T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ONKOLOJİK ACİLLERİN YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mert BARUT

DANIŞMAN
Prof. Dr. Gülbeyaz CAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Haziran, 2025

TEZ KABUL VE ONAYI

Mert BARUT tarafından, **Prof. Dr. Gülbeyaz CAN** danışmanlığında hazırlanan **" ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ONKOLOJİK ACİLLERİN YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ "** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **19/06/2025** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. Gülbeyaz CAN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Gürcan SOLMAZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Dilek YILDIRIM İstanbul Aydın Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları 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 ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Mert BARUT

(İmza)

Biricik kızım Asya'ya ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ONKOLOJİK ACİLLERİN YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmam sürecinde bilgi, deneyim ve yol göstericiliğiyle bana rehberlik eden, her zaman yapıcı katkıları ve desteğiyle yanımda olan değerli danışman hocam Prof.Dr.Gülbeyaz Can'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkı sağlayan hastane yönetimlerine ve çalışmaya katılarak desteğini esirgemeyen tüm acil servis hemşirelerine teşekkür ederim

İlk günden bugüne kadar yanımda olan, sevgisiyle ve duasıyla beni her zaman motive eden canım anneme ve babama, sabır ve anlayışla her zaman yanımda olan, en zor zamanlarımda bile desteğini esirgemeyen sevgili eşime, minicik kalbiyle hayatıma neşe katan biricik kızım Asya'ya sonsuz teşekkür ederim.

Bu süreçte bana inanan, katkı sunan ve destek veren tüm kişi ve kurumlara minnettarım.

Haziran 2025 Mert BARUT

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**

BEYAN ..... **iii**

BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**

TEŞEKKÜR ..... **vi**

İÇİNDEKİLER ..... **vii**

ŞEKİL LİSTESİ ..... **x**

TABLO LİSTESİ ..... **xi**

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xii**

ÖZET ..... **xiii**

ABSTRACT ..... **xv**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problem Durumu 1

1.2. Amaç 2

1.3. Önem 2

1.4. Sınırlılıklar 2

1.5. Sayıltılar (Varsayımlar) 2

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **3**

2.1. Kanser Tanımı ve Epidemiyoloji 3

2.2. Onkolojik Aciller 4

2.3. Metabolik Onkolojik Acillerin Yönetimi 5

2.3.1. Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi 5

2.3.2. Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı 7
2.4. Hematolojik Onkolojik Acillerin Yönetimi 8
2.4.1. Nötropenik Ateş 9
2.5. Yapısal Onkolojik Acillerin Yönetimi 11
2.5.1. Malign Perikardiyal Efüzyon 11
2.6. Solunumsal Onkolojik Acillerin Yönetimi 13
2.6.1. Pulmoner Emboli 13
2.7. Tedavi Yan Etkileri İle İlişkili Onkolojik Acillerin Yönetimi 16
2.7.1. Diyare 16
2.7.2. Bulantı ve Kusma 17
3. YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Tasarımı 20
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 20
3.3. Veri Toplama Aracı 20
3.3.1. Demografik Bilgiler Formu 20
3.3.2. Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu 20
3.4. Verilerin Toplanması 22
3.5. Verilerin Analizi 22
3.6. Etik İlkeler 22
4. BULGULAR 23
4.1. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerin Dağılımı 24
4.2. Hemşirelerin Malign Perikardiyal Efüzyon Hakkında Bilgi Düzeyi 25
4.3. Hemşirelerin Nötropenik Ateş Hakkında Bilgi Düzeyi 26
4.4. Hemşirelerin Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı Hakkında Bilgi Düzeyi 29
4.5. Hemşirelerin Pulmoner Emboli Hakkında Bilgi Düzeyi 33
4.6. Hemşirelerin Diyare Hakkında Bilgi Düzeyi 36
4.7. Hemşirelerin Bulantı - Kusma Hakkında Bilgi Düzeyi 36

4.8. Hemşirelerin Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi Hakkında Bilgi Düzeyi 37
4.9. Hemşirelerin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması 42
4.10. Kişisel Özelliklerinin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi 43
4.10.1. Yaşın Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi 43
4.10.2. Cinsiyetin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi 44
4.10.3. Eğitim Düzeyinin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi 45
4.10.4. Meslekte Çalışma Yılının Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi 46
4.10.5. Acilde Çalışma Yılının Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi 47
4.10.6. Onkolojik Acil ile Karşılaşma Durumunun Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi 48
4.10.7. Onkolojik Acil ile İlgili Eğitim Alma Durumunun Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi 49
5. TARTIŞMA 51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 57
6.1. Sonuç 57
6.2. Öneriler 57
7. KAYNAKLAR 58
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 64
ETİK KURUL İZİN YAZISI 65
KURUM İZNİ YAZILARI 67
EKLER 70
ÖZGEÇMİŞ 76

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1 Cinsiyete Göre En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Standardize Edilmiş Hızları - Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide (T.C. Sağlık Bakanlığı Veri Tabanı, 2019) 4

Şekil 2.2 Ateş ve Nötropenin Birinci Basamak Yönetimi (36). 10

Şekil 2.3 Yüksek riskli PE şüpheli olguların acil servis yönetimi (50). 15

Şekil 4.1 Nötropenik ateşte gelişmesi beklenen tüm belirti ve bulguları doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 27

Şekil 4.2 Nötropenik ateşte uygulanan tüm hemşirelik girişimlerini doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 28

Şekil 4.3 Uygunsuz ADH salınımında gelişmesi beklenen tüm belirti ve bulguları doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 30

Şekil 4.4 Uygunsuz ADH salınımında uygulanan tüm hemşirelik girişimlerini doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 31

Şekil 4.5 Uygunsuz ADH salınımında uygulanan tüm tedavileri ve dikkat etmesi gereken noktaları doğru /yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 32

Şekil 4.6 Pulmoner embolide gelişmesi beklenen tüm belirti ve bulguları doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 34

Şekil 4.7 Pulmoner embolide uygulanan tüm hemşirelik girişimlerini doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 35

Şekil 4.8 Malignite ile ilişkili hiperkalsemide gelişmesi beklenen tüm belirti ve bulguları doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 39

Şekil 4.9 Malignite ile ilişkili hiperkalsemide tüm hemşirelik girişimlerini doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 40

Şekil 4.10 Malignite ile ilişkili hiperkalsemide uygulanan tüm tedavileri doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı 41

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1 Onkolojik Acil Durumlar 5

Tablo 2.2 Hiperkalsemi Belirtileri 6

Tablo 3.1 Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu – Alt grup soru dağılımı 21

Tablo 4.1 Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (n=120) 24

Tablo 4.2 Hemşirelerin Malign Perikardiyal Efüzyon Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120) 25

Tablo 4.3 Hemşirelerin Nötropenik Ateş Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120) 26

Tablo 4.4 Hemşirelerin Uygunsuz ADH Salınımı Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120) 29

Tablo 4.5 Hemşirelerin Pulmoner Emboli Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120) 33

Tablo 4.6 Hemşirelerin Diyare Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120) 36

Tablo 4.7 Hemşirelerin Bulantı - Kusma Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120) 37

Tablo 4.8 Hemşirelerin Malignite ile ilişkili Hiperkalsemi Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120) .. 38

Tablo 4.9 Onkolojik Aciller Hakkında Hemşirelerin Bilgi Düzeyi* (n=120) 42

Tablo 4.10 Yaşın Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120) 43

Tablo 4.11 Cinsiyetin Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120) 45

Tablo 4.12 Eğitim Düzeyinin Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120) 46

Tablo 4.13 Meslekte Çalışma Yılının Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120) 47

Tablo 4.14 Acilde Çalışma Yılının Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120) 48

Tablo 4.15 Onkolojik Acil ile Karşılaşma Durumunun Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120) 49

Tablo 4.16 Onkolojik Acil ile İlgili Eğitim Alma Durumunun Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120) 50

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	**Açıklama**
%	: Yüzde
X	: Aritmetik ortalama
SS	: Standart sapma
n	: Örneklem hacmi
p	: Anlamlılık düzeyi
t	: t-testi değeri

Kısaltmalar	**Açıklama**
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (İstatistiksel Paket Programı)
PE	: Pulmoner Emboli
ADH	: Antidiüretik Hormon
IL	: İnterlökin
TNF-alfa	: Tümör Nekroz Faktörü Alfa
cm	: Santimetre
kg	: Kilogram
mmHg	: Milimetre cıva
dk	: Dakika

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ONKOLOJİK ACİLLERİN YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mert BARUT

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Prof. Dr. Gülbeyaz CAN

Onkolojik aciller, zamanında tanı ve müdahale gerektiren, tedavi edilmediğinde hastanın yaşamını tehdit eden klinik durumlardır. Bu acillerin yönetiminde ilk karşılayan sağlık profesyonellerinden biri olan hemşireler, hastanın hızlı değerlendirilmesi, semptomların doğru yorumlanması, tedavi sürecinin organize edilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından kritik bir role sahiptir. Hemşirelerin bu konuda yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olmaları, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin onkolojik acillerle ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, klinik bakım kalitesini artırmak ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek açısından gereklidir.

Bu araştırma, İstanbul'da bulunan iki eğitim ve araştırma hastaneleri acil servislerinde görev yapan hemşirelerin onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, literatür doğrultusunda hazırlanan ve uzman görüşü alınarak geliştirilen “Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyi Anket Formu” kullanılmıştır. Form üç bölümden oluşmaktadır: demografik bilgiler, onkolojik acillere ilişkin çoktan seçmeli bilgi soruları (Perikardiyal Efüzyon, Hiperkalsemi, Nötropenik Ateş, Uygunsuz ADH Salınımı, Pulmoner Emboli, Diyare, Bulantı-Kusma) ve genel bilgi skoru hesaplamasına yönelik değerlendirme. Veriler, 2025 yılı içinde yüz yüze anket yöntemiyle toplanmış ve SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırmaya toplam 120 hemşire katılmıştır. Hemşirelerin onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri 100 puan üzerinden değerlendirilmiş ve genel ortalama puan 72,80 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, hemşirelerin genel olarak iyi düzeyde bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Ancak alt başlıklar incelendiğinde bilgi düzeyinde anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. En yüksek ortalama puanlar Bulantı ve Kusma (88,96) ile Nötropenik Ateş (78,79) başlıklarında elde edilmiştir. Buna karşılık, en düşük ortalamalar Uygunsuz ADH Salınımı (61,06) ve Hiperkalsemi (63,33) konularında gözlenmiştir.

Bu bulgular, hemşirelerin daha sık karşılaştıkları onkolojik acillerde bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu, ancak nadir görülen veya daha karmaşık acil durumlarda bilgi eksikliklerinin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu alanlara yönelik hedefe yönelik ve güncel içerikli hizmet içi eğitim programlarının planlanması önerilmektedir.

Haziran 2025 , 96 sayfa.

Anahtar kelimeler: Onkolojik Aciller, Hemşirelik, Bilgi Düzeyi, Acil Servis

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

ASSESSMENT OF THE KNOWLEDGE LEVEL OF NURSES WORKİNG İN EMERGENCY MEDİCAL SERVİCES REGARDİNG THE MANAGEMENT OF ONCOLOGİCAL EMERGENCİES

Mert BARUT

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Internal Medicine Nursing

Internal Medicine Nursing, Master's Program with Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Gulbeyaz CAN

Oncological emergencies are clinical situations that require timely diagnosis and intervention, and if left untreated, pose a threat to the patient's life. Nurses, as one of the first healthcare professionals to encounter these emergencies, play a critical role in the rapid assessment of the patient, accurate interpretation of symptoms, organization of the treatment process, and ensuring patient safety. It is essential for nurses to possess adequate knowledge and awareness in this regard, as it significantly contributes to preventing complications and maintaining the patient's quality of life. In this context, assessing nurses' knowledge levels regarding oncological emergencies is crucial to enhance the quality of clinical care and identify educational needs.

This study was conducted descriptively to evaluate the knowledge levels of nurses working in the emergency departments of two training and research hospitals in Istanbul regarding oncological emergencies.

In the study, the "Oncological Emergencies Knowledge Level Questionnaire," developed based on the literature and expert opinions, was used as the data collection tool. The form consists of three sections: demographic information, multiple-choice knowledge questions related to oncological emergencies (Pericardial Effusion, Hypercalcemia, Neutropenic Fever, Inappropriate ADH Secretion, Pulmonary Embolism, Diarrhea, Nausea-Vomiting), and an evaluation for calculating the general knowledge score. Data were collected in 2025 through face-to-face surveys and analyzed using SPSS 25.0 software. Descriptive statistics, independent sample t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and Kruskal-Wallis test were applied in the data analysis.

A total of 120 nurses participated in the study. The nurses' knowledge levels regarding oncological emergencies were evaluated on a scale of 100 points, and the overall average score was found to be 72.80. This result indicates that the nurses generally possess a good level of knowledge. However, when examining the subcategories, significant differences in knowledge levels were observed. The highest average scores were obtained in the categories of Nausea and Vomiting (88.96) and Neutropenic Fever (78.79). In contrast, the lowest average scores were observed in the topics of Inappropriate ADH Secretion (61.06) and Hypercalcemia (63.33).

These findings indicate that nurses have a high level of knowledge regarding more commonly encountered oncological emergencies, but knowledge gaps exist in rare or more complex emergency situations. As a result, it is recommended to plan targeted and up-to-date in-service training programs for these areas.

June 2025, 96 pages.

Keywords: Oncological Emergencies, Nursing, Knowledge Level, Emergency Department

1. GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Kanser hem ülkemizde hem de dünyada en yaygın ölüm nedenlerinden biridir ve ölüm sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır. 2022 yılında, kanser yaklaşık 10 milyon insanın ölümüne yol açmıştır ve tüm ölümler arasında her altı ölümden birinin kanserden kaynaklandığı öngörülmektedir (1).

Onkoloji hastalarının yaşamlarının son altı ayında, fonksiyonel kapasitelerinin düşmesi, ağrı yönetiminin zayıflaması ve bilinç seviyelerinde değişiklikler nedeniyle acil servis başvurularının arttığı gözlemlenmektedir (2).

Acil servise başvuran kanser hastalarının doğru bir şekilde tanınması, klinik belirtilerin dikkatle incelenmesi, olası komplikasyonların erken dönemde fark edilmesi ve hızlı bir tedavi uygulanması, hastaların yaşam süreleri ve yaşam kaliteleri üzerinde belirgin bir etki yaratacaktır.

Onkolojik aciller, hızlı müdahale gerektiren ve ölüm veya kalıcı hasar riski taşıyan, kanserin kendisi ya da tedavisinin yol açtığı acil durumlardır. Bazı hastalar önceden onkolojik bir tanıya sahip olsalar da bir kısmı ilk başvurularında tanı alabilmektedir. Kanser hastalarının %11 ile %29'u, onkolojik acil servislerde ilk tanılarını almaktadır (3).

Onkolojik acillerin yönetimi, multidisipliner bir yaklaşım ve sağlık profesyonellerinin güncel bilgi ve becerilerini gerektirmektedir. Hemşirelerin bu süreçteki rolü son derece önemlidir, çünkü hastaların ilk değerlendirilmesi, acil durumların tanımlanması ve hızlı müdahale aşamalarında ön planda yer alırlar.

Onkolojik acil durumların yönetimi konusunda yaptığımız bu anket çalışması ile acil sağlık hizmetinde çalışan hemşirelerin onkolojik acillerin yönetimi konusundaki bilgi düzeyi belirlenerek bu alandaki uygulamaların iyileştirilmesine yönelik öneriler sunulabilecektir.

1.2. Amaç

Bu çalışma, ülkemizde acil sağlık hizmetinde çalışan hemşirelerin onkolojik acillerin yönetimi hakkında farkındalığın arttırılması amacı ile acil servislerde görev alan hemşirelerin bilgi düzeyini değerlendirmeye yönelik gerçekleştirilmiştir.

1.3. Önem

Onkolojik acillerin yönetimi kanser tanısı alan hastaların karşılaşacağı acil durumlara doğru ve başarılı müdahale edilmesi için oldukça önemli durumlardan biridir, ancak ülkemizde acil sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşirelerin onkolojik acillerin yönetimi konusundaki bilgi seviyelerini değerlendiren bir çalışmaya henüz ulaşılmamıştır.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırma kapsamına, İstanbul'da bulunan iki Eğitim ve Araştırma hastanelerinde 2025 yılı Ocak ve şubat aylarında acil sağlık hizmetinde aktif görev alan hemşireler dahil edilmiştir.

1.5. Sayıltılar (Varsayımlar)

Çalışmaya katılan acil servis hemşireleri veri toplama formuna kendi bilgi ve tecrübeleri doğrultusunda doğru olduğunu düşündükleri cevapları işaretlemişlerdir.

Seçilen araştırma ve istatistiksel çözümleme yöntemlerinin, araştırmanın amacına ve verilerin analizine uygun olduğu kabul edilmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kanser Tanımı ve Epidemiyoloji

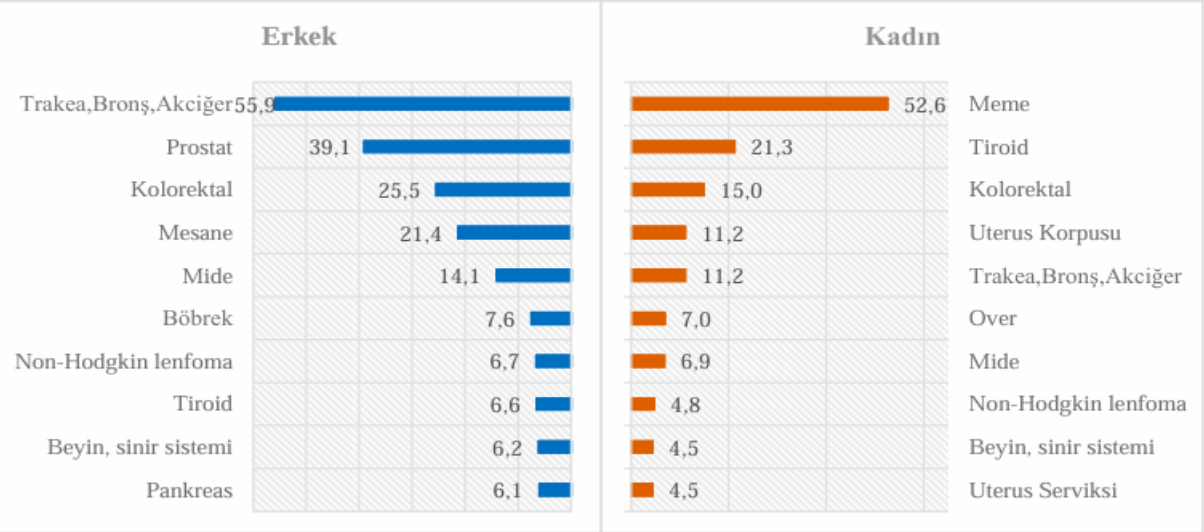
Kanser, hücrelerdeki çeşitli değişiklikler sonucu, yeni özelliklere sahip hücrelerin denetimsiz bir şekilde bölünmesiyle ortaya çıkan hastalıklar grubudur (4). Bir veya daha fazla etiyolojik faktörün etkisiyle hücredeki genetik ve moleküler farklılaşmalardan kaynaklanan bir hastalıktır. Normalde hücredeki genetik yapıda meydana gelen değişiklikler, hatalı genetik koda sahip yeni hücrelerin çoğalmasına yol açar ve bu hücreler denetimsiz bir şekilde çoğalarak bir tümör oluşturur (5).

Dünya çapında olduğu gibi Türkiye'de de en önemli sağlık problemlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Yıllık verilere bakıldığında, küresel kanser insidansında belirgin bir artış yaşandığı gözlemlenmektedir (6).

Kanser, dünya çapında yaygın olarak görülen ve yüksek ölüm oranlarına yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2040 yılı itibarıyla dünya genelinde yaklaşık 29,5 milyon yeni kanser vakası beklenmekte ve kanserin, şu an ikinci sırada yer alan ölüm nedenleri sıralamasında birinci sıraya yükselmesi tahmin edilmektedir (7).

Epidemiyoloji, Yunanca 'epi' (üzerinde), 'demos' (toplum) ve 'logos' (bilim) kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir. Epidemiyoloji, bir toplulukta sağlık durumları ve hastalıkların sıklığı, yayılma biçimi, sebepleri ve sonuçlarıyla ilgili verilerin tümünü inceleyen bir bilim dalıdır (8). Kanser epidemiyolojisi, toplumda kanser vakalarının ne sıklıkla görüldüğünü ve yaygınlığını incelemenin yanı sıra, kansere yol açan risk faktörlerini belirler; ayrıca, konakçı, çevresel faktörler ve kanserin gelişimi veya engellenmesine katkı yapan diğer etmenleri de araştırır (9).

2019 yılında Türkiye’de erkeklerde yaşa standardize kanser insidansı 100.000'de 264,9, kadınlarda ise 100.000'de 193,4 olarak belirlenmiştir. Genel kanser insidansı ise 100.000'de 229,2'dir. Aynı yıl, Türkiye'de 223.087 yeni kanser vakası teşhis edilmiştir (10).



Şekil 2.1 Cinsiyete Göre En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Standardize Edilmiş Hızları-Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide (T.C. Sağlık Bakanlığı Veri Tabanı, 2019)

2.2. Onkolojik Aciller

Onkolojik acil durumlar, kanserin semptomları, mevcut hastalığın ilerlemesi, daha önce tedavi edilmiş bir kanserin nüksü ve tedaviye bağlı yan etkiler gibi farklı sorunları kapsar ve bu durumların bazıları hayatı tehdit edici olabilir (11). Kanser veya tedavi sürecinde meydana gelen, yaşamı veya yaşam kalitesini tehdit eden yapısal ya da metabolik değişikliklere yol açan ve acil tıbbi müdahale gerektiren klinik durumlar olarakta tanımlanabilir (12).

Kanser hastalarının büyük bir kısmı, hastalıklarının ilerleyen evrelerinde, tedavi süreçleri sırasında veya tedaviye bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle, en az bir kez acil servis departmanlarına başvurmak zorunda kalmaktadır. Bu başvurular, genellikle hastaların yaşam kalitesini etkileyebilecek, hayati tehlike oluşturabilecek acil durumların yönetilmesi gerekliliğinden kaynaklanmaktadır.

Onkolojik acil durumlar, ortaya çıkış nedenlerine göre farklı kategoriler altında sınıflandırılabilir. Bu durumlar genellikle metabolik bozukluklar, hematolojik komplikasyonlar, anatomik ya da yapısal baskılar ile doğrudan kanser tedavisine bağlı gelişen etkiler şeklinde gruplandırılır. Her bir kategori, farklı klinik belirtilerle seyredebilir ve özgün müdahale yaklaşımları gerektirir. (Tablo 2.1)

Tablo 2.1 Onkolojik Acil Durumlar

Alt Grup	Onkolojik Acil Durum
2.3.Metabolik	2.3.1.Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi
	2.3.2.Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı
2.4.Hematolojik	2.4.1.Nötropenik Ateş
2.5.Yapısal	2.5.1.Malign Perikardiyal Efüzyon
2.6.Solunumsal	2.6.1.Pulmoner Embolik
2.7.Tedavi Yan Etkileri	2.7.1.Diyare
	2.7.2.Bulantı ve Kusma

2.3. Metabolik Onkolojik Acillerin Yönetimi

Metabolik onkolojik aciller, malignitelerin metabolik denge üzerinde yarattığı bozulmalar sonucu ortaya çıkan ve hızlı müdahale gerektiren klinik tablolardır. Bu grupta en sık karşılaşılan durumlar arasında maligniteye bağlı gelişen hiperkalsemi ile uygunsuz antidiüretik hormon salınım sendromu yer almaktadır.

