

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MESLEKLERARASI SİMÜLASYON EĞİTİMİNİN
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİDE PALYATİF BAKIM
YETERLİLİKLERİNİN KAZANDIRILMASINA ETKİSİ**

Fatma USLU ŞAHAN

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2018

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MESLEKLERARASI SİMÜLASYON EĞİTİMİNİN
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİDE PALYATİF BAKIM
YETERLİLİKLERİNİN KAZANDIRILMASINA ETKİSİ

Fatma USLU ŞAHAN

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

ANKARA

2018

ONAY SAYFASI

Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım

Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi

Fatma USLU ŞAHAN

Danışman: Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

Bu tez çalışması 13.07.2018 tarihinde jürimiz tarafından “Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Aygöl AKYÜZ
(Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye:

Prof. Dr. Melih ELÇİN
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Üye:

Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi)

Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

02 Ağustos 2018

Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan *“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”* kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- X Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

06/08/2018

Fatma USLU ŞAHAN

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Fusun TERZİOĞLU'nun danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Fatma USLUŞAHAN

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimime başladığım ilk günden bu yana emeğini, deneyimini, ilgisini ve yardımını esirgemeyen, tez çalışması süresince desteğini her zaman üzerimde hissettiğim, vizyonumu şekillendiren ve sosyal yaşantıma verdiği önemli ve destekleyici katkılarından dolayı değerli hocam Prof. Dr. Sayın Füsün Terzioğlu'na

Tez çalışmasının oluşturulması ve yürütülmesinde bilgi, görüş ve önerileri ile destek olan Prof. Dr. Sayın Aygül Akyüz ve Prof. Dr. Sayın Melih Elçin'e

Tez çalışmasının uygulama aşamasına desteklerini esirgemeyen ve öğrenciler ile bilgi ve deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Sayın Murat Gültekin'e, Dr. Öğr. Üyesi Sayın Müge Demir'e, Uzm. Hem. Sayın Ferhan Çetin Şeref'e, Uzm. Dyt. Sayın Şeniz Öztürk'e ve Sosyal Hizmet Blm. Uzm. Sayın Melis Kaya'ya

Lisansüstü eğitim yaşamım boyunca desteğini esirgemeyen, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan değerli arkadaşım Aslı Er Korucu'ya,

Tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen değerli Hocam Öğr. Gör. Dr. Handan Boztepe'ye ve arkadaşlarım Cansu Akdağ Topal'a, Merve Mert Karadağ'a, Sevda Yıldırım'a ve Ayşe Sevim Akbay'a

Tez çalışmama katılmayı kabul ederek, çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlayan değerli öğrencilere,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu zorlu süreçte de fedakarlıktan kaçınmayan, tezimin her aşamasında bana destek olan, yüreklendiren, moral veren, evlatları olduğum için kendimi hep çok şanslı hissettiğim annem ve babama; varlıklarıyla hayatıma mutluluk ve huzur veren kardeşlerime,

Tanıdığım ilk günden bu yana, yaşamımın her alanında beni destekleyen, sevgisinden, sabrından ve hayata bakış açısından ilham aldığım değerli eşim Haluk Furkan Şahan'a,

Doktora tez araştırmamı (Proje No: 117S900) 1002 Hızlı Destek Programı kapsamında desteklediği için Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu'na (TÜBİTAK),

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Fatma USLU ŞAHAN

ÖZET

Uslu Şahan, F., Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018.

Bir eğitim müdahale çalışması olarak gerçekleştirilen araştırmada nicel ve nitel veri toplama yöntemleri ve veri analizinin bir arada olduğu karma yöntem kullanılmıştır. Araştırmanın nicel bölümü, mesleklerarası simülasyon eğitiminin öğrencilerin jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerine, disiplinlerarası eğitim algısına ve ekip çalışması tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrol müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nitel bölümü, öğrencilerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüş, düşünce ve önerileri belirlemek amacıyla odak grup görüşmeleri yapılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, 2016-2017 öğretim yılı bahar döneminde Hacettepe Üniversitesi'nin üçüncü sınıf Hemşirelik Fakültesi'nden 22 öğrenci, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 23 öğrenci, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü'nden 22 öğrenci ve dördüncü sınıf Tıp Fakültesi'nden 17 öğrenci olmak üzere toplam 84 öğrenci oluşturmuş ve öğrenciler dört gruba ayrılmıştır. Tüm öğrenciler "Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi"ne katılmış, eğitimden bir hafta sonra müdahale gruplarına yüksek geçerlikte simülasyon, hibrit simülasyon ve her iki simülasyon yöntemi birlikte uygulanmış, kontrol grubuna alınan öğrencilere hiç bir simülasyon yöntemi uygulanmamıştır. Araştırmanın nicel verileri, Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu, Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu, Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği, Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği ile toplanmıştır. Veri toplama araçları öğrencilere eğitim öncesinde, simülasyon uygulamalarından hemen sonra ve simülasyon uygulamasından 3 ay sonra uygulanmıştır. Müdahale gruplarında yer alan öğrencilere simülasyon uygulamaları sırasında Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi uygulanmıştır. Araştırmanın nitel bölümü müdahale gruplarında yer alan 27 öğrenci ile gerçekleştirilmiş, müdahalelerden bir hafta sonra Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi kullanılarak nitel veriler toplanmıştır. Nicel veriler tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, tek yönlü varyans analizi, tekrarlı ölçümlerde ANOVA ve Bonferroni Post-Hoc testi ile; nitel veriler tümevarım yaklaşımı kullanılarak içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada, mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının öğrencilerin palyatif bakım yeterlilikleri ($p=0,001$), disiplinlerarası eğitim algısı ($p=0,001$) ve ekip çalışması tutumları ($p=0,012$) toplam puan ortalamalarını anlamlı düzeyde arttırdığı belirlenmiştir. Müdahalelerden bir hafta sonra gerçekleştirilen nitel görüşmeler sonucunda öğrencilerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve farkındalıklarının arttığı, ekip çalışmasının önemini daha iyi anladıkları, lisans eğitim müfredatlarında mesleklerarası eğitimin ve bu eğitimde simülasyon kullanımının önemini kavradıkları belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda, mesleklerarası eğitimde yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamaları birlikte kullanıldığı eğitim programlarının, gelecekte birlikte çalışabilecek sağlık meslek gruplarının lisans eğitim müfredatlarına entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mesleklerarası Eğitim; Palyatif Bakım; Jinekolojik Onkoloji; Simülasyon; Disiplinlerarası Eğitim; Ekip Çalışması

Bu araştırma (Proje No: 117S900) 1002 Hızlı Destek Programı kapsamında Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından desteklenmiştir.

ABSTRACT

Uslu Şahan, F., Effect of Interprofessional Simulation Training on Bringing Palliative Care Competencies to Gynecologic Oncology, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Obstetrics-Gynecological Nursing Programme Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2018. In the research carried out as training intervention research, a mixed method, in which quantitative and qualitative data collection methods and data analysis were combined, was used. The quantitative part of the research was conducted as a randomized control intervention study to determine the effect of interprofessional simulation training on palliative care competencies to gynecologic oncology, interdisciplinary education perceptions and teamwork attitudes of the students. The qualitative part of the research was conducted by conducting focus group interviews to in order to determine opinions, thoughts and suggestions of students about the use of simulation in interprofessional gynecologic oncology palliative care training. The sampling of the research consisted of 84 students, 22 third-grade students from Faculty of Nursing, 23 third-grade students from Department of Nutrition and Dietetics, 22 third-grade students from Department of Social Service and 17 forth-grade students from Faculty of Health Science, during the 2016-2017 academic year, spring semester and students were divided into four groups. All students have participated in “Interprofessional Gynecologic Oncology Palliative Care Training”. One week after the training, the intervention groups were applied high fidelity simulation, hybrid simulation and both simulation methods, and no simulation method was applied to the control group students. Qualitative data of the project was collected by Semi Structured Questionnaire Form, Questionnaire for Determining Palliative Care Competencies, Interdisciplinary Education Perception Scale, Teamwork Attitudes Questionnaire. Data collection tools were applied to the students before the training, immediately after the simulation applications and three months after the simulation application. During the simulation exercises for the students in the intervention groups, Gynecologic Oncology Palliative Care Simulation Application Checklist was applied. The qualitative part of the study was conducted with 27 students in the intervention groups, and one week after the intervention, qualitative data were collected using the Semi-structured Focus Group Interview Questionnaire. Quantitative data were assessed by descriptive statistics, chi-square, one-way analysis of variance, repeated measures of ANOVA and Bonferroni post-Hoc test. Qualitative data were assessed by content analysis using the induction approach. In the study, it was determined that high fidelity simulation and hybrid simulations applications in interdisciplinary simulation training were increased students' total point average of palliative care competence ($p = 0.001$), interdisciplinary education perception ($p = 0.001$) and teamwork attitudes ($p = 0.012$). As a result of the qualitative interviews conducted one week after the interventions, it was determined that the students increased their knowledge and awareness about palliative care, understood the importance of team work, understood the importance of interdisciplinary education in undergraduate education curricula and the use of simulation in this training. As a result of the research, it is suggested that the training programs which are used together with high fidelity simulation and hybrid simulations applications in interdisciplinary training should be integrated into the undergraduate education curriculums of the future cooperating health professions.

Keywords: Interprofessional Education; Palliative Care; Gynecologic Oncology; Simulation; Interdisciplinary Education; Teamwork

This study (Project No: 117S900) was supported by 1002-Short Term R&D Funding Program, the Scientific and Technological Research Council of Turkey (TUBITAK).

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xv
ŞEKİLLER	xvi
TABLOLAR	xvii
GRAFİKLER	xix
1.GİRİŞ	1
1.1.Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları/Hipotezleri	5
1.3.1. Nicel Bölüm: Araştırmanın Hipotezleri	5
1.3.2. Nitel Bölüm: Araştırma Sorusu	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Palyatif Bakım	6
2.1.1. Hospis Bakımı	7
2.1.2. Palyatif Bakımın Değerleri	7
2.1.3.Palyatif Bakımın İlkeleri	8
2.1.4.Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım	9
2.2. Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakım	15
2.2.1. Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakımın Önemi	15
2.2.2. Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakımın Etkisi	17
2.3. Palyatif Bakımda Mesleklerarası Ekip ve Ekip Üyelerinin Yeterlilikleri	18
2.3.1. Palyatif Bakımda Mesleklerarası Ekip Çalışması	18
2.3.2. Palyatif Bakımda Ekip Üyelerinin Yeterlilikleri	21
2.4. Mesleklerarası Eğitim	24

2.4.1. Mesleklerarası Eğitimin Tarihçesi	25
2.4.2. Mesleklerarası Eğitimin Hedefleri	27
2.4.3. Mesleklerarası Eğitimin Özellikleri	30
2.4.4. Mesleklerarası Eğitim Uygulamasında Kullanılan Yöntemler	32
2.5. Simülasyon	33
2.5.1. Simülasyonun Tanımı	33
2.5.2. Simülasyonun Tarihçesi	34
2.5.3. Simülasyon Düzeyleri ve Kullanım Örnekleri	34
2.6. Mesleklerarası Eğitimde Simülasyon Eğitiminin Kullanımı	37
2.7. Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Şekli	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	43
3.3.1. Araştırmanın Evreni	43
3.3.2. Örneklem Seçimi	44
3.4. Verilerin Toplanması	47
3.4.1. Veri Toplama Araçları	47
3.5. Araştırmanın Uygulama Süreci	52
3.5.1. Birinci Aşama: Hazırlık	52
3.5.2. İkinci Aşama: Uygulama	58
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	62
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	63
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	63
3.8.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	63
3.8.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	64
4. BULGULAR	67
4.1. Nicel Bulgular	68
4.1.1. Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	68
4.1.2. Öğrencilerin Palyatif Bakım Yeterlilikleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	72

4.1.3. Öğrencilerin Disiplinler Arası Eğitim Algısı Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	77
4.1.4. Öğrencilerin Ekip Çalışması Tutumları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	89
4.2. Nitel Bulgular	101
4.2.1. Öğrencilerin Mesleklerarası Jinekoloji Onkoloji Palyatif Bakım Eğitiminde Simülasyon Kullanımı Konusunda Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Bulgular	102
5. TARTIŞMA	119
6. SONUÇLAR	134
6.1. Nicel Sonuçlar	134
6.1.1. Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı özelliklerine İlişkin Sonuçlar	134
6.1.2. Öğrencilerin Palyatif Bakım Yeterlilikleri Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar	135
6.1.3. Öğrencilerin Disiplinler Arası Eğitim Algısı Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar	136
6.1.4. Öğrencilerin Ekip Çalışması Tutumları Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar	138
6.2. Nitel Sonuçlar	142
6.2.1. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Palyatif Bakım Hakkında Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar	142
6.2.2. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Palyatif Bakım Hizmeti Sunumunda Ekip Yaklaşımı Konusunda Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar	142
6.2.3. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitimi ile İlgili Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar	142
6.2.4. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitiminde Simülasyon Kullanımı ile İlgili Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar	143
6.2.5. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Türkiye’de Palyatif Bakım ile İlgili Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar	144

7. ÖNERİLER	145
8. KAYNAKLAR	146
9. EKLER	162

Ek 1. Simülasyon uygulamaları için Merkez'in kullanılabilmesine yönelik Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı'ndan izi

Ek 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu

Ek 3. Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu

Ek 4. Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği

Ek 5. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Ek 6. Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi

Ek 7. Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi

Ek 8. Palyatif Bakım ve Klinik Simülasyon ile Mesleklerarası Simülasyon Tabanlı Ekip Eğitimi Sertifikası

Ek 9. Doktora Tez Araştırması İle İlgili Ulusal ve Uluslararası Belgeler

Ek 10. International Palliative Care Network Conference_Honorable Mention

Ek 11. Yüksek Geçerlilikte Simülasyon Uygulaması Senaryosu

Ek 12. Hibrid Simülasyon Senaryosu

Ek 13. Jinekolojik Onkolojide Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi Programı

Ek 14. Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi Afişi

Ek 15. Eğitimde Kullanılan Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi Kitapçığı, Yaka Kartı, Kimlik Kartı, Dilek Kartı, Eğitim Katılım Belgesi

Ek 16. Yüksek Geçerlilikte Simülasyon Senaryosu Doğrultusun Ortamın ve Mankenin Hazırlığı

Ek 17. Hibrit Simülasyon Senaryosu Doğrultusun Ortamın ve Standart Hastaların Hazırlığı

Ek 18. “Jinekoloji Onkolojide Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi”nde Konuşmacılara Verilen Teşekkür Belgesi

Ek 19. Araştırmanın Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Ek 20. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İzin Yazısı

Ek 21. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü İzin Yazısı

Ek 22. Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü İzin Yazısı

Ek 23. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İzin Yazısı

Ek 24. Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Merkezi Kullanımına Yönelik Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı İzin Yazısı

Ek 25. Araştırmanın Nicel Bölümü’nün Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 26. Araştırmanın Nitel Bölümü’nün Aydınlatılmış Onam Formu

10. EK TABLOLAR VE GRAFİKLER

Ek Tablo 1. Öğrencilerin çalışma gruplarına ve simülasyon uygulama gruplarına göre randomizasyonu

Ek Tablo 2. Öğrencilerin fakülte/bölümlerine ilişkin bazı düşüncelerinin gruplara göre dağılımı

Ek Tablo 3. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı mevcut işbirliği algısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ek Tablo 4. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları liderlik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ek Tablo 5. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları durum izleme alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ek Tablo 6. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları iletişim alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ek Grafik 1. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı mevcut işbirliği algısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ek Grafik 2. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları liderlik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ek Grafik 3. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları durum izleme alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ek Tablo 4. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları iletişim alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ek Grafik 5. Mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım simülasyon uygulaması kontrol listesi toplam puanının gruplara göre dağılımı

11. ÖZGEÇMİŞ



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASCO	:	American Society of Clinical Oncology
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
HS	:	Hibrit Simülasyon
KETEM	:	Kanser Erken teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
One way ANOVA	:	Tek yönlü varyans analizi
SGO	:	The Society of Gynecologic Oncology
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
T1	:	Eğitim Öncesi
T2	:	Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra
T3	:	Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra
YGS	:	Yüksek Geçerlikte Simülasyon
WPCA	:	Worldwide Palliative Care Alliance
χ^2	:	Çok Gözlü Pearson Ki Kare

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Palyatif bakım modeli	6
2.2.	Palyatif bakımda papyon modeli	7
2.3.	Palyatif bakım ekibi	20
2.4.	Mesleki eğitim ve işbirliği uygulamalarına dair eylem çerçevesi	27
2.5.	Simülasyona dayalı eğitim faaliyetlerinde öğrenenlerin bilgi, beceri ve tecrübe kazanımı için önerilen tipoloji	35
2.6.	Mesleklerarası eğitim ile simülasyon arasındaki ilişki	38
3.1.	Örneklem seçiminden veri analizine kadar örneklem akış şeması	46
3.2.	Araştırmanın akış şeması	58

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
2.1.	PALYA-TÜRK Projesi organizasyon seviyeleri	14
3.1.	Araştırmanın nicel boyutunun örneklem kapsamına alınan öğrenci sayısı ve grupları	45
3.2.	Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının özellikleri	47
4.1.	Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı	68
4.2.	Öğrencilerin palyatif bakım konusunda bilgi almalarına ilişkin bazı özelliklerinin gruplara göre dağılımı	69
4.3.	Öğrencilerin daha önce simülasyon eğitimi alma durumunun gruplara göre dağılımı	71
4.4.	Öğrencilerin palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	72
4.5.	Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	77
4.6.	Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	81
4.7.	Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	85
4.8.	Öğrencilerin ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	89

		Sayfa
4.9.	Öğrencilerin ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	93
4.10.	Öğrencilerin ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	97
4.11.	Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular	101
4.12.	İçerik analizi sonucunda oluşturulan kodlar ve temalar	102
Ek 1.	Öğrencilerin çalışma gruplarına ve simülasyon uygulama gruplarına göre randomizasyonu	212
Ek 2.	Öğrencilerin fakülte/bölümlerine ilişkin bazı düşüncelerinin gruplara göre dağılımı	213
Ek 3.	Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı mevcut işbirliği algısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	214
Ek 4.	Öğrencilerin ekip çalışması tutumları liderlik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	215
Ek 5.	Öğrencilerin ekip çalışması tutumları durum izleme alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	216
Ek 6.	Öğrencilerin ekip çalışması tutumları iletişim alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	217

GRAFİKLER

Grafik	Sayfa
4.1. Öğrencilerin palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	76
4.2. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	80
4.3. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	84
4.4. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	88
4.5. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	92
4.6. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	96
4.7. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	100
Ek 1. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı mevcut işbirliği algısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	218
Ek 2. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları liderlik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	219
Ek 3. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları durum izleme alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	220
Ek 4. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları iletişim alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	221
Ek 5. Mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım simülasyon uygulaması kontrol listesi toplam puanının gruplara göre dağılımı	222

1. GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı verilerine göre (2012) dünyada kanser teşhisi alan kadınların %16,31'i, Türkiye’de ise %12,66’sı jinekolojik kanser tanısı almakta ve bu kadınların yaklaşık yarısı kanser nedeni ile yaşamını kaybetmektedir (1). Jinekolojik kanser tedavisindeki gelişmelere rağmen (2,3) tedavi sürecinde yapılan cerrahi girişimler, kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları çoğu zaman yetersiz kalabilmekte (4) hastalık ilerleyebilmekte veya nüks edebilmektedir (2,4). Uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri, özellikle hastalıkla ilişkili semptomlar hastaların (5–8) ve ailelerinin (6) yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Hastalık ve hastalıkla ilgili tedaviler sadece yaşamı tehdit etmekle kalmamakta, kadınların beden imajını, cinsel kimliğini, üreme yeteneğini ve ruhsal durumunu olumsuz etkilemektedir (5,9). Bu açıdan günümüzde tedaviye yanıt vermeyen ilerlemiş ve tekrarlayan jinekolojik kanser vakalarında palyatif bakım ve semptom kontrolüne yönelik ilgi artmıştır (2–4,10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakımı “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım’ olarak tanımlamıştır (11). Palyatif bakım sadece semptom kontrolüne odaklanmamakta hasta ve ailesinin yaşamını olumsuz etkileyen tüm durumları önlemeyi ve acısını hafifletmeyi sağlayan bütüncül bir kanser bakımını ifade etmektedir (12,13). Palyatif bakım hastalığın herhangi bir döneminde başlayabilmekte ve küratif tedavi ile beraber uygulanabilmektedir. Literatürde palyatif bakımın hastanın yaşam kalitesini arttırdığı (14–17), semptom kontrolünü sağladığı (12,15,18), ruhsal durumu üzerine olumlu etkilerinin olduğu (14), yaşam süresini uzattığı (12,14) ve memnuniyetini arttırdığı (15) belirtilmektedir. Hastanın ailesine uygulanan palyatif bakım da ise ailede depresyon görülme sıklığını ve anksiyeteyi azalttığı (19) ve ailenin memnuniyet düzeyini arttırdığı (15) vurgulanmaktadır. Kaliteli palyatif bakım hizmeti, sağlık bakım harcamalarında da azalmaya neden olmaktadır (15,17,20). Jinekoloji Onkoloji Derneği [Society of Gynecologic Oncology (SGO)] 2013 yılında “jinekolojik onkolojide kaçınılması gereken beş test/prosedür” ile ilgili kanıta dayalı önerileri yayınlayarak, ilerlemiş ya da nüks etmiş jinekolojik kanserli kadınlarda temel

palyatif bakım için gecikilmemesini ve uygun olduğunda özel palyatif bakım için refere edilmesini vurgulamıştır (21). Lefkowitz ve arkadaşlarının (2015) hastanede yatan jinekolojik kanserli hastalara uygulanan palyatif bakım konsültasyonu sonrasında semptom yükünü değerlendirdikleri kohort çalışmalarında, orta ve ciddi düzeyde semptom yoğunluğu olan hastalara erken dönemde istenen konsültasyonun hastalarda semptom yükünü azalttığını belirtmişler ve jinekolojik kanserli hastalarda erken dönemde hastaneye yatışın ve semptom yönetimin başlaması gerektiğini vurgulamışlardır (18).

Palyatif bakım uygulamalarını somutlaştırmak ve diğer bakım türlerinden ayırt edebilmek için Amerika Ulusal Konsensus Projesi kapsamında Kaliteli Palyatif Bakım İçin Klinik Uygulama Rehberi yayınlanmıştır. Bu rehberde hasta ve ailesine yönelik sunulacak palyatif bakım hizmetinin eğitilmiş ve mesleklerarası bir ekip tarafından verilmesi gerektiği vurgulanarak, mesleklerarası işbirliğinin önemine dikkat çekilmiştir (13). Literatürde mesleklerarası ekip yaklaşımının hasta ve ailesinin palyatif bakım ihtiyacının giderilmesi için en etkili yöntem olduğu belirtilmektedir (13,22,23). Doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşan mesleklerarası palyatif bakım ekibi, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını değerlendirmekte ve hasta ve ailesinin amaç ve tercihlerine göre bakımı geliştirmekte, uygulamakta ve kapsamlı bir şekilde izlenmesini sağlamaktadır (24). Ancak literatürde mesleklerarası palyatif bakım ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusunda bilgi ve beceri eksikliği vurgulanmakta (25–27) ve bu durumun bakımın kalitesini azalttığı belirtilmektedir (25,26). Dünya Palyatif Bakım Atlasına göre dünyadaki palyatif bakım hizmetlerinin gelişim sıralamasında grup 3b de (palyatif bakım aktivitelerinin yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkeler) yer alan Türkiye’de (28) de palyatif bakım uygulaması konusunda engeller ile karşılaşmaktadır. Palyatif bakım uygulamasında karşılaşılan en önemli engeller arasında sağlık personelinin palyatif bakım konusundaki farkındalıklarının olmaması ve palyatif bakım hizmeti veren sağlık profesyonellerinin lisans eğitimi süresince palyatif bakım eğitimi almamalarından dolayı palyatif bakım konusundaki eğitimlerinin eksik olması belirtilmektedir (26,27,29–31). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusunda bilgi ve becerilerini geliştirebilmek,

farkındalıklarını arttırabilmek için lisans eğitimi içerisinde nitelikli mesleklerarası palyatif bakım eğitimine ihtiyaç vardır.

Mesleklerarası palyatif bakım eğitimi programları palyatif bakım konusunda yeterliliklerin kazanılması için temel eğitim programlarından biridir (32). Mesleklerarası eğitimde ise problem çözme, başarılı iletişim, bilgi ve becerinin öğretilmesi ve geliştirilmesi, hasta merkezli uygulama ve ekip işbirliği ile çalışma gibi yetkinliklerin bir çoğu (33,34) eğitimde yeni ve teknolojik bir yöntem olan simülasyon kullanımı ile geliştirilebilir (34). Mesleklerarası eğitimde simülasyon kullanımı sağlık profesyonellerinin lisans eğitiminde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (24,34–37). Simülasyon sağlık profesyonellerinin uygulamalarında güvenli bir öğrenme ortamı oluşturmakta, hata yaparak öğrenmelerini ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesini sağlamaktadır (34,36–38). Hastaya zarar verme korkusu olmadan eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin gelişimini sağlamakta (38–40), öğrenci memnuniyetini arttırmaktadır (40–43). Ayrıca literatürde simülasyon kullanımının bilgi öğrenimini kolaylaştırdığı (37,42–45), psikomotor becerilerin öğrenimini teşvik ettiği (43,44), teori ve pratik arasındaki boşluğu giderdiği (37,45,46), iletişim becerilerini (36,38,41,43) ve mesleklerarası ekip çalışmasını (36,38,41) geliştirdiği vurgulanmaktadır. Wagler ve arkadaşlarının (2011) hemşirelik ve tıp öğrencilerinde ekip çalışması ve işbirliğinin geliştirilmesini amaçlayan çalışmalarında, palyatif bakımda hasta ve ailesinin yönetimi ile ilgili bir simülasyon eğitimine alınan öğrenciler eğitimin son derece öğretici ve yararlı olduğunu ifade etmişlerdir (41). Literatürde sağlık profesyonellerine (24,35) ve öğrencilere (35,37,40,46–48) yönelik mesleklerarası palyatif bakım eğitiminde simülasyon yönteminin etkinliği vurgulanmaktadır.

Geçtiğimiz yıllarda palyatif bakım hizmeti Türkiye’de kanser kontrol faaliyetlerinin en zayıf parçasını oluştururken, 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’nın en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir (49–51). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Palyatif Bakım Programı hazırlanmış ve palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi konusunda çekirdek bir grup oluşturulması planlanarak bu grupta yer alacak sağlık profesyonelleri arasında doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyenin olması gerektiğini belirtmiştir. Program içerisinde bu sağlık profesyonellerinin mezuniyet öncesi eğitim

müfredatına palyatif bakım konusunun entegre edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır (51). Bununla birlikte Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında, kanser dahil olmak üzere kronik hastalığı olan tüm bireylere verilen palyatif bakım hizmetlerini kapsayan PALLİA-TÜRK adında bir proje hazırlanmıştır (26,50). Projenin uygulanmasında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri olarak sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması gösterilmekte ve kaliteli palyatif bakım hizmeti verilebilmesi için sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusunda eğitimi vurgulanmaktadır (30,50,52). Çünkü ülkemizde palyatif bakım eğitimi sağlık profesyonellerinin (hemşire, doktor, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı) lisans eğitiminde zorunlu ders kapsamında verilmemektedir (27,31,52,53).

Palyatif bakıma ihtiyacı olan hasta ve ailelerinin gereksinimlerinin karşılanabilmesi, ortak bir felsefe geliştiren ve ekip olarak bakımın sorumluluğunu paylaşabilen mesleklerarası bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Palyatif bakım hizmetlerinin sürdürülmesinde en önemli pozisyonda olan hemşireler hasta ve yakınları ile en fazla iletişimde olan, hasta ve ailesinin gereksinimlerini kapsamlı bir şekilde değerlendiren ve bu değerlendirmeler neticesinde ekibi yönlendirebilen ve ekibe liderlik yapabilen sağlık profesyonellerinden biridir. Mesleklerarası palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin birbirlerinin rol ve sorumluluklarını daha iyi anlayabilmeleri ve ekip çalışması sergileyebilmeleri için mesleklerarası bir yaklaşım ile eğitilmeleri gerekmektedir. Mesleklerarası eğitimde öğrencilere güvenli ve etkili bir öğrenme ortamı sağlayan ve aktif bir öğrenme stratejisi olan simülasyonun bir öğrenme stratejisi olarak kullanılması son yıllarda giderek artmıştır. Bu araştırma Hemşirelik ve Tıp Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik ve Sosyal Hizmet Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerin mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım eğitiminde farklı simülasyon yöntemlerinin kullanımının jinekolojik onkoloji palyatif bakım konusunda yeterliliklerine, disiplinlerarası eğitim algılarına ve ekip çalışması tutumlarına etkisi belirlenecektir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırma, mesleklerarası simülasyon eğitiminin öğrencilerin jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerine, disiplinlerarası eğitim algısına ve ekip çalışması tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları/Hipotezleri

1.3.1. Nicel Bölüm: Araştırmanın Hipotezleri

Ana Hipotez

H₁: Mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının öğrencilere jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterlilikleri kazandırılmasında etkisi vardır.

H₂: Mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının öğrencilerin disiplinlerarası eğitim algısının arttırılmasında etkisi vardır.

H₃: Mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının öğrencilerin ekip çalışması tutumlarının arttırılmasında etkisi vardır.

1.3.2. Nitel Bölüm: Araştırma Sorusu

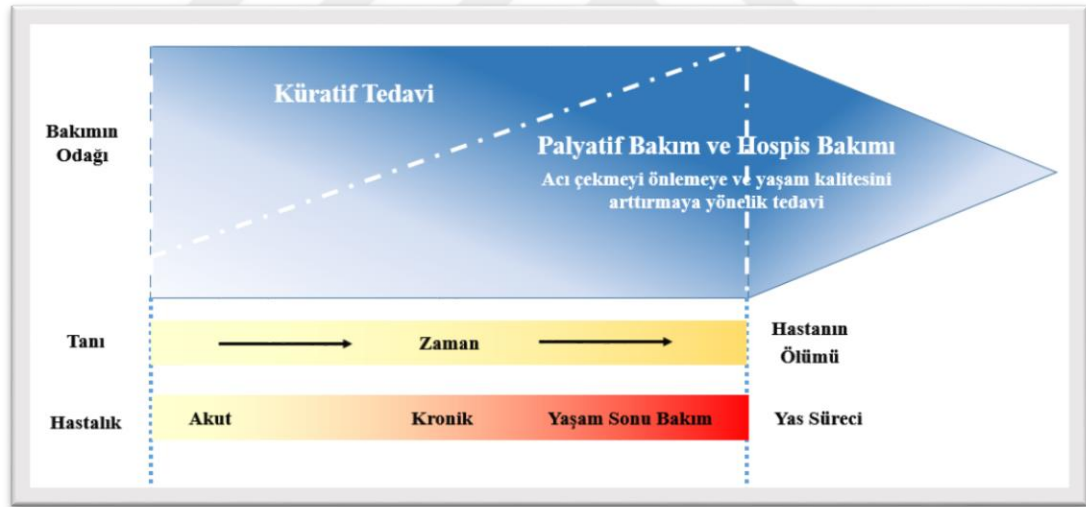
Öğrencilerin mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüş, düşünce ve önerileri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Palyatif Bakım

Günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici ya da tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip bireylerin sayısında hızlı bir artış olması (13,28,53,54) ve sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin artması (13); palyatif bakımın yeni bir disiplin olmasına rağmen tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde yer almasını sağlamıştır (54,55).

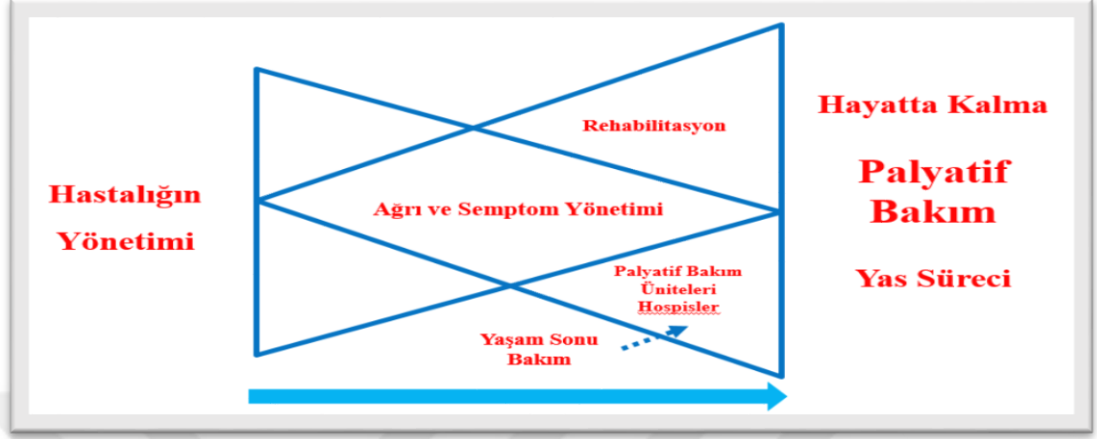
DSÖ palyatif bakımı, “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve manevi (spiritüel) problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım’ olarak tanımlamıştır (56). Bu yaklaşım hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlamakta, ölüme kadar küratif tedavi ile birlikte devam etmekte, ölüm sonrası yas sürecinde aile ve diğer bakım vericileri destekleyen bakımla sona ermektedir (Şekil 2.1.) (13,28,56,57).



Şekil 2.1. Palyatif Bakım Modeli (58)

Günümüzde palyatif bakımda entegre yaklaşım önerilmektedir. Şekil 2.2.’de belirtilen palyatif bakım modelinde palyatif bakım uygulanan hastanın her zaman ölmeyeceği, hastanın yaşamının rehabilitasyon süreci ile devam edebileceği vurgulanmaktadır. Papyon modeli olarak önerilen bu sistem ile ölümcül olsun ya da olmasın ciddi bir hastalık tanısı alan hastanın ve ailesinin palyatif bakım sürecini daha kolay kabul edebildiklerini belirtilmektedir (59,60). Ayrıca bu yaklaşımın kişinin

özerkliğini ve kendi bakımına aktif olarak katılımını güçlendirdiği ve hastalara ve ailelerine daha fazla kontrol hissi vermektedir (59).



Şekil 2.2. Palyatif Bakımda Papyon Modeli (59)

2.1.1. Hospis Bakımı

Dünyada yaygın olan anlayış “Hospis Bakım” ve “Palyatif Bakım” hizmetlerinin benzer yaklaşımları içermekte olduğudur (61). Hospisler, yaşamının son döneminde olan hastaların ve ailelerinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi ihtiyaçlarına odaklanarak, mesleklerarası bakım ve destek sağlamaktadır (58,62,63). Hospis bakımı yaşamın son altı ayında olan ve hastalığa yönelik agresif tedavi yapılmayan hastalara ve ailelerine sunulan bakımı kapsamaktadır (61–63).

Hospis felsefesi; hasta ve ailenin merkezde yer aldığı mesleklerarası ekip tarafından gerçekleştirilen, tedaviden çok palyatif bakımı yani ağrı ve diğer semptomların kontrolünü vurgulamakta, böylece hastanın yaşamının son günlerini onurlu ve rahat yaşamasını, evi ya da evi benzeri bir ortamda geçirmesini sağlamaktadır (61). Hospislerde tedaviden çok bakım sunulmaktadır. Hasta ve aile bir bütün olarak ele alınır.

2.1.2. Palyatif Bakımın Değerleri

Palyatif bakım aktivitelerinin tümü aşağıda belirtilen değerlere dayandırılmalıdır (58).

Özerklik: Her birey özerk ve eşsizdir. Bakım birey tarafından tanımlanan yaşam kalitesi doğrultusunda yönlendirilmelidir. Palyatif bakım ancak kişi ve ailesi kabul etmeye hazır olduğunda yönlendirilmelidir.

Kendini gerçekleştirme: Ölüm yaşamın bir parçasıdır. Ölüm sürecinde bile olsa tüm bireylere kişisel büyüme ve kendini gerçekleştirme fırsatları sunulmalıdır.

Onur: Palyatif bakım hizmeti sunan sağlık profesyonelleri birey ve ailesi ile onur ve dürüstlük temeline dayanan terapötik bir iletişim içerişimde olmalıdır.

Ortaklık: Acıya verilen tek bir cevap ortaklığı güçlendirir.

2.1.3. Palyatif Bakımın İlkeleri

Palyatif bakım hizmetlerini tüm yönleri ile ele alan ilkeler aşağıda belirtilmiştir.

Birey/Aile Merkezli Bakım: Birey, aile üyelerinin bakımına nasıl katılacağı da dahil olmak üzere, bakımını yürütür ve yönlendirir. Palyatif bakım hizmeti sunulurken birey ve ailesi bir bütün olarak düşünülür. Bakımın tüm yönleri bireyin ve ailesinin kişisel, kültürel ve dini değerlerine, inanç ve uygulamalarına onların gelişim durumlarına ve ölüm süreci ile başa çıkmaya hazır oluş durumlarına duyarlı olacak şekilde sunulur (13,58,61,63).

Etik: Tüm palyatif bakım hizmetlerine özerklik, yararlılık, zarar vermeme, adalet, doğruyu söyleme ve mahremiyet gibi etik ilkeler eşlik eder. Tüm araştırma protokolleri, araştırma ve araştırmaları düzenleyen mevzuata ve düzenlemelere uygundur (13,58).

Yüksek Kalite: Tüm palyatif bakım faaliyetlerine, ulusal olarak kabul edilmiş ilkeler ve uygulama normları ve her bir disiplin için profesyonel davranış standartlarına dayanan uygulama standartları eşlik eder (58).

Ekip Yaklaşımı/Bakım Çemberi: Palyatif bakım hizmeti, en iyi şekilde, kendi uygulama alanlarında bakımın tüm yönleri ile bilgili ve yetenekli olan sağlık profesyonellerinden oluşan mesleklerarası bir ekip yaklaşım ile sunulur. Mesleklerarası palyatif bakım ekibi, hastaya bakım veren herkesi, hastanın arkadaşlarını ve aile üyelerini bir araya getirerek, hasta ve ailesinin etrafında bir bakım çemberi oluşturur (13,58,61,63).

Güvenli ve Etkili: Tüm palyatif bakım aktiviteleri aşağıda belirtilen şekilde yürütülür (58).

- Gizlilik ve mahremiyeti sağlar.
- Zorlama, ayrımcılık, usandırma ve önyargı içermez.
- Yararlıdır, aşırı risk ve yük oluşturmaz.
- Güvenliği sağlar.
- Sürekliliği ve hesap verilebilirliği sağlar.
- Gereksiz tekrarlamaları en aza indirir.
- Yürürlükte bulunan yasa, yönetmelik ve politikalara uyar.

Erişilebilirlik: Tüm hastalar ve aileleri palyatif bakıma eşit erişim hakkına sahiptir. Bu hizmet yaşadıkları her yerde, evlerinde ya da evlerine yakın bir mesafede ve ihtiyaç duydukları her zaman sağlanabilmelidir (58).

Yeterli Kaynak: Finansal, insan, bilgi, fiziksel ve toplumsal kaynaklar palyatif bakım hizmetlerini desteklemek için yeterli olmalıdır (58,63).

İşbirliği: Her toplumun palyatif bakım ihtiyacı toplumdaki organizasyonlar ve topluma hizmet sunan birimler tarafından değerlendirilmeli ve ortak çabalar ile ele alınmalıdır (58).

Savunuculuk: Yasa düzenleyiciler, politikacılar, sağlık sigortası sağlayıcıları, palyatif bakım hizmeti sunan sağlayıcılar, profesyonel dernekler ve topluluklar ve halkın palyatif bakım konusunda farkındalığı arttırmalı ve gereken kaynakların sağlanması konusunda destek sağlamalıdır (58).

Kanıt Dayalı Bilgi: Yeni bilgilerin geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve entegre edilmesi palyatif bakım hizmetlerinin kalitesini artırır. Tüm palyatif bakım aktiviteleri en iyi kanıta dayandırılmalıdır (13,58,61,63). Tüm hastaların, ailelerin, bakım verenlerin, sağlık profesyonellerinin ve paydaşların devam eden eğitimi kaliteli palyatif bakım hizmetlerinin sağlanması ve geliştirilmesinin ayrılmaz bir parçasıdır (58,61).

2.1.4. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım

Günümüzde hem ulusal hem de uluslararası pek çok kuruluş palyatif bakımın kanser bakımı içerisine entegre edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Palyatif bakım, DSÖ tarafından ulusal kanser kontrol programlarının beş ana bileşeninden (önleme,

erken teşhis, tanı, tedavi ve palyatif) biri olarak kabul edilmektedir (50,64). Amerikan Klinik Onkoloji Derneği [American Society of Clinical Oncology (ASCO)]1988 yılında yayınladığı “Yaşam sonu kanser bakımı” başlıklı bir makalede optimal yaşam sonu bakımının sağlanabilmesi için erişilebilir, kullanılabilir ve palyatif bakım konusunda uzman kişiler tarafından verilecek bir palyatif bakım hizmetinin önemi vurgulanmıştır (65). Aynı zamanda ASCO palyatif bakımın 2020 yılına kadar kanser bakımının rutin bir parçası olması gerektiğini belirtmektedir (66). 2005 yılında düzenlenen 58. Dünya Sağlık Asamblesinde palyatif bakımın medikal, cerrahi, radyasyon onkolojisi gibi kapsamlı kanser bakımının bileşenlerinden biri olduğu belirtilmiş ve ulusal kanser programlarına palyatif bakım entegrasyonu şiddetle tavsiye edilmiştir (67). Yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin sayısındaki artış ve sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin, hasta ve ailesinin artan gereksinimlerine yeterli olabilme gerekliliğinin artması sonucunda palyatif bakıma olan gereksinim her geçen gün artmaktadır (53,63,68).

Dünyada Palyatif Bakımın Durumu

Palyatif bakım hizmetlerinin ilk modern tesisi, 1967 yılında İngiliz bir hemşire ve sosyal çalışmacı olan Cicely Saunders tarafından kurulmuştur (54). Hemşire olarak çalışırken, narkotik analjezikler ile kanserin neden olduğu ağrıyı güvenli ve etkili bir şekilde kontrol edilebileceğini öğrenen Cicely Saunders, kanser nedeni ile ağrı çeken tüm hastaların acısını hafifletmeyi ve ölüm sürecinde kapsamlı bir bakım sağlayabilmeyi hayal ederek 1967 yılında Londra’da St. Christopher’s Hospis’i kurmuştur (69). Sonra sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), Amerika Birleşik Devletleri (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya’da merkezler açılarak bu palyatif bakım hizmetleri dünya genelinde yayılmaya başlamıştır (70).

Palyatif Bakım Aktiviteleri Gelişmiş Ülke Örnekleri

Kanada’da palyatif bakım ilk olarak 1970 yılında kanser tedavi programının bir parçası olarak belirtilmiş ve 1974 yılında Montreal ve Winnipeg Hastanelerinde palyatif bakım klinikleri açılmıştır. 1983 yılında palyatif bakım hizmetlerinin kalitesinin arttırılmasına yönelik bir rehber yayınlanmıştır. Aynı yıl Ottawa Üniversitesi’nde palyatif bakımda eğitim ve araştırmaya yönelik bir enstitü açılmıştır.

Kanada Palyatif Bakım Derneği (The Canadian Palliative Care Association) 1991 yılında resmi olarak açılmıştır. Kanada da “Hospis bakımı” ve “Palyatif Bakımı” ayrı bir terim olarak düşünülmemekte, sunulan hizmet “Hospis palyatif bakım” olarak isimlendirilmektedir. Ülke genelinde yaygın ve kapsamlı palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır. Hastane ve akademi işbirliği ile palyatif bakıma yönelik gelişmiş eğitim sistemleri bulunmaktadır (71).

Avusturalya’da 1987 yılında dünyanın ilk palyatif bakım kürsüsü Flinders Üniversitesi’nde açılmıştır. Hükümet, 2010 yılında ülkenin palyatif bakım ihtiyacını dikkate alarak Ulusal Palyatif Bakım Stratejilerini kabul etmiş ve palyatif bakım hizmetlerini sağlık sistemi içerisine entegre etmiştir (72). Ülkede yapılan düzenlemeler ile morfine ulaşım arttırılmıştır. Fliders Üniversitesi’nde sağlık profesyonellerinin palyatif bakım eğitimlerine yönelik 6 aylık, 1 yıllık ve 1,5 yıllık eğitim programları bulunmaktadır (73).

Amerika Birleşik Devletleri’nde 1980li yıllarda Cleveland Kliniği ve Wisconsin Medikal Kolej’nde palyatfi bakım hizmetleri başlamıştır. Şu an 1400’den fazla palyatif bakım kliniği bulunmaktadır. Tıp Fakültelerinin çoğunluğunda (%80) palyatif bakım eğitim programları bulunmakta ve palyatif bakım bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir. Toplumun palyatif bakıma yönelik bilincinin gelişmesi ile beraber, morfine ulaşılabilirlik söz konusu olmuştur. Medicare ve Medicaid sağlık sigortaları palyatif bakımı kapsamaktadır (74).

İngiltere 1967 yılında Dr. Cicely Saunders’in liderliğinde St. Christopher hospisinin açılması ile Dünyada palyatif bakım ile ilgili ilk çalışmalar başlamıştır. Bu tarihten itibaren tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan ve yaşamının son dönemlerini yaşayan hastalar için palyatif bakımın sunulduğu kurumların sayısında, İngiltere’de ve diğer Avrupa ülkelerinde artan bir gelişme kaydedilmiştir. 2000 yılına kadar, İngiltere’de 236 tane palyatif bakım kurumu, 400 tane toplumsal palyatif bakım hizmet merkezi 138 tane hastane bakım destek hizmet birimi, 209 tane hastane palyatif bakım ve destek ekibi oluşturulmuştur. Palyatif bakım bilinci gelişmesi ile morfine ulaşılabilirlik söz konusu olmuştur. Finansman Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu (NHS- National Health Service) tarafından sağlanmaktadır (75).

Almanya’da 1983 yılında Köln Üniversitesi’nde palyatif bakım kliniği kurulmuş ve 1990 yılından sonra ülkedeki palyatif bakım aktiviteleri hız kazanmıştır.

Tıp fakültelerinde palyatif bakım eğitimi verilmekte ve palyatif bakım uzmanları sağlık sistemi içerisinde aktif olarak çalışmaktadır. Zorunlu devlet sağlık sigortası palyatif bakımı kapsamaktadır (54).

Japonya ilk palyatif bakım kliniği 1981’de açılmış ve palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sigorta fonu tarafından karşılanması 1990 yılında başlamıştır. 1997 yılında ulusal palyatif bakım standartları belirlenmiş, palyatif bakım eğitimi ülkedeki bir çok hemşirelik okullarının ve tıp fakültelerinin müfredatına girmiştir. Palyatif bakım bilinci gelişmiş ve morfine ulaşılabilirlik söz konusu olmuştur (76).

Dünya Palyatif Bakım Birliği [Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA)]

Dünya Palyatif Bakım Birliği tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını içine alan bir örgüttür. Birliğin vizyonu evrensel, her bireye ulaşabilen, yüksek kalitede ve aynı zamanda uygun fiyatlı palyatif bakım hizmeti sunmaktır. DSÖ ve WPCA 2014 raporuna göre dünya üzerinde 234 ülke palyatif bakım gelişimine göre kendi içlerinde alt grupları barındıran 4 grupta sınıflandırılmıştır. WPCA’nın palyatif bakım sınıflama kriterleri şöyledir (28);

- Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisleri ve dernekleri
- Sağlık sistemine entegre palyatif bakım hizmeti
- Genel sağlık sigortası poliçelerinde palyatif bakımın ağırlığı olması ve diğer fonlardan palyatif bakım harcamalarına kaynak aktarılması
- Sağlık personeli ve yerel derneklerin hizmet verdiği etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- Morfine ulaşılabilirlik
- Sağlık profesyonellerinin ve toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi
- Üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri

WHO-WPCA 2014 raporuna göre 2006’da 21 ülke (%9)’de hospis-palyatif bakım birimi mevcutken 2011’de 234 ülkenin 136’sında (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım birimleri bulunmaktadır. Palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu ise dünyada sadece 20 ülkededir. Rapora göre 2006 yılında “Grup 2” (hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yapılmamış ve henüz yeterli

olmayan ülkeler) kategorisinde bulunan Türkiye; 2011 yılında; “Grup 3b” (palyatif bakım aktivitelerinin yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkeler) kategorisine girmiştir (28).

Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri, palyatif bakım konusunda eğitilmiş ve deneyimli sağlık profesyonellerinin sayısının (55,77) ve palyatif bakımda ağrı kontrolünde önemli bir yere sahip olan opioid ve türevi ilaçların az olması gibi nedenlerden dolayı uzun yıllar kanser tedavisinde göz ardı edilmiştir. Ancak yaşanan nüfusun ve kanser insidansının artması palyatif bakıma olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır (49,53,57,77). Ülkemizin öncelikleri ve koşulları doğrultusunda; mevcut insan kaynaklarının ve kanser verisi dikkate alınarak ülkemize uygun bir palyatif bakım modeli oluşturulması, en az üç palyatif bakım merkezi kurulması, özellikle palyatif bakımın uygulanması ve yönetilmesi alanlarında eğitilmiş ve deneyimli profesyonel palyatif bakım ekiplerinin oluşturulması, opioid bulunabilirliğini ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması amacıyla 2010 yılında PALYA-TÜRK adında bir proje hazırlanmıştır (49,50,52,77,78). Sağlık Bakanlığı palyatif bakımı 2010-2015 ulusal kanser kontrol programının en önemli yapı taşlarından (kayıt, önleme, tarama ve erken tanı, tedavi, palyatif bakım) biri olarak kabul edilmiştir (50). PALYA-TÜRK projesi, Kanser Erken teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ile sivil toplum kuruluşları ile desteklenen, aile hekimliği sistemine üzerine temellendirilen, toplum tabanlı ve hemşire merkezli bir sistem olup, ülkemizin sosyolojik ve kültürel yapısına en uygun sistem olduğu belirtilmektedir (49,50,78). PALYA-TÜRK projesinin 2011 yılı itibari ile uygulamasına başlanmıştır (78). PALYA-TÜRK projesi KETEM personelleri, hemşire ve aile hekimi yaygınlaşmış dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesidir (30,55,78). Projede kapsamında palyatif bakım hizmetleri üç seviyede yürütülmektedir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. PALYA-TÜRK Projesi Organizasyon Seviyeleri (57)

	Birinci Seviye Palyatif Bakım Hizmetleri	İkinci Seviye Palyatif Bakım Hizmetleri	Üçüncü Seviye Palyatif Bakım Hizmetleri
Palyatif Bakım Hizmeti	Basit akut önlemler (ağrı ve semptom yönetimi, parenteral ilaç uygulamaları)	Aile hekimleri tarafından ağrı ve diğer semptomların kontrolü sağlanamayan hastalar hastanelere yönlendirilir.	Birinci ve ikinci seviye palyatif bakım ile ağrı ve diğer semptomlarının kontrol altına alınamadığı hastalar palyatif bakımı sağlanır.
Palyatif Bakım Sağlayıcıları	Aile Hekimi Evde bakım Ekibi (Bir hekim, üç hemşire)	Hekimler (palyatif bakım konusunda eğitilmiş ve deneyimli ekip lideri) Hemşireler Fizyoterapistler Beslenme ve Diyetetik Uzmanları Psikologlar Sosyal Hizmet Uzmanları	Hekimler (iç hastalıkları uzmanı, medikal onkoloji uzmanı, kardiyolog, anesteziist/algolog, pratisyenler) Deneyimli onkoloji hemşireleri (bir hastaya iki hemşire) Sosyal Hizmet Uzmanları Fizyoterapistler Psikologlar Manevi Bakım Uzmanları
Palyatif Bakım Hizmet Yeri	Ev, Aile Hekimi Muayenesi	Hastaneler	Hastaneler

2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayınlanmıştır (79). Bu Yönerge’de palyatif bakım hizmetlerinin sunumu, kurulumu, bunların işleyişi, fiziki şartları, bulundurulması gereken araç, gereç, personel asgari standartları, personelin görev yetki ve sorumlulukları ve palyatif bakım hizmetlerinin denetimine ilişkin usul ve esaslar yer almaktadır. Yönerge ile birlikte palyatif bakım merkezleri tescil olması sağlanmıştır. 2010 yılında büyük bir bölümü üniversite hastanelerinde yer alan 10 palyatif bakım ünitesi mevcut iken (80), Sağlık Bakanlığı’nın 2017 Mart ayı verilerine bakanlık tarafından tescil edilen 237 palyatif bakım ünitesi ve bu ünitelerin toplamda 2745 yatak sayısı bulunmaktadır (81). Ancak palyatif bakım uygulamalarında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri olarak sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması gösterilmekte ve kaliteli palyatif bakım

hizmeti verilebilmesi için sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusunda eğitimi vurgulanmaktadır (30,50,52). Çünkü ülkemizde palyatif bakım eğitimi sağlık profesyonellerinin lisans eğitimde zorunlu ders kapsamında verilmemekte (27,31,52,53) bazı hemşirelik okullarında (Kafkas Üniversitesi, 19 Mayıs Üniversitesi, Başkent Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi'nin hemşirelik Fakültesi/Bölümlerinde lisans eğitiminde; Ege Üniversitesi, 19 Mayıs Üniversitesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi hemşirelik yüksek lisans programlarında; Ege Üniversitesi ve Adnan Menderes Üniversitesi hemşirelik doktora programlarında) seçmeli ders kapsamında lisans programda yer almaktadır.

Palyatif bakım konusunda bilgi ve beceri sahibi sağlık profesyoneli olmadığı için bu alanda görev yapan ve yapacak sağlık profesyonellerine yönelik kurslar, eğitimler, sempozyumlar düzenlenmektedir (52,55,78). Bununla birlikte 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından 35 saat teorik ve 80 saat uygulama eğitimi içeren “Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Programı” oluşturulmuş ve özellikle palyatif bakım alanında görev yapan hemşirelerin sertifikalandırılması devam etmektedir (82). Öncelikle palyatif bakım konusunda eğitim alan doktor hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin tescil edilen palyatif bakım ünitelerinde görev yapması sağlanmaktadır (52).

2.2.Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakım

2.2.1. Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakımın Önemi

Kanser türleri içerisinde yer alan jinekolojik kanserler ise meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden birisini oluşturması nedeni ile önem kazanmaktadır (2,64,78). Dünyada 1085948, Türkiye’de ise 7873 kadının jinekolojik kanser tanısı aldığı ve bu kadınların yaklaşık yarısının kanser nedeni ile öldüğü tahmin edilmektedir (1).

Jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı ve tedavi işlemleri, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra, beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneğiyle ilgili olarak birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (5,7,64,78). Hastalık sürecinde uygulanan tedaviler yetersiz kalabilmekte (4,64,78,83,84) hastalık ilerleyebilmekte veya nüks edebilmektedir (2,4,64,78,84). Hastalar tanı ve tedavi sürecinde bir çok semptomu (ağrı, bulantı-

kusma, konstipasyon, diyare, iştahsızlık, dispne etc) birlikte yaşayabilmektedir (4,8,78,83,85). Prospektif olarak 240 kanser hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların tanı ve tedavi sürecinde ortalama olarak 13 semptom deneyimledikleri saptanmıştır (86). Jung Kim et al. (2015) jinekolojik kanser hastalarının yaşadıkları semptomları belirlemeye yönelik retrospektif olarak yaptıkları çalışmalarında ise hastaların %82'sinin ağrı, %72'sinin anoreksiya, %69'unun yorgunluk, %54'ünün uykusuzluk sorunlarını yaşadıklarını saptamışlardır (87). Hastaların yaşadıkları semptomlar kadınların ve ailelerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte (5,8,88) ve tedavi önerilerine uyumlarını güçleştirmektedir (5,8).

Literatürde jinekolojik kanser hastalarında kemoterapi dahil olmak üzere bazı tedavilerin ölümden önceki güne kadar uygulanmakta olduğu belirtilmektedir (3,84,89,90). Fauci et al., (2012) jinekolojik kanserli hastaların yaşamlarının son 6 ayında %57,8'inin küratif kemoterapi tedavisi aldığı, %7,1'inin radyoterapi tedavisi aldığı, %58,6'sına küratif tedavilerine yönelik en az bir prosedür uygulandığını ve %84,7'sinin en az 1-14 kez hastaneye başvurduğunu belirtmiştir (89). Bu durum jinekolojik kanser hastalarının hastaneye yatışlarını ve hastanede kalma sürelerini uzatabilmekte, sağlık harcamalarını arttırabilmektedir (84,89,90).

Jinekolojik kanser tanısı almak sadece hastayı değil bakım verenleri de oldukça etkilemektedir (91–93). Özellikle ileri evre kanser hastasına bakım verenler semptom yönetimi, duygusal ve ruhsal destek, kişisel bakım ve günlük yaşamın sürdürülmesi, sağlık ekibi ile iletişim ve koordinasyonun sağlanması gibi faaliyetler nedeniyle günlük en az 8 saat harcayabilmektedir (19). Aynı zamanda bakım verenler en az hastaları kadar stres yaşayabilmektedir (91). Rivera'nın çalışmasında (2009) da kanser hastalarına bakım verenlerde depresyon ve depresyona bağlı yorgunluk, insomnia (uykusuzluk), aşırı uyuma, konsantrasyon ve karar vermede güçlük gibi sorunlar ile daha fazla karşılaşıldığı belirtilmektedir (93).

Bu açıdan günümüzde jinekolojik kanser hastaları ve ailelerine bütüncül bir yaklaşım sağlayan palyatif bakıma yönelik ilgi artmıştır (2–4,22,78,89,90). The Society of Gynecologic Oncology (SGO) hastalık sürecinde kaliteli bir klinik bakımın sürdürülmesini ve desteklenmesini teşvik etmekte palyatif bakım ilkelerinin bakıma entegre edilmesinin oldukça önemli olduğunu belirtmektedir (94). Bununla birlikte SGO 2013 yılında “jinekolojik onkolojide kaçınılması gereken beş test/prosedür” ile

ilgili kanıta dayalı önerileri yayınlayarak, ilerlemiş ya da nüksetmiş jinekolojik kanserli kadınlarda temel palyatif bakım için gecikilmemesini ve uygun olduğunda özel palyatif bakım için refere edilmesini vurgulamıştır (21). Hastaların palyatif bakıma erken dönemde yönlendirilmesinin hastaneye yatışları ve hastaya uygulanan prosedür sayısını azaltabilmektedir (89).

2.2.2. Jinekolojik Kanserlerde Palyatif Bakımın Etkisi

Jinekolojik kanser tedavisindeki amaç, hastalığın olumsuz etkilerini veya tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini en aza indirerek sağ kalım sonuçlarını en üst düzeye çıkarmaktır (15). Kanser tedavisinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilen palyatif bakımın jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerini arttırdığına yönelik çalışmalar literatürde vurgulanmaktadır (14–17,90). ENABLE II projesinde (2009) kanser tanısı aldığı andan itibaren palyatif bakım uygulanan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaların standart onkoloji tedavisi alan hastalardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (14). Temel et al. ise erken dönemde palyatif bakım alan kanser hastalarının yaşam kalitelerinin ve ruhsal durumlarının standart bakım alan hastalardan yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte palyatif bakım alan hastaların kanser ile yaşam sürelerinin daha uzun olduğunu, daha az agresif yaşam sonu bakım uygulamalarına (kemoterapi gibi) maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (95).

Jinekolojik kanser hastalarında hastalığın ilerleyen evrelerinde palyatif bakım özellikle semptom kontrolüne odaklanmaktadır (3,4,10). Randomize kontrollü çalışmalar standart onkoloji bakımının içerisine entegre edilen palyatif bakımın hastalarda semptom kontrolünü sağladığı (14,95) bununla birlikte hasta ve ailesinin memnuniyetini arttırdığını vurgulamaktadır (14,19,95,96). Keyser et al. (2010) terminal dönem jinekolojik kanserli hastalarında, palyatif bakımın hasta sonuçlarına ve yapılan müdahalelere etkisini değerlendirmek amacıyla retrospektif olarak yaptıkları çalışmalarında palyatif bakım tedavisi alan hastaların semptom kontrolünün daha iyi olduğu, yaşamlarının son dört haftasında daha az oranda kemoterapi aldıkları ve yaşam sürelerinin sekiz ay daha fazla olduğu saptanmıştır (12). Dionne-Odom et al. (2015) kanser hastalarına bakım verenlere yönelik uygulanan erken (tanıdan hemen sonra) ve geç dönem (tanıdan 3 ay sonra) palyatif bakımın etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında erken dönem palyatif bakım uygulanan bakım verenlerin depresyon

skorlarının daha düşük olduğu ve özellikle hastaları terminal dönemde iken daha az depresyon ve stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (19).

Literatürde kaliteli palyatif bakım hizmetinin, sağlık bakım harcamalarında da azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (15,17,20,96,97). Jinekolojik kanser nedeniyle yaşamını kaybeden 100 hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada hastaların sadece %18'inde palyatif bakım konsültasyonu için gecikilmediği ve bu hastalara zamanında istenen palyatif bakım konsültasyonunun yaşam sonu dönemde yapılan agresif bakım müdahalelerini ve sağlık harcamalarını azalttığı belirtilmiştir (20). Albanese et al. (2013) 2009 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada palyatif bakım ünitelerinin düzenli kullanımının hastaneye yıllık yaklaşık 850.000 \$ tasarruf sağladığı (97); Gade et al. (2008) ise kanser hastalarında yaşamlarının son bir aylık döneminde palyatif bakımın yaygın kullanımının hasta başına 5.000 \$ tasarruf sağladığını belirtmişlerdir (96).

Palyatif bakım jinekolojik kanser hastası ve ailesinin tanı ile ölüm arası süreçte mümkün olduğunca aktif yaşamasını, yaşamın son döneminde hastaların yaşadığı semptomların şiddetinin azaltılmasını sağlamaktadır. Yapılan tüm palyatif bakım uygulamaları hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini arttırarak rahat bir ölüm süreci geçirmelerinde etkili olmaktadır. Aynı zamanda jinekolojik kanserli hastalara uygulanan palyatif bakımın sağlık harcamaları üzerine olumlu etkisi olabilmektedir. Bu nedenle kapsamlı bir onkoloji hizmeti sunumu için palyatif bakımın standart onkoloji bakımına ve bu bakımı sağlayan sağlık profesyonellerinin eğitimine entegre edilmesi gerekmektedir. Palyatif bakım tüm kanser hastaları ve özellikle jinekolojik kanser hastaları için evrensel bir ihtiyaç ve yaşam hakkıdır.

2.3. Palyatif Bakımda Mesleklerarası Ekip ve Ekip Üyelerinin Yeterlilikleri

2.3.1. Palyatif Bakımda Mesleklerarası Ekip Çalışması

Hasta ve ailesinin ihtiyaçları doğrultusunda oluşmuş ve onlar ile terapötik iletişim kurabilen farklı mesleklerden sağlık profesyonellerinden oluşan bir mesleklerarası ekip ile palyatif bakım hizmeti verilmelidir (13,54,57,61). Mesleklerarası ekipte yer alan tüm sağlık profesyonellerinin lisans eğitimleri süresince ya da mesleki kuruluşlar ve organizasyonlar ile palyatif bakım konusunda eğitim almaları gerekmektedir (58).

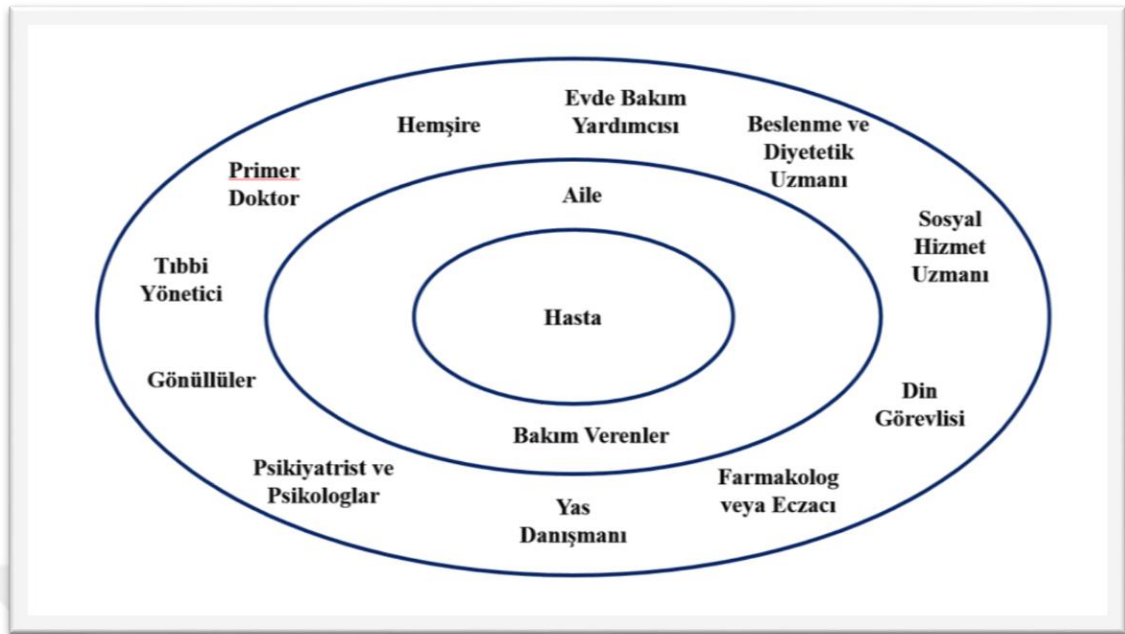
Palyatif bakımın sürekliliğini sağlamak ve bakımın kalitesini arttırabilmek için mesleklerarası ekip işbirliği içinde olmalı ve bilgi paylaşımı yapmalıdır (13,54,61,70). Mesleklerarası ekip işbirliği içerisinde sunulan palyatif bakım hizmeti temel olarak üç kavrama dayanmaktadır. Bu kavramlar (58);

Etkili İletişim: Palyatif bakımın etkili olması ve hasta ve aile merkezli bakımın sağlanabilmesi için mesleklerarası ekip yaklaşımı en temel yaklaşımdır. Etkili iletişim hem mesleklerarası ekip ile hem hasta ve ailesi ile sağlandığında, bakıma yönelik daha doğru kararlar alınabilmekte, daha az çatışma yaşanmakta, terapötik ilişki ile hasta ve ailesinin memnuniyeti artmakta, bakım verenlerde daha az stres ve tükenmişlik yaşanmaktadır.

Etkili Ekip İşlevi: Ekibin oluşumu ve ardından ekibin görevlerinin etkin bir şekilde yerine getirebilmesi için sürece ihtiyaç vardır. Ekibin her bir üyesi bakım çemberinde etkin rol oynamaktadır. Ekip içerisinde ekibin faaliyetlerini kolaylaştırmak ve etkili ekip dinamiği sağlayabilmek için nitelikli liderliğe ihtiyaç vardır.

Değişimin kolaylaştırılması: Bakım çerçevesi içerisindeki ekipte yer alan tüm profesyonellerin tutum, bilgi, beceri ve davranışlarında açıklık ve uyarlanabilirliğin en üst düzeye çıkarılması gerekmektedir. Ekip hastalık ve yas sürecinde hasta ve ailesine yardımcı olabilecek tüm becerilere sahip olmalıdır. Örgütsel gelişme, eğitim, araştırma ve savunuculuğun tüm yönlerinde değişim stratejileri etkin kullanılmalıdır.

Kaliteli Palyatif Bakım İçin Klinik Uygulama Rehberi'nde palyatif bakım ekip üyeleri arasında doktorların (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşirelerin (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler), sosyal çalışmacıların, psikiyatristler ve psikologların, farmakologların ve spiritüel danışmanların (papaz, dini liderler) olması gerektiği belirtilmektedir. Bunlar ile birlikte hasta ve ailesinin ihtiyaçlarına göre rehabilitasyon ekibi (meslek terapisti, fizik tedavi uzmanı), cerrahlar, anestezi uzmanları ve gönüllüler ekibe destek verebilmektedir (13) (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Palyatif Bakım Ekibi (13)

Ülkemizde Sağlık bakanlığı, palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesinde çekirdek grupta yer alacak meslek gruplarını doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog olarak belirlemiştir (51). Hastanın gereksinimlerine göre fizyoterapist, diyetisyen, solunum terapisti, mesleki terapist, eczacı, alternatif tedavi yöntemlerinde (masaj tedavisi, reiki gibi) uzman kişiler cerrah, medikal onkolog, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu veya gerektiğinde ekip liderinin önerdiği başka uzmanlık alanlarından hekimler ekibe destek olabilir (13). Bazı Batı ülkelerinde ekipte bir din görevlisinin/spiritüel bakım uzmanının da yer alması istenir. Ülkemizde hastalara spiritüel bakım sağlayan özel bir sağlık ekibi üyesi bulunmamakla beraber, 07.01.2015 tarihinde Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında “Sağlık Tesislerinde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü” imzalanmış (98,99) ve Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından belirlenen kişilere eğitim vermeye başlanmıştır (99).

Palyatif bakım ekibinde yer alan her bir sağlık profesyonelinin kaliteli palyatif bakım hizmeti sunabilmesi için; ekip olarak hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü değerlendirme yapabilmesi, hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü girişimler yapabilmesi, etkin ekip çalışması ve iletişimi sağlayabilmesi,

hasta ve ailesi ile terapotik iletişim becerilerini kullanabilmesi ve hasta ve ailesi hakkında doğru karar verebilmek ve bu kararı hasta ve ailesi ile tartışabilmesi beklenmektedir (13,58,61).

2.3.2. Palyatif Bakımda Ekip Üyelerinin Yeterlilikleri

Palyatif bakım ekibi içerisinde yer alması gereken sağlık profesyonellerinin yeterlilikleri aşağıda belirtilmiştir.

Hemşire

Literatür doğrultusunda oluşturulan palyatif bakım hemşiresinin yeterlilikleri aşağıda belirtilmektedir;

- Birey ve ailesine sürekliliği olan bir duygusal destek sağlamak (54,55,100–102),
- Hastanın ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirmek ve yönetimini sağlamak (31,54,55,70,100–102),
- Birey ve ailesini sistematik olarak değerlendirmek, sağlık sorunlarını ve önceliklerini belirlemek (31,54,55,70,102),
- Yapılacak tedavinin türüne göre tedavi öncesi bireyi değerlendirmek ve normalden sapma durumlarda doktoruna bilgi vermek (59),
- Birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirmek (100,101),
- Birey ve ailesine hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgileri vermek (100),
- Bireyin günlük bakımı sırasında bağımsızlığını ve kontrolünü sürdürmesine ve seçimlerini yapabilmesine yardımcı olarak yaşam kalitesini arttırmak (31,54,55,102),
- Birey ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirlemek ve destek almalarına yardımcı olmak (70,100–102),
- Birey ve ailesine hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri ekonomik destekler konusunda bilgi vermek (100),
- Palyatif bakım ekibi üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak (31,55,59,102).

Doktor

Literatür doğrultusunda oluşturulan palyatif bakım alanında görev yapacak doktorun yeterlilikleri aşağıda belirtilmektedir;

- Aldığı eğitim doğrultusunda kazandığı bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve ailesine yönelik tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapmak (31,54,59,101),
- Hastalara uygulanan sistemik tedaviler ile tümör kontrolü sağlayarak tümör ile ilişkili semptomların giderilmesi ve bu tedaviler ile ilişkili ortaya çıkan yan etkilerin yönetimini sağlamak (31,59,101),
- Hasta ve ailesinin yaşadığı sorunlar için ekibin diğer üyelerine yönelik farkındalık oluşturmak ve gerekli konsültasyonlar ile ekip işbirliğinde sorunların çözümünü sağlamak (31,54,59),
- Palyatif bakım hizmeti ile ilgili periyodik toplantılar düzenlemek, aksaklık ve noksanlıkları tespit ederek hizmetin geliştirilmesi konusunda kararlar almak ve uygulanmasını sağlamak (31,59),
- Verilen hizmetlerin hasta hakları mevzuatına, mesleki etik ve tıbbi deontolojiye uygun olarak yürütülmesini sağlamak (59),
- Olası komplikasyonların önlenmesi için çalışmak (31,59),
- Ortaya çıkan komplikasyonlarda uygun müdahaleyi yapmak (31),
- Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlamak, izlemek (31,59,101),
- Palyatif bakım ekibi üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak (31,54,59).

Diyetisyen

Literatür doğrultusunda oluşturulan palyatif bakım alanında görev yapacak diyetisyenin yeterlilikleri aşağıda belirtilmektedir;

- Palyatif tedavi uygulanan hastanın beslenme şeklini ve süresini hasta ve hasta yakınlarının ve doktorun görüşleri göz önünde bulundurarak planlamak (31,54,59),
- Bireylerin hastalığına, antropometrik ölçümlerine, laboratuvar bulgularına ve tedavisine uygun olarak besin ögesi gereksinimlerini belirlemek, diyet tedavilerini ve beslenme eğitimi hizmetlerini planlamak, uygulamak ve izlemek (59),

- Beslenme konusundaki eğitimi, deneyimi ve becerisi ile hastanın ihtiyaçlarına göre klinik nutrisyon uygulamaları yapmak (31,59,101),
- Malnutrisyon derecesine göre hastanın nutrisyonel gereksinimlerini hesaplamak, destek sürecini izlemek, sonuçlarını gözlemek ve geçiş beslenmelerini planlamak (31,59),
- Genel sağlıklı beslenme ilkeleri konusunda ve gerekiyorsa oral beslenme destek ürünlerinin kullanımı ve intoleransının tanınması konularında hastayı ve yakınlarını bilgilendirmek (59),
- Evde parenteral veya enteral beslenme desteği alacak hastaların beslenme süreçlerini planlamak ve hasta yakınlarını bu konuda bilgilendirmek (31,59,101),
- Palyatif bakım ekibi üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak (59).

Sosyal Hizmet Uzmanı

Literatür doğrultusunda oluşturulan palyatif bakım alanında görev yapacak sosyal hizmet uzmanının yeterlilikleri aşağıda belirtilmektedir;

- Sosyal hizmet uzmanı hastalar ve aileleri için mevcut hizmetlerin koordine edilmesinde görev almak ve onlara yararlanabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında rehberlik etmek (54,59,101,103,104),
- Hastaneye yatış ve çıkış aşamasındaki ücret, aile sorunları, hastalığın yarattığı travmalar, uyum güçlüğü, tıbbi bakıma direnç, hastane sonrası yaşama ilişkin kaygılar, ulaşım, barınma, aile içinde bakım gibi sorunlar hakkında hasta ve ailesini değerlendirmek (59,103,104),
- Sağlık hizmeti alanların sosyal sağlığını destekleyici ve güçlendirici tıbbi sosyal hizmet programlarını uygulamak, izlemek ve değerlendirmek (59,103),
- Hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili olabilecek sosyal, ekonomik ve duygusal faktörleri anlamasında yardımcı olmak (54,59,101,103,104),
- Hastanın ve ailesinin moralini desteklemek, onlara güven duygusu vermek (59,101,103,104),
- Hastanın ve ailesinin yararına toplum kaynaklarını (evde bakım hizmeti gibi) harekete geçirmek (54,59,103,104),
- Palyatif bakım ekibi üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak (59,103,104).

2.4.Mesleklerarası Eğitim

Günümüzde sağlık sorunlarının daha karmaşık hale gelmesi, sağlık profesyonellerini birbirine daha bağımlı olarak çalışmaya yöneltmektedir (105–108). Bu durum sağlık profesyonelleri arasında iletişim sorunlarını azaltılması ve sağlık bakım hizmeti sunarken oluşabilecek hataların önüne geçilebilmesi açısından mesleklerarası işbirliğini ve mesleklerarası eğitimin önemini ön plana çıkarmıştır (105–110). Palyatif bakım hizmet sunumunda palyatif bakım uygulamalarını somutlaştırmak ve diğer bakım türlerinden ayırt edebilmek için Amerika Ulusal Konsensus Projesi kapsamında yayınlanan Kaliteli Palyatif Bakım İçin Klinik Uygulama Rehberi'nde de hasta ve ailesine yönelik sunulacak palyatif bakım hizmetinin mesleklerarası bir yaklaşım ile, palyatif bakım konusunda eğitim almış bir ekip tarafından verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (13).

Mesleklerarası eğitim, sosyal hizmet ve sağlık alanlarında, çalışacak iki ya da daha fazla sayıda uzmanın/öğrencinin birlikte ve birbirleriyle etkileşimli bir şekilde çalışmalarına yönelik öğrenim biçimi olarak tanımlanmaktadır (105,110,111). Mesleklerarası eğitim, sağlık profesyonellerinin kendi uzmanlık alanlarında edindikleri bilgileri, mesleklerarası bir yaklaşımla analiz edip, bunların mesleklerarası ekip tarafından kavramasına ve bu bilgilerin birleştirilerek entegre edilmesine zemin hazırlamaktadır (107,108,112,113). Bu şekilde oluşan bir ekip ile sorunların tek bir disiplinden oluşan ekiplerden daha etkili çözülebileceği ön görülmektedir (106,107,110).

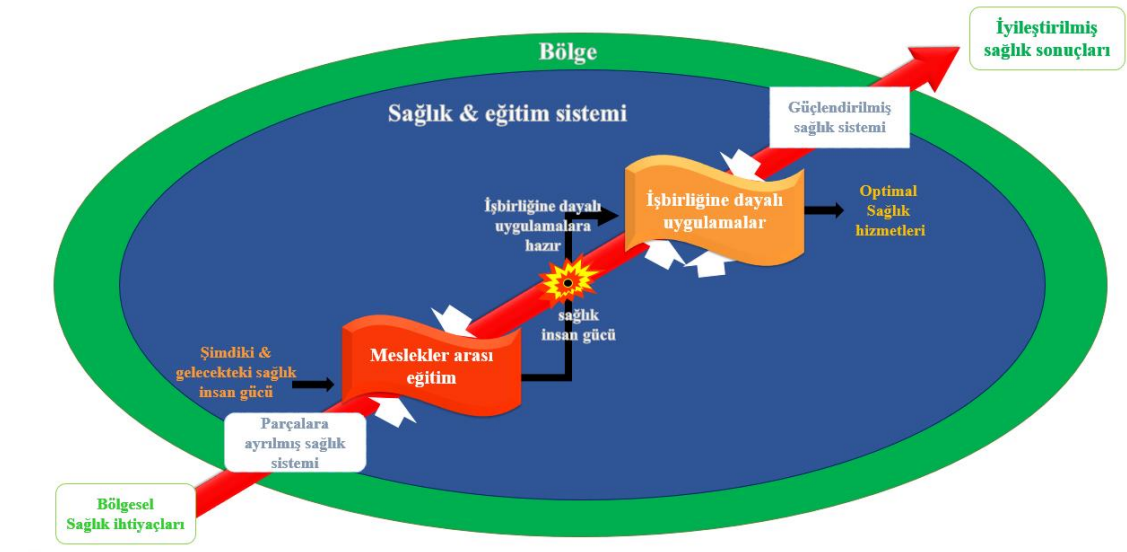
Mesleklerarası eğitim hasta odaklı, kaliteli ve güvenli bir bakımın sağlanabilmesi için bir araç olarak sağlık bakım hizmetlerinin odak noktası haline gelmiştir. Ayrıca mesleklerarası eğitim ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim güçlendirilerek, hastalara yapılan gereksiz tanı ve tedavi işlemlerinin oranı azaltılarak, sağlık masrafları azaltılabilir (105,106,108). Sağlık eğitimi alan lisans öğrencilerin lisans eğitimlerin olabildiğince erken döneminde mesleklerarası eğitim süreci başlamalıdır (106,112,113). Literatürde sağlık profesyonellerinin lisans eğitimlerinin ilk yıllarında gelişebilecek önyargılardan uzak oldukları, mesleklerarası eğitime ve öğrenmeye daha uygun ve hazır oldukları belirtilmektedir (114). Eğitimde yer alan her bir öğrenci kaliteli hasta bakımının her yönünü daha iyi öğrenebilmekte, hasta

sonuçlarını iyileştirebilmek için ekip üyeleri arasında işbirliği, saygı ve olumlu tutum gelişebilmektedir (106).

2.4.1. Mesleklerarası Eğitimin Tarihçesi

Mesleklerarası eğitim yeni bir kavram olmamakla birlikte, sağlık hizmeti sunumunda daha iyi sonuç alabilme, işbirliği içerisinde çalışma ve öğrenme gereksinimlerinin artması ile ortaya çıkmıştır (107,115). 1960'lı yıllarda sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi gibi konularda Amerika Sağlık Hizmetleri Ekonomik Fırsat Ofisi tarafından finanse edilen ekip seminerleri başlatılmıştır. 1970'li yıllarda sağlık hizmeti sunumunda mesleklerarası ekiplerin rolü ve tıbbi hataların azaltılması konularında küresel gelişmeler olmuştur (115). 1972 yılında ilk kez bir tıp enstitüsünde "Sağlık Ekibi için Eğitim" başlıklı bir konferans düzenlenmiş, sağlık mesleklerinin eğitim programları arasında sürekli ilişkilerin olması ve fakülteler ve öğrenciler için sağlık bilimlerinde mesleki eğitim eğiliminin desteklenmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır (115,116). 1978'de DSÖ Mesleklerarası Eğitimin temel sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez ve değerli bir parçası olduğunu belirtmiştir (116). 1986 yılında uluslararası düzeyde sağlık hizmetlerinde eğitim, uygulama ve araştırmada işbirliğini vurgulamak ve mesleklerarası eğitimin topluluklarına bilgi yaymak için Mesleklerarası Bakım Dergisi (the Journal of Interprofessional Care) yayın hayatına başlamıştır (116,117). Mesleklerarası eğitim alanında diğer bir önemli adım 1987 yılında mesleklerarası eğitim uygulamalarına destek vermek amacıyla kurulan Mesleklerarası Eğitim Geliştirme Merkezi (The Center for the Advancement of Interprofessional Education) olmuştur. Mesleklerarası Eğitim Geliştirme Merkezi fakülteler ve öğrenciler için işbirliğine dayalı uygulamaların ve daha iyi hasta sonuçlarına ulaşabilmek için birlikte öğrenmenin ve çalışmanın önemini savunmaktadır. 1990 yılında hasta odaklı bakım ve sağlık hizmetlerinde işbirliğini ilerletmek için Kanada Mesleklerarası Sağlık Ortaklığı (The Canadian Interprofessional Health Collaborative) oluşturulmuştur. Bu merkez, mesleklerarası yaklaşımın ve hasta merkezli bakımın sağlık hizmeti sunumuna entegre edilmesine yönelik sağlık politikalarına, sağlık hizmeti sunan ekiplere ve organizasyonlara bilgi ve kaynak sağlamayı hedeflemektedir (116). Sonraki yıllarda sağlık ekibi eğitimlerinde simülasyon gibi yenilikçi yöntemlerin kullanılabileceği vurgulanmıştır.

Bu durum Mesleklerarası eğitimde sağlık ve akademik arasındaki girişimleri güçlendirmiştir. 2005 yılında yüksek lisans öğrencilerinde hasta merkezli bakım, ekip çalışması, işbirliği ve yetkinlik geliştirme konusunda etkili eğitim stratejileri geliştirmek amacıyla Robert Wood Johnson vakfı tarafından desteklenen Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitimi (Quality and Safety Education for Nurses) projesi başlamıştır (118,119). 2006 yılında işbirliğine dayalı ekiplerin oluşturulması, mesleklerarası eğitim, sistem yapılarının desteklenmesine yönelik uygulamada, eğitimde ve politikada yer alan uzmanlardan oluşan DSÖ çalışma grubu oluşturulmuştur (120). 2009 yılında itibaren işbirliğine dayalı öğrenme ve uygulama, ekip çalışması için mesleklerarası eğitimin önemini savunan birçok dernek kurulmuştur. 2010 yılında DSÖ mesleklerarası eğitimin küresel olarak statüsünü belirlemek amacıyla, politikacıların profesyonel mesleki eğitim ve işbirliği uygulamalarını başarılı bir şekilde sağlanması için eylem planı oluşturmalarını ve mesleklerarası eğitimi kendi sağlık eğitimleri içerisine entegre etmelerini önermiştir. DSÖ “Mesleki Eğitim ve İşbirliği Uygulamalarına Dair Eylem Çerçevesi” oluşturmuştur. Bu çerçevede dünya çapındaki profesyonel meslekler arası işbirliğinin mevcut durumunu vurgulamakta, başarılı işbirlikçi ekip çalışmasını şekillendiren mekanizmaları tanımlamakta ve politika yapıcılarının kendi yerel sağlık sistemleri içinde uygulayabilecekleri bir dizi eylem ögesini özetlemektedir. Çerçevenin amacı, sağlık politika yapıcılarının kendi yetki alanlarında en yararlı olacak meslekler arası eğitim ve işbirlikçi uygulama öğelerini uygulamalarına yardımcı olacak stratejiler ve fikirler sağlamaktır (Şekil 2.4.) (121). Aynı yıl Amerika Tıp Enstitüsü sağlık eğitim programlarına mesleklerarası eğitimin entegre edilmesi gerektiğini ve mesleklerarası ekip eğitimine olabildiğince erken dönemde başlanması gerektiğini belirtmiştir (116). 2010 yılında Amerika Hemşireler Derneği (The American Nurse Association) hemşireler arasında işbirliğinin arttırılması için hemşirelik standartları revize etmiş ve mesleklerarası işbirliği ve bilgi alışverişini arttıran, farklı mesleklerin birbirlerini anlamasını kolaylaştıran mesleklerarası ekiplerin önemini vurgulamıştır (122).



Şekil 2.4. Mesleki Eğitim ve İşbirliği Uygulamalarına Dair Eylem Çerçevesi (121)

2.4.2. Mesleklerarası Eğitimin Hedefleri

Mesleklerarası eğitimin temel hedefi sağlık profesyonellerinin mesleki bilgili beceri ve deneyimlerini paylaşma, beraber çalıştıkları diğer sağlık profesyonellerinin rollerine saygı gösterme ve mesleklerarası ekip içerisinde olumlu anlayış geliştirmedir (105,106,108). Diğer sağlık profesyonellerinin mesleki yetkinliklerinin farkına varabilmek, hasta merkezli bakım uygulamalarında farklı bakış açıları ile eleştirel düşünme becerisi kazanabilmek için işbirliğine dayalı öğrenme ortamlarının oluşturulması ve mesleklerarası eğitim ve öğretimin desteklenmesi gerekmektedir (111).

Mesleklerarası işbirliğinin geliştirilmesi için mesleklerarası eğitimlerde kazanılması gereken yetkinlikler, “Mesleklerarası İşbirliği Uygulamasında Temel Yetkinlikler” (2016) raporunda 4 başlık altında belirlenmiştir (123).

1. Mesleklerarası Uygulama İçin Etik/Değerler: Karşılıklı değerlerin paylaşılması ve saygınlığın sağlanması için diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışabilme

- Hastalar ve toplumun çıkarları mesleklerarası sağlık hizmeti sunumunun merkezine yerleştirilmelidir.
- Hastalar, toplum ve mesleklerarası ekip içerisindeki sağlık profesyonellerinin bireysel ve kültürel farklılıkları kabullenilmelidir.

- Ekip temelli bakım hizmetlerinin gizliliğini sürdürürken hastaların onuruna ve mahremiyetine saygı gösterilmelidir.
- Ekip içerisinde yer alan diğer sağlık profesyonellerinin kültürü, değerleri, mesleki rol ve sorumlulukları ve uzmanlıkları tanınmalı ve bunlara saygı duyulmalıdır.
- Bakım sağlanan, bakım veren ve sağlık hizmet sunumuna katkıda bulunan ve destek veren kişiler ile işbirliği içerisinde çalışılmalıdır.
- Hastalar, aileleri ve diğer ekip üyeleri ile güvene dayalı bir ilişki oluşturulmalıdır.
- Hasta ve toplum merkezli bakım uygulamalarında karşılaşılabilen etik ikilemler yönetilebilmelidir.
- Hastalar, aileleri ve diğer sağlık profesyonelleri ile ilişkilerde dürüstlük ve bütünlük içerisinde hareket edilmelidir.
- Sağlık bakım uygulamalarında ekip içerisinde yer alan her bir sağlık profesyoneli kendi mesleğine ilişkin yeterlilikleri korumalıdır.

2. Roller/Sorumluluklar: Hastaların ve toplumun gereksinim duyduğu sağlık bakım ihtiyaçlarını ve uygun hizmeti sunabilmek için kendi mesleğinin ve ekip içerisinde yer alan diğer sağlık profesyonellerinin mesleklerinin rollerine ilişkin bilgiyi kullanarak uygun şekilde değerlendirebilmek

- Her bir mesleğin rol ve sorumlulukları hastalar, aileler ve diğer sağlık profesyonelleri ile açık bir şekilde paylaşılmalıdır.
- Her bir mesleğin becerilerinin, bilgisinin ve yeteneklerinin sınırları belirlenmelidir.
- Hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek stratejiler geliştirmek için sağlık profesyoneli kendi mesleki uzmanlığını tamamlayıcı nitelikte olan çeşitli sağlık profesyonellerini ve ilgili kaynakları birleştirmelidir.
- Ekip üyesinin bakımın sağlanmasına, sağlığın geliştirilmesine ve hastalığın önlenmesine yönelik rol ve sorumlulukları diğer ekip üyelerine açıklanmalıdır.
- Sağlık bakımının güvenli, etkili, verimli, zamanında ve adil dağılımını sağlamak için ekip üyelerinde yer alan tüm sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri ve yetenekleri kullanılmalıdır.
- Her bir ekip üyesinin tedavinin yürütülmesi konusunda sorumluluğunun belirlenmesi için diğer ekip üyeleri ile iletişim kurulmalıdır.

- Bakımın iyileştirilmesi ve öğrenmenin sürdürülebilmesi için sağlık sistemi içerisinde veya dışarısındaki meslek grupları ile karşılıklı ilişki içerisinde olunmalıdır.
- Ekip performansının ve işbirliğinin artırılması için sürekli mesleki ve mesleklerarası gelişim birlikte sürdürülmelidir.
- Hasta bakımının ve sağlığının en istendik düzeye getirilebilmesi için ekibin tüm üyelerinin benzersiz ve tamamlayıcı yetenekleri kullanılmalıdır.
- Sağlık ve diğer alanlarda çalışan sağlık profesyonellerinin toplumun sağlığının en istendik düzeye getirilebilmesi için klinik bakım ve halk sağlığı müdahalelerinde nasıl işbirliği geliştirileceği ve nasıl entegre edilebileceği açıklanmalıdır.

3. Mesleklerarası İletişim: Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için hastalar ve aileleri, toplum ve diğer sağlık profesyonelleri ile ekip yaklaşımını destekleyecek duyarlılık ve sorumlulukta iletişim kurabilme.

- Ekip işlevini geliştiren tartışmaları ve etkileşimleri kolaylaştırmak için bilgi sistemleri ve iletişim teknolojileri de dahil olmak üzere etkin iletişim araçları ve teknikler kullanılmalıdır.
- Olabildiğince disipline özgü terminolojiden kaçınılarak hastalar, aileler, toplum üyeleri ve ekibi üyeleri ile bilgi alışverişinde bulunulmalıdır.
- Bakım kararlarında ortak bir anlayışın sağlanması için ekip üyelerinin güven, açıklık ve saygı ile bilgi ve görüşlerini ifade etmeleri sağlanmalıdır.
- Aktif olarak dinlenmeli, diğer ekip üyeleri fikir ve düşüncelerini ifade edebilmesi için cesaretlendirilmelidir.
- Ekip içerisinde üyelerin birbirlerine verdikleri geri bildirimler, zamanında duyarlı ve yapıcı olmalıdır.
- Zor ve/veya çatışma içeren bir durumda ve kritik bir konuşma sırasında saygın bir dil kullanılmalıdır.
- Ekip içerisinde sağlık profesyonellerinin etkili iletişim, çatışma ortamının çözümü, pozitif mesleklerarası çalışma ilişkilerine katkısı konusunda yeteneklerinin farkında olunmalıdır.
- Hasta merkezli bakım ve sağlık programları ve politikalarında ekip çalışmasının önemi vurgulanmalıdır.

4. *Ekip ve Ekip Çalışması: Merkezinde hasta ve toplumun yer aldığı, güvenli, zamanında, verimli, etkili ve adil bir sağlık hizmetini planlayabilmek, sunabilmek ve değerlendirebilmek için farklı ekip rollerini etkili biçimde gerçekleştirebilme, işbirliğini ve etkileşimi geliştirecek değerleri ve ekip dinamiklerine yönelik ilkeleri uygulayabilme.*

- Ekip oluşturma süreci ve etkili bir ekibin rolleri ve uygulamaları hakkında bilgi verilmelidir.
- Ekip çalışmasının her yönünü yönlendirebilmek için ekip ilkeler konusunda fikir birliğine varılmalıdır.
- Hasta merkezli ve toplum odaklı problem çözümü için sağlık ve diğer alanlardaki profesyoneller birlikte rol almalıdır.
- Hasta ve toplum değerlerine ve bakım önceliklerine ve tercihlerine saygı duyarak sağlık ve diğer alanlarda profesyonellerin bilgi ve deneyimleri birleştirilmelidir.
- Ekip verimliliğini ve ortak çalışmaları destekleyen liderlik uygulamaları kullanılmalıdır.
- Sağlık ve diğer profesyoneller, hastalar, aileler ve toplum üyeleri arasında ortaya çıkan değerler, roller, hedefler ve eylemler hakkında anlaşmazlıkları yapıcı bir şekilde yönetmek için birlikte hareket edilmelidir.
- Önleme ve sağlık bakımı ile ilgili sonuçlar için diğer profesyonelleri, hasta ve topluma hesap verilebilmelidir.
- Ekip içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin ve ekibin performansı değerlendirilebilmeli ve ekip performansı iyileştirilebilmelidir.
- Sağlık profesyonelleri arasında ekip çalışmasının ve ekip tabanlı hizmetlerin, programların ve politikaların etkinliğini artırılması için süreç iyileştirme stratejileri kullanılmalıdır.
- Etkili ekip çalışması ve ekip temelli uygulamalar için mevcut kanıtlar kullanılmalıdır.

2.4.3. Mesleklerarası Eğitimin Özellikleri

Mesleklerarası eğitim etkinliklerinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için bazı özelliklerin olması gerekir. Bunlar (124);

- Farklı mesleklerden oluşan birden fazla sağlık profesyonelinin ya da öğrencinin olması
- Öğrenciler ya da sağlık profesyonelleri arasında yansıtıcı geribildirim ve etkileşimin olması
- Eğitimde yer alan öğrencilerin/sağlık profesyonellerinin öğrenilecek konu ile ilgili bilgi, beceri ve tutumu farklı bir şekilde edinmelerinin mümkün olmaması

DSÖ 1978 yılında bir bildiri yayınlayarak 2000 yılına kadar sosyal ve sağlık alanında görev yapacak olan tüm profesyonellerin mesleklerarası eğitim ilkelerine göre eğitilmesi gerektiğini belirtmiştir (125). 1988 yılında DSÖ, mesleklerarası eğitimin üniversite müfredatlarına entegre edilmesinde öncü olan “Sosyal ve Sağlık Hizmetleri İçin Birlikte Öğrenerek Birlikte Çalışma” sloganı geliştirmiştir. DSÖ’nün “Sosyal ve Sağlık Hizmetleri İçin Birlikte Öğrenerek Birlikte Çalışma” başlıklı raporunda mesleklerarası eğitim ile kazandırılması hedeflenen beceriler aşağıda belirtilmiştir (126).

- Farklı mesleklerden olan öğrenci/profesyoneller ekip olarak mevcut ipuçlarını ve bilgileri kullanarak ve paylaşarak hasta bakımı ve tedavisi ile ilgili olarak uygun stratejiler geliştirebilmelidir.
- Öğrenciler/profesyoneller hastaların ihtiyaçları ile ilgili olarak öncelik sıralaması yapabilmeli, birlikte durum değerlendirmesi ve görev paylaşımı yapabilmelidir.
- Ekipte yer alan her bir öğrenci/sağlık profesyoneli ekip arkadaşlarının sorumluluklarını anlamalı ve görevlerine saygılı olmalıdır. Hasta hakkında verilen kararların ekip tarafından anlaşılmasında ve bu kararların hasta ve yakınlarına anlatılmasında rol oynamalıdır.
- Ekip çalışmasına yönelik kurallar, ortak amaçlar ve kaynaklar belirlenebilmelidir.
- Farklı vakalarda ve senaryolarda ekip üyeleri birbirlerinin bilgilerine başvurabilmeli ve bireysel bilgilerin ekip çalışmasında kullanılması sağlanmalıdır.
- Ekip içinde yer alan öğrenciler/sağlık profesyonelleri ekip çalışmasına uyum sağlayabilmeli, bireysel sorumluluklarını ve takım sorumluluklarını yerine getirebilmelidir.

