Agri 2020;32(2):61–71
doi: 10.14744/agri.2019.95770

KLİNİK ÇALIŞMA / ORIGINAL ARTICLE

Kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmetlerinin etkisinin değerlendirilmesi: Semptom düzeyi ve bakım memnuniyeti açısından bir karşılaştırma

An evaluation of palliative care service effect in patients with cancer diagnosis: Comparison in terms of the symptom level and care satisfaction

Meltem SAYGILI,[1] Yusuf ÇELİK[2]

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmeti almanın, semptom ve memnuniyet düzeyine etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, Palyatif Bakım Merkezi'nde (PBM) hizmet alan 60 ve kamu hastanesinde genel bakım hizmeti alan 59 kanser tanılı hastayla gerçekleştirildi. İki farklı hastanede sunulan hizmetlerin etkisini değerlendirmede; Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Avrupa Kanser Tedavisi ve Araştırmaları Organizasyonu Bakım Memnuniyet Ölçeği (EORTC-INPATSAT32) kullanıldı. Veriler, SPSS ve Excel programları kullanılarak; sayı ve yüzde dağılımları, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ve tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi yöntemleriyle analiz edildi.

Bulgular: PBM'de hizmet alan hastaların semptom şiddetlerinin, daha yüksek olduğu belirlendi. Bir hafta ara ile gerçekleştirilen semptom değerlendirilmesinde, hastaneler arasında "yorgunluk, bulantı ve solunum güçlüğü" semptomları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) ve genel bakım hizmeti alan hastaların bütün semptomlarında daha fazla iyileşme gerçekleştiği belirlendi. Ancak, PBM'de hizmet alan hastaların ortalama memnuniyet düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu ve hastaneler arasındaki genel memnuniyet düzeyi farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Kanser hastaları açısından, PBM'de palyatif bakım alınması, bir kamu hastanesinde genel bakım hizmeti almaya kıyasla, semptom seviyelerinin azaltılmasında daha az etkilidir, ancak daha yüksek hasta memnuniyeti sağlamaktadır.

Anahtar sözcükler: Hasta memnuniyeti; palyatif bakım; semptom değerlendirmesi.

Summary

Objectives: The aim of this study was to evaluate the effect of palliative care on the symptom level assessment and satisfaction of patients diagnosed with cancer.

Methods: The study was carried out with 60 cancer patients who received service at a palliative care center (PCC) and 59 cancer patients who received general care services at a public hospital. The effect of the services provided at the 2 hospitals was evaluated using the Edmonton Symptom Assessment System and the European Organisation for Research and Treatment of Cancer In-patient Satisfaction with Care Questionnaire. The data were analyzed to determine number and percentage distributions, the significance of differences between 2 peers, and 2-way analysis of variance in repetitive measurements.

Results: It was determined that the symptom severity of the PCC patients was greater. In a 1 week interval, greater improvement was observed in all of the symptoms of the patients who received general care, and the evaluation revealed a statistically significant difference between the hospitals in terms of fatigue, nausea, and dyspnea ($p<0.05$). However, the mean satisfaction of the patients who received services at the PCC was higher, and the difference in the general satisfaction level between hospitals was statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: The palliative care provided to cancer patients at the PCC was less effective in reducing symptom levels compared with the results from patients of general care at a public hospital, but provided greater patient satisfaction.

Keywords: Palliative care; patient satisfaction; symptom assessment.

Keywords: Patient satisfaction; palliative care; symptom assessment.

[1]Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Kırıkkale
[2]Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara
[1]*Department of Health Management, Kırıkkale University Faculty of Health Sciences, Kırıkkale, Turkey*
[2]*Department of Health Management, Hacettepe University Faculty of Economics and Administrative Sciences, Ankara, Turkey*

Başvuru tarihi *(Submitted)* 16.04.2019 Düzeltme sonrası kabul tarihi *(Accepted after revision)* 11.10.2019 Online yayımlanma tarihi *(Available online date)* 25.03.2020

İletişim *(Correspondence):* Dr. Meltem Saygılı. Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Kırıkkale, Turkey.
Tel *(Phone):* +90 - 318 - 357 42 42 / 7732 **e-posta *(e-mail):*** meltemsaygili@kku.edu.tr

© 2020 Türk Algoloji Derneği

Giriş

Kanser insidansı ve mortalitesi dünya çapında hızla artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tahminlerine göre; 2018 yılında dünya çapında 18.1 milyon yeni kanser vakası görülmüş ve 9.6 milyon kanser nedenli ölüm gerçekleşmiştir.[1] Dünya nüfusunun 2030 yılında 8.3 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Bu artışın yanı sıra 2030'lu yıllarda nüfusun önemli ölçüde yaşlanacağı da öngörülmektedir. Yaşlanma, kanser yükü açısından önemli bir hususdur. Ayrıca tüm dünyada, nüfusun büyüklüğünde ve yaş dağılımında bir değişiklik olmasa bile, kanser insidans oranlarında bir artış söz konusudur. Eldeki verilere dayalı tahminlere göre; demografik değişimler ve kanser insidansında yıllık %1'lik artış öngörülmekte, 2030 yılında yaklaşık olarak yıllık 26.4 milyon yeni kanser vakası ve 17 milyon kanser kaynaklı ölüm gerçekleşmesi beklenmektedir.[2] Türkiye'de 2017 yılında yayınlanan kanser raporuna göre; 2014 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246.8 kadınlarda ise yüz binde 173.6'dır. Her iki cinsiyet için, toplam kanser insidansı ise yüz binde 210.2'dir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2014 yılında Türkiye'de toplam 163 bin kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur.[3] Palyatif bakım, kanserli hastalar ve diğer kronik ölümcül hastalar için dünya çapında acil ve insani bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyaç özellikle, hastalığı şu anda ileri evrede olan ve tedavi şansı az olan hastalar arasında daha fazladır.[4] Kanser hastalığını tedavi etmek, tüm kanser tedavisi planlarının yalnızca bir boyutudur. Kapsamlı bir kanser tedavisi, destekleyici ve palyatif bakım olmadan gerçekleştirilemez.[2]