2.3.1. Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi

Hiperkalsemi, serum kalsiyum düzeyinin 10,5 mg/dL'nin üzerine çıkmasıyla tanımlanır. Kanser hastalarının yaklaşık %30'unda maligniteye bağlı olarak gelişebilir. En sık multipl miyelom ve meme kanseriyle ilişkili olsada baş-boyun, akciğer, böbrek ve serviksin skuamöz hücreli karsinomlarında da yaygın olarak görülebilir (13).

Toplam kalsiyum düzeyi 12 mg/dL'nin altında olan bireylerde genellikle herhangi bir belirti görülmez. Ancak bu değerin üzerine çıkmasıyla birlikte bazı klinik belirti ve bulgular ortaya çıkabilir (Tablo 2.2).

Tablo 2.2 Hiperkalsemi Belirtileri

Nörolojik	Renal	Gastrointestinal	Kardiyovasküler	İskelet sistemi
Kas güçsüzlüğü	Aşırı susuzluk	Kabızlık	Aritmi	Kemik ağrıları
Halsizlik	Çok idrara gitme	İştahsızlık	Bradikardi	Artralji
Baş ağrısı	Çok su içme	Bulantı Kusma	Hipertansiyon	
Letarji	Nefrolitiazis	Karın ağrısı	QT intervalinde kısalma	
Konfüzyon	Nefrokalsinozis	Pankreatit		
Stupor	Bobrek yetmezliği	Peptik ülser	Kardiak arrest	
Koma			Venoz tromboz	

* Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015, s.27

Malignite ile ilişkili hiperkalsemi, kanser hastalarında sık görülen, metabolik bir bozukluktur ve özellikle ileri evre kanserlerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Hiperkalsemi, serum kalsiyum düzeyinin normalden yüksek olması durumudur. Malignite ile ilişkili hiperkalsemi'nin gelişimi, kanser hücrelerinin vücutta kalsiyum metabolizmasını bozacak çeşitli biyolojik mekanizmaları devreye sokmasıyla ilişkilidir.

Malignite ile ilişkili hiperkalsemi'nin patofizyolojisi, esas olarak üç ana mekanizmayla açıklanabilir: kemik resorpsiyonunun artması, böbreklerden kalsiyum atılımının azalması ve kalsiyumun vücutta retansiyonunun artması. Kanser hücreleri, özellikle meme, akciğer ve böbrek kanseri gibi bazı malignitelerde, parathormon benzeri bir hormon (PTHrP) salgılar. PTHrP, kemiklerden kalsiyum salınımını artırarak serum kalsiyum seviyelerinin yükselmesine yol açar (14).

Bir diğer mekanizma ise osteoklast aktivitesinin artışıdır. Kanser hücreleri, çeşitli sitokinler (örneğin, IL-6, IL-1, TNF-alfa) salgılar ve bu da osteoklastların aktivasyonuna yol açar. Osteoklastlar, kemik dokusunda kalsiyum serbest bırakılmasını sağlayarak hiperkalsemiye yol açar (15). Bunun yanı sıra, bazı kanserler, böbreklerde kalsiyum atılımını engelleyen hormonları salgılar. Bu, kalsiyumun vücutta tutulmasına neden olur ve hiperkalsemi riskini artırır (16).

Kanserin türüne ve evresine bağlı olarak, Malignite ile ilişkili hiperkalsemi'nin patofizyolojisi farklılık gösterebilir. Örneğin, küçük hücreli akciğer kanseri gibi bazı kanser türlerinde hiperkalsemi çok daha belirgin olabilir (17). Bu patolojik süreçlerin doğru anlaşılması, Malignite ile ilişkili hiperkalsemi'nin tedavisinde daha etkili yaklaşımlar geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Hiperkalsemi tedavisinin ilk adımı, hastanın kardiyovasküler durumuna uygun bir hızda intravenöz serum fizyolojik verilmesidir. Başlangıçta 250–500 mL/saat hızla başlanmalı, daha sonra bu hız 150 mL/saat'e düşürülmelidir. Hacim desteği sağlandıktan sonra kalsiyumun böbrek yoluyla atılımını artırmak amacıyla loop diüretiklerden, özellikle furosemidden yararlanılır. Tiazid grubu diüretikler ise kalsiyum düzeylerini daha da yükseltebileceği için tercih edilmemelidir. Hemodiyaliz, hiperkalsemi tedavisinde bir seçenek olarak kullanılabilir. Özellikle ciddi bilinç bozukluğu bulunan, böbrek yetmezliği gelişen ya da sıvı yüklenmesini tolere edemeyen hastalarda tercih edilir (18).

Maligniteye bağlı gelişen hiperkalsemide hemşireler, hastanın erken tanılanması ve yönetiminde kritik bir rol üstlenir. Hemşirelik bakımında, hastanın bilinç durumu, kardiyak ritmi, idrar çıkışı ve laboratuvar değerleri düzenli olarak izlenmelidir. İntravenöz sıvı tedavisi uygulanırken hastanın hidrasyon durumu dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca, hastaya yönelik eğitici yaklaşımlar da bakımın önemli bir parçasıdır; hasta ve yakınları hiperkalsemi belirtileri, ilaç kullanımı ve olası komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmelidir (19).

2.3.2. Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı

Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu, antidiüretik hormon (ADH) düzeylerinin gereksiz şekilde artması ya da böbreklerin ADH'ye karşı aşırı duyarlı hale gelmesi sonucu gelişen bir durumdur (20). Hiponatreminin sık rastlanan nedenlerinden biri olan Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu, serum osmolalitesi düşük olmasına rağmen böbreklerin idrarı yeterince dilüe edememesi olarak tanımlanır (21).

Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromunda en sık karşılaşılan semptomlar arasında halsizlik, uyuşukluk, baş ağrısı, iştahsızlık ve kilo artışı yer alır. Durum ilerledikçe bilinç bulanıklığı, nöbetler, koma ve hatta ölüm meydana gelebilir (22).

Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı, hipotalamus veya hipofiz bezinin, vücutta normalden fazla antidiüretik hormon (ADH) salgılaması sonucu meydana gelir. ADH, böbreklerde suyun geri emilmesini sağlayarak su dengesini düzenler. Ancak Uygunsuz antidiüretik hormon salınımında ADH'nin aşırı salınımı, suyun aşırı tutulmasına ve hiponatremiye yol açar. Bu durum, birçok malignite ile ilişkilidir ve genellikle küçük hücreli akciğer kanseri gibi kanser türlerinde görülür (23).

Uygunsuz antidiüretik hormon salınımının patofizyolojisi, kanser hücrelerinin ADH'ye benzer peptitleri (örneğin, vasopressin) salgılayarak bu durumu tetiklemeleriyle ilişkilidir. Kanser hücreleri, hipotalamusa veya hipofize etkide bulunarak, normalde vücutta gerekli olmayan durumlarda aşırı ADH salınımını başlatır. Bu hormonun fazla salınımı, böbreklerde suyun geri emiliminin artmasına neden olur, bu da vücutta su retansiyonunu ve serum sodyum seviyelerinin düşmesine (hiponatremi) yol açar (24).

Ayrıca, bazı maligniteler direkt olarak ADH'yi artırıcı maddeler salgılar. Bu mekanizma, özellikle akciğer kanseri ve nöroendokrin tümörlerde daha belirgindir. Uygunsuz antidiüretik hormon salınımının patofizyolojik sürecinde, adrenokortikal yetmezlik veya merkezi sinir sistemi etkileri gibi durumlar da rol oynayabilir. Ayrıca, bazı ilaçlar ve tedavi yöntemleri (örneğin, kemoterapi veya radyoterapi), Uygunsuz antidiüretik hormon salınımının gelişimine zemin hazırlayabilir (25).

Uygunsuz antidiüretik hormon salınımına bağlı hiponatremi vakalarında tedavi planı, öncelikle altta yatan nedenin tanımlanmasına ve hastanın klinik durumuna göre şekillendirilmelidir (26). Eğer hastada nörolojik semptomlar, nöbet ya da bilinç kaybı mevcutsa, hiponatreminin tedavisi hızlı ve acil şekilde başlatılmalıdır. Tedavi sürecinde genellikle sıvı alımının sınırlandırılması, ilaç tedavisi ve damar yoluyla sıvı desteği gibi yöntemler uygulanır (27).

Maligniteye bağlı gelişen Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı Sendromu, genellikle hiponatremi ile seyreder ve hastanın yaşamını tehdit edebilecek düzeyde nörolojik semptomlara yol açabilir. Bu nedenle hemşireler, hastaların nörolojik durumlarını, bilinç düzeylerini, aldığı çıkardığı sıvı takibi ve laboratuvar değerlerini yakından izlemelidir (28). Ayrıca, hasta ve yakınlarına hiponatreminin belirtileri, sıvı kısıtlamasının amacı ve tedavi süreci hakkında bilgi verilmesi, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (19). Bu bütüncül yaklaşım, komplikasyonların erken fark edilmesini ve etkili yönetimini kolaylaştırır.

2.4. Hematolojik Onkolojik Acillerin Yönetimi

Hematolojik onkolojik aciller, kan hücrelerinde ya da hematopoetik sistemde meydana gelen bozukluklara bağlı olarak gelişen ve acil müdahale gerektiren klinik durumlardır. Bu kapsamda en sık karşılaşılan ve enfeksiyon riski açısından kritik öneme sahip tabloların başında nötropenik ateş gelmektedir.

2.4.1. Nötropenik Ateş

Nötropenik ateş; mutlak nötrofil sayısı 500/mm³'ün altında olan ya da önümüzdeki 48 saat içinde bu seviyenin altına düşeceği öngörülen hastalarda, belirgin bir dış enfeksiyon kaynağı olmaksızın vücut ısısının bir kez 38,3 °C ve üzerinde ölçülmesi veya en az bir saat süreyle 38 °C'nin üzerinde seyretmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (29). Nötropeni, çoğunlukla malign hastalıkların tedavisinde uygulanan kemoterapinin bir yan etkisi olarak gelişmektedir.

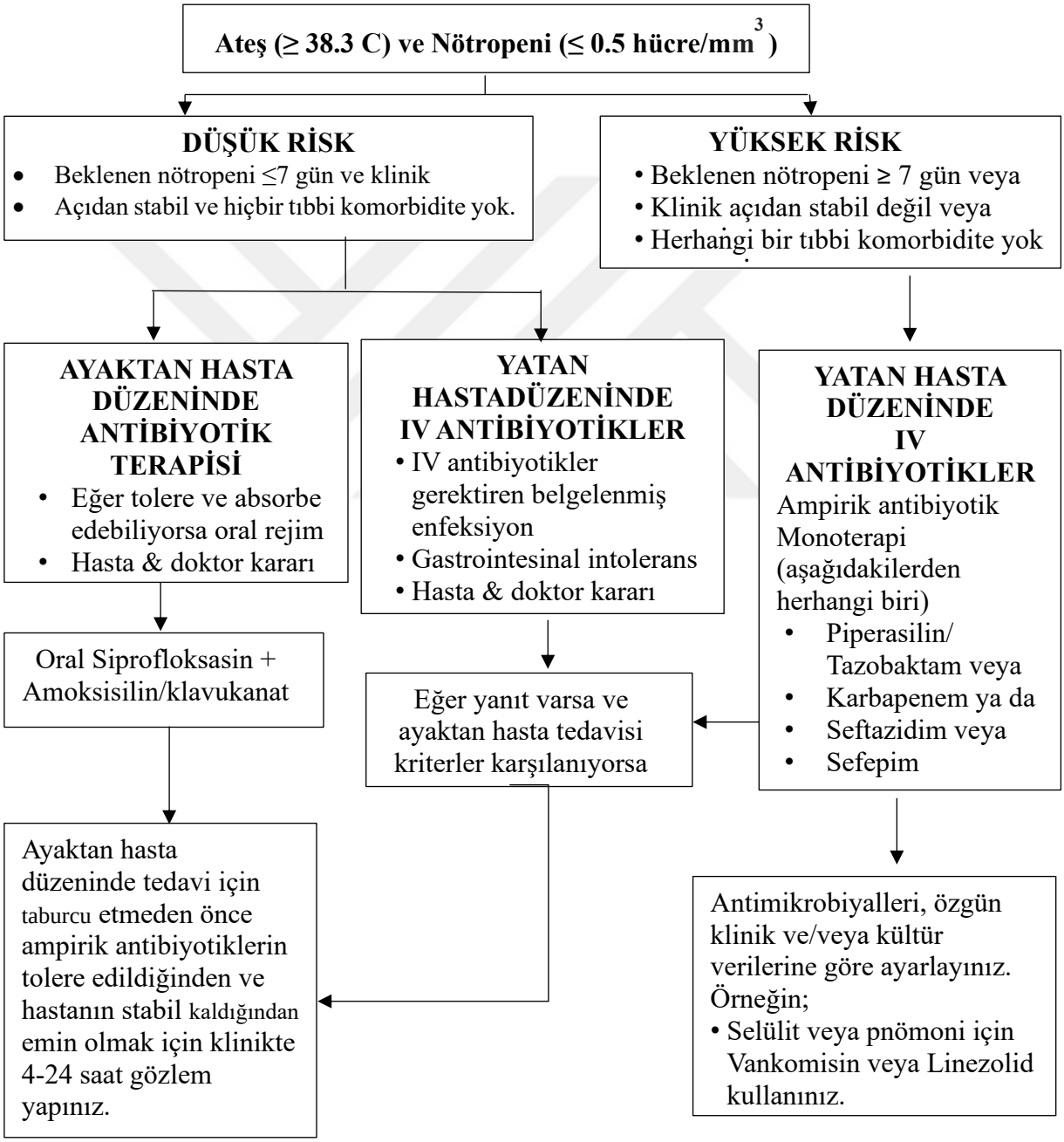
Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen bir çalışmada, incelenen 137 kanser hastasının %40'ında nötropeni, %26'sında ise ciddi düzeyde nötropeni geliştiği rapor edilmiştir. Aynı araştırmada, nötropeniye bağlı enfeksiyon gelişme oranları; akciğer kanserinde %36, lenfomada %33, karaciğer kanserinde %20, over kanserinde %17 ve kolon kanserinde %8 olarak belirlenmiştir (30).

Nötropenik ateşin etiyolojisi genellikle bakteriyel enfeksiyonlara dayanırken, viral ve fungal enfeksiyonlar da bu durumu tetikleyebilir. Enfeksiyon, vücutta inflamasyonun başlamasına neden olur, bu da sitokinlerin (örneğin, interlökin-1 ve TNF-alfa) salınımını artırarak ateşi tetikler (31). Ayrıca, kemoterapi tedavisi sırasında, bağışıklık sistemi baskılandığı için hastalar, normalde kontrol altındaki mikroorganizmalar tarafından bile enfekte olabilirler. Bu enfeksiyonlar, genellikle derin enfeksiyonlar (örneğin, sepsis) şeklinde kendini gösterir ve hızla tedavi edilmezse ölümcül olabilir (32).

Patofizyolojik olarak, nötropenik ateşin gelişimi, vücudun enfeksiyonlara karşı verdiği inflamatuar yanıtın bozulmasından kaynaklanır. Nötrofiller, normalde enfeksiyonlara karşı ilk savunma hattını oluştururlar. Ancak nötropeni durumunda, bu hücrelerin sayısı azalır ve enfeksiyonlarla mücadele kapasitesi düşer. Bu durum, enfeksiyonların daha kolay yayılmasına ve vücutta sistemik bir inflamasyon sürecinin başlatılmasına yol açar (33).

Kemoterapi tedavisi gören bir hastanın ateş şikayetiyle acil servislere başvurması durumunda, ayrıntılı bir anamnez alınması, fiziksel değerlendirme yapılması ve gerekli laboratuvar testlerinin uygulanması önem taşır. Bu süreçte, özellikle mutlak nötrofil sayısının belirlenmesi ve olası enfeksiyon odaklarının saptanması hedeflenmelidir. Ayrıca, kan kültürlerinin alınması ihmal edilmemeli ve mevcutsa santral venöz kateter dikkatle incelenmelidir; zira bu tür kateterler enfeksiyon gelişimi açısından yüksek risk taşıyan giriş noktalarıdır (34).

Düşük risk grubunda değerlendirilen febril nötropenik hastalar, uygun klinik şartlar sağlandığında ayaktan izlenerek oral antibiyotik tedavisiyle taburcu edilebilirler. Bu tür olgularda önerilen tedavi rejimi, oral siprofloksasin ile birlikte oral amoksisilin-klavulanat kombinasyonunun uygulanması şeklindedir (35). Ateş ve Nötropenin Birinci Basamak Yönetimi Şekil 2.2'de gösterilmiştir.



Şekil 2.2 Ateş ve Nötropeni Birinci Basamak Yönetimi (36).

Nötropenik ateşe sahip hastaların bakımında hemşirelerin rolü kritik önemdedir. Ateşin erken fark edilmesi, vital bulguların düzenli izlenmesi ve enfeksiyon belirtilerinin hızlı tanınması, hemşirelik bakımında temel adımlardır. Bu hastalarda izole bakım uygulamaları, sıkı hijyen kuralları ve enfeksiyon riskini azaltıcı önlemler titizlikle sürdürülmelidir (37).

Nötropenik ateşe sahip hastalarda enfeksiyon gelişimini önlemek adına ağız hijyeninin sağlanması, düzenli el yıkama alışkanlığının kazandırılması, dengeli ve uygun bir beslenme planının sürdürülmesi ile hasta çevresinin temiz tutulması oldukça önemlidir. Hemşireler, yalnızca bu uygulamaları takip etmekle kalmaz, aynı zamanda hasta ve bakım verenleri nötropeniye özgü riskler, erken belirti ve semptomlar konusunda bilinçlendirerek komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunur. Bu bütüncül yaklaşım, bakım kalitesini artırarak hastaların güvenliğini güçlendirir.

2.5. Yapısal Onkolojik Acillerin Yönetimi

Tümörlerin anatomik yapılarda oluşturduğu doğrudan baskı veya tıkanıklıklar sonucu ortaya çıkan yapısal onkolojik aciller, erken tanı ve hızlı müdahale gerektiren ciddi klinik durumlardır. Bu acillerden biri olan malign perikardiyal efüzyon, kalp çevresinde sıvı birikimine yol açarak kardiyak tamponad gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilmektedir.

2.5.1. Malign Perikardiyal Efüzyon

Perikardiyal boşluk, normalde 15-50 ml arasında, seröz özellikte, kayganlaştırıcı fosfolipidler ve prostaglandinler içeren sıvı ile doludur. Bu sıvı, serumla dinamik bir sıvı-elektrolit değişimi içinde olan bir denge halindedir. Ancak çeşitli faktörlerin etkisiyle bu denge bozulduğunda, perikardiyal boşluktaki sıvı birikimi meydana gelir. Perikardiyal sıvının üretimindeki artış veya sıvı miktarındaki yükselme, perikardiyal efüzyona yol açar. Perikardiyal efüzyonun gelişmesine neden olan başlıca durumlar arasında enfeksiyonlar, maligniteler, kollajen doku hastalıkları ve böbrek yetmezliği gibi çeşitli hastalıklar bulunur (38).

Malign perikardiyal efüzyon, sıklıkla belirgin belirtiler göstermediği ve tanı konulamadığı için, malignite hastalarının %15'inde görülebilir. Kalp ve perikardın malignite ile tutulumu, özellikle akciğer kanserinde (%35) ve meme kanserinde (%25) daha yaygınken, melanom, lösemi ve lenfoma gibi hastalıklarda daha düşük oranlarda gözlemlenmektedir. Malign perikardiyal efüzyon, bazen hemorajik olabilir ve sıvı birikimi hızlı ya da yavaş bir şekilde gelişebilir. Klinik bulgular, genellikle konjestif kalp yetmezliği ile benzerlik gösterir (39).

Patofizyolojik olarak, malign perikardiyal efüzyon, kanser hücrelerinin perikardiyuma yerleşmesi ve bu bölgedeki normal sıvı üretimi ile emilimini bozan faktörler aracılığıyla gelişir. Kanser hücreleri, inflamatuar ve neoplastik faktörler salgılar. Bu faktörler, perikardiyumda sıvı birikmesine neden olan vasküler geçirgenliği artırır. Perikardiyal sıvı, kanser hücrelerinin doğrudan invazyonu, lenfatik obstrüksiyon veya perikardiyumda oluşan inflamasyon sonucunda artar. Ayrıca, kanserli dokuların dokulara bağlı sitokin ve büyüme faktörleri salgılaması, perikardiyal zarın iltihaplanmasına ve sıvı birikimine yol açabilir (40).

Perikardiyumda sıvı birikmesi, kalbin kompresyonuna neden olabilir ve bu durum kalp fonksiyonlarını bozarak, kalp yetmezliğine yol açabilir. Bu durumun şiddeti, sıvı birikiminin miktarına ve hızına bağlıdır. Akut efüzyonlar, ani kalp tamponadı gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilirken, daha yavaş birikimler genellikle belirgin semptomlara yol açmaz (41).

Perikardiyal efüzyonun klinik belirtileri arasında dispne, ortopne, göğüs ağrısı ve dolgunluk hissi bulunur. Ayrıca, nadiren lokal kompresyon etkisiyle kusma, disfaji, ses kısıklığı ve hıçkırık da gözlemlenebilir. Bunun dışında, non-spesifik semptomlar arasında öksürük, halsizlik ve yorgunluk yer alabilir. Perikardiyal efüzyonun komşuluk etkileri nedeniyle kan basıncında azalma ve buna bağlı olarak sekonder olarak sinus taşikardisi de gelişebilir (42).

Perikardiyal efüzyon tedavisinde öncelikle altta yatan hastalığın tedavi edilmesi gerekmektedir. Vakaların yaklaşık %60'ında perikardiyal efüzyonun nedeni belirlenebilmekte olup, bu altta yatan hastalığın tedavisi, efüzyonun kontrol altına alınmasında kritik bir rol oynamaktadır. Tedavi, hastalığa yönelik müdahaleler ve semptomatik tedavileri içerebilir (43).

Asemptomatik ve ekokardiografi bulgusu 10 mm'den küçük olan hastalarda tedaviye gerek yoktur ve yalnızca belirli periyotlarla takip yapılması yeterlidir. Orta ve geniş efüzyonu olan asemptomatik hastalarda ise girişime bağlı komplikasyon riskleri bulunduğundan, perikardiyal drenaj uygulanıp uygulanmaması konusunda tartışmalar mevcuttur. Ancak, bu hastalarda pürülan perikardit, kardiyak tamponad veya yüksek tamponad gibi durumların olasılığı varsa, perikardiyosentez yapılması önerilmektedir (44).

