanma	6	1.2
	Burun kanaması	4	0.8
	Kaşıntı, kızarıklık	3	0.6
	Kahverengi renkte kusma	2	0.4
	Gaitada kan	1	0.2
	Yanık	1	0.2
	08.00-18.00	337	65.4
	18.00-08.00	178	34.6
	0-1 saat	97	18.8
Acil serviste kalış süresi	1-3 saat	301	58.4
	3-6 saat	107	20.8
	6 saat ve üzeri	10	1.9
Transfer yeri	Ev	406	78.8
	GYBÜ	4	0.8
	Morg	1	0.2
Aynı gün içinde acil servise başvurma sıklığı	YHK	104	20.2
	1 kez	513	99.6
	2 kez	2	0.4
Acil servise başvuruda tetkik yapılma durumu	Evet	340	66.0
	Hayır	175	34.0
	*Acil servise başvuruda yapılan tetkikler (n=340)	Laboratuvar tetkikleri	314
	Radyolojik tetkikler	87	25.6
Başvurucu sonucu	Ex	1	0.2
	Taburcu	406	78.8
	Transfer	108	21.0

*Birden fazla tetkik yapılmıştır.

Hastaların %19.2'sinin (n=99) Aralık ayında, %77.1'inin (n=397) hafta içi, %27.8'inin (n=143) halsizlik ve beslenememe nedeniyle, %65.4'ünün (n=337) 08.00-18.00 saatleri arası, %58.4'ünün (n=301) 1-3 saat arası acil serviste kaldığı, %99.6'sının (n=513) aynı gün içinde acil servise 1 kez başvurduğu ve %78.8'inin (n=406) başvuru sonucunun taburcu olduğu saptandı (Tablo 3).

Hastaların %66'sına (n=340) acil servise başvurduğunda tetkik yapıldığı ve bu hastaların %92.4'üne (n=314) laboratuvar, %25.6'sına (n=87) ise radyolojik tetkik yapıldığı belirlendi (Tablo 3).

Hastaların acil serviste kalma süreleri 10 ile 550 dakika arasında değişmekte olup, ortalamasının 135.82 ± 86.13 ve medyanının 120 dakika olduğu saptandı. Ayrıca hastaların acil servise başvuru sıklıkları 1 ile 61 başvuru arasında değişmekte olup, ortalamasının 4.47 ± 6.82 başvuru ve medyanının 2 başvuru olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin Genel Özellikleri ile Karşılaştırılması

Genel Özellikler		Acil Servise Başvuru Nedenleri								χ^2	p
		Halsizlik, beslenememe (n=143)	Ağrı (n=142)	Solumun sıkıntısı (n=56)	Ateş (n=48)	Bulantı, kusma, iştahsızlık (n=40)	Nörolojik defisit (n=26)	Genel durum bozukluğu (n=24)	Diğer nedenler (n=36)		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş grubu	18-39 yıl	10 (%22.2)	17 (%37.8)	3 (%6.7)	8 (%17.8)	3 (%6.7)	2 (%4.4)	1 (%2.2)	1 (%2.2)	17.353	0.238
	40-60 yıl	51 (%24.3)	60 (%28.6)	19 (%9)	23 (%11)	18 (%8.6)	10 (%4.8)	11 (%5.2)	18 (%8.6)		
Cinsiyet	61 yıl ve üzeri	82 (%31.5)	65 (%25)	34 (%13.1)	17 (%6.5)	19 (%7.3)	14 (%5.4)	12 (%4.6)	17 (%6.5)	6.754	0.455
	Kadın	82 (%26.1)	95 (%30.3)	30 (%9.6)	33 (%10.5)	24 (%7.6)	13 (%4.1)	15 (%4.8)	22 (%7)		
Kanser tanısı	Erkek	61 (%30.3)	47 (%23.4)	26 (%12.9)	15 (%7.5)	16 (%8)	13 (%6.5)	9 (%4.5)	14 (%7)	88.254	0.001**
	Meme malign neoplazmı	26 (%18.1)	46 (%31.9)	15 (%10.4)	22 (%15.3)	13 (%9)	6 (%4.2)	6 (%4.2)	10 (%6.9)		
Kanser tanısı	Sindirim sistemi kanserleri	33 (%29.2)	26 (%23)	11 (%9.7)	11 (%9.7)	14 (%12.4)	4 (%3.5)	5 (%4.4)	9 (%8)	48.301	0.011*
	Solumun sistemi kanserleri	30 (%29.1)	25 (%24.3)	18 (%17.5)	10 (%9.7)	5 (%4.9)	6 (%5.8)	0 (%0)	9 (%8.7)		
Kanser evresi	Ürogenital sistem kanserleri	31 (%35.2)	28 (%31.8)	9 (%10.2)	3 (%3.4)	4 (%4.5)	4 (%4.5)	3 (%3.4)	6 (%6.8)	44.776	0.001**
	Baş ve boyun kanserleri	17 (%63)	6 (%22.2)	1 (%3.7)	0 (%0)	1 (%3.7)	0 (%0)	2 (%7.4)	0 (%0)		
Kanser evresi	Diğer	6 (%15)	11 (%27.5)	2 (%5)	2 (%5)	3 (%7.5)	6 (%15)	8 (%20)	2 (%5)	8.166	0.318
	Evre 1	4 (%26.7)	3 (%20)	1 (%6.7)	1 (%6.7)	0 (%0)	2 (%13.3)	1 (%6.7)	3 (%20)		
Kanser evresi	Evre 2	19 (%29.2)	17 (%26.2)	2 (%3.1)	13 (%20)	5 (%7.7)	3 (%4.6)	2 (%3.1)	4 (%6.2)	48.301	0.011*
	Evre 3	15 (%20.5)	20 (%27.4)	8 (%11)	9 (%12.3)	5 (%6.8)	6 (%8.2)	4 (%5.5)	6 (%8.2)		
Kanser evresi	Evre 4	12 (%22.2)	11 (%20.4)	6 (%11.1)	3 (%5.6)	8 (%14.8)	3 (%5.6)	8 (%14.8)	3 (%5.6)	48.301	0.011*
	Sınıflandırılmamış	93 (%30.2)	91 (%29.5)	39 (%12.7)	22 (%7.1)	22 (%7.1)	12 (%3.9)	9 (%2.9)	20 (%6.5)		
Kanser mevcut durumu	Lokal hastalık	53 (%26.6)	56 (%28.1)	15 (%7.5)	36 (%18.1)	12 (%6)	6 (%3)	10 (%5)	11 (%5.5)	44.776	0.001**
	Metastaz	84 (%29.4)	74 (%25.9)	39 (%13.6)	12 (%4.2)	23 (%8)	17 (%5.9)	14 (%4.9)	23 (%8)		
Cerrahi tedavi alma (n=510)	Remisyonunda	6 (%20)	12 (%40)	2 (%6.7)	0 (%0)	5 (%16.7)	3 (%10)	0 (%0)	2 (%6.7)	8.166	0.318
	Evet	78 (%27.1)	79 (%27.4)	24 (%8.3)	30 (%10.4)	27 (%10.4)	30 (%10.4)	27 (%9.4)	14 (%4.9)		
Kemoterapi tedavisi alma (n=510)	Hayır	63 (%28.4)	62 (%27.9)	31 (%14)	18 (%8.1)	12 (%5.4)	12 (%5.4)	8 (%3.6)	16 (%7.2)	7.353	0.393
	Evet	133 (%26.9)	139 (%28.1)	53 (%10.7)	47 (%9.5)	39 (%7.9)	25 (%5.1)	24 (%4.9)	334 (%6.9)		
Radyoterapi tedavisi alma (n=510)	Hayır	8 (%50)	2 (%12.5)	2 (%12.5)	1 (%6.3)	0 (%0)	1 (%6.3)	0 (%0)	2 (%12.5)	14.424	0.044*
	Evet	96 (%28.1)	89 (%26)	44 (%12.9)	28 (%8.2)	27 (%7.9)	23 (%6.7)	14 (%4.1)	21 (%6.1)		
En son	Hayır	45 (%26.8)	52 (%31)	11 (%6.5)	20 (%11.9)	12 (%7.1)	3 (%1.8)	10 (%6)	15 (%8.9)	50.107	0.047*
	0-7 gün	57 (%35.8)	39 (%24.5)	14 (%8.8)	14 (%8.8)	13 (%8.2)	6 (%3.8)	6 (%3.8)	10 (%6.3)		

tedavi zamanı (n=510)	8-15 gün	22 (%34.4)	14 (%21.9)	5 (%7.8)	4 (%6.3)	2 (%3.1)	8 (%12.5)	5 (%7.8)	4 (%6.3)		
	16-30 gün	13 (%17.6)	20 (%27)	10 (%13.5)	10 (%13.5)	6 (%8.1)	2 (%2.7)	6 (%8.1)	7 (%9.5)		
	31-90 gün	27 (%32.9)	18 (%22)	10 (%12.2)	9 (%11)	6 (%7.3)	4 (%4.9)	4 (%4.9)	4 (%4.9)		
	91 gün ve üzeri	9 (%18)	21 (%42)	9 (%18)	3 (%6)	3 (%6)	2 (%4)	1 (%2)	2 (%4)		
Kronik hastalık varlığı	Belirtilmemiş	13 (%16)	29 (%35.8)	7 (%8.6)	8 (%9.9)	9 (%11.1)	4 (%4.9)	2 (%2.5)	9 (%11.1)		
	Evet	89 (%29.2)	80 (%26.2)	34 (%11.1)	26 (%8.5)	24 (%7.9)	17 (%5.6)	12 (%3.9)	23 (%7.5)	3.176	0.866
	Hayır	54 (%25.7)	62 (%29.5)	22 (%10.5)	22 (%10.5)	16 (%7.6)	9 (%4.3)	12 (%5.7)	13 (%6.2)		
Evde ilaç kullanımı	Evet	99 (%27.7)	97 (%27.1)	39 (%10.9)	28 (%7.8)	27 (%7.5)	23 (%6.4)	20 (%5.6)	25 (%7)	9.579	0.214
	Hayır	44 (%28)	45 (%28.7)	17 (%10.8)	20 (%12.7)	13 (%8.3)	3 (%1.9)	4 (%2.5)	11 (%7)		
Evde ilaç kullanım miktarı (n=358)	1 adet	39 (%29.1)	33 (%24.6)	14 (%10.4)	15 (%11.2)	8 (%6)	9 (%6.7)	5 (%3.7)	11 (%8.2)		
	1'den fazla	60 (%26.8)	64 (%28.6)	25 (%11.2)	13 (%5.8)	19 (%8.5)	14 (%6.3)	15 (%6.7)	14 (%6.3)	6.309	0.504

Tablo 4. Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin Genel Özellikleri ile Karşılaştırılması (Devam)

Ki-Kare Testi

**p<0.05*

***p<0.01*

Yaş gruplarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). 18-39 yaş arası hastaların %37.8'inde ($n=17$) acil servise başvurma nedeni ağrı, 40-60 yaş arası hastaların %28.6'sının acil servise başvurma nedeni ağrı ve 61 yaş ve üzeri hastaların %31.5'inin ($n=82$) acil servise başvurma nedeni halsizlik ve beslenememe olarak saptandı (Tablo 4).

Cinsiyete göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Kadınların %30.3'ünün ($n=95$) acil servise başvurma nedeni ağrı iken, erkeklerin %30.3'ünün ($n=61$) acil servise başvuru nedeni halsizlik ve beslenememedir (Tablo 4).

Kanser tanlarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Baş ve boyun kanserleri görülenlerde halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranı (%63), meme malign neoplazmi (%18.1), sindirim sistemi kanserleri (%29.2), solunum sistemi kanserleri (%29.1), ürogenital sistem kanserleri (%35.2) ve diğer kanser tipi (%15) görülenlerden anlamlı şekilde yüksek saptandı (Tablo 4).

Kanser evrelerine göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.011$; $p<0.05$). Kanser evresi evre 4 olanlarda bulantı, kusma ve iştahsızlık nedeniyle acil servise başvurma oranı (%14.8), kanser evresi evre 1 (%0), evre 2 (%7.7), evre 3 (%6.8) ve kanser evresi sınıflandırılmamış (%7.1) olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (Tablo 4).

Kanser mevcut durumlarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Kanser mevcut durumu remisyonda olanlarda ağrı nedeniyle acil servise başvurma oranı (%40), kanser mevcut durumu lokal hastalık (%28.1) ve metastaz (%25.9) olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (Tablo 4).

Kanseri nedeniyle cerrahi tedavi gören hastaların acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Cerrahi tedavi görenlerin %27.4'ünün ($n=79$) ağrı nedeniyle acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 4).

Kemoterapi görme durumlarına göre hastaların acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Kemoterapi uygulanan hastaların %28.1'inin ($n=139$) ağrı nedeniyle acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 4).

Radyoterapi uygulanan hastaların acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.044$; $p<0.05$). Tedavisinde radyoterapi olan hastaların nörolojik defisit nedeniyle acil servise başvurma oranı (%6.7) radyoterapi görmeyenlerden (%1.8) anlamlı şekilde yüksek saptandı (Tablo 4).

Hastaların en son tedavi görme zamanlarına göre acil servise başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.047$; $p<0.05$). 91 gün ve üzerinde kanser tedavisi görenlerin acil servise ağrı nedeniyle başvurma oranı (%42), 0-7 gün (%24.5), 8-15 gün (%21.9), 16-30 gün (%27), 31-90 gün (%22) kanser tedavisi görenlerden ve tedavi süresi belirtilmeyenlerden (%35.8) anlamlı şekilde yüksek saptandı (Tablo 4).

Kronik hastalık bulunma durumuna göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p<0.05$). Mevcut hastalığı olanların %29.2'sinin ($n=89$) halsizlik ve beslenememe nedeniyle acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 4).

Hastaların evde ilaç kullanma durumuna göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p<0.05$). Evde ilaç kullananların %27.7'sinin ($n=99$) halsizlik ve beslenememe nedeniyle acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 4).

Evde ilaç kullananların ilaç kullanım miktarlarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p<0.05$). Evde bir adet ilaç kullananların %29.1'inin ($n=39$) halsizlik ve beslenememe, birden fazla ilaç kullananların ise %28.6'sının ($n=64$) ağrı nedeniyle acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 4).



Tablo 5. Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin Kronik Hastalıklarına ve Evde İlaç Kullanım Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Kronik hastalıklar ve evde kullanılan ilaçlar	ve evde	Acil Servise Başvuru Nedenleri								χ^2	p
		Halsizlik, beslenememe (n=143)	Ağrı (n=142)	Solunum sıkıntısı (n=56)	Ateş (n=48)	Bulantı, kusma, iştahsızlık (n=40)	Nörolojik defisit (n=26)	Genel durum bozukluğu (n=24)	Diğer nedenler (n=36)		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Kardiyovasküler sistem hastalıkları (n=305)	Var	69 (%48.3)	59 (%41.5)	24 (%42.9)	16 (%33.3)	15 (%37.5)	12 (%46.2)	9 (%37.5)	15 (%41.7)	4.448	0.727
	Yok	74 (%51.7)	83 (%58.5)	32 (%57.1)	32 (%66.7)	25 (%66.7)	14 (%53.8)	15 (%62.5)	21 (%58.3)		
Endokrin sistem hastalıkları (n=305)	Var	31 (%21.7)	25 (%17.6)	13 (%23.2)	7 (%14.6)	5 (%12.5)	9 (%34.6)	2 (%8.3)	4 (%11.1)	10.660	0.154
	Yok	112 (%78.3)	117 (%82.4)	43 (%76.8)	41 (%85.4)	35 (%87.5)	17 (%65.4)	22 (%91.7)	32 (%88.9)		
Onkolojik hastalıklar (n=305)	Var	2 (%1.4)	10 (%7)	5 (%8.9)	4 (%8.3)	2 (%5)	2 (%7.7)	2 (%8.3)	2 (%5.6)	7.726	0.357
	Yok	141 (%98.6)	132 (%93)	51 (%91.1)	44 (%91.7)	38 (%95)	24 (%92.3)	22 (%91.7)	34 (%94.4)		
Diğer hastalıklar	Var	19 (%13.3)	15 (%10.6)	3 (%5.4)	8 (%16.7)	6 (%15)	2 (%7.7)	3 (%12.5)	1 (%2.8)	7.629	0.366
	Yok	124 (%86.7)	127 (%89.4)	53 (%94.6)	40 (%83.3)	34 (%85)	24 (%92.3)	21 (%87.5)	35 (%97.2)		
Kardiyovasküler sistem ilaç kullanımı (n=358)	Evet	55 (%38.5)	49 (%34.5)	15 (%26.8)	18 (%37.5)	13 (%32.5)	11 (%42.3)	11 (%45.8)	16 (%44.4)	5.318	0.621
	Hayır	88 (%61.5)	93 (%65.5)	41 (%73.2)	30 (%62.5)	27 (%67.5)	15 (%57.7)	13 (%54.2)	20 (%55.6)		
Sindirim sistemi ilaçları kullanımı (n=358)	Evet	26 (%18.2)	34 (%23.9)	11 (%19.6)	6 (%12.5)	10 (%25)	11 (%42.3)	5 (%20.8)	10 (%27.8)	11.432	0.121
	Hayır	117 (%81.8)	108 (%76.1)	45 (%80.4)	42 (%87.5)	30 (%75)	15 (%57.7)	19 (%79.2)	26 (%72.2)		
Sinir sistemi ilaçları kullanımı (n=358)	Evet	22 (%15.4)	25 (%17.6)	12 (%21.4)	6 (%12.5)	12 (%30)	7 (%26.9)	7 (%29.2)	5 (%13.9)	9.449	0.222
	Hayır	121 (%84.6)	117 (%82.4)	44 (%78.6)	42 (%87.5)	28 (%70)	19 (%73.1)	17 (%70.8)	31 (%86.1)		
Metabolizma ilaçları kullanımı (n=358)	Evet	10 (%7)	16 (%11.3)	6 (%10.7)	2 (%4.2)	4 (%10)	5 (%19.2)	2 (%8.3)	5 (%13.9)	6.809	0.449
	Hayır	133 (%93)	126 (%88.7)	50 (%89.3)	46 (%95.8)	36 (%90)	21 (%91.7)	22 (%91.7)	31 (%86.1)		
Kemoterapi ilaçları kullanımı (n=358)	Evet	8 (%5.6)	16 (%11.3)	3 (%5.4)	2 (%4.2)	3 (%7.5)	1 (%3.8)	2 (%8.3)	1 (%2.8)	6.703	0.460
	Hayır	135 (%94.4)	126 (%88.7)	53 (%94.6)	46 (%95.8)	37 (%92.5)	25 (%96.2)	22 (%91.7)	35 (%97.2)		
Diğer ilaçların kullanımı (n=358)	Evet	43 (%30.1)	34 (%23.9)	20 (%35.7)	9 (%18.8)	6 (%15)	5 (%19.2)	9 (%37.5)	7 (%19.4)	11.231	0.129
	Hayır	100 (%69.9)	108 (%76.1)	36 (%64.3)	39 (%81.3)	34 (%85)	21 (%80.8)	15 (%62.5)	29 (%80.6)		