DSÖ, "palyatif bakım" terimini ilk olarak 1989 yılında tanımlamıştır. 2002 yılında ise bu tanım yetişkinler ve çocuklar için ayrı ayrı revize edilerek yayınlanmıştır. Yetişkinler için yapılan tanıma göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden bir hastalık problemiyle karşı karşıya kalan hasta ve ailesinin ağrı ve diğer fiziksel, psiko-sosyal ve manevi problemlerinin erken tanınması, kusursuz bir değerlendirme ve tedavi ile acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla yaşam kalitesinin geliştirilmesini ele alan bir yaklaşımdır.[5] Bu konudaki literatür, palyatif bakımın semptom yükünü azalttığı, hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeylerini artırdığına yönelik kanıtlar sağlamaktadır.[6–8] Hasta memnuniyeti, sunulan sağlık hizmetleri kalitesinin kilit bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır.[9] Onkolojik hastalar için; teşhis, tedavi, destekleyici bakım ve rehabilitasyon aşamalarında ilerlerken, hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin giderek daha karmaşık ve çok disiplinli bir hal alışı, hastaların aldıkları hizmete dair memnuniyetlerini sürekli izlemeyi ve memnuniyetsizliğin var olduğu alanları belirleyerek iyileştirmelerin yapılmasını gerekli kılmaktadır.[10]

Palyatif bakım hizmetleri bireysel hasta ihtiyaçlarına bağlı olarak değişen farklı modellerle sunulmaktadır. Örneğin birinci basamak sağlık kurumlarında (in primary care setting) palyatif bakım hizmetleri konusunda uzmanlığı olmayan sağlık personeli tarafından ve ileri hastalık tedavisinin verildiği kurumlar ile birinci basamak sağlık kurumlarının entegrasyonu (evde bakım hizmetleri) şeklinde yapılırken, ikinci basamak sağlık kurumlarında semptom yönetimi olarak sunulur. Konularında uzman multidisipliner palyatif bakım hizmeti ekipleri ise, hastanelerde, hospislerde veya palyatif bakım merkezlerinde, daha karmaşık bakım ihtiyacı olan hastalara çoğunlukla yaşam sonu bakım sunmaktadırlar.[11]

Türkiye'de ise, 2010 yılında başlatılan Palya-Türk projesi ile palyatif bakım hizmetleri için üç seviyeli bir organizasyon yapısı oluşturulmuştur. Bu organizasyonda yer alan merkezler aşağıda sıralanmıştır:[12] Birinci Seviye Palyatif Bakım Merkezleri: Aile hekimleri, evde sağlık ekipleri ve sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler bu merkezler arasında yer alır. İkinci ve Üçüncü Seviye Merkezler: Bu merkezler, aile hekimleri tarafından yönetilemeyen akut, kronik veya sub-akut palyasyon ihtiyacı olan, ciddi semptomlara sahip hasta ve ailelerinin bakımından sorumludur. Palyatif bakım merkezlerinde (KPBM) ise semptomları yönetmek için doktor gözetiminde eğitimli sağlık personeli tarafından farmakolojik, non-farmakolojik ve inançsal tedaviler uygulanmakta, temel hastalığa yönelik küratif tedaviler ise; palyatif bakım biriminde (PBB); ağırlıklı olarak ayakta poliklinik hizmeti ve ayakta kemoterapi hizmeti şeklinde verilmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı; palyatif bakım hizmeti almanın kanser hastalarının semptom düzeylerine ve memnuniyet seviyelerine etkisini ortaya koymak ve farklı kurumlarda sunulan kanserli hasta bakımının etkileri açısından bir karşılaştırma yapmaktır. Bu amaçla belirtilen kurumlarda yatarak hizmet alan

kanser tanılı hastaların semptomları; hastaneye ilk kabullerinde ve bir hafta sonrasında ölçülmüş; ayrıca memnuniyet düzeyleri taburculuk öncesi değerlendirilerek, verilen hizmetin etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma amacına ulaşabilmek için; bir kamu hastanesinin kapsamlı palyatif bakım merkezinde yatarak hizmet alan ve palyatif bakım merkezi olmayan ancak kanserli hastalara farklı birimlerde (dahiliye, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, üroloji vb.) hizmet veren başka bir kamu hastanesinde yatarak hizmet alan kanser tanılı hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.11.2014 tarih ve 16969557-1211 sayılı etik kurul izni ve araştırmanın yürütüleceği kurumlardan gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Araştırma örneklemine araştırmaya katılımı gönüllü olarak kabul eden hastalar dahil edilmiştir. Yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak veriler elde edilmiştir. Görüşme öncesi hastalar veya gereği durumunda yasal temsilcilerine araştırma hakkında bilgi verilmiş, daha önce oluşturulmuş olan "katılımcı bilgilendirme ve onam formu" doldurularak izin alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu 2008 prensiplerine uygun bir şekilde yürütülmüştür.

Araştırma örneklemine seçilecek hastaların bağımlılık düzeyi ve bakım ihtiyacı açısından benzer olmasını sağlamak amacıyla; Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Skalası kullanılarak, hastaların bağımlılık düzeyleri ölçülmüş ve elde edilen puanlara göre bağımlılık düzeyi "orta ve üst düzey" olan hastalar araştırma örneklemine dahil edilmiştir. Ayrıca; yetişkin (18 yaş ve üstü) olma, bilinci açık olma ve soruları cevaplayabilecek yetilere sahip olma kriterleri kullanılmıştır. Şubat 2015–Haziran 2016 tarihleri aralığında gerçekleştirilen bu araştırmanın örneklemini bu kriterleri karşılayan toplam 119 hasta oluşturmuştur (n Genel Bakım=59, n PBM= 60).