Perikardiyal efüzyonda hemşirelerin bu hastalığa yönelik bakımı, hastanın semptomlarını izlemek ve tedavi sürecinde destekleyici roller üstlenmeyi içerir. Hemşirelerin, perikardiyal efüzyon tanısı almış hastaların klinik durumlarını düzenli olarak izlemeleri, göğüs ağrısı, dispne, ortopne gibi semptomları takip etmeleri, sıvı dengesini kontrol etmeleri ve kardiyovasküler durumun stabilizasyonunu sağlamak adına gerekli girişimleri yapmaları önemlidir. Ayrıca, hastayı bilgilendirmek, tedavi süreci hakkında eğitimler vermek ve hasta-ailesine psikolojik destek sağlamak, bakım sürecinin önemli bir parçasıdır (45).

2.6. Solunumsal Onkolojik Acillerin Yönetimi

Solunumsal onkolojik aciller, maligniteye bağlı olarak solunum sisteminde gelişen ani ve hayati tehlike oluşturabilecek durumları kapsamaktadır. Bu kapsamda, özellikle pulmoner emboli gibi trombüs kaynaklı tıkanıklıklar, kanser hastalarında sık karşılaşılan ve acil müdahale gerektiren ciddi bir tablodur.

2.6.1. Pulmoner Emboli

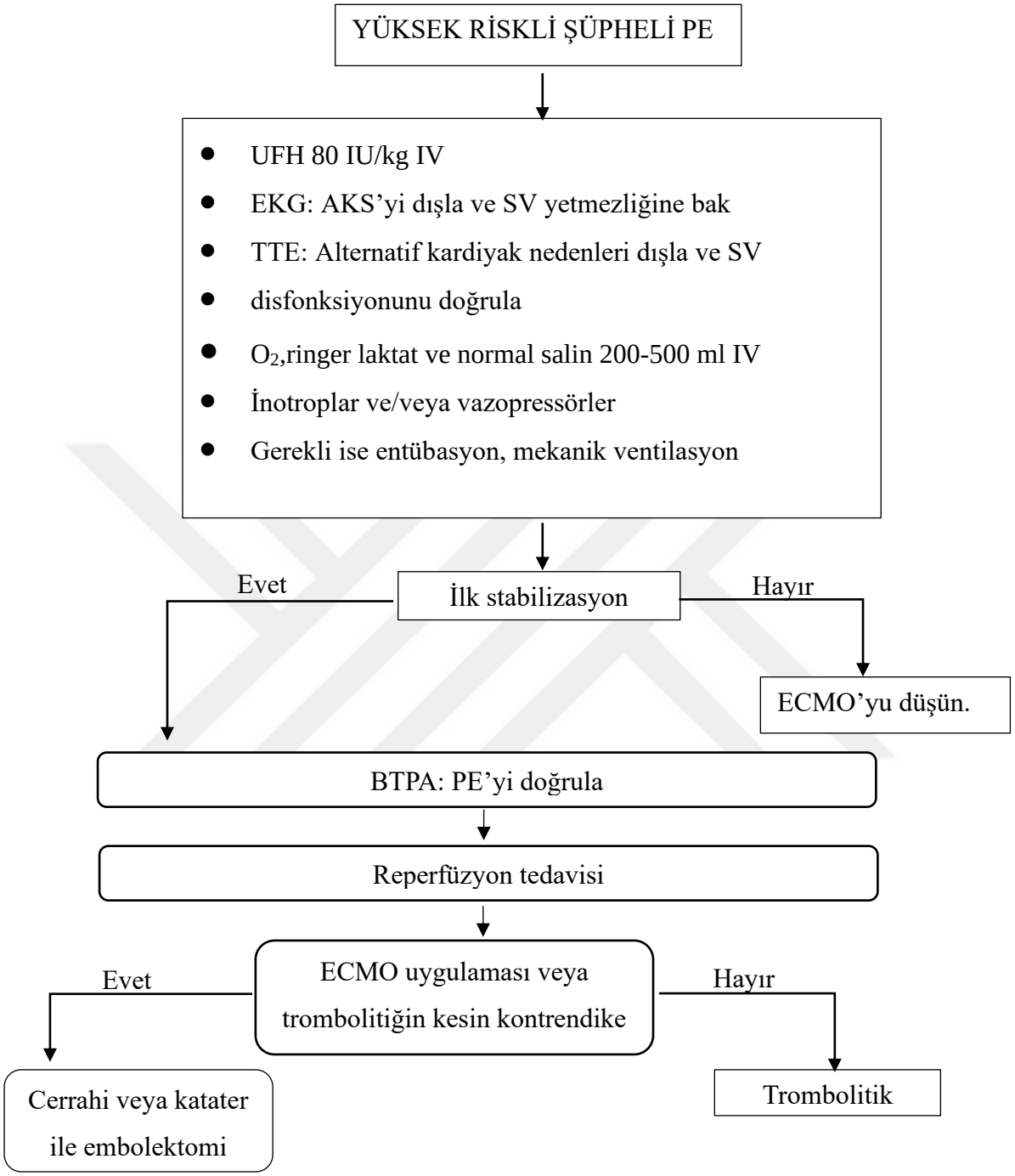
Onkolojik hastalarda venöz tromboembolizm (VTE) sıklığı, kanserin tipi, evresi ve tedavi sürecine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Kanserin agresifliği ile tromboz gelişimi arasında belirgin bir ilişki bulunurken, metastatik hastalığın varlığı, VTE gelişiminin en güçlü tetikleyicisi olarak öne çıkmaktadır (46).

Pulmoner embolinin patofizyolojisi, genellikle bir kan pıhtısının, genellikle bacaklardaki derin venlerden (DVT) akciğerlere doğru hareket etmesiyle başlar. DVT'de oluşan pıhtılar, kanın normal akışını engelleyerek venöz dönüşü bozar ve kanın pıhtılaşma eğilimini artırır. Bu pıhtılar, genellikle sağ kalp aracılığıyla pulmoner arterlere ulaşır ve burada akciğerin bir kısmını tıkayarak, oksijen alışverişini zorlaştırır. Pıhtıların tıkanıklığına bağlı olarak, pulmoner vasküler direnç artar, bu da sağ kalp üzerine ek bir yük bindirir ve sağ kalp yetmezliğine yol açabilir (47).

Patofizyolojik olarak, PE'nin yol açtığı en önemli mekanizma, pulmoner arterdeki tıkanıklığın, akciğerdeki kan akışını engellemesi ve oksijenizasyonu bozan hipoksiye yol açmasıdır. Bu tıkanıklık, ayrıca alveollerde oksijenin kanla değişimi için gerekli olan kan akışını kısıtlar. Sonuç olarak, kanın oksijen taşıma kapasitesi azalır ve vücutta genel hipoksiye yol açabilir (48). Pıhtının büyüklüğü ve yerleşimi, tıkanıklığın derecesine bağlı olarak, semptomların şiddetini belirler. Küçük tıkanıklıklar genellikle minimal semptomlarla geçebilirken, büyük tıkanıklıklar şiddetli solunum sıkıntısı, hipoksemi ve hatta kardiyojenik şoka yol açabilir.

Pulmoner emboli, geniş bir semptom yelpazesi ve nonspesifik klinik bulgulara sahip bir durumdur. Bu hastalar, hiç semptom göstermeyebileceği gibi, şok tablosu veya kardiyak arrest ile de acil servislere başvurabilirler. En sık karşılaşılan belirtiler, istirahat halindeyken veya egzersiz sırasında görülen dispne, göğüs ağrısı, çarpıntı, ortopne, öksürük ve hemoptizi gibi bulgulardır (49).

Yüksek riskli pulmoner emboli (PE) vakalarında tedaviye hızla başlanması hayati önem taşır. Bu olgularda ilk tercih genellikle sistemik trombolitik tedavi olup, akciğer perfüzyonunu hızla geri kazandırmayı amaçlar. Eğer trombolitik tedavi için kontrendikasyon varsa, cerrahi embolektomi veya perkütan kateter yoluyla yapılan girişimler alternatif yöntemler olarak değerlendirilir. Bu hastaların acil servisteki yönetimi, hemodinamik duruma göre şekillendirilir. Yüksek riskli PE olgularının acil servis tedavisi Şekil 2.3'te özetlenmiştir.



UFH: Unfraksiyone Heparin **EKG:** Elektrokardiyogram **AKS:** Akut Koroner Sendrom **SV:** Sağ Ventrikül **TTE:** Transtorasik Ekokardiyografi **BTPA:** Bilgisayarlı Tomografi Pulmoner Anjiyografi **PE:** Pulmoner Emboli **ECMO:** Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu

Şekil 2.3 Yüksek riskli Pulmoner Emboli şüpheli olguların acil servis yönetimi (50).

Pulmoner emboli tanısı alan hastalarda hemşirelik bakımı, yaşam bulgularının yakın izlemini ve ani klinik değişikliklere karşı duyarlı olunmasını gerektirir. Hemşire, hastanın oksijen satürasyonu, solunum hızı ve ritmi, kalp atım hızı ve kan basıncı gibi temel parametrelerini düzenli aralıklarla izlemelidir. Oksijen desteği gerekliyse uygun cihazla sağlanmalı, hastanın solunum konforu artırılmalıdır. Tromboembolik olayların tekrarlamasını önlemek amacıyla hastaya mobilizasyonun önemi anlatılmalı, varis çorabı veya kompresyon cihazları gibi destekleyici uygulamalar sürdürülmelidir. Ayrıca antikoagülan tedavi gören hastalarda olası kanama belirtileri açısından hasta dikkatle değerlendirilmelidir. Hemşire, hastaya ve ailesine emboli semptomları, ilaç kullanımı ve komplikasyonlar hakkında eğitim vererek hastanın tedavi sürecine katılımını artırmalıdır (51).

2.7. Tedavi Yan Etkileri ile İlişkili Onkolojik Acillerin Yönetimi

Kanser tedavilerine bağlı ortaya çıkan bazı yan etkiler, hem hastanın genel durumunu olumsuz etkileyebilir hem de tedaviye devam edilmesini güçleştirebilir. Bu durumlar arasında yer alan ciddi diyare ile bulantı ve kusma, özellikle gastrointestinal sistemin etkilendiği ve dikkatli destek tedavisi gerektiren acil klinik tablolardır.

2.7.1. Diyare

Diyare, dışkının olağan sıklığının artması ve kıvamının sulu hale gelmesiyle tanımlanır. Genellikle bağırsak hareketlerinin hızlanması sonucu oluşur ve dışkıda normalden fazla su bulunur. Günde üçten fazla sulu dışkılamanın görülmesi, diyare varlığına işaret eder.

Onkoloji hastalarında kemoterapi ajanları, radyoterapi, enflamatuar bağırsak hastalıkları, cerrahi girişimler, enfeksiyon, ilaçlar, laktoz intoleransı, ileri yaş, stres ve anksiyete gibi faktörler diyare nedeni olabilir (52).

Kemoterapi, özellikle hızlı bölünen hücreleri hedef alarak kanserin büyümesini engellemeyi amaçlar. Ancak bu tedavi, sağlıklı hücreleri de etkileyebilir. Bağırsak mukozasında bulunan hızlı bölünen hücreler kemoterapiden etkilenebilir, bu da mukozal hasara, inflamasyona ve bağırsakların düzgün çalışmamasına yol açar. Kemoterapinin doğrudan etkisiyle, bağırsak motilitesi bozulur, su ve elektrolit emilimi azalır ve buna bağlı olarak diyare gelişir (53).

Radyoterapi de onkoloji hastalarında diyareye yol açabilen bir diğer tedavi yöntemidir. Özellikle karın bölgesine uygulanan radyoterapi, ince bağırsak ve kalın bağırsak mukozasında hasara yol açarak motiliteyi artırabilir ve sıvı emilimini bozabilir. Bu durum, genellikle tedavi sonrası birkaç hafta içinde kendini gösterir ve hastalarda sık dışkılama, su kaybı ve elektrolit dengesizliği gibi semptomlarla kendini gösterir (54).

Kemoterapiye bağlı gelişen diyare, kanser hastalarında sık karşılaşılan bir durumdur ve bazen tedaviye ara verilmesi ya da dozun azaltılmasıyla semptomlarda iyileşme sağlanabilir. Bu süreçte hastanın beslenme alışkanlıklarında yapılan düzenlemeler de önem taşır. Dışkının kıvamını artırmak ve bağırsak hareketlerini dengelemek amacıyla pirinç, muz, ekmek ve elma püresi gibi kolay sindirilebilen besinler tercih edilebilir. Şiddetli sıvı kaybı görülen durumlarda ise hastaneye yatış yapılarak intravenöz sıvı desteği sağlanması gerekebilir (55).

Onkoloji hastalarında diyare, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve günlük aktiviteleri kısıtlayan bir semptomdur. Bu nedenle, doğru tanılama ve dikkatli değerlendirme süreci oldukça önemlidir. Bu süreçte onkoloji hemşirelerine büyük görevler düşer. Hastanın yaşadığı belirtilere göre detaylı bir öykü alınması ve buna eşlik eden dikkatli bir fiziksel değerlendirme, doğru tanıya ulaşmada temel adımlardır (56).

Diyare gelişen onkoloji hastalarında hemşirelik bakımı, semptom kontrolünün yanı sıra sıvı-elektrolit dengesinin korunmasını da içerir. Hemşire, hastanın dışkılama sıklığını, kıvamını ve beraberindeki diğer semptomları düzenli olarak izlemeli, hastanın hidrasyon durumu yakından takip edilmelidir. Ayrıca, hasta ve ailesine hijyen, cilt bakımı ve enfeksiyon riskine karşı alınması gereken önlemler hakkında bilgi verilmesi, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (57).

2.7.2. Bulantı ve Kusma

Onkoloji hastalarında Bulantı ve kusma, genellikle malign hastalığın kendisinden kaynaklanabileceği gibi, uygulanan kemoterapi protokolleri veya ağrı yönetiminde kullanılan opioid türü ilaçların yan etkisi olarak da ortaya çıkabilir (58).

İleri evre kanser tanısı almış bireylerde bulantı görülme oranı %7 ile %49 arasında değişebilirken, kusma oranı ise %11 ila %78 arasında bildirilmiştir. Bu belirtiler özellikle yaşamın son dönemlerinde ortaya çıktığında hem fiziksel rahatsızlık hem de psikolojik baskıya yol açarak hastaların yaşam kalitesini ciddi ölçüde olumsuz etkileyebilir (52).

Kemoterapi tedavisinde sağlıklı hücreler de bu tedaviden etkilenebilir. Özellikle gastrointestinal mukozada bulunan hücreler, kemoterapinin etkisiyle hasar görebilir. Bu durum, mide ve bağırsaklarda inflamasyona yol açar ve bu da bulantı ve kusmaya neden olabilir (59). Kemoterapinin doğrudan etkisi dışında, kemoterapi ile ilişkili diğer patofizyolojik mekanizmalar arasında seratonin (5-HT) ve dopamin gibi nörotransmitterlerin salınımı yer alır. Bu nörotransmitterler, bulantı ve kusmanın gelişiminde merkezi sinir sistemini etkiler ve kusma merkezini uyarır (60).

Radyoterapi, özellikle baş-boyun bölgesine uygulandığında, doğrudan mide ve bağırsak sistemini etkileyebilir. Radyasyonun etkisiyle, gastrointestinal mukozada hasar meydana gelir ve bu durum da bulantı ve kusma ile sonuçlanabilir. Ayrıca, radyoterapi vücutta inflamatuar yanıtları tetikleyerek, serotonin gibi bulantı ve kusmayı tetikleyen kimyasalların salınımını artırabilir (61).

Hedefe yönelik tedaviler de onkoloji hastalarında bulantı ve kusmaya yol açabilir. Bu tedavi ajanları genellikle kanser hücrelerini daha spesifik bir şekilde hedef almayı amaçlasa da bazı ilaçlar gastrointestinal sistemde yan etkilere yol açabilir. Özellikle epidermal büyüme faktörü reseptör (EGFR) inhibitörleri gibi ilaçlar, mide-bağırsak sistemindeki hücreleri etkileyebilir ve bu da bulantı ve kusmanın gelişmesine neden olabilir (62). Ayrıca, tedaviye bağlı olarak hastanın bağışıklık sistemi baskılandığında, enfeksiyon riski artabilir ve enfeksiyonlar da bulantı ve kusmanın tetikleyicisi olabilir.

Patofizyolojik olarak, bulantı ve kusma, beyin sapındaki kusma merkezinin (nucleus tractus solitarius) uyarılmasıyla ortaya çıkar. Kemoterapi, radyoterapi ve hedefe yönelik tedavilerle birlikte, bu merkezdeki nörotransmitterlerin salgılanması artar, bu da mide hareketliliğini ve kusma refleksini tetikler. Ayrıca, psikolojik faktörler ve tedaviye karşı duyulan kaygı da bulantıyı artırabilir ve bu semptomların şiddetini etkileyebilir (63).

Bulantı ve kusmanın farmakolojik yönetiminde çeşitli ilaç grupları tercih edilebilir. Bu gruplar arasında antiemetikler, antihistaminikler, kortikosteroidler, prokinetik ilaçlar ve dopamin-serotonin antagonistleri yer alır. Özellikle opioid kullanımına bağlı gelişen bulantı ve kusma durumlarında ise düşük doz haloperidol veya metoklopramid kullanımı etkili olabilir (64). Metoklopramid İntravenöz yavaş uygulanmalıdır, çünkü hızlı uygulanması kardiyak yan etkilerin gelişme riskini arttırmaktadır.

Hemşireler, bulantı ve kusmanın yönetiminde farmakolojik yaklaşımların yanı sıra, kanıta dayalı tamamlayıcı yöntemleri de bakım sürecine entegre edebilirler. Zihin-beden terapileri, özellikle hastanın semptom kontrolünü desteklemede etkili olabilir. Bu yaklaşımlar arasında yer alan hipnoz, bulantı ve kusma üzerinde olumlu etkiler gösterdiği bilinen ilk psikolojik yöntemlerden biri olarak dikkat çeker (65).

Bunlara ek olarak Hemşireler bulantı ve kusmayı hafifletmeye yönelik bakım sürecinde, hastaların beslenme alışkanlıklarını düzenleyerek destekleyici rol üstlenirler. Bulantı dönemlerinde sıvıların yavaş ve kontrollü tüketilmesi, öğünlerin az miktarda ancak sık aralıklarla alınması, beslenmede yüksek kalorili ve protein içeriği zengin yiyeceklerin tercih edilmesi ve sindirimi kolaylaştıracak yöntemlerin uygulanması gibi basit ama etkili yaklaşımlar, semptomların kontrolüne katkı sağlar (52).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma, acil sağlık hizmetinde görev yapan hemşirelerin onkolojik acillerin yönetimi konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir tasarım ile gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin acil servislerinde görev yapan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu kurumlarda çalışmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formunu eksiksiz olarak dolduran **120 hemşire** oluşturmuştur. Örnekleme yöntemi olarak olasılıksız örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme tekniği kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen **"Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyi Anket Formu"** kullanılmıştır. Veri toplama aracı, 2 Acil Tıp Uzmanı ile 2 akademisyen tarafından uzman görüşü alınarak ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlandı, Anket formu üç bölümden oluşmaktadır:

3.3.1. Demografik Bilgiler Formu

Bu form, katılımcıların yaşını, cinsiyetini, eğitim düzeyini, meslekte ve acilde çalışma süresini, onkolojik aciller ile karşılaşma durumunu ve eğitim alma durumunu 9 soruda incelemektedir.

3.3.2. Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu

Hemşirelerin onkolojik aciller hakkındaki bilgi düzeyini değerlendiren bu form, çoktan seçmeli ve çok seçenekli 18 sorudan oluşmaktadır. Bu form, toplam 71 maddeye verilen cevapların doğruluğunun 7 alt boyut altında [Perikardiyal Efüzyon (7 madde), Malignite İlişkili Hiperkalsemi (19 madde), Nötropenik Ateş (11 madde), Uygunsuz ADH Salınımı (15 madde), Pulmoner Emboli (11 madde), Diyare (2 madde), Bulantı-Kusma (4 madde)] hesaplanması ile elde edilir. Her bir soru, verilen cevap doğru ise, "1", yanlış ise "0" kabul edilip kodlandı.

Tablo 3.1 Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu – Alt grup soru dağılımı

Alt Başlık	Soru Sayısı	Tanım
Perikardiyal Efüzyon (PE)	7	mpe_1, mpe_2, $mpe_{3\text{-}1}$, $mpe_{3\text{-}2}$, $mpe_{3\text{-}3}$, $mpe_{3\text{-}4}$, $mpe_{3\text{-}5}$
Malignite İlişkili Hiperkalsemi (MİH)	19	$mih_{1\text{-}1}$, $mih_{1\text{-}2}$, $mih_{1\text{-}3}$, $mih_{1\text{-}4}$, $mih_{1\text{-}5}$, $mih_{1\text{-}6}$, $mih_{1\text{-}7}$, $mih_{2\text{-}1}$, $mih_{2\text{-}2}$, $mih_{2\text{-}3}$, $mih_{2\text{-}4}$, $mih_{2\text{-}5}$, $mih_{2\text{-}6}$, $mih_{2\text{-}7}$, $mih_{4\text{-}1}$, $mih_{4\text{-}2}$, $mih_{4\text{-}3}$, $mih_{4\text{-}4}$, $mih_{4\text{-}5}$
Nötropenik Ateş (NA)	11	na_1, $na_{2\text{-}1}$, $na_{2\text{-}2}$, $na_{2\text{-}3}$, $na_{2\text{-}4}$, $na_{2\text{-}5}$, $na_{3\text{-}1}$, $na_{3\text{-}2}$, $na_{3\text{-}3}$, $na_{3\text{-}4}$, $na_{3\text{-}5}$
Uygunsuz ADH Salınımı (UADHS)	15	$uahs_{1\text{-}1}$, $uahs_{1\text{-}2}$, $uahs_{1\text{-}3}$, $uahs_{1\text{-}4}$, $uahs_{1\text{-}5}$, $uahs_{1\text{-}6}$, $uahs_{2\text{-}1}$, $uahs_{2\text{-}2}$, $uahs_{2\text{-}3}$, $uahs_{2\text{-}4}$, $uahs_{2\text{-}5}$, $uahs_{4\text{-}1}$, $uahs_{4\text{-}2}$, $uahs_{4\text{-}3}$, $uahs_{4\text{-}4}$
Pulmoner Emboli (PE)	13	$pe_{1\text{-}1}$, $pe_{1\text{-}2}$, $pe_{1\text{-}3}$, $pe_{1\text{-}4}$, $pe_{1\text{-}5}$, $pe_{1\text{-}6}$, $pe_{1\text{-}7}$, pe_2, $pe_{3\text{-}1}$, $pe_{3\text{-}2}$, $pe_{3\text{-}3}$, $pe_{3\text{-}4}$, $pe_{3\text{-}5}$
Diyare (D)	2	d_1, d_2
Bulantı-Kusma (BK)	4	$bk_{1\text{-}1}$, $bk_{1\text{-}2}$, $bk_{1\text{-}3}$, $bk_{1\text{-}4}$

Alt boyut puanı, alt boyutta yer alan her bir madde toplanarak elde edildi

$$Alt\ boyut\ puanı = x_1 + x_2 + x_3 + \ ... + x_n$$

Alt boyutlar arasında kıyaslama yapabilmek için alt boyut puanları altta yer alan formül kullanılarak 100'lük puanlama sistemine dönüştürüldü.

$$Dönüştürülen\ alt\ boyut\ puanı = \frac{Alt\ boyut\ toplam\ puan - Alt\ boyut\ min\ puan}{Alt\ boyut\ maks\ puan - Alt\ boyut\ min\ puan} \times 100$$

Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı dönüştürülmüş alt boyut puanları toplandı ve ortalaması alınarak hesaplandı.

$$Onkolojik\ Aciller\ Genel\ Bilgi\ Puanı = \frac{PE + MİH + NA + UADHS + PE + D + BK}{7}$$

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, 2025 yılı içinde ilgili kurumdan etik kurul ve idari izinler alındıktan sonra, yüz yüze görüşmeler yoluyla basılı anket formları aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılardan gönüllü onam alınarak araştırma sürecine dahil edilmiştir. Her katılımcıya anketi doldurması için yaklaşık 30 dakikalık süre tanınmış, bu süre zarfında araştırmacı katılımcının yanında bulunarak gerekli durumlarda açıklayıcı destek sağlamıştır. Anketlerin tamamlanmasının ardından formlar araştırmacı tarafından toplanarak değerlendirme sürecine dahil edilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Toplanan veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde;

- Tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma)
- İki grup karşılaştırmalarında **bağımsız örneklem t-testi**
- Üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında **tek yönlü varyans analizi (ANOVA)** ve **Kruskal-Wallis testi**
- Anlamlılık düzeyi **$p<0.05$** olarak kabul edilmiştir.