Ki-Kare Testi

Hastaların kardiyovasküler sistem hastalıkları, endokrin sistem hastalıkları, onkolojik hastalıklar ve diğer hastalıklarının var olmasına göre acil servise başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Kardiyolojik sistem hastalığı olanların %48.3'ünün ($n=69$) halsizlik ve beslenememe nedeniyle, endokrin sistemi hastalığı olanların %34.6'sının ($n=9$) nörolojik defisit nedeniyle, onkolojik hastalığı olanların %8.9'unun ($n=5$) solunum sıkıntısı nedeniyle, diğer hastalıklara sahip olanların ise %16.7'sinin ($n=8$) ateş nedeniyle acil servise başvurdukları saptandı (Tablo 5).

Hastaların evde kardiyovasküler sistem ilaçları, sindirim sistemi ilaçları, sinir sistemi ilaçları, metabolizma ilaçları, kemoterapi ilaçları ve diğer ilaçların kullanım durumlarına göre acil servise başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Kardiyovasküler sistem ilaçları kullananların %45.8'inin ($n=11$) genel durum bozukluğu nedeniyle, sindirim sistemi ilaçları kullananların %42.3'ünün ($n=11$) nörolojik defisit nedeniyle, sinir sistemi ilaçları kullananların %29.2'sinin ($n=7$) genel durum bozukluğu nedeniyle, metabolizma ilaçları kullananların %13.9'unun ($n=5$) diğer nedenler nedeniyle, kemoterapi ilaçları kullananların %11.3'ünün ($n=16$) ağrı nedeniyle, diğer ilaçlar kullananların %37.5'inin ($n=9$) genel durum bozukluğu nedeniyle acil servise başvurdukları saptandı (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin Acil Servise Başvuru Zamanı İle Karşılaştırılması

Acil servise başvuruya ilişkin özellikler			Acil Servise Başvuru Nedenleri							χ^2	p	
			Halsizlik, beslenememe (n=143)	Ağrı (n=142)	Solunum sıkıntısı (n=56)	Ateş (n=48)	Bulantı, kusma, iştahsızlık (n=40)	Nörolojik defisit (n=26)	Genel durum bozukluğu (n=24)			Diğer nedenler (n=36)
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			n (%)
Acile günü	başvuru	Hafta içi	125 (%31.5)	106 (%26.7)	41 (%10.3)	34 (%8.6)	32 (%8.1)	17 (%4.3)	15 (%3.8)	27 (%6.8)	15.837	0.027*
		Hafta sonu	18 (%15.3)	36 (%30.5)	15 (%12.7)	14 (%11.9)	6 (%6.8)	9 (%7.6)	9 (%7.6)	9 (%7.6)		
		Ocak	5 (%17.2)	8 (%10.3)	3 (%10.3)	5 (%17.2)	2 (%6.9)	1 (%3.4)	4 (%13.8)	1 (%3.4)		
		Şubat	4 (%14.2)	6 (%22.2)	6 (%22.2)	3 (%11.1)	2 (%7.4)	0 (%0)	2 (%7.4)	4 (%14.8)		
		Mart	6 (%17.1)	15 (%42.9)	3 (%8.6)	3 (%8.6)	3 (%8.6)	2 (%5.7)	0 (%0)	3 (%8.6)		
		Nisan	12 (%35.3)	5 (%14.7)	4 (%11.8)	5 (%14.7)	1 (%2.9)	3 (%8.8)	2 (%5.9)	2 (%5.9)		
Acil başvuru ayı	servise	Mayıs	3 (%9.4)	12 (%37.5)	4 (%12.5)	1 (%3.1)	4 (%12.5)	1 (%3.1)	3 (%9.4)	4 (%12.5)	81.800	0.333
		Haziran	9 (%24.3)	15 (%40.5)	0 (%0)	4 (%10.8)	4 (%10.8)	2 (%5.4)	1 (%2.7)	2 (%5.4)		
		Temmuz	8 (%25)	6 (%18.8)	6 (%18.8)	3 (%9.4)	2 (%6.3)	2 (%6.3)	2 (%6.3)	3 (%9.4)		
		Ağustos	12 (%24)	14 (%28)	8 (%16)	4 (%8)	2 (%4)	3 (%6)	4 (%8)	3 (%6)		
		Eylül	9 (%22.5)	13 (%32.5)	6 (%15)	3 (%7.5)	3 (%7.5)	2 (%5)	2 (%5)	2 (%5)		
		Ekim	21 (%45.7)	8 (%17.4)	5 (%10.9)	5 (%10.9)	4 (%8.7)	2 (%4.3)	0 (%0)	1 (%2.2)		
		Kasım	15 (%27.8)	19 (%35.2)	5 (%9.3)	4 (%7.4)	5 (%9.3)	2 (%3.7)	0 (%0)	4 (%7.4)		
		Aralık	39 (%39.4)	21 (%21.2)	6 (%6.1)	8 (%8.1)	8 (%8.1)	6 (%6.1)	4 (%4)	7 (%7.1)		

Ki-Kare Testi

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Hastaların acil servise başvurularında haftanın günlerine göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.027$; $p<0.05$). Hafta içi acil servise başvuranlarda halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranı (%31.5), hafta sonu başvuranlardan (%15.3) yüksek saptandı (Tablo 6).

Aylara göre acil servise başvuru ile başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Acil servise Ocak ayında başvuranların %17.2'sinin ($n=5$) halsizlik, beslenememe ve ateş nedeniyle, Şubat ayında başvuranların %22.2'sinin ($n=6$) ağrı ve solunum sıkıntısı nedeniyle, Mart ayında başvuranların %42.9'unun ($n=15$) ağrı nedeniyle, Nisan ayında başvuranların %35.3'ünün ($n=12$) halsizlik, beslenememe nedeniyle, Mayıs ayında başvuranların %37.5'inin ($n=12$) ağrı nedeniyle, Haziran ayında başvuranların %40.5'inin ($n=15$) ağrı nedeniyle, Temmuz ayında başvuranların %25'inin ($n=8$) halsizlik, beslenememe nedeniyle, Ağustos ayında başvuranların %28'inin ($n=14$) ağrı nedeniyle, Eylül ayında başvuranların %32.5'inin ($n=13$) ağrı nedeniyle, Ekim ayında başvuranların %45.7'sinin ($n=21$) halsizlik ve beslenememe nedeniyle, Kasım ayında başvuranların %35.2'sinin ($n=19$) ağrı nedeniyle ve Aralık ayında başvuranların %39.4'ünün ($n=39$) halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurdukları saptandı (Tablo 6)

Tablo 7. Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin Yapılan İşleme Göre Karşılaştırılması

Acil servise başvuruya ilişkin özellikler	Acil Servise Başvuru Nedenleri								χ^2	p	
	Halsizlik, beslenememe (n=143)	Ağrı (n=142)	Solunum sıkıntısı (n=56)	Ateş (n=48)	Bulantı, kusma, iştahsızlık (n=40)	Nörolojik defisit (n=26)	Genel durum bozukluğu (n=24)	Diğer nedenler (n=36)			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Acil servise başvuruda tetkik yapılma durumu	Evet	60 (%17.6)	96 (%28,2)	45 (%13.2)	46 (%13.5)	27 (%7.9)	24 (%7.1)	18 (%5.3)	24 (%7.1)	70.131	0.001**
	Hayır	83 (%47.4)	46 (%26,3)	11 (%6.3)	2 (%1.1)	13 (%7.4)	2 (%1.1)	6 (%3.4)	12 (%6.9)		
Laboratuvar tetkikleri (n=340)	Evet	57 (%18.2)	77 (%24,5)	43 (%13.7)	45 (%14.3)	27 (%8.6)	23 (%7.3)	18 (%5.7)	24 (%7.6)	68.505	0.001**
	Hayır	86 (%42.8)	65 (%32,3)	13 (%6.5)	3 (%1.5)	13 (%6.5)	3 (%1.5)	6 (%3)	12 (%6)		
Radyolojik tetkikler (n=340)	Evet	10 (%11.5)	26 (%29,9)	19 (%21.8)	7 (%8)	4 (%4.6)	14 (%16.1)	3 (%3.4)	4 (%4.6)	49.774	0.001**
	Hayır	133 (%31.1)	116 (%27,1)	37 (%8.6)	41 (%9.6)	36 (%8.4)	12 (%2.8)	21 (%4.9)	32 (%7.5)		
	Taburcu		129 (%31,8)								
Başvurucu sonucu	Transfer	130 (%32)	13 (%12)	35 (%32.4)	6 (%5.6)	6 (%5.6)	8 (%7.4)	20 (%18.5)	7 (%6.5)	14.127	0.001**
				21 (%5.2)	42 (%10.3)	34 (%8.4)	18 (%4.4)	3 (%0.7)	29 (%7.1)		

Ki-Kare Testi

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Acil servise başvurma nedenlerine göre, başvuruda tetkik yapılma durumuna yönelik yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptandı (p:0.001; p<0.01). Acil servise başvuruda tetkik yapılmayanlarda halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranı (%47.4), başvuruda tetkik yapılanlardan (%17.6) yüksek saptandı (Tablo 7).

Acil servise başvuruda laboratuvar tetkiki yapılma durumuna göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0.001; p<0.01). Acil servise başvuruda laboratuvar tetkiki yapılmayanlarda halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranı (%42.8), başvuruda laboratuvar tetkiki yapılanlardan (%18.2) yüksek saptandı (Tablo 7).

Acil servise başvuruda radyolojik tetkik yapılma durumu ile acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0.001; p<0.01). Acil servise başvuruda radyolojik tetkik yapılanlarda solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvurma oranı (%21.8), başvuruda radyolojik tetkik yapılmayanlardan (%8.6) yüksek saptandı (Tablo 7).

Acil servise başvuru sonucu ile acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0.001; p<0.01). Başvuru sonucu transfer olanlarda (Acil Servis'ten yatan hasta katı, genel yoğun bakım ünitesi, kurum dışına transfer) solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvurma oranı (%32.4), başvuru sonucu taburcu olanlardan (%5.2) yüksek saptandı (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Acil Servise Başvurma Nedenlerine Göre Başvuru Sıklıklarının ve Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması

Acil servise başvuru nedenleri	Acil servise başvurma sıklığı	Acil serviste kalma süresi (dk)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Halsizlik, beslenememe	5.92±8.14 (3)	140.21±84.51 (130)
Ağrı	4.23±6.26 (2)	126.16±80.61 (110)
Solunum sıkıntısı	4.95±5.51 (3)	137.77±87.07 (115)
Ateş	2.15±2.26 (1)	118.65±60.46 (105)
Bulantı, kusma, iştahsızlık	3.28±2.98 (3)	170.25±105.4 (142,5)
Nörolojik defisit	3.73±8.00 (1,5)	136.54±81.73 (117,5)
Genel durum bozukluğu	5.13±12.10 (2)	151.25±118.26 (125)
Diğer nedenler	3.44±5.60 (1)	127.22±90.40 (107,5)
χ^2	40.332	10.539
p	0.001**	0.160

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

**p<0.01

Acil servise başvurma nedenlerine göre acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0.001; p<0.01). Farklılığın hangi nedenden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc testler sonucunda; halsizlik ve beslenememe nedeniyle acil servise başvuranların acil servise başvurma sıklıkları, ağrı (p:0.001), ateş (p:0.001), nörolojik defisit (p:0.002) ve diğer nedenlerle (p:0.001) acil servise başvuranlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı (p<0.01). Ateş nedeniyle acil servise başvuranların acil servise başvurma sıklıkları, bulantı, kusma ve iştahsızlık (p:0.001) ve nörolojik defisit (p:0.009) nedeniyle acil servise başvuranlardan anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı (p<0.01) (Tablo 8).

Acil servise başvurma nedenlerine göre acil serviste kalma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Acil Servise Başvurma Sıklığının Genel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

		Acil servise başvurma sıklığı	χ^2/Z	p
		Ort±SS (Medyan)		
Yaş grubu	18-39 yıl	5.71±12.39 (2)	13.930	0.001**
	40-60 yıl	3.65±4.89 (2)		
	61 yıl ve üzeri	4.92±6.79 (3)		
Cinsiyet	Kadın	4.15±6.88 (2)	-2.173	0.030*
	Erkek	4.98±6.73 (3)		
	Meme malign neoplazmi	3.29±7.10 (1)		
Kanser tanısı	Sindirim sistemi kanserleri	4.27±4.49 (3)	44.981	0.001**
	Solunum sistemi kanserleri	4.36±4.25 (3)		
	Ürogenital sistem kanserleri	5.76±8.67 (3)		
	Baş ve boyun kanserleri	10.44±12.67 (6)		
	Diğer	2.70±3.53 (1)		
Kanser evresi	Evre 1	1.73±1.1 (1)	13.724	0.008**
	Evre 2	4.57±8.67 (2)		
	Evre 3	3.89±5.84 (2)		
	Evre 4	5.11±5.18 (3)		
	Sınıflandırılmamış	4.61±7.01 (2)		
Kanser mevcut durumu	Lokal hastalık	3.18±4.02 (2)	41.535	0.001**
	Metastaz	5.67±8.32 (3)		
Cerrahi tedavi görme (n=510)	Remisyonunda	1.63±1.25 (1)	-0.235	0.815
	Evet	4.31±6.27 (2)		
Kemoterapi tedavisi görme (n=510)	Hayır	4.68±7.48 (2)	-0.059	0.953
	Evet	4.49±6.93 (2)		
Radyoterapi tedavisi görme (n=510)	Hayır	4.10±3.92 (2)	-1.705	0.088
	Evet	4.89±7.76 (2)		
En son tedavi zamanı (n=510)	0-7 gün	4.11±6.76 (2)	38.429	0.001**
	8-15 gün	5.13±7.64 (2,5)		
	16-30 gün	5.96±8.28 (2)		
	31-90 gün	4.55±5.32 (3)		
	91 gün ve üzeri	6.64±9.64 (4,5)		
Kronik hastalık varlığı	Belirtilmemiş	1.96±1.61 (1)	-2.476	0.013*
	Evet	4.74±6.64 (3)		
	Hayır	4.08±7.08 (2)		
Evde ilaç kullanımı	Evet	4.78±7.07 (2,5)	-2.414	0.016*
	Hayır	3.77±6.20 (2)		
Evde ilaç kullanım miktarı (n=358)	1 adet	4.69±6.30 (2)	-0.139	0.890
	1'den fazla	4.83±7.50 (3)		

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Z: Mann Whitney U Testi

*p<0.05

**p<0.01

Yaş grupları arasında yapılan karşılaştırmada acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık saptandı (p<0.001). Farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc testler sonucunda; 61 yaş ve üzerinde olanların acil servise başvurma sıklıkları, 40-60 yaş arasında olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.001; p<0.01). Diğer yaş grupları arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 9).

Erkeklerin acil servise başvurma sıklıkları, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p:0.030; p<0.05) (Tablo 9).