- Ekip içerisindeki her bir öğrenci/sağlık profesyoneli ekip içerisindeki uyum ve esneklik becerilerini öğrenerek, ekibin diğer üyelerinin ihtiyaçlarına duyarlı olabilmelidir.
- Ekip içerisindeki her bir öğrenci/sağlık profesyoneli meslekler arasındaki farklılıklardan kaynaklanan anlaşmazlıkların çözümünde ekibin problem çözme becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamalıdır.
- Ekip içerisindeki her bir öğrenci/sağlık profesyoneli kaygılarını savunma ya da düşmanlık duyguları içermeyen bir şekilde, açık, yapıcı öneriler ve görüşler ile ifade edebilme becerisine sahip olmalıdır.
- DSÖ'nün “Sosyal ve Sağlık Hizmetleri İçin Birlikte Öğrenerek Birlikte Çalışma” başlıklı raporunda mesleklerarası eğitim ile kazandırılması hedeflenen tutum ve yeterlilikler aşağıda belirtilmiştir.
- Mesleklerarası eğitim alan her bir öğrenci/sağlık profesyoneline birlikte çalışabilme yeterliliği ve isteği kazandırılmalıdır.
- Mesleklerarası ekip vizyonu karşılıklı paylaşılan saygı, güven ve tutumla güçlendirilmelidir.
- Mesleklerarası eğitim ile her bir öğrencinin/sağlık profesyonelinin bireysel performansı güçlendirilerek, ekip yönetimi ve ekip birliğini koruma öğretilmelidir.
- Mesleklerarası eğitim ile karşılıklı güvene dayanan pozitif çalışma ve öğrenme ortamı sağlanmalı ve ekip içerisinde yer alan öğrenci/sağlık profesyonellerinin birbirini tanımalarını sağlayacak tutum ve davranışları öğretilmelidir.

2.4.4. Mesleklerarası Eğitim Uygulamasında Kullanılan Yöntemler

Mesleklerarası eğitimde probleme dayalı öğrenme, vaka analizi ve simülasyonun tek tek ya da birlikte kullanılabilir (127). Bu yöntemlerin kullanıldığı mesleklerarası eğitimlerde, öğrencilerin ekip çalışmasına yönelik tutumlarının, iletişim becerilerinin ve uygulamalara yönelik bilgi düzeylerinin arttığı belirtilmiştir (109,128,129).

Probleme dayalı öğrenme, farklı disiplinlerden veya belirli bir disiplinden çeşitli konuları içeren bir problemi kapsamlı ve gerçekçi bir şekilde eleştirel düşünme becerilerini kullanarak çözmeyi sağlayan bir eğitim modelidir. Probleme dayalı öğrenme ile öğrenciler eleştirel düşünme, problem çözme, işbirliği becerilerini

geliştirerek öğrenmeyi yaygınlaştıracak geniş bilgi ve veri tabanına sahip olmaktadır. Mesleklerarası eğitimin probleme dayalı öğrenme metodu ile birleştirilmesi farklı mesleklerden gelen öğrencilerde etkili iletişim ve ekip çalışması becerilerini geliştirmek için etkili bir yöntem olabilmektedir (128). Eccott ve ark. (2012) tıp, hemşirelik, eczacılık, fizik tedavi ve ergoterapiyi temsil eden beş öğretim üyesi ile gerçekçi bir klinik vakaya odaklanan Mesleklerarası Probleme Dayalı Öğrenme adında bir model geliştirmiş ve uygulamışlardır. Modelin oluşturulmasında amaç içerik, öğrenme, süreç ve sonuçları değerlendirilmesidir. Modelin uygulamasından önce ve sonra öğrencilere test uygulanmış, öğrencilerin mesleklerarası probleme dayalı öğrenmeye olan tutumlarının arttığı, ekip çalışması yönteminin daha iyi anlaşıldığı, diğer profesyoneller ile işbirliği konusuna daha fazla güven duydukları belirlenmiştir (128).

Vaka analizleri, gerçek hayattan vakalar ile eleştirel düşünmeyi teşvik etmek ve hatırlamayı kolaylaştırmak amacıyla belirli bir konuyu anlamak amacıyla mesleklerarası eğitimde kullanılmaktadır (109). Klinik vaka analizleri gerçek hayatta olan durumların simüle edilerek, öğrencilerin öğrenen becerileri uygulamaya geçirilmesinde yardımcı olmaktadır (129).

Mesleklerarası eğitim uygulamaların önerilen bir diğer eğitim modeli simülasyondur. Simülasyon, klinik senaryolar ile eğitim hedeflerine ulaşmada kullanılan ve deneysel öğrenmeyi sağlayan bir eğitim modelidir (106,115). Mesleklerarası Eğitimde Kullanılan simülasyon uygulamaları bir sonraki bölümde detaylandırılacaktır.

2.5.Simülasyon

2.5.1. Simülasyonun Tanımı

Günümüzde, sağlık eğitimde özellikle mesleklerarası eğitimde simülasyon kullanımının, eğitim müfredatının daha uygulamalı hale getirilmesine katkı sağladığı için önemi artmaktadır (44,106,111,113,130). Simülasyon, gerçek dünyada var olan durumları tekrarlayarak ya da çağrıştırarak oluşturulan doğrallık içinde, gerçek deneyimleri rehberli deneyimlerle geliştiren veya eğitim tekniği olarak tanımlanmaktadır (131). Amacı, uygulama, yansıtma ve geribildirim verme yoluyla performansı iyileştirme ve öğrenmeyi kolaylaştırma olan simülasyon eğitimi;

öğrenenlerin gerçek yaşam koşullarında oluşabilen ancak güvenli bir ortam oluşturularak, gerçek bir durumun riskinin alınmadığı, öğrenenlere sanal yada yapay deneyim kazandırmanın amaçlandığı bir eğitim yöntemi olarak tanımlanmaktadır (132–134).

Simülasyona dayalı eğitim gerçek hayatta karşılaşılabilecek klinik bir durumu açıklayan ya da taklit ederek öğrenmeyi sağlayan bir eğitim stratejisi olmakla birlikte öğrenenlerin gerçek hastaya zarar verme endişesi taşımadan, hastanın durumu ile meydana gelebilecek bir sorun karşısında eleştirel düşünme ve karar verme fırsatı sağlamaktadır (134,135).

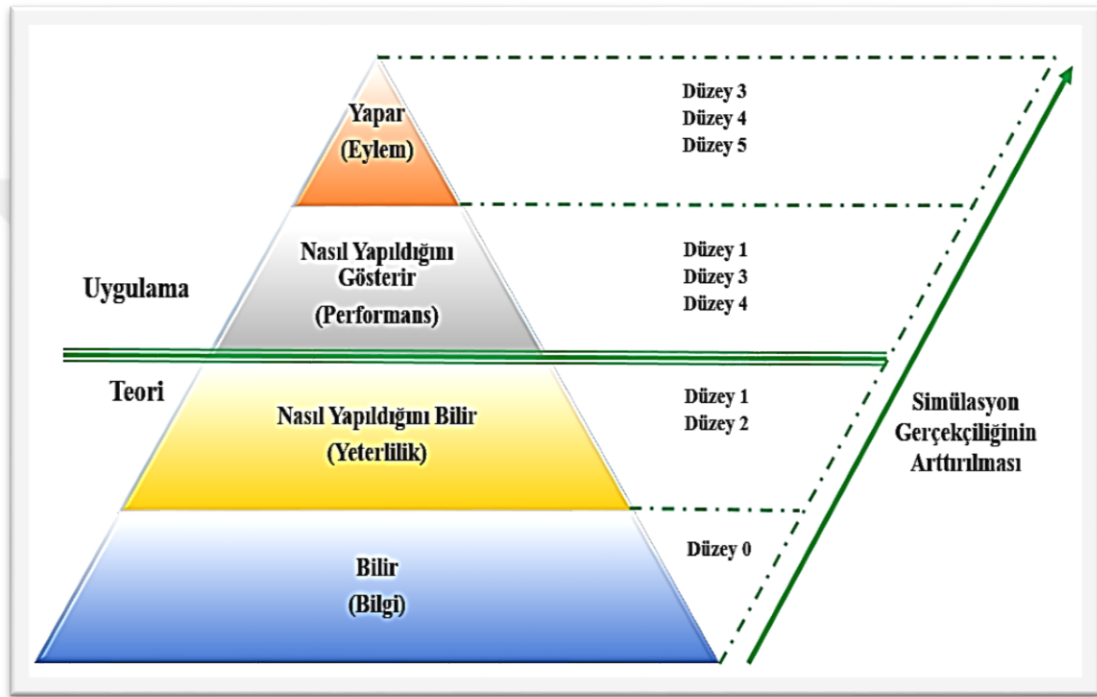
2.5.2. Simülasyonun Tarihçesi

Simülasyon 5000 yıl kadar önce ilk kez Çin savaş oyunlarında, 1800’lü yıllardan sonra askeri eğitimde ordu planlarının düzenlenmesi amacıyla kullanılmıştır (134,136). 1950’li yıllardan itibaren simülasyon kullanımı sağlık eğitiminde ön plana çıkmıştır (136). “Pantom” olarak isimlendirilen ilk mankenler obstetrik beceri eğitiminde ve değerlendirilmesinde kullanılmıştır. 1960 yılında temel beceri ve resüstasyon eğitimi için “Ressusi Anni and Harvey” isimli manken geliştirilmiş, diğer model ve mankenlere örnek olmuştur (137,138). Devam eden süreçte Abrahamson ve Denson tarafından göz ve ağız hareketi yapabilen, karotis nabızı ve kalp atımı olan, bazı invaziv işlemler yapılabilen ilk insan simülatörü “Sim One” üretilmiştir. Sonraki süreçte SIM One simülatörünün geliştirilmesine yönelik çalışmalar devam etmiş, anestezi eğitimine yönelik simülatörler geliştirilmiştir (113,138,139). 1963 yılında ilk kez klinik uygulama eğitiminde gerçek hasta yada eğitilmiş gönüllülerden oluşan standart hastalar kullanılmaya başlanmıştır (140). Gerçeğe en yakın simülasyon mankeni olarak isimlendirilen “Sim Man” 2000’li yıllarda üretilmiştir (139). Şu anda sağlık bakımı ekibinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde sıklıkla kullanılmaktadır (136).

2.5.3. Simülasyon Düzeyleri ve Kullanım Örnekleri

Öğrenenlerin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinde, klinik ortamlarda karşılaşılabilecek durumların yönetilebilmesine yardımcı olabilecek farklı simülasyon düzeyleri bulunmaktadır (134). Simülasyon eğitimi sıfırdan başlanarak beş farklı

düzeyde gerçekleştirilebilmektedir (141). Şekil 2.5’de Alinier tarafından Miller Piramidi (1990) örnek alınarak oluşturulan ve simülasyona dayalı eğitim faaliyetlerinde öğrenenlerin bilgi, beceri ve tecrübe kazanımı için önerilen tipoloji gösterilmektedir. Piramidin en alt basamağı bilgi, düzey 0 simülasyon ile; ikinci basamağı yeterlilik, düzey 1-2 simülasyon ile; üçüncü basamağı performans, düzey 1-3-4 simülasyon ile; en üst basamağı, eylem/davranış, düzey 3-4-5 simülasyon ile değerlendirilir.



Şekil 2.5. Simülasyona Dayalı Eğitim Faaliyetlerinde Öğrenenlerin Bilgi, Beceri ve Tecrübe Kazanımı İçin Önerilen Tipoloji (141)

Düzey 0 simülasyon uygulamalarında vaka çalışmaları ve hasta ile ilgili olabilecek sorunlar ele alınabilmektedir (141). Vaka çalışmalarında hastalara ait X-Ray görüntüleri, laboratuvar bulguları gibi bilgiler dışında herhangi bir araç ve gerece ihtiyaç duyulmamaktadır. Öğrenenlerden sadece vakayı analiz etmesi ve çözümleme yapması beklenmektedir. Bu nedenle bu düzeyde simülasyonu öğrenen yürütebilmektedir. Öğrenme bilişsel düzeyde gerçekleşmektedir (139).

Düzey 1 simülasyon uygulamalarında üç boyutlu temel düzey özelliklere sahip mankenler, gerçekliği düşük modeller kullanılmaktadır (141). Temel düzey mesleki bilgi ve becerinin öğretilmesinde kullanılan anatomik modeller (meme, pelvis maketi

veya enjeksiyon uygulamaları için kullanılacak kol veya bacak maketi gibi) Düzey 1 simülasyon uygulamalarında yer almaktadır. Uygulamalar uygulama odası ya da sınıf ortamında gerçekleştirilebilmekte, önce eğitimci tarafından beceri gösterilerek daha sonra öğrenenin beceriyi tekrarlaması sağlanmaktadır. Bu nedenle bu düzeyde simülasyonu eğitimci ya da öğrenen yürütebilmektedir. Öğrenme bilişsel ve psikomotor düzeyde gerçekleşmektedir (139).

Düzey 2 simülasyon uygulamalarında bilgisayar simülasyon yazılımı, cerrahi simülatörler ve sanal gerçeklik kullanılmaktadır. Teknoloji simülasyonu olarak da adlandırılabilen düzey 2 simülasyon, sınıf ortamında ya da bilgisayar laboratuvarında gerçekleştirilebilmektedir (141). Öğrenenler, bu düzeyde simülasyon ile belirli bir beceriyi hasta ile karşılaşmadan, gerçek hasta üzerinde deneyimlemeden uygulama becerisi elde edebilmektedir. Öğrenme sadece bilişsel düzeyde gerçekleşmektedir (139,142).

Düzey 3 simülasyon uygulamalarında standart hastalar yer almaktadır (141). Standart hastalar, senaryo doğrultusunda bir hastalık öyküsünü tutarlı ve tam olarak betimlemek ve öğrencilerin performansını değerlendirmek üzere eğitim almış sağlıklı veya hasta bireylerdir (140,142,143). Eğitimci ya da öğrenen yürütümlü olduğu için öğrenmede interaktifliği sağlamaktadır. Senaryoya göre uygulama ortamı düzenlenerek, öğrenenlerin iletişim, hastayı fiziksel olarak değerlendirme, sorunu tanımlama ve eleştirel düşünme becerilerinin gelişmesini sağlar. Öğrenenlere gerçeğe yakın bir uygulama ortamında beceri kazanımını sağlar (139,140,142). Ayrıca standart hastaların rolleri genişletilerek hibrit hasta simülasyonu uygulamaları gerçekleştirilebilmektedir. Hibrit hasta simülasyonu öğrenenlerin klinik becerileri daha iyi öğrenmesine olanak sağlayan, standart hasta ile model/maket veya mankenin ile birleştirilerek kullanıldığı simülasyondur. Hibrit hasta simülasyonu öğrenenlerin prosedürel veya operatif becerileri uygulayabilmesine olanak sağlamaktadır. Örneğin; klinik meme muayenesi becerisinin öğretilmesi için meme maketi standart hasta üzerine giydirilerek gerçeğe yakınlık düzeyi arttırılabilir. Hem standart hastada hem de hibrit hasta simülasyonunda öğrenme bilişsel, psikomotor ve tutumsal düzeyde gerçekleşmektedir (139).

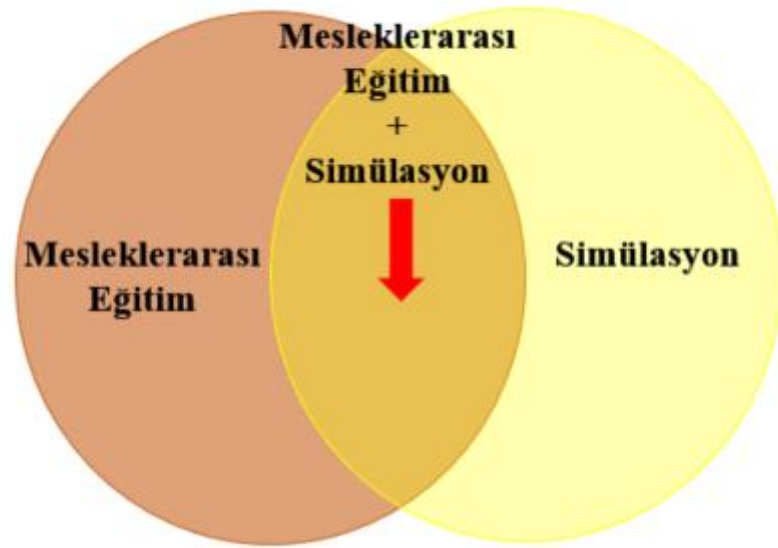
Düzey 4 simülasyon uygulamalarında bilgisayar ile kontrol edilebilen, gerçeğe orta düzeyde yakın mankenler ve manketler yer almaktadır (141). Senaryoya yönelik

hazırlık yapılabilmesi için uygulama odası ya da simülasyon laboratuvarı/merkezi gerekmektedir. Eğitimci kontrolünde olduğu için uygulamada interaktiflik sağlanamamaktadır. Öğrenenlerin iletişim, hastayı fiziksel olarak değerlendirme, sorunu tanımlama ve eleştirel düşünme becerilerinin gelişmesini sağlar (139,142). Öğrenenin performansı kayıt altına alınabilir ve uygulama sonrası kayıt izlenerek çözümleme yapılabilir. Öğrenme sadece bilişsel, psikomotor ve tutumsal düzeyde gerçekleşmektedir (139).

Düzey 5 simülasyon uygulamalarında gözleri ve göğüs kafesleri hareket edilebilen, invaziv uygulamalar yapılabilen, fiziksel değerlendirmelere cevap verebilen mankenler kullanılmaktadır (141). Senaryoya yönelik hazırlık yapılabilmesi için yüksek gerçeklikte bir simülasyon laboratuvarına ihtiyaç vardır. Mankenler bilgisayar programı veya manüel olarak senaryo doğrultusunda yönlendirilebilir. Öğrenciler interaktif deneyim fırsatı sunmaktadır. Öğrenenlerin iletişim, hastayı fiziksel olarak değerlendirme, sorunu tanımlama, bakım ve tedaviyi uygulama ve eleştirel düşünme becerilerinin gelişmesini sağlar (139,142). Öğrenenin performansı kayıt altına alınabilir ve uygulama sonrası kayıt izlenerek çözümleme yapılabilir. Öğrenme sadece bilişsel, psikomotor ve tutumsal düzeyde gerçekleşmektedir (139).

2.6. Mesleklerarası Eğitimde Simülasyon Eğitiminin Kullanımı

Simülasyon eğitimi öğrencilere bilişsel ve psikomotor becerilerini geliştirmeleri için benzersiz deneyimler sunmaktadır. Simülasyon eğitimi, didaktik öğrenmenin ötesinde gerçeklik ve etkileşimi temel alan bir eğitim olanağı sağlayarak, daha iyi hasta sonuçları ve daha sürdürülebilir bir eğitim programı oluşturulmasında etkili olmaktadır. Bu nedenle sağlık eğitiminde simülasyon kullanımı mesleklerarası eğitim için ideal bir araç olarak kabul edilmektedir (115,144,145). 2011 yılında Sağlıkta Simülasyon Topluluğu (The Society for Simulation in Healthcare) ve Ulusal Hemşirelik Birliği (National League for Nursing) şekil 2.6. 'de mesleklerarası eğitim ve simülasyon arasında oluşan kesişimin, mesleklerarası eğitimin daha iyi anlaşılması ve sonuçlarının iyileştirilmesi için kullanılması gerektiğini belirtmiştir (115).



Şekil 2.6. Mesleklerarası Eğitim ile Simülasyon Arasındaki İlişki (115)

Mesleklerarası eğitim ekip içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, iletişim ve koordinasyon yeterliliklerinin artmasını sağlayan bir ortaklık sağlar (107,129,144). Günümüzde hastaların sağlık gereksinimleri tek bir meslek karşılayabilecek durumda değildir. Tıbbi hata oranları genelde sağlık ekibi içerisindeki kötü iletişimde kaynaklanmaktadır. Ekip içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin ekibin bir parçası olarak çalışması gerekmektedir ancak bireysel yeterlilikler klinik ortamda ekip olarak çalışmak için yeterli olamamaktadır. Bu nedenle günümüzde sağlık profesyonellerinin eğitiminde simülasyon uygulamalarını içeren mesleklerarası eğitim ön plana çıkmaktadır (106,146).

Simülasyon ile geliştirilmiş mesleklerarası eğitim, gelecekte birlikte çalışacak sağlık öğrencilerinin eğitimi için önerilmektedir (113,115,129,144,146). Simülasyon ile geliştirilmiş mesleklerarası eğitim, bütünsel yaklaşım ve dönüştürücü öğrenme ile diğer meslekler hakkında anlayışı arttırmak için tasarlanmış senaryolar ile simülasyon yöntemlerinin kullanımı olarak tanımlanmaktadır (115,145). Amaç; bakımın kalitesini ve güvenliğini geliştirmek, diğer meslekleri anlamak ve saygı göstermek, ilişki kurmak, işbirliği ve bilgi paylaşımı yapmak, problem çözme becerilerini geliştirmek ve sağlık meslekleri arasındaki iletişimi ilerletmektir (115,144,145,147,148). Ekip içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin rollerinin birleşmesi veya seyreltilmesi değildir. Simülasyon ile geliştirilmiş mesleklerarası eğitim, ekip çalışmasını

geliştirebilecek gerçekçi bir eğitim yaklaşımı ve standartlaştırılmış deneyim sağlamaktadır. Bu yaklaşım ile hatalardan öğrenme sağlanarak hastaların zarar görmesi önlenmeye çalışılmaktadır (115).

Etkili bir mesleklerarası eğitimin; sorumluluk, ön planlamada tüm paydaşlara zaman ayırma, doğru ve açık iletişimin sağlanması, hesap verilebilirlik, koordinasyon, işbirliği, atılganlık, özerklik ve karşılıklı güven ve saygı gibi bazı özellikleri içermelidir. Başarılı bir mesleklerarası eğitimde öğrencilerin bu özellikleri birbirleri ile deneyimleyebilmeleri, paylaşabilmeleri ve uygulayabilmeleri sağlanmaktadır (146). Simülasyon ile geliştirilmiş mesleklerarası eğitimin hedeflerini oluşturmada “Mesleklerarası İşbirliği Uygulamasında Temel Yetkinlikler” (2016) raporunda 4 başlık altında belirlenen yetkinliklerin kullanılması önerilmektedir (123) (Bkz. 2.4.2.Mesleklerarası Eğitimin Hedefleri). Mesleklerarası Uygulama İçin Etik/Değerler, Roller/Sorumluluklar, Mesleklerarası İletişim ve Ekip ve Ekip Çalışması başlıklarından oluşan bu yetkinlikler oluşurken karşılıklı saygıyı ve paylaşılan değerler iklimini koruyabilmek için simülasyon uygulamalarının kullanımı önerilmektedir.

Palangas (2012) kaliteli bir simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimi planlaması için bir çerçeve oluşturmuştur. Bu çerçeve doğrultusunda simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim planlanırken dikkat edilecek unsurları belirtmiştir (115).

- Mesleklere ait bilgi, beceri, tutum ve değerler belirlenerek, ihtiyaçlar değerlendirilmelidir.
- Eğitimin hedef grubu belirlenmelidir.
- Hedef grubun bilgi düzeyi ve beklentileri eşleştirilmelidir.
- Mesleklerarası eğitimin öğrenme hedeflerini kesinleştirilmeli, karşılaşılabilecek zorluklar belirlenmelidir.
- Kullanılabilecek senaryoları belirlenmeli ve değerlendirme yöntemleri araştırılmalıdır.
- Geçerli ve güvenilir değerlendirme araçları bulunmalıdır.
- Ekipte yer alan mesleklerin eğitimi tamamlanmalıdır.
- Rehber senaryoya odaklanılarak, senaryo sonuçları değerlendirilmelidir.
- Sınırlılıklar belirlenmelidir.
- Etkili iletişim becerileri öğretilmelidir.

- Simülasyon uygulaması sonrası çözümleme yapılmalıdır.
- Veriler değerlendirilmeli ve analiz edilmelidir.
- Tüm süreç raporlanmalıdır.

2.7. Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi

Jinekolojik kanserler özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser yükünün önemli bir kısmını oluşturmakta ve bu ülkelerde kadınlarda önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olabilmektedir. Bu açıdan günümüzde tedaviye yanıt vermeyen ilerlemiş ve tekrarlayan jinekolojik kanser vakalarında palyatif bakıma yönelik ilgi artmıştır. Geçtiğimiz yıllarda palyatif bakım hizmeti Türkiye’de kanser kontrol faaliyetlerinin en zayıf parçasını oluştururken, 2010-2015 ulusal kanser kontrol programının en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Palyatif Bakım Programı (2009) oluşturulmuş ve kanser dahil olmak üzere kronik hastalığı olan tüm bireylere verilen palyatif bakım hizmetlerini kapsayan PALLİA-TÜRK adında bir proje (2011) hazırlanmıştır. Bu proje ile birlikte, palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi için doktor, hemşire, sosyal hizmet ve beslenme ve diyetetik uzmanlarının yer aldığı mesleklerarası palyatif bakım ekipleri oluşturulmuş ve hizmete açılan palyatif bakım ünitelerinde bu ekiplerin istihdam edilmesi sağlanmıştır. Ancak Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sürdürülmesi ve kalitesinin artırılmasında bazı engeller ile karşılaşmaktadır. Çünkü mesleklerarası palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan sağlık profesyonelleri lisans eğitimleri süresince birlikte çalışabilen ekip üyeleri olarak yetiştirilmemekte ve nitelikli bir palyatif bakım eğitimi almamaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusunda bilgi ve becerilerini geliştirebilmek, farkındalıklarını arttırabilmek için lisans eğitimleri içerisinde nitelikli mesleklerarası palyatif bakım eğitime ihtiyaç vardır.

Gelecekte palyatif bakım hizmet sunumunda yaşanan sorunlara çözüm getirebilmek için yapılacak en önemli adımlardan birisi lisans eğitimi içerisinde mesleklerarası palyatif bakım eğitiminin entegre edilmesidir. Problem çözme, etkili iletişim, bilgi ve becerinin öğretilmesi ve geliştirilmesi, hasta merkezli uygulama ve ekip işbirliği gibi yetkinliklerin geliştirilmesini amaçlayan mesleklerarası eğitimde ise

öğrencilere güvenli ve etkili bir öğrenme ortamı sağlayan ve aktif bir öğrenme stratejisi olan simülasyonun bir öğrenme stratejisi olarak kullanılması son yıllarda giderek artmıştır. Bu açıdan çalışmamızda lisans öğrencilerine yönelik eğitim müdahalesi çalışması yapılarak mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım eğitimde farklı simülasyon müdahalelerinin, öğrencilere jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerinin kazandırılmasına ve öğrencilerin disiplinlerarası eğitim algıları ile ekip çalışması tutumlarına etkisi değerlendirilmiştir. Lisans programlarında palyatif bakımın mesleklerarası eğitime yönelik ilk çalışma niteliğinde olan bu çalışmanın konu ile ilgili gereksinimi sağlayacak, gelecek çalışmalara ve eğitimlere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bir eğitim müdahale çalışması olarak gerçekleştirilen araştırmada nicel ve nitel veri toplama yöntemleri ve veri analizinin bir arada olduğu karma yöntem kullanılmıştır.

Araştırmanın nicel bölümü, mesleklerarası simülasyon eğitiminin öğrencilerin jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerine, disiplinlerarası eğitim algısına ve ekip çalışması tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrol müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın nitel bölümü, öğrencilerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüş, düşünce ve önerileri belirlemek amacıyla odak grup görüşmeleri yapılarak gerçekleştirilmiştir.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı tarafından palyatif bakım eğitimi alması gereken dört meslek grubu (hemşire, doktor, beslenme ve diyetetik uzmanı, sosyal hizmet uzmanı) öğrencileri araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Eren Kum Amfisi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yer alan "Mesleklerarası Simülasyon Merkezi ve Değerlendirme Merkezi" kullanılarak tamamlanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Eren Kum Amfisi 100 kişilik kapasiteye sahip bir amfidir. Amfide bir adet bilgisayar ve iki adet projektör ve çift taraflı projeksiyon perdesi bulunmaktadır.

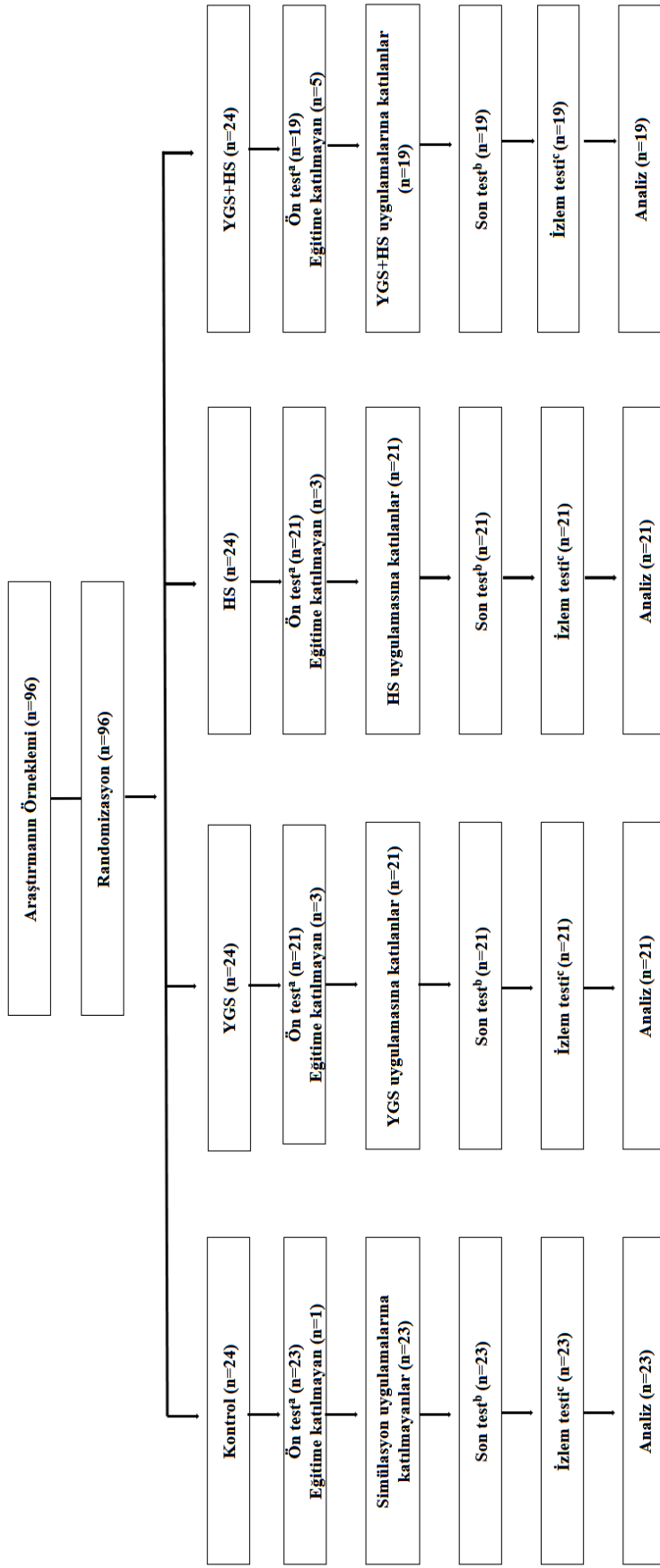
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yer alan "Mesleklerarası Simülasyon Merkezi ve Değerlendirme Merkezi", Hacettepe Üniversitesi'nin sağlık alanında eğitim veren fakülte ve yüksekokullarında mesleklerarası işbirliği ve hasta güvenliği ile ilgili farkındalığı artırmak amacıyla 2010 yılında başlatılan bir proje kapsamında 2014 yılında oluşturulmuştur. Merkez'de farklı meslek gruplarının standart hastalar (hasta simülasyonu amacı ile seçilerek eğitilmiş sıradan kişiler) ile hibrit simülasyon (prosedürel ve operatif becerileri uygulamaya izin veren standart hasta ve simülatör kombinasyonu) uygulamalarını yapabilecekleri bir klinik ortam oluşturulmuştur. Bu merkezde uygulama odaları (Fotoğraf 1,2,3), eğiticilerin senaryoyu yönettikleri ve uygulamayı gözlemleyip kayıt altına aldıkları bir kontrol odası (Fotoğraf 4) ve

Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü'nden 20 öğrenci ve dördüncü sınıf Tıp Fakültesi'nden 20 öğrenci olmak üzere toplam 80 öğrencinin oluşturması planlanmıştır. Araştırma örnekleminde yer alacak öğrencilerin, araştırmanın herhangi bir uygulama aşamasında projeden ayrılması ihtimaline karşı tüm gruplarda yer alacak öğrencilerden %20 (dört öğrenci) fazlası araştırma örneklemine dahil edilmiş ve her bir meslek grubunun öğrencilerinden 24 kişinin araştırmanın örneklemine alınmasına karar verilmiştir. Ancak iki Hemşirelik Fakültesi, bir Beslenme ve Diyetetik Bölümü, iki Sosyal Hizmet Bölümü ve yedi Tıp Fakültesi öğrencisi araştırmanın uygulama aşamasında araştırmaya devam etmekten vaz geçmişlerdir. Araştırmanın örneklemini, 2016-2017 öğretim yılı bahar döneminde Hacettepe Üniversitesi'nin üçüncü sınıf Hemşirelik Fakültesi'nden 22 öğrenci, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 23 öğrenci, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü'nden 22 öğrenci ve dördüncü sınıf Tıp Fakültesi'nden 17 öğrenci olmak üzere toplam 84 öğrenci oluşturmuştur. Tablo 3.1'de örneklem kapsamına alınan öğrencilerin kontrol ve müdahale gruplarına göre seçilme biçimleri gösterilmektedir. Yapılan araştırmada, 84 örneklem sayısı, %5 hata payı ve etki genişliği değeri %25 olduğu durumda gruplar arası farklılığı % 90,4 güç ile ortaya koyabilmektedir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Nicel Boyutunun Örneklem Kapsamına Alınan Öğrenci Sayısı ve Grupları

Grup No	Örneklem Sayısı	Araştırma Grupları	
Grup	n	Yüksek Geçerlikte Simülasyon Uygulaması	Hibrid Hasta Simülasyonu Uygulaması
1	23	-	-
2	21	+	-
3	21	-	+
4	19	+	+
Toplam	84		

Araştırmanın randomizasyon yöntemi, tabakalandırma ve bloklama yöntemidir. Araştırmacı öğrencileri bölüm/fakültelerine göre sınıflandırmış (tabakalandırmış) daha sonra gruplarda her bir bölüm/fakülteden öğrenciler olacak (her tabakadan eşit öğrenci içerecek) şekilde gruplar oluşturmuştur (bloklar). Öğrencilerin gruplara dağılımı www.random.org sitesi (bilgisayarın kendi seçimi sonucu basit rasgele randomizasyon yöntemiyle) kullanılarak yapılmıştır. Şekil 3.1.'de örneklem seçiminden veri analizine kadar örneklem akış şeması yer almaktadır



^aEğitim Öncesi; ^bSimülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cSimülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra
YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, HS: Hibrit Simülasyon

Şekil. 3.1. Örneklem seçiminden veri analizine kadar örneklem akış şeması

Araştırmanın Nitel Boyutunun Örneklemi

Niteliksel araştırmalarda örneklem büyüklüğü, bilgi gereksinimine göre saptanmalıdır. Bu nedenle örneklemede temel ilke veri doygunluğudur (149). Çocukluk ve arkadaşlarının aktardığına göre odak grup görüşmelerinde ise uygun katılımcı sayısı dört-15 kişidir (150). Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminin kullanılma nedeni; örnekleme dâhil her durumun kendine özgü boyutlarının ayrıntılı bir biçimde tanımlanmasını sağlamaktır (151). Bu bilgiler ışığında her bir odak grup görüşmesine her bir fakülteden/bölümden en az birer öğrenci alınmıştır. Araştırmada yedişer kişiden oluşan gruplar ile (iki Hemşirelik Fakültesi öğrencisi, bir Tıp Fakültesi öğrencisi, iki Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi, iki Sosyal Hizmet Bölümü öğrencisi) dört odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri toplam 28 öğrenci ile 26 Nisan 2017 (iki odak grup görüşmesi), 15 Nisan 2017 (bir odak grup görüşmesi) ve 9 Nisan 2017 (bir odak grup görüşmesi) tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve özellikleri Tablo 3.2.'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçlarının Özellikleri

Veri Toplama Aracı	Soru/Madde Sayısı	Değerlendirme Aralığı	Psikometrik Özellikleri
Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu	15 sorudan oluşan dört bölüm	-	-
Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu	Çoktan seçmeli 28 soru	0-28	T1 ^a _Cronbach alfa: 0,556 T2 ^b _Cronbach alfa: 0,597 T3 ^c _Cronbach alfa: 0,813
Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği	17 maddeden oluşan 3 alt boyut (6'lı likert tipi ölçek)	1-6	T1 ^a _Cronbach alfa: 0,903 T2 ^b _Cronbach alfa: 0,934 T3 ^c _Cronbach alfa: 0,933
Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği	26 maddeden oluşan 5 alt boyut (5'li likert tipi ölçek)	1-5	T1 ^a _Cronbach alfa: 0,905 T2 ^b _Cronbach alfa: 0,916 T3 ^c _Cronbach alfa: 0,957
Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi	66 maddeden oluşan üç bölüm (5'li likert tipi kontrol listesi)	0-264	-
Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi	12 sorudan oluşan dört bölüm	-	-

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu (Ek 2)

Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak oluşturulmuştur. Bu form toplamda 15 soru ve dört bölümden oluşmaktadır.

- Sosyo-demografik özelliklerine yönelik sorular (1-9. sorular): Öğrencilerin yaşının, cinsiyetinin, medeni durumunun, ekonomik durumunun, öğrenim gördüğü fakülte/bölümün, isteyerek seçme durumunun ve seçmesine neden olan faktörlerin, mezun olduktan sonra çalışmak istediği özel bir çalışma alanının var olma durumunun ve var olma durumunda bu çalışma alanı/alanlarının ne olduğuna yönelik sorulardan oluşmaktadır.

- Palyatif bakım konusunda bilgi alma durumunu belirlemeye yönelik sorular (10-12. sorular): Öğrencilerin palyatif bakım konusunda bilgi alma durumunu, bilgi alma durumunda bu bilgiyi nereden aldıklarını, aldıkları bilginin içeriğinin ne olduğunu belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

- Mesleklerarası eğitime katılma durumunu belirlemeye yönelik sorular (13-14. sorular): Öğrencilerin daha önce mesleklerarası bir eğitime katılma durumunu, katılma durumunda bu eğitimin adının ne olduğu, kim tarafından verildiği ve süresini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

- Simülasyon uygulamasına katılma durumunu belirlemeye yönelik sorular (15-17. sorular): Öğrencilerin simülasyon konusunda bilgi alma durumunu, herhangi bir simülasyon uygulamasına katılma durumunu, katılma durumunda simülasyon uygulamasının içeriğini ve süresini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu (Ek 3)

Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür (2,8,60–62,64,65,78,80,83,85,87,14,90,91,102,15,28,31,35,49,50,56) dikkate alınarak ve anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından iki uzman kişiden^{1,2} görüş alınarak oluşturulmuştur.

Bu soru formu “Jinekolojik Onkolojide Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi”nin hedefleri doğrultusunda bilişsel yeterlilikleri belirlemeye yönelik çoktan

¹Prof. Dr. Aygöl Akyüz, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi

²Prof. Dr. Melih Elçin, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

seçmeli olarak hazırlanmış ve 28 sorudan oluşmaktadır. Formda palyatif bakımın hedefleri ve palyatif bakım uygulamasında karşılaşılan engellere yönelik 4 soru, Türkiye’de ve Dünyada palyatif bakımın durumuna yönelik 2 soru, jinekolojik kanserlerde palyatif bakımın önemine yönelik 3 soru, palyatif bakımda hasta ve ailesi ile iletişime yönelik 2 soru, mesleklerarası ağrı yönetiminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik 2 soru, mesleklerarası ağrı dışındaki semptomlara yönetiminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik 9 soru (Dispne: 1 soru; Asit: 1 soru, Bulantı-Kusma: 1 soru; Konstipasyon: 1 soru; Yorgunluk: 1 soru; Deliryum: 1 soru; Depresyon-Anksiyete:1 soru; Cinsel yaşam ile ilgili sorunlar: 2 soru), spiritüel (manevi) bakıma yönelik 1 soru, ölüm sürecinde ve sonrasında hasta bakımına yönelik 2 soru, yas sürecinde ailenin bakımına yönelik 1 soru, palyatif bakımda etik konulara yönelik 1 soru ve palyatif bakımda yasal konulara yönelik 1 soru bulunmaktadır. Formda doğru cevaplar 1 yanlış cevaplar 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Formdan alınabilecek en yüksek puan 28 en düşük puan 0’dır. Araştırmada kullanılan soru formunun ölçüm zamanlarına göre Cronbach’s alfa değerleri eğitim öncesinde 0,556, simülasyondan hemen sonra 0,597 ve simülasyondan üç ay sonra 0,813 olarak hesaplanmıştır.

Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği (Ek 4)

“Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği”, Luecht ve ark. (1990) tarafından geliştirilmiş (152) ve Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Terzioğlu ve ark. tarafından 2018 yılında yapılmıştır (153). Orijinal ölçek 18 maddeden, Türkçe ölçek ise 17 maddeden (orijinal ölçekteki 11. madde çıkarılmıştır) oluşmaktadır. Ölçek 6’lı likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin yetkinlik ve özerklik, algılanan işbirliği ihtiyacı, mevcut işbirliği algısı olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi alt boyut toplam puan ortalamaları ve ölçeğin toplam puan ortalaması üzerinden yapılmaktadır. Alt boyutlardan ve ölçekten alınan toplam puan ortalamalarının artması disiplinler arası eğitim algısının arttığını göstermektedir (154). Orijinal ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik 0,872 (152), Türkçe ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,926’dır. Araştırmada kullanılan ölçeğin ölçüm zamanlarına göre Cronbach’s alfa değerleri eğitim öncesinde 0,903, simülasyondan hemen sonra 0,934 ve simülasyondan üç ay sonra 0,933 olarak hesaplanmıştır.

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği (Ek 5)

“Ekip Çalışması Tutum Ölçeği”, 2010 yılında Baker ve ark. tarafından geliştirilmiştir (155) ve Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yardımcı ve ark. tarafından 2012 yılında yapılmıştır (156). Orjinal ölçek 30 maddeden, Türkçe ölçek ise 26 maddeden (orijinal ölçekteki 20., 21., 24. ve 30. maddeler çıkarılmıştır) oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçek ekip yapısı, liderlik, durum izleme, karşılıklı destek ve iletişim olmak üzere beş alt bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi alt boyut toplam puan ortalamaları ve ölçeğin toplam puan ortalaması üzerinden yapılmaktadır. Alt boyutlardan ve ölçekten alınan toplam puan ortalamalarının artması ekip çalışması tutumunun arttığını göstermektedir (155,156). Orjinal ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa değeri 0,70-0,83 arasındadır, Türkçe ölçeğin cronbach alfa değeri 0,82’dir. Araştırmada kullanılan ölçeğin ölçüm zamanlarına göre Cronbach’s alfa değerleri eğitim öncesinde 0,905, simülasyondan hemen sonra 0,916 ve simülasyondan üç ay sonra 0,957 olarak hesaplanmıştır.

Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi (Ek 6)

Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi konu ile ilgili literatür (4,8,85,105,121,13,23,32,35,37,40,48,61) dikkate alınarak ve anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından iki uzman kişiden ^{1,2} görüş alınarak oluşturulmuştur. Kontrol listesi 3 bölümden ve 66 maddeden oluşmaktadır.

- Birinci Bölüm_Hemşire nöbet teslimi ve palyatif bakım ekibinin hasta ve ailesini değerlendirmesi (1-45. Maddeler): Bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecektir. Daha sonra palyatif bakım ekibinin hastayı ve ailesini değerlendirmesi ve değerlendirme sonrasında palyatif bakıma yönelik girişimleri ve uygulamaları yapmaları beklenmektedir.

- İkinci Bölüm_Ekip Toplantısı (46-49. Maddeler): Ekip toplantısında palyatif bakım ekibinin hastanın genel durumunu değerlendirme ve taburculuğuna yönelik karar alması beklenmektedir.

¹Prof. Dr. Aygöl Akyüz, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi

²Prof. Dr. Melih Elçin, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

•Üçüncü Bölüm_Hasta ve ailesi ile birlikte taburculuk ile ilgili kararın paylaşılması (50-66. Maddeler): Palyatif bakım ekibinin hasta ve ailesi ile taburculuk kararını paylaşması, alınan kararın hasta ve ailesi ile tartışması beklenmektedir.

Form beşli likert ölçeğe göre değerlendirmiştir. Buna göre palyatif bakım ekibi yapılması gereken davranışın hiçbirisini göstermedi ise 0, yapılması gereken davranışın yarısından azını gösterdi 1, yapılması gereken davranışın yarısını gösterdi ise 2, yapılması gereken davranışın yarısından fazlasını gösterdi ise 3 ve yapılması gereken davranışın tamamını gösterdi ise 4 puan almıştır. Kontrol listesinden alınabilecek en yüksek puan 264, en düşük puan 0'dır.

Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi (Ek 7)

Öğrencilerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüşlerinin, düşüncelerinin ve önerilerinin değerlendirilmesine yönelik “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi” ilgili literatür dikkate alınarak ve anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından iki uzman kişiden ^{1,2} görüş alınarak oluşturulmuştur. Soru yönergesi 12 sorudan ve dört bölümden oluşmaktadır.

1. Bölüm: Palyatif Bakım: Öğrencilerin palyatif bakımın tanımı, hastalar için palyatif bakımın önemi, palyatif bakım hizmetlerinin nasıl bir ortamda verilmesi gerektiği konusunda ki düşüncelerini öğrenmeye yönelik üç sorudan oluşmaktadır.

2. Bölüm: Palyatif Bakım Hizmeti Sunumunda Ekip Yaklaşımı: Öğrencilerin palyatif bakım hizmetlerinin sunumu için ekip yaklaşımının gerekliliği ve palyatif bakım hizmeti veren ekip içerisinde hangi sağlık profesyonellerinin olması gerektiği, palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin rol ve sorumlulukları konusunda düşüncelerini öğrenmeye yönelik üç sorudan oluşmaktadır.

3. Bölüm: Palyatif Bakım Hizmeti Sunan/Sunacak Ekibin Eğitimi: Öğrencilerin “Jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitimi”nin farklı meslekler ile verilmesi konusunda düşüncelerini, eğitim programı içerisinde hangi konuların yer alması gerektiği, eğitimin daha etkili ve verimli olması için önerilerini, simülasyon uygulamasının eğitim etkisi üzerinde etkisi konusunda düşüncelerini öğrenmeye yönelik dört sorudan oluşmaktadır.

¹Prof. Dr. Aygöl Akyüz, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi

²Prof. Dr. Melih Elçin, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4. Ülkemizdeki Palyatif Bakımın Durumu: Öğrencilerin ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin gerekliliği ve yeterliliği konusundaki düşüncelerini öğrenmeye yönelik iki sorudan oluşmaktadır.

3.5.Araştırmanın Uygulama Süreci

Araştırmacı, doktora tez araştırması uygulama sürecine başlamadan önce doktora tez araştırması hakkında bilgi ve beceri kazanabilmek amacıyla, 13 Haziran 2015- 16 Ekim 2015 (dört ay) tarihleri arasında Amerika'nın Birmingham eyaletinde bulunan Alabama Birmingham Üniversitesi Hemşirelik Okulu'nda ziyaretçi akademisyen olarak bulunmuştur. Doktora tez araştırma konusu ile ilgili bilgi, beceri ve tecrübe kazanarak, sürecin sonunda "Palyatif Bakım ve Klinik Simülasyon ile Mesleklerarası Simülasyon Tabanlı Ekip Eğitimi" (Ek 8) sertifikası almıştır. Doktora eğitimi sürecinde doktora tez araştırması ile ilgili olarak palyatif bakım ve simülasyon konusunda ulusal ve uluslararası eğitimlere katılmış, ulusal kongre ve kurslarda eğitimci olarak yer almıştır (Ek 9). Araştırmacının, 2015 yılında düzenlenen Uluslararası Palyatif Bakım Ağı Konferansı'nda (International Palliative Care Network Conference) sunduğu "Determination of the Palliative Care Practices of the Nurses Working in Gynecological Oncology Units in Turkey" başlıklı yüksek lisans tez araştırması "Şeref Ödülü (Honorable Mention)" almıştır (Ek 10).

Araştırma; hazırlık ve uygulama olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın hazırlık aşaması 01 Ekim 2016- 03 Mart 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulama aşaması 04 Mart 2017- 15 Temmuz 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.5.1. Birinci Aşama: Hazırlık

- Araştırmanın uygulaması aşamasında kullanılacak Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu (Ek 3) ve Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi (Ek 6) oluşturulmuştur.

- Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Konusunda yüksek geçerlikte simülasyon (Ek 11) ve hibrit simülasyon uygulamaları (Ek 12) için literatür doğrultusunda senaryolar hazırlanmıştır. Senaryo hazırlama sürecinde Alabama

Birmingham Üniversitesi Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Merkezinin önerdiği senaryo şablonu kullanılmıştır (<http://www.uab.edu/simulation/images/Forms/SimUABScenarioTemplateGUIDE.pdf>). Senaryolar; demografi, eğitim bilgileri (hedef öğrenci grubu, senaryo hedefleri), senaryo kurulum bilgileri (simülatör/senaryo, dosyalar ve diğer hususlar, başlangıç: simülasyon kurulumu, ekipman/malzeme, kurulum ve çevre ile ilgili notlar), ön bilgilendirme (öğrenciler için ön bilgilendirme, öğrenciler için senaryo), senaryo hakkında bilgi (eğitici için senaryo özeti, seslendiren kişi/operatör için hasta hikayesi -sadece manken kullanımında-, öğrenci dışında senaryoda yer alan kişiler için hastanın fiziksel özellikleri), senaryonun ilerlemesi, simülasyonda katılımcı/öğrenci dışında yer alacak kişiler (Simülasyonda öğrenci dışında yer alacak kişiler için senaryonun açıklanması ve ilerleyişi, simülasyonda katılımcı/öğrenci dışında yer alacak kişilerin rolüne yönelik bilgi) ve çözümleme planı başlıklarından oluşmaktadır.

- “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi”nin literatür doğrultusunda amaç ve öğrenme hedefleri belirlenmiş, bu doğrultuda eğitim programı hazırlanmıştır (Ek 13). Eğitim programının içeriğinin görsel sunumları hazırlanarak kitapçık şekline getirilmiştir. Eğitimin öğrencilere duyurulması amacıyla afiş hazırlanmış (Ek 14), eğitime katılan her bir öğrenci için eğitimde kullanılacak jinekolojik onkolojiye yönelik mesleklerarası palyatif bakım eğitimi kitapçığı, yaka kartı, kimlik kartı, dilek kartı, eğitim katılım belgesi (Ek 15) hazırlanmıştır. Dilek kartları ciddi bir hastalık durumunda nasıl tedavi edilmek istediğimiz ile ilgili konuşmayı ve düşünmeyi sağlayan bir uygulama olarak (157,158) eğitim içeriğine interaktif bir yöntem olarak eklenmiştir. Eğitim içeriğinde yer alan konulardan; “Palyatif Bakımın Amacı, Hedefleri ve Palyatif Bakım Konusunda Yaşanan Engeller” konusunda Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU (İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi), “Türkiye’de ve Dünyada Palyatif Bakımın Durumu” konusunda Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi), “Mesleklerarası Palyatif Bakım Ekibinin Roller ve Sorumlulukları” konusunda Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi), Uzm. Hem. Ferhan ÇETİN ŞEREF (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi), Uzm. Dyt. Şeniz ÖZTÜRK (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi), Sosyal Hizmet Blm. Uzm. Melis KAYA (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi) ve “Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Konular” konusunda Öğr.

Gör. Dr. Müge DEMİR (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi) ile görüşülmüş ve eğitimde eğitimci olarak yer alabileceklerini belirtmişlerdir.

- Araştırmanın evrenini oluşturan 2016-2017 öğretim yılı bahar dönemi Hacettepe Üniversitesi'nin üçüncü sınıf Hemşirelik Fakültesi (2 toplantı), Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (3 toplantı) ve İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü (4 toplantı) ve dördüncü sınıf Tıp Fakültesi (4 toplantı) öğrencilerin tamamına araştırmanın amacı ve uygulaması konusunda bilgilendirme toplantıları yapılmıştır (01 Ocak 2017-28 Şubat 2017). Araştırmaya katılmayı kabul eden 24 Hemşirelik Fakültesi, 24 Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 24 Sosyal Hizmet Bölümü ve 24 Tıp Fakültesi öğrencisinin iletişim bilgilerinin ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alınmıştır. Öğrenciler ile iletişimin aktif olarak yürütülebilmesi amacıyla her bir meslek grubu için WhatsApp grubu oluşturulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi”nin afişi WhatsApp grupları aracılığı ile iletilmiştir.

- Araştırmanın uygulanabilirliği açısından gerekli olan tüketim malları ve malzeme alımları tamamlanmıştır.

- “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi”nin gerçekleştirildiği Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Eren Kum Amfisi eğitim için hazırlanmıştır.

- Araştırmada yer alan her bir meslek grubundan öğrenciler, gruplara eşit dağılacak şekilde, www.random.org sitesi kullanılarak (bilgisayarın kendi seçimi sonucu basit rasgele randomizasyon yöntemiyle) kontrol ve müdahale grupları olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. İki Hemşirelik Fakültesi, bir Beslenme ve Diyetetik Bölümü, iki Sosyal Hizmet Bölümü ve yedi Tıp Fakültesi öğrencisinin araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı ve sözlü onamları alınmış ancak Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi’ne katılmamışlardır. Öğrenciler ders programlarının yoğunluğundan dolayı araştırmada yer almak istemediklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle araştırmada “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” gerçekleştirildikten sonra Tıp Fakültesi öğrencilerinde örneklem sayısına ulaşamadığı için öğrenciler ile tekrar görüşülmüş

ve araştırmaya katılmayı kabul eden 10 Tıp Fakültesi öğrencisine yönelik “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” gerçekleştirilmiştir.

- Tıp Fakültesi öğrencilerinde yeterli sayıya ulaşılamaması nedeniyle **simülasyon grupları** iki Hemşirelik Fakültesi, iki Beslenme ve Diyetetik Bölümü, iki Sosyal Hizmet Bölümü* ve bir Tıp Fakültesi öğrencileri olmak üzere yedi kişiden oluşan ekipler şeklinde oluşturulmuştur (iki simülasyon grubunda öğrenciler uygun olmadığı için birer sosyal hizmet bölümü öğrenci ile grup oluşturulmuştur). Araştırmaya katılan her bir meslek grubundan öğrenciler gruplara eşit dağılacak şekilde www.random.org sitesi kullanılarak (bilgisayarın kendi seçimi sonucu basit rasgele randomizasyon yöntemiyle) kontrol ve müdahale grupları olmak üzere tekrar dört gruba ayrılmıştır (Ek Tablo 1).

- Çalışma gruplarında yer alan öğrencilerin simülasyon uygulamaları tarih ve saatleri (Bkz. Ek tablo 1) WhatsApp grupları aracılığı ile öğrencilere bildirilmiştir.

- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yer alan “Mesleklerarası Simülasyon Merkezi ve Değerlendirme Merkezi” senaryolar doğrultusunda hazırlanmıştır (Ek 16, Ek 17).

Yüksek Geçerlikte Simülasyon Uygulaması” senaryosu uygulamasında hastanın kızı rolü için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı’nda kayıtlı standart hasta ile görüşülmüştür. Standart hasta yüksek geçerlikte simülasyon senaryosu içerisinde yer alan “Simülasyonda Öğrenci Dışında Yer Alacak Kişiler” bölümünde yer alan bilgiler doğrultusunda hazırlanmıştır (Ek 11). Yüksek geçerlikte simülasyon uygulaması için simülasyon mankeninin abdomenine 10cm×5cm boyutunda palpe edilebilen kitle yerleştirilmiş; abdomeni manken karın derisi ile kaplanmıştır. Mankenin kolu ve el üzerine morluklar oluşturulmuş, idrar kataterizasyonu yapılmış, IV infüzyon için katater uygulanmış, ayak bileklerine (+2 derece ödemi gösterecek) belirteç eklenmiş, mulaj tekniği ile abdomeninde 15 cm uzunluğunda (longitudinal) skar dokusu oluşturulmuş ve pansuman malzemeleri ile kaplanmıştır. Araştırmacı, standart hastayı uygulamalardan bir gün önce arayarak hatırlatmada bulunmuştur.

“Hibrit Simülasyon Uygulaması” senaryosu uygulamasında hasta ve hastanın kızı rolü için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı’nda kayıtlı iki standart hastalar ile görüşülmüştür. Standart hastalar hibrit

simülasyon senaryosu içerisinde yer alan “Simülasyonda Öğrenci Dışında Yer Alacak Kişiler” bölümünde yer alan bilgiler doğrultusunda hazırlanmıştır (Ek 12). Hasta rolünde olan standart hastanın abdomenine 10cm×5cm boyutunda palpe edilebilen kitle yerleştirilmiş; abdomeni manken karın derisi ile kaplanmıştır. Standart hastanın kolu ve el üzerine mulaj ile morluklar oluşturulmuş, idrar kataterizasyonu yapılmış (katater ucu bacağına sabitlenmiş), IV infüzyon için katater deri üzerine uygulanmış, ayak bileklerine (+2 derece ödemi gösterecek) belirteç eklenmiş, mulaj tekniği ile abdomeninde 15 cm uzunluğunda (longitudinal) skar dokusu oluşturulmuş ve pansuman malzemeleri ile kaplanmıştır. Araştırmacı, standart hastaları uygulamalardan bir gün önce arayarak hatırlatmada bulunmuştur.

3.5.2. İkinci Aşama: Uygulama

Araştırmanın uygulama aşaması, ön test uygulaması ve Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi’nin gerçekleştirilmesini, simülasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesini, nitel uygulamayı ve Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi’nin kalıcılığının test edilmesini içermektedir. Araştırmanın uygulama akış şeması Şekil 3.2’de verilmiştir.

Jinekoloji Onkolojide Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi

Araştırmada yer alan tüm öğrencilere “Jinekoloji Onkolojide Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” başlamadan önce aşağıda yer alan veri toplama araçları uygulanmıştır.

- ☐ Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu
- ☐ Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu
- ☐ Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği
- ☐ Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

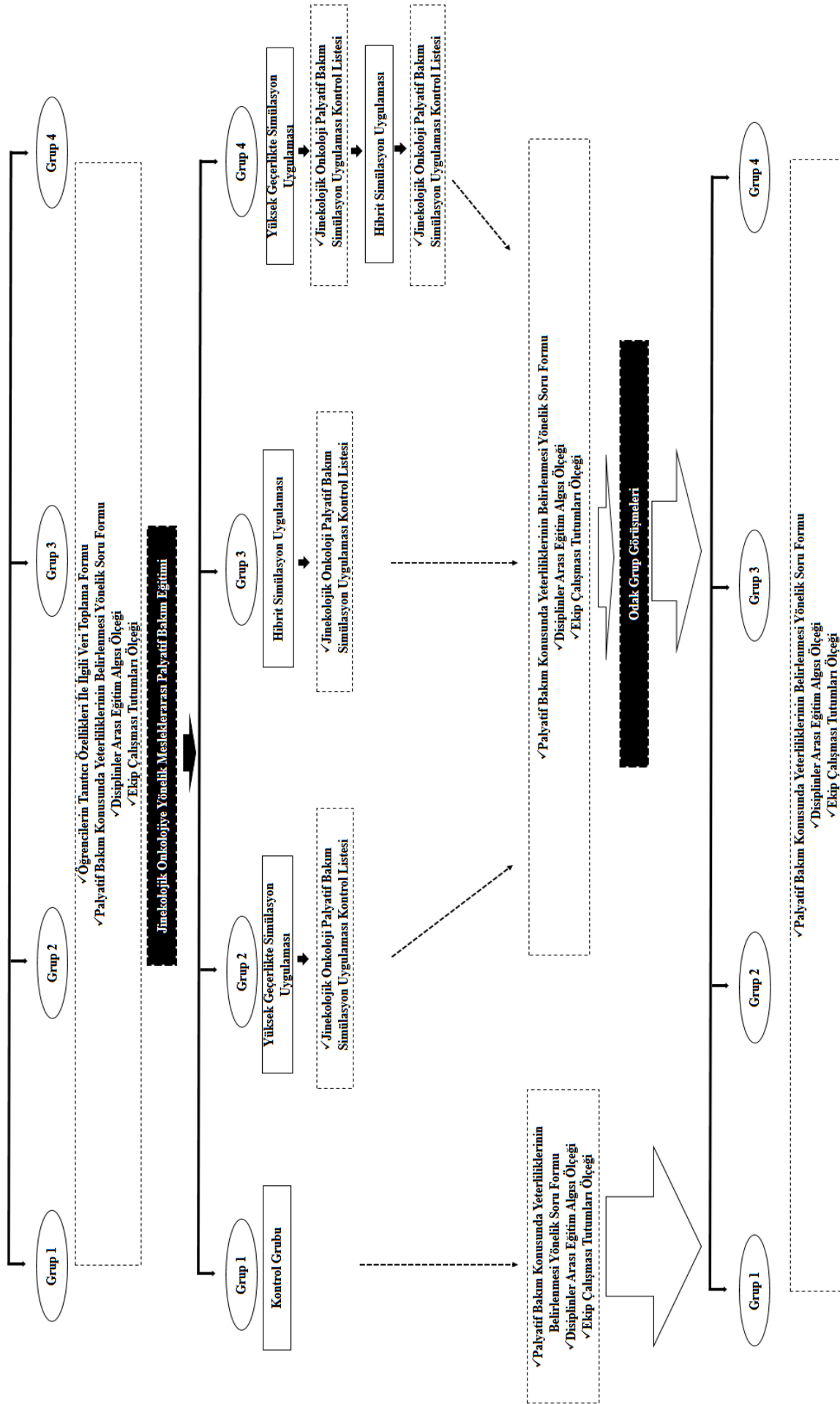
• “Jinekoloji Onkolojide Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” 4 Mart Cumartesi ve 5 Mart Pazar 2017 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Eren Kum Amfisi’nde gerçekleştirilmiştir. Eğitimde “Palyatif Bakımın Amacı, Hedefleri ve Palyatif Bakım Konusunda Yaşanan Engeller” konusunda Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU (İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi); “Türkiye’de ve Dünyada Palyatif Bakımın Durumu” konusunda Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi), “Mesleklerarası Palyatif Bakım

Ekibinin Roller ve Sorumlulukları” Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi), Uzm. Hem. Ferhan ÇETİN ŞEREF (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi), Uzm. Dyt. Şeniz ÖZTÜRK (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi), Sosyal Hizmet Blm. Uzm. Melis KAYA (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi) ve “Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Konular” konusunda Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi) öğrencilere eğitim vermişlerdir. Katkılarından dolayı konuşmacılara teşekkür belgesi (Ek 18) verilmiştir. Araştırmada “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” gerçekleştirildikten sonra Tıp Fakültesi öğrencilerinde örneklem sayısına ulaşamadığı için öğrenciler ile tekrar görüşülerek gerçekleştirilen ve 10 Tıp Fakültesi öğrencisine yönelik olan “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” 25 Mart 2017 Cumartesi tarihinde gerçekleştirilmiştir.

Eğitimin son aşamasında simülasyon uygulamasına alınacak gruplar simülasyon uygulaması hakkında bilgilendirilmiştir. Ayrıca kontrol grubunda yer alan öğrenciler talep ettikleri durumda araştırmanın uygulaması tamamlandıktan sonra simülasyon uygulaması yapabilecekleri konusunda bilgilendirilmiştir.

Eğitimden bir hafta sonra Grup 1’e aşağıdaki formlar uygulanmıştır.

- Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu
- Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği
- Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği



Şekil 3.2. Araştırmanın Akış Şeması

Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Ekibi Simülasyon Uygulaması

Grup 2. Yüksek Geçerlikte Simülasyon Uygulaması

•Uygulama öncesinde öğrencilere, yüksek geçerlikte simülasyon ile eğitimin nasıl yapılacağı, uygulamanın video ile kaydedileceğine ilişkin bilgilendirme ve senaryo hakkında ön bilgilendirme (Bkz. Ek 11. Yüksek Geçerlikte Simülasyon Uygulama Senaryosu Ön Bilgilendirme) yapılmıştır.

•Öğrenci gruplarının “Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Ekibi” yüksek geçerlikte simülasyon uygulaması Tıp Fakültesi Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Merkezi’nde gerçekleştirilmiş ve her bir uygulamanın hazırlık aşaması 10 dk., simülasyon uygulaması 30 dk. ve çözümleme aşaması 30 dk. sürmüştür.

•Uygulama sırasında araştırmacı tarafından her bir gruba yönelik “Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi” doldurulmuştur.

•Her grubun simülasyon uygulamaları kayıt altına alınmıştır. Çözümleme aşamasında çözümleme planı kullanılmış (Bkz. Ek 11. Yüksek Geçerlikte Simülasyon Uygulama Senaryosu Çözümleme Planı) ve uygulama gerçekleştiren grup ile birlikte video kaydı izlenmiştir.

•Çözümleme oturumunun tamamlanmasından hemen sonra aşağıdaki veri toplama araçları uygulanmıştır.

- ✓ Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu
- ✓ Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği
- ✓ Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Grup 3. Hibrit Simülasyon Uygulaması

•Uygulama öncesinde öğrencilere, hibrit simülasyon ile eğitimin nasıl yapılacağı, uygulamanın video ile kaydedileceğine ilişkin bilgilendirme ve senaryo hakkında ön bilgilendirme (Bkz. Ek 12. Hibrit Simülasyon Uygulama Senaryosu Ön Bilgilendirme) yapılmıştır.

- Öğrenci gruplarının “Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Ekibi” yüksek geçerlikte simülasyon uygulaması Tıp Fakültesi Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Merkezi’nde gerçekleştirilmiş ve her bir uygulamanın hazırlık aşaması 10 dk., simülasyon uygulaması 30 dk. ve çözümleme aşaması 30 dk. sürmüştür.

- Uygulama sırasında araştırmacı tarafından her bir gruba yönelik “Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi” doldurulmuştur.

- Çözümleme aşamasında çözümleme planı kullanılmış (Bkz. Ek 11. Hibrit Simülasyon Uygulama Senaryosu Çözümleme Planı) ve uygulama gerçekleştiren grup ile birlikte video kaydı izlenmiştir.

- Çözümleme oturumunun tamamlanmasından hemen sonra aşağıdaki veri toplama araçları uygulanmıştır.

- ✓ Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu
- ✓ Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği
- ✓ Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Grup 4. Yüksek Geçerlikte Simülasyon+Hibrit Simülasyon Uygulaması

- Bu grupta her iki simülasyon uygulaması bir arada yürütülmüştür. Simülasyon gruplarında önce yüksek geçerlikte simülasyon uygulaması ardından Hibrit simülasyon uygulaması gerçekleştirilmiştir.

- Yüksek geçerlikte simülasyon uygulaması öncesinde öğrenciler, yüksek geçerlikte simülasyon ile eğitimin nasıl yapılacağı, uygulamanın video ile kaydedileceğine ilişkin bilgilendirme ve senaryo hakkında ön bilgilendirme (Bkz. Ek 11. Yüksek Geçerlikte Simülasyon Uygulama Senaryosu Ön Bilgilendirme) yapılmıştır.

- Öğrenci gruplarının “Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Ekibi” yüksek geçerlikte simülasyon uygulaması Tıp Fakültesi Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Merkezi’nde gerçekleştirilmiş ve her bir uygulamanın hazırlık aşaması 10 dk., simülasyon uygulaması 30 dk. ve çözümleme aşaması 30 dk. sürmüştür.

- Yüksek geçerlikte simülasyon uygulamasının tamamlanmasından sonra gruplar aynı gün Hibrit simülasyon uygulamasını gerçekleştirmiştir.

- Uygulamalar sırasında araştırmacı tarafından her bir gruba yönelik “Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi”ni doldurulmuştur.

- Çözümleme aşamalarında çözümleme planı kullanılmış (Bkz. Ek 11. Hibrit Simülasyon Uygulama Senaryosu Çözümleme Planı) ve uygulama gerçekleştiren grup ile birlikte video kayıtları izlenmiştir.

- Her iki simülasyon uygulamasının tamamlanmasından hemen sonra aşağıdaki veri toplama araçları uygulanmıştır.

- ✓ Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesine Yönelik Soru Formu
- ✓ Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği
- ✓ Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Nitel Uygulama

Araştırmanın nicel bölümünün uygulaması tamamlandıktan sonra müdahale gruplarında yer alan öğrencilerden nitel bölümüne katılmayı kabul eden gruplar ile iletişime geçilmiş ve her bir odak grupta yer alan öğrencilerin uygun oldukları tarih ve saat belirlenerek öğrenciler odak grup görüşmelerinin yapılacağı zaman hakkında bilgilendirilmiştir. Yedişer kişiden oluşan toplam 28 öğrenci ile dört odak grup görüşmesi 26 Nisan 2017, 15 Nisan 2017 ve 9 Nisan 2017 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler için Mesleklerarası Simülasyon Merkezi ve Değerlendirme Merkezi’nde yer alan boş bir oda tercih edilmiştir. Görüşmeler her bir grup için yaklaşık bir saat sürmüştür. Görüşmeler esnasında araştırmacı tarafından notlar alınmış ve ses kayıt cihazı kullanılmıştır.

Odak grup görüşmelerinde “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi (Ek 7)” kullanılmıştır. Görüşmeye başlamadan önce öğrencilere aşağıdaki açıklamalar yapılmıştır.

- ✓ Görüşme sırasında söylediklerinin ses kayıt cihazına kaydedileceği,
- ✓ Yapılacak görüşmenin gizli kalacağı,
- ✓ Görüşmede konuşulanların sadece araştırma amaçlı kullanılacağı,
- ✓ Katılımcıların isimlerinin herhangi bir yerde deşifre edilmeyeceği,

- ✓ Görüşme sonunda istemedikleri bilgilerin silinebileceği,
- ✓ Görüşmeyi sonlandırmak isterlerse buna saygı duyulacağı,
- ✓ Aydınlatılmış onam formunu okumaları, anlamadıkları yerlerin açıklanabileceği,

Yukarıdaki açıklamalar yapıldıktan sonra öğrencilerden yazılı onamları alınmış ve “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi (Ek 7)” kullanılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi’nin Kalıcılığının Test Edilmesi

Araştırmanın nicel bölümünün uygulaması tamamlandıktan üç ay sonra müdahale ve kontrol gruplarına aşağıda belirtilen formların doldurulması amacıyla Google Anket uygulamasından yararlanılarak bir online anket formu oluşturulmuştur. Öğrenciler ile WhatsApp grupları ile iletişime geçilerek online anketin linki gönderilmiştir. Online anket formunda yer alan veri toplama araçları aşağıda belirtilmiştir. Online anket formuna geri dönüş oranı % 100’dür.

- ✓ Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu
- ✓ Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği
- ✓ Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

3.6.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için araştırma öncesi Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından etik açıdan uygun bulunduğu onay yazısı alınmıştır (26 Temmuz 2016 tarih ve 16969557/793 sayılı yazı) (Ek 19). Araştırmanın Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (10 Ağustos 2016 tarih ve 51986023/1205 sayılı yazı) (Ek 20), Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (18 Ağustos 2016 tarih ve 68552689-800/1813 sayılı yazı) (Ek 21) ve İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü (6 Ekim 2016 tarih ve 74823957-773.01/508 sayılı yazı) (Ek 22) 3. sınıf öğrencileri ile ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (22 Eylül 2016 tarih ve 65420943-300/13803 sayılı yazı) (Ek 23) 4. sınıf öğrencileri ile yapılabilmesi için

yazılı izinler alınmıştır. Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Merkezi kullanımına yönelik Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı'ndan yazılı izin alınmıştır (11 Aralık 2016 tarih ve 82739379-770/213 sayılı yazı) (Ek 24). Araştırmanın nicel (Ek 25) ve nitel (Ek 26) bölümüne katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı aydınlatılmış onamları onamları alınmıştır.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi'nin üçüncü sınıf Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü ve dördüncü sınıf Tıp Fakültesi öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmanın sonuçları diğer fakülte/bölümde yer alan öğrencilere genellenemez.

Araştırmada öğrencilerim mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım simülasyon uygulaması değerlendirmeleri araştırmacınının gözlemi ile sınırlıdır.

Araştırmada “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” gerçekleştikten sonra Tıp Fakültesi öğrencilerinde örneklem sayısına ulaşamadığı için öğrenciler ile tekrar görüşülmüş ve 10 Tıp Fakültesi öğrencisine yönelik “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” gerçekleştirilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20 (SPSS Inc., Chicago IL, USA). Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) ve kategorik değişkenler için frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogrov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca örneklemin dağılımına bakılmaksızın, $n \geq 30$ için örneklem ortalaması yaklaşık olarak normal dağılmaktadır. Eğer örneklem dağılımı simetriğe yakınsa, $n \geq 15$ için örneklem ortalaması yaklaşık olarak normal dağılmaktadır. Eğer

örneklem normal dağılıma sahipse, örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak örneklem ortalaması normal dağılmaktadır (Smidt, 2001). Bu bilgi dikkate alınarak; iki bağımsız kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Ki-kare analizi kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grup arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) testi, hangi grubun farklı olup olmadığına karar verirken Bonferroni Post-Hoc testi kullanılmıştır. İki den fazla bağımlı değişken arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlerde ANOVA (repeated measures) testi, hangi grubun farklı olup olmadığına karar verirken Bonferroni Post-Hoc testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümlerde ANOVA analizinde küresellik testi sonucuna göre Pillai's Trace değerleri kullanılmıştır.

Disiplinler Arası Eğitim Algısı, Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği ve Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu için Cronbach's alfa değeri eğitim öncesi, simülasyon uygulamasından hemen sonra ve simülasyon uygulamasından üç ay sonra yapılan ölçümler dikkate alınarak hesaplanmıştır. Cronbach's alfa değeri 0.40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, 0.40-0.59 arası düşük güvenilirlikte, 0.60-0.79 arası oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (159). Buna göre araştırmada kullanılan ölçeklerin ölçüm zamanlarının her birinde yüksek derecede güvenilir olduğu, palyatif bakım konusunda yeterliliklerinin belirlenmesi yönelik soru formunun güvenilirliğinin ise eğitim öncesi ve simülasyon uygulamasından hemen sonra olan ölçüm zamanlarında düşük güvenilirlikte, simülasyon uygulamasından üç ay sonra olan ölçüm zamanında ise yüksek güvenilirlikte olduğu belirlenmiştir.

3.8.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Öğrencilerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüşlerinin, düşüncelerinin ve önerilerinin değerlendirilmesine yönelik araştırmacı tarafından uygulanan "Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi"nden elde edilen nitel verilerin analizinde tümevarım yaklaşımı ve içerik analizinden yararlanılmıştır. Araştırmacı içerik analizinde görüşme yoluyla elde edilen nitel araştırma verilerini dört aşamada analiz etmiştir.

1. *Aşama (Transkripsiyon ve Veri Doğrulama)*: Görüşmeler esnasında araştırmacı tarafından notlar alınmış ve ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Veri analizi sürecinde ilk olarak elde edilen ve ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınan nitel veriler araştırmacı tarafından yazılı doküman haline getirilmiştir. Transkripsiyonu görüşme sonrası ilk 24 saat içerisinde gerçekleştirilmiş, araştırmacı tarafından iki kez tekrar dinlenerek yapılan transkripsiyon kontrol edilmiştir.

2. *Aşama (Verilerin Kodlanması)*: İçerik analizinin bu aşamasında araştırmacı, elde ettiği bilgileri inceleyerek, anlamlı bölümlere ayırmaya ve her bölümün kavramsal olarak ne anlam ifade ettiğini bulmaya çalışmıştır. Kodlama sürecinden önce nitel veriler araştırmanın amacı ve kavramsal çerçevesi dikkate alınarak araştırmacı tarafından birkaç defa okunmuştur. Kodlama aşamasında nitel verilerin işlenmesi sırasında ortaya çıkan kavramlara göre kodlama yapılmıştır. Araştırma verilerinden elde edilen kodlar tümevarımcı bir yaklaşımla ortaya çıkarılmıştır.

3. *Aşama (Temaların Bulunması)*: İkinci aşamada ortaya çıkan kodlardan yola çıkarak verileri, genel düzeyde açıklayabilen ve kodları belirli kategoriler altında toplayabilen temalar belirlenmiştir. Temalar oluşturulurken iç ve dış tutarlılık dikkate alınmıştır. İç tutarlılıkta, temalar oluşturulurken anlamlı bir bütün oluşturup oluşturmadığı dikkate alınmıştır. Bu amaçla benzer olan veriler aynı tema altında toplanmıştır. Dış tutarlılıkta oluşturulan temaların araştırmadan elde edilen nitel verileri anlamlı bir biçimde açıklayabilmesi dikkate alınmıştır. Bunun için oluşturulan temaların birbirinden farklı olması ile birlikte, kendi aralarında anlamlı bir bütün olup olmaması değerlendirilmiştir.

4. *Aşama (Verilerin Kodlara ve Temalara Göre Düzenlenmesi ve Tanımlanması)*: İkinci aşamadaki ayrıntılı kodlama ve üçüncü aşamadaki tematik kodlama sonucunda, araştırmacı topladıkları verileri, kendi görüş ve yorumlarına yer vermeden ve toplanan bilgileri işlenmiş bir biçimde hazırlamıştır. Araştırmanın raporunda öğrencilerin görüşlerini, düşüncelerini ve önerilerini en iyi vurgulayan/tanımlayan ifadelerden doğrudan alıntılar yapılmıştır.

Geçerlik ve Güvenirlik

Araştırmada; toplanan nitel veriler detaylı bir şekilde rapor edilmiş, sonuçların nasıl elde edildiği araştırmacı tarafından açıklanmış ve öğrencilerin ifadelerinden doğrudan alıntılar verilerek geçerlilik sağlanmıştır.

Araştırmada iç geçerliliği sağlamak için; “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi” literatür doğrultusunda hazırlanmış ve literatür ile tutarlılığı sağlanmıştır. Öğrenciler ile yapılan odak grup görüşmeleri soruları rahatlık ile cevaplayabilecekleri bir ortamda gerçekleştirilmiş, öğrencilerin cevapları araştırmacı tarafından geribildirimler ile teyit edilmiştir. Ses kayıt cihazına kaydedilen odak grup görüşmeleri araştırmacı tarafından tekrar tekrar dinlenerek yazılı doküman haline getirilmiştir. Araştırma nitel sonuçları, öğrencilerin ifadelerinden yapılan doğrudan alıntılar ile birlikte verilmiştir. Alıntıların, belirlenen kod ve temalarla ilişkili ve açıklayıcı nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Araştırmanın nitel bulgularında tutarlılık sağlamak için; belirlenen kod ve temalar arasındaki ilişki kontrol edilerek anlamlı bir bütünlük olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Araştırmanın dış geçerliğini sağlamak için; Araştırmanın yönteminde; araştırmanın modeli, nitel örneklemi ve örneklem seçim yöntemi, nitel veri toplama aracının geliştirilmesi, nitel verilerin toplanma süreci ve nitel verilerin analizi süreci ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Araştırmadan elde edilen nitel bulgular, benzer araştırma bulgularıyla karşılaştırma yapılabilecek düzeyde ayrıntılı olarak verilmiştir.

Araştırmanın dış güvenilirliğini sağlamak için; araştırmacıya güven duymaların sağlamak amacıyla araştırmacının amacı ve önemi ayrıntılı olarak öğrencilere açıklanmıştır. Araştırma süreci ve nitel verilerin analizi detaylandırılarak araştırmanın yöntem bölümünde açıklanmıştır. Araştırma nitel sonuçları, yapılan benzer araştırmalarla karşılaştırılmış, literatür ile desteklenerek tartışma bölümünde açıklanmıştır. Bunlarla birlikte araştırma süresince elde edilen nitel veriler, kodlamalar, yazılı dökümanlar araştırmacı tarafından gerektiğinde incelenmek üzere saklanmaktadır.

Araştırmanın iç güvenilirliğini sağlamak için; Nitel veri toplama aracı olan “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi”; literatür dikkate alınarak ve anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından iki uzman kişiden^{1,2} görüş alınarak oluşturulmuştur. Araştırmacı odak grup görüşmeleri sırasında her bir gruba benzer bir yaklaşım ile soruları yöneltmiş ve kayıt altına almıştır. Araştırmanın nitel verileri doğrudan alıntılar yapılarak sunulmuştur. Nitel verilerin toplanma ve analiz süreci yöntem bölümünde ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

¹Prof. Dr. Aygöl Akyüz, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi

²Prof. Dr. Melih Elçin, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular nicel bulgular ve nitel bulgular başlıkları altında iki bölüm halinde incelenmiştir.

Mesleklerarası simülasyon eğitiminin öğrencilerin jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerinin kazandırılmasına, disiplinlerarası eğitim algısının ve ekip çalışması tutumlarının artırılmasına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen **nicel bulgular** dört başlık altında ele alınmıştır.

1. Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Öğrencilerin Palyatif Bakım Yeterlilikleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
3. Öğrencilerin Disiplinler Arası Eğitim Algısı Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
4. Öğrencilerin Ekip Çalışması Tutumları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Öğrencilerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüş, düşünce ve önerilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen **nitel bulgular** iki başlık altında ele alınmıştır.

1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Öğrencilerin Mesleklerarası Jinekoloji Onkoloji Palyatif Bakım Eğitiminde Simülasyon Kullanımı Konusunda Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Bulgular

4.1. Nicel Bulgular

4. 1. 1. Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikler	1.Grup ^a (n= 23)		2.Grup ^b (n=21)		3.Grup ^c (n=21)		4.Grup ^d (n=19)		Toplam (n=84)	
Yaş										
Ort±SS	22 ± 0,95		21,62 ± 1,24		22,71 ± 4,08		21,89 ± 2,85		22,06 ± 2,56	
	F*=0,689 p=0,561									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	16	69,6	12	57,1	16	76,2	18	94,7	62	73,8
Erkek	7	30,4	9	42,9	5	23,8	1	5,3	22	26,2
	χ ² **=7,598 p= 0,055									
Ekonomik Durum										
İyi	2	8,7	3	14,3	8	38,1	7	36,8	20	23,8
Orta	21	91,3	18	85,7	13	61,9	12	63,2	64	76,2
	χ ² **=8,088 p= 0,054									
Fakülte/Bölüm										
Hemşirelik Fakültesi	4	17,4	6	28,6	6	28,6	6	31,6	22	26,2
Tıp Fakültesi	8	34,8	3	14,3	3	14,3	3	15,8	17	20,2
Beslenme ve Diyetetik Bölümü	5	21,7	6	28,6	6	28,6	6	31,6	23	27,4
Sosyal Hizmet Bölümü	6	26,1	6	28,6	6	28,6	4	21,1	22	26,2
	χ ² **=5,001 p= 0,834									

^aKontrol, ^bYüksek geçerlikte simülasyon, ^cHibrit simülasyonu, ^dYüksek geçerlikte simülasyon+ Hibrit simülasyonu

*Oneway ANOVA Test

**Çok Gözlü Pearson Ki Kare

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 22,06 ± 2,56, çoğunluğunun kadın (%73,8) ve çoğunluğunun (%76,2) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin çalışma gruplarına göre yaşı (p=0,561), cinsiyeti (p= 0,055) ve ekonomik durumları (p= 0,063) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Öğrencilerin palyatif bakım konusunda bilgi almalarına ilişkin bazı özelliklerinin gruplara göre dağılımı

Bilgi Alma Özellikleri	1.Grup ^a (n= 23)		2.Grup ^b (n=21)		3.Grup ^c (n=21)		4.Grup ^d (n=19)		Toplam (n=84)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bilgi Alma Durumu										
Evet	6	26,1	4	19,0	5	23,8	7	36,8	21	25,0
Hayır	17	73,9	1	81,0	1	76,2	12	63,42	63	75,0
$\chi^2=0,866$ p= 0,834										
Bilginin Nereden alındığı**										
Dersler	6	100,0	4	100,0	5	100,0	6	85,7	21	91,3
Kitap ve Dergiler	3	50,0	2	50,0	4	80,0	3	42,9	12	52,2
Kongre ve/veya Seminerler	1	16,7	1	20,0	1	20,0	1	14,3	4	17,4
Bilginin İçeriği**										
Ağrı yönetimi	4	66,7	3	60,0	2	40,0	5	71,4	14	60,9
İletişim becerileri	5	83,3	3	60,0	3	60,0	3	42,9	14	60,9
Semptom kontrolü (Bulantı-kusma, dispne, yorgunluk vb.)	3	50,0	2	40,0	2	40,0	4	57,1	11	47,8
Yas süreci ile baş etme	3	50,0	2	40,0	3	60,0	3	42,9	11	47,8
Palyatif bakım hastasına yönelik beslenme	4	66,7	0	0	1	20,0	4	57,1	9	39,1
Palyatif bakımda etik ve yasal konular	2	33,3	2	40,0	1	20,0	3	42,9	8	34,8
Kötü haber verme	4	66,7	0	0	1	20,0	2	28,6	7	30,4
Palyatif bakım hastasına yönelik psikolojik destek	6	100,0	2	40,0	2	40,0	2	28,6	6	26,1
Palyatif Bakım ve Evde Bakım Hizmetleri	6	100,0	1	20,0	1	20,0	3	42,9	5	21,7

^aKontrol, ^bYüksek geçerlikte simülasyon, ^cHibrit simülasyon, ^dYüksek geçerlikte simülasyon+ Hibrit simülasyon

* Çok Gözlü Pearson Ki Kare

** Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan öğrencilerin palyatif bakım konusunda bilgi almalarına ilişkin bazı özelliklerinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %75,0’inin palyatif bakım konusunda bilgi almadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin çalışma gruplarına göre palyatif bakım konusunda bilgi alma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p= 0,834).

Palyatif bakım konusunda bilgi alan öğrencilerin bilgiyi nereden aldıkları incelendiğinde, %91,3'ünün derslerden, %52,2'sinin kitap ve dergilerden aldığı belirlenmiştir. Palyatif bakım konusunda aldıkları bilginin içeriği incelendiğinde, öğrencilerin %60,9'unun iletişim becerileri ve ağrı yönetimi, %47,8'inin semptom yönetimi (bulantı-kusma, dispne, yorgunluk vb.) ve yas sürecinde baş etme konularında bilgi aldıkları saptanmıştır.



Tablo 4.3. Öğrencilerin daha önce simülasyon eğitimi alma durumunun gruplara göre dağılımı

Daha önce simülasyon eğitimi alma durumu	1.Grup ^a (n= 23)		2.Grup ^b (n=21)		3.Grup ^c (n=21)		4.Grup ^d (n=19)		Toplam (n=84)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	8	34,8	6	28,6	6	28,6	8	42,1	28	33,3
Hayır	15	65,2	15	71,4	15	71,4	11	57,9	56	66,7
$\chi^2=1,108$ p= 0,775										

^aKontrol, ^bYüksek geçerlikte simülasyon, ^cHibrit simülasyon, ^dYüksek geçerlikte simülasyon+ Hibrit simülasyon

* Çok Gözlü Pearson Ki Kare

Tablo 4.3’de araştırmaya katılan öğrencilerin daha önce simülasyon eğitimi alma durumunun gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %66,7’sinin daha önce simülasyon eğitimi aldığı saptanmıştır. Gruplara göre öğrencilerin daha önce simülasyon eğitimi alma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p= 0,775).

Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre simülasyon eğitimi alan öğrencilerin, aldıkları simülasyon eğitiminin içeriği incelendiğinde %46,4’ünün doğum sonu kanaması olan hastanın bakımı ve %25,0’nın şokta hasta yönetimi, %19,9’unun iyi hekimlik uygulamaları, %7,1’inin preeklemsili hastanın bakımı ve %3,6’sının suça sürüklenen çocuklar konularında simülasyon eğitimi aldıkları belirlenmiştir.

Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre araştırmaya katılan öğrencilerin tamamı (%100) daha önce mesleklerarası bir eğitime katılmamıştır.

4.1.2. Öğrencilerin Palyatif Bakım Yeterlilikleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Öğrencilerin palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Palyatif Bakım Yeterlilikleri			T1 ^a	T2 ^b	T3 ^c	İstatistiksel Analiz ^f	
	YGS ^d	HS ^e	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
Zamanlar arası farklılık ^g							
Grup 1 (n=23)	-	-	14,13 ± 3,38	16,91 ± 2,73	14,13 ± 5,71	11,476	0,001
Grup 2 (n=21)	+	-	14,86 ± 2,50	19,14 ± 2,50	19,19 ± 3,66	16,390	0,001
Grup 3 (n=21)	-	+	14,76 ± 3,30	20,29 ± 3,12	20,05 ± 3,06	23,153	0,001
Grup 4 (n=19)	+	+	15,32 ± 4,87	23,32 ± 2,31	22,42 ± 2,73	46,083	0,001
İstatistiksel Analiz ^h							
		F	0,396	20,293	16,063		
Yöntemler Arası Farklılık ^g							
		p	0,756	0,001	0,001		
				1-2,3,4	1-2,3,4		
				4-2,3	4-2		

^aT1: Ön test (Eğitim Öncesi); ^bT2: Son test (Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra); ^cT3: İzlem Testi (Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra)

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Tablo 4.4 ve Grafik 4.1’de öğrencilerin palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır.

Eğitim öncesinde grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($15,32 \pm 4,87$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($14,13 \pm 3,38$) olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,756$).

Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($23,32 \pm 2,31$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($16,91 \pm 2,73$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$). Buna göre, kontrol grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ($16,91 \pm 2,73$), YGS ($19,14 \pm 2,50$), HS ($20,29 \pm 3,12$) ve YGS+HS ($23,32 \pm 2,31$) gruplarının palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu; YGS+HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ($23,32 \pm 2,31$), YGS ($19,14 \pm 2,50$) ve HS ($20,29 \pm 3,12$) gruplarının palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p = 0,001$).

Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($22,42 \pm 2,73$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($14,13 \pm 5,71$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$). Buna göre, kontrol grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ($14,13 \pm 5,71$), YGS ($19,19 \pm 3,66$), HS ($20,05 \pm 3,06$) ve YGS+HS ($22,42 \pm 2,73$) gruplarının palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu; YGS+HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ($23,32 \pm 2,31$), YGS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamasından ($19,19 \pm 3,66$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p = 0,001$).

Ölçüm zamanına göre kontrol grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının eğitimden bir hafta sonra ($16,91 \pm 2,73$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($14,13 \pm 3,38$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$). Buna göre eğitim öncesi palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ($14,13 \pm 3,38$), simülasyon uygulamasından hemen sonra palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamasından ($16,91 \pm 2,73$) anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanına göre YGS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından üç ay sonra ($19,19 \pm 3,66$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($14,86 \pm 2,50$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$). Buna göre eğitim öncesi palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ($14,86 \pm 2,50$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ($19,14 \pm 2,50$) ve simülasyon uygulamasından 3 ay sonra ($19,19 \pm 3,66$) palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

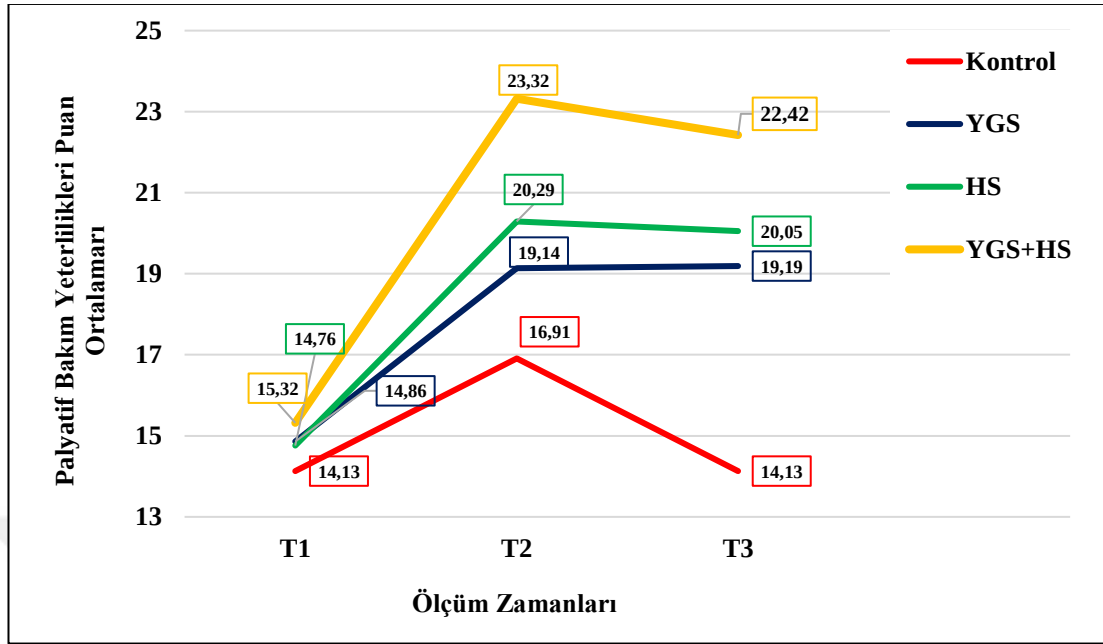
Ölçüm zamanına göre HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($20,29 \pm 3,12$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($14,76 \pm 3,30$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$). Buna göre eğitim öncesi palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ($14,76 \pm 3,30$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ($20,29 \pm 3,12$) ve simülasyon uygulamasından 3 ay sonra ($20,05 \pm 3,06$) palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanına göre YGS+HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($23,32 \pm 2,31$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($15,32 \pm 4,87$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$). Buna göre eğitim öncesi palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ($15,32 \pm 4,87$), simülasyon uygulamasında hemen sonra ($23,32 \pm 2,31$) ve simülasyon uygulamasından 3 ay sonra ($22,42 \pm 2,73$) palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada mesleklerarası simülasyon eğitiminde **yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının** ğrencilere jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterlilikleri kazandırılmasında **etkisi olduğu belirlenmiş** ve **H₁ hipotezi kabul edilmiştir.**

Bununla birlikte mesleklerarası simülasyon eğitiminde **tek başına yüksek geçerlikte simülasyon ve tek başına hibrit simülasyon uygulamalarının** ğrencilere jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterlilikleri kazandırılmasında **etkisi olduğu da saptanmıştır.**



T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra; YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon; HS: Hibrit Simülasyon

Grafik 4.1. Öğrencilerin palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

4.1.3. Öğrencilerin Disiplinler Arası Eğitim Algısı Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Disiplinler Arası Eğitim Algısı	YGS ^d	HS ^e	T1 ^a		T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
			Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		F	p
Grup 1 (n=23)	-	-	4,23±0,78		4,36±0,83		4,29±0,91		0,327	0,723
Grup 2 (n=21)	+	-	4,15±0,73		4,40±1,21		4,60±0,95		1,650	0,205
Grup 3 (n=21)	-	+	4,13±0,82		4,64±1,02		4,67±0,77		3,536	0,039
Grup 4 (n=19)	+	+	4,20±1,04		5,10±0,46		4,86±0,66		9,952	0,001
İstatistiksel Analiz ^h			0,068		2,634		1,697			
Yöntemler Arası Farklılık ^g			0,977		0,056		0,174			
			-		-		-			

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Tablo 4.5. ve Grafik 4.2.'de öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır.

Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,23 \pm 0,78$), en düşük puan ortalamasının HS grubunda ($4,13 \pm 0,82$) olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,977$).

Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($45,10 \pm 0,46$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,36 \pm 0,83$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,056$).

Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($4,86 \pm 0,66$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,29 \pm 0,91$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,174$).

Ölçüm zamanına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının eğitimden bir hafta sonra ($4,36 \pm 0,83$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,23 \pm 0,78$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,723$).

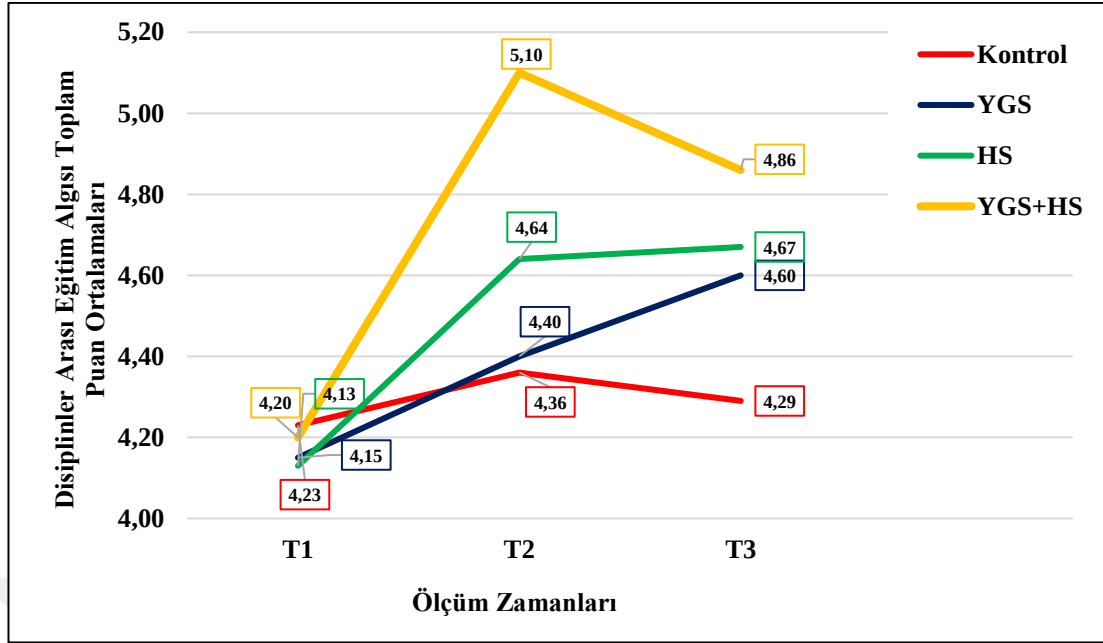
Ölçüm zamanına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından üç ay sonra ($4,60 \pm 0,95$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,15 \pm 0,73$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,205$).