Rush-Medicus Hasta Sınıflandırma Skalası; hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Skalada hastanın hemşireye olan bağımlılığını tanımlayan 29 parametre bulunmaktadır. Her bir parametre hastanın hemşireye olan bağımlılık düzeyine göre puanlandırılmıştır. Hasta için doldurulan formda hastanın aldığı puanlar toplanarak hangi bağımlılık grubuna girdiği bulunmaktadır.[13,14] Elde edilen puanlara göre; 0–24 puan=bağımsız hasta, 25–48 puan=alt düzey bağımlı hasta, 49–120 puan=orta düzey bağımlı hasta ve 121 ve üstü puan=üst düzey bağımlı hasta olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada hasta semptomlarını değerlendirmek için Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek; Bruera ve ark. (1991)[15] tarafından kanser hastalarında yaygın olarak görülen dokuz semptomun değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş ve Kurt Sadırlı ve Ünsar tarafından 2009 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Ölçekte; her bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar olan sayısal puanlarla değerlendirilmektedir. 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermektedir. Semptomun değerlendirilmesinde en önemli kural (altın kural) hastanın kendi ifadesine göre semptomun şiddetini belirten numarayı işaretlemesidir. Kurt Sadırlı ve Ünsar (2009)[16] tedavi öncesi semptomların Chronbach's alfa güvenirlik katsayısını 0.83; tedavi sonrası için ise 0.76 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinin alfa güvenirlik katsayısı ilk değerlendirme için 0.74, ikinci değerlendirme için 0.79 olarak hesaplanmıştır. Ölçek hastanın hastaneye kabul edildiği ilk gün ve bir hafta sonrasında olmak üzere iki defa uygulanmıştır. İkinci değerlendirmede örnekleme alınan bazı hastaların, vefat etmesi, yoğun bakıma ya da farklı bir kuruma sevkleri gerçekleştirilmesi nedeniyle toplamda 112 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların ilk ve ikinci semptom skorları arasındaki fark, alınan bakım hizmetinin değerlendirilmesinde kullanılmış ve hastaların semptom skorlarında bir azalma meydana gelmiş ise bu durum hasta sonuçlarında bir iyileşme olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada sunulan hizmetin hastalar üzerine etkisini değerlendirmek için kullanılan bir diğer faktör ise hasta memnuniyetleridir. Bu amaçla, Avrupa Kanser Tedavisi ve Araştırmaları Organizasyonu tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye çevrilen "Avrupa Kanser Tedavisi ve Araştırmaları Organizasyonu, Bakım Memnuniyet Ölçeği (The European Organization for Research and Treatment of Cancer In EORTC Satisfaction With Care Module, EORTC IN-PATSAT32)'nde yer

alan sorulardan oluşan anket formu kullanılmıştır.[17] Ölçekte yer alan sorulara verilen yanıtlar (1=Kötü, 2=Fena Değil, 3= İyi, 4=Çok İyi ve 5= Mükemmel) 5'li Likert ölçekle değerlendirilmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ve Excel programları kullanılarak analiz edilmiştir. Hastaların sosyo-demografik özellikleri sayı ve yüzde dağılımlarıyla incelenmiştir. Semptom değerlendirme ölçeği (ESTÖ) için, araştırma örneklemine dahil edilen kanser hastalarının ilk ve son semptom değerlendirmeleri arasında fark olup olmadığı iki eş arasındaki farkın önemlilik testi (Paired-Samples "t" testi) uygulanmıştır. Ayrıca, semptom ölçeğinin tekrar uygulanabildiği hastalar için (n Genel Bakım= 55, n PBM= 57) "tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi" ile, ilk ve son semptom skorları arasında hizmet alınan hastaneler açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. İki farklı hastaneden hizmet alan kanser hastalarının memnuniyet düzeyleri arasında fark olup olmadığını belirlemek için ise "iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test)" uygulanmıştır.

Bulgular

Araştırma örneklemine alınan hastaların 59'u (%49.6) kamu hastanesi dahiliye, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, üroloji servislerinde genel bakım hizmeti almaktayken, 60'ı (%50.4) PBM'den palyatif bakım hizmeti almaktadır. Hastalara ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde; örnekleme dâhil edilen hastaların %57.1'inin erkek, %63'ünün evli, %57.9'unun 66 yaş ve üstü yaş grubunda, %39.5'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hastalar bakım gereksinimlerine göre gruplandırıldığında ise; %69,7'sinin bağımlılık düzeyi orta seviyede iken, %30'unun üst düzey bakım gereksinimi olan hastalardan oluştuğu belirlenmiştir. Bağımlılık düzeyi üst seviyede olan hastaların büyük çoğunluğu PBM'den hizmet almaktadır. Kanser türlerine göre bir değerlendirme yapıldığında hastaların en fazla sindirim sistemi kanseri (mide, yemek borusu, karaciğer, safra ve safra yolları, pankreas, kolon) (%33.6), solunum sistemi kanseri (akciğer, bronş, larenks) (%19.3) ve üriner sistem kanseri (böbrek, mesane, prostat) (%17.6) teşhisi ile hizmet aldığı belirlenmiştir. Hastaların %61.3'ü metastatik kanser teşhisi almıştır. Hastaların %47.9'unun 21 günden daha uzun süre hastanede yattığı görülmektedir. Kamu hastanesinde genel bakım alan hastaların yatış günü ortalaması 22.9 gün ve PBM'de hizmet alan hastaların yatış günü ortalaması 35.2 gün olarak hesaplanmıştır. Hastaların %81.5'i destek tedavisi almak üzere hastaneye yatırılmıştır ve %70'inin kanser tanısına eşlik eden en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır.

Palyatif bakım hizmeti alan ve almayan hastalar yaşadıkları semptomlar açısından karşılaştırılmış ve istatistiksel analizler neticesinde elde edilen sonuçlar Tablo 2'de sunulmuştur. Tablo 2 incelendiğinde; PBM'den hizmet alan hastaların semptom şiddetlerinin genel olarak, genel bakım alan hastalara göre daha "yüksek" olduğu belirlenmiştir. Tablo 1'de de görüleceği üzere; genel bakım alan hastaların %94.9'u Rush Medicus ölçeğine göre orta düzey bağımlı iken, palyatif bakım hizmeti alan hastaların %45'i orta düzey bağımlı ve %55'i ise üst düzey bağımlı hastalardan oluşmaktadır.

Genel bakım hizmeti alan hastaların, hastaneye ilk yattıklarında yapılan değerlendirmeye göre en yoğun yaşadıkları semptomların; yorgunluk (ort. 8.2), endişe (ort. 7.2), kendini kötü hissetme (ort. 6.9), üzüntü (6.7), ağrı (ort. 6.6) ve iştahsızlık (ort. 6.6) olduğu görülmektedir. İkinci ölçüm sonuçları değerlendirildiğinde ise, cilt ve tırnaklarda değişiklik ve ellerde uyuşukluk semptomları hariç, bütün semptomlarda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bir gerileme olduğu, bu gerilemenin en fazla "ağrı ve yorgunluk" semptomlarında gerçekleştiği görülmektedir.