Kanser tanıları arasında yapılan karşılaştırmada acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi kanser tanısından kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc testler sonucunda; kanser tanısı meme malign neoplazmı olanların acil servise başvurma sıklığı, kanser tanısı sindirim sistemi kanseri ($p:0,001$), solunum sistemi kanseri ($p:0.001$), ürogenital sistem kanseri ($p:0.001$) ve baş ve boyun kanseri ($p:0.001$) olanlardan anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0.01$). Kanser tanısı baş ve boyun kanseri olanların acil servise başvurma sıklığı, sindirim sistemi kanseri ($p:0.011$), solunum sistemi kanseri ($p:0.011$), ürogenital sistem kanseri ($p:0.014$) ve kanser sınıfı sınıflandırılmamış ($p:0.001$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$, $p<0.01$). Diğer kanser tanıları arasında acil servise başvuru sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Kanser evreleri arasında yapılan karşılaştırmada acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.008$; $p<0.01$). Farklılığın hangi kanser evresinden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc testler sonucunda; kanser evresi evre 4 olanların acil servise başvurma sıklıkları, kanser evresi 1 ($p:0.002$), evre 2 ($p:0.015$) ve evre 3 ($p:0.023$) olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Diğer kanser evreleri arasında acil servise başvuru sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Kanser mevcut durumları arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc testler sonucunda; kanser mevcut durumu metastaz olanların acil servise başvurma sıklıkları, kanser mevcut durumu lokal ($p:0.001$) ve remisyonda ($p:0.001$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p<0.01$). Ayrıca kanser mevcut durumu lokal olanların acil servise başvurma sıklıkları, remisyonda olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0.002$; $p<0.01$) (Tablo 9).

Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi gören hastaların acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Kanser tedavisi gören hastaların en son tedavi görme zamanları arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc testleri sonucunda; en son tedavi zamanı 91 gün ve üzerinde olanların acil servise başvurma sıklıkları, en son tedavi zamanı 0-7 gün arasında ($p:0.002$) ve belirtilmemiş ($p:0.001$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p<0.01$). Kanser tedavisi gören hastaların diğer tedavi görme zamanları arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Kronik hastalığı olanların acil servise başvurma sıklıkları, mevcut bir hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p:0.013$; $p<0.05$) (Tablo 9).

Evde ilaç kullananların acil servise başvurma sıklıkları evde ilaç kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p: 0.016$; $p<0.05$). Ayrıca evde ilaç kullananların kullandıkları ilaç miktarlarına göre acil servise başvurma durumları açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Acil Servise Başvurma Sıklıklarının Kronik Hastalıkları ve Evde İlaç Kullanım Durumları ile Karşılaştırılması

			<u>Acil Servise Başvurma Sıklığı</u>	Z	P
			<u>Ort±SS (Medyan)</u>		
Kardiyovasküler sistem hastalıkları (n=305)	Var		4.97±7.22 (3)	-2.344	0.019*
	Yok		4.10±6.51 (2)		
Endokrin sistem hastalıkları (n=305)	Var		5.08±7.40 (2)	-0.907	0.364
	Yok		4.33±6.69 (2)		
Onkolojik hastalıklar (n=305)	Var		5.62±6.87 (3)	-1.193	0.233
	Yok		4.40±6.83 (2)		
Diğer hastalıklar	Var		3.61±4.02 (2)	-0.773	0.440
	Yok		4.58±7.09 (2)		
Kardiyovasküler sistem ilaç kullanımı (n=358)	Evet		4.77±7.17 (3)	-1.920	0.055
	Hayır		4.30±6.63 (2)		
Sindirim sistemi ilaçları kullanımı (n=358)	Evet		4.55±8.03 (2)	-0.523	0.601
	Hayır		4.45±6.46 (2)		
Sinir sistemi ilaçları kullanımı (n=358)	Evet		4.10±5.12 (2,5)	-0.038	0.969
	Hayır		4.56±7.16 (2)		
Metabolizma ilaçları kullanımı (n=358)	Evet		5.14±9.33 (2)	-0.618	0.537
	Hayır		4.40±6.51 (2)		
Kemoterapi ilaçları kullanımı (n=358)	Evet		5.75±10.92 (2)	-0.337	0.736
	Hayır		4.38±6.42 (2)		
Diğer ilaçların kullanımı (n=358)	Evet		5.13±6.94 (3)	-1.565	0.118
	Hayır		4.24±6.78 (2)		

Z: Mann Whitney U Testi

*p<0.05

Kardiyovasküler sistem hastalığı olan hastaların acil servise başvurma sıklıkları, hastalığı olmayanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p:0.019; p<0.05). Diğer mevcut hastalıklara sahip hastaların acil servise başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 10).

Evde kullanılan ilaç türleri arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 10)

Tablo 11. Hastaların Acil Servise Başvurma Sıklıklarının Başvuru Zamanı ve Yapılan İşleme Göre Karşılaştırılması

Başvuru zamanı ve yapılan işlem özellikleri	Acil Servise Başvurma Sıklığı		Z/ χ^2	p
	Ort±SS (Medyan)			
Acil servise başvuru günü	Hafta içi	4.48±7.05 (2)	-0.095	0.924
	Hafta sonu	4.43±6.05 (2,5)		
Acil servise başvuruda tetkik toplama	Evet	4.03±6.28 (2)	-2.854	0.004**
	Hayır	5.33±7.73 (3)		
Laboratuvar tetkikleri (n=340)	Evet	3.83±5.67 (2)	-2.621	0.009**
	Hayır	5.47±8.24 (3)		
Radyolojik tetkikler (n=340)	Evet	4.17±6.20 (2)	-0.838	0.402
	Hayır	4.53±6.95 (2)		
Başvurucu sonucu	Taburcu	4.44±7.08 (2)	-1.861	0.063
	Transfer	4.63±5.83 (3)		

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Z: Mann Whitney U Testi

**p<0.01

Acil servise başvuru günlerine göre acil servise başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p<0.05) (Tablo 11).

Acil servise başvuruda tetkik yapılmayanların acil servise başvurma sıklıkları, tetkik yapılanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.004; p<0.01) (Tablo 11).

Acil servise başvuruda laboratuvar tetkiki yapılmayanların acil servise başvurma sıklıkları, tetkik yapılanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.009; p<0.01) (Tablo 11).

Acil servise başvuruda radyolojik tetkik yapılma durumlarına göre ise acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p<0.05) (Tablo 11).

Acil servise başvuru sonucuna göre acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p<0.05) (Tablo 11)

Tablo 12. Hastaların Acil Serviste Kalış Sürelerinin Hastalık Özellikleri ile Karşılaştırılması

		Acilde Kalış Süresi (dk)	χ^2/Z	p
		Ort±SS (Medyan)		
Kanser tanısı	Meme malign neoplazmı	124.76±74.08 (110)	44.981	0.001**
	Sindirim sistemi kanserleri	139.96±90.36 (125)		
	Solunum sistemi kanserleri	142.67±92.95 (120)		
	Ürogenital sistem kanserleri	146.65±95.27 (127,5)		
	Baş ve boyun kanserleri	121.48±79.02 (120)		
Kanser evresi	Diğer	132.13±78.41 (117,5)	13.724	0.008**
	Evre 1	106.00±83.54 (95)		
	Evre 2	144.00±101.4 (110)		
	Evre 3	132.74±87.12 (125)		
	Evre 4	131.20±74.78 (120)		
Kronik hastalık varlığı	Sınıflandırılmamış	137.08±84.55 (120)	-2.476	0.013*
	Evet	131.95±83.59 (120)		
Kardiyovasküler sistem hastalıkları (n=305)	Hayır	141.43±89.60 (120)	-2.344	0.019*
	Var	131.48±85.45 (115)		
	Yok	139.02±86.64 (120)		
Endokrin sistem hastalıkları (n=305)	Var	128.96±77.53 (112,5)	-0.907	0.364
	Yok	137.39±87.99 (120)		
Onkolojik hastalıklar (n=305)	Var	131.03±81.68 (125)	-1.193	0.233
	Yok	136.10±86.46 (120)		
Diğer hastalıklar	Var	128.25±76.94 (115)	-0.773	0.440
	Yok	136.76±87.24 (120)		
Acil servise başvuruda tetkik toplama	Evet	144.93±88.93 (125)	-2.854	0.004**
	Hayır	118.11±77.65 (110)		
Laboratuvar tetkikleri (n=340)	Evet	146.29±89.53 (125)	-2.621	0.009**
	Hayır	119.45±77.97 (110)		
Radyolojik tetkikler (n=340)	Evet	194.89±104.27 (170)	-0.838	0.402
	Hayır	123.81±76.71 (110)		

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Z: Mann Whitney U Testi

*p<0.05

**p<0.01

Kanser tanıları arasında acilde kalış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0.001; p<0.01). Farklılığın hangi kanser tanısından kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc testleri sonucunda; kanser tanısı meme malign neoplazmı olanların acil serviste kalış süreleri, sindirim sistemi kanserleri (p:0.001), solunum sistemi kanserleri (p:0.001), ürogenital sistem kanserleri (p:0.001) ve baş ve boyun kanserleri (p:0.001) olanlardan anlamlı şekilde düşük saptandı (p<0.01). Diğer kanser tanıları arasında acilde kalış süreleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 12).

Kanser evreleri arasında acilde kalış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0.008; p<0.01). Farklılığın hangi kanser tanısından kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc testleri sonucunda; kanser

evresi 1 olanların acilde kalış süreleri, evre 2 (p:0.001), evre 3 (p:0.001), evre 4 (p:0.001) ve sınıflandırılmamış (p:0.001) olanlardan anlamlı şekilde düşük saptandı (p<0.01). Diğer kanser evreleri arasında acilde kalış süreleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 12).

Mevcut hastalığı olmayanların acilde kalış süreleri, mevcut hastalığı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.013; p<0.05) (Tablo 12).

Kardiyovasküler bir hastalığı olmayanların acilde kalış süreleri, kardiyovasküler hastalığı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.019; p<0.05) (Tablo 12).

Acil servise başvuruda tetkik yapılanların acilde kalış süreleri, tetkik yapılmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.004; p<0.01) (Tablo 12).

Laboratuvar tetkiki yapılanların acilde kalış süreleri, tetkik yapılmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.009; p<0.01) (Tablo 12).

Diğer özellikler arasında acilde kalış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 12).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada kanser tedavisi gören yetişkin hastaların acil servise başvuru nedenlerinin sosyodemografik özellikleri/tedavi sürecindeki özellikleri ile karşılaştırılması, bu başvuruların sıklığının incelenmesi ve etkin yönetimi için acil ekibine öneri getirilmesi amaçlandı. Çalışmada elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılarak sunuldu.

Dünya genelinde 2030 yılına kadar her yıl 23.6 milyon yeni kanser vakası olacağı tahmin edilmektedir (www.cancerresearchuk.org Erişim tarihi: 07/01/2018). Toplumun kanser konusunda bilinçlenmesi, teknolojideki gelişmeler ve erken tanı olanaklarının çoğalması hem kanserin tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirilmesine hem de kanser tanısı konmuş hasta sayısının artmasına neden olmaktadır. Kanserdeki tedavi yaklaşımlarının değişmesi hastaların uzun süreli takibini gerektirmekte, tedavi sırası ve sonrasında yaşanan yan etkiler nedeniyle de acil başvurularında artışa neden olmaktadır (22). Mayer ve ark. (62), kanser hastalarının, genellikle hastalık ve tedaviye bağlı semptomlarla baş etmek için acil servise başvurduklarını, tüm acil servis başvurularının %5.6'sını oluşturduklarını ve başvuruların daha çok bir yıl içinde tanı alan hastalar ve metastazı olan hastalar tarafından yapıldığını saptadı. Benzer nedenlerle acil servise başvuru oranının Köse ve ark. nın (55) çalışmalarında %0.7, Tanrıku ve ark. nın (80) çalışmalarında %1 olduğu görüldü. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda kanser nedeniyle acil servise başvuran hastaların sayısının dikkat çekecek şekilde fazla olması bu konuda veri ortaya koyma ihtiyacına neden oldu.

Çalışmada hastaların yaş ortalamasının 59.66 ± 13.63 yıl ve yarısının 61 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi. Can.(22), Haydaroğlu ve ark. (40), Ataman (10), Hintistan ve ark. (41), Bayrak (17), Kuşçu'nun (58) çalışmalarında da benzer olarak acil servise başvuran hastaların 61 yaş ve üzerinde olduğu, ancak Sadırlı (57), Akyüz (6) ve Şıra'nın (73) yaptığı çalışmalarda 60 yaş ve altı başvuruların daha sık olduğu görüldü. DSÖ'nün raporunda 60-64 yaş için kanser görülme oranının 100.000'de 500'e yükseldiği belirtilmektedir (<http://www.who.int> Erişim

tarihi: 08/01/2018). Çalışmada yaş grubunun 61 ve üstü olmasının kanser görülme oranının bu yaşlarda artmasına bağlı olabileceği düşünüldü, sonuçların literatür ve çalışmalarla benzerlik gösterdiği görüldü (Tablo 1).

Çalışmada kanser tedavisi nedeniyle acil servise başvuran hastaların yarıdan fazlasının kadın olduğu görüldü. Cinsiyet açısından acil başvurularına bakıldığında literatürde çalışmaya benzer dağılım gösteren araştırmaların yanı sıra (1, 8, 10, 20, 21, 36, 71, 85) erkek hasta başvurularının daha fazla olduğu araştırmalar da görüldü (6, 15, 17, 22, 24, 26, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 54, 56, 57, 58, 62, 63, 64, 65, 69, 72, 74, 73, 77, 95, 101). Dünya sağlık örgütü verilerine göre; kadınlarda kanser görülme oranının 50 yaşına kadar erkeklerden daha yüksek olduğu, erkeklerde 60 yaşından itibaren yükseldiği görülmektedir (<http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018, 84). Çalışmada kadın hasta başvurularının daha yüksek olmasının literatürle benzer olmayışının örnekleme oluşturan acil başvurularda meme malign neoplazmi olan kadınların sayısının fazla olmasına bağlı olduğu düşünüldü (Tablo 1).

Acil servise başvuran hastaların tanısına bakıldığında meme malign neoplazminin ve solid kanserlerin fazla olduğu, diğer tanı kategorilerine bakıldığında başvuruların Türkiye Kanser İstatistiklerine göre sıralanan tanılarla benzerlik gösterdiği saptandı. Ataman (10), Puts ve ark. (71), Dede (81), Gönderen'in (36) çalışmasında da ilk sırada meme malign neoplazminin yer aldığı görüldü. Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanserlerde ilk sırada trakea,/bronş/akciğer kanseri, ikinci sırada prostat, üçüncü sırada kolorektal kanserler; kadınlarda ise ilk sırada meme, ikinci sırada tiroid, üçüncü sırada kolorektal kanserler yer almaktadır (<http://kanser.gov.tr> Erişim tarihi: 18/02/2018). Literatürde solid tümörlü hastaların kanserin kendisi, metastazı, tedavi komplikasyonu ya da tümörden salgılanan metabolik aktif maddeler nedeni ile acil sorunlarla sıklıkla karşılaştığı belirtilmektedir (50). Çalışma verilerinin literatür ve benzer çalışmalarla uyumlu olduğu görüldü (Tablo 1).

Çalışmada hastaların yüksek oranda hastalığın üçüncü evresinde olduğu saptandı. Evreleme kanserin nereye yerleştiğinin, nerelere yayıldığıнын, vücuttaki diğer organların etkilenip etkilenmediğinin tanımlanmasını sağlar. Kanser evresinin bilinmesi, hastaya en uygun tedavi yönteminin seçilmesinde ve hastalığın seyrinin tahmin edilmesinde doktora hatta hastaya rehberlik eden en önemli aşamalardandır (48, 78). Kanserın ilerlemesiyle birlikte hastaların semptomlarının ve hastalık yükünün, dolayısıyla ihtiyaçlarının artması beklenen bir durumdur (53). Çalışmada hastalığın üçüncü evresinde olan hastaların başvurusunun fazla olmasının semptom yükünün artmasına bağlı geliştiğı düşünöldü. Çalışmada yer alan hastaların dağılımının evre açısından Ataman (10), Sadırlı (57), Kuşçu'nun (58) araştırmalarına benzer olduğu göröldü (Tablo 1).

Çalışmada hastaların yarısında kanserin mevcut durumunun metastaz olduğu saptandı. Çalışma verileri metastaz açısından Bayrak (17), Süren ve ark. (77), Yücel ve ark. (101) ve Bozdemir ve ark. nın (20) araştırmalarındaki yüksek metastaz varlığı ile benzer bulundu. Literatürde ilerlemiş ve tedavi edilemez olarak ifade edilen kanserler (3. ve 4. evre kanserler, nüks ve metastaz saptanan olgular), erken evredeyken saptanan ve tedavi edilebilir kanserlerden farklı tanımlanmaktadır. Bu fark, tedavi kararı, hastanın bakım gereksinimi, hastanın deneyimleri, ailenin ve primer bakım vericinin güçlükleri, sorunları, yaklaşım ve müdahale biçimi gibi birçok değişik boyuttur (53). Metastaz varlığının birçok zorluğu beraberinde getirmesine bağlı olarak acil servis başvurularını arttırabileceğı düşünöldü (Tablo 1).