Ölçüm zamanına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından üç ay sonra ($4,67 \pm 0,77$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,13 \pm 0,82$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,205$). Buna göre eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalaması ($4,13 \pm 0,82$), simülasyondan üç ay sonra disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamasından ($4,67 \pm 0,77$) anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($5,10 \pm 0,46$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,20 \pm 1,04$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,205$). Buna göre eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalaması ($4,20 \pm 1,04$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ($5,10 \pm 0,46$) ve simülasyon üç ay sonra ($4,86 \pm 0,66$) disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada mesleklerarası simülasyon eğitiminde **yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının** öğrencilerin disiplinlerarası eğitim algısının artırılmasında etkisi olduğu belirlenmiş ve **H_{1a} hipotezi kabul edilmiştir.**

Araştırmada mesleklerarası simülasyon eğitiminde tek başına **hibrit simülasyon uygulamalarının** öğrencilerin disiplinlerarası eğitim algısının artırılmasında **etkisi olduğu da saptanmıştır.**



T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra; YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon; HS: Hibrit Simülasyon

Grafik 4.2. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Tablo 4.6. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Disiplinler Arası Eğitim Algısı	T1 ^a		T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
Yetkinlik ve Özerklik Alt Boyutu	YGS ^d	HS ^e	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Zamanlar arası farklılık ^g
Grup 1 (n=23)	-	-	4,30±0,92	4,42±1,04	4,31±1,05	0,204	0,816	-
Grup 2 (n=21)	+	-	4,20±0,81	4,41±1,50	4,51±1,23	0,544	0,584	-
Grup 3 (n=21)	-	+	4,10±0,90	4,61±1,20	4,54±1,13	1,712	0,193	-
Grup 4 (n=19)	+	+	4,25±1,17	5,30±0,60	5,00±0,74	8,688	0,003	1-2
İstatistiksel Analiz ^h		F	0,187	0,038	0,086			
Yöntemler Arası Farklılık ^g		p	0,905	0,990	0,968			
			-	-	-			

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Tablo 4.6. ve Grafik 4.3’de öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır.

Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,30 \pm 0,92$), en düşük puan ortalamasının HS grubunda ($4,10 \pm 0,90$) olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,905$).

Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($5,30 \pm 0,60$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,42 \pm 1,04$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,990$).

Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($5,00 \pm 0,74$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,31 \pm 1,05$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,968$).

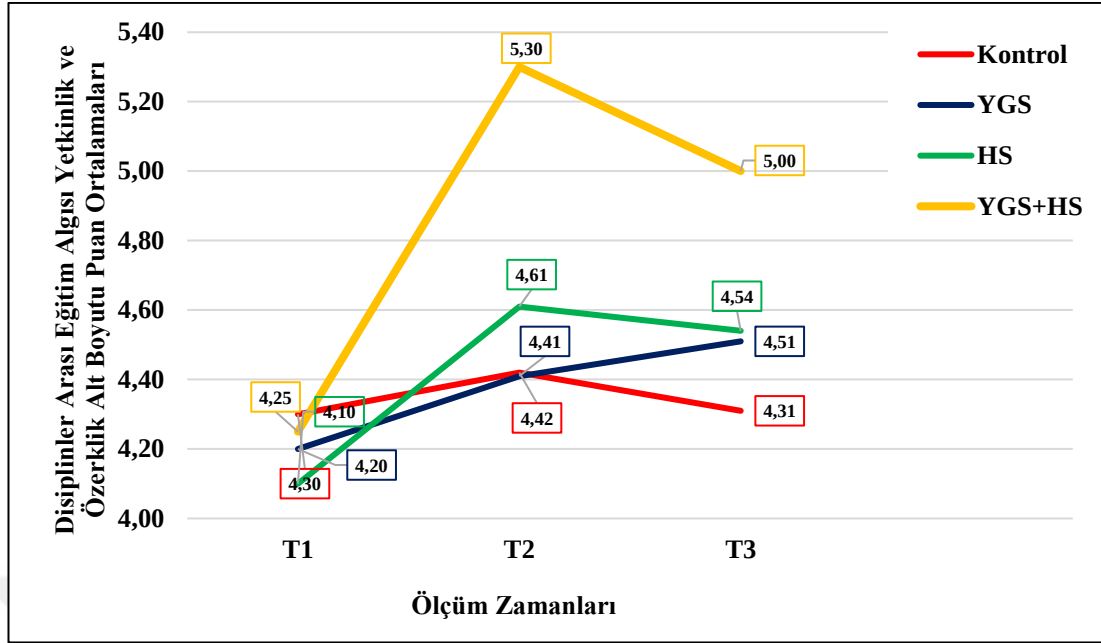
Ölçüm zamanına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının eğitimden bir hafta sonra ($4,42 \pm 1,04$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,30 \pm 0,92$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,816$).

Ölçüm zamanına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından üç ay sonra ($4,51 \pm 1,23$), en düşük puan

ortalamasının eğitim öncesinde ($4,20 \pm 0,81$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,584$).

Ölçüm zamanına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,61 \pm 1,20$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,10 \pm 0,90$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,193$).

Ölçüm zamanına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($5,30 \pm 0,60$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,25 \pm 1,17$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,003$). Buna göre eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalaması ($4,25 \pm 1,17$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ($5,30 \pm 0,60$) disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.



T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra; YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon; HS: Hibrit Simülasyon

Grafik 4.3. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Tablo 4.7. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Disiplinler Arası Eğitim Algısı	T1 ^a		T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
Algılanan İş Birliği İhtiyacı Alt Boyutu	YGS ^d	HS ^e	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Zamanlar arası farklılık ^g
Grup 1 (n=23)	-	-	4,45±0,73	4,72±0,86	4,63±0,99	0,750	0,478	-
Grup 2 (n=21)	+	-	4,35±0,98	4,86±1,20	5,11±0,85	4,049	0,025	1-3
Grup 3 (n=21)	-	+	4,39±0,96	5,11±0,78	5,18±0,66	7,117	0,002	1-2,3
Grup 4 (n=19)	+	+	4,41±1,28	5,25±0,63	5,03±0,80	7,082	0,006	1-2
İstatistiksel Analiz ^h		F	2,694	1,501	0,634			
Yöntemler Arası Farklılık ^g		p	0,052	0,221	0,595			

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Sümülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Tablo 4.7.'ve Grafik 4.4'de öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır.

Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,45 \pm 0,73$), en düşük puan ortalamasının YGS grubunda ($4,35 \pm 0,98$) olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,052$).

Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($5,25 \pm 0,63$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,72 \pm 0,86$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,221$).

Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının HS grubunda ($5,18 \pm 0,66$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,63 \pm 0,99$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,595$).

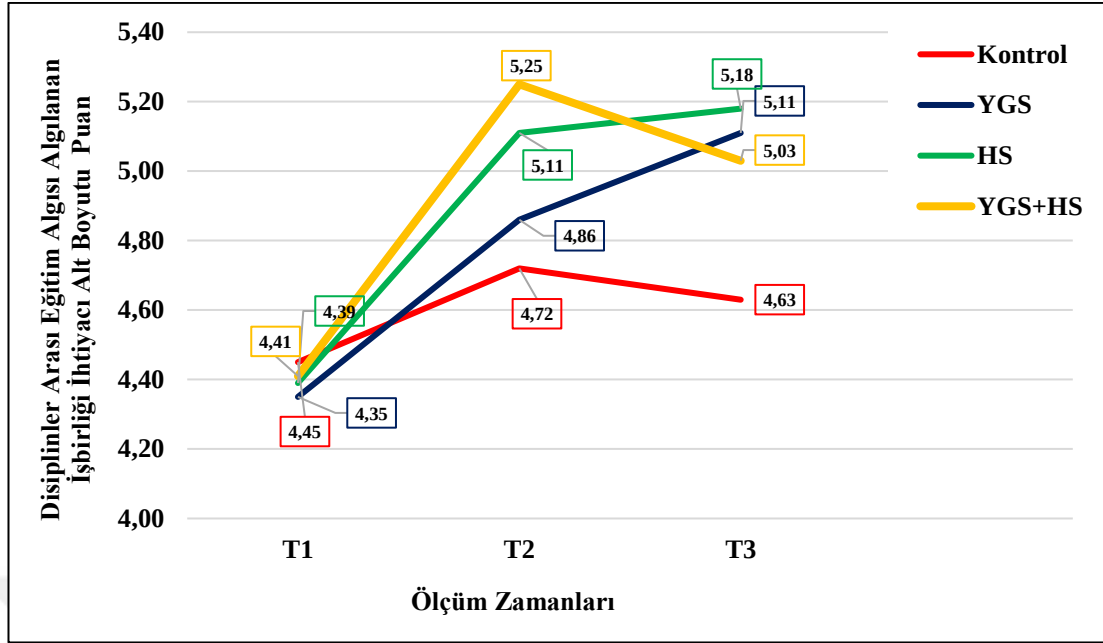
Ölçüm zamanına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının eğitimden bir hafta sonra ($4,45 \pm 0,73$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,72 \pm 0,86$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,478$).

Ölçüm zamanına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından üç ay sonra ($5,11 \pm 0,85$), en düşük puan

ortalamasının eğitim öncesinde ($4,35 \pm 0,98$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,025$). Buna göre eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalaması ($4,35 \pm 0,98$), simülasyon uygulamasından üç ay sonra disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamasından ($5,11 \pm 0,85$) anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından üç ay sonra ($5,18 \pm 0,66$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,39 \pm 0,96$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,002$). Buna göre eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalaması ($4,39 \pm 0,96$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ($5,11 \pm 0,78$) ve simülasyon uygulamasından üç ay sonra ($5,18 \pm 0,66$) disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($5,25 \pm 0,63$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,41 \pm 1,28$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,006$). Buna göre eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalaması ($4,41 \pm 1,28$), simülasyon uygulamasından üç ay sonra disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamasından ($5,25 \pm 0,63$) anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.



T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra; YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon; HS: Hibrit Simülasyon

Grafik 4.4. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

4.1.4. Öğrencilerin Ekip Çalışması Tutumları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.8. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ekip Çalışması Tutumları	YGS ^d	HS ^e	T1 ^a		T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Zamanlar arası farklılık ^g	
Grup 1 (n=23)	-	-	4,37±0,35	4,41±0,49	4,37±0,75	0,098	0,907	-		
Grup 2 (n=21)	+	-	4,38±0,31	4,54±0,49	4,51±0,54	1,360	0,268	-		
Grup 3 (n=21)	-	+	4,35±0,36	4,59±0,30	4,56±0,40	5,593	0,007	1-2,3		
Grup 4 (n=19)	+	+	4,37±0,55	4,67±0,20	4,61±0,28	5,868	0,012	1-2		
İstatistiksel Analiz ^h			F	0,033	1,589	0,807				
Yöntemler Arası Farklılık ^g			p	0,992	0,198	0,494				
			-	-	-	-				

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Tablo 4.8. ve Grafik 4.5’de öğrencilerin ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır.

Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS grubunda ($4,38 \pm 0,31$), en düşük puan ortalamasının HS grubunda ($4,35 \pm 0,36$) olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,992$).

Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($4,67 \pm 0,20$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,41 \pm 0,49$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,198$).

Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($4,61 \pm 0,28$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,37 \pm 0,75$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,494$).

Ölçüm zamanına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının eğitimden bir hafta sonra ($4,41 \pm 0,49$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,37 \pm 0,35$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,907$).

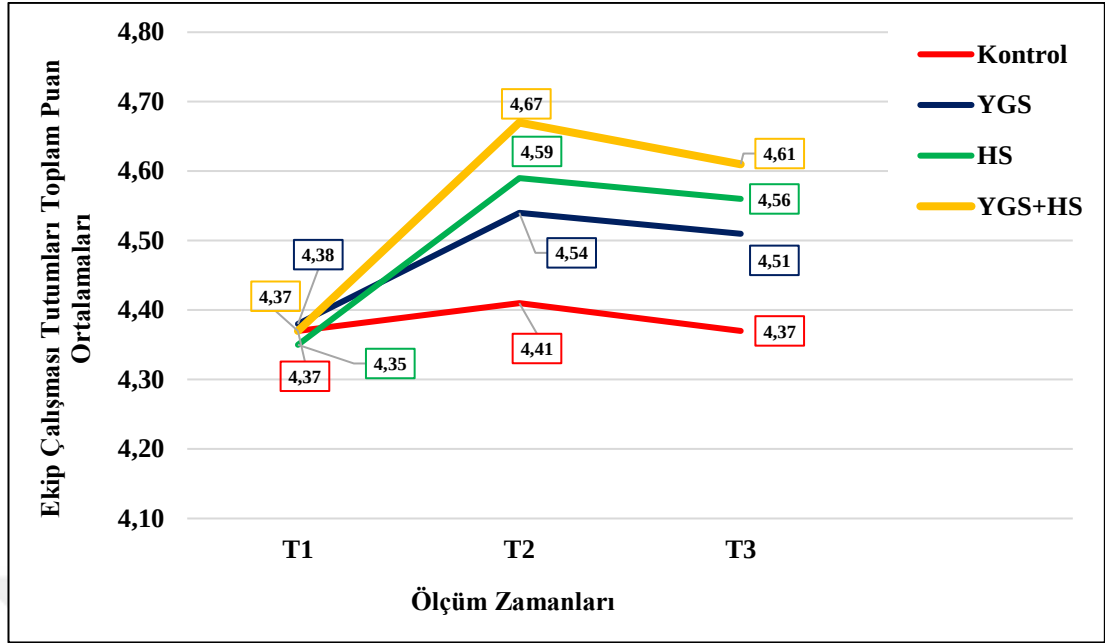
Ölçüm zamanına göre YGS grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,54 \pm 0,49$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,38 \pm 0,31$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,268$).

Ölçüm zamanına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,59 \pm 0,30$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,35 \pm 0,36$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,007$). Buna göre eğitim öncesi ekip çalışması tutumları toplam puan ortalaması ($4,35 \pm 0,36$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,59 \pm 0,30$) ve simülasyon üç ay sonra ($4,56 \pm 0,40$) ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,67 \pm 0,20$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,37 \pm 0,55$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,012$). Buna göre eğitim öncesi ekip çalışması tutumları toplam puan ortalaması ($4,37 \pm 0,55$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamasından ($4,67 \pm 0,20$) anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada mesleklerarası simülasyon eğitiminde **yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının** öğrencilerin ekip çalışması tutumlarının arttırılmasında etkisi olduğu belirlenmiş ve **H_{1b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Araştırmada mesleklerarası simülasyon eğitiminde tek başına **hibrit simülasyon uygulamalarının** öğrencilerin ekip çalışması tutumlarının arttırılmasında etkisi olduğu da saptanmıştır.



T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra; YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon; HS: Hibrit Simülasyon

Grafik 4.5. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Tablo 4.9. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ekip Çalışması Tutumları	Ekip Yapısı Alt Boyutu	YGS ^d	HS ^e	T1 ^a		T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
				Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Zamanlar arası farklılık ^g
Grup 1 (n=23)	-	-	-	4,30±0,55	4,52±0,56	4,46±0,85	1,349	0,270	-	-	-
Grup 2 (n=21)	+	-	-	4,43±0,41	4,63±0,57	4,61±0,59	0,741	0,490	-	-	-
Grup 3 (n=21)	-	+	+	4,37±0,41	4,72±0,33	4,69±0,37	7,006	0,002	1-2,3	1-2,3	1-2,3
Grup 4 (n=19)	+	+	+	4,35±0,56	4,80±0,29	4,72±0,29	10,303	0,001	1-2	1-2	1-2
İstatistiksel Analiz ^h				F	0,272	1,404	0,891				
Yöntemler Arası Farklılık ^g				p	0,845	0,248	-	-			

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Tablo 4.9. ve Grafik 4.6’de öğrencilerin ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır.

Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS grubunda ($4,43 \pm 0,41$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,30 \pm 0,55$) olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,845$).

Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($4,80 \pm 0,29$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,52 \pm 0,56$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,248$).

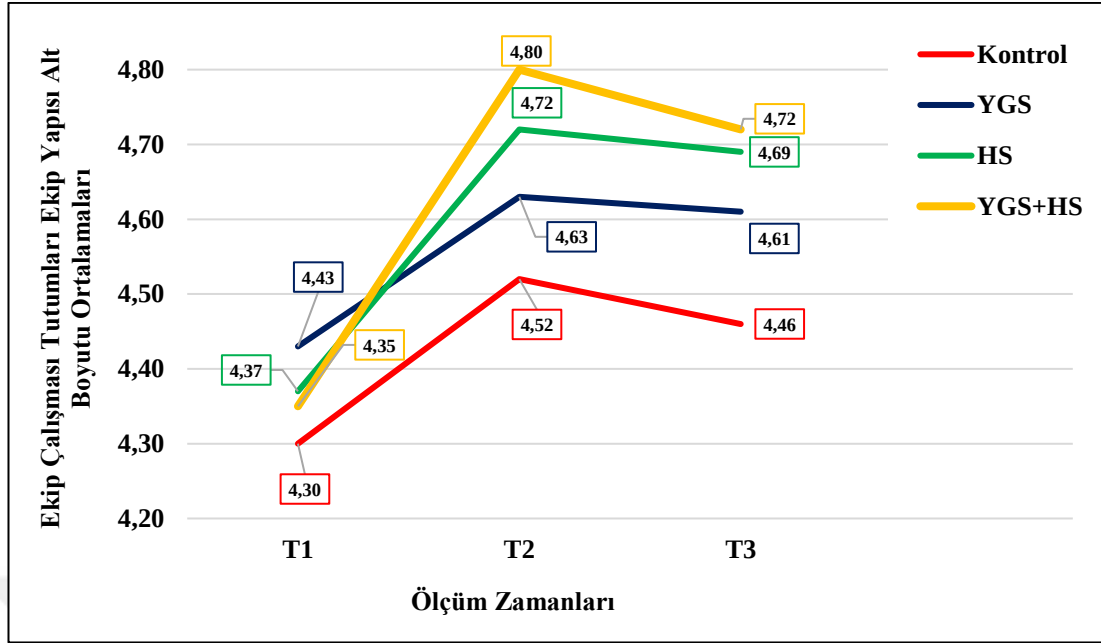
Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($4,72 \pm 0,29$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,46 \pm 0,85$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,449$).

Ölçüm zamanına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının eğitimden bir hafta sonra ($4,52 \pm 0,56$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,30 \pm 0,55$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,270$).

Ölçüm zamanına göre YGS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,63 \pm 0,57$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,43 \pm 0,41$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,490$).

Ölçüm zamanına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,72 \pm 0,33$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,37 \pm 0,41$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,002$). Buna göre eğitim öncesi ekip çalışması tutumları toplam puan ortalaması ($4,37 \pm 0,41$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,72 \pm 0,33$) ve simülasyon üç ay sonra ($4,69 \pm 0,37$) ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,80 \pm 0,29$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,35 \pm 0,56$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$). Buna göre eğitim öncesi ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması ($4,35 \pm 0,56$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamasından ($4,80 \pm 0,29$) anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.



T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra; YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon; HS: Hibrit Simülasyon

Grafik 4.6. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Tablo 4.10. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ekip Çalışması Tutumları		T1 ^a			T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
Karşılıklı Destek Alt Boyutu	YGS ^d	HS ^e	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Zamanlar arası farklılık ^g	
Grup 1 (n=23)	-	-	4,10±0,50	4,10±0,87	4,06±0,99	0,028	0,972	-	-	
Grup 2 (n=21)	+	-	4,19±0,60	4,44±0,62	4,30±0,92	1,827	0,188	-	-	
Grup 3 (n=21)	-	+	4,11±0,46	4,46±0,32	4,48±0,48	4,985	0,012	1-3		
Grup 4 (n=19)	+	+	4,09±0,71	4,53±0,43	4,47±0,39	4,877	0,013	1-2		
İstatistiksel Analiz ^h										
		F	0,136	2,165	1,488					
		p	0,938	0,099	0,224					
Yöntemler Arası Farklılık ^g										
			-	-	-					

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlilikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-

Tablo 4.10 ve Grafik 4.7’de öğrencilerin ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır.

Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS grubunda ($4,19 \pm 0,60$), en düşük puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($4,09 \pm 0,71$) olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,938$).

Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının YGS+HS grubunda ($4,53 \pm 0,43$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,10 \pm 0,87$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,099$).

Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının HS grubunda ($4,48 \pm 0,48$), en düşük puan ortalamasının kontrol grubunda ($4,06 \pm 0,99$) olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,224$).

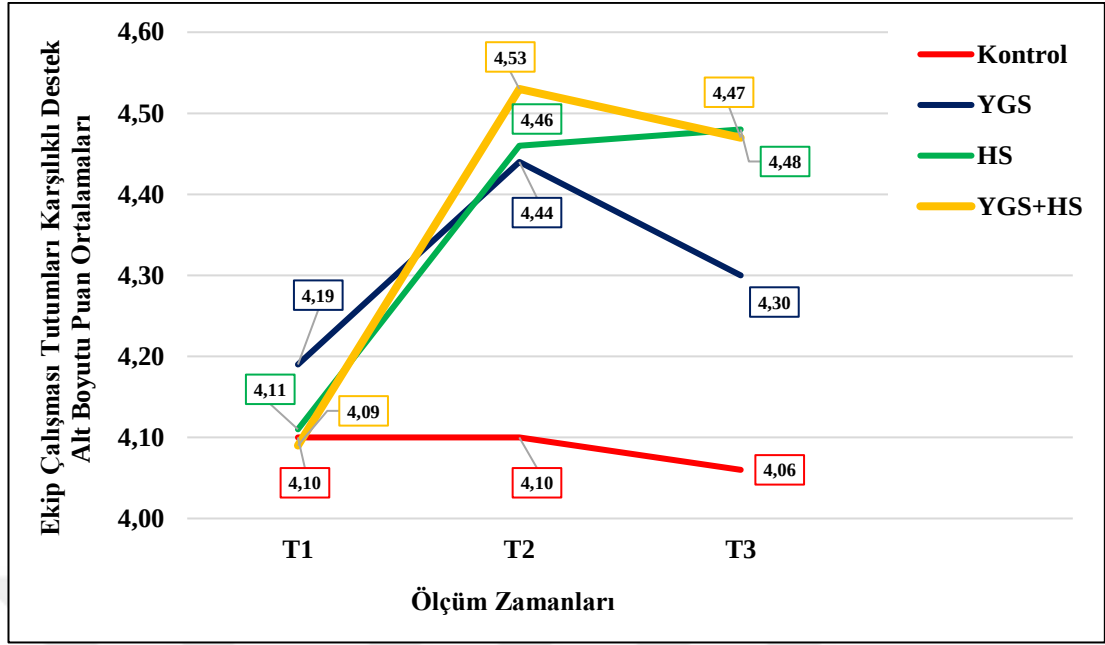
Ölçüm zamanına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının eğitimden bir hafta simülasyon uygulamasından üç ay sonra sonra ($4,10 \pm 0,87$), en düşük puan ortalamasının ($4,06 \pm 0,99$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,972$).

Ölçüm zamanına göre YGS grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,44 \pm 0,62$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,19 \pm 0,60$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS

grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,188$).

Ölçüm zamanına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından üç ay sonra ($4,48 \pm 0,48$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,11 \pm 0,46$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,012$). Buna göre eğitim öncesi ekip çalışması tutumları toplam puan ortalaması ($4,11 \pm 0,46$), simülasyon uygulamasından üç ay sonra ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamasından ($4,48 \pm 0,48$) anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının simülasyon uygulamasından hemen sonra ($4,53 \pm 0,43$), en düşük puan ortalamasının eğitim öncesinde ($4,09 \pm 0,71$) olduğu belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,013$). Buna göre eğitim öncesi ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalaması ($4,09 \pm 0,71$), simülasyon uygulamasından hemen sonra ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamasından ($4,53 \pm 0,43$) anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.



T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra; YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon; HS: Hibrit Simülasyon

Grafik 4.7. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

4.2.Nitel Bulgular

Araştırmada yedişer kişiden oluşan dört farklı meslek grubu öğrenci ile dört farklı odak grup görüşmesi yapılmıştır. Her bir grupta iki Hemşirelik Fakültesi, iki Beslenme ve Diyetetik Bölümü, iki Sosyal Hizmet Bölümü ve bir Tıp Fakültesi öğrenci bulunmaktadır. Birinci görüşme grubu yüksek geçerlikte simülasyon uygulaması (Grup 2), ikinci ve üçüncü görüşme grubu hibrit simülasyon uygulaması (Grup 3) ve dördüncü grup hem yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulaması (4. Grup) yapılan müdahale gruplarında yer almaktadır. Nitel örnekleme alınan öğrencilerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Öğrenci No	Odak Grup No	Fakülte Bölüm	Müdahale Grubu*	Yaş	Cinsiyet
1	1	Tıp Fakültesi	2	25	Erkek
2	1	Hemşirelik Fakültesi	2	22	Kadın
3	1	Hemşirelik Fakültesi	2	22	Kadın
4	1	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	2	21	Kadın
5	1	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	2	21	Kadın
6	1	Sosyal Hizmet Bölümü	2	21	Kadın
7	1	Sosyal Hizmet Bölümü	2	21	Erkek
8	2	Tıp Fakültesi	3	21	Erkek
9	2	Hemşirelik Fakültesi	3	22	Erkek
10	2	Hemşirelik Fakültesi	3	22	Kadın
11	2	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	3	23	Erkek
12	2	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	3	20	Kadın
13	2	Sosyal Hizmet Bölümü	3	23	Erkek
14	2	Sosyal Hizmet Bölümü	3	21	Kadın
15	3	Tıp Fakültesi	3	40	Erkek
16	3	Hemşirelik Fakültesi	3	21	Kadın
17	3	Hemşirelik Fakültesi	3	22	Kadın
18	3	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	3	22	Kadın
19	3	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	3	21	Kadın
20	3	Sosyal Hizmet Bölümü	3	22	Kadın
21	3	Sosyal Hizmet Bölümü	3	21	Kadın
22	4	Tıp Fakültesi	4	22	Erkek
23	4	Hemşirelik Fakültesi	4	22	Kadın
24	4	Hemşirelik Fakültesi	4	21	Kadın
25	4	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	4	21	Kadın
26	4	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	4	22	Kadın
27	4	Sosyal Hizmet Bölümü	4	22	Erkek
28	4	Sosyal Hizmet Bölümü	4	22	Kadın

*Grup 2: Yüksek geçerlikte simülasyon, Grup 3: Hibrit simülasyonu, Grup 4: Yüksek geçerlikte simülasyon+ Hibrit simülasyonu

4.2.1. Öğrencilerin Mesleklerarası Jinekoloji Onkoloji Palyatif Bakım Eğitiminde Simülasyon Kullanımı Konusunda Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Bulgular

Öğrenciler ile yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgulardan beş kod ve 13 tema belirlenmiştir (Tablo 4.12). Öğrencilerin ifadeleri verilirken, ifadenin ardından parantez içerisinde öğrencinin numarası, fakülte/bölümü ve öğrencinin bulunduğu müdahale grubunun numarası verilmiştir. Öğrencilerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüş, düşünce ve önerilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda eğitim müdahalesi değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar konu ile ilgili yapılacak diğer çalışmaların yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Tablo 4.12. İçerik analizi sonucunda oluşturulan kodlar ve temalar

Kodlar	Temalar
1. Palyatif Bakım	1.1.Palyatif Bakımın Tanımı 1.2.Palyatif Bakımın Önemi 1.3.Palyatif Bakım Hizmeti Sunulması Gereken Ortam
2.Palyatif Bakım Hizmeti Sunumunda Ekip Yaklaşımı	2.1.Palyatif Bakımda Ekibin Önemi 2.2.Palyatif Bakım Ekibi (Hemşire, Doktor, Diyetisyen ve Sosyal Hizmet Uzmanı haricinde) 2.3.Palyatif Bakım Ekibinin Rol ve Sorumlulukları
3.Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitimi	3.1. Palyatif Bakım Eğitiminde Mesleklerarası Yaklaşımın Önemi 3.2. Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitim İçeriğine Yönelik Öneriler 3.3. Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitiminin Daha Etkili ve Verimli Olmasına Yönelik Öneriler
4.Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitiminde Simülasyon Kullanımı	4.1.Simülasyon Kullanımının Eğitim Üzerine Etkisi
5.Türkiye’de Palyatif Bakım	5.1.Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Gerekliliği 5.2.Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği 5.3.Türkiye’de Palyatif Bakım Alanında Çalışma İsteği

Kod 1. Palyatif Bakım

1.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Öğrenciler palyatif bakımı tanımlarken, yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşım, huzurlu bir ölüm süreci yaşamayı sağlayan, yalnızca yaşamın değil yaşanan günlerin kaliteli yaşanması ile ilgili bir bakım felsefesi olduğunu belirtmişlerdir.

“Dünyaya güzel bir veda denilebilir, huzurlu bir şekilde vedalaşabilmek..” (6 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“...yaşam kalitesini arttırmak, hastanın istekleri ve arzularının yerine getirilebilmesi, özellikle yaşamının son döneminde ihtiyacı artan bir bakım türü” (3 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

“Yaşadığı günlere yaşam katmak”(11 nolu öğrenci, Beslenme Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“ölüme huzurlu gidebilmek”(8 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“Kalan ömrüm en iyi haliyle en iyi şekle geçirilmesi”(16 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

“Kaliteli yaşam, kalan ömrün kaliteli yaşanması diyebilirim...””(26 nolu öğrenci, Beslenme Diyetetik Bölümü, Grup 4)

Ayrıca yapılan tanımların içerisine sadece hastayı değil ailesini de dâhil ettikleri belirlenmiştir.

“Hastanın biyo-psikososyal olarak bir bütün olarak ele alınıp onu değerli bir insan olarak görülüp, o değerle hasta ve ailesini yönlendirmek” (13 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“Hastaların ve onların sürekli yanında olan ailelerinin yaşamın kalitesini arttırmak.” (5 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 2)

1.2.Palyatif Bakımın Önemi

Öğrenciler yaşamın son döneminde palyatif bakımın önemini arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca hasta merkezli bir bakım olması, “ölecek hasta” damgalamasını ortadan kaldıracak için palyatif bakımın önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

“Yaşamın son anlarını kaliteli ve rahat geçirebilmek için palyatif bakım gerekli bence”(4 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 1)

“...standartta yapılması gerekenle belli ve uygulanacak şeyde belli ama palyatif bakımda hastanın ne istediği daha çok ön planda olduğu için daha farklı bir bakış açısı gerekiyor aslında bütün teorik bilgileri ve yapman gereken her şeyi bir kenara bırakıp hastanın ne istediğine odaklanman gerekiyor daha çok bu bence bir tık önemli yani...” (19 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“...ölüm eşiğinde de olsa hasta da olsa sonuçta insan, hem aile açısından hem hasta açısından durumun tartışılması önemini ortaya koyuyor bence... damgalanma ortadan kalkıyor, kanser olunca ölecek olarak düşünüyor herkes, ama palyatif bakımla yaşanabileceği ortaya koyuluyor...” (24 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 4)

Öğrenciler ölüm korkusunu ve bilinmeyen korkusunun azaltabileceğini belirterek palyatif bakımın önemini vurgulamışlardır.

“Bir şekilde boşluktan kurtarıyor hastayı yani hangi kaynaklara nasıl ulaşacak, nerde ne yapması gerekiyor hasta yani, o açıdan faydalı yani, hastanın bilinmeyen korkusunun önüne geçiyor...” (18 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“Ölüm korkusuna bir nebze olsun engel olabilecek ya da bir şekilde onu baskılayabilecek bir uygulama, güzel bir uygulama” (1 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 2)

Öğrenciler palyatif bakımın hasta ve aileleri için iyi ölüm süreci sağlaması açısından önemli olduğunu belirtmişlerdir.

“Yani, çünkü herkes sonuçta güzel bir şekilde yaklaşılmasını ister, güzel bir şekilde ölmek ister, bu herkesin hakkıdır...O yüzden güzel bir ölüm için, iyi bir ölüm için gerekli, önemli, olması gereken o...” (8 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“İyi bir ölümden bahsediliyor, ölüm kaçınılmaz son yaşanabilecek süreç, ama palyatif bakımda gördük iyi ölümün önemini, bu süreç palyatif bakımla geçirilebilir ve hastaya ve ailesine iyi bir ölüm süreci yaşatılabilir.” (3 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

1.3. Palyatif Bakım Hizmeti Sunulması Gereken Ortam

Öğrenciler palyatif bakım hizmetinin sunulması gereken ortam olarak ev ortamına yakın, rahat bir ortam olması gerektiğini ve hastanın kendi evinde, evde bakım hizmetleri ile birlikte sunulabileceğini ifade etmişlerdir.

“Rahat edebileceği bir ortam mesela kendi evinin tarzında rahat, mesela yatağında seccadesi olan, yani dini gereksinimleri karşılayabilecek rahat bir ortam olmalı, hem ailesi hem kendisi için” (5 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 2)

“ev ortamının daha fazla sağlanması ve hani sevdiklerini yakınlarını daha sık görebiliyor olması da önemli” (12 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“Hastanın istediği yerde bence, ev ortamı, rahat ettiği bir ortamda olmalı evde bakım hizmetleri sunulabilir mesela, palyatif bakım hastanede verilen hizmetten farklı olmayabilir.” (15 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“Ev ortamı, eve yakın bir ortam ya da hastanın evi de olabilir, evde bakım hizmeti ile birlikte” (10 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

Bazı öğrencilerin nerede palyatif bakım almak istediğinin hastaya sorulması gerektiğini belirtmiştir.

“Hastaya mutlaka sorulmalı, Sen ne istersin? Ailesinin yanında olmak istiyorsa ona göre bir ortam hazırlanmalı,” (3 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

Öğrenciler palyatif bakım hizmeti sunulması gereken ortamı belirtirken hastalar ile empati kurmanın ve yaşayan dileklerin önemini vurgulamışlardır.

“empati kurduğum zaman sonuçta son zamanlarımda hastanede makinelere bağlı bir şekilde yada ne bileyim o tarz bir ortamda değil, yada yapılacaksa ailemin benimle birlikte olacağı ve benim gerçekten bazı şeyleri, hoşlandığım şeyleri yapabileceğim bir ortam olması hasta için önemli.” (11 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“Eğitimde bahsedilmişti, yaşayan dilekler, hastanın bilinci kapanmadan önce bir takım kararları konuşulabilir, ölüme yakın süreçte ne istediği hasta ile konuşulabilir. Belki hastada yaşayan dilekleri ortaya çıkartabiliriz...”(23 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 4)

Kod 2. Palyatif Bakım Hizmeti Sunumunda Ekip Yaklaşımı

2.1.Palyatif Bakımda Ekibin Önemi

Öğrenciler farklı uzmanlık alanlarından oluşan palyatif bakım konusunda eğitim almış bir ekibin, palyatif bakımın hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için önemli olduğunu belirtmişleridir.

“Ekip olarak koordine bir şekilde ve mutlaka bu alanda eğitim almaları gerekiyor.” (25 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 4)

“..hastanın yaşam kalitesini bir ekiple arttırabiliriz.” (1 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 2)

“Kesinlikle ekip hizmeti olmalı, herkesin uzmanlık alanı farklı bence bunu uygulamalarımızda da çok net gördük. Herkes kendi uzmanlık alanı ile ilgili değerlendirme yaparken sonuca birlikte ulaşıyor.” (24 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 4)

Öğrenciler ekip yaklaşımının hasta merkezli bakımı sağladığını hastanın kendisine tedavi sağlayan ekibe güveni ve hasta güvenliği açısından önemli olduğunu vurgulamışlardır.

“Ekip olmazsa hastayı yorar bence... Hasta ile ilgilenen herkes hastanın ayrı ayrı yanına gidecek, belki aynı soruları soracak, hasta soruları cevaplamaktan yorulacak. Bazen hastanın söylediği bir şey hemşiresi için önemli olmayabilir, ya da atlanabilir, öncelik değildir. Ama bu bir diyetisyen için önemli bir konudur, birde palyatif bakım söz konusu ise. ” (19 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“Her meslek ayrı ayrı ama hastayı merkeze koyarak değerlendirdiği için çok önemli bence ekip olarak...”(15 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“Ekip olmazsa hastada güvensizlikte oluşturabilir. Ben hasta olsam derdim, bunlar bana nasıl bakıyorlar, birbirlerinden haberleri yok diye...”(17 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

“...yani siz dört açılı kamera gibi düşünürsek, hastayı her yönden gözlemliyoruz ve hepimiz hastanın durumundan haberdar oluyoruz, gözden bir şey kaçırma ihtimali çok düşük hasta için...”(22 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 4)

“...dört beş açıdan görmek ve tecrübe açısından, fark olabilir, ayrı bakış açıları olacak, hastada ve ailesinde gözden kaçan bir şey olma ihtimali daha düşük olabilecek ekip sayesinde” (8 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“Ekiple verdiğimiz bakım hasta için de güvenli olacaktır.” (2 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

2.2.Palyatif Bakım Ekibi (Hemşire, Doktor, Diyetisyen ve Sosyal Hizmet Uzmanı haricinde)

Öğrenciler kendi meslekleri dışında ekibin içerisinde psikolog olması gerektiğini, uygulamaları sırasında psikoloğun görüşlerine ihtiyaç duyduklarını ve psikoloğun rol ve sorumluluklarını öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir.

“Bir psikologda olması gerekiyor bence o eksik kaldı burada. Hemen hemen her gruptan gelebilen bir öneri olabilir. Olması gerekiyor kesinlikle, hepimizin hastanın psikolojik durumunu değerlendirebilir ancak hastaya özgü sonuca daha etkili ulaşabilmek için ekipte yer almalı...” (28 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 4)

“Hastanın psikolojik olarak kendini iyi hissetmemesinin altında yatan birçok neden olabilir. Bunları derinlemesine araştırarak olan bir psikoloğa bence kesin ihtiyaç var, ben kendimi yetersiz hissettim bu konuda. Ayrıca sadece hasta değil hastaya bakım veren kişilerinde ihtiyacı olabiliyor.” (15 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“önce hastanın iletişimi açmak, onun daha çok konuşması duygularını anlatmasına yardımcı olabilecek, psikolog olabilir...” (14 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“Aslında bir psikolog ekibe dahil olsa idi. Onun rol ve sorumluluklarını da daha iyi anlayabilirdik aslında” (16 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

Ayrıca öğrenciler manevi bakım uzmanının, fizyoterapistin ve eczacının ekipte yer alabileceğini vurgulamışlardır.

“...manevi bakım veren bir ekip varmış hastanede, yani hastalarımız inanan bir insan, bu tarz bir yapılanmanın palyatif bakıma dahil edilmesi ve ekip ile birlikte hastayı ve ailesini değerlendirmesi, aileye ve hastaya mutlaka ekipten sonra ziyarette bulunması gerekebilir bence...” (5 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 2)

“Bazı durumlarda ekip hastanın manevi ihtiyacını gidermede yeterli olamayabiliyor. Bu alanda uzman olduğunu eğitimde öğrendik, hastanın manevi

ihtiyacının giderilebilmesi için yönlendirilebilir birilerinin olması gerekiyor.” (2 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

“Eğitimdeyken aklıma takılmıştı. Fizyoterapist neden yok. Adjuvan tedavide özellikle masajdır, vs ağrıyı nasıl kontrol edileceği doğal olarak, bunların daha hâkimler bizden, belki hemşire arkadaşlarımızda biliyordur. Ama onlar bunun eğitimini alıyor. Mesela ağrı yönetimi konusunda non-farmakolojik tedavi olarak, tens dendi, hastayı rahatlatmak için mutlaka olmalı ekipte...” (12 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“Eczacı da olabilir belki... Onlara danışılabilir. Onlar da farmakoterapi kısmında çok bilgililer, ilaç etkileşimleri konusunda olsun, yan etkiler konusunda olsun hatta hasta ve ailesinin eğitimi konularında ekipte yer alabilir” (11 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“hekim her ilacı her ilacın yarılanma dozu, etkisi, içeriği konusunda bilgi sahibi olmayabilir. Eczacılar sırf bunun üzerine eğitim alıyor. Eczacılar ile beraber tedaviyi planlayabilmek için, hasta için en etkili tedaviye karar verebilmek için” (8 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“Hastanın ilacı, beslenmesi değişmesi gerekiyor. Eczacı bu konuda çok faydalı olabilir. Terminal döne, kilo kaybı çok hızlı olabilir, ilaç dozu sürekli değişebilir. Yan etkiler konusunda ekibin fark etmediği bir şey olabilir ve bunu sürekli bir eczacının takip etmesi daha iyi olabilir.” (10 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

2.3.Palyatif Bakım Ekibinin Rol ve Sorumlulukları

Öğrenciler palyatif bakım ekibinde iletişimin önemini ve her ekip üyesinin ayrı ayrı sorumlulukları olması ile birlikte hastaya bakımı daha kaliteli sunabilmek için bakımın mutlaka ekip olarak verilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Ayrıca ekip içerisinde hasta ve ailesi ile kesintisiz birlikte olabilen hemşirelerin ekip içerisindeki önemini belirtmişlerdir.

“Tüm ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları doğrultusunda yapılan uygulamalar ki bu uygulamalar ekip olarak yapılıyor bence, sonuçta bir bütüne bakılarak hastanın yaşam kalitesi artıyor...” (4 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 2)

“diğer ekip üyelerinden ziyade hastayı genel olarak sorgulayanın ve ne durumda olduğunu soran bilen kişinin hemşire olduğunu düşünüyorum diğer ekip üyelerine göre, hemşirenin aktardığı bilgilerinde katkısıyla ekip bakımı daha iyi planlayabilir. ” (18 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“...palyatif bakım eğer hastane odaklı yapılıyorsa daha çok hemşire merkezli oluyor, evde yapılıyorsa ondan sonra sosyal hizmet uzmanı devreye girebiliyor...”(6 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“...Hastanın ne yaşadığını hemşire daha iyi bilebiliyor. Mesela beslenme uzmanı hastanın yemeğini yemesini beklemeyebiliyor, arada iletişim olmazsa” (3 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

“İşte sosyal hizmet belki yapamayabilir ama hastanın yaşamını kolaylaştırıyor. Hastanın yakınındaki insanları rahatlatabiliyoruz. Kendisini yaşama karşı son hayata baktığında o gördüğü hayatı daha güzel ve anlamlı hale getirebilir. O keder yas, suçluluk, hüznün hisleri ile veda etmektense hem biraz daha artık her şey kızım benimle ilgileniyor ama şuradan destek alıyor diyip o vicdan azabını ya da kızının yükünü biraz daha hafifletebilir. O nedenle bizim yer aldığımız yer biraz daha orası.” (7 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“ her ekip üyesinin sorumlulukları var ancak ekip olarak bakarsak hemşirenin ekibi daha iyi yönlendirebileceğini söyleyebilirim. Çünkü hasta ile ailesi ile, çevresi ile sürekli iletişim halinde olanlar onlar...” (15 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“hasta genellikle, beslenme ile ilgili çok sorun yaşayabiliyor. Özellikle kadınlarda kanserlerde sindirim sistemine yakın olduğu için, burada da diyetisyenin uygulayacağı program çok önemli. Bu programı diğer ekip üyeleri ile paylaşmalı, bakımda aksamalar azalabilsin. Benzer şekilde biz karşılaşıyoruz mesela hastanın oral alımı kapatılmış ama en son beslenme uzmanı bunu duyabiliyor. Onu da hemşire iletebiliyor. Ekip içerisindeki iletişim çok iyi olmalı, o zaman ekip diyebiliriz aslında...”(7 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

Kod 3.Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitimi

3.1. Palyatif Bakım Eğitiminde Mesleklerarası Yaklaşımın Önemi

Öğrenciler eğitimde mesleklerarası yaklaşımın diğer mesleklerin rol ve sorumluluklarını öğrenebilmek ve birlikte çalışabilmek açısından önemli olduğunu belirtmişlerdir.

“Böyle olmalı, ekibin birbirine alışması gerekiyor, aradaki bağı koparmak yerine oluşturmak gerekiyor...” (6 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“Zaten farklı alanlarda çalışıyoruz. Ekip ile çalışmaların artması gerekiyor ki biz bu sürece alışalım, diğer meslek grubundan benim hemşirelikten, diyetisyenlikten, tıptan öğrendiğim çok fazla şey oluyor ve faydalı. Tüm sürecin bütünü, bütünsel olarak bakıp yararlı olabilmek için gerekli...” (27 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 4)

“Başka mesleklerin rol ve sorumluluklarını bilmek açısından da önemli” (1 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 2)

“...hekimlere sadece semptomların yönetime ile ilgili eğitim veriliyor. Şu şekilde yani zaten yapılacak bir şey yok sadece rahat etmesi amacıyla. Biz bu amaçla kullanıyoruz. Sosyal yönünün bu kadar önemli olduğunu bilmiyordum.” 8 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“herkes rol ve sorumluluklarının bu şekilde farkında olacak. Mesela hastayı sosyal olarak anlayabiliriz ama ona nasıl yardım edebileceğimizi ben bilmiyordum. Psikososyal olarak hastayı değerlendirebildikleri konusunda bir bilgim yoktu sosyal hizmet uzmanının. Bu şekilde hem diyetisyende hekimin hemşirenin sosyal hizmet uzmanının ne yapacağını bilir. Hem de kendi alanını belirler, ayrı ayrı verilince çok sıkıntı oluyor. Stajda da fark ediyorsunuzdur. Herkes kendi bildiğini okuyor.” (11 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“Hekim ayrı hemşire ayrı eğitim veriliyor. Sizin rol ve sorumluluğunuz bu, gerisi diyoruz beslenme diyetetik uzmanı, hekimin işi ama orayı açmıyoruz mesela eğer böyle toplu bir eğitim alsak mesela hekimden başlar, hekimin sorumluluğu bu hemşire arkadaşlar hemşirenin sorumluluğu bu ya da diyetisyen arkadaşlar sizin sorumluluğunuz bu en azından onların sorumluluğunun da farkında olabilirdik.” (10 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

“Herkesin, şimdi mesela ben sosyal hizmet uzmanının önemini burada anladım, bu kadar detaylı bilmiyordum.” (16 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

“...bu şekilde olur ise biz birbirimizin rollerini sorumluluklarını öğrenebileceğiz. Sonra hastaneye çıktığımız zaman birlikte çalışamıyoruz. Bence şimdiden başlamalı, hatta daha çok ders bu şekilde olmalı.” (21 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

Mesleklerarası eğitimin etkisi ile hem kendilerinin üzerinden fazladan oluşabilecek iş yükünü kaldırabileceklerini ve birbirlerinin eksik kalan yönlerini tamamlayabileceklerini hem de hasta ve yakınlarına daha iyi hizmet sunulabileceğini belirtmişlerdir.

“...bu süreç hem aileyi hem hastayı, hem de sağlık profesyonellerini yıpratın bir süreç Bu şekilde birlik olunması, bunun eğitiminin verilip hastaya uygulanması bu süreci yaşayan herkes için çok kolaylaştırıcı olacak yani ...” (16 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

“İş yükünü azaltıyoruz aslında, hastayı dört bir yandan inceliyoruz. Gerçekten birbirimiz üzerinden çok yük kaldırıyoruz...” (2nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

“Nerede hangi meslek müdahale edebilecek, diğer meslek grubu bilmez ise istediğimiz kadar çabalayalım, hastayı çok fazla yorabiliriz” (7 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“Birbirimiz eksiklerini tamamlayabilmemiz için eğitim bence bu şekilde olmalı.” (14 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

Ayrıca öğrenciler lisans eğitimleri süresince mesleklerarası yaklaşım eğitimlerinde yer almadığını ancak mutlaka lisans eğitiminde yer alması gerektiğini vurgulamışlardır.