PBM'den palyatif bakım hizmeti alan kanser hastalarının ilk semptom değerlendirmeleri sonuçlarına göre en yoğun yaşadıkları semptomların ise; yorgunluk (ort. 9.2), kendini kötü hissetme (ort. 8.2), iştahsızlık (ort. 8) endişe (ort. 7), üzüntü (ort. 6.9) ve ağrı (ort. 6.6) olduğu görülmektedir. İkinci ölçüm sonuçları değerlendirildiğinde ise, yalnızca ağrı, üzüntü, uykusuzluk ve diğer sorunlarla ilgili semptomlarda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bir gerileme olduğu bu gerilemenin en fazla "ağrı" semptomunda gerçekleştiği görülmektedir (Tablo 2).

Hastaların, semptom skorları arasındaki farkların hizmet alınan hastaneler açısından anlamlılık gösterip göstermediği "tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi" ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; genel bakım hiz-

Tablo 1. Sosyo-demografik özelliklerin değerlendirilmesi

	Genel bakım		Palyatif bakım		Toplam	
Sosyo-demografik özellikler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Cinsiyet						
Kadın	22	37.3	29	48.3	51	42.9
Erkek	37	62.7	31	51.7	68	57.1
Medeni durum						
Evli	42	71.2	33	55.0	75	63.0
Evli değil	17	28.8	27	45.0	44	37.0
Yaş 45 yaş ve altı (yaş)	3	5.1	3	5.0	6	5.1
46-55	11	18.6	10	16.7	21	17.7
56-65	13	22.0	10	16.7	23	19.3
66-75	16	27.1	14	23.3	30	25.2
75-85	16	27.1	23	38.4	39	32.7
Eğitim durumu						
Okuryazar değil	15	25.4	10	16.7	25	21.1
Okuryazar	5	8.5	3	5.0	8	6.7
İlkokul	26	44.1	21	35.0	47	39.5
Ortaokul	8	13.6	8	13.3	16	13.4
Lise	3	5.1	8	13.3	11	9.2
Fakülte - yüksekokul	2	3.4	10	16.7	12	10.1
Rush Medicus bağımlılık puanı						
49–120 puan (orta düzey bağımlı)	56	94.9	27	45.0	83	69.7
121 ve üstü (üst düzey bağımlı)	3	5.1	33	55.0	36	30.3
Metastaz durumu/yeri						
Yok	30	50.8	16	26.7	46	38.7
Yakın organ tutulumu	12	20.3	9	15.0	21	17.6
Uzak tutulum	11	18.6	18	30.0	29	24.4
Yaygın çoklu tutulum	6	10.2	17	28.3	23	19.3
Kanser türü						
Solunum sistemi kanserleri	6	10.2	17	28.3	23	19.3
Sindirim sistemi kanserleri	20	33.9	20	33.3	40	33.6
Üriner sistem kanserleri	15	25.4	6	10.0	21	17.6
Meme kanseri	6	10.2	7	11.7	13	10.9
Üreme sistemi kanserleri	4	6.8	1	1.7	5	4.2
Hematolojik kanserler	5	8.5	2	3.3	7	5.9
Diğer kanser türleri	3	5.1	7	11.7	10	8.5
Hastanede kalış süresi (gün)						
3–10	21	35.6	9	15.0	30	25.2
11–20	15	25.4	17	28.3	32	26.9
21–30	9	15.3	9	15.0	18	15.1
31–40	5	8.5	9	15.0	14	11.8
≥41	9	15.3	16	26.7	25	21.0
Tanıdan itibaren geçen süre (ay)						
0–3	23	39.0	10	16.7	33	27.7
4–6	7	11.9	10	16.7	17	14.3
7–12	20	33.9	4	6.7	24	20.2
13–18	3	5.1	7	11.7	10	8.4
19–24	4	6.8	4	6.7	8	6.7
≥25	2	3.4	25	41.7	27	22.7
Şu anda alınan tedavi						
Destek tedavi	37	62.7	60	100	97	81.5
Kemoterapi	19	32.2	0	0.0	19	16.0
Radyoterapi	2	3.4	0	0.0	2	1.7
İlaç tedavisi	1	1.7	0	0.0	1	0.8
Eşlik eden kronik hastalık						
Yok	17	28.8	18	30.0	35	29.4
Var	42	71.2	42	70.0	84	70.6
Toplam	59	100	60	100	119	100

Tablo 2. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinde ilk ve son ölçüm sonuçlarının palyatif bakım modellerine göre karşılaştırılması

	Genel bakım (n=55)				Palyatif bakım (n=57)				Fark (ilk-son ölçüm)			
Edmonton semptom tanılama ölçeği	**İlk değ.**	**Son değ.**	**t**	**p**	**İlk değ.**	**Son değ.**	**t**	**p**	**Genel bakım**	**Palyyatif bakım**	**F**	**p**
Ağrı												
Ortalama	6.6	4.2	6.633	0.000*	6.0	4.5	3.278	0.002*	2.4	1.5	1.872	0.174
Standart sapma	2.9	2.6			3.3	2.9			0.3	0.4		
Yorgunluk												
Ortalama	8.2	6.0	5.990	0.000*	9.2	8.7	1.437	0.156	2.2	0.5	14.136	0.000*
Standart sapma	2.2	2.8			1.3	1.9			-0.6	-0.6		
Bulantı												
Ortalama	4.2	2.3	3.858	0.000*	4.2	3.6	1.308	0.196	1.9	0.6	4.182	0.043*
Standart sapma	3.7	2.6			3.9	3.7			1.1	0.2		
Üzüntü												
Ortalama	6.7	5.8	2.745	0.008*	6.9	5.8	2.588	0.012*	0.9	1.1	0.142	0.707
Standart sapma	2.6	2.8			2.6	2.7			-0.2	-0.1		
Endişe												
Ortalama	7.2	6.4	2.295	0.026*	7.0	6.4	1.558	0.125	0.8	0.6	0.124	0.725
Standart sapma	2.3	2.5			2.7	2.6			-0.2	0.1		
Uykusuzluk												
Ortalama	5.4	4.4	2.513	0.015*	5.1	3.7	2.445	0.018*	1	1.4	0.145	0.704
Standart sapma	3.6	3.7			3.8	3.7			-0.1	0.1		
İştahsızlık												
Ortalama	6.6	5.0	3.688	0.001*	8.0	7.6	0.914	0.364	1.6	0.4	3.512	0.064
Standart sapma	3.2	3.5			2.6	2.8			-0.3	-0.2		
Kendini kötü hissetme												
Ortalama	6.9	5.6	4.075	0.000*	8.2	7.6	1.540	0.129	1.3	0.7	1.473	0.227
Standart sapma	2.1	2.4			1.5	2.8			-0.3	-0.8		
Solunum güçlüğü												
Ortalama	2.8	2.1	2.227	0.030*	3.8	4.2	-0.981	0.331	0.7	-0.4	4.252	0.042*
Standart sapma	3.1	2.9			3.6	3.6			0.2	0		
Cilt ve tırnaklarda değişiklik												
Ortalama	3.9	3.8	0.428	.670	5.4	5.3	0.343	0.733	0.1	0.1	0.000	0.992
Standart sapma	3.3	3.3			2.8	2.5			0	0.3		
Ağız Yarası												
Ortalama	2.8	2.0	2.175	0.034*	2.6	2.0	1.236	0.222	0.8	0.6	0.106	0.745
Standart sapma	3.3	3.1			3.5	2.7			0.2	0.8		
Ellerde uyuşukluk												
Ortalama	2.3	2.1	0.565	0.575	3.6	3.8	-0.380	0.705	0.2	-0.2	0.365	0.547
Standart sapma	3.0	3.0			3.6	3.4			0	0.2		
Diğer sorunlar												
Ortalama	3.2	2.0	2.715	0.009*	4.2	3.0	2.087	0.041*	1.2	1.2	0.012	0.912
Standart sapma	3.6	2.7			3.6	3.3			0.9	0.3		