Çalışmada örnekleme oluşturan hastaların tamamına yakınının kanser tedavi yöntemlerinden kemoterapiyi aldıkları saptandı. Aldıkları tedaviye göre acil başvurusuna bakıldığında çalışmanın, Can (22), Bayrak (17), Gemalmaz ve Avşar (35), Özdemir (69), Çavuş (26), Kuşçu (58), Bozdemir ve ark. (20), Hjerstad ve ark. nın (42) yaptığı çalışmalarla benzer olduğu göröldü. Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi yöntemler en sık başvuru alan yöntemlerdir. Kanser tedavi yöntemlerinin her birinin kendine özgü avantaj ve dezavantajlarının olması, kanserin kişiye özgü bir hastalık olması ve kanser

tedavisinin kişiden kişiye farklılık göstermesi (16), tedaviye yanıtın ve yan etkilerin de farklı olmasına neden olacaktır. Çalışmada elde edilen verinin literatür bilgisi ile uyumlu olduğu görüldü (Tablo 1).

Çalışmada acil servise başvuran hastaların en son 0-7 gün önce tedavi aldıkları saptandı. Bayrak'ın (17) çalışmasında 8 gün-1 ay önce, Şıra'nın (73) çalışmasında 15-30 gün önce, Gürbüz ve ark. nın (37) yaptığı çalışmalarında da hastaların ortalama 69.9 gün önce tedavi aldığı görüldü. Kanser tedavisi sırasında ya da sonrasında görülen yan etkiler hastanın yaşı, bireysel özellikleri ve tedavi süresine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu yan etkiler alınan tedavi çeşidine göre ilk günden aylar sonrasına kadar görülebilir (75). Literatürde de tedavi sonrası başvuru zamanının değişkenlik gösterdiği, çalışmanın literatürle uyumlu olduğu görüldü (Tablo 1).

Çalışmada hastaların yarısından fazlasında kronik hastalık olduğu, bu hastaların büyük bir bölümünün kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu saptandı. Benzer olarak kanser olguları ile yapılan Can (22), Ataman (10), Bayrak (17), Yıldızeli (98), Kuşçu'nun (58) çalışmalarında da hastalarda en fazla kardiyovasküler hastalıklar olduğu; acil servise tüm hasta başvurularının incelendiği çalışmalarda da (5, 9, 18, 78) kardiyovasküler hastalıkların ilk sırada yer aldığı görüldü. Dünyada, kronik hastalıklardan en yaygın olarak görülen ve yılda 17.7 milyon ölüme neden olan kalp damar hastalıklarıdır (<http://www.who.int> Erişim tarihi: 18/03/2018). Çalışmada acil başvurusu olan ve kardiyovasküler hastalığa sahip hasta sayısının fazla olmasının literatür bilgisi ile desteklendiği görüldü (Tablo 2).

Çalışmada hastaların yarısından fazlasının evde ilaç kullandığı ve bu hastaların büyük bir bölümünün kardiyovasküler sistem ilaçlarını kullandığı saptandı. Gönderen'in (36) kanser tanıları hastalarla yaptığı çalışmada hastaların en yüksek oranda mide koruyucu kullandıkları, Loğoğlu ve ark. nın (61) 65 yaş üstü tüm hasta başvurularını inceledikleri çalışmalarında ise en sık kullanılan ilaç gruplarının kardiyak ilaçlar olduğu görüldü. Aynı şekilde tüm başvuruların

incelendiği bir diğer çalışmada da 0-5 arası ilaç kullanan hastaların oranının %78.9 ve en fazla kullanılan ilaçların kardiyovasküler sistem ilaçları olduğu görüldü (79). Kronik hastalık varlığı hastalıkların tedavisi için ilaç kullanılması gerekliliğini de beraberinde getirir. Yaşla birlikte gerçekleşen fizyolojik değişiklikler ilaç kullanımını zorunlu hale getirirken bunlara kronik hastalıklar için kullanılması gereken ilaçlar da eklenmektedir. Kronik hastalığın sayısına, hastanın yaşına, ek sorunlara göre de ilaç sayısı artabilmektedir (48, 50, 68, 79). Çalışmada kardiyovasküler sistem hastalığı olan hastaların fazla olması ile bağlantılı olarak kardiyovasküler sisteme etki eden ilaç kullanımının fazla olduğu düşünüldü (Tablo 2).

Çalışmada hastaların acil serviste kalma süreleri 10 ile 550 dakika arasında değişmekte olup, ortalamasının 135.82 ± 86.13 ve medyanının 120 dakika olduğu, hastaların yarısından fazlasının 1-3 saat arası acil serviste kaldığı saptandı. Literatürde Acil Servis'te kalış sürelerini inceleyen çalışmalar mevcuttur ancak çalışmaların birçoğunda tüm başvurular ele alınmıştır. Aydın ve ark.nın (12) yaptığı çalışmalarında ortalama kalış süresi 143.07 dakika, Kılıçaslan ve ark. nın (52) çalışmalarında iki saat, Zeytin ve ark. nın (103) çalışmalarında 183.6 dakika olduğu görüldü. Hocagil'in (43) çalışmasında erken dönemde tekrar başvuru yapmış hastaların bir önceki gelişlerinde %59'unun acil serviste 1-3 saat kaldığı, %5.7 hastanın >24 saat acil serviste takip edildiği belirlendi. Hastaların acil serviste kalış sürelerini uygulanan tedavi ve yapılan tetkiklerin etkilediği bilinmektedir. Çalışmada acile başvuran hastaların yarısından fazlasına tetkik yapıldığı (Tablo 3), bu bulgunun kalış süresini de etkilediği düşünüldü (Tablo 3)

Çalışmada hastaların acil servise başvuru sıklıkları 1 ile 61 arasında değişmekte olup, ortalamasının 4.47 ± 6.82 ve medyanının 2 olduğu, hastaların tamamına yakınının aynı gün içinde acil servise 1 kez başvurduğu saptandı. Acil servise tüm başvuruların incelendiği çalışmada hastaların %85.8'inin aynı şikâyet nedeni ile ikinci kez (5), bir diğer çalışmada da 10 gün içerisinde tekrar başvuru sıklığı bir kez olan hastaların yüksek olduğu görüldü (87). Kanser tedavisi nedeniyle başvuran hastaların incelendiği Bayrak'ın (17) çalışmasında hastaların

%28.4'ünün 5 ve daha fazla kez, Bozdemir ve ark. nın (20) çalışmalarında %1'inin beş kez, Yücel ve ark. nın (101) çalışmalarında % 23'ünün iki veya daha fazla kez, Puts ve ark. nın (71) çalışmalarında % 34,5'inin en fazla dört kez başvuru yaptığı görüldü. Barbera ve ark. nın (15) çalışmalarında da yaşamının son iki haftasında acil servise bir kez gelenlerin, yaşamının son altı ayında bir kez gelenlerden daha fazla olduğu belirlendi. Çalışma verilerinin başvuru sıklığını inceleyen literatür bilgileri ile uyumlu olduğu görüldü (Tablo 3).

Çalışmada hastaların en fazla Aralık ayında acil servise başvurduğu saptandı. Mayer ve ark. nın (62) kanser tedavisi nedeniyle yapılan başvuruları incelediği çalışmalarında da en fazla başvurunun Aralık ayında gerçekleştiği görüldü. Bir kamu hastanesinin 2015 ve 2017 yılları arasında Acil Servisine başvuran tüm hastaların 24 saat içinde yeniden başvurularının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada 2015 yılında en çok başvuru yapılan ayın Aralık, 2016'da Ocak, 2017'de Ağustos ayı olduğu belirlendi (100). Çalışmada başvuru ayının Mayer ve ark. nın (62) çalışmaları ile benzerlik gösterdiği görüldü (Tablo 3).

Çalışmada hastaların en fazla hafta içi ve 08.00-18.00 saatleri arası acil servise başvurduğu saptandı. Literatürde acil servise başvuru sıklıklarını inceleyen ve tüm başvuruların ele alındığı Aslaner'in (9) çalışmasında hastaların hafta içi, Ersel ve ark. nın (33) çalışmalarında Cumartesi, Zeytin ve ark. nın (103) çalışmalarında Pazar, Kılıçaslan ve ark. nın (52) çalışmalarında ise Pazartesi günlerinde olan başvuruların, haftanın diğer günlerindeki başvurulardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi. Kanser tanısı almış hasta başvurularının incelendiği Mayer ve ark. nın (62) çalışmalarında başvuruların en fazla hafta sonları veya tatil günlerinde, Hjerstad ve ark. nın (42) çalışmalarında Pazartesi günlerinde, Nguyen ve ark. nın (65) çalışmalarında da gündüz saatlerinde gerçekleştiği belirlendi. Çalışmanın başvuru zamanı açısından literatür ile benzerlik gösterdiği görüldü. Hastaların randevu almadan hizmet almak istemelerinin, acil serviste tetkik ve tedavi sürecinin daha hızlı ilerlemesinin ve primer hekiminin hastanede olduğu zamanlarda başvuru yapmayı tercih etmesinin hafta içi başvurularını arttırdığı düşünüldü (Tablo 3).

Çalışmada hastaların en fazla halsizlik ve beslenememe nedeniyle acil servise başvurduğu saptandı. Özdemir'in (69) yaptığı çalışmada hastaların %54.3'ünün şiddetli, %181'inin orta şiddette iştahsızlık problemi yaşadığı belirlendi. Kemoterapi alan onkoloji hastalarında yapılan çalışmada halsizliğin en yüksek sıklığa sahip olduğu görüldü (73). Süren ve ark. nın (77) çalışmalarında en sık ifade edilen şikayet ağrı olarak tespit edilirken, semptomlar ESAS ile değerlendirildiğinde en yaygın karşılaşılan semptomun halsizlik olduğu görüldü. Yapılan çalışmalarda halsizlik semptomunun değişen oranlarda olduğu görüldü (1, 17, 63). Literatürde halsizliğin kanser hastalarının %70-100'ünde görüldüğü, hastanın performans ve yaşam kalitesi üzerine belirgin etkisi olduğu yer almaktadır (13). Ayrıca kanser tedavisi gören hastaların hastalık süreciyle ilgili sorunların yanı sıra, kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak da birçok sorun yaşadığı, bu sorunlar arasında sıklıkla yaşananlardan birinin de iştahsızlık olduğu belirtilmektedir (76). Çalışmada da literatürde yer aldığı gibi halsizliğin en sık başvuru nedeni olduğu görüldü. Ayrıca tedaviye bağlı olarak görülen bulantı, kusma, iştahsızlık gibi şikayetlerin beslenme sorunlarını da beraberinde getirdiği, beslenememe şikayeti ile başvurunun da bu nedenle yüksek olduğu düşünüldü (Tablo 3).

Çalışmada hastaların yarısından fazlasının tetkik ve tedavileri sonrası acil servisten evine taburcu edildiği saptandı. Literatürde kanser tanısı almış hastaların incelendiği ve çalışmadan farklı olarak hastaların yatırıldığı araştırmaların yanı sıra (15, 54, 63, 101), çalışma ile benzer şekilde hastaların taburcu edildiği (37, 65) araştırmaların da olduğu görüldü. Çalışmada başvuru nedeninin halsizlik beslenememe olması ve hastaların acil servisi daha çok ayaktan tedavi için tercih etmesi nedeniyle hastaların taburculuk oranının yüksek olduğu düşünüldü (Tablo 3).

Çalışmada hastaların yarısından fazlasına tetkik yapıldığı ve laboratuvar tetkiklerinin ilk sırada olduğu görüldü. Acil Servis'e başvuran tüm hastalarla yapılan çalışmada, ilk başvuruda hastaların %50'sinden laboratuvar tetkiki

istenmediği, %65.5'ne ise radyolojik görüntüleme yapılmadığı (18), diğer bir çalışmada hastaların %9.9'unun acil gözlemede yatırılarak tetkik ve tedavi edildiği (55), bir başka çalışmada da hastaların %64.3'üne tetkik yapıldığı görüldü (5). Gürbüz ve ark. nın (37) kanser hastaları ile yaptığı çalışmalarında hastaların % 7.1'ine sadece laboratuvar testleri yapıldığı, ancak %81.8'ine hem laboratuvar hem de radyolojik testler yapıldığı, Hjerstad ve ark. nın (42) çalışmalarında da ağırlıklı olarak görüntüleme yöntemlerinin kullanıldığı belirlendi. Hastalar kanser tedavisine bağlı farklı semptomlarla (73, 75) ya da kanser tanısının konduğu ilk aşamadan son döneme kadar olan her hangi bir dönemde, hastalığa bağlı veya hastalığın tedavisine sekonder gelişen onkolojik acillerle hastaneye başvurabilir (4). Bu başvurularda başvuru nedenine göre hastalara tanı ya da tedavi amaçlı farklı tetkikler yapılabilir. Çalışmada ağırlıklı olarak laboratuvar tetkiki yapıldığı, bu verinin literatür ile desteklendiği görüldü (Tablo 3).

Çalışmada yaş gruplarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Kılıçaslan ve ark. nın (52) acil servise başvuran tüm erişkin ve çocuk travmalı hastaları incelediği çalışmalarında yaşın artmasıyla birlikte hastaların aciliyetinin de arttığı belirlendi. Yeni kanser tanısı almış 65 yaş ve üzeri hastaların incelendiği çalışmada da hastaların başvurularının % 60.5'inin kanserle ilgili olduğu görüldü (71). Kanser tedavisinde kanserin türü, yeri ve evresine göre farklı yöntemler kullanılması, kullanılan tedavi yöntemine bağlı olarak da yan etkiler görülmesi olasıdır. Bu yan etkiler ve hastaneye başvuru nedenleri de literatürde belirtildiği gibi yaş, bireysel özellikler ve tedavi süresine göre değişkenlik gösterebilir (75). Çalışmada yaşla başvuru nedeni arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı, çalışmanın bu yönüyle literatürden farklılık gösterdiği görüldü (Tablo 4).

Çalışmada cinsiyete göre acil servise başvurma nedenleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Sadırlı'nın (57) çalışmasında kemoterapi tedavisi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile cinsiyet karşılaştırıldığında

anlamli bir farkin bulunmadigi belirlendi. Calisma verilerinin literatürle benzerlik gösterdigi görüldü (Tablo 4).

Calismada, bas ve boyun kanserleri görülenlerde halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise basvurma oranı anlamli şekilde yüksek saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Yücel ve ark. nin (101) yaptigi calismalarında Acil servis basvurusu gerektiren durumlarda ilk sırada kanserle ilgili belirtiler ve semptomların, ikinci sırada tedaviye bagli komplikasyonların ve üçüncü sırada kanser progresyonunun olduğu görüldü. Mayer ve ark. nin (62) yaptigi calismalarında da solunum sistemi ile ilgili problemlerin akciğer kanserli hastalarda en fazla olduğu ancak tüm kanserlerde en sık görülen en yaygın üç şikayetin ağrı, solunum ve gastrointestinal sistem problemleri olduğu görüldü. Literatürde acil servise basvuru şikayetinin kanser hastalığına göre farklılık gösterdigi yönünde calismalar mevcuttur (22, 72). Kanserli hastalarda beslenme sorunu kanserin türüne, hastalığın evresine ve tedavinin yan etkilerine bagli değişebilmektedir. Bas ve boyun kanserlerinin de içinde yer aldığı bazı kanser türlerinin beslenme sorunlarına neden olduğu literatürde yer almaktadır (88). Calismada da bas ve boyun kanserlerinde halsizlik beslenememe sorunu anlamli derecede yüksek bulundu. Calisma verilerinin literatür ile benzerlik gösterdigi görüldü (Tablo 4).

Calismada, kanseri dördüncü evrede olan hastaların bulantı, kusma ve iştahsızlık nedeniyle acil servise basvurma oranı anlamli şekilde yüksek saptandı ($p:0.011$; $p<0.05$). Literatüre bakıldığında calismada olduğu gibi hastaların ağırlıklı olarak hastalığının dördüncü evresinde basvuru yaptigi ancak basvuru nedeninin değişkenlik gösterdigi görüldü (39, 63, 64, 98). Acil servise basvuran akciğer kanseri tanısı almış hastalarla yapılan calismada, hastaların 81'inin IV. evrede olduğu ve üç önemli semptomun dağılımının (dispne, ateş ve ağrı) bu evrede olan hastalarda değişkenlik gösterdigi belirlendi (56). İlerlemiş kanser hastalarının semptomlarının ve hastalık yükünün fazla olması, dolayısıyla karşılanması gereken gereksinimlerinin artması beklenen bir durumdur. Bu hastalarda görülen semptomların sayıca fazla olması, semptomların eşzamanlı olarak ortaya çıkması ve şiddetinin de yüksek olması tedavi gereksinimini artırır (53). Calismada dördüncü evre kanser hastalarının fazla olmasının (Tablo 1) ve bu

hastalarda birden fazla semptom görülmesinin literatür ile uyumlu olduğu görüldü (Tablo 4).