“Üniversitelerde halen böyle bir eğitim yok. Üniversitelerde ileride beraber çalışacağımız mesleklerin görevlerinin anlatılması gerekiyor. Bu bizim bölüm için de yapılmıyor. Bir hemşirelik içinde bir tıp içinde bir sosyal hizmet için de birbirimizin ne yapması gerektiğini, nerede devreye girmesi gerektiğini bilmiyoruz. Tek palyatif bakım değil her yerde multidisipliner çalışmayı öğrenmemiz gerekiyor.” (26 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 4)

“Ders olarak koyulmalı bence, yada bu tıbbi sosyal hizmet içerisine palyatif bakıma yer verilmeli, daha geniş anlatılmalı ve ders zorunlu hale getirilmeli bence.” (27 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 4)

“Zorunlu bir ders kapsamında böyle bir ders konulabilir belki. Bizim komitelerin içerisinde. İleride sağlık alanında çalışabilecek meslek üyelerinin lisans müfredatına mutlaka konulması gerekiyor.” (12 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 4)

“Ortak ders kapsamında mutlaka verilebilir. Seçmeli bir ders olabilir. “(13 nolu öğrenci, Hemşirelik Bölümü, Grup 3)

“...bu bir seçmeli ders olsa her eğitim başlığına yönelik uygulamalar yapılabilir.” (16 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

“Derslerin multidisipliner olması ve bu derslerin mutlaka uygulama ile birleştirilmesi gerekiyor.” (25 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 4)

“Birde bizim aldığımız lisans düzeyi eğitimde ekip çalışmasına yönelik eğitimler yok derece, yetersiz düzeyde, yani yok bile. O nedenle bence en büyük problem zaten bu.” (6 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“Bizim bu konuda hiçbir bilgimiz yok ama çalıştığımız hasta popülasyonu bunlar. Müfredatımızda böyle bir konu yok.” (11 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

3.2. Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitim İçeriğine Yönelik Öneriler

Öğrenciler “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” içeriğinde daha detaylı olarak yer verilebilecek konuları yasal mevzuat ve hasta ve ailesinin eğitimi olarak belirtmişlerdir. Bununla birlikte yas süreci, hasta ve ailesi ile iletişim gibi bazı konuların senaryolar ile anlatılmasının daha etkili olabileceğini belirtmişlerdir.

“Mevzuatla ilgili biraz daha detaylı bilgi verilebilirdi.” (13 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“...yas sürecinin ayrı bir senaryosu olabilirdi. Çünkü yas süreci hem öğrencilikte hem de mesleki yaşantımızda çok deneyimleyebileceğimiz bir süreç. O da bizim için çok öğretici olabilirdi.” (15 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

“...Aile eğitiminin hastaya bakım veren kişilerin eğitimi, dikkat edeceklerimiz ile ilgili bir eğitim daha verilebilirdi, hasta ve ailesi ile iletişim vardı ancak ben eğitim konusunda hastaya ve ailesine neyi ne kadar anlatabileceğimizi, neleri daha çok vurgulamamızı belirten bir konu daha olabilirdi.” (18 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“...eğitim sonrası uygulamanın içerisine aile eğitimine yönelik senaryo olabilir.” (17 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

Özellikle Sosyal Hizmet Bölümü öğrencileri bazı tıbbi kavramları ilk defa duyduklarını belirtmişler, eğitimin başlangıcında tüm bölümlere özellikle farklı bölümlerin sık kullandıkları tıbbi termonolojiler konusunda eğitim verilebileceğini belirtmişlerdir.

“Mesela biz tıbbi termonolojiye uzağız. Sonuçta onkoloji hastaları ile de çalışabileceğiz. Eğer onkoloji hastası ile çalışacaksak böyle terimleri bilmemiz gerekiyor. Bize bazı hocalarımızın kendi inisiyatifine kalmadığı sürece bu konularda bir eğitim verilmiyor. Ama ona yönelik diyetisyen arkadaşlarımın kullanacağı bir kelime vardır mesleği ile ilgili doktorun hemşirenin, bunun bizimde bilmemiz gereken terimler olabilir. Belki bu terimlere yönelik bir eğitim kısaca oryantasyon gibi verilebilir.” (14 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

3.3. Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitiminin Daha Etkili ve Verimli Olmasına Yönelik Öneriler

Öğrenciler eğitimin daha etkili ve verimli olabilmesi için eğitim ve simülasyon uygulamalarından sonra klinik uygulama yapılabileceğini, sağlık profesyonellerinin de eğitiminin mutlaka simülasyon uygulamasına yer verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

“...bu eğitimin mutlaka hastane ortamında bir de stajı olması gerektiğini düşünüyorum. Eğitim olarak uygulamalı eğitim olabilir.” (13 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“Mesela bir ay süreli kısa bir staj dönemi olabilir bu eğitim için,” (7 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“Ekip olarak bu ders seçmeli ders olsa, bide ekip olarak bu dersi alabilsek, simülasyondan sonra staj programı uygunsa.” (1 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 2)

“yani simülasyon eğitimin çok olması lazım, sadece belge ile olmayacak bir iş bu, hani konuştuk sağlık personeli eğitiliyor diye, ama mutlaka simülasyonla eğitilmeli onlar da.” (7 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

Öğrenciler eğitim içerisine, özellikle simülasyon uygulamasında önce palyatif bakım tedavisi alan hasta ve/veya ailesinin tecrübelerini paylaşabilecekleri bir dersin ya da gerçek yaşam deneyimlerinden oluşan bir video gösterimin eğitim içeriğine eklenebileceğini belirtmişlerdir.

“Birde mesela şey olabilirdi. Palyatif bakım alan bir hasta veya hasta yakını gelip kendi görüşlerini vs. En azında simülasyon uygulamasına girmeden önce palyatif bakıma daha aşına olabilirdik. Mesela tamam diyetisyen geldi rolünü anlattı hasta ve yakınlarının tecrübelerini de dinlemek isterdik.” (12 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“...Gelmesi mümkün olmasa bile yakını gelebilir ya da bir video olabilir. Ekip ne yapıyor. Gerçek bir ekip yaklaşımı ile ilgili.” (9 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

Kod 4.Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitiminde Simülasyon Kullanımı

4.1.Simülasyon Kullanımının Eğitim Üzerine Etkisi

Öğrenciler simülasyon uygulamaları ile teorik eğitimde öğrendikleri daha iyi pekiştirdiklerini, simülasyon uygulamaları ile yanlışlarını/hatalarını düzeltme fırsatı bulduklarını, mesleki profesyonelliklerinin farkına vardıklarını vurgulamışlardır.

“...teori tabi ki ama ben uygulamadan sonra hastanın kızı bana sorular sorunca ve bende yanıtlayabilince aslında neden orada olduğumu daha iyi öğrendim.” (14 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“Teoriğin önemi tabiki ama uygulama, simülasyon uygulaması, ne yapacağımı uygulamada daha iyi öğrendim.” (18 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“teorik de zaten bir eğitim alıyoruz ama öğrenip öğrenmediğimizi gerçek hasta ile çalışmadan önce simülasyonda deneyimliyoruz. Acaba doğru mu biliyoruz ve uyguluyoruz burada öğreniyoruz.” (19 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“Eğer bundan önce palyatif bakıma özel teorik uygulamaya almasaydık bu kadar etkili olmayacaktı.” (14 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“Sadece eğitimden sonra simülasyon uygulamaları olmadan hasta ile karşılaştaydım, ...şimdiki kadar kendimi yeterli hissetmezdim. Simülasyonda hastaya

yanlış bir şey söylesem bu düzeltebilme fırsatım vardı, yanlış olduğunu anlayabildim... ama hastaya yanlış bir şey söyleseydim, o orada yanlış kalacaktı...”(24 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 4)

“Profesyonel olarak kendimi çalışıyor hissettim. Seneye mezun olacağım ama ilk defa kendimi sosyal hizmet uzmanı gibi hissettim...”(13 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

Özellikle ilk kez simülasyon uygulamasına katılan öğrenciler kendi mesleki eğitimlerinde de simülasyon uygulamasının olması gerektiğini vurgulamışlardır.

“Teorik eğitimden gerçekten çok sıkıldık, hepimiz aynı fikirdeyiz. Mutlaka bizim derslerimizde de simülasyon uygulamaları olmalı” (7 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“Simülasyon dediğiniz zaman bizi neyin beklediğini bilmiyorduk. Bizim bölümde böyle bir uygulama yok ama kesinlikle olmalı, bizlerde vakalar üzerinde çalışıyoruz, o vakalar simülasyon ile yapılabilir...”(28 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 4)

Kod 5.Türkiye’de Palyatif Bakım

5.1.Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Gerekliliği

Öğrenciler Türkiye’de palyatif bakım ile birlikte hospis bakımının da gerekli olduğunu belirtmişlerdir.

“kanser hastalarının palyatif bakım ile evde bakım kısmına yönlendirildiğini gördük, özellikle terminal dönem bakım için, hospis bakımı mutlaka olmalı ülkemizde, kesinlikle yaygınlaştırılması lazım.” (13 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“ülkemizde bunun hızlıca yaygınlaştırılması gerekiyor ve kültürel değerler korunarak ve sağlam bir temel üzerinde oluşturulması gerekiyor “(2 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

“Sistemin uygulaması da çok önemli. Eğer ilk uygulamalarda hatalı bir durum olursa ve ismi kötü anılırsa hastalar açısından da oldukça kötü birşey, önyargıya neden olabilir.” (6 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“Bu neden le hospislerinde artması gerekiyor palyatif bakımda bence, bunun çok hızlı bir şekilde de yapılması gerekiyor bence çünkü bizim ülkemiz kadın emeğini tüketmeye yönelik olduğu için, hastaya bakan kadın olduğu için, hastayı evde bakıma yönlendiriyoruz ama ona evde bakacak olan kadın aslında kadının yükünü

arttırıyoruz. Bana göre evde bakım eşittir kadının bakım yükünün artması demek bence.” (6 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“palyatif bakım ile hastaların hastanede yatma sürecini de kısaltıyoruz. Aileyi taburcu olurken dikkat etmesi gerekenler konusunda uyarıyoruz. Bu her birlikte yaptığımız için de gönden bir şey kaçırma ihtimalimiz çok düşük oluyor. Bunun için hastanelerin yükü azalıyor, diğer taraftan da hastaya verdiğimiz bakımın kalitesini yükseltmiş oluyoruz. Hem hastayı memnun ediyoruz. Hem de kendimiz açısından hastanede yatmaması gereken evde bakımı sürdürebilecek hastalarında hani yükünü hastane ve salık profesyonellerini üzerinden almış oluyoruz.” (18 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 3)

“Ben kendi yakınlarım için düşünebilirim palyatif bakımı. Böyle bir bakıma ihtiyacı olursa kesinlikle yönlendirir ve ailemi desteklerim.” (15 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 3)

5.2.Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği

Öğrenciler ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Bazı öğrenciler kendilerinin aldıkları eğitim ile palyatif bakım konusunda bilgi sahibi olduklarını ve toplumun palyatif bakım konusunda farkındalıklarının olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir.

“İhtiyaç palyatif bakım. Ancak palyatif bakıma herkesin ulaşabilmesi gerekiyor, hastanelerde hastalar palyatif bakım için yatak beklememeli, ihtiyacı varsa mutlaka yatışı yapılmalı...” (10 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

“Ben bu eğitime katılana kadar palyatif bakımın ne olduğunu bile bilmiyordum. “(28 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 4)

“böyle bir eğitimi alana kadar böyle bir bakımın olduğundan dahi haberimiz yoktu diyebilirim...üniversite eğitimi alırken bizlerin haberi olmaması... hastaların ve ailelerinin bu konuda bilgisi olacağını düşünmüyorum. Her açıdan yeterli bir hizmet için mutlaka tüm toplum bilgilendirilmeli ” (17 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)

“Kesinlikle hem eğitim olarak hem de şu an hastaneleri ve hastaları düşünürsek yeterli olmadığını düşünüyorum.” (22 nolu öğrenci, Tıp Fakültesi, Grup 4)

5.3.Türkiye’de Palyatif Bakım Alanında Çalışma İsteği

Öğrencilerden palyatif bakım alanında çalışmak isteyebileceklerini belirtmişlerdir. Ekip olarak çalışabileceklerini ve manevi olarak kendilerini tatmin edebileceğini düşünmeleri ve palyatif bakıma ihtiyacı olabilecek hasta popülasyonunun artması bu kararlarında etkili olduğunu vurgulamışlardır.

“Dikkatimi çekti. Bu ekipte çalışma olayı, meslek açısından da varlığımız önemini gördüm. Faydalı olacağımı düşünüyorum. Aslında bu yüzden. Ben mesleğime başladığımda farklı açılardan bakabilmek için böyle bir ekibin içerisinde yer almalıyım diye düşünüyorum. Diğerlerini zaten biliyorum. Bu alanı bilmiyordum. Ama bu alanı öğrendiğim zaman bu alana ilgim daha da arttı, geleceğe yönelik düşüncelerim olgunlaştı diyelim.” (6 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 2)

“Palyatif bakımda meslek olarak bulunmanın bile, palyatif bakımın gelişmesi ve mesleğimin yaygınlaşması açısından önemli diye düşünüyorum.” (13 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“...isterim açıkçası. Çünkü hastaları rahat ettirmek, ölümünü rahat bir şekilde yaşatmak çok öneli bişey...” (10 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

“Çünkü bir çok şey, artan yaş, yaşlanan nüfus, bu hepimize yeni bir alan açıyor palyatif bakım diye ve ben bunda gerçekten etkin rol almak isterim. İşim zaten bakım ve ben en doğru şekilde eğitilmiş olarak gerek teorik gerek pratik olarak, her bir açıdan ve bu ekip anlayışı ile bir ekip üyesi olarak bireye sunmak isterim.” (3 nolu öğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 2)

“Sanki manevi olarak daha tatmin edici bir alan benim için. Ben kendimde bunu keşfettim.” (21 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 3)

“Evet, eğitimden sonra görüşmüştük arkadaşım ile bu konuyu, kesinlikle hiç bilmediğimiz bir alandı. Bu alanda çalışmak bizim için doyum verici olabilir diye konuşmuştuk.” (25 ve 26 nolu öğrenci, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Grup 4)

Ayrıca bazı öğrenciler palyatif bakım hizmetlerinde çalışabilmek için palyatif bakım konusunda yeterliliğin önemi üzerinde durmuşlardır.

“ Mesleki anlamda ve palyatif bakım alanında yeterliliği kendimde hissedersen kesinlikle çalışmak isterim. O duygunun, yeterliliğin bende olması gerekiyor.” (14 nolu öğrenci, Sosyal Hizmet Bölümü, Grup 4)

“Bence de sağlık personeli için de çok zor bir durum lme yakın hasta ile çalışmak, ben de senin gibi düşünüyorum eğer kendimi bu alanda çalışacak kadar bilgili, donanımlı hissedersen, çalışmayı isterim.” (16 nolu ğrenci, Hemşirelik Fakültesi, Grup 3)



5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın sonuçları mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlilikte simülasyon ve hibrit simülasyon kullanımının öğrencilerin jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerinde, disiplinlerarası eğitim algılarında ve ekip çalışması tutumlarında önemli gelişmelerin olduğunu göstermektedir. Farklı disiplinlerden oluşan ve simülasyon müdahalelerine katılan öğrenciler ile yapılan nitel görüşmeler sonucunda öğrencilerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve farkındalıklarının arttığı, ekip çalışmasının önemini daha iyi anladıkları, lisans eğitim müfredatlarında mesleklerarası eğitimin ve bu eğitimde simülasyon kullanımının önemini kavradıkları belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçları mesleklerarası eğitimde simülasyon uygulamalarının kullanımının öğrencilerin ekip içerisindeki profesyonel rollerini anlayabilmelerinde etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Literatürde, palyatif bakım eğitiminde farklı simülasyon müdahalelerinin etkinliğinin değerlendirildiği nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın literatürde önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

Son yıllarda sağlık mesleklerinin eğitiminde simülasyon kullanımı yaygınlaşmaktadır. Simülasyon, her seviyedeki hemşirelik öğrencilerinin ve sağlık profesyonellerinin akademik becerilerine ek olarak uygulamaya dayalı becerilerinin gelişimi için güvenli bir ortam sağlamaktadır (144,145,160,161). Simülasyonun uygulamaları özellikle hemşirelik ve tıp müfredatında kullanılmasına rağmen, mesleklerarası eğitimde kullanılması daha yeni bir uygulamadır (160). Mesleklerarası eğitimde simülasyon kullanımı sağlık ekibinin birçok disiplininden gelen her seviyedeki öğrencinin ekip içerisindeki rollerini daha iyi anlamasını ve uygulamalarını ve becerilerini bireysel ve ekip olarak geliştirmesini sağlar (144,145,148,154,160,162–164). Literatürde mesleklerarası eğitimde yüksek geçerlilikte simülasyon (154,165–168) ve standart hasta simülasyonu (165,169) gibi farklı simülasyon yöntemlerinin kullanıldığı belirtilmektedir. Ayrıca özellikle akut klinik senaryoların kullanıldığı (144,148,154,164,167,168), palyatif bakım alanında ise sınırlı sayıda çalışmanın yer aldığı ve bu çalışmalarda farklı simülasyon yöntemlerinin yer almadığı görülmektedir (160,162,163,169). Mesleklerarası simülasyon uygulamaları ile kanser hastası ve ailesine palyatif bakım hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesi, profesyonel bir palyatif

bakım ekibi olarak, sürecin en iyi şekilde yönetilebilmesi için deneyim kazanımını sağlamaktadır (160,163,169,170).

Yaşlanan nüfusla, artan kronik hastalıklar ile birlikte, palyatif bakım ve yaşam sonu bakım gereksinimi artmakta, sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitim alması giderek daha fazla önem kazanmaktadır (170). Araştırmada öğrencilerin %75'inin palyatif bakım konusunda almadığı saptanmıştır. Araştırmada palyatif bakım konusunda bilgi alan öğrencilerin (% 25) % 91'inin ise bu bilgiyi lisans eğitimlerinde aldığı belirlenmiştir. Türkiye'de hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin % 64,2'si palyatif bakım hakkında bilgi almadığını, % 84,6'sı bu bilgiyi üniversite eğitimleri sırasında aldığı belirlenmiştir (171), Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin çoğunluğu (%51,9) daha önce palyatif bakım konusunu duymadıklarını belirtmişlerdir (172). Sağlık profesyonelleri ile yapılan çalışmalarda da katılımcıların çoğunluğunun (%52,3-64,2) palyatif bakım konusunda bilgisi olmadığı vurgulanmaktadır (27,78,173). Prelock ve ark. (2017) mesleklerarası palyatif bakım ve işbirliğinin eğitimi sonrasında gerçekleştirdikleri nitel görüşmeler neticesinde tıp fakültesi öğrencileri, palyatif bakım ile ilk defa karşılaştıklarını ancak mutlaka eğitimleri içerisinde yer alması gerektiğini belirtmişlerdir (170). Literatürde lisans müfredatı içerisinde palyatif bakım konusuna yeterince yer verilmemesinin palyatif bakımın gelişmesindeki önemli engellerden biri olduğu belirtilmiştir (27,31,52,53). Kanser kontrol programının yapı taşlarından bir olarak kabul edilen palyatif bakımın (51,53,174) son yıllarda öneminin daha iyi anlaşılması nedeniyle, öğrencilerin lisans eğitim programlarında palyatif bakım konusuna yeterince yer verilmemesi, geleneksel modellere bağlı kalınması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar sürdüren savunucular, sağlık mesleklerinin eğitiminde sağlık sistemlerini iyileştirecek ve tıbbi hataları azaltabilecek değişiklikleri talep edilmektedir (175). Mesleklerarası eğitim bu değişikliklerin gerçekleştirilmesinde bir yol olarak kullanılabilir (144,175). Araştırmada öğrencilerden hiç birinin daha önce mesleklerarası bir eğitim uygulamasına katılmadığı, %66.7'sinin daha önce bir simülasyon uygulamasına katıldığı belirlenmiştir. Lefebre ve ark. (2015) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin mesleklerarası tutum ve işbirliği üzerine etkisini incelemeyi amaçladıkları

çalışmalarında öğrencilerin %64.1'unun daha önce herhangi bir mesleklerarası eğitime katılmadığını belirlemişlerdir (176). Efsthathiou ve Walker (2014) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin öğrencilerin yaşam sonu bakımında iletişim becerilerinin geliştirilmesinde etkisini belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında öğrencilerin %72.3'ünün daha önce mesleklerarası bir eğitime katıldıklarını belirlemişlerdir (163). Lapkin ve ark. (2013) sağlık profesyonellerinin programlarında mesleklerarası eğitimin etkinliğini belirlemeyi amaçladıkları sistematik derlemesinde, öğrencilerin mesleklerarası işbirliği hakkında tutum ve algıları ile klinik karar verme becerilerinin mesleklerarası eğitim ile artırılabilceği sonucuna varılmıştır (177). Literatürde özellikle sağlık profesyonellerinin profesyonel yaşantılarına başlamadan önce mesleklerarası eğitim programları ile eğitimin önemi vurgulanmaktadır (161,178,179). Türkiye'de özellikle hemşirelik ve tıp eğitiminde simülasyon uygulamalarının son yıllarda artması ve araştırmanın yapıldığı kurumun bu durumun öncülerinde olması, ancak mesleklerarası eğitim kavramının çok yeni olması bu sonuca neden olabilir. Ayrıca çalışmanın sonuçları Türkiye'de sağlık profesyonellerinin lisans eğitim müfredatlarındaki önemli bir eksikliği ortaya çıkarmaktadır.

Palyatif bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde sürdürülmesi ve sona erdirilmesi için bu konuda bilgi ve becerilerin geliştirilmesi, çağdaş sağlık hizmetleri politikasının ve uygulamasının önemli bir özelliğidir (163). Araştırmada eğitim öncesinde gruplar arasında palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında fark yok iken ($p = 0,756$), simülasyon müdahalelerin ardından YGS, HS ve YGS+HS grupları içerisinde palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarında artış olduğu ($p = 0,001$) ve en fazla artışın YGS+HS grubunda olduğu belirlenmiştir. Simülasyon uygulamasından hemen sonra ve üç ay sonra müdahale gruplarının palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte eğitimden sonra kontrol grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamasında artış olduğu saptanmış ancak simülasyon uygulamasından üç ay sonra artış olmadığı belirlenmiştir. Literatürde palyatif bakım (147,160,163) ve diğer konularda (164,180) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin öğrencilerin ilgili konularda bilgi düzeylerini ve yeterliliklerini arttırdığı vurgulanmaktadır. Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı simülasyon yöntemlerinin etkinliğinin

değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte palyatif bakım konusunda standart hasta uygulamalarının öğrencilerin yaşam sonu bakımda iletişim konusunda bilgi düzeylerini (163), palyatif bakım konusunda yeterliliklerini ve profesyonel yetkinliklerini arttırdığı (160) vurgulanmaktadır. George ve ark. (2018) cerrahi-travma ve yanı yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşire ve doktorlarda mesleklerarası simülasyon eğitiminin yoğun bakıma ve ekip çalışmasına yönelik bilgi düzeyini arttırdığını belirlemişlerdir (164). Chambers ve ark. (2018) çalışmasında deliryum tespit edilmesinde mesleklerarası standart hasta simülasyon eğitiminin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında öğrencilerin deliryum konusunda bilgi düzeylerini müdahale öncesi ve sonrası olarak değerlendirmişler ancak bilgi düzeylerinde her hangi bir değişim saptamamışlardır (180). Jinekolojik onkolojiye yönelik mesleklerarası palyatif bakım eğitimde farklı simülasyon müdahalelerinin kullanımı, öğrencilerin konuya yönelik bilgi düzeylerini arttırmada bir eğitim stratejisi olarak kullanılabilir. Simülasyon müdahaleleri olmadan yapılan eğitim müdahalesinin etkisinin sınırlı olduğu görülmektedir.

Mesleklerarası eğitimin etkenliğinin değerlendirilmesinde en önemli unsurlarından biri öğrencilerin mesleklerarası deneyime yönelik algıları ve tutumlarının değerlendirilmesidir (184). Araştırmada eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algıları arasında fark yok iken ($p = 0,977$), simülasyon uygulamalarının ardından YGS, HS ve YGS+HS gruplarının disiplinler arası eğitim algılarının arttığı ve en fazla artışın YGS+HS ve HS grubunda olduğu belirlenmiştir. Literatürde farklı simülasyon yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, mesleklerarası standart hasta uygulamalarının öğrencilerin disiplinlerarası eğitim algılarını önemli ölçüde arttığı belirtilmektedir (154,185). Shrader ve ark. (2013) çalışmasında ise mesleklerarası yüksek geçerlikte simülasyon uygulamalarının öğrencilerin disiplinlerarası eğitim algılarını arttırdığını saptamıştır (186). Sicat ve ark (2014) çalışmasında ise simülasyon uygulamaları olmadan gerçekleştirilen on-line mesleklerarası eğitimin öğrencilerin disiplinlerarası eğitim algılarında bir değişime neden olmadığı belirlenmiştir (187). Araştırmada müdahale grubunda yer alan öğrencilerin simülasyon uygulamaları ile kendi mesleklerini ve ekip içerisinde yer alan diğer sağlık profesyonellerinin rollerini ilişki bilgi sahibi olması ve

bu bilgiyi simülasyon uygulamalarında kullanabilmeleri disiplinlerarası eğitim algılarındaki olumlu değişime neden olmuş olabilir.

Mesleklerarası eğitimde ile öğrenciler farklı meslek grupları arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri daha iyi kavramaktadır. Bunun durum onların kendi profesyonel kimliklerini oluşturmalarına katkı sağlamaktadır (162). Araştırmada eğitim öncesinde grupların disiplinlerarası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu arasında fark yok iken ($p = 0.905$), simülasyon uygulamalarının ardından YGS, HS ve YGS+HS gruplarının disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puanlarının arttığı ve en fazla artışın YGS+HS grubunda olduğu belirlenmiştir. Yetkinlik ve özerklik alt boyutu, öğrencinin kendi disiplinine yönelik özerkliği göstermesi, diğer disiplinlerin katkılarını olumlu algılaması, diğer disiplinler tarafından olumlu algılandığını hissetmesi gibi durumları içermektedir (176). Lefebvre ve ark. (2015) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin, mesleklerarası işbirliğine yönelik tutum üzerine etkisini belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında öğrencilerinin yetkinlik ve özerkliklerinin arttığını belirlemişlerdir (176). YGS ve HS'nun birlikte uygulanması, mesleklerarası ekip içerisinde yer alan öğrencilerin daha fazla etkileşimde bulunarak birbirlerinin yetkinlik ve özerkliğini arttırmasını sağlayabilir.

Araştırmada eğitim öncesinde grupların disiplinlerarası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu arasında fark yok iken ($p = 0,052$), simülasyon uygulamalarının ardından YGS, HS ve YGS+HS gruplarının disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puanlarının arttığı ve simülasyon uygulamalarından sonra en fazla artışın HS ve YGS+HS grubunda olduğu belirlenmiştir. Lefebvre ve ark. (2015) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin, mesleklerarası işbirliğine yönelik tutum üzerine etkisini belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında öğrencilerin algılanan işbirliği ihtiyacında her hangi bir değişiklik olmadığını saptamışlardır (176). Jimenez ve ark. (2018), dört saat süren mesleklerarası bir eğitim sonrasında simülasyon uygulamalarının, öğrenciler için teşvik edici olduğunu ancak disiplinlerarası eğitim algısı toplam puan ve alt boyutlarında herhangi bir değişikliğe neden olmadığını belirtmişlerdir (179). YGS+HS ve HS uygulamaları ile mesleklerarası ekip içerisinde yer alan öğrencilerin tarafından diğer ekip üyelerinin becerilerinin bilgilerinin ve yeteneklerinin daha iyi anlaşılmış olması, algılanan işbirliği ihtiyacını olumlu olarak etkilemiş olabilir.

Mesleklerarası eğitimde öğrencilerin ulaşması gereken en önemli hedeflerden biri ekip çalışmasının gerçekleştirilebilmesidir (106,108,121,123,175). Araştırmada eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları arasında fark yok iken ($p = 0.992$), simülasyon uygulamalarının ardından YGS, HS ve YGS+HS gruplarının ekip çalışması tutumlarının arttığı ve en fazla artışın YGS+HS ve HS grubunda olduğu belirlenmiştir. Literatürde farklı simülasyon yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, mesleklerarası simülasyon uygulamalarının öğrencilerin ekip çalışması tutumlarını önemli ölçüde arttığı belirtilmektedir (12,164,186,190,192,197). Buckley ve ark. (2012) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin öğrencilerin etkili ekip çalışmasına yönelik farkındalıklarını ve diğer sağlık profesyonelleri ile etkileşim kurma konusunda kendilerine olan güvenlerini arttırdığını belirtmiştir (197). Shrader ve ark. (2012) çalışmada mesleklerarası yüksek gerçeklikte simülasyon uygulamasının öğrencilerin ekip çalışması becerileri üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, öğrencilerin ekip olarak çalışabilme becerilerinin arttığı ve ekip olarak çalışabilme becerisinin klinik simülasyon becerisi üzerinde %54 etkisi olduğunu saptamışlardır (186). Pastor ve ark. (2016), simülasyona dayalı mesleklerarası eğitiminin palyatif bakımda kötü haber verme becerisi üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, öğrencilerin simülasyon uygulamaları ile kötü haber verme sürecini daha iyi yönetebildiklerini belirtmişlerdir (169). Çalışmamızda YGS+HS ve HS uygulamaları ekip çalışması becerilerin geliştirilmesinde ve ekip çalışması tutumlarının artırılmasına yönelik bir strateji olarak önerilebilir.

Ekip çalışması tutumu ekip yapısı alt boyutu ekibin büyüklüğü, ekip üyeleri, lidelik, ekip üyelerinin rolleri gibi temel ekip çalışması ile ilgili kavramların tanımlanması olarak ifade edilmektedir (155). Alinier ve ark (2014) mesleklerarası eğitimde simülasyon kullanımının, etkili bir ekipte var olması gereken sağlık profesyonellerinin rollerini anlamasını ve ekip yapısı konusunda bilgi edinmeyi kolaylaştırdığını belirtmektedir (141). Araştırmada eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumu ekip yapısı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yok iken ($p = 0.845$), simülasyon uygulamalarının ardından YGS, HS ve YGS+HS gruplarının ekip çalışması tutumu ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arttığı ve en fazla artışın YGS+HS ve HS grubunda olduğu belirlenmiştir. Efstathiou and Walker (2014)

simülasyona dayalı mesleklerarası palyatif bakımda eğitiminin, öğrencilerin ekip içerisinde kendi rollerini ve diğer disiplinlerin rollerini daha iyi anlamalarına katkı sağladığını belirtmişlerdir (163). Costello ve ark. (2017) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim ile öğrencilerin mesleki rol ve sorumluluklarını daha iyi kavradıklarını ve etkili bir ekip üyesi olarak nasıl performans göstereceklerini daha iyi anladıklarını vurgulamışlardır (144). Oxelmark ve ark (2017), simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim ile öğrencilerin ekip çalışması ve ekip yapısının temel prensiplerini daha iyi kavradıklarını belirlemişlerdir (198). YGS+HS ve HS uygulamalarının, mesleklerarası eğitimde kullanılması ekip içerisindeki rol ve sorumlulukların daha iyi anlaşılmasına, ekip performansını iyileşmesine ve mesleklerarası iletişiminin gelişmesine katkı sağlayabilir.

Ekip çalışması tutumu karşılıklı destek alt boyutu, ekibin diğer üyelerinin performansını iyileştirmek geribildirim ve koçluk sağlamak, ekip arkadaşının bir görevi yerine getirmesini sağlamak veya ekip içerisinde bir kişiye aşırı yük algılandığında ekip üyesi için onun görevini yükünü hafifletmek olarak tanımlanmaktadır (155). Araştırmada eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumu karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yok iken ($p = 0.938$), simülasyon uygulamalarının ardından YGS, HS ve YGS+HS gruplarının ekip çalışması tutumu ekip yapısı alt boyutu puan ortalamalarının arttığı ve en fazla artışın YGS+HS ve HS grubunda olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım gibi karmaşık alanlarda etkili mesleklerarası işbirliği ve ekip çalışmasının gerçekleştirilmesi, kaliteli hasta bakımının önemli bileşenidir (178). Pastor et al., (2016), simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin palyatif bakımda kötü haber verme becerisi üzerine etkisini belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında öğrencilerin ekip içerisindeki rollerini daha iyi kavradıklarını, birbirleriyle ekip olarak çalışabilmekten memnuniyet duyduklarını belirtmişlerdir (169). YGS+HS ve HS uygulamaları ile öğrencilerin karşılıklı destek algılarının artması sağlanarak, ekibin performansı ve işbirliği artırılabilir.

Hasta merkezli bakımın sağlanabilmesi için, ekibin her bir üyesinin diğer ekip üyelerinin rollerini anlaması ve profesyonel bir ekipte çalışabilmek için gereken becerilerini geliştirebilmesi gerekmektedir (176). Araştırmada mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı mevcut işbirliği algısı alt

boyutu puan ortalamalarının arttırılmasında etkisi olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin simülasyon uygulamalarında birbirlerinin rollerini daha iyi anlayabilecekleri şekilde etkileşimde bulunmaları için yeterli zaman olmaması bu sonuca neden olmuş olabilir. Bununla birlikte araştırmada mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının öğrencilerin ekip çalışması tutumları liderlik, durum izleme ve iletişim alt boyutları puan ortalamalarının arttırılmasında etkisi olmadığı saptanmıştır. Daha önce mesleklerarası bir eğitimde bulunmamış öğrenciler için 30 dakikalık simülasyon uygulaması ve 30 dakikalık çözümleme, öğrencilerde bu hedeflere ulaşmak için yeterince uzun olmayabilir.

Araştırmada öğrencilerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüş, düşünce ve önerilerine yönelik nitel sonuçlar elde edilmiştir. Palyatif bakımda mesleklerarası bir ekip yaklaşımı ile hastaların ağrı ve diğer semptomların giderilmesi, hasta konforunun arttırılması, hasta ve ailesinin eğitimi, hasta ve ailesine psikososyal destek sağlanması amaçlanmaktadır. Bu süreçte hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin artırılması temel hedeftir (13,28,57,78,102). Öğrenciler palyatif bakımın, yaşam kalitesini arttıran ve huzurlu bir ölüm süreci yaşamayı sağlayan bir bakım felsefesi olduğunu, yaşamın son döneminde önemini arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca hasta merkezli bir yaklaşım olduğunu vurgulamışlar ve ailenin de bu yaklaşım içerisinde olduğunu belirtmişlerdir. Yaşam sonu bakımda palyatif bakımın yetersiz olması ve invaziv girişimlerin aşırı kullanımı hasta ve ailesinin yaşadığı ıstırapın artmasına neden olabilmektedir (181). Gerçekleştirilen simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim müdahalesi ile öğrencilerin palyatif bakım kavramını ve önemini anlamalarında etkili olmuş olabilir.

Palyatif bakım hizmeti sunulan hastalar ile karşılıklı saygı ve güvene dayalı bir ilişkinin; doğru, açık, samimi ve birbirlerinin haklarına saygı durulan bir iletişimin sağlanabilmesi, paternalistik yaklaşımdan uzak durmayı ve hastanın özerkliğine ve onuruna saygıyı korumayı beraberinde getirmektedir (13,172). Günümüzde “ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım” konusunun sağlık profesyonellerinin eğitiminin ayrılmaz bir parçası olduğunun önemi belirtilmektedir (172). Araştırmada öğrenciler palyatif bakım hizmetlerinin hastanın ölüm korkusunu ve bilinmeyen korkusunun azaltılabileceğini ve hasta ve ailesi için iyi ölüm sürecini sağlayabileceğini

belirtmişlerdir. Prelock ve ark. (2017) mesleklerarası palyatif bakım ve işbirliğini eğitiminde öğrencilerin palyatif bakım hizmeti sunma deneyimini gerçek hayata en yakın şekilde yaşadıklarını belirtmişlerdir (170). Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim müdahaleleri öğrencilerin gerçeğe en yakın ortamda, palyatif bakım hastasının yaşayabilecekleri korkuların farkına varmalarında ve iyi ölümün önemini kavramalarında etkili olabilir.

Palyatif bakımda hastaları kendileri ile ilgili, hasta yakınlarını ise sevdikleri ile ilgili zor kararlar vermek zorunda bırakmak yerine, hasta özerkliğini merkeze almak önem taşımaktadır (60). Aratırmada öğrenciler palyatif bakım hizmetinin sunulması gereken ortamı belirlerken hastayı ne istediğinin sorulması ve onun isteği doğrultusunda planlamanın yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bakım veren ekibin bu konuda hasta ile empati kurabilmesini ve hastanın yaşayan dileklerini belirlemesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Efstathiou ve Walker (2014) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin öğrencilerin yaşam sonu bakımda iletişim becerilerin geliştirilmesinde etkisini belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında öğrencilerin yaşamın son dönemi olan hastalar ile yaşam sonu bakımın planlanmasını ve iletişimi ne zaman başlayacağı konusunda bilgi, beceri, kendilerine güven ve yeterliliklerinin arttığını belirlemişlerdir (163). Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim müdahaleleri öğrencilerin gerçeğe en yakın ortamda palyatif bakım hastasının özerkliğini koruyabilmeye ve hasta ve ailesi ile empati yapabilme becerisinin gelişmesine katkı sağlayabilir.

Amerika Ulusal Konsensus Projesi Kaliteli Palyatif Bakım İçin Klinik Uygulama Rehberi'nde palyatif bakım hizmetlerinin, hastaların bakım kalitesini en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olan işbirlikçi ve profesyonelce çalışan ekipler tarafından sağlanmasını önermektedir (13). Araştırmada öğrenciler çekirdek palyatif bakım ekibi içerisinde mutlaka psikolog olması gerektiğini ve hasta ve ailesinin ihtiyacına göre ekip içerisinde manevi bakım uzmanının, fizyoterapistin ve eczacının yer alabileceğini vurgulamışlardır. Literatürde palyatif bakım ekibinin, hastanın ve ailesinin bakım ihtiyacına göre birden çok disiplini bir araya getirerek oluşturulması gerektiği belirtilmektedir (13,55,61,102,182). Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim müdahaleleri, öğrencilerin palyatif bakım ekibi içerisinde yer alabilecek diğer disiplinlere yönelik farkındalıklarının artmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmada öğrenciler eğitim müdahalesinin teorik içeriğine yönelik olarak öneride bulunmuşlar ve eğitim içeriğinde yer alan yasal mevzuat, yas süreci ve hasta ve ailesinin eğitime teorik içeriğin vaka tartışmaları ile daha etkili olabileceğini belirtmişlerdir. Literatürde sağlık mesleklerinin eğitiminde palyatif bakım, ölüm ve ölüm sürecine ilişkin genel bir eksiklik olduğu (163,178) ve mevcut eğitimlerin ise mesleklerarası olmadığı vurgulanmaktadır (178). Bu sonuç eğitim müdahalesinin geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından tescillenen palyatif bakım ünitelerinin sayısının her geçen gün artması ile birlikte henüz hospisler ile ilgili bir düzenleme bulunmamaktadır (103). Araştırmada öğrenciler Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin yeterli olmadığını, toplumun palyatif bakım konusunda farkındalıklarının olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Palyatif bakım uygulamasında karşılaşılan sadece küratif tedaviye odaklanması (52), semptom kontrolünde standartların belirli olmaması (31,52,53,78,183), ağrı kontrolünde engeller (29,52,57,78,183) gibi engellerden dolayı palyatif bakım hizmetlerinin kalitesi hala istendik düzeyde değildir. Ayrıca öğrenciler palyatif bakım ile birlikte hospis bakımının da Türkiye için gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Yaşamın son altı aylık döneminde sunulan bakımı kapsayan hospis bakımı hasta ve ailesinin yaşamın son günlerini onurlu ve rahat yaşamasını sağlamaktadır (61–63). Öğrencilerin gerçeğe yakın bir ortamda küratif tedavisi sonlanan ve sadece palyatif bakıma ihtiyacı olan bir hasta ve ailesine yönelik senaryoyu deneyimlemeleri, aldıkları teorik eğitimi simülasyon uygulaması ile pekiştirmelerini sağladığını göstermektedir.

Araştırmada öğrenciler gelecekte palyatif bakım ekibi içerisinde çalışabileceklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bu alanda çalışmak istemelerinde manevi olarak kendilerini tatmin edebileceğini düşünmelerinin ve palyatif bakıma ihtiyacı olabilecek hasta popülasyonunun artmasının neden olabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmanın sonuçları simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim müdahalelerinin öğrencilerin palyatif bakıma yönelik farkındalıklarının arttırdığını ve palyatif bakımın önemini daha iyi kavramalarını sağladığını düşündürmektedir.

Mesleklerarası simülasyon uygulamaları öğrenciler arasında açık iletişimi sağlamakta, bilgi paylaşımını, karşılıklı saygı ve güveni teşvik etmekte ve ekip işbirliğine yönelik olumlu tutum gelişimini sağlamaktadır (148,165). Hastalara bakım

verirken etkili bir şekilde ekip işbirliği yapması, hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesine büyük katkı sağlamaktadır (188,190,191). Araştırmada mesleklerarası simülasyon uygulamalarından sonra yapılan odak grup görüşmelerinde, öğrenciler palyatif bakım hizmetlerinin istendik hedeflere ulaşılabilmesi için eğitilmiş ve deneyimli bir ekip yaklaşımı içerisinde verilmesi gerektiğinin önemini belirtmişlerdir. Palyatif bakım hizmeti bu şekilde sağlanır ise hasta merkezli bakımın ve hasta güvenliğinin sağlanabileceğini, hasta ve ailesinin ekibe güveninin artabileceğini belirtmişlerdir. Mesleklerarası ekip yaklaşım hasta ve ailelerinin fiziksel, psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarını bütünsel ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlayarak palyatif bakımın merkezinde yer almaktadır (178). Mesleklerarası ekip çalışması ile hasta verilerinin ekip içerisinde paylaşılması, karar verme sürecinin kısalmasına katkı sağlamaktadır (188,191). Öğrenciler profesyonel mesleki yaşamlarına başlamadan önce ekip çalışmasına ve işbirlikçi uygulamalara hazır hale gelebilirler ise, hasta güvenliği ve tedavi ve bakıma yönelik hasta sonuçları iyileştirilebilir, hasta memnuniyetinin artırılabilir (188). Araştırmanın sonucu simülasyon uygulamaları ile öğrencilerin palyatif bakımda ekip yaklaşımının önemini daha iyi kavradıklarını düşündürmektedir.

Mesleki sosyalleşme, eğitim sürecinde başlamaktadır ve öğrenciler sosyalleştikçe kendi disiplinleri ve diğer disiplinler ile işbirlikçi becerileri daha fazla göstermektedir (178,192). Literatürde mesleklerarası işbirliğinin güvenli, etkili ve hasta merkezli bakımı ve sonuçları sağlamak için gerekli olduğu vurgulanmaktadır (114,192–195). Baker ve ark., (2008) simülasyona dayalı mesleklerarası uygulamaları içeren bir eğitim müfredatının, farklı mesleki gruplarda yer alan öğrenci gruplarının gelişimlerine uygun olduğunu ve öğrencilere birbirleriyle etkileşim kurma fırsatı sunduğunu belirtmektedir (193). Sağlık profesyonellerinin eğitim programlarına, daha güvenli ve daha iyi hasta merkezli bakımı sağlayabilmek için birlikte çalışabilmek üzere hazırlanan mesleklerarası eğitim programlarının müfredata entegre edilmesi önerilmektedir (121,161,178,179,191,192,194,196). Çalışmamızda öğrenciler gelecekte birlikte çalışacakları mesleklerin rol ve sorumluluklarını öğrenebilmek ve işbirliğini sağlayabilmek açısından lisans eğitim müfredatı içerisine mutlaka mesleklerarası eğitimin yer alması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu eğitim yaklaşımı ile gelecekte işbirliğinin sağlanabileceği ve hasta ve yakınlarına daha iyi hizmet

sunulabileceğini belirtmişlerdir. Prelock ve ark. (2017) hemşirelik, tıp, konuşma bozukluğu, fizyoterapi, sosyal hizmetler ve beslenme bölümü öğrencilerinde mesleklerarası palyatif bakım ve işbirliğine yönelik eğitimin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, öğrenciler mesleklerarası eğitimin etkisini ve değerini daha iyi anladıklarını ifade etmişlerdir (170). Fineberg ve ark. (2004) çalışmasında tıp ve sosyal hizmetler bölümü öğrencileri mesleklerarası palyatif bakım eğitimine yönelik birbirleri ile açık, dürüst, yansıtıcı ve destekleyici bir ortamda tanışmaktan memnuniyet duyduklarını, kişilerarası etkileşimden fayda gördüklerini, birbirlerini değerli birer kaynak olarak gördüklerini ve birbirlerinden öğrenme fırsatı bulduklarını belirtmişlerdir (178). Jimenez ve ark. (2018), mesleklerarası işbirliğinin sağlanabilmesi için öncelikle lisans eğitiminde mesleklerarası eğitime başlanması gerektiğini ve bu eğitimlerin mezuniyet sonrası devam etmesi gerektiğini belirtmişlerdir (179). Hemming ve ark. (2018) hemşirelik eğitiminde mesleklerarası eğitimin durumunu belirlemeye yönelik son beş yılın çalışmalarını değerlendirdikleri sistematik derlemelerinde lisans müfredatı içerisinde simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin geliştirilmesi ve bu tarz eğitim programlarının yaygınlaştırılmasının öneminin vurgulamışlardır (161). Mesleklerarası palyatif bakım uygulamalarının gücü, ekip üyelerinin mesleklere özgü bilgi ve becerilere ortak bir anlayış geliştirmesi ve kullanması, birbirlerini desteklemesi ve hastalar ve aileleri için bakım sağlamaları ile ortaya çıkmaktadır (110). Mesleklerarası eğitimin öneminin giderek artmasına rağmen, palyatif bakım konusunda bu tür öğrenme deneyimini sağlayan az sayıda çalışma vardır (160,162,163,169). Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim müdahaleleri öğrencilerin ekip üyelerinin mesleklere özgü bilgi ve becerilere ortak bir anlayış geliştirmelerine ve kullanmalarına, birbirlerini desteklemelerine ve hastalar ve aileleri için kaliteli palyatif bakım hizmeti sağlayabilmelerine katkı sağlayabilir. Literatür ile benzer şekilde çalışmamızın sonuçları simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin lisans müfredatına entegre edilmesinin önemini göstermektedir.

Günümüzde geleneksel öğrenme ortamlarından ziyade interaktif öğrenme ortamlarının gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Simülasyona dayalı öğrenme, profesyonel ve işbirlikçi beceri kümeleri oluşturmaya yönelik interaktif bir fırsat sunmaktadır (191–193). Simülasyona dayalı öğrenme ile öğrencilerin kontrollü bir

ortamda gerçek ortamda karşılaşılabilecekleri sorunlara cevap verebilmelerini (191,192), hasta bakım becerilerini geliştirmelerini ve henüz profesyonel olmayan ekip üyeleri ile risksiz bir ortamda işbirliği yapmalarına ve kendilerinin ve diğer ekip üyelerinin rol ve sorumluluklarını daha iyi anlamalarına olanak sağlamaktadır (188,191,192,198). Öğrenciler mesleklerarası eğitimin daha etkili ve verimli olabilmesi için simülasyon uygulamalarının önemini vurgulamışlardır. Bununla birlikte simülasyon uygulamaları ile teorik eğitimde öğrendikleri daha iyi pekiştirdiklerini, simülasyon uygulamaları ile yanlışlarını/hatalarını düzeltme fırsatı bulduklarını, mesleki profesyonelliklerinin farkına vardıklarını belirtmişlerdir. Literatürde mesleklerarası eğitimin simülasyon ile desteklenmesi gerektiğini vurgulayan bir çok çalışma bulunmaktadır (148,160,164,168,176,179,195). Saylor ve ark. (2016) palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımının öğrencilerinin yeterliliğini ve özellikle tıp ve hemşirelik öğrencileri arasında işbirlikçi tutumu arttırdığını belirtmişlerdir (160). Lefebvre ve ark. (2015) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin öğrencilerin disiplinlerarası eğitim algısı, mesleklerarası öğrenmeye hazır oluş durumları, ekip çalışması tutumları ve ekip olarak çalışma becerileri üzerine olumlu etkileri olduğunu belirtmişlerdir (176). Brown ve ark. (2016) (196) ve Jimenez ve ark., (2018) (179) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin lisans öğrencilerinin ekip içerisinde kendi rollerini ve diğer ekip üyelerinin rollerini anlamada etkili olduğunu belirtmişlerdir. Cunningham ve ark. (2018) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin öğrencilerin akut bakım ortamındaki mesleklerarası işbirliği ve iletişimdeki rollerini ve sorumluluklarını anlamadaki etkisini belirlemeyi amaçladıkları çalışmada öğrencilerin profesyonel ekip çalışması becerilerinin arttığını, mesleki rol ve sorumlulukları keşfettikleri ve tedavi becerilerinde daha fazla güvene sahip olduklarını belirlemişlerdir (148). George ve ark. (2018) cerrahi-travma ve yanı yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşire ve doktorlarda mesleklerarası simülasyon eğitiminin yoğun bakıma ve ekip çalışmasına yönelik bilgi düzeyinin artırılmasında en iyi yöntem olduğunu belirtmişlerdir (164). Kotsakis ve ark. (2015) sağlık profesyonellerine yönelik düzenlenen simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim uygulaması sonrasında katılımcılar, her 4-6 ayda bir simülasyon uygulamalarının yapılmasını ve bu uygulamaların uygulamaları daha iyi duruma getirebileceğini belirtmişlerdir (168). Çalışmamızın sonuçları mesleklerarası eğitimin simülasyon

uygulamaları ile desteklenmesi gerektiğinin önemini vurgulamaktadır. Mesleklerarası eğitimde simülasyon uygulamalarının kullanımının farklı meslekler arasında köprüler oluşturmaya, etkili bir ekip işbirliğini sağlayarak diğer mesleklerin rollerinin anlaşılmasına ve bilgi kazanımının sağlanmasına katkı sağlayabilir.