3.6. Etik İlkeler

Araştırma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün etik kurallarına uygun olarak yürütülmüştür. Gerekli **etik kurul izni** (06.08.2024 tarihli toplantı 2024/364 sayılı karar) ve **kurum izinleri** (13.12.2024 tarih ve 2024/18 sayılı karar) alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllülük esasına göre katılım sağlanmıştır. Tüm veriler gizlilik ilkesi çerçevesinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya Acil Biriminde çalışan toplam 120 hemşire katıldı. Bu hemşirelerden elde edilen sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında incelendi:

- Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı
- Hemşirelerin Malign Perikardiyal Efüzyon Hakkında Bilgi Düzeyi
- Hemşirelerin Nötropenik Ateş Hakkında Bilgi Düzeyi
- Hemşirelerin Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı Hakkında Bilgi Düzeyi
- Hemşirelerin Pulmoner Emboli Hakkında Bilgi Düzeyi
- Hemşirelerin Diyare Hakkında Bilgi Düzeyi
- Hemşirelerin Bulantı ve Kusma Hakkında Bilgi Düzeyi
- Hemşirelerin Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi Hakkında Bilgi Düzeyi
- Hemşirelerin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması
- Kişisel Özelliklerinin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

4.1. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerin Dağılımı

Yapılan değerlendirme sonucunda acil birimde çalışan hemşirelerin %55,8'inin (n=67) kadın, %44,2'sinin (n=53) erkek olduğu, büyük bir kısmının 26–35 yaş grubunda yer aldığı (%78,3, n=94), lisans mezunu olduğu (%74,2, n=89), mesleki deneyimin (%73,3, n=88) ve acilde çalışma deneyiminin (%88,3, n=106) 1-5 yıl olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (n=120)

		n	%
Yaş	18-25	22	18,3
	26-35	94	78,3
	36-45	4	3,3
Cinsiyet	Kadın	67	55,8
	Erkek	53	44,2
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	15	12,5
	Ön-lisans	12	10,0
	Lisans	89	74,2
	Lisansüstü	4	3,3
Meslek Süresi	1-5 yıl	88	73,3
	6-10 yıl	26	21,7
	11-15 yıl	6	5,0
Acil Serviste Çalışma Süresi	1-5 yıl	106	88,3
	6-10 yıl	14	11,7
Onkolojik Aciller ile Karşılaşma Durumu	Evet	50	41,7
	Hayır	57	47,5
	Bilmiyorum	13	10,8
Onkolojik Acillerin Yönetimi ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	15	12,5
	Hayır	105	87,5
Eğitimin Alındığı Yer	Hizmet İçi Eğitim	3	25
	Lise/Üniversite Eğitimi	3	25
	Sağlık Bakanlığı Acil Bakım Hemşireliği Sertifika Programı	9	75
Kurumda Onkolojik Acillerin Yönetimi ile İlgili Prosedür Olma Durumu	Evet	6	5,0
	Hayır	24	20,0
	Bilmiyorum	90	75,0

Onkolojik acillerle karşılaşma ve onkolojik acillerin yönetimi ile ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde hemşirelerin %41,7'sinin (n=50) daha önce onkolojik acil ile karşılaştığı ve sadece %12,5'inin (n=15) onkolojik acillerin yönetimi ile ilgili eğitim aldığı belirlendi. Ayrıca hemşirelerin %5'i (n=6) kurumda onkolojik acillerin yönetimine ilişkin prosedür olduğunu bildirdi (Tablo 4.1).

4.2. Hemşirelerin Malign Perikardiyal Efüzyon Hakkında Bilgi Düzeyi

Katılımcıların %78,3'ü (n=94), perikardiyal efüzyonda en sık görülen semptomun göğüs ağrısı olduğunu doğru şekilde belirledi. %70,8'i (n=85) ve perikardiyal tamponatın erken tanısı için "aldığı-çıkardığı" takibinin yapılması gerektiğini doğru şekilde ifade etti. Perikardiyostenez uygulaması ile ilgili olarak katılımcıların %91,7'si (n=110), bu müdahalenin hekim tarafından gerçekleştirildiğini doğru olarak belirtti (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Hemşirelerin Malign Perikardiyal Efüzyon Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120)

	Yanlış Cevap Verenler		**Doğru Cevap Verenler**	
	n	%	n	%
Perikardiyal efüzyonda en sık görülen semptom göğüs ağrısıdır.	26	21,7	94	78,3
Perikardiyal tamponat oluşumunu erken dönemde tespit etmek için aldığı – çıkardığı takibi yapılır	35	29,2	85	70,8
Hekim tarafından hastaya Perikardiyal kateter yerleştirilir ve perikardiyostenez uygulanır.	10	8,3	110	91,7
Dispne durumlarında hastaya supine pozisyonu verilmelidir (Yanlış seçenek)	64	53,3	56	46,7
Hipoksemiyi önlemek ve dokulara yeterli oksijen sağlamak için oksijen tedavisi uygulanır.	3	2,5	117	97,5
Hasta Kardiyak monitörize edilerek vital bulguları yakından takip edilmelidir	6	5,0	114	95,0
Büyük miktarda perikardiyal sıvı birikmesi akciğer kapasitesini azaltarak bradipneye neden olur. (Yanlış seçenek)	87	72,5	33	27,5

Dispne durumlarında hastaya “supine” pozisyon verilmesi gerektiğini belirten katılımcı oranı %53,3 (n=64) olup, bu ifadenin yanlış olduğu göz önüne alındığında, bu alanda bilgi eksikliği olduğu belirlendi. Ayrıca “*Büyük miktarda perikardiyal sıvı birikmesi akciğer kapasitesini azaltarak bradipneye neden olur*” ifadesine %72,5 (n=87) oranında katılım olması da bu yanlış bilgiye sıkça inanıldığını gösterdi. Hemşirelerin büyük bir kısmı oksijen tedavisinin hipoksemiyi önlemek için uygulandığını (%97,5, n=117) ve kardiyak monitörizasyon ile vital bulguların takip edilmesi gerektiğini (%95,0, n=114) doğru bir şekilde bildirdi (Tablo 4.2).

4.3. Hemşirelerin Nötropenik Ateş Hakkında Bilgi Düzeyi

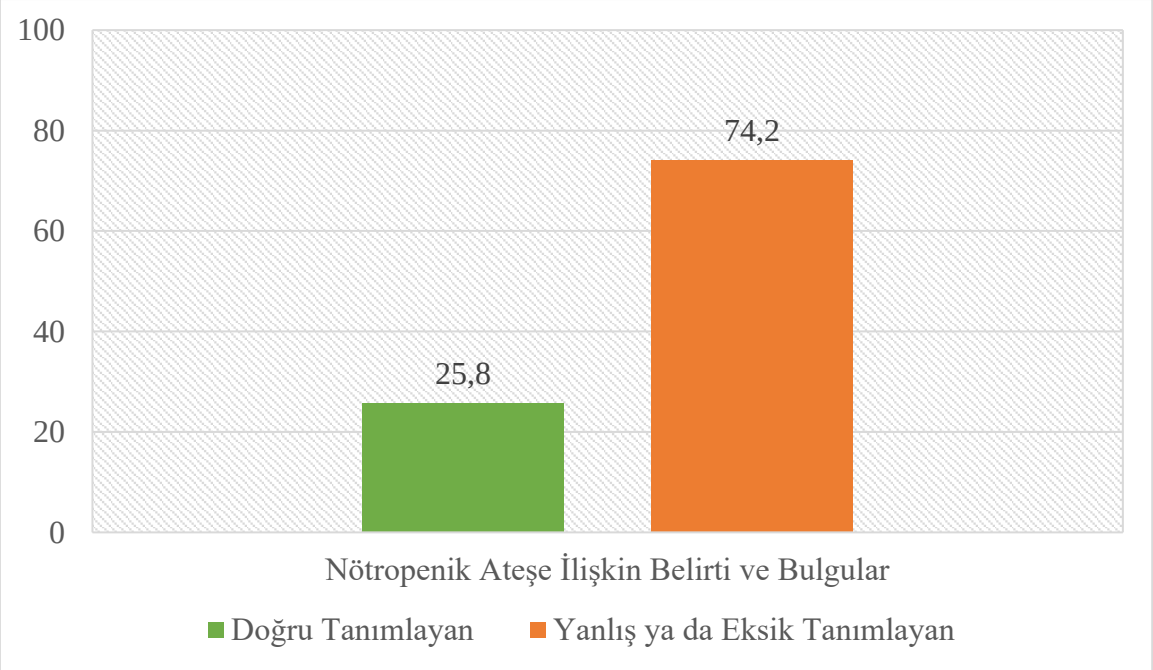
Acil biriminde çalışan hemşirelerin %87,5’i (n=105) nötropenik ateş gelişme riski en yüksek olan hasta grubunun akut miyeloid lösemi olduğunu doğru bir şekilde bildirdi.

Tablo 4.3 Hemşirelerin Nötropenik Ateş Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120)

	Yanlış Cevap Verenler		Doğru Cevap Verenler	
	n	%	n	%
Nötropenik ateş gelişme riski en yüksek olan hasta grubu akut miyeloid lösemi	15	12,5	105	87,5
Nötropenik ateş ile acil servise başvuran hastada beklenen belirti ve bulgular.				
• Ateş	7	5,8	113	94,2
• Üşüme ve titreme	21	17,5	99	82,5
• Nötrofil sayısı <. 500 /µL	62	51,7	58	48,3
• Hipertansiyon (Yanlış seçenek)	9	7,5	111	92,5
• Taşikardi	41	34,2	79	65,8
Nötropenik ateş ile acil servise başvuran hastada hemşirelik bakımı				
• Vücut sıcaklığı takip edilmelidir	9	7,5	111	92,5
• İzolasyon önlemleri alınmamalıdır (Yanlış seçenek)	42	35,0	78	65,0
• Tam kan sayımı takip edilmelidir.	23	19,2	97	80,8
• Sepsis riski nedeniyle enfeksiyon bulguları yakından izlenmelidir.	24	20,0	96	80,0
• Antibiyotik tedavisi saat aralıkları dikkatli düzenlenmelidir.	27	22,5	93	77,5

Acil biriminde çalışan hemşirelerin %94,2'si (n=113) nötropenik ateş şüphesiyle acil servise başvuran hastalarda ateşin; %82,5'i (n=99), üşüme ve titremenin; %48,3'ü (n=58), nötrofil sayısının <500 /µL olmasının ve %65,8'i (n=79), taşikardinin beklenen belirti ve bulgular arasında olduğunu ve %92,5'i (n=111), hipertansiyonun nötropenik ateşin beklenen bir bulgusu olmadığını doğru bir şekilde tanımladı (Tablo 4.3).

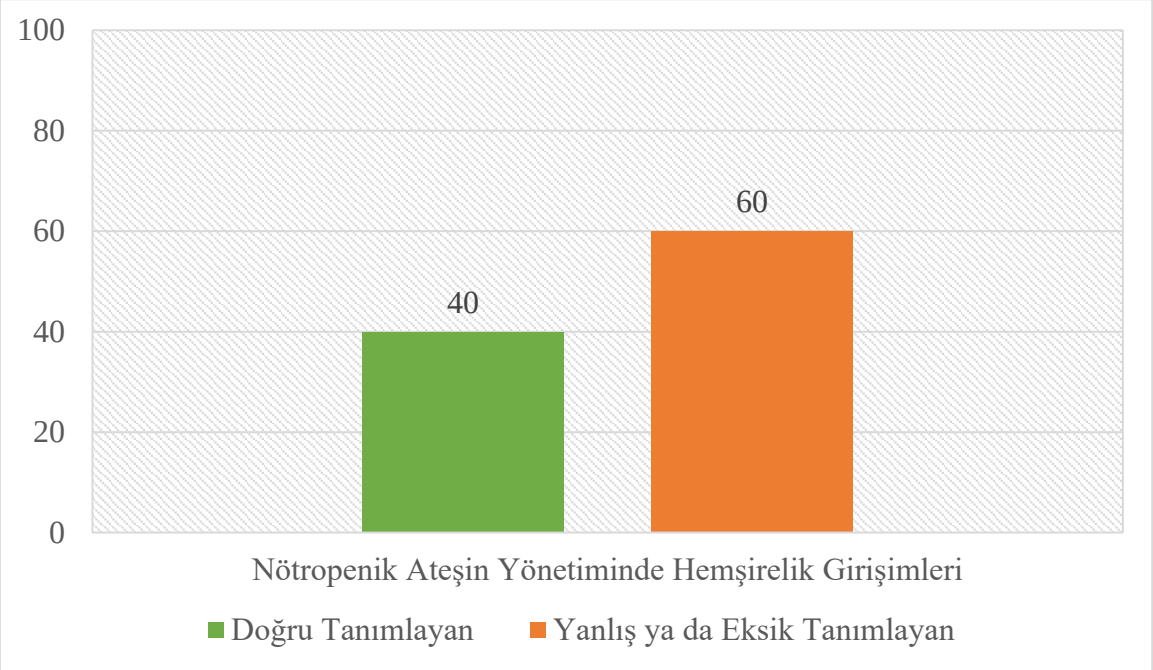
Nötropenik ateş tablosu ile ilişkili tüm belirti ve bulguları doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde ise, acil biriminde çalışan hemşirelerin sadece %25,8'i (n=31) tüm belirti ve bulguları doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.1).



Şekil 4.1 Nötropenik ateşte gelişmesi beklenen tüm belirti ve bulguları doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

Acil biriminde çalışan hemşirelerin %92,5'i (n=111) nötropenik ateş şüphesiyle acil servise başvuran hastalarda vücut sıcaklığının takip edilmesi gerektiğini; %80,8'i (n=97), tam kan sayımının takip edilmesi gerektiğini; %80'i (n=96), sepsis riski nedeniyle enfeksiyon bulgularının yakından izlenmesi gerektiğini ve %77,5'i (n=93), antibiyotik tedavisinin saat aralıklarının dikkatli düzenlenmesi gerektiğini ve %65'i (n=78), izolasyon önlemlerinin alınmamasının yanlış bir seçenek olduğunu doğru bir şekilde tanımladı (Tablo 4.3).

Nötropenik ateş tablosu ile acil servise başvuran hastada uygulanması gereken tüm hemşirelik girişimlerini doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde ise, acil biriminde çalışan hemşirelerin sadece %40'ı (n=48) tüm hemşirelik bakımı girişimlerini doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.2).



Şekil 4.2 Nötropenik ateşte uygulanan tüm hemşirelik girişimlerini doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

4.4. Hemşirelerin Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı Hakkında Bilgi Düzeyi

Uygunsuz ADH Salınımı ile ilgili beklenen belirti ve bulgular hakkında hemşirelerin bilgi düzeyi incelendiğinde; katılımcıların %60,8'i (n=73), uygunsuz ADH Salınımında bulantı ve kusmanın görülebileceğini ve %74,2'si (n=89), cilt döküntülerinin uygunsuz ADH Salınımı için beklenen bir bulgu olmadığını doğru yanıtladı (Tablo 4.4).

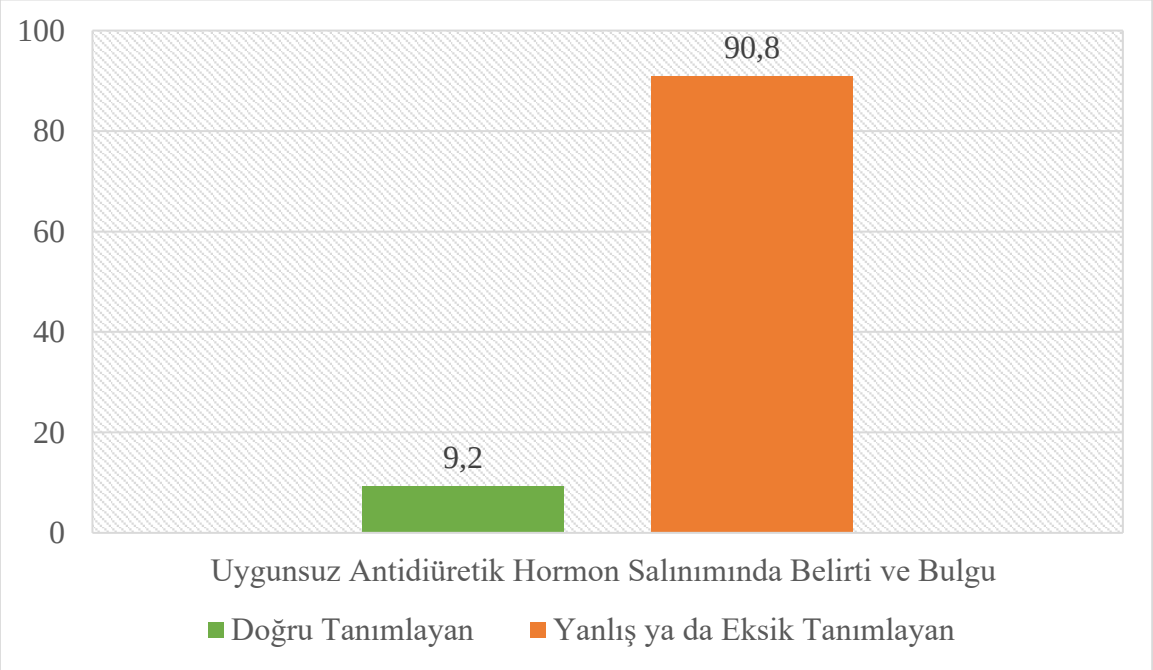
Tablo 4.4 Hemşirelerin Uygunsuz ADH Salınımı Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120)

	Yanlış Cevap Verenler		Doğru Cevap Verenler	
	n	%	n	%
Uygunsuz ADH Salınımında Bulgular				
• Bulantı ve kusma	47	39,2	73	60,8
• Yüksek ateş (yanlış seçenek)	45	37,5	75	62,5
• Kas spazmları	71	59,2	49	40,8
• Cilt döküntüleri (yanlış seçenek)	31	25,8	89	74,2
• Periferik Ödem (yanlış seçenek)	70	58,3	50	41,7
• Bilinç bulanıklığı	63	52,5	57	47,5
Uygunsuz ADH Salınımında Bakım				
• SpO_2, nabız ve kan basıncı monitörden yakından izlenmelidir.	17	14,2	103	85,8
• Saatlik aldığı- çıkışı takibi yapılmalıdır.	16	13,3	104	86,7
• Hastanın bilinç düzeyi, konfüzyon, ajitasyon ve nöbet gibi belirtilerin varlığı takip edilmelidir.	31	25,8	89	74,2
• Hastanın oral gıda ve sıvı alımı kısıtlanmalıdır	55	45,8	65	54,2
• Serum potasyum düzeyi takip edilmelidir. (Yanlış seçenek)	74	61,7	46	38,3
Uygunsuz ADH Salınımında Tedavi				
• İzotonik sıvı verilerek volüm arttırılır, sıvı kısıtlamasına gerek yoktur. (Yanlış seçenek)	30	25,0	90	75,0
• Ciddi hiponatremide hastaya %3 hipertonik NaCl verilir.	35	29,2	85	70,8
• Tedavi sırasında sodyum artışının saate 8-10 mmol/L'yi geçmesi nörolojik hasara yol açar.	65	54,2	55	45,8
• Hiponatremide diüretik tedavi ancak hipertonik NaCl ile tedavi edildikten sonra uygulanabilir.	57	47,5	63	52,5

Ayrıca katılımcıların uygunsuz ADH Salınımı ile ilişkili bazı belirti ve bulgular hakkında bilgi eksikliği vardı:

- Kas spazmlarının uygunsuz ADH salınımı için gelişmesi beklenen bir bulgu olduğunu bildirenlerin oranı sadece %40,8 (n=49) idi.
- Periferik ödemin uygunsuz ADH salınımının belirtisi olmadığını bilenlerin oranı %41,7 (n=50)
- Bilinç bulanıklığının uygunsuz ADH salınımı için gelişmesi beklenen bir bulgu olduğunu bildirenlerin oranı %47,5 (n=57) idi.
- Yüksek ateşin yanlış bir seçenek olduğunu bilenlerin oranı %62,5 (n=75) idi (Tablo 4.4).

Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı ile acil servise başvuran hastalarda olması beklenen tüm belirti ve bulguları doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde, sadece hemşirelerin %9,2'sinin (n=11) tüm belirti ve bulguları doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.3).