Çalışmada, kanser mevcut durumu remisyonda olanlarda ağrı nedeniyle acil servise başvurma oranı anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Yaylacı ve ark.nın (95) çalışmalarında hastaların; onkoloji ilgili başvuruların %31.6'sının ve yeni tanı alan olgulardan %48.3'ünün ağrı yakınmasıyla başvurduğu belirlendi. Bozdemir ve ark. nın (20) yaptığı çalışmalarında hastaların %26'sının remisyonda olduğu ve %24'ünün vücudunun herhangi bir yerinde ağrı olduğu, Bayrak'ın çalışmasında (17) da metastazı olan ve olmayan hastaların en sık ağrı (sırasıyla %24.4; %24.2) semptomu ile acile başvurduğu görüldü. Literatürde de kanser hastalarında görülen başlıca semptomların ağrı, bulantı-kusma, solunum sıkıntısı, ateş ve halsizlik/yorgunluk olduğu yer almaktadır (20, 28). Çalışmanın, kanseri remisyonda olan hastalarda ağrı görülme oranı açısından Bozdemir ve ark. nın (20) çalışmaları ile benzerlik gösterdiği görüldü (Tablo 4).

Çalışmada hastaların cerrahi tedavi ve kemoterapi görme durumlarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, bu tedavileri görenlerin ağrı nedeniyle acil servise başvurduğu saptandı ($p>0.05$). Yapılan araştırmalarda kemoterapi sırasında ya da sonrasında hastalarda sırasıyla; yorgunluk, bulantı, iştahsızlık (57), yorgunluk, ağızda tat değişikliği, iştahsızlık (98), halsizlik (73), halsizlik-yorgunluk, saç dökülmesi, bulantı-kusma (2), saç dökülmesi, yorgunluk ve enerjide azalma (8) semptomlarının değişen oranlarda olmakla birlikte yoğun yaşandığı belirlendi. Bayrak'ın (17) çalışmasında kemoterapi ve kemoterapi dışındaki tedavileri alan hastaların en sık ağrı (sırasıyla %22.6; %28) semptomu ile acile başvurduğu belirlendi. Literatürde kemoterapiye bağlı bulantı-kusma, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, anemi, nötropeni, ateş, saç dökülmesi; cerrahi tedavinin yan etkilerine bağlı iştahsızlık, gastrointestinal sistem cerrahilerine bağlı diyare gibi sorunların görülebileceği yer almaktadır (49, 59, 73, 76, 88, 89, 94, 102). Çalışmada cerrahi tedavi ve kemoterapiden bağımsız olarak ağrı semptomunun fazla olmasının Bayrak'ın çalışması ile benzerlik gösterdiği görüldü (Tablo 4).

Çalışmada radyoterapi uygulanan hastaların nörolojik defisit nedeniyle acil servise başvurma oranı anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.044; p<0.05). Literatürde radyoterapi sonrası yorgunluk (92), iştahsızlık (88), kranial radyoterapi sonrası bulantı-kusma (59), baş-boyun bölgesine uygulanan radyoterapilerde mukozit (46), abdominal/pelvik bölgeye uygulanan radyoterapilerde diyare (94) gibi semptomların başvuru nedeni olabileceği görüldü. Ancak çalışmada nörolojik defisit nedeniyle başvuru yüksek bulundu, çalışmanın bu yönü ile literatürden farklılık gösterdiği görüldü. Bu durumun kanserin ilerlemesi ve buna bağlı olarak değişen semptomlarla ilgili olabileceği düşünüldü (Tablo 4).

Çalışmada en son aldıkları tedavinin üzerinden 91 gün ve daha fazla zaman geçen hastaların acil servise ağrı nedeniyle başvurma oranı anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.047; p<0.05). Bayrak'ın (17) çalışmasında hastaların %22.2'sinin acile başvurmadan 2-7 gün önce, %30.9'unun 8 gün-1 ay önce tedavi aldığı; hastaların önceki ve şu anki acil servis başvuru nedenleri içinde ağrının (sırasıyla %33.8 ve %24.3) ilk sırada yer aldığı belirlendi. Ataman'ın (10) çalışmasında ise hastalığı ile ilişkili nedenlerle son 30 gün içinde başvuran hastalarda ağrının başvuru nedeni olarak üçüncü sırada yer aldığı görüldü. Şıra'nın (73) araştırmasında 61-120 gün önce kemoterapi alan hasta oranının %4.9 ve bu hastalarda halsizlik hissetme durumunun en yüksek sıklığa sahip olduğu belirlendi. Yaylacı ve ark.nın (95) yaptığı çalışmalarında daha önceden neoplastik hastalık tanısı alan olgularda, tanıdan acil servis başvurusuna kadar geçen ortalama sürenin 21.80 ± 39.86 ay olduğu ve onkoloji ilgili başvuru nedenleri içinde ilk sırayı hastalığın ilerlemesinin aldığı belirlendi. Literatürde en son alınan tedaviden sonraki başvuru zamanı ve başvuru nedeninin değişkenlik gösterdiği ve çalışmanın literatür ile uyumlu olduğu görüldü (Tablo 4).

Çalışmada kronik hastalık bulunma, evde ilaç kullanma ve evde ilaç kullananların ilaç kullanım miktarlarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, bu hasta grubunun halsizlik ve beslenememe nedeniyle acil servise başvurduğu saptandı. Çalışmada hastaların

başvuru nedenlerinin halsizlik-beslenememe olması (Tablo 3) ve literatürde kanser tedavisi gören hastaların beslenme probleminin hastalığın evresi/tedavinin yan etkilerine bağlı değişebileceğinin (88) yer alması nedeniyle, bu sorunun kanser tedavisi ile ilişkili olduğu ve kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımının etkisi olmadığı düşünüldü (Tablo 4).

Çalışmada hastaların kronik hastalık varlığına göre acil servise başvurma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Akyol ve ark. nın (5) acil servise başvuran tüm hastalarla yaptığı çalışmalarında hastaların en fazla baş ağrısı şikayetiyle başvurduğu, aynı şikâyetle başvuran hastaların %28.7'sinin özgeçmişlerinde bir veya birden fazla kronik hastalık hikayesi olduğu, bilinen kronik hastalık olarak da ilk sırada hipertansiyonun yer aldığı belirlendi. Aynı şekilde Hocagil'in (43) çalışmasında erken dönem tekrar başvuru şikayetinin en fazla gastrointestinal sisteme ait olduğu ve bu hastalarda kronik hastalık varlığında malignitenin ilk sırada yer aldığı görüldü. Literatürde tüm acil servis başvurularının incelendiği çalışmalarda kronik hastalığı olanların olmayanlara göre daha fazla başvurusu olduğu, başvuru nedeninin değişkenlik gösterdiği görüldü. Çalışmada literatürden farklı olarak kronik hastalıkların acil servise başvuru nedeni üzerine etkisi olmadığı görüldü (Tablo 5)

Çalışmada hastaların evde ilaç kullanım durumlarına göre acil servise başvurma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). 65 yaş üstü tüm başvuruların incelendiği ve hastaların en fazla kardiyovasküler sistem ilaçları kullandığı, çoklu ilaç kullanımının fazla olduğu belirlenen çalışmada kullanılan ilaç sayısı ile başvuru nedeni arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü (79). Çalışmada kullanılan ilaç türünün literatürde olduğu gibi başvuru nedeni üzerine etkisi olmadığı, başvuru nedeninin değişkenlik gösterdiği görüldü (Tablo 5).

Çalışmada acil servise hafta içi başvuranlarda halsizlik, beslenememe nedeniyle başvurma oranı, hafta sonu başvuranlardan yüksek saptandı ($p:0.027$; $p<0.05$). Acil servise tüm başvuruların incelendiği çalışmada en sık başvurunun

Pazartesi günü, başvuru nedenlerinin ise sırası ile göğüs ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı, baş ağrısı ve baş dönmesi olduğu belirlendi (52). Kanser tedavisi gören hastaların başvurularının incelendiği Hjerstad ve ark. nın (42) çalışmalarında hastaların hafta içinde başvurduğu, başvuru nedenlerinde ilk sırada bulantı/kusma, diyare ve konstipasyon gibi gastrointestinal sorunların yer aldığı belirlendi. Çalışma verisinin Hjerstad ve ark. nın (42) çalışmaları ile benzerlik gösterdiği görüldü (Tablo 6).

Çalışmada hastaların acil servise başvuru ayına göre başvurma nedenleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Acil servise başvuran tüm hastaların incelendiği çalışmada en fazla başvurunun 2015 yılında Aralık, 2016'da Ocak ve 2017'de Ağustos ayında olduğu; başvuru nedenlerinin de sırasıyla ateş ve bulantı-kusma olduğu belirlendi (100). Mayer ve ark. nın (62) kanser tedavisi alan hastalarla yaptığı çalışmalarında en fazla başvurunun Aralık ayında gerçekleştiği, başvuru nedenlerinde ilk üç sırayı ağrı, solunum sistemi şikayetleri ve gastrointestinal sistem şikayetlerinin aldığı görüldü. Yapılan araştırmalardaki başvuru ayları ile başvuru nedenlerinin çalışma ile benzerlik gösterdiği görüldü ancak başvuru ayı ile başvuru nedenleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmadı. Başvuru nedeninin aylara göre değişkenlik göstermesinin başvuru ayı ile ilişkili olmadığı, diğer faktörlerin başvuruyu etkilediği (kanserin türü, alınan tedavi, destek tedavilerinin yetersiz olması gibi) düşünüldü (Tablo 6).

Çalışmada acil servise başvurusunda tetkik yapılmayanların halsizlik, beslenememe nedeniyle başvurma oranı, tetkik yapılanlardan yüksek saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Tüm acil servis başvurularının incelendiği Bıçakçı'nın (18) çalışmasında ilk başvuruda hastaların yarısından herhangi bir laboratuvar tetkiki istenilmediği, %65.5 hastaya ise herhangi bir radyolojik görüntüleme yapılmadığı; hastaların ilk başvurudaki şikayetlerinin sırasıyla nefes darlığı ve karın ağrısı olduğu; Köse ve ark. nın (55) çalışmasında, hastaların yaklaşık %50'sinden tetkik istendiği; en fazla karın ağrısı tanısıyla acil gözleme yatış yapıldığı; Akyol ve ark. nın (5) çalışmalarında da hastaların yarısından fazlasına tetkik yapıldığı ve en çok başvuru şikâyetinin baş ağrısı olduğu belirlendi. Kanser tedavisi sırası ya da

sonrasında herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastalara tanı aşamasında çeşitli testlerin yapıldığı literatürde yer almaktadır (3, 4, 11, 88). Yapılan çalışmalarda tetkik yapılma durumunun değişkenlik gösterdiği ve başvuruda ağrı ya da solunum sistemine ait şikayetlerin ilk sırada yer aldığı görülürken, kanser tedavisi gören hastaların başvurularının incelendiği bu çalışmada tetkik yapılmayanlarda halsizlik, beslenememe sorunu ilk sırada yer aldı. Bu durumun hastaların beslenme sorunlarını daha yoğun yaşadığı ve buna bağlı olarak acil servise destek tedavisi için başvurmalarının sonucu olduğu düşünüldü (Tablo 7).

Çalışmada acil servise başvurusunda laboratuvar tetkiki yapılmayanların halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranı, laboratuvar tetkiki yapılanlardan yüksek saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Gürbüz ve ark.nın (37) kanser tedavisi gören hasta verilerini incelediği çalışmalarında hastaların %7,1'ine sadece laboratuvar testleri yapıldığı ancak %81.8'ine hem laboratuvar hem de radyolojik testler yapıldığı; en sık başvuru şikayetinin ise karın ağrısı olduğu belirlendi. Laboratuvar tetkiki yapılmayanlarda halsizlik beslenememe sorununun daha yüksek olmasının çalışmanın diğer verileri ile benzerlik gösterdiği görüldü (Tablo 7).

Çalışmada acil servise başvurusunda radyolojik tetkik yapılanların solunum sıkıntısı nedeniyle başvurma oranı, radyolojik tetkik yapılmayanlardan yüksek saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Kanser tanısı almış hastalarla yapılan çalışmada hastaların % 66'sında Röntgen, %48'inde BT, %24'ünde Ultrason ve %8'inde MR yapıldığı, en fazla dispne, plevral efüzyon, pnömoni ve emboli gibi akciğer sorunları ile başvurdıkları belirlendi (42). Solunum sistemine ait şikayetlerde tanı aşamasında görüntüleme yöntemlerinin kullanılması gerekliliğinin bu veriyi desteklediği ve çalışmada da literatürle benzer sonuçlara ulaşıldığı görüldü (Tablo 7).

Çalışmada acil servise başvuran ve transfer edilen hastalarda (acil servisten yatan hasta katı, genel yoğun bakım ünitesi, kurum dışına transfer vb) solunum sıkıntısı nedeniyle başvurma oranı, taburcu olan hastalardan yüksek saptandı

(p:0.001; p<0.01). Acil Servis başvurularının tümünün incelendiği çalışmalarda hastaların başvuru sonuçları ve başvuru nedenlerine ait farklı sonuçlar mevcuttur (14, 44, 50, 52, 55, 61, 80, 87). Kansere tanısı almış hastaların başvurularının incelendiği Koçak ve ark. nın (54) çalışmalarında hastaların ağırlıklı olarak yatırıldığı, en sık rastlanılan şikayetin nefes darlığı olduğu; Nguyen ve ark. nın (65) çalışmalarında hastaların %39.4'ünün yatırıldığı ve başvuru nedeninin en sık solunum ile ilişkili şikayetler olduğu; Gürbüz ve ark. nın (37) çalışmalarında hastaların % 46'sının yatırıldığı, en sık başvuru nedeninin karın ağrısı olduğu; Muallaoğlu ve ark. nın (63) çalışmalarında hastaların % 59.6'sının yatırıldığı, hastalarda en sık görülen belirtinin nefes darlığı olduğu belirlendi. Puts ve ark. nın (71) çalışmalarında da kanserle ilişkili yatışı olan hastalarla kanserle ilişkili yatışı olmayanların karşılaştırıldığı ve kanserle ilgili olan yatışların daha sık kolorektal veya akciğer kanseri nedeniyle olduğu belirlendi. Çalışmanın yatış nedenleri açısından Koçak ve ark. nın (54), Nguyen ve ark. nın (65) ve Muallaoğlu ve ark. nın (63) çalışmaları ile benzerlik gösterdiği görüldü (Tablo 7).

Çalışmada halsizlik ve beslenememe nedeniyle acil servise başvuranların acil servise başvurma sıklıklarının anlamlı şekilde yüksek, ateş nedeniyle başvuranların başvurma sıklıklarının anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı (p:0.001; p<0.01). Kansere ilişkili halsizliğin kanser hastalarının %70-100'ünde görüldüğü literatürde yer almaktadır (13). Yapılan çalışmalarda da halsizlik semptomu değişen oranlarda saptanmıştır (1, 2, 15, 17, 20, 36, 63, 73, 77). Çalışmada halsizlik ve beslenememe nedeniyle başvuruların daha sık olması, hastaların bu sorun ile baş etme konusunda yetersiz kaldığını düşündürdü. Literatürde kanser tedavisi gören hastaların kemoterapi tedavisinden sonra yüksek ateş şikayetiyle acil servise başvurabileceği, bu hastalarda enfeksiyonun ilk düşünülmesi gereken durum olduğu yer almaktadır (17). Yapılan çalışmalarda ateş değişen oranlarda başvuru nedeni olarak görülmektedir (1, 20, 37, 41, 56, 62, 63, 98). Nguyen ve ark. nın (65) kansere bağlı nedenlerle Acil Servis'e başvuran hastaları incelediği çalışmalarında, 569 başvuruda acil serviste ölçülen ateşin 38°C olduğu ancak başvuruların %71.2'sinde ateş ölçümü yapılmadığı belirlendi.

Çalışmada literatürden farklı olarak ateş nedeniyle başvuru sıklığı diğer nedenlerle başvurudan anlamlı şekilde düşük saptandı (Tablo 8).

Çalışmada hastaların acil servise başvurma nedenlerine göre acil serviste kalış süreleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Loğoğlu ve ark. nın (61) tüm acil servis başvurularını incelediği çalışmalarında nöbet geçirme, bilinç kaybı, genel durum bozukluğu ve göğüs ağrısı şikayeti ile acile başvuran hastaların ve konsültasyon istenenlerin istenmeyenlere göre daha uzun süre acilde kaldıkları belirlendi. Özçelik'in (68) acil servise başvuran tüm 18 yaş ve üstü, kategori 1 olarak adlandırılan çok acil hastalarla yaptığı çalışmada, çoklu travma yakınması ile başvuran hastaların ortalama kalış süresinin, kardiyovasküler, nöroloji, gastrointestinal, zehirlenme yakınması ile başvuran hastaların ortalama kalış süresinden yüksek olduğu belirlendi. Çalışmanın bu yönüyle literatürden farklılık gösterdiği görüldü (Tablo 8).