Simülasyon mesleklerarası eğitim ile ilgili yetkinlikleri geliştirmek için yenilikçi bir yöntem olarak gösterilmektedir (148,160,164,168,176,179,188,189). Bununla birlikte, literatürde, simülasyona dayalı mesleklerarası eğitiminin klinik uygulama ile devam ettirilerek etkinliğinin artırılabilirliği belirtilmektedir (181,187). Araştırmada, öğrenciler simülasyon uygulamaları ile pekiştirilen mesleklerarası eğitimin klinik uygulamalar ile devam edebileceğini belirtmişlerdir. Sicat ve ark (2014) simülasyon uygulamaları olmadan gerçekleştirilen on-line mesleklerarası eğitimin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında klinik uygulamalar ile eğitimin etkinliğinin artırılabilirliğini belirtmişlerdir (187). Brezis ve ark., (2017) palyatif bakım hizmetlerinde önemli bir yer tutan yaşam sonu bakımda mesleklerarası simülasyon eğitiminin etkinliğini değerlendirdikleri nitel çalışmalarında, doktor ve hemşirelerden oluşan katılımcılar ekip çalışması kültürlerinin zayıf olduğunu belirtmişleridir. Bununla birlikte klinik uygulamada bazı doktorlar hemşireleri, hasta ile beraber yakınlarını bilgilendirme toplantılarına davet etmede isteksiz iken bazı doktorların ise hemşireleri ve diğer ekip üyelerini bilgilendirme toplantılarına rutin olarak katılmaya davet ettiklerini saptamışlardır (181). Özellikle farklı senaryolar ile oluşturulan simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin klinik uygulamalar ile sürdürülmesinin palyatif bakım hizmetlerinin istendik düzeye ulaşmasına ve ekip çalışmasının öneminin daha iyi anlaşılmasında katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, jinekolojik onkolojiye yönelik palyatif bakım hizmetlerinin iyileştirilebilmesi ve hasta ve ailelerine yönelik kaliteli bakımın sağlanabilmesi için palyatif bakım hizmeti sunacak ekibin, disipline özgü bilgi ve becerilerine yönelik ortak bir anlayış geliştirerek mesleklerarası işbirliği içerisinde çalışmaları gerekmektedir. Mesleklerarası eğitim ile sağlık profesyonellerinin lisans eğitimlerinden itibaren birbirlerini tanımaları ve anlamaları sağlanarak işbirliği içerisinde çalışabilmelerine katkı sağlanabilir. Araştırmanın sonuçları mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlilikte simülasyon ve hibrit simülasyon kullanımının öğrencilerin jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerinin,

disiplinlerarası eğitim algılarının ve ekip çalışması tutumlarının arttırılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte mesleklerarası simülasyon uygulamalarının öğrencilerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve farkındalıklarının arttırılmasında, ekip çalışmasının önemini ve ekip içerisindeki profesyonel rollerini anlamalarında etkili olduğunu göstermektedir. Türkiye’de hemşirelik ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitiminde araştırmamızda olduğu gibi bir öğrenme deneyimi sağlayan palyatif bakım eğitim programı bulunmamaktadır. Literatürde ise simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı simülasyon yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirildiği bir eğitim müdahalesine rastlanmamıştır. Bu araştırma, palyatif bakıma yönelik farklı simülasyon yöntemlerine dayalı mesleklerarası eğitimin önemini ortaya çıkardığı için literatürde yer alan boşluğun doldurulmasına katkı sağlayacaktır. Palyatif bakım eğitimi, sadece hemşirelik eğitimi içerisine değil, gelecekte ekip olarak çalışabilecek diğer mesleklerin eğitimi içerisine de entegre edilmelidir. Bu araştırmanın sonuçlarında da açık olarak görüldüğü gibi, palyatif bakım eğitimi mesleklerarası işbirliği ile bütünleştirilmeli ve simülasyon uygulamaları ile pekiştirilmelidir.

6. SONUÇLAR

6.1. Nicel Sonuçlar

6.1.1. Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

1. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının $22,06 \pm 2,56$ 'dır. Öğrencilerin çoğunluğu kadındır (%73,8), tamamı bekar ve çoğunluğunun (%76,2) ekonomik durumunun orta düzeydedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin çalışma gruplarına göre yaşı ($p=0,561$), cinsiyeti ($p=0,055$) ve ekonomik durumları ($p=0,063$) arasında fark yoktur (Tablo 4.1).

Öğrencilerin Fakülte/Bölümlerine İlişkin Bazı Düşüncelerine İlişkin Sonuçlar

1. Araştırmaya katılan öğrencilerin %74,8'i fakültesini/bölümünü isteyerek seçtiğini ve çoğunluğu (%69,2) severek yapacağını ve topluma yararlı olacağını düşündüğü için fakültesini/bölümünü seçtiğini belirtmiştir (Tablo 4.2).

2. Öğrencilerin %78,6'sı mezun olduktan sonra çalışmak istedikleri özel bir alan olduğunu ve çoğunluğu (%61,6) klinik alanlarda çalışmak isteği belirtmiştir (Tablo 4.2).

3. Araştırmaya katılan öğrencilerin çalışma gruplarına göre fakülte/bölümü isteyerek seçme ($p=0,054$) ve mezun olduktan sonra çalışmak istenilen özel çalışma alanının var olma durumları ($p=0,321$) arasında fark yoktur (Tablo 4.2).

Öğrencilerin Palyatif Bakım Konusunda Bilgi Almalarına İlişkin Sonuçlar

1. Araştırmaya katılan öğrencilerin %75,0'i palyatif bakım konusunda bilgi almamıştır. Öğrencilerin çalışma gruplarına göre palyatif bakım konusunda bilgi alma durumları arasında fark yoktur ($p=0,834$; Tablo 4.3).

2. Araştırmaya katılan öğrencilerin %91,3'ü derslerden, %34,8'i kitap ve dergilerden palyatif bakım konusunda bilgi aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin %60,9'u iletişim becerileri ve ağrı yönetimi, %47,8'i semptom yönetimi (bulantı-kusma, dispne, yorgunluk vb.) ve yas sürecinde baş etme konularında bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3).

Öğrencilerin Aldıkları Simülasyon Eğitimine İlişkin Sonuçlar

1. Öğrencilerin %66,7'sinin simülasyon uygulamasına katılmıştır. Öğrencilerin çalışma gruplarına göre simülasyon uygulamalarına katılma durumları arasında fark yoktur ($p = 0,775$; Tablo 4.4).
2. Simülasyon uygulamasına katılan öğrencilerin %46,4'ünün doğum sonu kanaması olan hastanın bakımı ve %25,0'ının şokta hasta yönetimi konularında simülasyon uygulamasına katılmıştır (Tablo 4.4).
3. Araştırmaya katılan öğrencilerin tamamı (%100) mesleklerarası eğitime katılmamıştır.

6.1.2. Öğrencilerin Palyatif Bakım Yeterlilikleri Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

1. Eğitim öncesinde grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,756$; Tablo 4.5; Grafik 4.1).
2. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,001$). Kontrol grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması diğer gruplardan düşüktür. YGS+HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması ise YGS ve HS gruplarından yüksektir (Tablo 4.5; Grafik 4.1).
3. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,001$). Kontrol grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması diğer gruplardan düşüktür. YGS+HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması, YGS grubundan yüksektir (Tablo 4.5; Grafik 4.1).
4. Ölçüm zamanına göre kontrol grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,001$). Eğitim öncesi palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması, simülasyon uygulamasında hemen sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.5; Grafik 4.1).
5. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,001$). Eğitim öncesi palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması diğer ölçüm zamanlarından düşüktür (Tablo 4.5; Grafik 4.1).

6. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,001$). Eğitim öncesi palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması, diğer ölçüm zamanlarından düşüktür (Tablo 4.5; Grafik 4.1).

7. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,001$). Eğitim öncesi palyatif bakım yeterlilikleri puan ortalaması, diğer ölçüm zamanlarından düşüktür (Tablo 4.5; Grafik 4.1).

6.1.3. Öğrencilerin Disiplinler Arası Eğitim Algısı Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

Öğrencilerin Disiplinler Arası Eğitim Algısı Toplam Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

1. Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,977$; Tablo 4.6 ; Grafik 4.2).

2. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,174$; Tablo 4.6 ; Grafik 4.2).

3. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,056$; Tablo 4.6 ; Grafik 4.2).

4. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,723$; Tablo 4.6 ; Grafik 4.2).

5. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,205$; Tablo 4.6 ; Grafik 4.2).

6. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,205$). Eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalaması, simülasyondan üç ay sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.6 ; Grafik 4.2).

7. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,205$). Eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı toplam puan ortalaması diğer ölçüm zamanlarından düşüktür (Tablo 4.6 ; Grafik 4.2).

Öğrencilerin Disiplinler Arası Eğitim Algısı Yetkinlik ve Özerklik Alt Boyutu Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

1. Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,905$; Tablo 4.7; Grafik 4.3).

2. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,990$; Tablo 4.7; Grafik 4.3).

3. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,968$; Tablo 4.7; Grafik 4.3).

4. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,816$; Tablo 4.7; Grafik 4.3).

5. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,584$; Tablo 4.7; Grafik 4.3).

6. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,193$; Tablo 4.7; Grafik 4.3).

7. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,003$). Eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı yetkinlik ve özerklik alt boyutu puan ortalaması, simülasyon uygulamasından hemen sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.7; Grafik 4.3).

Öğrencilerin Disiplinler Arası Eğitim Algısı Algılanan İşbirliği İhtiyacı Alt Boyutu Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

1. Eğitim öncesinde grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,052$; Tablo 4.8 ; Grafik 4.4).

2. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,221$; Tablo 4.8 ; Grafik 4.4).

3. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,595$; Tablo 4.8 ; Grafik 4.4).

4. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,478$; Tablo 4.8 ; Grafik 4.4).

5. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,025$). Eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalaması, simülasyon uygulamasından üç ay sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.8 ; Grafik 4.4).

6. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,002$). Eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalaması, diğer ölçüm zamanlarından düşüktür (Tablo 4.8 ; Grafik 4.4).

7. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun disiplinler arası eğitim algısı algılanan iş birliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,006$). Eğitim öncesi disiplinler arası eğitim algısı algılanan işbirliği ihtiyacı alt boyutu puan ortalaması, simülasyon uygulamasından üç ay sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.8 ; Grafik 4.4).

6.1.4. Öğrencilerin Ekip Çalışması Tutumları Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

Öğrencilerin Ekip Çalışması Tutumları Toplam Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

1. Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları toplam ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,992$; Tablo 4.9; Grafik 4.5).

2. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları toplam puan ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,198$; Tablo 4.9; Grafik 4.5).

3. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları toplam puan ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,449$; Tablo 4.9; Grafik 4.5).

4. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,907$; Tablo 4.9; Grafik 4.5).

5. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,268$; Tablo 4.9; Grafik 4.5).

6. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,007$). Eğitim öncesi ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması, diğer ölçüm zamanlarından düşüktür (Tablo 4.9; Grafik 4.5).

7. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,012$). Eğitim öncesi ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması, simülasyon uygulamasından hemen sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.9; Grafik 4.5).

Öğrencilerin Ekip Çalışması Tutumları Ekip Yapısı Alt Boyutu Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

1. Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,845$; Tablo 4.10; Grafik 4.6).

2. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,248$; Tablo 4.10; Grafik 4.6).

3. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,449$; Tablo 4.10; Grafik 4.6).

4. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,270$; Tablo 4.10; Grafik 4.6).

5. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,490$; Tablo 4.10; Grafik 4.6).

6. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,002$). Eğitim öncesi ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması, diğer ölçüm zamanlarından düşüktür (Tablo 4.10; Grafik 4.6).

7. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,001$). Eğitim öncesi ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması, simülasyon uygulamasından hemen sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.10; Grafik 4.6).

Öğrencilerin Ekip Çalışması Tutumları Karşılıklı Destek Alt Boyutu Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

1. Eğitim öncesinde grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,938$; Tablo 4.11; Grafik 4.7).

2. Simülasyon uygulamasından hemen sonra grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,099$; Tablo 4.11; Grafik 4.7).

3. Simülasyon uygulamasından üç ay sonra grupların ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalaması arasında fark yoktur ($p = 0,224$; Tablo 4.11; Grafik 4.7).

4. Ölçüm zamanlarına göre kontrol grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,972$; Tablo 4.11; Grafik 4.7).

5. Ölçüm zamanlarına göre YGS grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p = 0,188$; Tablo 4.11; Grafik 4.7).

6. Ölçüm zamanlarına göre HS grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,012$). Eğitim öncesi ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması, simülasyon uygulamasından üç ay sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.11; Grafik 4.7).

7. Ölçüm zamanlarına göre YGS+HS grubunun ekip çalışması tutumları karşılıklı destek alt boyutu puan ortalamaları arasında fark vardır ($p = 0,013$). Eğitim

öncesi ekip çalışması tutumları ekip yapısı alt boyutu puan ortalaması, simülasyon uygulamasından hemen sonra yapılan ölçümden düşüktür (Tablo 4.11; Grafik 4.7).



6.2.Nitel Sonuçlar

6.2.1. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Palyatif Bakım Hakkında Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar

1. Palyatif bakımın hasta ve ailelerinin yaşam kalitesini arttıran, yalnızca yaşamın değil yaşanan günlerin kaliteli yaşanması sağlayan bir bakım felsefesidir.
2. Yaşamın son döneminde palyatif bakımın önemi artmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri ev ortamına yakın, rahat bir ortamda sunulmalıdır. Bu hizmet hastanın kendi evinde, evde bakım hizmetleri ile birlikte sunulabilir.
3. Hastalara nerede palyatif bakım almak istedikleri sorulmalıdır.
4. Hastanın palyatif bakım hizmeti alması gereken ortam değerlendirilirken hastalar ile empati kurmak ve onların yaşayan dileklerini öğrenmek önemlidir.

6.2.2. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Palyatif Bakım Hizmeti Sunumunda Ekip Yaklaşımı Konusunda Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar

1. Farklı uzmanlık alanlarından oluşan palyatif bakım konusunda eğitim almış bir ekip, palyatif bakımın hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için önemlidir.
2. Ekip yaklaşımının hasta merkezli bakımı sağlamaktadır. Ekip yaklaşımı hastanın kendisine, tedavi sağlayan ekibe güveni arttırmakta ve hasta güvenliğini sağlamaktadır.
3. Palyatif bakım ekibi içerisinde hemşire, hekim, beslenme diyetetik ve sosyal hizmet uzmanı dışında psikologlar, manevi bakım uzmanı, fizyoterapist ve eczacı yer alabilir. Palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan sağlık profesyonelleri birbirlerinin rol ve sorumluluklarını öğrenmelidir.
4. Palyatif bakım ekibi içerisinde sağlıklı bir iletişim sağlanmalıdır. Her ekip üyesinin ayrı ayrı sorumlulukları olması ile birlikte hastaya bakımı daha kaliteli sunabilmek için bakım mutlaka ekip olarak verilmelidir.
5. Ekip içerisinde hasta ve ailesi ile kesintisiz birlikte olabilen hemşirelerdir.

6.2.3. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitimi ile İlgili Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar

1. Mesleklerarası eğitim diğer mesleklerin rol ve sorumluluklarını öğrenebilmek ve birlikte çalışabilmek açısından önemlidir.

2. Mesleklerarası eğitimin etkisi ile her bir sağlık profesyonelinin üzerinde fazladan oluşabilecek iş yükü kaldırılabilir ve hasta ve yakınlarına daha iyi hizmet sunulabilir.

3. Mesleklerarası eğitim lisans eğitiminde yer almaktadır. Mutlaka üniversitelerin lisans programına eklenmelidir.

4. “Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi” programı içerisinde yer alan yasal mevzuat ve hasta ve ailesinin eğitimi konularına daha geniş yer verilmelidir. Ayrıca eğitim programında yer alan yas süreci, hasta ve ailesi ile iletişim gibi bazı konularının anlatım yöntemi içerisine vaka tartışmaları eklenebilir.

5. Özellikle ekip içerisinde yer alan sosyal hizmet bölümü öğrencileri için bazı tıbbi kavramlara yönelik ön bir eğitim yapılmalıdır.

6. Eğitimin daha etkili ve verimli olabilmesi için eğitim ve simülasyon uygulamalarından sonra klinik uygulama yapılabilir.

7. Mesleklerarası eğitimde mutlaka simülasyon uygulamalarına yer verilmelidir.

8. Eğitim içeriğine, özellikle simülasyon uygulamasında önce palyatif bakım tedavisi alan hasta ve/veya ailesinin tecrübelerini paylaşabilecekleri bir bölüm ya da gerçek yaşam deneyimlerinden oluşan bir video gösterimi eklenebilir.

6.2.4. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitiminde Simülasyon Kullanımı ile İlgili Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar

1. Simülasyon uygulamaları ile teorik eğitimde öğrenilen bilgiler pekiştirilmekte, yanlışlar/hatalar düzeltilebilmekte ve mesleki profesyonelliğin farkına varılabilmektedir.

2. Lisans eğitiminde müfredat içerisine simülasyon eğitimi entegre edilmelidir.

6.2.5. Müdahale Gruplarında Yer Alan Öğrencilerin Türkiye’de Palyatif Bakım ile İlgili Görüş, Düşünce ve Önerilerine İlişkin Sonuçlar

1. Palyatif bakım ile birlikte hospis bakımı ülkemizde olmalıdır.
2. Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri istendik düzeyde değildir.
3. Tıp, Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik ve Sosyal Hizmet bölümü öğrencilerinin çoğunluğunu palyatif bakım konusunda bilgisi yoktur.
4. Toplumun palyatif bakım konusunda farkındalıkları yeterli değildir.
5. Gelecekte ekip olarak çalışabilme ve manevi olarak tatmin edici olma ve palyatif bakıma ihtiyacı olabilecek hasta popülasyonunun artma gibi nedeneler ile bu alanda çalışılabilir.
6. Palyatif bakım hizmetlerinde çalışabilmek için palyatif bakım konusunda yeterli olmak gerekmektedir.

7. ÖNERİLER

Araştırmada mesleklerarası simülasyon eğitiminde yüksek geçerlikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamalarının öğrencilerin palyatif bakım yeterlilikleri, disiplinlerarası eğitim algısı ve ekip çalışması tutumları toplam puan ortalamalarını arttırdığı belirlenmiştir. Farklı disiplinlerden oluşan ve simülasyon müdahalelerine katılan öğrenciler ile yapılan nitel görüşmeler sonucunda öğrencilerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve farkındalıklarının arttığı, ekip çalışmasının önemini daha iyi anladıkları, lisans eğitim müfredatlarında mesleklerarası eğitimin ve bu eğitimde simülasyon kullanımının önemini kavradıkları belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bu bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Öğrencilerin jinekolojik onkolojide palyatif bakım yeterliliklerinin, disiplinlerarası eğitim algılarının ve ekip çalışması tutumlarının artırılması amacıyla, mesleklerarası eğitimde yüksek geçerlilikte simülasyon ve hibrit simülasyon uygulamaları birlikte kullanıldığı eğitim programlarının, her iki yöntemin birlikte kullanılmadığı durumlarda ise yalnızca hibrit simülasyon uygulamalarının kullanıldığı eğitim programlarının, gelecekte birlikte çalışabilecek sağlık meslek gruplarının lisans eğitim müfredatlarına entegre edilmesi önerilmektedir.

- Jinekolojik onkolojiye yönelik mesleklerarası palyatif bakım eğitiminde farklı simülasyon yöntemlerinin değerlendirildiği bu çalışmada, grupların daha büyük örneklemelerde, farklı sağlık mesleklerin öğrencilerini de kapsayacak şekilde ve farklı konudaki eğitim ve senaryolar ile, öğrencilerin ilgili konu hakkında yeterlilik, disiplinlerarası eğitim algısı ve ekip çalışması tutumu düzeylerini değerlendiren randomize kontrollü araştırmaların yapılması önerilmektedir.

- Farklı simülasyon yöntemlerinin etkinliğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen eğitim müdahalelerinin, klinik ortamda, gerçek hasta bakımına yansımalarını inceleyen randomize kontrollü araştırmaların yapılması önerilmektedir.

- Gelecekte birlikte çalışabilecek sağlık meslek gruplarının lisans eğitim programlarında yer alan öğretim üye ve elemanlarının simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim ile ilgili ulusal ve uluslararası bilgi, beceri ve deneyim kazanmaları amacıyla teşvik edilmeleri önerilmektedir.

- Araştırmacı örneklemin belirlemesi aşamasında ülkemizde henüz mesleklerarası eğitim kültürünün oluşmadığını, öğrencilerin eğitime direnç gösterdiğini gözlemlemiştir. Gelecekte birlikte çalışacak sağlık profesyonellerinin lisans eğitimlerine mesleklerarası eğitimin, lisans eğitiminin ilk yıllarından itibaren entegre edilmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. International agency for research on cancer. Globocan [Internet]. 2012 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: http://globocan.iarc.fr/Pages/summary_table_site_sel.aspx
2. Eskander RN, Osann K, Dickson E, Holman LL, Rauh-Hain JA, Spoozak L, et al. Assessment of palliative care training in gynecologic oncology: A gynecologic oncology fellow research network study. *Gynecol Oncol*. 2014;134(2):379–84.
3. Rezk Y, Timmins PF, Smith HS. Palliative Care in Gynecologic Oncology. *Am J Hosp Palliat Med*. 2011;28(5):356–74.
4. Mishra K. Gynaecological malignancies from palliative care perspective. *Indian J Palliat Care*. 2011;17(4):45.
5. Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A. The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Cancer Nurs*. 2012;35(3):229–35.
6. Akyüz A, Güvenç G, Ustünsöz A, Kaya T. Living With Gynecologic Cancer: Experience of Women and Their Partners. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(3):241–7.
7. Nazik E, Nazik H, Ozdemir F, Soydan S. Social Support and Quality of Life in Turkish Patients with Gynecologic Cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2014;15(7):3081–6.
8. Agarwal S, Bodurka DC. Symptom research in gynecologic oncology: A review of available measurement tools. *Gynecol Oncol [Internet]*. 2010;119(2):384–9.
9. Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(2):137–46.
10. Lefkowitz C, Sukumvanich P, Claxton R, Courtney-Brooks M, Kelley JL, McNeil MA, et al. Needs assessment of palliative care education in gynecologic oncology fellowship: We're not teaching what we think is most important. *Gynecol Oncol*. 2014;135(2):255–60.
11. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines [Internet]. 2002 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf;jsessionid=FE82E81D214E1BCA3EF19D7545DA3A3E?sequence=1>

12. Keyser EA, Reed BG, Lowery WJ, Sundborg MJ, Winter WE, Ward JA, et al. Hospice enrollment for terminally ill patients with gynecologic malignancies: Impact on outcomes and interventions. *Gynecol Oncol*. 2010;118(3):274–7.
13. National Consensus Project. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care [Internet]. 2013 [[Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2017/04/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf
14. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Bakitas M. Effects of a Palliative Care Intervention. 2009;302(7):741–9.
15. Lopez-Acevedo M, Lowery WJ, Lowery AW, Lee PS, Havrilesky LJ. Palliative and hospice care in gynecologic cancer: A review. *Gynecol Oncol*. 2013;131(1):215–21.
16. Gomes B, Calanzani N, Higginson IJ. Benefits and Costs of Home Palliative Care Compared With Usual Care for Patients With Advanced Illness and Their Family Caregivers. *JAMA*. 2014;311(10):1060–1.
17. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, et al. The care span: Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff*. 2011;30(3):454–63.
18. Lefkowitz C, Teuteberg W, Courtney-Brooks M, Sukumvanich P, Ruskin R, Kelley JL. Improvement in symptom burden within one day after palliative care consultation in a cohort of gynecologic oncology inpatients. *Gynecol Oncol* . 2015;136(3):424–8.
19. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Tosteson T, Li Z, et al. Benefits of early versus delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015;33(13):1446–52.
20. Nevadunsky NS, Gordon S, Spoozak L, Van Arsdale A, Hou Y, Klobocista M, et al. The role and timing of palliative medicine consultation for women with gynecologic malignancies: Association with end of life interventions and direct hospital costs. *Gynecol Oncol* . 2014;132(1):3–7.
21. Society of Gynecologic Oncology. SGO's 5 tests or procedures to avoid [Internet]. 2013 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <https://www.sgo.org/choosing-wisely/>
22. Landrum LM, Blank S, Chen LM, Duska L, Bae-Jump V, Lee PS, et al. Comprehensive care in gynecologic oncology: The importance of palliative

- care. *Gynecol Oncol* . 2015;137(2):193–202.
23. Spruyt O. Team Networking in Palliative Care. *Indian J Palliat Care*. 2011;17(Suppl 1): 17–19.
 24. Howe JL, Sherman DW. Effects of a Geriatrics Interdisciplinary Experience on Learners ' Knowledge and Attitudes. *Gerontol Geriatr Educ*. 2006;26(3):37–41.
 25. Lesnock JL, Arnold RM, Meyn LA, Buss MK, Quimper M, Krivak TC, et al. Palliative care education in gynecologic oncology: A survey of the fellows. *Gynecol Oncol* . 2013;130(3):431–5. 26.
 26. Silbermann M, Fink RM, Min S-J, Mancuso MP, Brant J, Hajjar R, et al. Evaluating Palliative Care Needs in Middle Eastern Countries. *J Palliat Med*. 2015;18(1):18–25.
 27. Turgay G, Kav S. Turkish healthcare professionals' views on palliative care. *J Palliat Care*. 2012;28:267–73.
 28. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2014 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: file:///C:/Users/fatma/Downloads/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
 29. Hacikamiloglu E, Utku ES, Cukurova Z, Keskinilic B, Topcu I, Gultekin M, et al. Community palliative care in Turkey: A collaborative promoter to a new concept in the Middle East. *J Public Heal Manag Pract*. 2016;22(1):81–8.
 30. Sağlık Bakanlığı. 2014 Yılı Birim Faaliyet Raporu [Internet]. 2014 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/birim.pdf>
 31. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigör S, et al. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Agri*. 2014;26(2):47–56.
 32. Egan KA, Abbott P. Interdisciplinary Team Training. 2002;4(3):161–71.
 33. The Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework [Internet]. 2010 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
 34. Australia Edith Cowan University. Interprofessional learning through simulation [Internet]. 2014 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: https://www.ecu.edu.au/__data/assets/pdf_file/0008/333575/User-Manual-Leadership-and-teamwork-in-Medical-Emergency-Teams-FINAL-06062012.pdf

35. Wasner M, Longaker C, Fegg MJ, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliat Med.* 2005;19(2):99–104.
36. Kenaszchuk C, MacMillan K, van Soeren M, Reeves S. Interprofessional simulated learning: Short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BMC Med.* 2011;9:1–11.
37. Twigg RD, Lynn MC. Teaching End-of-Life Care Via a Hybrid Simulation Approach Simulation Approach. *J Hosp Palliat Nurs.* 2012;14(5):374–9.
38. Jansen DA, Johnson N, Larson G, Berry C, Brenner GH. Nursing Faculty Perceptions of Obstacles to Utilizing Manikin-based Simulations and Proposed Solutions. *Clin Simul Nurs.* 2009;5(1):e9–16.
39. Sperlazza E, Cangelosi PR. The Power of Pretend. *Nurse Educ.* 2009;34(6):276–80.
40. Gilliland I, Frei BL, McNeill J, Stovall J. Use of high-fidelity simulation to teach end-of-life care to pharmacy students in an interdisciplinary course. *Am J Pharm Educ.* 2012;76(4):3–9.
41. Wagner J, Liston B, Miller J. Developing interprofessional communication skills. *Teach Learn Nurs.* 2011;6(3):97–101.
42. Lapkin S, Levett-Jones T, Bellchambers H, Fernandez R. Effectiveness of Patient Simulation Manikins in Teaching Clinical Reasoning Skills to Undergraduate Nursing Students: A Systematic Review. *Clin Simul Nurs.* 2010;6(6):e207–22.
43. Terzioğlu F, Yücel Ç, Koç G, Şimşek Ş, Yaşar BN, Şahan FU, et al. A new strategy in nursing education: From hybrid simulation to clinical practice. *Nurse Educ Today.* 2016;39:104–8.
44. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today.* 2011;31(7):664–70.
45. Dreifuers KT. The essentials of debriefing in simulation learning: a concept analysis. *Nurs Educ Perspect.* 2009;30(2):109–14.
46. Kopp W, Hanson MA. High-Fidelity and Gaming Simulations Enhance Nursing Education in End-of-Life Care. *Clin Simul Nurs.* 2012;8(3):e97–102.
47. Hsu LL, Huang YH, Hsieh SI. The effects of scenario-based communication training on nurses' communication competence and self-efficacy and myocardial infarction knowledge. *Patient Educ Couns.* 2014;95(3):356–64.
48. Parikh PP, Brown R, White M, Markert RJ, Eustace R, Tchorz K. Simulation-

- based end-of-life care training during surgical clerkship: Assessment of skills and perceptions. *J Surg Res.* 2015;196(2):258–63.
49. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de Palyatif BakHizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkol Derg.* 2010;1–5.
 50. Özgul N, Koc O, Gultekin M, Goksel F, Kerman S, Tanyeri P, et al. Opioids for cancer pain: Availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk project. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2011;33(SUPPL. 1):29–32.
 51. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023 [Internet]. 2010 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: https://www.kanser.org/saglik/userfiles/file/11Mayis2011/turkiye_onkoloji_hizmetleri_kitapcik.pdf
 52. Kebudi R, B, Çakır F, Gultekin M. Palliative Care to The Cancer Patient in Turkey. Silbermann M, Editor. *Palliative Care to the Cancer Patient.* New York: Nova; 2014.
 53. Can, Gulbeyaz. The Implementation and Advancement of Palliative Care Nursing in Turkey. *J Palliat Care Med.* 2015;s5:1–8.
 54. Beyhan B. Palliative care practices in Germany’s health system. *Turkish J Oncol.* 2012;27(3):142–9.
 55. Uslu-Şahan F, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakın Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhur Hemşirelik Derg.* 2015; 4(2): 81–90.
 56. World Health Organization. Definition Of Palliative Care. [Internet]. 2012 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/palliative/definiti%0Aon/en/>
 57. Terzioğlu F, Uslu F. Palliative Care to the Cancer Patient : Turkish Nurses ’ Perspectives. *J Palliat Care Med.* 2015;s5-004:1–5.
 58. Canadian Hospice Palliative Care Association. A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice. 2013 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.chpca.net/media/319547/norms-of-practice-eng-web.pdf>
 59. The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework. A Reference Guide for Health Professionals and Volunteers [Internet]. 2017 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: [http://www.spiritualcare.ca/uploads/PPC/2017/NS Palliative Care Competencies Framework v6.pdf](http://www.spiritualcare.ca/uploads/PPC/2017/NS_Palliative_Care_Competencies_Framework_v6.pdf)
 60. Demir M. Palliative Care Ethics. *Turkish J Med Surg Intensive Care.*

- 2016;7(2):62–6.
61. McCusker M, Ceronsky L, Crone C, Epstein H, Greene B, Halvorson J, Kephart K, Mallen E, Nosan B, Rohr M, Rosenberg E, Ruff R, Schlecht K, Setterlund L. Health care guideline: Palliative care for adults. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; 2013.
 62. Cagle JG, Van Dussen DJ, Culler KL, Carrion I, Hong S, Guralnik J, et al. Knowledge About Hospice: Exploring Misconceptions, Attitudes, and Preferences for Care. *Am J Hosp Palliat Med*. 2016;33(1):27–33.
 63. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med*. 2015;373(8):747–55.
 64. Terzioğlu, F , Uslu Sahan F. Palliative Care in Gynecologic Cancers. *J Palliat Care Med*. 2016;6(5):25–7.
 65. American Society of Clinical Oncology. Cancer care during the last phase of life. *J Clin Oncol*. 1988;16:1986–96.
 66. American Society of Clinical Oncology. Palliative Care in Oncology [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: Available from: <https://www.asco.org/practice-guidelines/cancer-care-initiatives/palliative-care-oncology>
 67. World Health Assembly. WHA58.22 Cancer Prevention and Control [Internet]. 2005 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58_22-en.pdf
 68. Durmaz Akyol A. Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) Olan Hastada Palyatif Bakım. *Cumhur Hemşirelik Derg*. 2013; 2(1):31-4.
 69. Cicely Saunders International. Biography of Cicely Saunders [Internet]. 2018 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/dame-cicely>
 70. Özkan S. S Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOAH) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Selçuk Tıp Derg*. 2011;28(1):69–74.
 71. Canadian Hospice Palliative Care [Internet]. 2017 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.chpca.net/>
 72. Australian Government. Palliative care services in Australia [Internet]. 2018 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <https://www.aihw.gov.au/reports/palliative-care-services/palliative-care-services-in-australia/contents/summary>
 73. Flinders University [Internet]. 2018 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim

- adres: <http://www.flinders.edu.au/courses/postgrad/ppc/>
74. Center to Advance Palliative Care. America's Care of Serious Illness. [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <https://reportcard.capc.org/wp-content/uploads/2015/08/CAPC-Report-Card-2015.pdf>
 75. National Council for Palliative Care [Internet]. 2017 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.ncpc.org.uk/>
 76. Morita T, Kizawa Y. Palliative care in Japan: A review focusing on care delivery system. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013;7(2):207–15.
 77. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013 - 2018. 2015 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf
 78. Uslu Sahan F, Terzioğlu F. Nurses' Knowledge and Practice toward Gynecologic Oncology Palliative Care. *J Palliat Care Med*. 2017;07(04).
 79. Sağlık Bakanlığı. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge [Internet]. 2011[Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleriyonergesipdf.pdf?0>
 80. Kıvanç Mademoğlu M. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg*. 2017;4(2):141–141.
 81. Sağlık Bakanlığı. Bakanlık Tarafından Tescil Edilen Palyatif Bakım niteleri [Internet]. 2017 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: http://khgm.saglik.gov.tr/DB/6/8625_yeni-palyatif-bakim-
 82. Sağlık Bakanlığı. Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Programı [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4074,palyatif-bak-hems-sep-standartlaripdf.pdf?0>
 83. Pathy S, Raheja S, Rakhi S. Palliative care in advanced gynecological cancers: Institute of palliative medicine experience. *Indian J Palliat Care*. 2008;14(2):86.
 84. Zakhour M, Labrant L, Rimel BJ, Walsh CS, Li AJ, Karlan BY, et al. Too much, too late: Aggressive measures and the timing of end of life care discussions in women with gynecologic malignancies. *Gynecol Oncol*. 2015;138(2):383–7.
 85. Rezk Y, Timmins PF, Smith HS. Palliative Care in Gynecologic Oncology. *Am J Hosp Palliat Med*. 2011;28(5):356–74.
 86. Homsı J, Walsh D, Nelson KA, LeGrand SB, Davis M, Khawam E, et al. The

- impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer*. 2002;10(4):337–42.
87. Kim YJ, Munsell MF, Park JC, Meyer LA, Sun CC, Brown AJ, et al. Retrospective review of symptoms and palliative care interventions in women with advanced cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2015;139(3):553–8.
 88. Tahmasebi M, Yarandi F, Eftekhari Z, Montazeri A, Namazi H. Quality of life in gynecologic cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007;8(4):591–2.
 89. Fauci J, Schneider K, Walters C, Boone J, Whitworth J, Killian E, et al. The utilization of palliative care in gynecologic oncology patients near the end of life. *Gynecol Oncol*. 2012;127(1):175–9.
 90. Levy MH, Back A, Bazargan S, Benedetti C, Billings JA, Block S, et al. Palliative care. Clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2006;4(8):776–818.
 91. Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: Across the trajectory of the illness. *Cancer*. 2008;112(11):2556–68.
 92. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of Advanced Cancer Patients. *Cancer Nurs*. 2007;30(5):412–8.
 93. Rivera HR, McMillan SC. Predictors of depression symptoms in hospice caregivers. *J Hosp Palliat Nurs*. 2010;12(6):345–57.
 94. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*. 2012;30(8):880–7.
 95. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–42.
 96. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J et al., Brook C. *Journal of Palliative Medicine*. Current. 2008;10(1):2006–9.
 97. Albanese TH, Radwany SM, Mason H, Gayomali C, Dieter K, May P, et al. Assessing the Financial Impact of an Inpatient Acute Palliative Care Unit in a Tertiary Care Teaching Hospital. *Journal of palliative medicine* 2013;16(3):289-294.
 98. Sağlık Bakanlığı. Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-39351/hastanelerde-manevi-destek->

sunmaya-yonelik-isbirligi-pr-.html

99. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. 2015 Yılı Kurumsal Mali Durum ve Beklentiler Raporu [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/93543ace64bc4d6ea2f80d34327354d2.pdf>
100. Can G. Onkoloji hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım, 2010 İstanbul Konsensusu. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010.
101. Ryan, K. Role Delineation Framework for Adult Palliative Care Services [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: Available from: <http://hdl.handle.net/10147/622898>
102. Uslu Şahan F, Terzioğlu F. Evidence-based approaches in palliative care nursing. *Anestezi Derg.* 2017;25(3):30–6.
103. Saruç S. Palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri ve sosyal hizmet mesleği standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2013;24(2); 193-207.
104. National Association of Social Work. Palliative & end of life care [Internet]. 2004 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=xBMd58VwEhk%3D&portalid=0>
105. World Health Organization. Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
106. Birk TJ. Principles for Developing an Interprofessional Education Curriculum in a Healthcare Program. *J Healthc Commun.* 2017;02(01):1–4.
107. Mansuri FA. Appraisal of Inter-Professional Education (IPE) in the World and its Importance in Delivery of Health Care. *Ann Abbasi Shaheed Hosp Karachi Med Dent Coll.* 2017;22(1):44–53.
108. Herath C, Zhou Y, Gan Y, Nakandawire N, Gong Y, Lu Z. A comparative study of interprofessional education in global health care. *Medicine.* 2017;96(38):e7336.
109. Cahill M, O'Donnell M, Warren A, Taylor A, Gowan O. Enhancing interprofessional student practice through a case-based model. *J Interprof Care.* 2013;27(4):333–5.
110. Starks H, Coats H, Paganelli T, Mauksch L, van Schaik E, Lindhorst T, et al.

- Pilot Study of an Interprofessional Palliative Care Curriculum: Course Content and Participant-Reported Learning Gains. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35(3):390–7.
111. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. CAIPE: Interprofessional Education Guidelinesn 2017 [Internet]. 2017 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: [file:///C:/Users/fatma/Downloads/CAIPE-2017-Interprofessional-Education-Guidelines-2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fatma/Downloads/CAIPE-2017-Interprofessional-Education-Guidelines-2%20(1).pdf)
 112. Domaç S, Bektaş-Fidan M, Sobacı F, Yıldırım A, Soydaş P, Özkent T. Meslekler Arası Eğitimin Yükseköğretim Müfredatına Dâhil Edilmesinin Önemi. *Yükseköğretim Dergisi* 2014;4(1):9–13.
 113. Boztepe H, Terzioğlu F. Sağlık Eğitiminde Meslekler Arası Eğitim. *J Anatolia Nurs Heal Sci*. 2015;18(3).
 114. Fox L, Onders R, Hermansen-Kobulnicky CJ, Nguyen TN, Myran L, Linn B, et al. Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. *J Interprof Care*. 2018;32(2):127–35.
 115. Wilhaus J, Palaganas J, Manos J, Anderson J, Cooper A, Jeffries P, et al. Interprofessional Education and Healthcare Simulation Symposium [Internet]. 2013 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.ssih.org/LinkClick.aspx?fileticket=FQKvyEp0k3k=&portalid=48>
 116. Faqih B. Healthcare Professional Students' Perceptions toward Interprofessional Education [Master Thesis]. Atlanta: Georgia State University; 2017.
 117. Baldwin DC. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *J Interprof Care*. 2007;21(SUPPL. 1):23–37.
 118. Cronenwett L, Sherwood G, Gelmon SB. Improving quality and safety education: The QSEN Learning Collaborative. *Nurs Outlook*. 2009;57(6):304–12.
 119. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P, et al. Quality and safety education for nurses. *Nurs Outlook*. 2007;55(3):122–31.
 120. World Health Organization [Internet]. The World Health Report 2006. 2006 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/whr/2006/en/>
 121. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [Internet]. 2010 [Erişim tarihi 22 Haziran

- 2018]. Erişim adresi: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
122. American Nurses Association. Nursing : scope and standards of practice. 2010 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/>
 123. Interprofessional Educational Collaborative. Core Competencies for interprofessional collaborative practice : 2016 [Internet]. 2016 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030650>
 124. Oandasani I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. J Interprof Care. 2005;19(SUPPL. 1):21–38.
 125. World Health Organisation. Formulating strategies for health for all by the year 2000: guiding principles and essential issues [Internet]. 2000 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40669>
 126. World Health Organisation. Learning together to work together for health. Geneva: WHO. 1988 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37411>
 127. Christenson S. Interprofessional Education on Oral Care for Cancer Patients in Dental Hygiene and Nursing [Master thesis]. Washington: Eastern Washington University; 2014.
 128. Eccott L, Greig A, Hall W, Lee M, Newton C, Wood V. Evaluating students' perceptions of an interprofessional problem-based pilot learning project. Journal of Allied Health. 2012;41(4):185–9.
 129. Lennen N, Miller B. Introducing Interprofessional Education in Nursing Curricula. Teach Learn Nurs. 2017;12(1):59–61.
 130. Yuan H Bin, Williams BA, Fang JB, Ye QH. A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills through high-fidelity simulation. Nurse Educ Today. 2012;32(3):294–8.
 131. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Heal Care. 2004;13(SUPPL. 1):2–10.
 132. Alinier G. A typology of educationally focused medical simulation tools. Med Teach. 2007;29(8): 243-50
 133. Terzioğlu F, Kapucu S, Özdemir L, Boztepe H, Duygulu S, Tuna Z, et al. Simülasyon Yöntemine İlişkin Hemşirelik Öğrencilerinin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Derg. 2012;19(1):16–23.
 134. Barış S, Elçin M. Tıp Eğitiminde Simülasyon. Odabaşı HF, Akkoyunlu B, İsmail A, Editörler. Eğitim Teknolojileri Okumaları. Sakarya: Sakarya

Üniversitesi; 2017.

135. McAllister M, Levett-Jones T, Downer T, Harrison P, Harvey T, Reid-Searl K, et al. Snapshots of simulation: Creative strategies used by Australian educators to enhance simulation learning experiences for nursing students. *Nurse Educ Pract.* 2013;13(6):567–72.
136. Rosen KR. The history of medical simulation. *J Crit Care.* 2008;23(2):157–66.
137. Jones F, Passos-neto CE, Freitas O, Braghiroli M. Simulation in Medical Education : Brief history and methodology. *Ppcr.* 2015;1(2):56–63.
138. Cooper JB, Taqueti VR. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *Qual Saf Heal Care.* 2004;13(1):11–8.
139. Terzioğlu F, Duygulu S, Tuna Z, Boztepe H, Kapucu S, Özdemir L et al. Hemşirelikte Yenilikçi Bir Eğitim Stratejisi: Simülasyon Eğitimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.* 2014;30(1):127–39.
140. Sarikoç G, Tangül-Celale C, Elçin M. Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Yenilikçi Bir Uygulama: Standart Hastalar. *DEUHFED* 2016;9(2):61-66
141. Alinier G. Effectiveness of the use of simulation training in healthcare education [PhD thesis]. Hatfield; University of Hertfordshire: 2013.
142. Durmaz Edeer A, Dicle A. Use of Simulation in Nursing Education and Simulation Types. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg.* 2015;12(2):121–5.
143. Tüzer H, Dinç L, Elçin, M. Hemşirelik lisans eğitiminde çözümleme sürecinin önemi. 2017;3(1):23-27.
144. Costello M, Huddleston J, Atinaja-Faller J, Prelack K, Wood A, Barden J, et al. Simulation as an Effective Strategy for Interprofessional Education. *Clin Simul Nurs.* 2017;13(12):624–7. 8
145. Zhang C, Thompson S, Miller C. A Review of Simulation-Based Interprofessional Education. *Clin Simul Nurs.* 2011;7(4):e117–26.
146. The Interprofessional Education Collaborative. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice [Internet]. 2011 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030650>
147. Randall D, Garbutt D, Barnard M. Using simulation as a learning experience in clinical teams to learn about palliative and end-of-life care: A literature review. *Death Stud.* 2018;42(3):172–83.
148. Cunningham S, Foote L, Sowder M, Cunningham C. Interprofessional education and collaboration: A simulation-based learning experience focused on common and complementary skills in an acute care environment. *J Interprof*

- Care. 2018;32(3):395–8.
149. Polit DF, Tatano Beck C. Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
 150. Çokluk, Ö., Yılmaz, K., & Oğuz E. Nitel bir görüşme yöntemi: Odak grup görüşmesi. 2011;4(1):95–107.
 151. Yıldırım, A., Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 5. Baskı. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2005.
 152. Luecht RM, Madsen MK, Taugher MP, Petterson BJ. Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. J Allied Health 1990; 19(2):181-191.
 153. Terzioğlu F, Boztepe H, Demet A, Ertuğ N. Disiplinlerarası Eğitim Algısı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg. 2018;in press.
 154. Solomon P, Salfi J. Evaluation of an interprofessional education communication skills initiative . Educ Heal . 2011;24:616.
 155. Baker DP, Amodeo AM, Krokos KJ, Slonim A, Herrera H. Assessing teamwork attitudes in healthcare: Development of the TeamSTEPPS teamwork attitudes questionnaire. Qual Saf Heal Care. 2010;19(6):1–4.
 156. Yardımcı F, Başbakkal Z, Beytut D, Muslu G, Ersun A. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Acta Paediatr Int J Paediatr. 2012;13:131–7.
 157. Lankarani-Fard A, Knapp H, Lorenz KA, Golden JF, Taylor A, Feld JE, et al. Feasibility of Discussing End-of-Life Care Goals with Inpatients Using a Structured, Conversational Approach: The Go Wish Card Game. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4):637–43.
 158. Menkin ES. Go Wish: A Tool for End-of-Life Care Conversations. J Palliat Med. 2007;10(2):297–303.
 159. E Tavşancıl. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5. Baskı Ankara: NOBEL Akademik Yayıncılık; 2014.
 160. Saylor J, Vernoooy S, Selekman J, Cowperthwait A. Interprofessional education using a palliative care simulation. Nurse Educ. 2016;41(3):125–9.
 161. Rutherford-Hemming T, Lioce L. State of Interprofessional Education in Nursing: A Systematic Review. Nurse Educ. 2018;43(1):9–13.
 162. Gough S, Hellaby M, Jones N, MacKinnon R. A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE). Collegian.

- 2012;19(3):153–70.
163. Efstathiou N, Walker WM. Interprofessional, simulation-based training in end of life care communication: A pilot study. *J Interprof Care*. 2014;28(1):68–70.
 164. George KL, Quatrara B. Interprofessional Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting. *Dimens Crit Care Nurs*. 2018;37(3):144–55.
 165. Liaw SY, Zhou WT, Lau TC, Siau C, Chan SW chi. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Educ Today*. 2014;34(2):259–64.
 166. Rossler KL, Kimble LP. Capturing readiness to learn and collaboration as explored with an interprofessional simulation scenario: A mixed-methods research study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2016;36:348–53.
 167. King AEA, Conrad M, Ahmed RA. Improving collaboration among medical, nursing and respiratory therapy students through interprofessional simulation. *J Interprof Care*. 2013;27(3):269–71.
 168. Kotsakis A, Mercer K, Mohseni-Bod H, Gaiteiro R, Agbeko R. The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum for ward health care providers. *J Interprof Care*. 2015;29(4):392–4.
 169. Pastor DK, Cunningham RP, White PH, Kolomer S. We Have to Talk: Results of an Interprofessional Clinical Simulation for Delivering Bad Health News in Palliative Care. *Clin Simul Nurs*. 2016;12(8):320–7.
 170. Prelock PA, Ph D, Melvin C, Lemieux N, Melekis K, Ph D, et al. One Team – Patient , Family , and Health Care Providers : An Interprofessional Education Activity Providing Collaborative and Palliative Care. 2017;1(212):350–9.
 171. Bahçecioğlu Turan G., Türben Polat H, Mankan T. İntörn hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri. *Cumhur Hemşirelik Derg*. 2017;6(2): 54–60.
 172. Çitil R, Okan İ, Önder Y, Çeltek NY, Süren M, Bulut YE, et al. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Palyatif Bakım Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. *Bezmialem Science* 2018;6:100–7.
 173. Prem, V., Karvannan, H., Kumar, S. P., Karthikbabu, S., Syed, N., Sisodia V et al. Study of nurses’ knowledge about pall at ve care: A quant tat ve cross-sect onal survey. 2012;18:122–7.
 174. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkol Derg*. 2010;13(1):1–6.