*Min: 0, Max: 10; *p<0.05.

meti alan kanser hastalarının ilk ve son "yorgunluk" düzeyleri arasındaki farkın (ort. 2.2±-0.6), palyatif bakım hizmeti alan hastaların ilk ve son "yorgunluk" düzeyleri arasındaki farktan (ort. 0.5±-0.6) daha yüksek olduğu ($p<0.05$), "bulantı" düzeyleri arasındaki farkın (ort. 1.9±1.1), palyatif bakım hizmeti alan hastaların ilk ve son "bulantı" düzeyleri arasındaki farktan (ort. 0.6±0.2) daha yüksek olduğu ($p<0.05$) ve "solunum güçlüğü" düzeyleri arasındaki farkın (ort. 0.7±0.2), palyatif bakım hizmeti alan hastaların ilk ve son "yorgunluk" düzeyleri arasındaki farktan (ort. -0.4±0) daha yüksek olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar genel bakım hizmeti alan hastalarda, PBM'de hizmet alan hastalara göre yorgunluk, bulantı ve solunum güçlüğü semptomlarında daha fazla gerileme olduğunu, ancak bu semptomların dışında kurumlar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($p>0.05$).

Tablo 3'te farklı hastanelerde hizmet alan kanser hastalarının bu hastanelerde sunulan tıbbi bakım ile ilgili memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmıştır. Tablo 3 incelendiğinde, palyatif bakım hizmeti alan hastaların doktorlar ile ilgili memnuniyet düzeyi (ort. 3.8±1.0) ile hemşirelerle ilgili memnuniyet düzeyinin (ort. 3.6±0.8), genel bakım hizmeti alan kanserli hastalara göre daha "yüksek" olduğu görülmektedir. Ancak, gerçekleştirilen t testi sonuçlarına göre; hastaların doktorlar ile ilgili memnuniyet düzeyleri ile hizmet alınan hastaneler arasında istatistiksel bir fark bulunamazken ($p>0.05$), hemşireler ile ilgili memnuniyet düzeylerinin hizmet alınan hastanelere göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.05$) belirlenmiştir. Ortalamalar değerlendirildiğinde bu farkın; PBM'de hizmet alan hastalardan kaynaklandığı ve hemşirelerin bakım ile ilgili verdikleri bilgi, tedavi hakkında verdikleri bilgi, çağırıldıklarında karşılık verme hızları ve hastaya ayırdıkları zaman başlıklarında olduğu görülmektedir.

Hastaların genel hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeyleri hizmet alınan hastaneler açısından karşılaştırıldığında ise; "Bakım sağlayan kişiler arasındaki bilgi alışverişi", "Hastaneye yatış sırasında verilen bilgi", "Hastaneden çıkış sırasında verilen bilgi", "Farklı bölümlere giderken yol bulma kolaylığı" ve "Bina ortamı (temizlik, genişlik, sessizlik, vb.)" sorularına verilen yanıt ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturduğu ($p<0.05$) ve ortalamalar değerlendirildiğinde hastaların PBM'deki genel hastane hizmetlerinden daha memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tartışma

Bu araştırma; palyatif bakım hizmeti almanın, kanser tanılı hastaların semptom ve memnuniyet düzeyleri üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir ve önemli bulgular elde edilmiştir. Öncelikle, palyatif bakım hizmeti alan hastaların semptom şiddetlerinin ve bağımlılık düzeylerinin genel olarak, genel bakım alan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. PBM'de hizmet alan hastaların birçoğunun, genel bakım alan hastalara göre daha yüksek metastatik ve yaygın çoklu kanser tutulumu (%58.3) olan kanser türlerine sahip olmaları ve yaşamlarının son dönemlerini yaşadıkları bir dönemde olmaları nedenleriyle semptom skorlarının yüksek olması beklendik bir durum olarak düşünülebilir. Yapılan araştırmalar palyatif bakım alan kanser hastalarının genel sağlık statüsünün ve fiziksel fonksiyonların kötü olduğunu, özellikle ağrı ve yorgunluk semptomlarının yoğun olduğunu ve fiziksel fonksiyonların yaşam sonuna doğru daha da kötüleştiğini göstermektedir ($p<0.01$).[18]