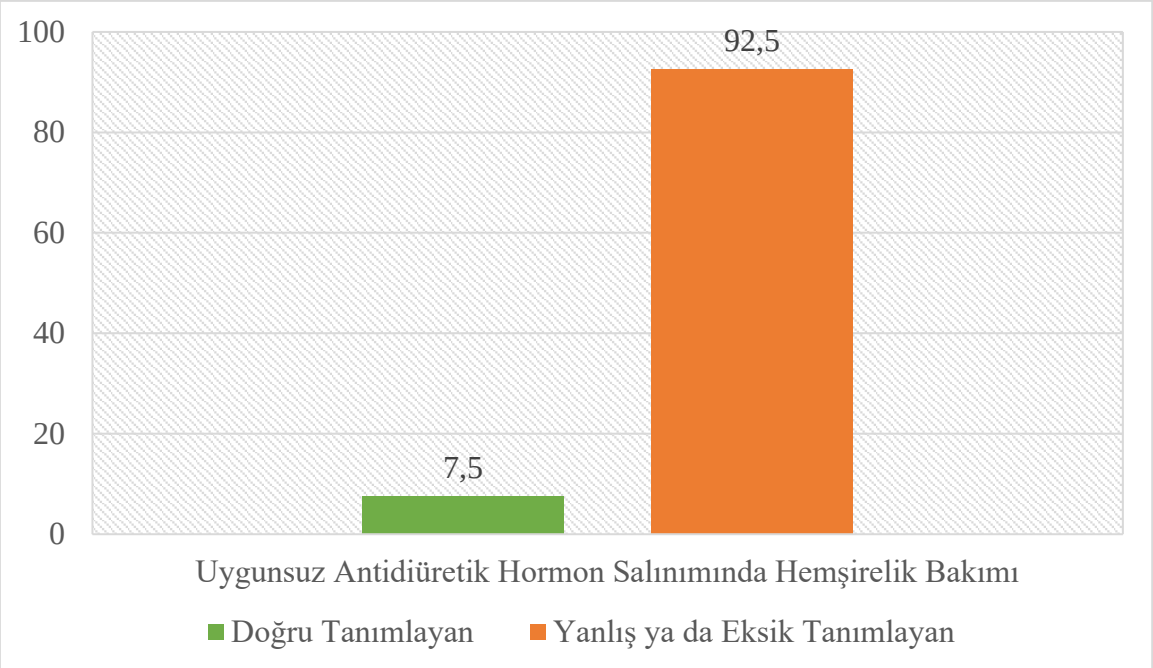


Şekil 4.3 Uygunsuz ADH salınımında gelişmesi beklenen tüm belirti ve bulguları doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

Hemşirelerin Uygunsuz ADH Salınımında hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi düzeyi incelendiğinde; çoğu hemşirenin Uygunsuz ADH Salınımında uygulanması gereken hemşirelik bakımı hakkında bilgi sahibi olduğu saptandı: %86,7'si (n=104), hastanın aldığı-çıkardığı sıvı miktarının saatlik takip edilmesi gerektiğini ve %85,8'i (n=103), hastanın SpO_2, nabız ve kan basıncı değerlerinin izlenmesi gerektiğini bildirdi. Ayrıca, hastanın bilinç düzeyinin, konfüzyon, ajitasyon ve nöbet belirtilerinin izlenmesi gerektiği de %74,2'si (n=89) doğru yanıtlandı (Tablo 4.4).

Buna karşılık, bazı alanlarda bilgi eksiklikleri göze çarpmaktadır: Sıvı kısıtlaması gerektiğini bilenlerin oranı %54,2 (n=65), Serum potasyum düzeyinin Uygunsuz ADH Salınımı için öncelikli bir takip parametresi olmadığını bilenlerin oranı ise %38,3 (n=46) idi (Tablo 4.4).

Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı ile acil servise başvuran hastalarda uygulanması gereken tüm hemşirelik girişimlerini doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde ise, sadece hemşirelerin %7,5'inin (n=9) uygulanması gereken tüm hemşirelik girişimlerini doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.4).

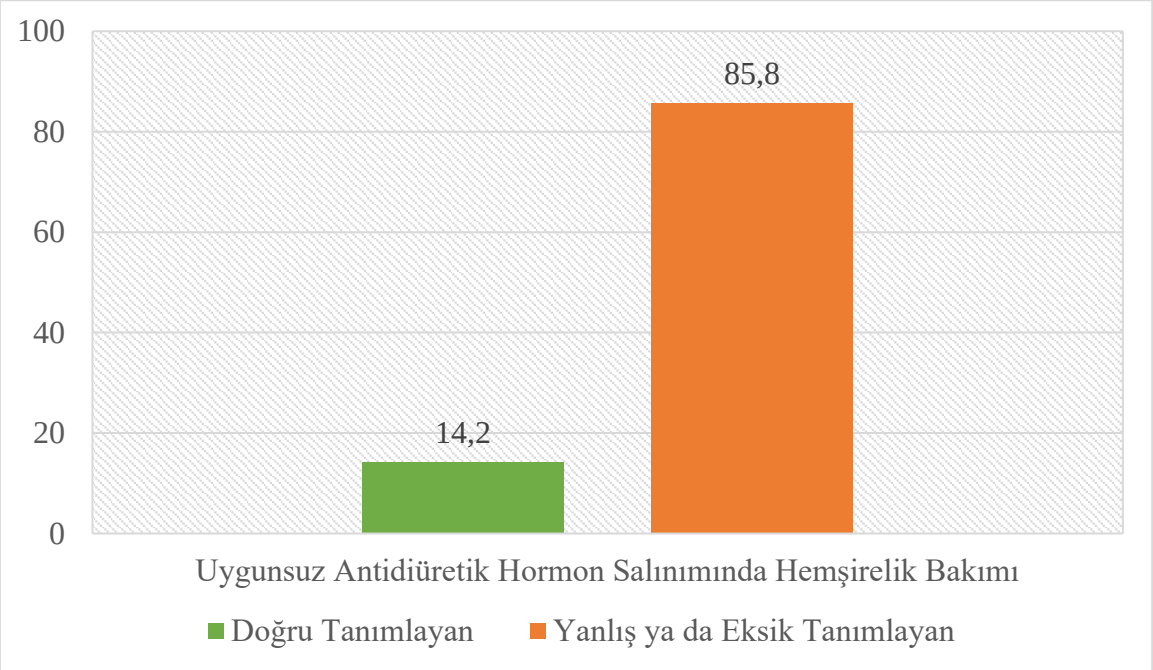


Şekil 4.4 Uygunsuz ADH salınımında uygulanan tüm hemşirelik girişimlerini doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

Hemşirelerin Uygunsuz ADH Salınımında uygulanması gereken tedavi yaklaşımları ile ilgili bilgi düzeyi incelendiğinde; katılımcıların %75'i (n=90), izotonik sıvı verilmesinin ve sıvı kısıtlaması yapılmamasının yanlış bir yaklaşım olduğunu doğru şekilde tanımladı. Ciddi hiponatremi durumunda %3 hipertonik NaCl kullanılması gerektiğini bilenlerin oranı ise %70,8 (n=85) idi (Tablo 4.4).

Ancak, tedaviye ilişkin bazı kritik bilgilerde eksiklikler olduğu da dikkat çekti: %54,2'si (n=65), serum sodyum düzeyindeki artışın saatte 8-10 mmol/L'yi geçmesinin nörolojik hasara yol açabileceğini bilmemekteydi. Hiponatremide diüretik tedavinin, hipertonik NaCl uygulamasından sonra başlanabileceğini bilenlerin oranı %52,5 (n=63) ile sınırlı kaldı (Tablo 4.4).

Uygunsuz ADH Salınımında uygulanması gereken tüm tedavi yaklaşımları ve tedavi sırasında dikkat edilmesi gereken noktaları doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde ise, sadece hemşirelerin %14,2'sinin (n=17) uygulanması gereken tüm tedavi yaklaşımları ve tedavi sırasında dikkat edilmesi gereken noktaları doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.5).



Şekil 4.5 Uygunsuz ADH salınımında uygulanan tüm tedavileri ve dikkat etmesi gereken noktaları doğru /yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

4.5. Hemşirelerin Pulmoner Emboli Hakkında Bilgi Düzeyi

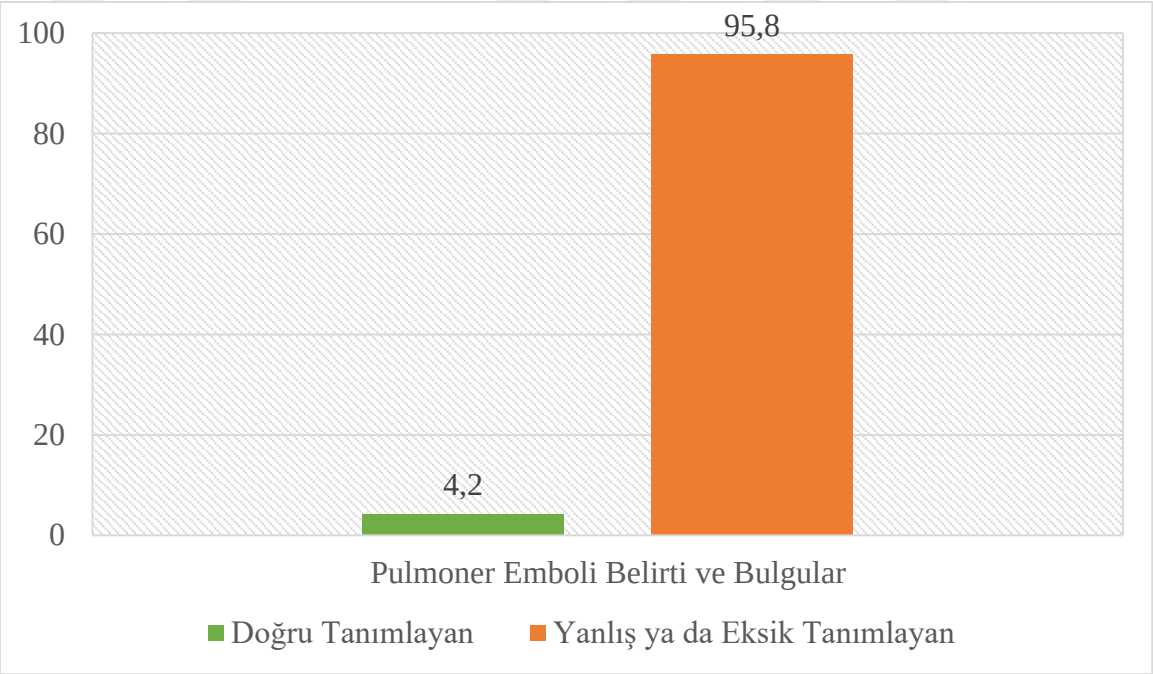
Hemşirelerin Pulmoner Emboli Belirti ve Bulguları hakkında bilgi düzeyi incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğu pulmoner embolinin temel belirti ve bulgularını doğru şekilde tanımladığı saptandı. Dispne (%85,8, n=103) ve göğüs ağrısı (%88,3, n=106) doğru olarak en sık belirtilen semptomlardı. Ayrıca, hematemezin pulmoner emboli ile ilişkili olmadığı bilgisi %84,2 (n=101) oranında doğru yanıtlandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Hemşirelerin Pulmoner Emboli Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120)

	Yanlış Cevap Verenler		Doğru Cevap Verenler	
	n	%	n	%
Pulmoner Emboli Belirti ve Bulguları				
• Dispne	17	14,2	103	85,8
• Göğüs ağrısı	14	11,7	106	88,3
• Hemoptizi	84	70,0	36	30,0
• Öksürük	46	38,3	74	61,7
• Hematemez (Yanlış seçenek)	19	15,8	101	84,2
• Taşikardi	47	39,2	73	60,8
• Ateş (Yanlış seçenek)	32	26,7	88	73,3
Hemşirelik Bakımı ve Tedavi				
• Pulmoner embolide hastanın sıvı alımını artırmak ve hastayı yatak istirahatine almak gerekmez	31	25,8	89	74,2
• Hastanın SpO_2, nabız ve kan basıncı monitörden takip edilmelidir	8	6,7	112	93,3
• Hipoksemiyi önlemek için oksijen tedavisi uygulanmalıdır.	22	18,3	98	81,7
• Hastaya normal salin infüzyonu yüklemesi yapılarak sıvı alımı arttırılmalıdır. (Yanlış seçenek)	24	20,0	96	80,0
• Hasta yatak istirahatine alınmalı ve hareketi kısıtlanmalıdır.	55	45,8	65	54,2
• Hekim istemi ile antikoagülan (heparin, warfarin vb.) ya da trombolitik tedavi uygulanmalıdır.	37	30,8	83	69,2

Bununla birlikte bazı belirtilerde bilgi eksikliği göze çarpmaktadır: Hemoptizi, pulmoner embolinin klasik belirtilerinden biri olmasına rağmen sadece katılımcıların %30'u (n=36) tarafından doğru tanımlandı. Taşikardiyi tanıyanların oranı %60,8 (n=73), öksürüğü tanıyanların oranı %61,7 (n=74) ile sınırlı kaldı. Ateşin yanlış bir bulgu olduğunu bilenlerin oranı ise %73,3 (n=88) idi (Tablo 4.5).

Pulmoner emboli ile acil servise başvuran hastalarda olması beklenen tüm belirti ve bulguları doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde, sadece hemşirelerin %4,2'sinin (n=5) tüm belirti ve bulguları doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.6).

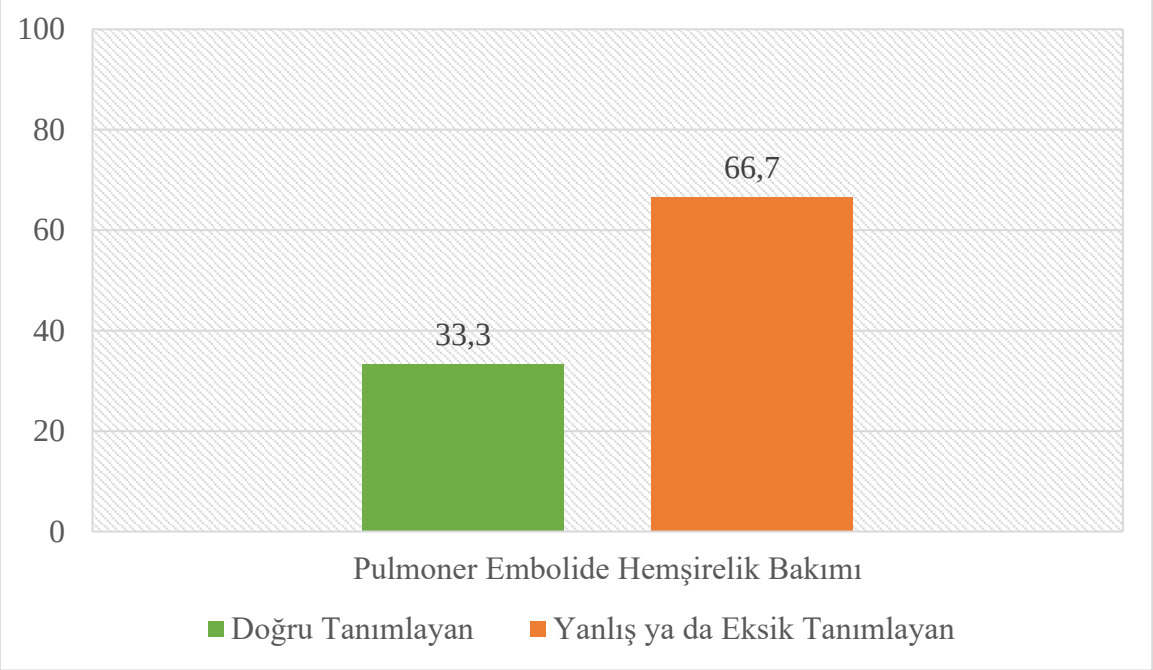


Şekil 4.6 Pulmoner embolide gelişmesi beklenen tüm belirti ve bulguları doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

Hemşirelerin pulmoner embolide hemşirelik bakımı ve tedavi yaklaşımları hakkında bilgi düzeyi incelendiğinde; Katılımcıların %93,3'ü (n=112), hastanın SpO_2, nabız ve kan basıncının monitörden takip edilmesi gerektiğini doğru olarak bildirdi. Oksijen tedavisinin hipoksemiyi önlemek amacıyla uygulanması gerektiğini bilenlerin oranı da oldukça yüksekti (%81,7, n=98) (Tablo 4.5).

Buna karşılık, bazı hemşirelik uygulamalarında bilgi yetersizliği olduğu saptandı: “Normal salin infüzyon yüklemesiyle sıvı alımının artırılması gerektiği” ifadesinin yanlış olduğunu bilenlerin oranı %80 (n=96), “Pulmoner embolide sıvı alımının artırılmasının ve hastanın yatak istirahatine alınmasının gerekmediği” bilgisine sahip olanların oranı ise %74,2 (n=89) idi. Hareketin kısıtlanması gerektiğini doğru olarak belirtenlerin oranı sadece %54,2 (n=65) idi. Antikoagülan veya trombolitik tedavilerin hekim istemi ile uygulanması gerektiğini doğru şekilde bilenlerin oranı ise %69,2 (n=83) ile orta düzeydedir (Tablo 4.5).

Pulmoner emboli ile acil servise başvuran hastalarda uygulanması gereken tüm hemşirelik girişimlerini doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde ise, hemşirelerin %33,3’ünün (n=40) uygulanması gereken tüm hemşirelik girişimlerini doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.7).



Şekil 4.7 Pulmoner embolide uygulanan tüm hemşirelik girişimlerini doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

4.6. Hemşirelerin Diyare Hakkında Bilgi Düzeyi

Hemşirelerin diyare hakkında bilgi düzeyi incelendiğinde; katılımcıların büyük bir kısmı (%76,7, n=92), diyarenin genellikle kemoterapiye bağlı gelişebileceğini doğru bir şekilde bildirdiği saptandı. Ancak, hemşirelik bakımında diyareye bağlı sıvı ve elektrolit dengesinin izlenmesi ve gerektiğinde replasmanın sağlanmasının önemini bilenlerin oranı %69,2 (n=83) idi, yaklaşık üçte biri (%30,8, n=37) bu önemli bakım ilkesini doğru şekilde tanımlayamadı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Hemşirelerin Diyare Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120)

	Yanlış Cevap Verenler		**Doğru Cevap Verenler**	
	n	%	n	%
Diyare genellikle kemoterapi nedeniyle gelişir	28	23,3	92	76,7
Hemşirelik bakımında sıvı ve elektrolit dengesinin izlenmesi ve replasmanın sağlanması önemlidir	37	30,8	83	69,2

4.7. Hemşirelerin Bulantı- Kusma Hakkında Bilgi Düzeyi

Hemşirelerin bulantı-kusma hakkında bilgi düzeyi incelendiğinde; bazı kritik konularda bilgi eksiklikleri olmasına rağmen çoğu hemşirenin kanser ile ilişkili bulantı ve kusmanın yönetimi hakkında bilgi sahibi olduğu saptandı. Katılımcıların tamamı (%100, n=120), onkoloji hastalarında bulantı ve kusmanın en yaygın nedeninin kemoterapi ve radyoterapi olduğunu doğru şekilde ifade etti. Yemeklerin az porsiyonlarda ve sık aralıklarla verilmesinin önerilmesi gerektiğini katılımcıların %90'ı (n=108), ağızdan beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda intravenöz veya parenteral beslenme desteği sağlanması gerektiğini ise katılımcıların %94,2'si (n=113) doğru şekilde bildirdi. Katılımcıların %28,3'ü (n=34), dopamin antagonisti olan metoklopramidin 1-2 dakika içinde intravenöz puşe şeklinde uygulanabileceği gibi yanlış bir ifadeyi doğru kabul ederek yanlış cevap verdi. Bu ilaç yavaş uygulanmalıdır, çünkü hızlı uygulanması kardiyak yan etkilerin gelişme riskini arttırmaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Hemşirelerin Bulantı- Kusma Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120)

	Yanlış Cevap Verenler		Doğru Cevap Verenler	
	n	%	n	%
Onkoloji hastalarında bulantı ve kusmanın nedeni genellikle kemoterapi ve radyoterapidir.	120	100,0	-	-
Bulantı ve kusmanın yönetiminde yemeklerin az porsiyonda ve sık sık tüketilmesi önerilir.	12	10,0	108	90,0
Ağızdan beslenme zor ise intravenöz veya parenteral beslenme desteği sağlanmalıdır.	7	5,8	113	94,2
Tedavide kullanılan dopamin antagonistleri Metoklopramid (metpamit) 1-2 dk içerisinde İntravenöz puşe uygulanabilir. (Yanlış seçenek)	34	28,3	86	71,7

4.8. Hemşirelerin Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi Hakkında Bilgi Düzeyi

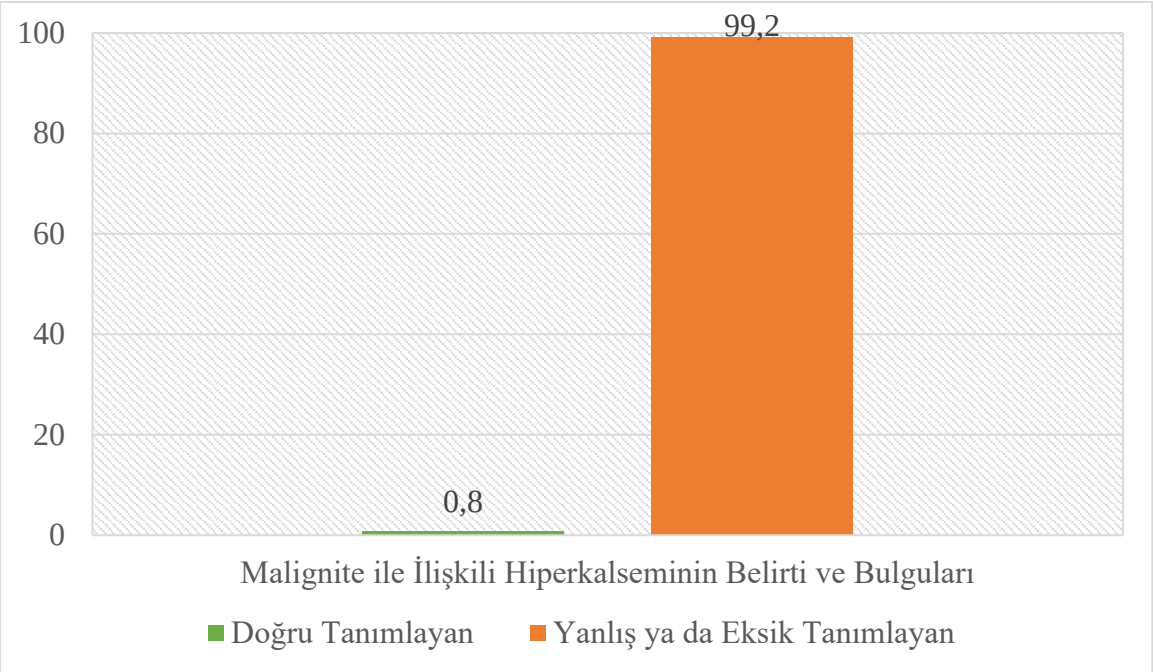
Hemşirelerin **malignite ile ilişkili hiperkalseminde gelişen belirti ve bulgular hakkında bilgi düzeyi** incelendiğinde; katılımcıların çoğu hiperkalsemiye özgü bazı semptomları doğru bir şekilde tanımladığı saptandı: Bilinç bulanıklığını doğru tanıyanların oranı %83,3 (n=100) idi, kas güçsüzlüğünü bilenlerin oranı %70,8 (n=85) ve konvülsiyonu doğru tanımlayanların oranı ise %58,3 (n=70) idi (Tablo 4.8).