Çalışmada 61 yaş ve üzerinde olan hastaların acil servise başvurma sıklıkları, 40-60 yaş arasında olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$) (Tablo 9). Rogers ve ark. nın (72) kanser tanılı hastalarla yaptığı çalışmalarında yaşlı hasta başvurusunun daha sık olduğu görüldü. Yaşla birlikte kanserin görülme oranının (<http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018), kullanılan ilaç miktarının, kronik hastalıkların ve buna paralel bakım gereksinimlerinin artmasının bu yaş grubunun başvuru sıklığına etkisi olduğu düşünüldü (Tablo 9).

Çalışmada erkeklerin acil servise başvurma sıklıklarının kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0.030$; $p<0.05$). Sadırlı'nın (57) çalışmasında kanser tedavisi sonrası erkeklerin bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği belirlendi. Ataman'ın (10) kanser tedavisi alan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde, hem işlev puanları hem de soruna ilişkin puanlarda erkeklerin kadınlardan olumsuz durumda olduğu görüldü. Kanser görülme oranının 60 yaş itibarıyla erkeklerde daha yüksek hale gelmesi (<http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018) ve literatürde kanser tedavisi

gören hastalarla yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi tedavi sonrası semptomların erkeklerde daha yoğun yaşanmasının sonucu olarak erkek hasta başvurusunun daha sık olduğu düşünöldü (Tablo 9).

Çalışmada kanser tanıları açısından acil servise başvuru sıklıklarında anlamlı farklılık olduğu (p:0.001; p<0.01); kanser tanısı meme malign neoplazmı olanların başvuru sıklığının anlamlı şekilde düşük, baş ve boyun kanseri olanların başvuru sıklığının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Barbera ve ark. (15) çalışmalarında akciğer kanserinin yaşamının son altı ayında acil servise başvuran hastalarda ikinci sırayı, son iki haftasında başvuran hastalarda ilk sırayı aldığı göröldü. Rogers ve ark. nın (72) çalışmalarında hastalar, acil servise tekrar ziyaret sayıları açısından değerdendirildiğinde; kolorektal, genitoüriner, hematolojik, akciğer ve üst gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların 50'den fazla başvuru yaptığı belirlendi. Meme kanseri dünya genelinde en yaygın (<http://www.who.int> Erişim tarihi: 08/01/2018), Türkiye'de kadınlarda en sık görölen kanser (%43) (<http://kanser.gov.tr> Erişim tarihi: 18/02/2018) olmasına rağmen çalışmada acil servise başvuru sıklığı düşük bulundu. Çalışmada erkek hastaların başvuru sıklığının kadın hastalardan fazla olmasının da meme kanseri başvurusunun az olması ile paralellik gösterdiği göröldü. Çalışmada ayrıca kanser tanısı baş ve boyun kanseri olanların acil servise başvurma sıklığı diğer kanser türlerinden anlamlı şekilde yüksek saptandı. Bu hasta grubunda başvuru sıklığının fazla olmasının; baş-boyun kanserlerinde hastalığın kontrolü ve yok edilmesi amacıyla radyoterapi ile eşzamanlı kemoterapi verilmesine (97), radyoterapinin planlandığı bölgenin sindirim sisteminin başlangıç düzeyinde olmasına ve birden fazla tedavinin birlikte uygulanmasının tedaviye bağlı yan etki görölme sıklığını arttırmasına bağlı olduğu düşünöldü (Tablo 9).

Çalışmada kanseri dördüncü evre olan hastaların acil servise başvurma sıklıklarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı (p:0.008; p<0.01). Sadırlı'nın (57) yaptığı çalışmada hastaların semptomlarının, tedavi sonrasında ve özellikle hastalığın üçüncü evresinde arttığı belirlendi. Akciğer kanseri tanılı hastaların

incelendiği çalışmada, hastalığı dördüncü evrede olan hastaların kanserle ilişkili nedenlerle acil servise başvurma oranının, erken evrede olanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (56). Bu durumun literatürde de yer aldığı gibi hastalık ilerledikçe semptomların ve hastalık yükünün artması (53), uygulanan tedavinin sayısı arttike yan etkilerin daha yoğun yaşanması ile ilişkili olduğu düşünüldü (Tablo 9).

Çalışmada kanser mevcut durumları arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); kanser mevcut durumu metastaz olanların acil servise başvurma sıklıklarının, lokal ve remisyonda olanlardan; lokal olanların da remisyonda olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Yaylacı ve ark.nın (95) alışmalarında kanser yayılımı açısından lokalize olguların, bölgesel ve uzak yayımlı olgulara göre daha az onkoloji ilgili acil servis başvurusunda bulunduğu belirlendi. Aynı çalışmada tanı anında bölgesel kanserli olguların, lokalize kanserli olgulara göre 7.12 kat, uzak yayımlı olguların yine lokalize kanserli olgulara göre 12.69 kat farkla onkoloji ilgili başvuruda bulunduğu görüldü. Bayrak'ın (17) yaptığı çalışmada metastazı olan hastaların %60.2'si, metastazı olmayan hastaların ise %50'sinin acil servise 3 ve daha fazla sayıda başvurduğu belirlendi. Çalışmada metastaz varlığının başvuru sıklığını arttırdığı saptandı, çalışma verilerinin literatür ile benzerlik gösterdiği görüldü. Kanser tedavisi gören hastaların bazı semptomları metastaz varlığına işaret edebilir (4, 11, 51). Bu nedenle bu hastaların değerlendirmelerinin dikkatli yapılmasının ve sık başvurunun altında yatan nedenin araştırılmasının önemli olduğu düşünüldü (Tablo 9).

Çalışmada cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi gören hastaların acil servise başvurma sıklıkları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Bayrak'ın (17) alışmasında en son kemoterapi alan hastaların %51.8'inin, en son kemoterapi dışındaki tedavileri alan hastaların ise %62.7'sinin acil servise 3 ve daha fazla sayıda başvuru gerçekleştirdiği belirlendi. Çalışmada literatürden farklı olarak kanser tedavi türünün başvuru sıklığı üzerine etkisi olmadığı görüldü (Tablo 9)

Çalışmada en son aldıkları tedavinin üzerinden 91 gün ve daha fazla zaman geçen hastaların acil servise başvurma sıklıkları anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Literatürde hastaların en son tedavi zamanları ile ilgili farklı çalışmalar olduğu (17, 22, 37, 73) ancak en son alınan tedaviden sonraki başvuru zamanının başvuru sıklığı üzerine etkisini inceleyen çalışma olmadığı görüldü. Kanser tedavisinde kanserin türü, yeri ve evresine göre farklı yöntemlerin kullanılabilmesi, kullanılan tedavi sırasında ya da sonrasında yan etkiler görülebileceği, bu yan etkilerin hastanın yaşı, bireysel özellikleri ve tedavi süresine göre değişebileceği belirtilmektedir (75). Literatürde tedaviye bağlı yan etkilerin farklı zamanlarda ortaya çıkabileceğinin belirtildiği (47, 75) bu nedenle hastaların başvuru zamanlarının farklılık gösterdiği, ayrıca tedavinin olumlu etkilerinin azalması ya da metastaz gibi farklı durumların ortaya çıkması nedeniyle geç başvurunun daha sık olabileceği düşünüldü (Tablo 9).

Çalışmada kronik hastalığı olan hastaların acil servise başvurma sıklıkları, kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p:0.013$; $p<0.05$). Akyol ve ark. nın (5) tüm acil servis başvurularını incelediği çalışmalarında bir veya birden fazla kronik hastalığı olan %28.7 hastanın aynı şikâyetle tekrar başvurduğu; ayrıca kronik hastalığı olanların olmayanlara göre aynı şikâyetle tekrar başvurup hastaneye yatırılma oranlarının daha yüksek olduğu, aynı şekilde Hocagil'in (43) çalışmasında erken dönemde tekrar başvuru yapan hastaların %12.6'sında malignite olduğu belirlendi. Kronik hastalıklar yavaş ilerlemesi ve uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyması (45) nedeniyle başvuru sıklığı fazla olan hastalıklardır. Kronik hastalığı olanlar hastalıklarıyla ilgili akut ya da eşlik eden diğer sorunlar nedeniyle acil servise başvurmaktadır (54). Çalışmada kronik hastalığı olan hastaların fazla olmasının (Tablo 1) literatürde de yer aldığı gibi başvuru sıklığını arttırdığı düşünüldü (Tablo 9).

Çalışmada evde ilaç kullananların acil servise başvurma sıklıklarının evde ilaç kullanmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p: 0.016$; $p<0.05$), evde ilaç kullananların kullandıkları ilaç miktarlarına göre acil servise başvurma durumları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$). Şen'in (79)

tüm başvuruları incelediği çalışmasında hastaların %78.9'unun 0-5 arasında ilaç kullandığı görüldü. Toplumun yaşlanmasıyla akut ve kronik hastalık oranı, dolayısıyla çoklu ilaç kullanımını artmıştır (61, 78). Literatürde hastaların kanser tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı olarak birçok yan etkiyle karşılaşılabileceği belirtilmektedir (45). Çalışmada hastaların yarıdan fazlasının evde ilaç kullanımını olduğu ve tamamına yakınının kanser tedavisi için ilaç kullandığı (Tablo 1), buna bağlı olarak da evde ilaç kullanan hastaların acil servis başvurularının fazla olduğu düşünüldü (Tablo 9).

Çalışmada kardiyovasküler sistem hastalığı olan hastaların acil servise başvurma sıklıklarının, kardiyovasküler sistem hastalığı olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0.019$; $p<0.05$). Kanser tedavisi nedeniyle acil servise başvuran hastaların ve acil servise tüm başvuruların incelendiği çalışmalarda kronik hastalıklar içinde kardiyovasküler hastalıkların ilk sırada yer aldığı görüldü (5, 9, 10, 17, 18, 22, 58, 78, 98). Literatürde kronik hastalıkların her yıl milyonlarca insanın ölümüne neden olduğu ve ilk sırada kardiyovasküler hastalıkların yer aldığı belirtilmektedir (<http://www.who.int> Erişim tarihi: 18/03/2018, www.tuik.gov.tr Erişim tarihi: 18/02/2018). Çalışmada 61 yaş ve üzerindeki hastaların başvurusunun fazla olması (Tablo 1), yaşla birlikte kronik hastalık varlığının artması, kronik hastalıklar içinde kardiyovasküler hastalıkların ilk sırada yer alması nedeniyle bu hasta grubunun başvuru sıklığının fazla olduğu düşünüldü (Tablo 10).

Çalışmada evde kullanılan ilaç türleri arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Bayrak'ın (17) çalışmasında hastaların %25.5'inin acile başvurmadan önce semptoma yönelik ilaç kullandığı; ilaç kullanan hastaların %33.8'inin de antipiretik kullandığı belirlendi. Ancak bu ilaçların kanser tedavisine başlandıktan sonra semptoma yönelik olarak alındığı görülmektedir. Bu durumda da evde kullanılan ilaç türünün başvuru sıklığına etkisi olmadığı düşünüldü (Tablo 10).

Çalışmada acil servise başvuru günlerine göre acil servise başvurma sıklıkları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p<0.05$). Literatürde başvuru günlerinin değişkenlik gösterdiği (42, 62, 65) görüldü. Semptomların şiddetinin ya da görülme zamanının belirlenememesi ve sorunlarla baş etme özelliklerinin hastadan hastaya değişmesi nedeniyle başvuru gününün başvuru sıklığına etkisi olmadığı düşünüldü (Tablo 11).

Çalışmada acil servise başvurusunda tetkik yapılmayanların başvurma sıklıkları, tetkik yapılanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p:0.004$; $p<0.01$). Literatürde acil servise başvuran hastalar ve bu hastalara yapılan tetkikler ile ilgili çeşitli çalışmalar olduğu görüldü (5, 14, 18, 43, 55). Kanser tedavisi gören hastalarda, kanser veya kanser tedavisiyle ilgili yaşamını tehdit eden ve tanı ve tedavisindeki gecikmelerin hasta için olumsuz sonuçlara neden olabileceği durumlarda hızlı müdahale edilmesi önemlidir. Bu amaçla hastalara genel durumu ve hastalığı ile ilişkili olarak fizik muayene ve çeşitli tanı testleri yapılmalıdır (11). Çalışmada tetkik yapılmayanların acil servise başvurusunun daha sık olduğu saptandı. Bu sonucun hastaların acil servise daha çok destek tedavisi için başvurması ve bu nedenle de tetkik yapılmasının gerekli olmaması nedeniyle gerçekleştiği düşünüldü (Tablo 11).

Çalışmada acil servise başvurusunda laboratuvar tetkiki yapılmayan hastaların başvuru sıklıklarının, tetkik yapılanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p:0.009$; $p<0.01$), radyolojik tetkik yapılma durumlarına göre ise başvuru sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p<0.05$). Onkolojik bir acil durum nedeniyle acil servise gelen hastada öncelikli amaç semptom (nefes darlığı, kanama, epilepsi) yönelik müdahalede bulunmaktır (11). Sistemler hızla gözden geçirilmeli, hastanın hayatını tehdit edebilecek durumlar değerlendirilmeli, uygun testler istenmeli, sonuçlar değerlendirilmeli ve uygun tedavi seçilerek tedaviye yanıt izlenmelidir. Kanser tedavisi alan hastalarının başvuru nedenine ve hasta üzerindeki etkilerine göre değerlendirme testlerinin tekrarlanması gerekebilir. Literatürde kanser tedavisi gören hastaların acil başvurularında çeşitli testler yapılacağı yer almaktadır, ancak çalışmada

laboratuvar tetkiki yapılmayanların başvuru sıklığının fazla olduğu, çalışmanın bu yönü ile literatürden farklılık gösterdiği görüldü (Tablo 11).

Çalışmada hastaların acil servise başvuru sonucuna göre başvuru sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p<0.05$). Tüm acil servis başvurularının incelendiği çalışmada kronik hastalığı olanların aynı şikâyetle tekrar başvurup hastaneye yatırılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi (5). Çalışmada başvuru sonucunun başvuru sıklığını etkilemediği görüldü (Tablo 11).

Çalışmada kanser tanısı meme malign neoplazmi olanların acil serviste kalış süresi anlamlı şekilde düşük saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Literatürde acil servise tüm hasta başvurularının incelendiği çalışmada çoklu travma tanısı alan hastaların ortalama kalış süresinin yüksek olduğu görüldü (68). Çalışmada en sık karşılaşılan kanser tanısı meme malign neoplazmi (Tablo 1) olmasına rağmen aynı hasta grubunun acil servise başvuru sıklığı (Tablo 9) ve acilde kalış süresi düşük bulundu. Kadın hastaların semptomlarla baş etme konusunda daha başarılı oldukları, bu nedenle de kadın hastaların başvuru sıklığının ve kalış süresinin daha düşük olduğu düşünüldü (Tablo 12).

Çalışmada kanseri birinci evre olanların acilde kalış süreleri anlamlı şekilde düşük saptandı ($p:0.008$; $p<0.01$). Literatürde üçüncü ve dördüncü evre kanseri olan, nüks ve metastaz tespit edilen hastaların semptomlarının ve hastalık yükünün; bu nedenle de karşılanması gereken ihtiyaçlarının fazla olacağı belirtilmektedir (53). Çalışmada kanseri dördüncü evre olanların başvuru sıklığının fazla olması (Tablo 9) ve hastalığın ilk evrelerinde semptom yükünün fazla olmaması nedeniyle kalış süresinin daha düşük olduğu düşünüldü (Tablo 12).

Çalışmada kronik hastalığı olmayanların acilde kalış süreleri, kronik hastalığı olanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p:0.013$; $p<0.05$). Özçelik'in (68) tüm başvuruları incelediği çalışmasında, Kronik Böbrek Yetmezliğinin kalış süresini etkilediği; özgeçmişinde Kronik Böbrek Yetmezliği olan hastaların

ortalama kalış süresinin yüksek olduğu belirlendi. Literatürde kronik hastalığı olan hastaların kronik hastalıklarının akut sorunları veya yandaş sorunlar; kanser tedavisi gören hastaların da mevcut hastalıkları, hastalıklarının dolaylı olarak neden olduğu sebepler ya da hastanın sosyal şartlarının neden olduğu (beslenme ve bakım yetersizliği gibi) bir takım akut problemlerle acil servise başvurduğu yer almaktadır (54). Bu durumda da bu hasta grubunun acil servis başvurularının daha fazla olacağı ve başvuru nedenine göre kalış süresinin değişkenlik göstereceği düşünüldü. Ancak çalışmada kronik hastalığı olmayanların acilde kalış süresinin yüksek olduğu, çalışmanın bu yönü ile literatürden farklılık gösterdiği görüldü (Tablo 12).

Çalışmada kardiyovasküler hastalığı olmayanların acilde kalış süreleri, kardiyovasküler hastalığı olanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p:0.019$; $p<0.05$). Kardiyovasküler hastalıkların en yaygın kronik hastalık olması nedeniyle (<http://www.who.int> Erişim tarihi: 18/03/2018) bu hastalıklara bağlı sorunlarla acil servis başvurularının daha sık; tedavi sürecinin uzun ve yapılacak tetkik sayısının fazla olması nedeniyle de kalış süresinin daha yüksek olması beklenmektedir. Ancak çalışmada kardiyovasküler hastalığı olmayanların acilde kalış süresi daha yüksek bulundu, çalışma verisinin bu yönü ile literatürden farklılık gösterdiği görüldü (Tablo 12).