Alınan hizmetin hasta semptomları üzerindeki etkisi bir haftalık aralıkla değerlendirildiğinde; "genel bakım" alan hastalarda cilt ve tırnaklarda değişiklik ve ellerde uyuşukluk semptomları hariç, bütün semptomlarda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bir gerileme olduğu, bu gerilemenin en fazla "ağrı" ve "yorgunluk" semptomlarında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Oysa palyatif bakım merkezinde hizmet alan hastalarda yalnızca "ağrı, üzüntü, uykusuzluk ve diğer sorunlarla" ilgili semptomlarda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bir gerileme olduğu ve bu gerilemenin yine en fazla "ağrı" semptomunda gerçekleştiği belirlenmiştir. Bu sonucun elde edilmesinde, palyatif bakım merkezinde hizmet alan hastaların semptom şiddetlerinin, yaşlarının ve bağımlılık düzeylerinin, genel bakım alan hastalara göre yüksek olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Konu ile ilgili hem dünyada hem de Türkiye'de palyatif bakım hizmeti almanın kanser tanılı hastaların semptom düzeylerine olumlu yansıdığını gösteren[19–25] pek çok çalışma mevcuttur ve elde ettiğimiz bulguyu desteklemektedir. Verilen hizmetin hastaların semptom skorlarına etkisi incelendiğinde ise; özellikle "yorgunluk, bulantı ve solunum güçlüğü" semptomlarının değişimi açısından

Tablo 3. Alınan tıbbi bakım hizmeti memnuniyetinin değerlendirilmesi

	Genel bakım (n=59)		Palyatif bakım (n=60)			
	Ort.	**SS**	**Ort.**	**SS**	**t**	**p**
Doktorlar						
1 Hastalığınızla ilgili bilgi ve deneyimleri	3.5	1.0	3.8	0.8	-1.601	0.112
2 Sağladıkları tedavi ve tıbbi gözetim	3.6	1.0	3.8	0.8	-1.437	0.153
3 Fiziksel sorunlarınıza gösterdikleri ilgi	3.5	1.1	3.8	0.9	-1.384	0.169
4 Tüm endişelerinizi dinleme konusundaki isteklilikleri	3.5	1.1	3.8	0.9	-1.480	0.142
5 Size kişisel olarak gösterdikleri ilgi	3.5	1.1	3.8	0.9	-1.386	0.168
6 Size sağladıkları rahatlık ve destek	3.6	1.1	3.8	0.8	-1.564	0.121
7 Hastalığınız hakkında size verdikleri bilgi	3.4	1.2	3.8	1.0	-1.775	0.078
8 Tıbbi tahlilleriniz hakkında size verdikleri bilgi	3.4	1.2	3.6	1.1	-1.129	0.261
9 Tedaviniz hakkında size verdikleri bilgi	3.4	1.2	3.6	1.1	-1.044	0.299
10 Yaptıkları muayenelerin /konsültasyonların sıklığı	3.4	1.1	3.7	1.0	-1.588	0.115
11 Muayene/konsültasyon sırasında size ayırdıkları zaman	3.5	1.1	3.8	1.0	-1.550	0.124
Toplam	**3.5**	**1.1**	**3.8**	**0.9**	**-1.534**	**0.128**
Hemşireler ve bakım personeli						
12 Fiziksel kontrollerinizi yapma biçimleri (ateşinizi ölçme, nabzınızı tutma vb.)	3.6	0.9	3.8	0.8	-1.235	0.219
13 Bakımınızı yapma biçimleri	3.7	0.8	3.8	0.8	-0.600	0.549
14 Fiziksel rahatlığınıza gösterdikleri özen	3.5	0.9	3.7	0.8	-1.185	0.238
15 Size kişisel olarak gösterdikleri ilgi	3.5	0.9	3.7	0.9	-0.952	0.343
16 Size sağladıkları rahatlık ve destek	3.5	1.0	3.7	0.8	-1.034	0.303
17 İnsani özellikleri (kibarlık, saygı, nezaket, sabır vb.)	3.5	0.8	3.7	0.8	-1.239	0.218
18 Tıbbi tahlilleriniz hakkında size verdikleri bilgi	3.1	1.2	3.2	1.2	-0.596	0.552
19 Bakımınız hakkında size verdikleri bilgi	2.9	1.3	3.5	1.1	-2.742	0.007*
20 Tedaviniz hakkında size verdikleri bilgi	2.9	1.3	3.4	1.1	-2.264	0.025*
21 Zili çaldığınızda size karşılık verme hızları	3.4	1.0	3.8	0.8	-2.013	0.046*
22 Size ayırdıkları zaman	3.2	1.1	3.6	1.0	-2.036	0.044*
Toplam	**3.4**	**0.9**	**3.6**	**0.8**	**-1.711**	**0.090**
Genel hastane hizmetleri						
23 Bakımınızı sağlayan kişiler arasındaki bilgi alışverişi	3.4	0.9	3.8	0.8	-2.357	0.020*
24 Teknik, hasta kabul ve laboratuvar personelinin nezaket ve yardımseverliği	3.4	0.8	3.7	0.9	-1.548	0.124
25 Hastaneye yatışınız sırasında verilen bilgi	2.6	1.4	3.3	1.2	-3.086	0.003*
26 Hastaneden çıkışınız sırasında verilen bilgi	2.5	1.4	3.3	1.2	-3.034	0.003*
27 Tıbbi tahlillerin sonuçlarını almak için beklemeniz gereken süre	3.5	0.9	3.6	0.8	-0.694	0.489
28 Tıbbi tahlillerin ve/veya tedavilerin uygulanma hızı	3.5	0.9	3.7	0.7	-1.588	0.115
29 Erişim kolaylığı (park etme, ulaşım araçları, vb.)	3.1	1.0	3.3	1.0	-1.339	0.183
30 Farklı bölümlere giderken yol bulma kolaylığı	3.2	1.1	3.6	0.8	-2.215	0.029*
31 Bina ortamı (temizlik, genişlik, sessizlik vb.)	3.2	1.1	3.8	0.8	-3.286	0.001*
32 Genel olarak, hastanede kaldığınız süre içerisinde gördüğünüz bakımı nasıl değerlendirirsiniz?	3.5	0.8	3.8	0.7	-2.358	0.020*
Toplam	**3.2**	**0.8**	**3.6**	**0.7**	**-3.001**	**0.003***

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; *p<0.05; **Min: 1, Max: 5.

bakım verilen kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) ve genel bakım hizmeti alan hastaların bu semptomlarında daha fazla gerileme yaşadığı belirlenmiştir.