Buna karşın, bazı belirtiler konusunda hemşirelerin bilgi eksikliği vardı: Poliüri gibi hiperkalseminin karakteristik bir bulgusunu sadece katılımcıların %21,7'si (n=26) doğru tanımladı. Konstipasyonun bir belirti olduğunu bilenlerin oranı %30 (n=36), diyarenin yanlış bir bulgu olduğunu bilenlerin oranı %60,8 (n=73) ve hipotansiyonun hiperkalsemiyle ilişkili olmadığını bilenlerin oranı %66,7 (n=80) idi (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Hemşirelerin Malignite ile ilişkili Hiperkalsemi Hakkında Bilgi Düzeyi (n=120)

	Yanlış Cevap Verenler		Doğru Cevap Verenler	
	n	%	n	%
Hiperkalsemide Belirti ve Bulgular				
• Konvülsiyon	50	41,7	70	58,3
• Bilinç Bulanıklığı	20	16,7	100	83,3
• Diyare (Yanlış seçenek)	47	39,2	73	60,8
• Poliüri	94	78,3	26	21,7
• Hipotansiyon (Yanlış seçenek)	40	33,3	80	66,7
• Kas Güçsüzlüğü	35	29,2	85	70,8
• Konstipasyon	84	70,0	36	30,0
Hiperkalsemide Hemşirelik Bakımı				
• Hastanın SpO_2, nabız ve kan basıncı monitörden yakından izlenmelidir.	13	10,8	107	89,2
• Hastanın saatlik aldığı sıvılar ve idrar çıkışı takibi yapılır.	29	24,2	91	75,8
• Hastanın bilinç durumu kısa aralıklarla takip edilir.	21	17,5	99	82,5
• Hastanın oral besin ve sıvı alımı tamamen kesilir. (Yanlış seçenek)	24	20,0	96	80,0
• Hastanın laboratuvar bulgularından Serum Kalsiyum düzeyi takip edilir.	36	30,0	84	70,0
• Kalsiyum seviyelerini düşürmek için uygulanan ilaçların etkinliğini ve yan etkilerini takip edilir.	27	22,5	93	77,5
• Kas güçsüzlüğü ve nörolojik etkiler nedeniyle düşme riski olan hastalar yakından izlenir.	28	23,3	92	76,7
Hiperkalsemide Tedavi				
• 200 ila 300 mL / saat hızında izotonik sıvı ile volüm arttırılır.	47	39,2	73	60,8
• İdrar çıkışını 100 ila 150 mL/saatte tutacak şekilde ayarlanır.	56	46,7	64	53,3
• Hastaya ekstra sıvı desteği için Ringer Laktat başlanır (Yanlış seçenek)	52	43,3	68	56,7
• Eş zamanlı zoledronik asit (ZA; 4 mg intravenöz 15 dakika içinde) maligniteyle ilişkili reversible hiperkalsemide uygulanır.	90	75,0	30	25,0
• Stabil bir dolaşımı olan veya böbrek yetmezliği ile komplike olan şiddetli hiperkalsemili hastalarda diyaliz uygulanır.	43	35,8	77	64,2

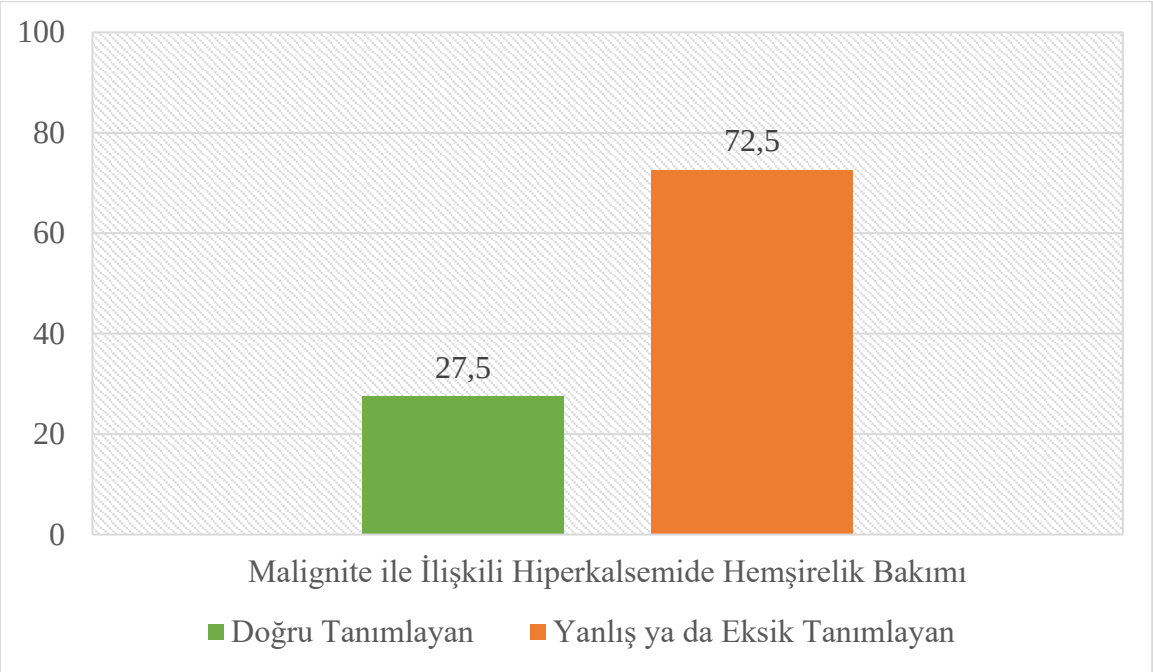
Malignite ilişkili hiperkalsemi ile acil servise başvuran hastalarda olması beklenen tüm belirti ve bulguları doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde, sadece 1 (%0,8) hemşirenin tüm belirti ve bulguları doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.8).



Şekil 4.8 Malignite ile ilişkili hiperkalsemide gelişmesi beklenen tüm belirti ve bulguları doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

Hemşirelerin **malignite ile ilişkili hiperkalseminde uygulanan hemşirelik girişimleri hakkında bilgi düzeyi** incelendiğinde; katılımcıların hemşirelik bakımı hakkında bilgi düzeyinin yüksek olduğu saptandı: Vital bulguların monitörize edilmesi gerektiğini bilenlerin oranı %89,2 (n=107), bilinç durumunun sık takip edilmesi gerektiğini bilenlerin oranı %82,5 (n=99), saatlik sıvı girişi ve idrar çıkışının takibi gerektiğini bilenlerin oranı %75,8 (n=91) idi. Ayrıca, laboratuvar değerlerinin izlenmesi (%70,0, n=84) ve ilaçların etkinlik/yan etki takibinin yapılması gerektiği bilgisi (%77,5, n=93) oldukça iyi düzeydedir. Ancak, hastanın oral alımının tamamen kesilmesi gerektiği şeklindeki yanlış bilgiyi katılımcıların %20'si (n=24) doğru kabul ettiği belirlendi (Tablo 4.8).

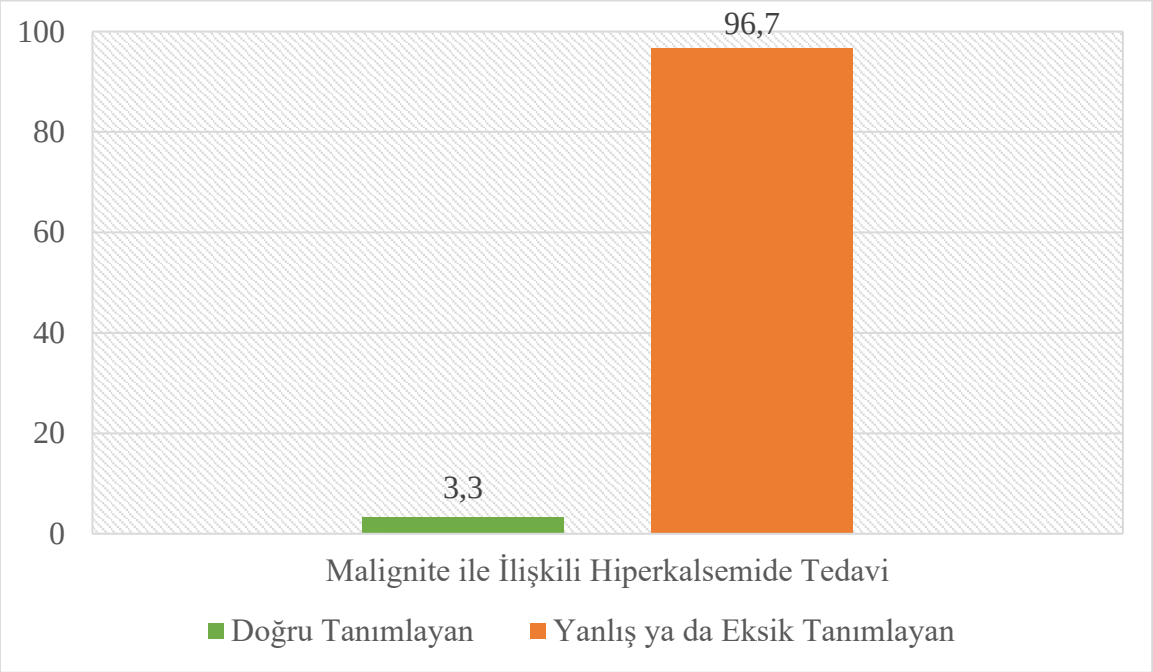
Malignite ilişkili hiperkalsemi ile acil servise başvuran hastalarda uygulanması gereken tüm hemşirelik girişimlerini doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde, hemşirelerin %27,5'nin (n=33) uygulanması gereken tüm hemşirelik girişimlerini doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.9).



Şekil 4.9 Malignite ile ilişkili hiperkalsemide tüm hemşirelik girişimlerini doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

Hemşirelerin **malignite ile ilişkili hiperkalseminde uygulanan tedavi hakkında bilgi düzeyi** incelendiğinde; katılımcıların uygulanan tedavi yaklaşımları hakkında bilgi düzeyinin daha düşük olduğu saptandı: Sıvı yüklemesi ile ilgili bilgiyi doğru bilenlerin oranı %60,8 (n=73), uygun idrar çıkışı hedefini bilenlerin oranı %53,3 (n=64) ve Ringer Laktat kullanımının yanlış olduğunu bilenlerin oranı %56,7 (n=68) idi. Dikkat çeken bilgi eksikliği ise zoledronik asit uygulamasıyla ilgiliydi; sadece %25'i (n=30), bu tedavinin uygulama protokolünü doğru şekilde tanımlayabildi. Buna ek olarak, şiddetli hiperkalsemili ve stabil dolaşımı olan hastalarda diyaliz uygulanabileceğini bilenlerin oranı da %64,2 (n=77) ile orta düzeyde olduğu saptandı. (Tablo 4.8).

Malignite ilişkili hiperkalsemi ile acil servise başvuran hastalarda uygulanması gereken tüm tedavileri doğru tanımlayan hemşire sayısı incelendiğinde, hemşirelerin sadece %3,3'ü (n=4) uygulanması gereken tüm tedavileri doğru tanımladığı saptandı (Şekil 4.10).



Şekil 4.10 Malignite ile ilişkili hiperkalsemide uygulanan tüm tedavileri doğru / yanlış tanımlayan hemşirelerin oranı

4.9. Hemşirelerin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri 100 puan üzerinden değerlendirilmiş ve genel ortalamanın **72,80** olduğu görüldü. Bu, bilgi düzeyinin genel olarak **iyi düzeyde** olduğunu göstermektedir. Ancak, alt başlıklar incelendiğinde bilgi düzeyinin konular arasında önemli farklılıklar gösterdiği dikkat çekmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Onkolojik Aciller Hakkında Hemşirelerin Bilgi Düzeyi* (n=120)

Onkolojik Aciller	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Perikardiyal Efüzyon	72,50	71,43	16,056	28,57	100,00
Nötropenik Ateş	78,79	81,82	16,60	36,36	100,00
Uygunsuz ADH Salınımı	61,06	60,00	12,91	33,33	86,67
Pulmoner Emboli	72,05	73,08	16,05	23,08	100,00
Diyare	72,92	100,0	31,02	00,00	100,00
Bulantı Kusma	88,96	100,0	15,13	50,00	100,00
Hiperkalsemi	63,33	63,16	13,42	26,32	94,74
Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı	72,80	74,28	10,44	42,65	90,65

* Puanlar %100 olarak dönüştürülmüş puanlar

Araştırmaya katılan hemşirelerin **Bulantı ve Kusma** $\bar{x}$ 88,96 ± 15,13 **Nötropenik Ateş** $\bar{x}$ 78,79 ± 16,60 ile yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu, **Hiperkalsemi** konusunda ise $\bar{x}$ 63,33 ± 13,142 ile düşük bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).

4.10. Kişisel Özelliklerinin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

Kişisel özelliklerden yaşın, cinsiyetin, eğitim düzeyinin, meslekte çalışma yılını, acilde çalışma yılının, onkolojik aciller ile karşılaşma durumunun ve onkolojik aciller ile eğitim alma durumunun onkolojik aciller ile ilgili bilgi düzeyine etkisi incelendi ve sunuldu.

4.10.1. Yaşın Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

Bu tabloda, hemşirelerin yaş gruplarına göre onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırmada;

- 36- 45 yaşları arasında olan hemşirelere kıyasla 18 – 35 yaş arasında olan hemşirelerin Perikardiyal Efüzyon hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. En yüksek puan 26-35 yaş grubundadır (73,56), en düşük ortalama ise 36-45 yaş grubunda gözlemlenmiştir (50,00). Elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,02) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Yaşın Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120)

Onkolojik Aciller	**18-25 (n=22)**		**26-35 (n=94)**		**36-45 (n=4)**		F	p
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
Perikardiyal Efüzyon	$72,08_{(3)}$	14,27	$73,56_{(3)}$	16,09	50,00	8,25	**4,37**	**0,02**
Nötropenik Ateş	75,62	17,15	79,40	16,55	81,82	16,60	0,53	0,59
Uygunsuz ADH Salınımı	54,85	12,84	$62,48_{(1)}$	12,37	61,67	19,15	**3,24**	**0,04**
Pulmoner Emboli	64,34	15,48	$73,65_{(1)}$	15,85	76,92	14,04	**3,32**	**0,04**
Diyare	59,09	29,42	75,53	30,89	87,50	25,00	3,07	0,05
Bulantı Kusma	90,91	12,31	88,56	15,84	87,50	14,43	0,23	0,80
Hiperkalsemi	57,42	14,70	$64,39_{(1)}$	12,92	71,05	9,12	**3,21**	**0,04**
Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı	67,76	10,06	$73,94_{(1)}$	10,39	73,78	5,96	**3,27**	**0,04**

- 18 – 25 yaşları arasında olan hemşirelere kıyasla 26 – 35 yaş arasında olan hemşirelerin Uygunsuz ADH Salınımı hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. 26-35 yaş grubu en yüksek bilgi düzeyine sahipti (62,48), 18-25 yaş grubunun ortalaması ise oldukça düşüktü (54,85). Elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,04).

- 18 – 25 yaşları arasında olan hemşirelere kıyasla 26 – 35 yaş arasında olan hemşirelerin Pulmoner Emboli hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. 26-35 yaş grubu burada da en yüksek puana sahipti (73,65), genç yaş grubunun ortalaması anlamlı düzeyde daha düşüktü (64,34). Elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,04).
- 18 – 25 yaşları arasında olan hemşirelere kıyasla 26 – 35 yaş arasında olan hemşirelerin Hiperkalsemi hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Bilgi düzeyi yaşla birlikte artma eğilimindeydi; 36-45 yaş grubunda ortalama en yüksekti (71,05). Elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,04).
- 18 – 25 yaşları arasında olan hemşirelere kıyasla 26 – 35 yaş arasında olan hemşirelerin Onkolojik Aciller Genel Bilgi bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. 26-35 yaş grubu en yüksek ortalamaya sahiptir (73,94), 18-25 yaş grubu ise en düşük ortalamayı göstermektedir (67,76). Elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,04).
- **Diyare (p=0,05):** Anlamlılık sınırında olmakla birlikte yaşla birlikte bilgi düzeyinin arttığı saptandı.

4.10.2. Cinsiyetin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

Bu tabloda, hemşirelerin cinsiyetlerine göre onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırmada;

- Kadın hemşirelere kıyasla erkek hemşirelerin Nötropenik Ateş hakkında bilgi düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Kadınların ortalama puanı 81,55 iken, erkeklerin ortalama puanı 75,30'dur. Elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,04). (Tablo 4.11).
- Kadın hemşirelerin Bulantı Kusma hakkında bilgi düzeyi erkek hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kadınların ortalama puanı 92,16, erkeklerin ise 84,91'dir. Elde edilen fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,01).
- Kadın hemşirelerin Onkolojik Aciller Genel Bilgi düzeyleri, erkek hemşirelere kıyasla daha yüksektir. Kadınların genel ortalama puanı 74,77 iken erkeklerin 70,32'dir. Elde edilen fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. (p=0,02).
- Perikardiyal efüzyon, uygunsuz ADH salınımı, pulmoner emboli, diyare ve hiperkalsemi başlıklarında kadın hemşirelerin ortalama bilgi puanları erkeklerden daha yüksek olmakla birlikte, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. (p>0,05).

Tablo 4.11 Cinsiyetin Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120)

Onkolojik Aciller	Kadın (n=67)		Erkek (n=53)		t	p
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
Perikardiyal Efüzyon	73,77	15,45	70,89	16,80	0,98	0,33
Nötropenik Ateş	81,55	16,67	75,30	15,98	**2,08**	**0,04**
Uygunsuz ADH Salınımı	61,39	14,52	60,63	10,64	0,33	0,74
Pulmoner Emboli	73,36	15,92	70,39	16,21	1,01	0,32
Diyare	76,87	27,97	67,92	34,10	1,58	0,12
Bulantı Kusma	92,16	13,21	84,91	16,51	**2,61**	**0,01**
Hiperkalsemi	64,26	13,29	62,16	13,62	0,85	0,40
Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı	74,77	9,81	70,32	10,77	**2,37**	**0,02**

4.10.3. Eğitim Düzeyinin Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

Bu tabloda, hemşirelerin eğitim düzeylerine göre onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırmada;

- Lisans mezunu hemşirelere kıyasla yüksek lisans yapan hemşirelerin Hiperkalsemi hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Yüksek lisans grubunun ortalama puanı 73,68 olup, bu oran lisans (63,28) ve ön lisans (68,86) düzeyine sahip hemşirelerden daha yüksektir. Elde edilen bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,02). (Tablo 4.12).
- Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı açısından değerlendirildiğinde, yüksek lisans yapan hemşirelerin (85,53) en yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu grup, lisans (72,23), ön lisans (76,64) ve sağlık meslek lisesi mezunlarına (69,69) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bilgi puanı elde etti. (p=0,03).
- Perikardiyal efüzyon, nötropenik ateş, uygunsuz ADH salınımı ve pulmoner emboli başlıklarında yüksek lisans grubunun bilgi düzeyi en yüksek olmasına rağmen, bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadı. (p>0,05).

Tablo 4.12 Eğitim Düzeyinin Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120)

Onkolojik Aciller	SML (n=15)		Ön-lisans (n=12)		Lisans (n=89)		Yüksek Lisans (n=4)		χ_{KW}	p
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
Perikardiyal Efüzyon	75,24	12,62	75,00	17,36	70,95	16,32	89,29	7,14	6,50	0,09
Nötropenik Ateş	74,55	18,57	75,76	14,68	79,26	16,56	93,18	8,70	5,20	0,16
Uygunsuz ADH Salınımı	59,11	13,30	61,11	10,18	60,67	13,03	76,67	8,61	5,99	0,11
Pulmoner Emboli	70,77	17,73	80,77	12,05	70,53	16,08	84,62	6,28	6,84	0,08
Diyare	66,67	30,86	83,33	32,57	71,91	31,04	87,50	25,00	3,62	0,31
Bulantı Kusma	85,00	18,42	91,67	12,31	89,04	15,05	93,75	12,50	1,30	0,73
Hiperkalsemi	56,49	10,80	$68,86_{(1)}$	9,90	63,28	13,97	$73,68_{(1)}$	4,30	**9,88**	**0,02**
Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı	69,69	12,16	76,64	6,52	72,23	10,32	$85,53_{(1,3)}$	4,37	**8,83**	**0,03**

4.10.4. Meslekte Çalışma Yılının Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

Bu tabloda, hemşirelerin meslekteki çalışma süresine göre onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırmada;

- 6 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerin **Uygunsuz ADH Salınımı** konusunda bilgi düzeylerinin, 1–5 yıl arası çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. En yüksek puan, 6 yıl ve üzeri çalışan gruba aittir (65,63), daha az deneyime sahip grubun ortalaması ise daha düşüktür (59,39). Elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (**p=0,02**) (Tablo 4.13).
- **Hiperkalsemi** konusunda da bilgi düzeyinin deneyim süresi ile arttığı gözlemlenmiştir. 6 yıl ve üzeri deneyimi olan hemşirelerin ortalama puanı 66,78 iken, 1–5 yıl çalışan grupta bu değer 62,08 olarak bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,03**).
- **Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı** açısından 6 yıl ve üzeri çalışan grupta ortalama puan daha yüksek olmakla birlikte (74,39), bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. (**p=0,27**).
- **Perikardiyal Efüzyon (p=0,77)**, **Nötropenik Ateş (p=0,68)**, **Pulmoner Emboli (p=0,53)**, **Diyare (p=0,65)** ve **Bulantı Kusma (p=0,33)** konularında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.13 Meslekte Çalışma Yılının Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120)

Onkolojik Aciller	1-5 yıl (n=88)		6 yıl ve üstü (n=32)		t	p
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
Perikardiyal Efüzyon	72,24	16,55	73,21	14,85	-0,29	0,77
Nötropenik Ateş	78,41	17,18	79,83	15,09	-0,41	0,68
Uygunsuz ADH Salınımı	59,39	12,36	65,63	13,45	**-2,38**	**0,02**
Pulmoner Emboli	71,50	16,38	73,56	15,25	-0,62	0,53
Diyare	72,16	31,13	75,00	31,11	-0,44	0,65
Bulantı Kusma	89,77	14,99	86,72	15,53	0,98	0,33
Hiperkalsemi	62,08	14,67	66,78	8,40	**-2,18**	**0,03**
Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı	72,22	10,92	74,39	8,95	-1,10	0,27

4.10.5. Acilde Çalışma Yılının Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

Bu tabloda, hemşirelerin acil servisteki çalışma sürelerine göre onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırmada;

- 6–10 yıl acil servis deneyimine sahip hemşirelerin **Perikardiyal Efüzyon** hakkında bilgi düzeylerinin, 1–5 yıl çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. 6–10 yıl çalışan grubun ortalama puanı 77,55 iken, 1–5 yıl çalışan grubun ortalaması 71,83'tür. Ancak elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (**p=0,23**) (Tablo 4.14).
- **Nötropenik Ateş** konusunda da 6–10 yıl çalışan grubun bilgi düzeyi (84,42), 1–5 yıl çalışan gruba göre (78,04) daha yüksektir, fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. (**p=0,23**).
- **Uygunsuz ADH Salınımı** başlığında 6–10 yıl çalışan hemşirelerin ortalama bilgi puanı 66,19 iken, daha az deneyime sahip olan grubun ortalaması 60,38'dir. Bu fark da anlamlılık düzeyine ulaşmadı (**p=0,14**).
- **Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı** açısından 6–10 yıl çalışan hemşirelerin ortalama puanı daha yüksektir (76,44), ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p=0,20**).
- Tabloda yer alan diğer başlıklar olan **Pulmoner Emboli (p=0,45)**, **Diyare (p=0,75)**, **Bulantı Kusma (p=0,49)** ve **Hiperkalsemi (p=0,73)** konularında da gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.14 Acilde Çalışma Yılının Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120)