Çalışmada acil servise başvurusunda tetkik yapılan hastaların acilde kalış süreleri, tetkik yapılmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p:0.004$; $p<0.01$). Acil servise başvuran hastalara başvuru yakınmasına, yaşına, hastalığına göre tanı ve tedavi amaçlı birçok girişim/test yapılmaktadır. Bu testlerin bazıları acil serviste yapılabilirken kurum dışında yapılabilen testler de mevcuttur. Özellikle başvuru merkezde yapılamayan girişim ya da testlerin acil serviste kalış süresi üzerine olumsuz etkisi olabileceği, ayrıca istenilen girişim ya da testin sayıca fazla olmasının da acil serviste kalış süresini uzatacağı literatürde yer almaktadır (68). Çalışmada tetkik yapılan hastaların acilde kalış süresinin yüksek olduğu, çalışma verisinin literatür ile benzerlik gösterdiği görüldü (Tablo 12).

Çalışmada laboratuvar tetkiki yapılan hastaların acilde kalış sürelerinin, tetkik yapılmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p:0.009$; $p<0.01$), diğer özellikler arasında acilde kalış süreleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$). Özçelik'in (68) tüm hasta başvurularını incelediği çalışmada acil laboratuvara gönderilen kan testi/testleri olan hastaların ortalama kalış süresinin kan testi olmayanlardan; direkt grafi, bilgisayarlı tomografi, yatak başı ultrasonografi, radyoloji bölümünde ultrasonografi, ekokardiyografi ve endoskopi yapılanların kalış süresinin yapılmayanlardan yüksek olduğu belirlendi. Çalışma verisinin Özçelik'in çalışması ile benzerlik gösterdiği görüldü. Aslaner'in (9) tüm hasta başvurularını incelediği çalışmasında hafta sonu acilde kalış süresinin hafta içine göre; 16:00-24:00 saatleri arasında acilde kalış süresinin 08:00-16:00 ve 24:00-08:00 saatleri arasına göre daha uzun olduğu belirlendi. Çalışmada diğer özelliklerin acilde kalış süresine etkisi olmadığı görüldü (Tablo 12).

6. SONUÇLAR

Kanser tedavisi gören yetişkin hastaların acil servise başvuru nedenleri ve sıklığının incelenmesi, sosyodemografik ve tedavi sürecindeki özellikler ile ilişkisi ve başvuruların etkin yönetimi için acil ekibine öneri geliştirilmesi amacıyla yapılan çalışmada;

1. Çalışma %61'i (n=314) kadın, %39'u (n=201) erkek olmak üzere toplam 515 kanser tedavisi gören ve acil servise başvuran hastalara ilişkin kayıtların incelenmesi ile yapıldı. Kanser tedavileri sırasında acil servise başvuran hastaların %8.7'sinin (n=45) 18-39 yaş arasında, %40.8'inin (n=210) 40-60 yaş arasında ve %50.5'inin (n=260) 61 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi
2. Kanser tedavisi gören yetişkin hastaların yaş, cinsiyet, cerrahi tedavi alma, kemoterapi tedavisi alma, kronik hastalık bulunma, evde ilaç kullanımı ve evde kullanılan ilaç miktarına, acil servise başvuru ayına ve kalış süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadığı ($p \geq 0.05$),
3. Kanser tanlarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); baş ve boyun kanserleri görülenlerde halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranının anlamlı şekilde yüksek olduğu,
4. Kanser evrelerine göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.011$; $p<0.05$); kanser evresi evre 4 olanlarda bulantı, kusma ve iştahsızlık nedeniyle acil servise başvurma oranının anlamlı şekilde yüksek olduğu,
5. Kanser mevcut durumlarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); kanser mevcut durumu remisyonda olanlarda ağrı nedeniyle acil servise başvurma oranının anlamlı şekilde yüksek olduğu,

6. Radyoterapi kanser tedavisi görme durumlarına göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.044$; $p<0.05$); Radyoterapi kanser tedavisi görenlerde nörolojik defisit nedeniyle acil servise başvurma oranının radyoterapi kanser tedavisi görmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu,
7. Kanser tedavisi görenlerin en son tedavi görme zamanlarına göre acil servise başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.047$; $p<0.05$); 91 gün ve üzerinde kanser tedavisi görenlerin acil servise ağrı nedeniyle başvurma oranının anlamlı şekilde yüksek olduğu,
8. Acil servise başvuru günlerine göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.027$; $p<0.05$); hafta içi acil servise başvuranlarda halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranının yüksek olduğu,
9. Acil servise başvuruda tetkik yapılma durumuna göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); Acil servise başvuruda tetkik yapılmayanlarda halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranının yüksek olduğu,
10. Acil servise başvuruda laboratuvar tetkiki yapılma durumuna göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); Acil servise başvuruda laboratuvar tetkiki yapılmayanlarda halsizlik, beslenememe nedeniyle acil servise başvurma oranının yüksek olduğu,
11. Acil servise başvuruda radyolojik tetkik yapılma durumu ile acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$); Acil servise başvuruda radyolojik tetkik yapılanlarda solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvurma oranının yüksek olduğu,

12. Acil servise başvuruda radyolojik tetkik yapılma durumuna göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); Acil servise başvuruda radyolojik tetkik yapılanlarda solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvurma oranının yüksek olduğu,
13. Acil servise başvuru sonucuna göre acil servise başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); başvuru sonucu transfer olanlarda solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvurma oranının yüksek olduğu,
14. Acil servise başvurma nedenleri arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); halsizlik ve beslenememe nedeniyle acil servise başvuranların acil servise başvurma sıklıklarının anlamlı şekilde yüksek olduğu ($p<0.01$), ateş nedeniyle acil servise başvuranların acil servise başvurma sıklıklarının anlamlı şekilde düşük olduğu ($p<0.01$)
15. Yaş grupları arasında yapılan karşılaştırmada acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); 61 yaş ve üzerinde olanların acil servise başvurma sıklıklarının, 40-60 yaş arasında olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu,
16. Erkeklerin acil servise başvurma sıklıklarının, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p:0.030$; $p<0.05$),
17. Kanser tanıları arasında yapılan karşılaştırmada acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); kanser tanısı meme malign neoplazmı olanların acil servise başvurma sıklığının anlamlı şekilde düşük ($p<0.01$), kanser tanısı baş ve boyun kanseri olanların başvurma sıklığının anlamlı şekilde yüksek olduğu ($p<0.05$, $p<0.01$),

18. Kanser evreleri arasında yapılan karşılaştırmada acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.008$; $p<0.01$); kanser evresi evre 4 olanların acil servise başvurma sıklıklarının anlamlı şekilde yüksek olduğu,
19. Kanser mevcut durumları arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); kanser mevcut durumu metastaz olanların acil servise başvurma sıklıklarının kanser mevcut durumu lokal ($p:0.001$) ve remisyonda ($p:0.001$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek ($p<0.01$), kanser mevcut durumu lokal olanların remisyonda olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu ($p:0.002$; $p<0.01$),
20. Kanser tedavisi gören hastaların en son tedavi görme zamanları arasında acil servise başvurma sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p:0.001$; $p<0.01$); en son tedavi zamanı 91 gün ve üzerinde olanların acil servise başvurma sıklıklarının yüksek olduğu ($p<0.01$),
21. Kronik hastalığı olanların acil servise başvurma sıklıklarının kronik bir hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p:0.013$; $p<0.05$),
22. Evde ilaç kullananların acil servise başvurma sıklıklarının evde ilaç kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p:0.016$; $p<0.05$),
23. Kardiyovasküler sistem hastalığı olan hastaların acil servise başvurma sıklıklarının, hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p:0.019$; $p<0.05$)
24. Acil servise başvuruda tetkik yapılmayanların acil servise başvurma sıklıklarının, tetkik yapılanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p:0.004$; $p<0.01$),

25. Acil servise başvuruda laboratuvar tetkiki yapılmayanların acil servise başvurma sıklıklarının, tetkik yapılanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p:0.009$; $p<0.01$) saptandı.



7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

Kanser farklı tedavi yöntemleri olan, hastalığın türüne ve evresine göre zaman zaman birden fazla tedavi yönteminin bir arada uygulanabildiği ve bunlara bağlı olarak da hastaların çok farklı semptomlarla karşılaşabildiği bir hastalıktır. Hastaların semptomlarının şiddetini hafifletme ya da geçirmeye yönelik bakım ve tedavi seçeneklerinde hastaların genellikle hastaneye başvurmayı tercih ettikleri bilinmektedir. Bu nedenle kanser tedavisi gören hastalar uygulanacak tedavi şeklinin, karşılaşılabilecek semptomların, hangi durumlarda hastaneye başvurması gerektiğinin ayrıntılı olarak anlatılması, taburculuk eğitiminin planlı ve hasta yakınlarının da dahil edilerek verilmesi, eğitimin interaktif olarak planlanması, sözel eğitimin yanı sıra görsel ve yazılı dökümanların da kullanılmasının başvuru sıklığını azaltabileceği bu nedenle bu konulara ilişkin prosedürlerin geliştirilmesi,

Kanser tedavisi gören hastaların çoğunda beslenmede değişiklikler meydana gelmektedir. Hastaların beslenme sorunlarının belirlenmesi ve zamanında uygun müdahale yapılarak şikayetlerinin giderilmesiyle hastaların yaşam kalitesi ve tedaviye cevabı artırılabilir. Bu nedenle kanser tedavisi gören hastaların kendisine/yakınlarına beslenmesi ile ilgili gerekli destek ve eğitimin verilmesi,

Kanser olgularının her geçen gün sayısının artması ve var olan tedavi yaklaşımlarının uzun süreli takip gerektirmesine bağlı olarak acil servis başvuruları da artmaktadır. Acil servisler, her türlü acil hastanın değerlendirildiği ve 24 saat kesintisiz hizmet sunan birimlerdir. Acil servise başvuran hastalara en kısa sürede, en hızlı şekilde ve en uygun tedaviyi uygulamak bu birimlerde çalışan sağlık profesyonellerinin en temel hedefidir. Kanser tedavisi gören hastalar ya hastalıkları ya da hastalıklarıyla ilgisi olmayan sorunlarla acil servise başvurabilirler. Bu başvuruların nedeni hasta ve yakınlarının önemsemediği ancak araştırıldığında altta yatan çok önemli sorunların olduğu hastalıklar olabilir. Bu nedenle bu hasta grubunun ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve bu hastalar ile

karşılaştığı andan itibaren bakım ve tedavi önceliklerinin bilinmesi gereklidir. Böylece hem hastaların acil servis başvuruları hem de acilde kalış süreleri azaltılabilir. Bu amaçla acil serviste çalışan sağlık profesyonellerinin kanser tedavisinin semptomlarını değerlendirme, onkolojik acil durumları tanıma ve hastanın durumuna uygun girişimleri planlama konusunda bilgi ve becerilerinin artırılması, bu amaçla algoritmaların/bakım haritalarının oluşturulması,

Kanser birçok disiplini ilgilendirmesi nedeniyle multidisipliner bir ekip anlayışı içerisinde ele alınmalıdır. Bu ekibin hastalığın tanı aşamasından yaşamın son anına kadar hastaların yanında olduğunu hissettirmesi, bilgi ve becerileriyle hastaların semptomlarının yönetimine ve hasta ve ailesinin yaşam kalitelerinin arttırılmasına destek olması çok önemlidir. Hastaların hastalıklarının herhangi bir aşamasında acil servise başvurma olasılığının yüksek olduğu düşünüldüğünde acil servis ekibi ile Onkologların işbirliği içinde olmasının hasta sonuçları, acil servise başvuru sıklığı, kalış süresi üzerine olumlu katkısı olacaktır. Bu nedenle kanser hastalarının tedavi ve bakımına yönelik ortak rehberlerin oluşturulması,

Kanser tedavisi gören hastaların sorunlarının uzun süreli takip ve tedavi gerektirmesi nedeniyle öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin tercih edilmesinin sağlanması, bu alanlarda çalışan personelin eğitim programlarına dahil edilmesi, bu birimlerin yetersiz kaldığı durumlarda hastanelerin tercih edilmesi, bu durumda da birinci basamak sağlık hizmeti veren birim ile hastaneler arasındaki iletişimin sağlanması,

Özellikle ileri evre kanser hastalarında prognozun kanserin türüne, tedavinin etkinliğine ve mevcut hastalık varlığına bağlı olarak değiştiği düşünüldüğünde semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi öncelikli amaç olmalıdır. Bu hasta grubunda palyatif bakımın acil servis başvurularını azaltacağı, bu nedenle yaygınlaştırılması ve toplum bilincinin oluşturulması önerilir.

8. KAYNAKLAR

1. Adam R, Wassell P, Murchie P. Why do patients with cancer access out-of-hours primary care?. Br J Gen Pract 2014; DOI: 10.3399/bjgp14X677158
2. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2012; 8(4)
3. Akın S. Onkolojik Aciller. İçinde Onkoloji Hemşireliği. Can G, (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.517-540
4. Aksel G, Kavalcı C. Onkolojik Aciller. DOI: 10.4328/DERMAN.3902, 2015
5. Akyol C, Oktay C, Hakbilir O, Janitzky Akyol A, Çalışkan Tür F. Acil servise aynı şikâyet ile tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi. Turk J Emerg Med 2006;6(3):108-116
6. Akyüz S. Kanser Hastalarına Uygulanacak Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014 (Danışman: Prof. Dr. Jülide Yıldırım Öcal)
7. Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçüçük S, Oral EN. Kanser Epidemiyolojisi. İçinde Onkoloji Hemşireliği. Can G. (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.19-27
8. Arslan S, Akın B, Koçoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi - 2008/1
9. Aslaner MA. Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu Ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014 (Danışman: Prof. Dr. M. Mahir Özmen)
10. Ataman G. Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Onkoloji Polikliniğine Başvuran Kanser Hastalarının Evde Bakım Durumlarının, Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitesinin Saptanması. T. C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014 (Danışman: Prof. Dr. Tuğrul Erbaydar)
11. Ateş S. Onkolojik Aciller. İçinde Erişkinlerde Acil Bakım. Eti Aslan F, Olgun N. (Eds). Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: s.497-508
12. Aydın T, Akköse Aydın Ş, Köksal Ö, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. JAEM 2010; 163-8
13. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim 2011; 24: 4-9
14. Aygencel G, Nas A, Sarıtaş H, Deryal K, Demircan A. Bir üniversite hastanesi acil servisindeki iç hastalıkları konsültasyonlarının genel özellikleri. Fırat Tıp Dergisi 2012; 17(4): 219-222
15. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?. CMAJ 2010; 182(6)

16. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bil Derg 2016; 5(3)
17. Bayrak E. Kanser Hastalarının Acil Servise Başvuru Nedenleri Ve Semptomlarla Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014 (Danışman: Doç. Dr. Yeter Kitiş)
18. Bıçakçı S. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisine 72 Saat İçerisinde Aynı/İlişkili Şikâyetle Yapılan Tekrar Başvuruların Özellikleri. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2014 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rıdvan Atilla)
19. Bosscher MRF, Van Leeuwen BL, Hoekstra HJ. Surgical emergencies in oncology. Cancer Treatment Reviews 40 2014; 1028–1036
20. Bozdemir N, Eray O, Eken C, Senol Y, Artac M, Samur M. Demographics, clinical presentations and outcomes of cancer patients admitted to the emergency department. Turk J Med Sci 2009; 39 (2): 235-240
21. Bozkurt K, Sert Bektaş S, Doğru N. Şırnak İlinin Kanser İstatistikleri. Türk Patoloji Dergisi 2011; 27(3): 230-234
22. Can, N. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Kanser Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ve Acil Başvuruları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. T. C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Isparta, 2011 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Gökben Beceren)
23. Chitsike I, Howard SC. Oncologic emergencies. DOI 10.1007/978-1-4614-3891-5_9
24. Çanak F. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Ünitesine Başvuran Gastrointestinal Kanserli Hastaları Demografik Verileri. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Isparta, 2013 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Murat Koçer)
25. Çavdar İ. Onkolojik Aciller I. İçinde Akciğer Kanseri Tedavi ve Bakım. Aydın A, Can G. (Eds). İstanbul, İpomet Matbaacılık, 2010: s. 165-171
26. Çavuş D. Kanser Hastalarının Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmelerinin Belirlenmesi. T. C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008 (Danışmanlar: Yrd. Doç. Dr. Ayfer Elçigil, Öğr. Gör. Dr. Özlem Uğur)
27. Das U, Lakshmaiah KC, Suresh TM, Govind Babu K. Oncological emergencies for the internist. J Med Sci 2015; 35(1):1-10
28. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23(3):132-139
29. Demir Doğan M, Can G, Sarıtaş B, Karacan Y, Karadakovan A, Aydın A. Oral mukozit. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya. Can G (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.125-138
30. Demirkazık A. Kanserli Hastaya Yaklaşım. İçinde İç Hastalıkları. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S. (Eds). Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: s.1793-1797