Bu araştırmanın bir diğer önemli amacı ise; kanser hastalarının aldıkları tıbbi bakım ile ilgili memnuniyet düzeylerinin belirlenmesidir. Onkolojik hizmetlerde hasta memnuniyetini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar; hasta başına düşen hemşire ve hekim sayısı, bakım verilen kurumun büyüklüğü, coğrafi-kültürel farklılıklar, hizmet alınan servisin türü, hizmet alınan hastanenin türü (üniversite/eğitim ve araştırma hastanesi vb.), tedavinin toksisitesi, hastanın genel sağlık statüsü, klinik araştırmalara katılım ve hastanın eğitim seviyesi ile hemşire ve doktorların kişilerarası iletişim düzeyi ve hastalara bilgi sağlamaları, erişilebilirlikleri[10] şeklinde sıralanmaktadır. Ayrıca, hastanede sağlık hizmeti sağlayan ekibin hastalara karşı insan onuruna yakışır ve saygılı davranışları; bakım ile ilgili konsültasyonlar, mevcut hastalıklar ve tedavinin içeriği konusunda bilgilendirme yapılması; palyatif bakım ekibinin ağrı ve semptom kontrolü ile ilgili yeterlilikleri ve kültürel değer ve inançlara saygı duyulması hastalarda yüksek düzeyde memnuniyet oluşturmaktadır.[24]

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre; PBM'de hizmet alan hastaların doktorlar ve hemşireler ile ilgili memnuniyet düzeyi ortalamaları; kamu hastanesinde genel bakım hizmeti alan kanser tanılı hastalara göre daha yüksek seviyededir. Literatürde palyatif bakım hizmetlerinden memnuniyetin yüksek olduğunu gösteren benzer çalışmalar yer almaktadır.[26–28] Örneğin, Hannon ve diğerleri (2013)[29] palyatif bakım memnuniyetini değerlendirdikleri araştırmalarında hem hastaların hem de aile üyelerinin palyatif bakım hizmetlerinden yüksek düzeyde memnun oldukları, ancak hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir ($p<0.02$).

Araştırmamızda hasta memnuniyetinin alt boyutları (doktorlar, hemşireler ve diğer bakım personeli, genel hastane hizmetleri) hizmet alınan hastaneler açısından ele alınarak bir değerlendirme yapıldığında; hastaların doktorlar ile ilgili memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir. Ancak hemşireler ile ilgili memnuniyet düzeyleri; "hemşirelerin bakım ile ilgili verdikleri bilgi, tedavi hakkında verdikleri bilgi, çağırıldıklarında karşılık verme hızları ve hastaya ayırdıkları zaman" açısından hizmet alınan hastanelere göre farklılık ($p<0.05$) göstermektedir. Palyatif Bakım merkezinde hizmet alan hastaların hemşirelik bakımından daha memnun oldukları ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalar, kanser hastalarında bilgilendirme konusundaki memnuniyetin, hastalarda daha iyi yaşam kalitesi ile sonuçlandığını[30] ve daha düşük depresyon ve anksiyete seviyesi sağladığını[31] göstermektedir. Ayrıca bilginin sağlanması biçimi, palyatif bakım hizmetlerinden duyulan memnuniyeti etkilemede önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır, çünkü hastalar ve onların bakımlarıyla ilgilenen aile üyeleri sıkıntılı bir süreç yaşamaktadırlar, içinde bulundukları durumla ilgili deneyimleri yoktur ve ne beklemeleri gerektiği konusunda herhangi bir fikre sahip değildirler.[32] Dolayısıyla bu hastalar tıbbi bilgi ve psiko-sosyal destek alma ihtiyacı içinde olduğu için, bakımın ve aldıkları hizmetin daha kişilerarası yönlerine odaklanmaktadırlar. Nitekim, yapılan araştırmalar yaşam kalitesinin alt boyutlarından biri olan duygusal fonksiyonun, palyatif kanser hastaları arasında hasta memnuniyetinin önemli bir belirleyicisi olduğunu ve duygusal destek düzeyi arttıkça, genel memnuniyet düzeyinin arttığını göstermektedir.[33] Son olarak, araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, PBM'de hizmet alan hastaların "hemşirelerinden ve genel hastane hizmetlerinden" ($p<0.05$) daha çok memnun olduğunu göstermektedir. PBM'de görev yapan hemşirelerin, semptom düzeyleri yüksek kanser tanılı hastaların bakımı konusunda daha tecrübeli, bilgili ve eğitimli olmalarının bu sonuçla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç

Araştırmadan elde edilen bulgular; palyatif bakım merkezinde hizmet almanın kanser tanılı hastaların semptom düzeylerinde, kamu hastanesinde genel bakım hizmeti almaya göre daha az iyileşme gerçekleştirmesine rağmen, hastaları daha yüksek düzeyde memnun ettiğini göstermektedir. Ancak palyatif bakım hizmetleri çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gereken bir bakım modelidir. Hasta açısından değerlendirildiği kadar, hastaya bakım veren aileler açısından ve sosyal güvenlik kurumuna maliyetleri açısından kapsamlı bir değerlendirme yapmak gerekir. Nitekim günümüzde Türkiye'de Palyatif Bakım Merkezleri yapılanması yeni oluşum süreci içerisin-

dedir ve palyatif bakım hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumuna olan maliyetleri şu aşamada oldukça yüksektir. Palyatif bakım hizmetlerinin hastanelere ve Sosyal Güvenlik Kurumuna maliyetleri göz önüne alındığında, hastalara bu profesyonel bakımı hastane dışında, evde veya hastanelerden bağımsız palyatif bakım merkezlerinde hemşirelik bakım hizmetleri ağırlıklı olarak sunmanın daha maliyet etkili olacağı ve hastalar ve bakım veren aile üyeleri açısından daha memnuniyet verici olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar hastaların memnuniyet düzeyinin en fazla hemşirelik bakım hizmetleri ile ilgili olduğunu göstermektedir. Palyatif bakım özel bir uzmanlık alanıdır ve burada çalışacak personelin, ekip anlayışı içerisinde hastayı bir bütün olarak değerlendirebilmesi, ağrı ve semptom yönetimi ve etkili iletişim konularında iyi bir eğitim alması gerekmektedir. Palyatif bakım hizmetlerinin ev ortamında veya hastane dışında kapsamlı palyatif bakım merkezlerinde sunulması, palyatif bakım hizmeti sunacak profesyonel multidisipliner ekiplerin oluşturulması ve eğitimlerinin sağlanması, evde sunulacak ise; hastanın bakım ortamının tıbbi bakımı destekleyecek şekilde düzenlenmesi, hasta ve bakım veren aile üyeleri ile iletişimin yüksek seviyede tutularak, bakım ve tedavi süreçleri hakkında yeterince bilgilendirmesi ve alınan kararlara katılımının sağlanması önerilmektedir. Bir diğer önemli konu ise; hastane dışında, evde veya hastanelerden bağımsız palyatif bakım merkezlerinde sunulacak bu hizmetlerin Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası kapsamında sunulması gerekliliğidir. Bu durum hastalar ve onlara bakım veren aile üyeleri açısından hizmete erişimi kısıtlamayacak ve bakım masraflarının katastrofik sağlık harcamalarına dönüşmesi engellenmiş olacaktır.