Onkolojik Aciller	1-5 yıl (n=106)		6-10 yıl (n=14)		z_{MWU}	p
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
Perikardiyal Efüzyon	71,83	16,31	77,55	13,39	-1,23	0,23
Nötropenik Ateş	78,04	16,92	84,42	13,07	-1,21	0,23
Uygunsuz ADH Salınımı	60,38	12,61	66,19	14,43	-1,50	0,14
Pulmoner Emboli	71,55	16,49	75,82	12,01	-0,76	0,45
Diyare	72,64	30,96	75,00	32,52	-0,32	0,75
Bulantı Kusma	88,68	15,09	91,07	15,83	-0,70	0,49
Hiperkalsemi	63,11	14,00	65,04	7,89	-0,35	0,73
Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı	72,32	10,63	76,44	8,28	-1,30	0,20

4.10.6. Onkolojik Acil ile Karşılaşma Durumunun Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

Bu tabloda, hemşirelerin onkolojik acil durumlarla karşılaşıp karşılaşmadıklarına göre onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırmada;

- Onkolojik acil ile karşılaştığını belirten hemşirelere kıyasla, karşılaşmadığını belirten hemşirelerin **Pulmoner Emboli** hakkında bilgi düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. "Evet" grubunun ortalaması 75,23 iken, "hayır" grubunun ortalaması 68,69'dur. "Bilmiyorum" yanıtı veren grubun ortalaması ise 74,56'dır. Ancak elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (**p=0,08**) (Tablo 4.15).
- **Bulantı Kusma** başlığında, "bilmiyorum" yanıtı veren grubun bilgi düzeyinin en yüksek olduğu görülmektedir (96,15). "Hayır" diyen grubun ortalaması 89,04, "evet" diyen grubun ortalaması ise 87,00'dır. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (**p=0,15**).
- **Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı** açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (**p=0,88**). En yüksek ortalama 73,92 ile "bilmiyorum" grubuna aittir. "Evet" grubunun ortalaması 73,13, "hayır" grubunun ortalaması ise 72,25'tir.
- **Perikardiyal Efüzyon (p=0,61)**, **Nötropenik Ateş (p=0,45)**, **Uygunsuz ADH Salınımı (p=0,72)**, **Diyare (p=0,89)** ve **Hiperkalsemi (p=0,91)** konularında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 4.15 Onkolojik Acil ile Karşılaşma Durumunun Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120)

Onkolojik Aciller	Evet (n=50)		Hayır (n=57)		Bilmiyorum (n=3)		χ_{KW}	P
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
Perikardiyal Efüzyon	71,71	16,20	72,18	17,16	76,92	9,29	0,98	0,61
Nötropenik Ateş	78,55	16,81	80,54	15,22	72,03	20,82	1,59	0,45
Uygunsuz ADH Salınımı	61,87	11,59	60,70	14,18	59,49	12,61	0,65	0,72
Pulmoner Emboli	75,23	15,01	68,69	16,44	74,56	16,43	4,97	0,08
Diyare	74,00	32,32	71,93	31,36	73,08	25,94	0,23	0,89
Bulantı Kusma	87,00	16,16	89,04	14,95	96,15	9,39	3,78	0,15
Hiperkalsemi	63,58	14,22	62,70	13,35	65,18	11,07	0,18	0,91
Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı	73,13	10,85	72,25	10,74	73,92	7,63	0,25	0,88

4.10.7. Onkolojik Acil ile İlgili Eğitim Alma Durumunun Onkolojik Aciller ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi

Bu tabloda, hemşirelerin onkolojik acil ile ilgili eğitim alıp almama durumlarına göre onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırmada;

- **Eğitim aldığını belirten hemşirelere** kıyasla, eğitim almadığını belirten hemşirelerin **Perikardiyal Efüzyon** hakkında bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı.Eğitim alan grubun ortalama puanı 79,05 iken, eğitim almayan grubun ortalaması 71,56'dır. Ancak elde edilen bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (**p=0,098**) (Tablo 4.15).
- **Nötropenik Ateş** konusunda da benzer bir durum gözlemlendi.Eğitim alan grubun ortalama puanı 84,85 ile daha yüksektir; eğitim almayan grubun ortalaması ise 77,92'dir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (**p=0,160**).
- **Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı** açısından da eğitim alan grubun ortalaması (76,13), eğitim almayanlara göre daha yüksektir (72,32), ancak bu fark da anlamlı düzeye ulaşmadı (**p=0,245**).
- Tabloda yer alan diğer başlıklarda da — **Uygunsuz ADH Salınımı (p=0,296)**, **Pulmoner Emboli (p=0,332)**, **Diyare (p=0,950)**, **Bulantı Kusma (p=0,714)**, **Hiperkalsemi (p=0,349)** — gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.16 Onkolojik Acil ile İlgili Eğitim Alma Durumunun Onkolojik Aciller Bilgi Düzeyine Etkisi (n=120)

Onkolojik Aciller	Evet (n=15)		Hayır (n=105)		z_{MWU}	p
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
Perikardiyal Efüzyon	79,05	14,15	71,56	16,15	-1,655	,098
Nötropenik Ateş	84,85	12,70	77,92	16,95	-1,404	,160
Uygunsuz ADH Salınımı	64,00	12,03	60,63	13,03	-1,045	,296
Pulmoner Emboli	75,38	15,16	71,58	16,18	-,969	,332
Diyare	73,33	32,00	72,86	31,03	-,063	,950
Bulantı Kusma	90,00	15,81	88,81	15,10	-,367	,714
Hiperkalsemi	66,32	14,73	62,91	13,25	-,936	,349
Onkolojik Aciller Genel Bilgi Puanı	76,13	7,30	72,32	10,75	-1,163	,245

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, acil sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin onkolojik acillerin yönetimi konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, hemşirelerin bazı onkolojik aciller konusunda yüksek bilgi düzeyine sahip olduğunu, ancak bazı kritik alanlarda bilgi eksikliklerinin mevcut olduğunu ortaya koymuştur.

26–35 yaş aralığındaki hemşirelerin onkolojik aciller konusunda genel olarak daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, söz konusu yaş grubunun hem mesleki deneyiminin olgunlaşmaya başladığı hem de mesleki motivasyonun ve yeniliklere açıklığın sürdüğü bir dönem olmasıyla ilişkilendirilebilir. Literatürde de benzer şekilde orta yaş grubundaki sağlık çalışanlarının klinik bilgi ve uygulama yeterliliklerinin daha yüksek olabildiği bildirilmiştir (66). Bununla birlikte, çalışmada 36–45 yaş grubundaki hemşire sayısının azlığı (n=4), bu yaş grubuna ait verilerin istatistiksel olarak daha dikkatli değerlendirilmesini gerektirmektedir. Küçük örneklem gruplarının bulgu geçerliliğini sınırlayabileceği ve genellenebilirlik açısından kısıt oluşturabileceği literatürde de vurgulanmaktadır (67). Bu nedenle, yaş gruplarına göre bilgi düzeylerinin daha sağlıklı değerlendirilebilmesi için ilerleyen çalışmalarda daha dengeli ve geniş örneklemlerle veri toplanması önerilmektedir.

Ayrıca, 26–35 yaş grubundaki hemşirelerin daha güncel eğitim müfredatlarına maruz kalmaları ve yeni nesil öğrenme teknolojileriyle daha fazla iç içe olmaları, onkolojik aciller gibi spesifik klinik konularda daha fazla bilgi sahibi olmalarını sağlayabilir. Bu yaş aralığında yer alan bireylerin öğrenmeye daha açık, güncel bilgiye ulaşma eğiliminde olduğu ve araştırmalara katılım oranlarının daha yüksek olduğu literatürde de belirtilmiştir (68). Bununla birlikte, yaş faktörünün etkisini tam anlamıyla ortaya koyabilmek için farklı yaş gruplarından dengeli örneklem gruplarının yer aldığı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kadın hemşirelerin onkolojik aciller konusunda erkek hemşirelere kıyasla daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Özellikle Nötropenik Ateş ve Bulantı-Kusma konularında anlamlı düzeyde daha yüksek bilgi düzeyi sergilemeleri dikkat çekicidir. Bu durum, kadın hemşirelerin mesleki gelişim süreçlerine daha fazla katılım göstermeleri, klinik uygulamalarda daha aktif rol almaları ve iletişimsel becerilerinin hasta yönetiminde daha etkin kullanılabilmesi ile ilişkilendirilebilir (69). Ayrıca, kadın sağlık profesyonellerinin klinik rehberlere ve güncel bilgilere erişim konusunda daha istekli oldukları bazı çalışmalarda vurgulanmıştır (70). Bununla birlikte, bu farkın nedenleri üzerine daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle toplumsal cinsiyet rolleri, görev dağılımı ve öğrenme motivasyonları gibi faktörlerin bu farkta etkili olup olmadığını belirlemek üzere ileri düzey araştırmalar yapılmalıdır.

Kadın hemşirelerin bilgi düzeyinin yüksek olması, onların daha çok doğrudan hasta bakımı üstlenmeleri ve yoğun hasta-hasta yakını iletişimi kurmaları ile açıklanabilir. Literatürde kadın hemşirelerin empatik becerilerinin erkek meslektaşlarına göre daha gelişmiş olduğu, bu durumun da hasta gözlemi ve klinik karar verme süreçlerine olumlu yansıdığı belirtilmiştir (71). Ayrıca, kadın hemşirelerin hizmet içi eğitimlere katılım oranlarının da daha yüksek olduğu bazı çalışmalarda vurgulanmıştır (72)

Yüksek lisans mezunu hemşirelerin onkolojik aciller konusunda lisans mezunlarına göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Özellikle hiperkalsemi başlığı ve genel bilgi puanındaki anlamlı farklar, ileri düzey eğitimin mesleki bilgi kazanımı üzerindeki olumlu etkisini ortaya koymaktadır. Literatürde de benzer şekilde, lisansüstü eğitim düzeyinin hemşirelerin eleştirel düşünme, klinik karar verme ve güncel bilgiye ulaşma kapasitelerini artırdığı belirtilmiştir (73). Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık sorunlarına multidisipliner ve kapsamlı yaklaşabilme becerilerinin gelişmesiyle de ilişkilendirilebilir (74). Bununla birlikte, çalışmamızda yüksek lisans mezunu hemşire sayısının düşük olması (n=4), bu bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Dolayısıyla, daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak ileri çalışmalarla bu sonuçların desteklenmesi önem arz etmektedir.

6 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip hemşirelerin bazı onkolojik aciller (özellikle Uygunsuz ADH Salınımı ve Hiperkalsemi) konusunda daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Klinik deneyimin artması, hemşirelerin bu acil durumlarla daha sık karşılaşmasına ve dolayısıyla bu tabloları daha iyi tanıma, yönetme ve bilgi düzeylerini artırma imkânı bulmalarına olanak tanımaktadır (75). Ancak çalışmada diğer onkolojik acillerde anlamlı fark gözlenmemesi, bilgi düzeyinin yalnızca hizmet süresine değil; aynı zamanda bireysel öğrenme çabaları, hizmet içi eğitim programları ve güncel bilimsel kaynaklara ulaşım gibi faktörlere de bağlı olduğunu göstermektedir (76). Literatürde de mesleki deneyimin klinik bilgiye katkı sağladığı ancak bunun süreklilik ve destekleyici eğitimlerle pekiştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (77).

6–10 yıl acil servis deneyimine sahip hemşirelerin genel olarak daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu durum, bu grubun mesleki pratiğinde daha fazla vaka ile karşılaşmalarının ve klinik deneyimlerinin artmasının bir sonucu olarak açıklanabilir (78). Ancak, bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmaması dikkat çekicidir. Bunun temel nedeni, bu grup içindeki hemşirelerin örneklem sayısının düşük olması (n=14) olabilir. Küçük örneklem büyüklükleri, sonuçların genellenebilirliğini sınırlayarak araştırma bulgularının doğruluğu üzerinde etki yaratabilir (79). Bu nedenle, daha büyük örneklem grupları ile yapılacak çalışmalarda bu bulguların daha net bir şekilde ortaya konması gerektiği düşünülmektedir (80).

Onkolojik acil durumlarla karşılaşmış olan hemşirelerin bazı başlıklarda daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Özellikle Pulmoner Emboli konusunda bu fark dikkat çekmektedir. Ancak farkların istatistiksel olarak anlamlı olmaması, onkolojik acil durumlarla karşılaşmanın bilgi düzeyini olumlu etkileyebileceğini göstersede, bu farkların anlamlı düzeye ulaşmamış olması; bilgi düzeyini etkileyen başka faktörlerin (örneğin eğitim, deneyim, hizmet içi eğitimler) de rol oynadığını düşündürmektedir. Ayrıca “bilmiyorum” yanıtını veren grubun örneklem sayısının oldukça düşük olması (n=3), bu gruba ait sonuçların genellenebilirliğini sınırlamakta ve dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir. Hemşirelerin eğitim, deneyim ve sürekli güncel bilgiye erişim gibi faktörlerin bilgi düzeyini etkileyebileceği literatürde de vurgulanmaktadır (81).

Onkolojik acil eğitimi alan hemşirelerin, tüm başlıklarda bilgi düzeylerinin eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, eğitimin bilgi düzeyine olumlu katkı sağladığını göstermektedir. Ancak elde edilen farkların istatistiksel olarak anlamlı olmaması, eğitim sayısının sınırlı olması (n=15) ve örneklem dağılımının dengesizliğinden kaynaklanabilir. Bu nedenle, onkolojik acil konularında bilgi düzeyinin artırılması adına eğitim programlarının daha yaygın ve düzenli şekilde gerçekleştirilmesi önerilmektedir (82). Ayrıca, örneklem büyüklüğünün artırıldığı daha geniş çalışmalarda bu etkinin daha net ortaya konabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin onkolojik acillere ilişkin bilgi düzeyleri 100 puan üzerinden değerlendirilmiş ve genel ortalamanın 72,80 olduğu görülmüştür. Bu, bilgi düzeyinin genel olarak iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak, alt başlıklar incelendiğinde bilgi düzeyinin konular arasında önemli farklılıklar gösterdiği dikkat çekmektedir. Bu bulgu, onkolojik acillerle ilgili spesifik başlıkların daha fazla dikkat edilmesi ve bu konularda derinlemesine eğitim verilmesi gerektiğine işaret etmektedir

Bulantı ve Kusma Ortalama puan 88,96, medyan 100,00 olup hemşirelerin bu alanda oldukça yüksek bilgi düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Nötropenik Ateş'te Ortalama puan 78,79, medyan 81,82 ile yine yüksek bilgi düzeyine sahip olunan bir konudur. Bu bulgular, bulantı ve kusma gibi daha sık karşılaşılan onkolojik acil durumlar konusunda hemşirelerin bilgi düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu, bunun da klinik deneyim ve hizmet içi eğitimle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Nötropenik ateş gibi spesifik bir onkolojik durumun da hemşireler arasında yüksek bilgi düzeyine sahip olması, bu konuda eğitim ve deneyimlerin etkinliğini göstermektedir.

Perikardiyal Efüzyon için ortalama puan 72,50, medyan ise 71,43; pulmoner emboli için ortalama 72,05, medyan 73,08'dir. Diyare olgularında ortalama 72,92 iken medyanın 100 olması, verilerdeki bazı uç değerlerin ortalamayı aşağı çektiğini göstermektedir. Bu bulgular, hemşirelerin perikardiyal efüzyon ve pulmoner emboli gibi daha nadir karşılaşılan onkolojik acil durumlar hakkında orta düzeyde bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Diyare konusunda ise, medyanın 100 olması, belirli hemşirelerin bu konuda yüksek bilgiye sahip olduğunu, ancak genel eğilimin orta seviyede olduğunu göstermektedir

Hiperkalsemi, ortalama 63,33, medyan 63,16; bu durum, hemşirelerin hiperkalsemiye dair belirti, bakım ve tedavi süreçlerinde daha fazla eğitime ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Uygunsuz ADH Salınımı ortalama 61,06, medyan 60,00 ile en düşük puana sahip alandır. Bu, hemşirelerin Uygunsuz ADH Salınımı tanısı ve yönetimi konusunda ciddi bilgi eksiklikleri yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, özellikle hiperkalsemi ve uygunsuz ADH salınımı başlıklarında hemşirelerin bilgi eksikliklerinin olduğunu ve bu alanlarda eğitim programlarının önemini vurgulamaktadır. Hemşirelerin bu konularda daha fazla bilgi edinmeleri gerektiği ve bu eksikliklerin giderilmesi adına sürekli eğitimlerin gerekliliği açıkça görülmektedir.

Hem hiperkalsemi hem de uygunsuz antidiüretik hormon salınımı, başlangıçta nonspesifik semptomlarla seyreden ve hızlı ilerleyebilen durumlar olması nedeniyle hemşireler tarafından gözden kaçırılabilmektedir. Bu durum, hasta güvenliği açısından ciddi riskler oluşturur. Özellikle Uygunsuz ADH Salınımının patofizyolojik sürecinin karmaşık olması, konunun eğitimlerde yeterince yer bulmaması gibi nedenlerle bilgi eksiklikleri yaşandığı düşünülmektedir (83). Eğitimlerin içeriğinin bu başlıkları kapsayacak şekilde zenginleştirilmesi, farkındalık yaratma açısından önemlidir.

Nadir görülen onkolojik acil durumlar hakkında hemşirelerin bilgi eksikliklerini açıkça ortaya koymaktadır. Bu tür durumların yönetimi için hedefe yönelik eğitim programlarının oluşturulması gerekmektedir. Hemşireler, klinik deneyimlerinin yanı sıra bu acil durumlarla ilgili daha fazla teorik bilgi edinmelidirler. Aynı zamanda eğitim programlarının sıklaştırılması, güncel bilgilere kolay erişim sağlanması ve nadir durumlar için spesifik eğitimler verilmesi, hemşirelerin bilgi düzeyini arttıracaktır. Ayrıca, daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip çalışmalar ile bu tür eğitimlerin etkinliği ve hemşirelerin bilgi düzeylerindeki değişim daha net bir şekilde izlenebilir.

Çalışmada onkolojik acil eğitimi alan hemşirelerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülse de bu eğitimin içeriği, süresi ve formatı belirtilmemiştir. Bu durum, eğitimlerin etkililiğini değerlendirme açısından bir sınırlılık oluşturmaktadır. Literatürde, interaktif yöntemlerle verilen simülasyon temelli eğitimlerin bilgi düzeyini ve klinik karar verme becerilerini anlamlı düzeyde artırdığı gösterilmiştir (84). Eğitimlerin standart hale getirilmesi ve tüm acil hemşirelerine ulaşması, bilgi düzeyinde eşitliği sağlayacak temel adımlardan biri olacaktır.

Bu çalışmanın bulguları ışığında, onkolojik acillerin yönetimi konusunda hemşirelerin bilgi düzeyinin artırılması için sadece bireysel değil, kurumsal stratejilere de ihtiyaç olduğu ortaya konmuştur. Klinik protokoller, kurum içi rehberler ve düzenli güncellenen algoritmaların hazırlanması hemşirelerin karar verme süreçlerini kolaylaştırabilir. Ayrıca, bu eğitimlerin sürekli mesleki gelişim kapsamında değerlendirilerek zorunlu hale getirilmesi, sağlık hizmetinin kalitesine doğrudan katkı sağlayacaktır (85).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada, acil servis hemşirelerinin onkolojik aciller konusunda bilgi düzeyleri genel olarak iyi bulunmakla birlikte, bilgi düzeyi başlıklar arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Nötropenik ateş ve bulantı-kusma konularında bilgi düzeyi yüksekken, uygunsuz ADH salınımı ve hiperkalsemi gibi daha kompleks onkolojik acillerde bilgi eksiklikleri belirlenmiştir. Ayrıca yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve deneyim gibi bireysel faktörlerin bilgi düzeyini etkilediği görülmüştür.

6.2. Öneriler

- **Hizmet içi eğitim** programlarında onkolojik acillerin yönetimine yer verilmeli; özellikle uygunsuz ADH salınımı ve hiperkalsemi gibi düşük bilgi düzeyine sahip konulara ağırlık verilmelidir.
- Kurum içi **standart prosedürler** geliştirilmeli ve hemşirelere bu protokoller hakkında düzenli eğitimler verilmelidir.
- Onkolojik acillere yönelik **simülasyon temelli eğitim** programları geliştirilerek hemşirelerin pratik bilgi ve becerileri artırılmalıdır.
- Lisans ve lisansüstü hemşirelik programlarında onkolojik aciller konusuna ayrılan teorik ve klinik eğitim süreleri gözden geçirilmeli, içerikleri güncellenmelidir.
- Gelecekteki araştırmalarda **farklı iller ve kurumları kapsayan geniş örneklemli çalışmalar** ile bulguların genellenebilirliği artırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Cancer key facts [Internet]. 2022 Feb 3 [cited 2025 May 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer
2. McCarthy EP, Phillips RS, Zhong Z, Drews RE, Lynn J. Dying with cancer: patients' function, symptoms and care preferences as death approaches. J Am Geriatr Soc. 2000;48(5):110–21.
3. Tokocin O, Çakmak F, İpekci A, Tihan DN, Ceylan D, Sutaşır MN, et al. Factors affecting the morbidity and mortality of malignancy patients admitted to the emergency department. Phoenix Med J. 2019;1(1):8–14.
4. Yılmaz E, Altunok V. Kanser ve p53 geni. AVKAE Derg. 2011; 1:19–23.
5. Enç N, editör. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2021:1–8.
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394–424.
7. Galindo DEB, Casariego AV, Fernández AC, Moreno AH, Maza BP, Lorenzo MP, et al. Appetite disorders in cancer patients: impact on nutritional status and quality of life. Appetite. 2017; 114:23–7.
8. Şenocak M, Bakır A. Epidemiyolojide yöntem bilim ve sayısal değerlendirme. İstanbul: Nobel Tıp Yayınevi; 2017:10–20.
9. Kapucu S, Kutlutürkan S. Onkoloji Hemşireliği. Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2020:10-20.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2019 [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2025 [cited 2025 May 8]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr
11. Gould Rothberg BE, Quest TE, Yeung SCJ, Pelosof LC, Gerber DE, Seltzer JA, et al. Oncologic emergencies and urgencies: a comprehensive review. CA Cancer J Clin. 2022;72(6):570–93.
12. Tan SJ. Recognition and treatment of oncologic emergencies. J Infus Nurs. 2002;25(3):182–8.
13. Pettifer A, Grant S. The management of hypercalcaemia in advanced cancer. Int J Palliat Nurs. 2013;19(7):327–31.
14. Lee HS, Kim JK, et al. Parathyroid hormone-related protein and hypercalcemia in cancer. J Clin Invest. 2023;98(6):1505–12.

15. Smith AM, Johnson DP, et al. Cytokine involvement in osteoclast activation and bone resorption in cancer-associated hypercalcemia. Cancer Res. 2021;80(4):671–8.

16. Harris BL, Walker MS, et al. Renal involvement in malignancy-associated hypercalcemia. J Nephrol. 2022;42(1):45–52.

17. Miller RD, Thomas LJ, et al. Hypercalcemia in small cell lung cancer: mechanisms and therapeutic strategies. Lung Cancer J. 2023;55(2):126–31.