31. Demshar R, Vanek R, Mazanec P. Oncologic emergencies: Management update. *Oncology times. Nursing Hem/Onc Spotlight*, 2012; 34(6)
32. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, Alteri R, Robbins AS, Jemal A. Cancer Treatment and Survivorship Statistics, 2014. *CA Cancer J CLIN* 2014;64:252–271
33. Ersel M, Karcioğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Turk J Emerg Med* 2006; 6(1):25-35
34. Eti Aslan F, Olgun N, Uzun Ö, Uslu Y. Onkoloji. İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F. (Eds). Geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: s.183-209
35. Gemalmaz A, Avşar G. Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: Kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2015;12 (2): 93-98
36. Gönderen HS. Kanser Hastalarının Oral Antineoplastik İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009 (Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir)
37. Gurbuz S, Turtay MG, Oguzturk H, Güven T, Gur A, Colak C, Durak MA. Clinical analysis of the cancer patients who admitted to the emergency room. *Biomedical Research* 2016; 27 (3): 641-644
38. Güleser GN, Özdemir EE, Atay S, Korkmaz K, Pınar R, Kebudi R. Nötropeni. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya. Can G (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.79-94
39. Güngörmüş Z, Bulut Erdem Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 5(1)
40. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Öz saran Z. Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri: 34134 olgunun değerlendirmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2007;22(1):22-28
41. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Akkaş Gürsoy A. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*: 2012; 1(3)
42. Hjermstad MJ, Kolflaath J, Løkken OA, Hanssen BS, Normann PA, Aass N. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. *BMJ* 2013; 3:e002515
43. Hocagil A. Acil Servise Erken Dönemde (İlk 72 Saat) Tekrar Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fikret Bildik)
44. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. *CA Cancer J CLIN* 2011;61:69–90

45. Kanarığ Gürel D. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç)
46. Kaplan G, Dedeli Ö. Kanser ve hemşirelik bakımı. İçinde Temel İç hastalıkları Hemşireliği. Kaplan G (Ed), İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012: s.149-184
47. Karabulutlu Ö. Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2009; 17(3): 218-225
48. Karadakovan A. Yaşlılık ve Bakım. İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F. (Eds). Geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: s.105-123
49. Kayış A. İştahsızlık ve Anoreksi. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıt Dayalı Semptom Yönetimi. Can G, (Ed). İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, 2007: s.69-80
50. Kekeç Z, Koç F, Büyük S. Acil Serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi 2009; 8(3)
51. Keskin S, Eralp Y. Onkolojik Aciller. Klinik Gelişim. 2011; 24: 10-13
52. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’de Acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(1): 5-13
53. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013; 4(3):153-158
54. Koçak S, Ertekin B, Polat M, Girişgin S, Kara H. Onkolojik hastaların acil servise başvuru nedenleri. Sakaryamj 2012; 2(1): 16-20
55. Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. Gaziantep Tıp Derg 2011;17(2): 57-62
56. Kotajima F, Kobayashi K, Sakaguchi H, Nemoto M. Lung cancer patients frequently visit the emergency room for cancer-related and -unrelated issues. Molecular And Clinical Oncology 2014; 2: 322-326
57. Kurt Sadırlı S. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar)
58. Kuşçu H. SDÜ Zehra Ulusoy Onkoloji Merkezi Kanser Kayıt Sistemlerinin İncelenmesi Ve Kayıtlı Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2009 (Danışman: Doç. Dr. Ahmet Nesimi Kışioğlu)
59. Kutlutürkan S. Bulantı ve kusma. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya. Can G (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.145-158
60. Kutlutürkan S. Diyare. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıt Dayalı Semptom Yönetimi. Can G, (Ed). İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, 2007: s.101-110

61. Loğoğlu A, Ayrık C, Köse A, Bozkurt S, Demir F, Narcı H, Karaaslan U. Acil servise başvuran travma dışı geriatrik olguların demografik özelliklerinin incelenmesi. *Tr J Emerg Med* 2013;13(4):171-179
62. Mayer DK, Travers D, Wyss A, Leak A, Waller A. Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *J Clin Oncol* 29: 2683-2688
63. Muallaoglu S, Karagün O, Mertsoylu H, Besen AA, Sezer A, Ozyilkan O. Attributes of cancer patients admitted to the emergency department in one year. *World J Emerg Med*, 2014; 5(2)
64. Mofid B, Novin K, Roointan ES, Forouzanfar MM. Epidemiology and death-related factors of oncology patients in emergency department. *Emergency* 2016; 4 (3): 145-150
65. Nguyen BL, Tremblay D, Mathieu L, Groleau D. Mixed method exploration of the medical, service-related, and emotional reasons for emergency room visits of older cancer patients. *Support Care Cancer* (2016) 24:2549–2556
66. Özbaş A. Onkolojik Aciller II. İçinde Akciğer Kanseri Tedavi ve Bakım. Aydın A, Can G. (Eds). İstanbul, İpomat Matbaacılık, 2010: s. 172-180
67. Özcan Ş, Yıldırım D. Endokrin Sistem ve Metabolik Hastalıklar. İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Çelik S, Usta Yeşilbakan, Ö. (Eds). Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2015: s.407-442
68. Özçelik H. Acil Servis'e Başvuran Kategori 1 Hastaların Acil Servis'te Kalış Süresini Etkileyen Faktörler. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nurdan Acar)
69. Özdemir S. Kanser Hastalarının Yaşadığı Semptomlar İle Tedavi Kararını Değerlendirme Ve Yaşam Tutum Profili Arasındaki İlişki. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006 (Danışman: Doç. Dr. Behice Erci)
70. Özlük AA, Oytun MG, Güneç D. Kanser immunoterapisi. *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi* 2017; 2(1):21-23
71. Puts MTE, Monette J, Girre V, Wolfson C, Monette M, Batist G, Bergman H. Does frailty predict hospitalization, emergency department visits, and visits to the general practitioner in older newly-diagnosed cancer patients? Results of a prospective pilot study. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 76 2010; 142–151
72. Rogers MJ, Matheson LM, Garrard B, Mukaro V, Riches S, Sheridan M, Ashley D, Pitson G. Cancer diagnosed in the Emergency Department of a regional health service. *Aust. J. Rural Health* (2016) 24, 409–414
73. Sarı Şıra F. Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007 (Danışman: Prof. Dr. Nermin Olgun)
74. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(3):219-224

75. Sis Çelik A. Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2014;3 (3)
76. Sözeri E, Özaslan B, Durna Z, Kizir A. İştahsızlık. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtlan Uygulamaya. Can G (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.171-175
77. Süren M, Doğru S, Önder Y, Çeltek NY, Okan İ, Çıtıl R, Karaman S, Başol N. Son dönem kanser hastalarında semptom kümelerinin incelenmesi. AĞRI 2015; 27(1):12-17
78. Şen F, Aydın A. Kanserde Tanı, Sınıflandırma ve Evrelendirme. İçinde Onkoloji Hemşireliği. Can G, (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.73-91
79. Şen S. Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Çoklu İlaç Kullanımının Hastaların Klinik Süreçlerine Etkisi. T. C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nurdan Acar)
80. Şen Tanrıku C, Tanrıku Y, Karaman S. Acil servis başvurularının ve acil servisten yatırılan hastaların gözden geçirilmesi: Bir eğitim hastanesinin kesitsel analizi. J Clin Anal Med 2014;5(2): 128-32
81. Şener Dede D. Kanser Hastasına Bakım Veren Birinci Derece Aile Yakınlarında Kanser Teşhisi Sonrasında Yaşam Tarzı Değişikliğinin Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010 (Danışman: Doç. Dr. K. Mutlu Hayran)
82. Tanyeli A, Aykut G, Demirel AO, Akçaoğlu T. Hematopoetik kök hücre nakli ve tarihçesi. Archives Medical Review Journal 2014; 23(1):1-7
83. Tarakçıoğlu Çelik GH. Onkoloji Hemşireliğinde Semptom Yönetimi. GÜSBD 2016; 5(4): 93-100
84. The Global Burden of Cancer 2013 (Editorial page). JAMA Oncol. 2015;1(4):505-527. doi:10.1001/jamaoncol.2015.0735
85. Turhal NS, Sevinc A, Yalcin S, Sezgin C, Yamac D, Dogan M, Ozyilkan O, Kilickap S, Ozdemir F, Cabuk D. The association between socio-demographic parameters and the use of complementary interventions in cancer patients in Turkey: A Turkish Oncology Group study. journal of Cancer Therapeutics and Research 2012; 1:33
86. Turna H. Onkolojik Aciller. İçinde İç Hastalıklarında Aciller. Altıparmak MA (Ed). İstanbul, Doyuran Matbaası; 2010: s. 503-514
87. Türköz M. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Servisi'ne 10 Gün İçerisinde Tekrar Başvuran Hastaların Sıklığı, Tekrar Başvuru Nedenlerinin İncelenmesi: 1 Yıllık İnceleme. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2014 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nurdan Acar)
88. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi 2014; 29(3): 125-135
89. Uğur Ö, Koçaşlı S. Solunum Sistemi Hastalıkları. İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Çelik S, Usta Yeşilbakan, Ö. (Eds). Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2015: s. 40-82
90. Usta Yeşilbalkan Ö. Anemi ve Yorgunluk. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtlan Uygulamaya. Can G, (Ed). İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, 2007: s.13-24

91. Usta Yeşilbakan Ö. Hücresel Bozukluklar (Onkoloji). İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Çelik S, Usta Yeşilbakan, Ö. (Eds). Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2015: s.380-406
92. Usta Yeşilbakan Ö. Yorgunluk. İçinde Onkoloji Hemşireliği. Can G, (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.335-3456 (26. Bölüm)
93. Usta Yeşilbakan, Ö, Alankaya N. Sinir Sistemi Hastalıkları. İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Çelik S, Usta Yeşilbakan, Ö. (Eds). Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2015: s.142-179
94. Ünsar ST, Şenses A, Karadakovan A, Aydınar A. Diyare ve konstipasyon. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya. Can G (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.159-169
95. Yaylacı S, Topuzoğlu A, Karcıoğlu Ö. Acil servise başvuran kanser hastalarının klinik karakteristikleri ve bir yıllık sağkalımları. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2009; 4 (19).
96. Yıldırım Y, Dönmez S, Fadıloğlu Ç, Köknel Talu G. Kanser ağrısı. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya. Can G (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.11-24
97. Yıldız İ. Sitotoksik Kemoterapi Prensipleri. İçinde Onkoloji Hemşireliği. Can G, (Ed). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: s.169-190 (14. Bölüm)
98. Yıldızeli F. Geriatri Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Yorgunluk Düzeyi Ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017 (Danışman: Doç. Dr. Özlem Ovayolu)
99. Yılmaz Esencan T, Doğan Merih Y. Kemoterapide semptomların yönetimi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni: 2010; 41(1)
100. Yorulmaz M, Karaalp F, Bükecik N, Özyılmaz AF. Acil servise tekrar başvuru oranı değerlendirmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi 2017; 14: 92-99
101. Yucel N, Erkal HS, Akgun FS, Serin M. Characteristics of the admissions of cancer patients to emergency department. Journal of BUON 2012; 17: 174-179
102. Yurtsever S. Konstipasyon. İçinde Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. Can G, (Ed). İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, 2007: s.111-118
103. Zeytin AT, Cevik AA, Acar N, Kaya S, Ozcelik H. Characteristics of patients presenting to the academic emergency department in central Anatolia. Turk J Emerg Med 2014;14(2):75-8

9. EKLER

9.1. Ek-1: Etik Kurul Kararı



SAYI: ATADEK-2016/7
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Selma Özkardeş,

Sorumluğunu yürüttüğünüz “Kanser Tedavisi Gören Yetişkin Hastaların Acil Servis’e Başvuru Nedenlerinin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi” başlıklı proje 21.04.2016 tarih 2016/7 Sayılı Atadek Kurul Toplantısında görüşülmüş olup, 2016-7/2 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.



Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS
ATADEK Kurul Başkanı

9.1. Etik Kurul Kararı (Devam)

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:

Kanser Tedavisi Gören Yetişkin Hastaların Acil Servis'e Başvuru Nedenlerinin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

Selma ÖZKARDEŞ

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (X) Revizyon ()* Etik olarak uygun değil ()**

Toplantı Tarihi: 21/04/2016

Karar Numarası: 2016-7/2

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		(X)	()
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		()	()
Prof.Dr. Mert Ülgen		(X)	()
Doç.Dr. Ükke Karabacak		(X)	()
Doç.Dr. A.Elif Eroğlu Büyüköner		(X)	()
Doç.Dr. Berrin Karadağ		(X)	()
Yrd.Doç.Dr. Fatih Artvinli		(X)	()
Yrd.Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		(X)	()

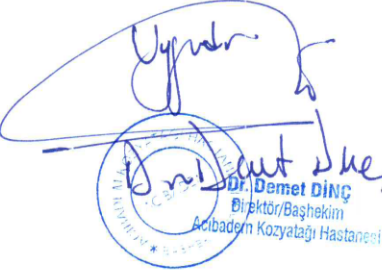
9.2. Çalışma Kurum İzni

ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ DİREKTÖRLÜĞÜ'NE
04/05/2016

Acibadem Üniversitesi Acil Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi olarak sorumluluğunu yürüttüğüm ATADEK 2016-7/2 karar numaralı "Kanser Tedavisi Gören Yetişkin Hastaların Acil Servis'e Başvuru Nedenlerinin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi" konulu yüksek lisans tezinin tamamlanabilmesi için kanser tedavisi gören ve Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında Acil Servis'e başvuran hastaların bilgilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Hasta bilgilerinin tarafımea incelenebilmesi için onayınızı arz ederim.

Saygılarımla,
Selma ÖZKARDEŞ

Ek: 1 Etik Kurul Onay Formu
Ek: 2 Tez Öneri Formu


Dr. Demet DİNÇ
Direktör/Başhekim
Acibadem Kozyatağı Hastanesi

9.3. Veri Toplama Formu

KANSER TEDAVİSİ GÖREN YETİŞKİN HASTALARIN ACİL SERVİS'E BAŞVURU NEDENLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ TEZ ÇALIŞMASI VERİ TOPLAMA FORMU

Adı-Soyadı:

Protokol Numarası:

Yaş:

Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

Kanser Tanısı:

Kanser Evresi:

Kanserin Mevcut Durumu: Remisyonda() Lokal Hastalık() Metastaz()
Sınıflandırılmamış()

Kanser Tipi: Hematolojik () Solid ()

Aldığı Mevcut Kanser Tedavisi/Tedavileri: Kemoterapi () Radyoterapi () Cerrahi ()

En Son Tedavi Zamanı: Kemoterapi () Radyoterapi () Cerrahi ()

Mevcut Hastalıklar:

Evde Kullandığı İlaçlar:

Acil Servis'e Başvuru Tarihi:

Acil Servise Başvuru Günü: Hafta İçi() Hafta Sonu()

Acil Servise Başvuru Saati:

Taburcu/Transfer Saati:

Transfer Edildiği Yer:

Acil Servise Başvuru Nedeni:

Acil Servise Kaçınıcı Başvurusu: Bir() İki() Üç() Dört() Beş() Beşten Fazla()

Acil Servise Kaçınıcı Başvurusu (Aynı Gün İçinde): Bir() İki() Üç() Dört() Beş() Beşten Fazla()

Başvuru Sırasında Yapılan Tetkikler:

Acil Serviste Kalış Süresi (Saat):

Acil Serviste Kalış Süresi (Dakika):

Başvuru Sonucu:

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Selma	Soyadı	Özkardeş
Doğum Yeri	Denizli	Doğum Tarihi	12.12.1975
Uyruğu	T.C.	Telefon	05326979495
E-mail	selma.ozkardes@acibadem.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Acil Hemşireliği Anabilim Dalı	
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	1993-1997
Lise	Denizli Lisesi	1993

İş Deneyimi(Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi	2017 - Devam
2.Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi	2005 - 2017
3.Poliklinik Özel Dal Hemşiresi	Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi	2000 - 2005
4.Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi	1998 - 2000
5.Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	Özel Esenler Ömür Hastanesi	1997 - 1998

Yabancı Dilleri	Okuduğunu	Konuşma*	Yazma*
-----------------	-----------	----------	--------

	Anlama*		
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu#								
KP DS	Ü DS	IEL TS	TOE FL IBT	TOE FL PBT	TOE FL CBT	FC E	CA E	CP E
-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	56,30800	56,42417	72,52417

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word, excel, Powerpoint)	Çok iyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifika ları/Ödü lleri/Diğ er

Bakım Kaynaklı Hasta Düş melerinin Önlenmesinde Hemş irenin Rolü	VI. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliğ i Kongresi	Sözel Sunum	2012
Pediyatrik Kafa Travmalı Hastanın Acil Servisteki Hemş irelik Bakımı	7. Nöroş irurji Hemş ireliğ i Kongresi	Poster Sunum	2011
Sağlık Çalışanı Olarak Hemş irelerde Cinsel Mitler	II. Uluslararası-IX. Ulusal Hemş irelik Kongresi	Poster Sunum	2003