Etik Kurul Onayı: Araştırmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.11.2014 tarih ve 16969557-1211 sayılı etik kurul izni ve araştırmanın yürütüleceği kurumlardan gerekli kurumsal izinler alınmıştır.

Çıkar çatışması: Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. 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.
2. Boyle P. Levin B. World cancer report 2008. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2008. p. 76–81.
3. Şencan İ. Keskinkiliç B. Turkey cancer statistics 2014. Ankara, Turkey: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2017. p. 36–44.
4. World Health Organization. Cancer Control: Knowledge İnto Action: WHO Guide For Effective Programmes. Geneva, Switzerland; World Health Organization; 2007. p. 2–15.
5. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva, Switzerland; World Health Organization; 2014. p. 4–9.
6. Hatziandreu E, Archontakis F, Daly A. The potential cost savings of greater use of home- and hospice based end of life care in England. London: RAND. 2008.
7. Nickolich MS, El-Jawahri A, Temel JS, LeBlanc TW. Discussing the Evidence for Upstream Palliative Care in Improving Outcomes in Advanced Cancer. Am Soc Clin Oncol Educ Book 2016;35:e534–8.
8. Zambrano SC, Fliedner MC, Eychmüller S. The impact of early palliative care on the quality of care during the last days of life: what does the evidence say? Curr Opin Support Palliat Care 2016;10(4):310–5.
9. Draper M, Cohen P, Buchan H. Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? Int J Qual Health Care 2001;13(6):463–8.
10. Brédart A, Coens C, Aaronson N, Chie WC, Efficace F, Conroy T, et al; EORTC Quality of Life Group and EORTC Quality of Life Unit. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. Eur J Cancer 2007;43(2):323–30.
11. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. BMC Med 2017;15(1):102.
12. Ozgul N, Gultekin M, Koc O, Goksel F, Bayraktar G, Ekinci H, et al. Turkish community-based palliative care model: a unique design. Ann Oncol 2012;23 Suppl 3:76–8.
13. Dieter Haussmann RK, Hegyvary ST, Newman JF, Bishop AC. Monitoring quality of nursing care. Health Serv Res 1974;9(2):135–48.
14. Zaybak A, Güneş ÜY, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. J Anatolia Nurs Health Sci 2012;15(1):48–54.
15. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. J Clin Oncol 2010;28(25):4013–7.
16. Sadırlı SK, Ünsar S. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) in Patients with Cancer: The Turkish Study of Validity and Reliability. Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi 2009;4(11):79–95.
17. Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, D'Haese S, et al; European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group and Quality of Life Unit. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC

IN-PATSAT32). Eur J Cancer 2005;41(14):2120–31.
18. Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser P, Szecsenyi J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. BMC Palliat Care 2016;15:4.
19. Ciemins EL, Blum L, Nunley M, Lasher A, Newman JM. The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach. J Palliat Med 2007;10(6):1347–55.
20. Hanson LC, Usher B, Spragens L, Bernard S. Clinical and economic impact of palliative care consultation. J Pain Symptom Manage 2008;35(4):340–6.
21. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, Sansoni E, Amadori D. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment system. J Pain Symptom Manage 2005;30(4):367–73.
22. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadıoğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Agri 2015;27(2):104–10.
23. Leppert W, Majkowicz M, Forycka M, Mess E, Zdun-Ryzewska A. Quality of life assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. Onco Targets Ther 2014;7:687–95.
24. Chand P, Gabriel T, Wallace CL, Nelson CM. Inpatient palliative care consultation: describing patient satisfaction. Perm J 2013;17(1):53–5.
25. Pinto C, Firth AM, Groeneveld EI, Guo P, Sykes N, Murtagh FE. Patients' views on care and their association with outcomes in palliative care. Palliat Med 2019;33(4):467–9.
26. Smallwood N, Moran T, Thompson M, Eastman P, Le B, Philip J. Integrated respiratory and palliative care leads to high levels of satisfaction: a survey of patients and carers. BMC Palliat Care 2019;18(1):7.
27. García AR. [Pesticides in the tropical agricultural economy systems: Evaluation of present knowledge of the problem]. [Article in Spanish] Rev Biol Trop 1976;24(1 Suppl):69–77.
28. Turriziani A, Attanasio G, Scarcella F, Sangalli L, Scopa A, Genualdo A, et al. The importance of measuring customer satisfaction in palliative care. Future Oncol 2016;12(6):807–13.
29. Hannon B, Swami N, Krzyzanowska MK, Leighl N, Rodin G, Le LW, et al. Satisfaction with oncology care among patients with advanced cancer and their caregivers. Qual Life Res 2013;22(9):2341–9.
30. DeRouen MC, Smith AW, Tao L, Bellizzi KM, Lynch CF, Parsons HM, et al; AYA HOPE Study Collaborative Group. Cancer-related information needs and cancer's impact on control over life influence health-related quality of life among adolescents and young adults with cancer. Psychooncology 2015;24(9):1104–15.
31. Husson O, Mols F, van de Poll-Franse LV. The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. Ann Oncol 2011;22(4):761–72.
32. Aspinal F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. J Adv Nurs 2003;42(4):324–39.
33. Aboshaiqah A, Al-Saedi TS, Abu-Al-Ruyhaylah MM, Aloufi AA, Alharbi MO, Alharbi SS, et al. Quality of life and satisfaction with care among palliative cancer patients in Saudi Arabia. Palliat Support Care 2016;14(6):621–7.