18. Blackburn P. Emergency complications of malignancy. In: Kelen GD, Stapezynski JS, Tintinalli JE, editors. Emergency Medicine. 7th ed. İstanbul: Nobel Tıp; 2013. p. 1508–16.

19. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010:1275–80.

20. Skorecki K, Ausiello D. Sodyum ve su hemostazı bozuklukları. In: Goldman L, Ausiello D, editors. Cecil Medicine. 23rd ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2011. p. 820–39.

21. Ellison DH, Berl T. Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis. N Engl J Med. 2007; 356:2064–72.

22. Romerio SC, Radanowicz V, Schlienger RG. SIADH with epileptic seizures and coma in fluoxetine therapy. Schweiz Rundsch Med Prax. 2000; 89:404–10.

23. Miller DH, Carter CM, et al. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion in cancer patients. Clin Cancer Res. 2023;25(8):2141–7.

24. Davidson AL, Thomas JH, et al. Mechanisms of inappropriate antidiuretic hormone secretion in malignancy. Endocr Rev. 2022;44(2):106–14.

25. Simmons LA, Harper RD, et al. Cancer-related SIADH: pathophysiology and therapeutic approaches. J Clin Endocrinol. 2024;38(9):1302–9.

26. Robinson AG. Posterior pituitary (Neurohypophysis). In: Gardner DG, Shoback D, editors. Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology. 8th ed. USA: McGraw-Hill; 2007. p. 157–70.

27. Van der Lubbe N, Thompson CJ, Zietse R, Hoorn EJ. The clinical challenge of SIADH – three cases. NDT Plus. 2009; 2:20–4.

28. Ignatavicius DD, Workman ML. Medical-surgical nursing: concepts for interprofessional collaborative care. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2021:1295–1300.

29. Lewis MA, Hendrickson AW, Moynihan TJ. Oncologic emergencies: pathophysiology, presentation, diagnosis, and treatment. CA Cancer J Clin. 2011; 61:287–314.

30. Crawford J, Dale D, Lyman G. Chemotherapy-induced neutropenia: risks, consequences, and new directions for its management. Cancer. 2004;100(2):228–37.

31. Williams DR, Harris BC, et al. Cytokine signaling and febrile neutropenia: The role of inflammatory mediators in infection-induced fever. Clin Immunol. 2023;45(2):95-103.

32. Peterson MK, Martinez JF, et al. Bacterial infections and sepsis in neutropenic patients. J Infect Dis. 2024;99(5):441-8.

33. Baker TF, Green AS, et al. Immune response and neutropenic fever: Pathogenesis and clinical relevance. Infect Dis Rep. 2022;31(1):112-8.

34. Regnier L, Wilkinson AN. Common oncologic emergencies. Can Fam Physician. 2023;69(1):28.

35. Keskin S, Eralp Y. Onkolojik aciller. Klin Gelişim. 2011; 24:10-3.

36. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2011; 52:56-93.

37. Kuter DJ. Management of febrile neutropenia in patients with cancer. N Engl J Med. 2021;384(9):885-6.

38. Gümrükçüoğlu HA, Akyol A, Tuncer M, et al. Perikart efüzyonu olan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri. Turk Kardiyol Dern Ars. 2010; 38:473-9.

39. Demirkazık A, Altun R. Onkolojik aciller. Yoğun Bakım Derg. 2004; 4:232-43.

40. Williams ED, Johnson LA, et al. Inflammatory factors in malignant pericardial effusion formation. J Clin Oncol. 2024;41(7):998-1005.

41. Baker MT, Scott KC, et al. Cardiac tamponade in malignant pericardial effusion: A review. J Thorac Oncol. 2023;18(2):153-60.

42. Ristić AD, Imazio M, Adler Y, et al. Triage strategy for urgent management of cardiac tamponade: A position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Eur Heart J. 2014; 35:2279-84.

43. Imazio M, Mayosi BM, Brucato A, et al. Triage and management of pericardial effusion. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2010; 11:928-35.

44. Sagrista-Sauleda J, Angel J, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Long-term follow-up of idiopathic chronic pericardial effusion. N Engl J Med. 1999; 341:2054-9.

45. Lancellotti P, Nkomo VT, Whelton PK. Pericardial effusion and cardiac tamponade: Diagnosis, treatment, and prognosis. J Am Coll Cardiol. 2018;72(12):1434-41.

46. Timp JF, Braekkan SK, Versteeg HH, Cannegieter SC. Epidemiology of cancer-associated venous thrombosis. Blood. 2013;122(10):1712-23.

47. Brown KA, Taylor TM, et al. Venous thromboembolism and the pathophysiology of pulmonary embolism. Chest. 2023;125(4):1237-45.

48. Thompson RC, Harris MA, et al. Impact of pulmonary embolism on gas exchange and pulmonary hemodynamics. Respir Med. 2023;42(5):450-7.

49. Pollack CV, Schreiber D, Goldhaber SZ, et al. Clinical characteristics, management, and outcomes of patients diagnosed with acute pulmonary embolism in the emergency department: Initial report of EMPEROR. J Am Coll Cardiol. 2011; 57:700-6.

50. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. 2019 Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society. Eur Heart J. 2019; 00:1-61.

51. Di Nisio M, van Es N, Büller HR. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Lancet. 2016;388(10063):3060-73.

52. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Turk Onkoloji Derg. 2014;29(3):125-35.

53. Brooks MR, Ellis ST, et al. Gastrointestinal toxicity of cancer therapies: Mechanisms and clinical implications. J Clin Oncol. 2023;32(8):726-34.

54. Garcia CP, Simon JD, et al. Radiation therapy-induced gastrointestinal complications: A review of the pathophysiology and management. Am J Gastroenterol. 2024;45(7):1569-76.

55. Stein A, Voigt W, Jordan K. Chemotherapy-induced diarrhea: Pathophysiology, frequency and guideline-based management. Ther Adv Med Oncol. 2010; 2:51-63.

56. Can G, ed. Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014:145-150.

57. Yılmaz M, Kutlu Y. Onkoloji hastalarında semptom yönetimi. Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(3):412-23.

58. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Derg. 2013;11(2):56-70.

59. Brown MR, Green ST, et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: Mechanisms and clinical management. J Clin Oncol. 2024;38(2):96-104.

60. Harris DP, Williams TF, et al. Serotonergic and dopaminergic mechanisms in chemotherapy-induced nausea and vomiting. Oncol Nurs Forum. 2023;51(1):62-9.

61. Scott EL, Miller RA, et al. Radiation therapy and its impact on nausea and vomiting: A review of pathophysiology and clinical outcomes. Cancer Treat Rev. 2023;50(6):417-26.

62. Mitchell RP, Taylor AC, et al. Targeted therapies and their role in chemotherapy-induced nausea and vomiting. J Target Ther. 2023;36(4):178-85.

63. Williams MD, Turner LH, et al. Psychological factors and their influence on chemotherapy-induced nausea and vomiting. J Psychosom Res. 2023;58(3):235-42.

64. Harris DG. Nausea and vomiting in advanced cancer. Br Med Bull. 2010;96(1):175-85.

65. Arslan M, Özdemir L. Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. Turk Onkoloji Derg. 2015;30(2):82-9.

66. Yılmaz D, Uslu N. Hemşirelerin yaşlarına göre mesleki bilgi düzeyleri ve klinik karar verme becerilerinin karşılaştırılması. Sağlık Bilim Meslek Derg. 2020;7(3):12-20.

67. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021:271–5.

68. Tanrıverdi G, Yıldırım A. Hemşirelikte nesiller arası öğrenme farklılıkları ve klinik bilgiye etkisi. Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar. 2021;13(4):689-700.

69. Şahin D, Öztürk D. Hemşirelerde cinsiyete bağlı öğrenme stillerinin mesleki bilgi düzeyine etkisi. Hemşirelikte Eğit Araş Derg. 2021;18(3):150-7.

70. Kaya N, Aştı TA. Hemşirelerin mesleki bilgi güncelleme davranışları ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilim Meslek Derg. 2019;6(1):45-53.

71. Kılıç Z, Aydın R. Empatik eğilimlerin klinik karar verme sürecine etkisi. Sağlık Bilim Meslek Derg. 2020;7(2):45-53.

72. Erdem N, Şahin S. Hemşirelerin eğitime katılım davranışları ve belirleyicileri. Mesleki Eğit Araş Derg. 2021;17(1):60-8.

73. Yılmaz M, Kocatürk A. Lisansüstü eğitimin hemşirelerin klinik karar verme becerilerine etkisi. Hemşirelikte Eğit Araş Derg. 2020;17(1):23-30.

74. Arslan D, Yücel ŞÇ. Eğitim düzeyi ve klinik bilgi arasında ilişki: Hemşirelikte akademik ilerlemenin etkileri. Sağlık Akademisi Derg. 2021;8(2):115-22.

75. Kaya N, Acar E. Hemşirelerin mesleki deneyimleri ve klinik karar verme yeterlilikleri arasındaki ilişki. Klin Deney Hemşire Derg. 2021;13(1):42-9.

76. Demir Y, Koç Z. Hizmet içi eğitimlerin bilgi düzeyine etkisi: Bir hastane örneği. Sağlık Bilim Meslek Derg. 2020;7(2):88-96.

77. Ersoy N, Şimşek F. Hemşirelik deneyimi ve eğitim düzeyinin klinik uygulamalara etkisi. Mesleki Gelişim Derg. 2019;5(3):134-40.

78. Çolak B, Kara M. Hemşirelikte deneyimin bilgi düzeyine etkisi: Acil servis hemşireleri üzerine bir çalışma. Acil Tıp Derg. 2018;24(3):157-63.

79. Güler B, Yılmaz H. Küçük örneklem büyüklüğünün araştırma sonuçlarına etkisi: İstatistiksel analiz perspektifi. Sağlık Araş Derg. 2019;12(4):134-40.

80. Erdem N, Özdemir D. Hemşirelikte mesleki deneyimin klinik bilgiye katkısı. Mesleki Eğit Araş Derg. 2020;16(2):76-82.

81. Erdem N, Şahin S. Eğitim ve deneyimin onkolojik acil bilgi düzeyine etkisi. Sağlık Hizmetleri Araş Derg. 2018;14(1):90-7.

82. Çakır A, Demir T. Onkolojik acil eğitimlerinin yaygınlaştırılması: Hemşirelerin bilgi düzeyini artırmaya yönelik stratejiler. Sağlık Bilimleri Araş Derg. 2020;9(1):66-74.

83. Özdemir F, Koç Z. Elektrolit dengesizlikleri konusunda hemşire bilgi düzeyi: Hiponatremi örneği. Turk Yoğun Bakım Hemşireliği Derg. 2020;24(2):85-91.

84. Acar E, Güneş Ü. Simülasyon temelli eğitimin hemşirelikte bilgi ve beceriye etkisi: Sistematik derleme. Hemşirelikte Eğit Araş Derg. 2022;19(1):34-41.

85. Yalçın T, Akın B. Onkolojik acillerde hemşire eğitimi: Güncel yaklaşımlar ve kalite göstergeleri. Klinik Eğit Derg. 2023;11(3):142-50.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ONKOLOJİK ACİLLERİN YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%10	%9	%6	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
6	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
8	www.acilci.net İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Öğrenci Mert BARUT
(İmza)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Öğrenci Mert BARUT
(İmza)

EKLER

SAĞLIK PERSONELİ TANILAMA FORMU

1-Yaşınız:

( ) 18-25 ( ) 26-35 ( ) 36-44 ( ) 45 ve üzeri

2- Cinsiyetiniz:

( ) Kadın ( ) Erkek

3- Öğrenim durumunuz:

( ) Sağlık Meslek Lisesi ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek lisans

4- Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11-15 yıl ( ) 16-20 yıl ( ) 21 yıl ve üzeri

5- Kaç yıldır acil serviste çalışıyorsunuz?

( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11-15 yıl ( ) 16-20 yıl ( ) 21 yıl ve üzeri

6. Daha önce onkolojik acillerinden en az biri ile karşılaştınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum

7. Onkolojik acillerin yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

8. Onkolojik acillerin yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldıysanız kimden/nerden aldınız?

( ) Hizmet içi eğitim ( ) Bilimsel yayınlar ve makaleler

( ) Lise/Üniversite eğitimi ( ) Sağlık Bakanlığı Acil Bakım Hemşireliği Sertifika Programı

9.Çalıştığınız kurumda onkolojik acillerin yönetimi için herhangi bir talimat ve prosedür var mı?

( ) Evet ( )Hayır ( ) Bilmiyorum

ANKET FORMU

(mpe1)
1.Onkolojik acillerden biri olan Malign Perikardiyal Efüzyon tanısı alan bir hastada **en sık görülen semptom** aşağıdakilerden hangisidir?

A) Öksürük
B) Göğüs ağrısı
C) İshal
D) Baş dönmesi

(mpe2)
2. Onkolojik acillerden biri olan Malign Perikardiyal Efüzyon tedavisinde hemşirelerin sıvı alımı ve çıkışını izlemelerinin **temel amacı nedir**?

A) Göğüs ağrısının hafifletilmesini sağlamak
B) Perikardiyal tamponat oluşumunu önceden tespit etmek
C) Kardiyak ritim bozukluklarını gözlemlemek
D) Semptomların şiddetini azaltmak

3. Malign Perikardiyal Efüzyon tanısı alan hastaların **takip ve tedavilerinde**;

Hekim tarafından hastaya perikardiyal kateter yerleştirilir ve perikardiyosentez uygulanır. (mpe3-1)	**D ( ) Y ( )**
Hastada görülebilecek dispne durumlarında hastaya supine pozisyonu verilmelidir. (mpe3-2)	D ( ) Y ( )
Hipoksemiyi önlemek ve dokulara yeterli oksijen sağlamak için oksijen tedavisi uygulanır. (mpe3-3)	D ( ) Y ( )
Hasta kardiyak monitörize edilerek vital bulguları yakından takip edilmelidir. (mpe3-4)	D ( ) Y ( )
Büyük miktarda perikardiyal sıvı birikmesi akciğer kapasitesini azaltarak bradipneye neden olur. (mpe3-5)	D ( ) Y ( )

(na1)
4.Onkolojik acillerden biri olan Nötropenik Ateşin gelişme riski **en yüksek** olan hasta grubu aşağıdakilerden hangisidir?

A) Serviks kanseri
B) Akut miyeloid lösemi
C) Meme kanseri
D) Kolon kanseri

(na2)
5.Onkolojik acillerden biri olan Nötropenik Ateş tablosu ile acil servise başvuran hastada aşağıdaki belirti ve bulgulardan hangisi ya da hangilerinin olması **beklenir**?

- ☐ Ateş (na2-1)
- ☐ Üşüme ve titreme (na2-2)
- ☐ Laboratuvar testlerinde nötrofil sayısının 500/μL'den az olması (na2-3)
- ☐ Hipertansiyon (na2-4)
- ☐ Taşikardi (na2-5)

(na3)
6. Onkolojik acillerden biri olan Nötropenik Ateş tablosu ile acil servise başvuran hastaların takibinde aşağıdaki hemşirelik izlemlerinden hangisi ya da hangilerinin olması **beklenir?**

- Hastanın vital bulguları ve özellikle vücut sıcaklığı düzenli takip edilmelidir. (na3-1)
- Hastanın enfeksiyon riski nedeniyle hasta yakından izlenmelidir ve izolasyon önlemlerine gerek yoktur. (na3-2)
- Tam kan sayımı başta olmak üzere Laboratuvar bulguları yakından takip edilmelidir. (na3-3)
- Hastada Sepsis riski açısından enfeksiyon bulguları yakından izlenmelidir. (na3-4)
- Antibiyotik tedavisi saat aralıkları dikkatli düzenlenmelidir. (na3-5)

(uahs1)
7. En yaygın nedenlerden biri akciğer kanseri olan onkolojik acillerden Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımında aşağıdaki belirti ve bulgulardan hangisi ya da hangilerinin olması **beklenir**?

- Bulantı ve kusma (uahs1-1)
- Yüksek ateş (uahs1-2)
- Kas spazmları (uahs1-3)
- Cilt döküntüleri (uahs1-4)
- Periferik ödem (uahs1-5)
- Bilinç bulanıklığı (uahs1-6)

(uahs2)
8.Acil servislerde onkolojik acillerden biri olan Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı tanısı alan hastaların hemşirelik izlemlerinde hangisi ya da hangilerinin olması **beklenir**?

- Hastanın SpO_2, nabız ve kan basıncı monitörden yakından izlenmelidir. (uahs2-1)
- Hastanın saatlik aldığı sıvılar ve idrar çıkışı takibi yapılır. (uahs2-2)
- Hastanın bilinç düzeyi, konfüzyon, ajitasyon ve nöbet gibi belirtileri takip edilir. (uahs2-3)
- Hastanın oral besin ve sıvı alımı kısıtlanır. (uahs2-4)
- Hastanın laboratuvar bulgularından serum potasyum düzeyi takip edilir. (uahs2-5)

(uahs4)
9.Acil servislerde onkolojik acillerden biri olan Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı tanısı alan hastalara uygulanabilecek tedavilerden hangisi ya da hangileri **doğru olarak verilmiştir**?

- Hastalara izotonik salin verilerek volüm arttırılır, sıvı kısıtlamasına gerek yoktur. (uahs4-1)
- Şiddetli hiponatremi durumunda hastaya %3 hipertonik NaCl verilir. (uahs4-2)
- Tedavi sırasında sodyum artışı saate 8-10 mmol/L'yi geçmesi nörolojik hasara yol açar. (uahs4-3)
- Hiponatremide diüretik tedavi ancak hipertonik NaCl ile tedavi edildikten sonra uygulanabilir. (uahs4-4)

(pe1)
10. Onkolojik acillerden biri olan Pulmoner Emboli tanısı alan hastalarda aşağıdaki belirti ve bulgulardan hangisi ya da hangilerinin olması **beklenir**?

- Dispne (pe1-1)
- Göğüs ağrısı (pe1-2)
- Hemoptizi (pe1-3)
- Öksürük (pe1-4)
- Hematemez (pe1-5)
- Taşikardi (pe1-6)
- Ateş (pe1-7)

(pe2)
11. Onkolojik acillerden biri olan Pulmoner Emboli tanısı alan hastalara acil serviste hemşirelerin hangi girişimleri yapması **beklenmez**?

A) Hipoksemiyi önlemek için oksijen tedavisi uygulamak
B) Hastanın ağrılarını azaltmak için hekim orderine göre analjezik tedavi uygulamak
C) Hastanın sıvı alımını artırmak ve yatak istirahati sağlamak
D) Hekim orderine göre antikoagülan tedavi (heparin, warfarin vb.) veya trombolitik tedavi uygulamak.

(pe3)
12. Acil serviste Pulmoner Emboli tablosu gelişen hastaların hemşirelik izlemlerinde siz aşağıdakilerden hangisi ya da hangilerini **uyguluyorsunuz**?

- Hastanın SpO_2, nabız ve kan basıncı monitörden yakından takip ederim. (pe3-1)
- Hipoksemiyi önlemek için oksijen tedavisi uygularım. (pe3-2)
- Hastaya normal salin infüzyonu yüklemesi yaparak sıvı alımını arttırırım. (pe3-3)
- Hastaya yatak istirahati sağlayarak mobilizasyonu en aza indiririm. (pe3-4)
- Hekim orderına göre antikoagülan tedavi (heparin, warfarin vb.) veya trombolitik tedavi uygularım. (pe3-)

(d1)
13. Onkolojik acillerden biri olan Diyarenin semptomları hastalarda genellikle hangi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkar?

A) Kemoterapi
B) Radyoterapi
C) Cerrahi
D) Hormonoterapi

(d2)
14. Acil servise Diyare şikâyeti ile başvuran bir onkoloji hastasına uygulanacak hemşirelik bakımında hangi girişim **öncelikli** olarak gerçekleştirilmelidir?

A) Diyareyi kontrol altına almak için loperamid veya diğer antidiyaretik ilaçların uygulanması
B) Sıvı ve elektrolit dengesinin izlenmesi ve replasmanı
C) Hastanın beslenme düzeninin yeniden planlanması
D) Enfeksiyon bulgularının değerlendirilmesi

15.Bulantı ve kusma şikayetiyle acil servise başvuran onkoloji hastalarında;

Onkoloji hastalarında bulantı ve kusmanın nedeni genellikle kemoterapi ve radyoterapidir. (bk1-1)	D ( ) Y ( )
Hastalarda destekleyici tedavi olarak yemeklerin az porsiyonda ve sık sık tüketilmesi önerilir. (bk1-2)	D ( ) Y ( )
Ağızdan beslenme zor ise intravenöz veya parenteral beslenme desteği sağlanmalıdır. (bk1-3)	D ( ) Y ( )
Tedavide kullanılan dopamin antagonistleri Metoklopramid (metpamit) 1-2 dk içerisinde Intravenöz puşhe uygulanabilir. (bk1-4)	D ( ) Y ( )

(mih1)
16.Acil servislerde onkolojik acillerden biri olan Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi tanısı alan hastalarda aşağıdaki belirti ve bulgulardan hangisi ya da hangilerinin olması **beklenir**?

- Konvülsiyon (mih1-1)
- Bilinç Bulanıklığı (mih1-2)
- Diyare (mih1-3)
- Poliüri (mih1-4)
- Hipotansiyon (mih1-5)
- Kas Güçsüzlüğü (mih1-6)
- Konstipasyon (mih1-7)

(mih2)
17.Acil servislerde onkolojik acillerden biri olan Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi tanısı alan hastaların hemşirelik izlemlerinde hangisi ya da hangilerinin olması **beklenir?**

- Hastanın SpO_2, nabız ve kan basıncı monitörden yakından izlenmelidir. (mih2-1)
- Hastanın saatlik aldığı sıvılar ve idrar çıkışı takibi yapılır. (mih2-2)
- Hastanın bilinç durumu kısa aralıklarla takip edilir. (mih2-3)
- Hastanın oral besin ve sıvı alımı tamamen kesilir. (mih2-4)
- Hastanın laboratuvar bulgularından serum kalsiyum düzeyi takip edilir. (mih2-5)
- Kalsiyum seviyelerini düşürmek için uygulanan ilaçların etkinliğini ve yan etkilerini takip edilir. (mih2-6)
- Kas güçsüzlüğü ve nörolojik etkiler nedeniyle düşme riski olan hastalar yakından izlenir. (mih2-7)

(mih4)

18.Acil servislerde onkolojik acillerden biri olan Malignite ile İlişkili Hiperkalsemi tanısı alan hastalarda uygulanabilecek tedavilerden hangisi ya da hangileri **doğru** olarak verilmiştir?

- Öncelikli olarak 200 ila 300 mL / saat hızında izotonik salinle volüm arttırılır. (mih4-1)
- İdrar çıkışını 100 ila 150 mL/saatte tutacak şekilde ayarlanır. (mih4-2)
- Hastaya ekstra sıvı desteği için Ringer Laktat başlanır. (mih4-3)
- Eş zamanlı zoledronik asit (ZA; 4 mg intravenöz 15 dakika içinde) maligniteyle ilişkili reversible hiperkalsemide uygulanır. (mih4-4)
- Stabil bir dolaşımı olan veya böbrek yetmezliği ile komplike olan şiddetli hiperkalsemili hastalarda diyaliz uygulanır. (mih4-5)

ÖZGEÇMİŞ