175. Blue A V., Mitcham M, Smith T, Raymond J, Greenberg R. Changing the future of health professions: Embedding interprofessional education within an academic health center. *Acad Med*. 2010;85(8):1290–5.
176. Lefebvre K, Wellmon R, Ferry D. Changes in Attitudes Toward Interprofessional Learning and Collaboration Among Physical Therapy Students Following a Patient Code Simulation Scenario. *Cardiopulm Phys Ther J* (Lippincott Williams Wilkins). 2015;26(1):8–14.
177. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today*. 2013;33(2):90–102.
178. Fineberg IC, Wenger NS, Forrow L. Interdisciplinary Education: Evaluation of a Palliative Care Training Intervention for Pre-professionals. *Acad Med*. 2004;79(8):769–76.
179. Jimenez YA, Thwaites DI, Juneja P, Lewis SJ. Interprofessional education: evaluation of a radiation therapy and medical physics student simulation workshop. *J Med Radiat Sci*. 2018;1–8.
180. Chambers B, Meyer M, Peterson M. Training students to detect delirium: An interprofessional pilot study. *Nurse Educ Today*. 2018;65:123–7.
181. Vaughan B, Macfarlane C. The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): which factor structure? *Educ Med J*. 2014;6(3):e67–71.
182. Shrader S, Griggs C. Multiple interprofessional education activities delivered longitudinally within a required clinical assessment course. *Am J Pharm Educ*. 2014;78(1).
183. Sharder S, Kern D, Zoller J, Blue A. Interprofessional Teamwork Skills and Attitudes as Predictors of Clinical Outcomes in a Simulated Learning Setting. *J Interprof Care*. 2013;27:161.
184. Sicat BL, Huynh C, Willett R, Polich S, Mayer S. Interprofessional education in a primary care teaching clinic: Findings from a study involving pharmacy and medical students. *J Interprof Care*. 2014;28(1):71–3.
185. Caylor S, Aebersold M, Lapham J, Carlson E. The use of virtual simulation and a modified TeamSTEPPSTM training for multiprofessional education. *Clin Simul Nurs*. 2015;11(3):163–71.
186. Buckley S, Hensman M, Thomas S, Dudley R, Nevin G, Coleman J. Developing interprofessional simulation in the undergraduate setting: Experience with five different professional groups. *J Interprof Care*. 2012;26(5):362–9.
187. Reed T, Horsley TL, Muccino K, Quinones D, Siddall VJ, McCarthy J, et al.

- Simulation using TeamSTEPPS to promote interprofessional education and collaborative practice. *Nurse Educ.* 2017;42(3):E1–5.
188. Oxelmark L, Nordahl Amorøe T, Carlzon L, Rystedt H. Students' understanding of teamwork and professional roles after interprofessional simulation—a qualitative analysis. *Adv Simul.* 2017;2(1):8.
 189. Brezis M, Lahat Y, Frankel M, Rubinov A, Bohm D, Cohen MJ, et al. What can we learn from simulation-based training to improve skills for end-of-life care? Insights from a national project in Israel. *Isr J Health Policy Res.* 2017;6(1):1–9.
 190. Sağlık Bakanlığı. Türkiye onkoloji hizmetleri yeniden yapılanma programı 2010-2023. 2010 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.rivosem.com.tr/wp-content/uploads/2015/04/T%C3%BCrkiye-Onkoloji-Hizmetleri-Yeniden-Yap%C4%B1land%C4%B1rma-Program%C4%B1.pdf>
 191. Özçelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Palliative care activity in the field of oncology in Turkey. *J Palliat Care.* 2010;26(4):305–10.
 192. Pinar G. Simulation-Enhanced Interprofessional Education in Health Care. *Creat Educ.* 2015;6(October):1852–9.
 193. Wang JN, Petrini M. Chinese Health Students' Perceptions of Simulation-based Interprofessional Learning. *Clin Simul Nurs.* 2017;13(4):168–75.
 194. Baker C, Pulling C, McGraw R, Dagnone JD, Hopkins-Rosseel D, Medves J. Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. *J Adv Nurs.* 2008;64(4):372–9.
 195. Neville CC, Petro R, Mitchell GK, Brady S. Team decision making: Design, implementation and evaluation of an interprofessional education activity for undergraduate health science students. *J Interprof Care.* 2013;27(6):523–5.
 196. Brown A, Shen M, Giuntoli R, Diaz-Montes T. The effect of religiosity on death anxiety and end-of-life care discussions among gynecologic oncology patients. *Gynecol Oncol.* 2013;130(1):e138.
 197. Joekes K, George's S, Brown J, Boardman K, Tincknell L, Evans D, et al. Hybrid simulation for integrated skills teaching. *Int J Clin Ski.* 2016;10(1):1–5.
 198. Brown CW, Howard M, Morse J. The use of trauma interprofessional simulated education (TIPSE) to enhance role awareness in the emergency department setting. *J Interprof Care.* 2016;30(3):388–90.

9. EKLER

Ek 1. Simülasyon uygulamaları için Merkez'in kullanılabilmesine yönelik Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı'ndan izin



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı

11/11/2016

Sayı: 82739379-770/213
Konu: Araş.Gör. Fatma USLU ŞAHAN

DOĞUM-KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısının Prof.Dr. Füsun TERZİOĞLU olduğu "Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinokolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmanın uygulama yapabilmesi için 2016-2017 bahar dönemi Şubat, Mart ve Nisan aylarında, hafta sonları "Simülasyon Merkezi ve Değerlendirme Merkezi kullanıma uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Prof.Dr. MELİH ELÇİN
Anabilim Dalı Başkanı



6462800018

Ek 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu
Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Medeni durumunuz
 - a. Bekar
 - b. Evli
4. Ekonomik durumunuz
 - a. İyi
 - b. Orta
 - c. Kötü
5. Fakülteniz/Bölümünüz
 - a. Hemşirelik Fakültesi
 - b. Tıp Fakültesi
 - c. Beslenme ve Diyetetik Bölümü
 - d. Sosyal Hizmet Bölümü
6. Fakültenizi/Bölümünüzü isteyerek mi seçtiniz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
7. Fakültenizi/ Bölümünüzü seçmenize neden olan faktörler nelerdir?
 -
8. Mezun olduktan sonra çalışmak istediğiniz özel bir çalışma alanı/alanları var mı?
 - a. Evet (Lütfen aşağıda belirtiniz.)
 - b. Hayır (10. soruya geçiniz.)
9. Mezun olduktan sonra çalışmak istediğiniz özel çalışma alanı/alanları nelerdir?
 -

Palyatif Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumu

10. Palyatif bakım konusunda bilgi/eğitim aldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır (13. soruya geçiniz)
11. Bu bilgiyi/eğitimi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
 - a. Derslerden
 - b. Kitap ve/veya dergilerden
 - c. Gazetelerden
 - d. İnternette
 - e. Kongre ve/veya seminerlerden
 - f. Diğer (Lütfen belirtiniz.)
12. Aldığınız bilginin/eğitimin içeriği nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
 - a. Kötü haber verme
 - b. İletişim becerileri
 - c. Palyatif bakımda etik ve yasal konular
 - d. Ağrı yönetimi
 - e. Semptom kontrolü (Bulantı-kusma, dispne, yorgunluk vb.)
 - f. Yas süreci ile baş etme
 - g. Palyatif bakım hastasına yönelik beslenme
 - h. Palyatif Bakım ve Evde Bakım Hizmetleri
 - i. Palyatif bakım hastasına yönelik psikolojik destek
 - j. Diğer (Lütfen açıklayınız.)

Mesleklerarası Eğitime Katılma Durumu

13. Daha önce mesleklerarası bir eğitime katıldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır (15. soruya geçiniz)

14. Katıldığınız mesleklerarası eğitimin adını, kim tarafından verildiğini ve süresini yazınız.

Eğitimin Adı	Kim Tarafından Verildiği (Kurum veya Kişi)	Süresi

Simülasyon Uygulamasına Katılma Durumu

15. Simülasyon konusunda bir bilgi aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

16. Herhangi bir simülasyon uygulamasına katıldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

17. Katıldığınız simülasyon uygulamasının içeriği ve süresini yazınız.

Simülasyon Uygulamasının İçeriği	Süresi

Ek 3. Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu

1. Palyatif bakımın başlama zamanı aşağıda verilmiştir. **Doğru olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Hastanın yaşamın son altı ayı
 - b. Hasta tanı aldığı andan itibaren
 - c. Hastanın cerrahi tedavisinden sonra
 - d. Hastanın ölümünden sonra
2. Palyatif bakım ile ilgili ifadelerden bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Hasta ve ailesine manevi destek hizmetlerini içerir.
 - b. Hastanın semptomlarının rahatlamasını sağlar.
 - c. Maliyet açısından pahalıdır.
 - d. Hastanın yaşam süresini artırır.
3. Palyatif bakımın ilkeleri aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Ölümü doğal bir süreç olarak kabul eder.
 - b. Aileyi yaklaşımda olan ölüme hazırlar.
 - c. Hastanın yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar.
 - d. Ölümü geciktirmeye çalışır.
4. Palyatif bakım uygulamasında yaşanan engellerden bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusunda bilgi eksikliği
 - b. Toplumun palyatif bakım konusunda farkındalığının olmaması
 - c. Palyatif bakımda sadece semptom kontrolüne odaklanılması
 - d. Sağlık profesyonellerinin iş yükünün fazla olması
5. Ülkemizde palyatif bakım çekirdek ekip içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinden bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Hekim
 - b. Diyetisyen
 - c. Psikolog
 - d. Psikiyatrist
6. Palyatif bakımın jinekolojik kanser hastaları üzerine etkisine yönelik bazı bilgiler aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Semptom kontrolünü sağlar.
 - b. Hastanede yatış sürelerini azaltır.
 - c. Memnuniyeti artırır.
 - d. Tedaviye uyumlarını azaltır.
7. Jinekolojik kanserleri diğer organ kanserlerinden ayıran en önemli özellik aşağıda verilmiştir. **Doğru olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili olması
 - b. Mortalite (ölüm) oranının yüksek olması
 - c. Cerrahi tedavi ile kür (iyileşme) sağlanabilmesi
 - d. Kadınlarda en sık görülen kanser olması
8. Dispne tedavisi için en etkili tedavi aşağıda verilmiştir. **Doğru olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Diüretik
 - b. Anksiyolitik
 - c. Morfin
 - d. Steroid
9. Dünya Palyatif Bakım Atlası'na göre Türkiye'nin yer aldığı grup aşağıda verilmiştir. **Doğru olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Grup 1: Palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen ülkeler
 - b. Grup 2: Palyatif bakım hizmetleri yapılanma aşamasındaki ülkeler
 - c. Grup 3B: Sağlık sistemine bütünleşmiş palyatif bakım hizmeti veren ülkeler
 - d. Grup 4A: Sağlık sistemi ile entegre palyatif bakım servisleri olan ülkeler
10. Palyatif bakım ekibinin jinekolojik kanser hastasının manevi (spiritüel) gereksinimlerini karşılamasına yönelik uygulamalarından bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Hastanın dini yaptırımlarını karşılamasına yardım edilmelidir.
 - b. Hastanın inanışları olduğu gibi kabul edilmemelidir.
 - c. Hastanın manevi objelerinin zarar görmesi önlenmelidir.
 - d. Hastanın manevi inançları ile tıbbi uygulamaları arasında çatışma olur ise, hasta alternatif tedaviler konusunda bilgilendirilmelidir.

11. Ayşe Hanım 32 yaşında, evli ve bir çocuk annesidir. 5 gün önce abdominal kitle tanısı ile hastaneye yatırılmıştır. Yapılan tetkikler sonrasında over kanseri olduğu belirlenmiş ve ekip olarak hastaya tanısı söylenmiştir. Ağlamaya başlayan Ayşe Hanıma ekibin söyleyebileceği ifadelerden biri aşağıda verilmiştir. **Doğru olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Daha kötü olabilirdi.
 - Şimdilik sıkıntınız yok.
 - Üzülme, her şeyin bir çaresi var.
 - Ne olacağını bilmemek sizin için güç olmalı
12. Jinekolojik kanser hastalarının palyatif bakımında sık karşılaşılan semptomlardan bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Bulantı
 - Konstipasyon
 - Ağrı
 - Yutma güçlüğü
13. Opioid analjeziklerin yan etkilerinden bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Konstipasyon
 - Anemi
 - Bulantı-Kusma
 - Sedasyon
14. Ağrı semptomunun kontrolünde palyatif bakım ekibinin sorumlulukları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Hastaya ağrısı olduğu zaman ağrı kesici alması konusunda bilgilendirme
 - Hastanın ağrı ile baş etme yöntemlerini belirlenme
 - Hastaya opioid analjeziklerin yan etkileri konusunda bilgilendirme
 - Hastaya non-farmakolojik ağrı kontrolü yöntemlerini (masaj, sıcak-soğuk uygulama vb.) öğretme
15. Karında 500 cc'den fazla asit birikimi olduğunda ortaya çıkan belirtilerden bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Karın çevresinde genişleme
 - Dispne
 - Hazımsızlık
 - Diyare
16. Yorgunluğun yönetimine yönelik palyatif bakım ekibinin sorumlulukları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Hastanın yüksek karbonhidratlı diyet almasını sağlama
 - Yorgunluğa neden olan etkenleri değerlendirme
 - Hastanın laboratuvar değerlerini izleme
 - Hastanın orta düzey egzersiz yapmasını sağlama
17. Hastanın bulantısının yönetiminde palyatif bakım ekibinin önerilerinden bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Sık öğünler ile beslenin.
 - Bulantınız olduğu zaman sıvıları hızlı tüketin.
 - Yüksek proteinli gıdalar almayı tercih edin.
 - Yemeklerden en az 30 dk. önce antiemetik tedavinizi alın.
18. Hastanın konstipasyonunun yönetiminde palyatif bakım ekibinin önerilerinden bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Tuvalet ihtiyacınız için yeterli zaman ayırın.
 - Barsak boşaltımı için alafanga tuvalet kullanın.
 - Günlük 8-12 bardak sıvı alın.
 - Dışkılama sıklığınızı takip edin.
19. Deliryumda olan bir hastanın bakımında dikkat edilmesi gereken konulardan bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Yanında tanıdığı biri bulundurulmalıdır.
 - İletişimde açık uçlu sorular tercih edilmelidir.
 - Düşmeye karşı önlemler alınmalıdır.
 - Hastanın odasında saat/takvim bulundurulmalıdır.

20. Anksiyeteye neden olan durumlardan bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Ağrı
 - Dispne
 - Uykusuzluk
 - Kas gerginliği
21. Jinekolojik kanser hastalarında radyoterapi sonrasında görülen cinsel yaşam ile ilgili sorunlardan bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Disparoni (cinsel ilişki sırasında ağrı yaşanması)
 - Vajinal stenoz
 - Libidoda artma
 - Vajen kayganlığında azalma
22. Terminal dönem hasta haklarından bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Yalnız ölme hakkı
 - Gizlilik hakkı
 - Ölene kadar tedavi alma hakkı
 - Aldatılmama ve yalan söylenmeme hakkı
23. Jinekolojik kanser tedavisinin kadının cinsel sağlığı üzerine etkisi değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken hususlardan bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Açık uçlu sorular sorulmalıdır.
 - Cinsel sorunun üzerine odaklanılmalıdır.
 - Hastaya uygulanan tedavinin cinsel yaşam üzerine etkileri tartışılmalıdır.
 - Hasta, partneri ile ayrı değerlendirilmelidir.
24. Yaklaşan ölümün fizyolojik belirtilerinden bazıları aşağıda verilmiştir. **Doğru olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Yoğun sekresyon birikimi
 - Sıvı alımında azalma
 - Üriner inkontinans
 - Ciltte sıcaklık
25. Komplikasyonlu yasın belirtileri aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Ölen kişiyi hatırlatan her şeyden uzak durma
 - Uykuya dalmada güçlük yaşama
 - Öfke
 - Ölen kişinin yaşadığını düşünme
26. Fatma Hanım 39 yaşında ve terminal dönem endometriyum kanseri hastasıdır. Kemoterapinin dördüncü kürünü aldığı süreçte şiddetli bulantısı ve kusması olduğu için tedaviye ara verilmiş ve palyatif bakım ünitesine yatırılmıştır. Karşılaştığı herkese, artık hiçbir tedavi almak istemediğini söylemektedir. Bu durum karşısında palyatif bakım ekibinin yaklaşımı aşağıda verilmiştir. **Doğru olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Hasta ve ailesi ile birlikte tüm ekip üyeleri toplantı yapılmalı ve toplantı sonrası karar verilmelidir.
 - Hastanın kararına saygı duyulmalı ve tedavi sonlandırılmalıdır.
 - Hastanın bulantısı kontrol altına alındıktan sonra kemoterapiye devam edilmelidir.
 - Karar hastaya bırakılarak, bulantısı kontrol altına alındıktan sonra taburcu edilmelidir.
27. Palyatif bakım ekibi karar verirken yararlı olma/zarar vermeme ilkesinin ihlalini önlemesi için sorması gereken sorulardan bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Tedavinin hedefleri nelerdir?
 - Hastanın ekonomik durumu yeterli midir?
 - Tedavinin başarı şansı nedir?
 - Hastanın tıbbi sorunu nedir?
28. Palyatif bakım ile ilgili yasal mevzuatta yer alan ifadelerden bazıları aşağıda verilmiştir. **Yanlış olan** seçeneği işaretleyiniz.
- Hasta kendisine uygulanması planlanan tedaviyi reddetme hakkına sahiptir.
 - Ötenazi yasaktır.
 - Canlandırmayınız (DNR) komutu yasal olarak uygulanmaktadır.
 - Evde bakım hizmetleri birimine yönlendirilen hastanın palyatif bakım hizmeti sonlandırılır.

Ek 4. Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği

Disiplinlerarası Eğitim Algısı Ölçeği'ne İlişkin İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Meslektaşlarım iyi eğitilmiştir.						
2. Meslektaşlarım diğer mesleklerdeki bireylerle yakın çalışma yapabilirler.						
3. Meslektaşlarım büyük oranda otonomi gösterirler.						
4. Diğer mesleklerdeki bireyler, mesleğim tarafından yapılan çalışmalara saygı duymaktadır.						
5. Meslektaşlarım, amaçları ve hedefleri konusunda son derece olumludur.						
6. Meslektaşlarımın diğer mesleklerle işbirliği yapması gereklidir.						
7. Meslektaşlarım mesleğe katkı ve yetenekleri konusunda çok olumludur.						
8. Meslektaşlarım diğer mesleklerdeki bireylerin çalışmalarından yararlanmalıdır.						
9. Diğer mesleklerdeki bireyler, mesleğimi takdir etmektedir.						
10. Meslektaşlarım, birbirlerinin mesleki kararlarına güvenirler.						
11. Meslektaşlarım, diğer mesleklerin yeteneklerini ve katkılarını anlamak için her türlü çabayı gösterirler.						
12. Meslektaşlarım son derece yetkindir.						
13. Meslektaşlarım diğer mesleklerde çalışanlar ile bilgi ve kaynak paylaşmaya isteklidir.						
14. Meslektaşlarım diğer mesleklerde çalışan bireylerle iyi ilişkilere sahiptir.						
15. Meslektaşlarım, diğer ilgili meslekleri takdir ederler.						
16. Meslektaşlarım birbirleriyle iyi çalışırlar.						
17. Diğer mesleklerdeki bireyler sık sık meslektaşlarımın önerilerini alır.						

Ek 5. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği'ne İlişkin İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Ekip Yapısı					
1. Hasta ve ailelerinden hasta bakımı ile ilgili geribildirim istemek önemlidir.					
2. Hastalar bakım ekibinin önemli bir parçasıdır.					
3. Bu kurumun yönetimi doğrudan bakım ekiplerinin başarısını etkiler.					
4. Ekibin amacı ekip üyelerinin amaçlarından daha önemlidir.					
5. Başarılı ekip üyeleri, diğer ekip üyelerinin ihtiyaçlarını önceden tahmin edebilir.					
6. Sağlık bakımında başarılı ekipler diğer sektörlerdeki başarılı ekipler ile ortak özellikleri paylaşmaktadır.					
Liderlik					
7. Liderler için ekip üyeleri ile bilgi paylaşımı önemlidir.					
8. Liderler ekip üyeleri arasında bilgi paylaşımı için fırsatlar yaratmalıdırlar.					
9. Başarılı liderler dürüstlikle ifade edilen hataları bir öğrenme fırsatı olarak görürler.					
10. Uygun ekip davranış modeli oluşturulması bir lider sorumluluğudur.					
11. Hasta için planlamada liderlerin ekip üyeleri ile görüşmek için zaman ayırmaları önemlidir.					
12. Ekip liderleri gerektiğinde ekip üyelerinin birbirlerine yardım etmelerini sağlamalıdır.					
Durum İzlemi					
13. Bireylere önemli durumsal ipuçları için nasıl çevre taraması yapılacağı öğretilir.					
14. Hastaların takibi başarılı ekip performansına önemli bir katkı sağlar.					
15. Doğrudan bakım ekibinin bir parçası olmasa bile bireyler hastanın durumundaki değişiklikleri tarama ve rapor için teşvik edilmelidir.					
16. Diğer ekip üyelerinin duygusal ve fiziksel durumlarının kontrol edilmesi önemlidir.					
17. Bir ekip üyesinin çok yorgun veya işi yapamayacak kadar baskı altında olan diğer ekip üyesine yardım önermesi uygundur.					
18. Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdırlar.					

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği'ne İlişkin İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Karşılıklı Destek					
19. Başarılı olabilmek için, ekip üyeleri diğer ekip üyesi arkadaşlarının işlerini anlamalıdır.					
22. Ekip arkadaşına işi ile ilgili yardım önermek ekip performansını arttırmak için etkin bir yöntemdir.					
23. Anlaşıldığından emin oluncaya kadar hasta güvenliği ile ilgili bir konuda ısrarı sürdürmek uygundur.					
İletişim					
24. Etkili iletişimi olmayan ekiplerin hata yapma riskleri önemli ölçüde artar.					
25. Bildirilen hataların en yaygın sebebi yetersiz iletişimdir.					
26. Hastalar ve aileleri ile bilgi alışverişinin sürdürülmesi yoluyla olumsuz olaylar azaltılabilir.					
27. Verdiğim bilgiler hakkında soru soracak ekip üyeleri ile çalışmayı tercih ederim.					
28. Hasta teslim edildiğinde bilgi paylaşımı için standart bir yöntemin olması önemlidir.					

Lütfen aşağıdaki boşluğa eklemek istediğiniz bilgileri yazınız.

Ek 6. Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi
Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulaması Kontrol Listesi beşli likert ölçeğe göre değerlendirilecektir. Öğrencilerin bu formdan alacakları toplam puan 100 üzerinden hesaplanarak mutlak başarı puanı elde edilecektir.

0-Yapılması gereken davranışın hiçbirisini göstermedi

1-Yapılması gereken davranışın yarısından azını gösterdi

2-Yapılması gereken davranışın yarısını gösterdi

3-Yapılması gereken davranışın yarısından fazlasını gösterdi

4-Yapılması gereken davranışın tamamını gösterdi

Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Simülasyon Uygulamasında Gözlenecek Davranışlar		Davranışı Gösterip Göstermeme				
		0	1	2	3	4
Birinci Bölüm: Hemşire nöbet teslimi ve palyatif bakım ekibinin hasta ve kızını değerlendirmesi (10-15 dk) Bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecek, daha sonra palyatif bakım ekibi hastayı ve kızını değerlendirecektir. Değerlendirme sonrası palyatif bakım ekibi palyatif bakıma yönelik girişimleri ve uygulamaları yapacaktır.						
1.	Hasta ile etkili iletişim becerilerini gösterme (kendini tanıtmak, göz teması kurma, anlatılana yönelik sorular sorma, beden dilini uygun kullanma gibi)					
2.	Hastanın kızı ile etkili iletişim becerilerini gösterme(kendini tanıtmak, göz teması kurma, anlatılana yönelik sorular sorma, beden dilini uygun kullanma gibi)					
3.	Hastanın öyküsü konusunda bilgi edinme					
4.	Hastanın ödemeni kontrol etme					
5.	Hastanın parasentez işlem bölgesini kontrol etme					
6.	Hastaya abdomen muayenesi yapma					
7.	Hastaya yapılan abdomen muayenesini değerlendirme					
8.	Hastanın vital bulgularını kontrol etme					
9.	Hastanın vital bulgularını değerlendirme					
10.	Hastanın şeker düzeyini değerlendirme					
11.	Hastanın şeker düzeyinin düzenlenmesine yönelik tedavisini planlama					
12.	Hastanın ağrı semptomunu değerlendirme					
13.	Hastanın ağrı semptomunun kontrolüne yönelik farmakolojik tedavisini planlama					
14.	Hastanın ağrı semptomunun kontrolüne yönelik non-farmakolojik girişimleri planlama					
15.	Hastanın bulantı semptomunu değerlendirme					
16.	Hastanın bulantı semptomunun kontrolüne yönelik farmakolojik tedavisini planlama					
17.	Hastanın bulantı semptomunun kontrolüne yönelik non-farmakolojik girişimleri planlama					
18.	Hastanın konstipasyon semptomunu değerlendirme					
19.	Hastanın konstipasyon semptomunun kontrolüne yönelik farmakolojik tedavisini planlama					
20.	Hastanın konstipasyon semptomunun kontrolüne yönelik non-farmakolojik girişimleri planlama					
21.	Hastanın iştahsızlık semptomunu değerlendirme					
22.	Hastanın iştahsızlık semptomunun kontrolüne yönelik farmakolojik tedavisini planlama					
23.	Hastanın iştahsızlık semptomunun kontrolüne yönelik non-farmakolojik girişimleri planlama					
24.	Hastanın psikolojik durumunu değerlendirme					
25.	Hastanın psikolojik durumuna yönelik girişimleri planlama					
26.	Hastanın sosyal durumunu değerlendirme					
27.	Hastanın sosyal durumuna yönelik girişimleri planlama					
28.	Hastanın manevi durumunu değerlendirme					
29.	Hastanın manevi durumuna yönelik girişimleri planlama					
30.	Hastanın kızının fizyolojik durumunu değerlendirme					
31.	Hastanın kızının fizyolojik durumuna yönelik girişimleri planlama					
32.	Hastanın kızının psikolojik durumunu değerlendirme					
33.	Hastanın kızının psikolojik durumuna yönelik girişimleri planlama					
34.	Hastanın kızının sosyal durumunu değerlendirme					
35.	Hastanın kızının sosyal durumuna yönelik girişimleri planlama					

36.	Hastanın kızının manevi durumunu değerlendirme						
37.	Hastanın kızının manevi durumuna yönelik girişimleri planlama						
38.	Hastaya yönelik yapılacak değerlendirme, girişim ve uygulamaların ekip işbirliği içerisinde gerçekleştirme						
39.	Hastanın kızına yönelik yapılacak değerlendirme, girişim ve uygulamaların ekip işbirliği içerisinde gerçekleştirme						
40.	Ekip olarak hastayı soru sormaya teşvik etme						
41.	Ekip olarak hastanın sorularına cevap verebilme						
42.	Ekip olarak hastanın sorulan sorulara verilen cevapları anladığını kontrol edebilme						
43.	Ekip olarak hastanın kızını soru sormaya teşvik etme						
44.	Ekip olarak hastanın kızının sorularına cevap verebilme						
45.	Ekip olarak hastanın kızının sorulan sorulara verilen cevapları anladığını kontrol edebilme						
İkinci Bölüm: Ekip Toplantısı (5-10 dk)							
Ekip toplantı odasında hastanın genel durumunun değerlendirmesinin yapılması ve taburculuğuna yönelik karar alınması beklenmektedir. Daha sonra üçüncü bölüme geçilecektir.							
46.	Ekip işbirliği içerisinde hastanın durumunu değerlendirme						
47.	Ekip işbirliği içerisinde hastanın kızının durumunun değerlendirme						
48.	Hastanın taburculuk isteğine yönelik kararı tartışma						
49.	Hastanın taburcu olabileceği konusunda karar alma						
Üçüncü Bölüm: Hasta ve kızı ile birlikte taburculuk ile ilgili kararın paylaşılması (10 dk)							
Hasta ve kızı ile taburculuk kararı paylaşılacak, alınan karar hasta ve kızı ile tartışılacaktır.							
50.	Ekip toplantısı sonrası alınan kararı hasta ve kızı ile paylaşma						
51.	Hasta ile etkili iletişim becerilerini gösterme (kendini tanıtma, göz teması kurma, anlatılana yönelik sorular sorma, beden dilini uygun kullanma gibi)						
52.	Hastanın kızı ile etkili iletişim becerilerini gösterme(kendini tanıtma, göz teması kurma, anlatılana yönelik sorular sorma, beden dilini uygun kullanma gibi)						
53.	Hastanın taburculuk planını yapma						
54.	Hastaya ve kızına evde ağrı semptomunun kontrolüne yönelik bilgi verme						
55.	Hastaya ve kızına evde bulantı semptomunun kontrolüne yönelik bilgi verme						
56.	Hastaya ve kızına evde konstipasyon semptomunun kontrolüne yönelik bilgi verme						
57.	Hastaya ve kızına evde iştahsızlık semptomunun kontrolüne yönelik bilgi verme						
58.	Hastaya ve kızına evde bakım hizmetleri konusunda bilgi verme						
59.	Hastaya ve kızına hastaneye başvurusu gereken acil durumlar hakkında bilgi verme						
60.	Hastanın kızına yaklaşan ölüm belirtileri hakkında bilgi verme						
61.	Ekip olarak hastayı soru sormaya teşvik etme						
62.	Ekip olarak hastanın sorularına cevap verebilme						
63.	Ekip olarak hastanın sorulan sorulara verilen cevapları anladığını kontrol edebilme						
64.	Ekip olarak hastanın kızını soru sormaya teşvik etme						
65.	Ekip olarak hastanın kızının sorularına cevap verebilme						
66.	Ekip olarak hastanın kızının sorulan sorulara verilen cevapları anladığını kontrol edebilme						
TOPLAM							

*Ekip taburculuk kararı vermedi ise 53, 54, 55, 56, 57,58,59 ve 60. ifadelere 0 puan verilecektir.

Ek 7. Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi

Merhaba, benim adım Fatma Uslu Şahan ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Araştırma Görevlisiyim. Aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında doktora öğrencisiyim. Doktora bitirme tezimin bir bölümü olarak sizlerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüşlerinizin, düşüncelerinizin ve önerilerinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma yapıyorum.

Bana görüşme sırasında söylediğiniz her şey gizli kalacaktır. Bu bilgileri araştırmacıların dışında kimse bilmeyecektir. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken isminiz kesinlikle raporda yer almayacaktır.

Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

Görüşmeyi izninizle ses kayıt cihazına kaydetmek istiyorum, bunun sizin açınızdan bir sakıncası var mı?

Görüşmemiz yaklaşık olarak bir saat sürecektir, izninizle sorulara başlamak istiyorum.

Tanışma:

Herkesin kendini tanıtmaması ile başlarsak; her katılımcının

İsmi, hangi bölümde okuduğu ve kaçınıcı sınıf olduğu

Palyatif Bakım

1.a. Palyatif Bakımı en kısa nasıl tanımlarsınız?

1.b.Hastalar için palyatif bakımın önemli midir? (Verilecek cevaba göre) Böyle düşünmenize neden olan durum nedir?

1.c.Sizce palyatif bakım hizmetleri nasıl bir ortamda verilmelidir?

Palyatif Bakım Hizmeti Sunumunda Ekip Yaklaşımı

2.a. Palyatif bakım hizmetlerinin sunumu için ekip yaklaşımı konusunda ne düşünüyorsunuz? (Verilecek cevaba göre) Böyle düşünmenize neden olan durum nedir?

2.b. Palyatif bakım hizmeti veren ekip içerisinde (sizlerden başka) hangi sağlık profesyonelleri olmalıdır?

2.c. Palyatif bakım hizmeti veren ekip içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin rol ve sorumlulukları nelerdir?

Palyatif Bakım Hizmeti Sunan/Sunacak Ekibin Eğitimi

3.a. “Jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitimi”nin farklı meslekler ile verilmesi konusunda ne düşünüyorsunuz?

3.b. Eğitim programı içerisinde başka hangi konular olabilir?

3.c. Eğitimin daha etkili ve verimli olabilmesi için önerileriniz var mıdır? (Verilecek cevaba göre)

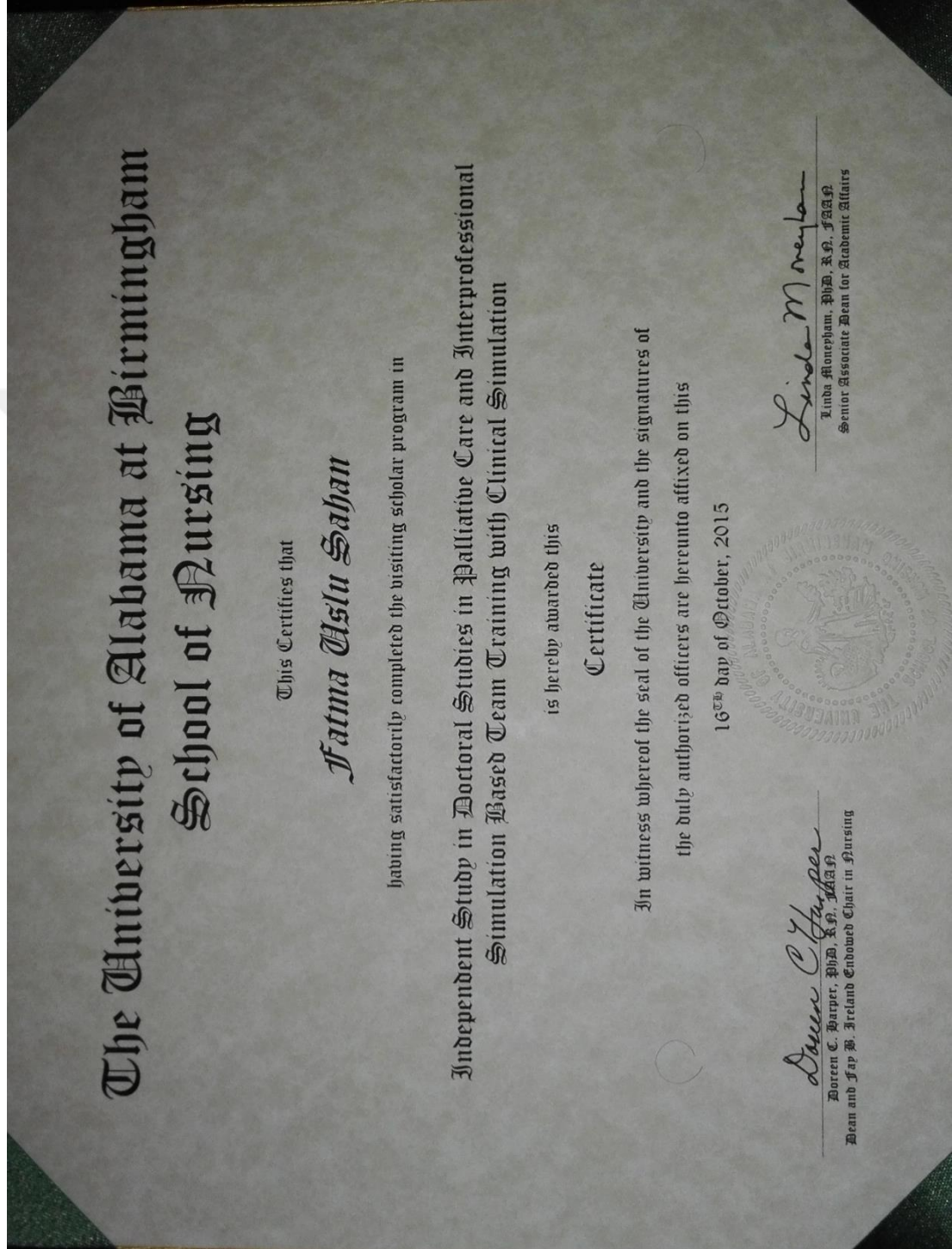
3.d. Teorik eğitim sonrasında simülasyon uygulamasının eğitim üzerine etkisi konusunda ne düşünüyorsunuz?

Ülkemizdeki Palyatif Bakımın Durumu

4.a. Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin gerekliliği konusunda ne düşünüyorsunuz?

4.b. Ülkemizdeki palyatif bakım hizmetlerinin yeterliliği konusunda ne düşünüyorsunuz?

Ek 8. Palyatif Bakım ve Klinik Simülasyon ile Mesleklerarası Simülasyon Tabanlı Ekip Eğitimi Sertifikası



Ek 9. Doktora Tez Araştırması İle İlgili Ulusal ve Uluslararası Belgeler



Certificate of attendance

This is to certify that
Fatma USLU SAHAN
participated at the

8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care

Lleida, Spain 5-7 June, 2014

- The event is accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) to provide the following CME activity for medical specialists. The EACCME is an institution of the European Union of Medical Specialists (UEMS). www.uems.net
- The event is designated for a maximum of 13 hours of European external CME credits. Each medical specialist should claim only those hours of credits that he/she actually spent in the educational activity.
- Through an agreement between the European Union of Medical Specialists and the American Medical Association, physicians may convert EACCME credits to an equivalent number of AMA PRA Category 1 Credits™. Information on the process to convert EACCME credit to AMA credit can be found at www.ama-assn.org/go/internationalcme
- Live educational activities, occurring outside of Canada, recognized by the UEMS-EACCME for ECMEC credits are deemed to be Accredited Group Learning Activities (Section 1) as defined by the Maintenance of Certification Program of The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Mike Bennett
Chair of the scientific committee
Maria Nisbal
Chair of the organisational committee
Steen Knudsen
Chair of the EAPC Research Network

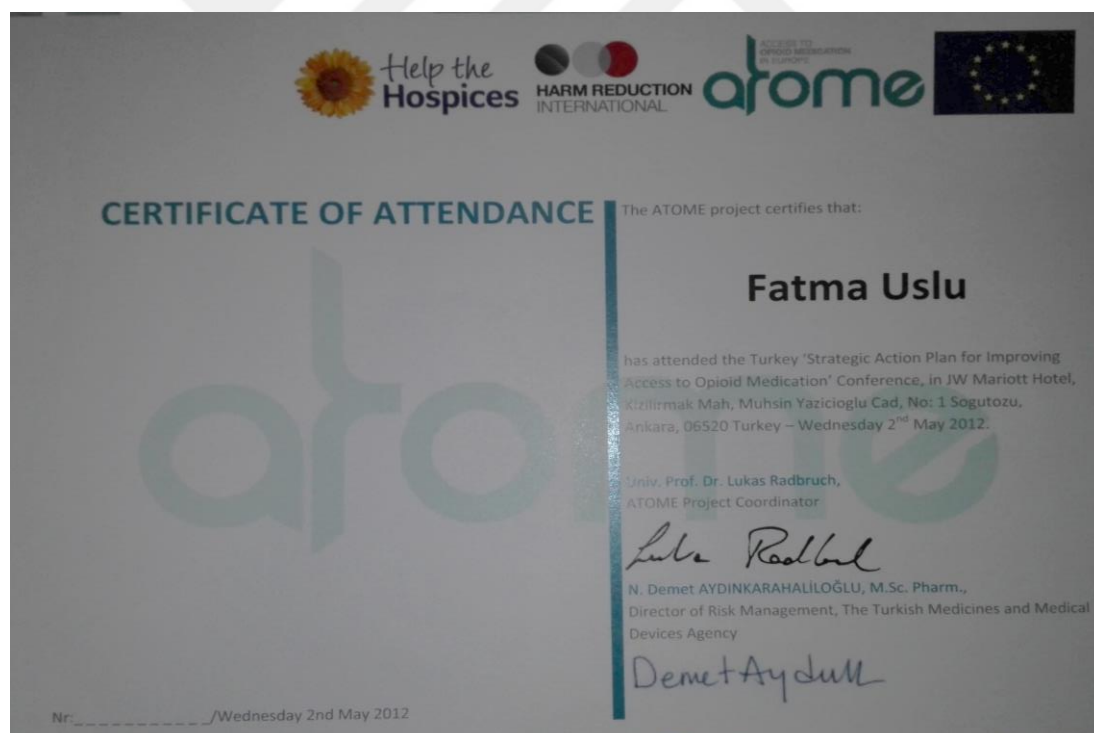
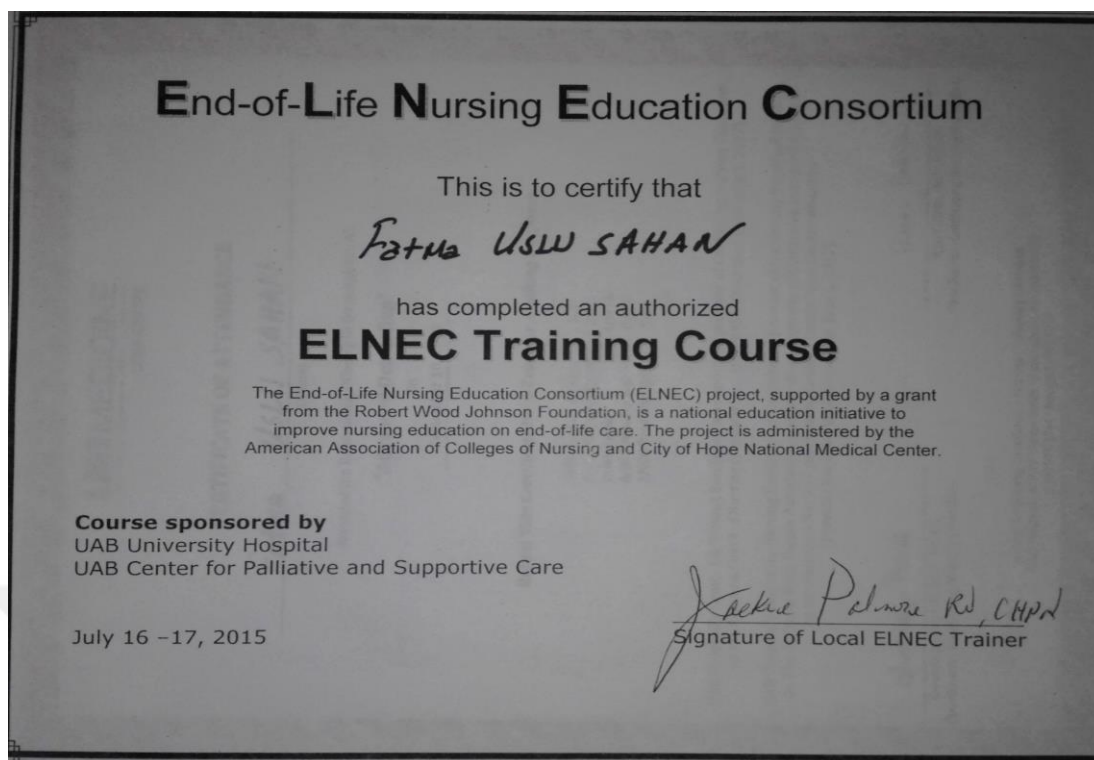
UAB SCHOOL OF NURSING
Knowledge that will change your world

Developing a Palliative Care Program in Turkey

Presented by Visiting Scholar
Fatma Uslu Sahan, RN, MSN
Hacettepe University, Ankara Turkey

August 5, 1:00-2:00
UAB School of Nursing room 1020

Sponsored by the Office of Research & Scholarship



UAB MEDICINE
UAB HOSPITAL

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Fatma USLU SAHAN
(Name)

Attended the Educational Offering in Birmingham, AL

"Sim Connect: Using Think Aloud to Capture Clinical Reasoning During Clinical Simulation"

On August 21, 2015

Retain This Certificate for 6 Years for Auditing Purposes

ABN Contact Hours:	1.2
ANCC Contact Hours:	1.0
Offering No:	28215
ABN Provider No:	0055
ANCC Provider No:	5-69

UAB Hospital's Center for Nursing Excellence is an approved provider of Continuing Nursing Education by the Alabama Board of Nursing (Provider No: ABNP0055, Expiration Date: June 1, 2017).

UAB Hospital's Center for Nursing Excellence is an approved provider of Continuing Nursing Education by The Alabama State Nurses Association, and accredited approver of Continuing Nursing Education by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation (Provider No: 5-69, Expiration Date: June 1, 2017).

Gwendolyn Parnell
Gwendolyn Parnell, DNP, RN-BC
Coordinator, Continuing Nursing Education

Ann Colvin
Ann Colvin, MSN, RN-BC
Coordinator, Continuing Nursing Education

Center for Nursing Excellence - Nursing Continuing Education
UAB Hospital • 619 19th Street South • Birmingham, AL 35249-6901
(205) 975.2744 • Fax (205) 996.7410

UAB MEDICINE
UAB HOSPITAL

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Fatma USLU SAHAN
(Name)

Attended the Educational Offering in Birmingham, AL

"Advanced Debriefing"

On September 10, 2015

Retain This Certificate for 6 Years for Auditing Purposes

ABN Contact Hours:	3.3
ANCC Contact Hours:	2.75
Offering No:	10415
ABN Provider No:	0055
ANCC Provider No:	5-69

UAB Hospital's Center for Nursing Excellence is an approved provider of Continuing Nursing Education by the Alabama Board of Nursing (Provider No: ABNP0055, Expiration Date: June 1, 2017).

UAB Hospital's Center for Nursing Excellence is an approved provider of Continuing Nursing Education by The Alabama State Nurses Association, and accredited approver of Continuing Nursing Education by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation (Provider No: 5-69, Expiration Date: June 1, 2017).

Gwendolyn Parnell
Gwendolyn Parnell, MSN, RN-BC
Coordinator, Continuing Nursing Education

Ann Colvin
Ann Colvin, MSN, RN-BC
Coordinator, Continuing Nursing Education

Center for Nursing Excellence - Nursing Continuing Education
UAB Hospital • 619 19th Street South • Birmingham, AL 35249-6901
(205) 975.2744 • Fax (205) 996.7410

UAB MEDICINE
UAB HOSPITAL

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Fatma USLU SAHAN
(Name)

Attended the Educational Offering in Birmingham, AL

"Sim Educator II"
On
August 4, 2015

Retain This Certificate for 6 Years for Auditing Purposes

ABN Contact Hours:	7.2
ANCC Contact Hours:	6.0
Offering No:	10315
ABN Provider No:	0055
ANCC Provider No:	5-69

UAB Hospital's Center for Nursing Excellence is an approved provider of Continuing Nursing Education by the Alabama Board of Nursing (Provider No: ABNP0055, Expiration Date: June 1, 2017).

UAB Hospital's Center for Nursing Excellence is an approved provider of Continuing Nursing Education by The Alabama State Nurses Association, and accredited approver of Continuing Nursing Education by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation (Provider No: 5-69, Expiration Date: June 1, 2017).

Gwendolyn Pernell
Gwendolyn Pernell, DNP, RN-BC
Coordinator, Continuing Nursing Education

Ann Colvin
Ann Colvin, MSN, RN-BC
Coordinator, Continuing Nursing Education

Center for Nursing Excellence - Nursing Continuing Education
UAB Hospital - 619 19th Street South - Birmingham, AL 35296-6901
(205) 975-2744 • Fax (205) 996-2410

UAB MEDICINE
UAB HOSPITAL

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Fatma USLU SAHAN
(Name)

Attended the Educational Offering in Birmingham, AL

"Sim Educator I"
On
June 18, 2015

Retain This Certificate for 6 Years for Auditing Purposes

ABN Contact Hours:	4.8
ANCC Contact Hours:	4.0
Offering No:	18015
ABN Provider No:	0055
ANCC Provider No:	5-69

UAB Hospital's Center for Nursing Excellence is an approved provider of Continuing Nursing Education by the Alabama Board of Nursing (Provider No: ABNP0055, Expiration Date: June 1, 2017).

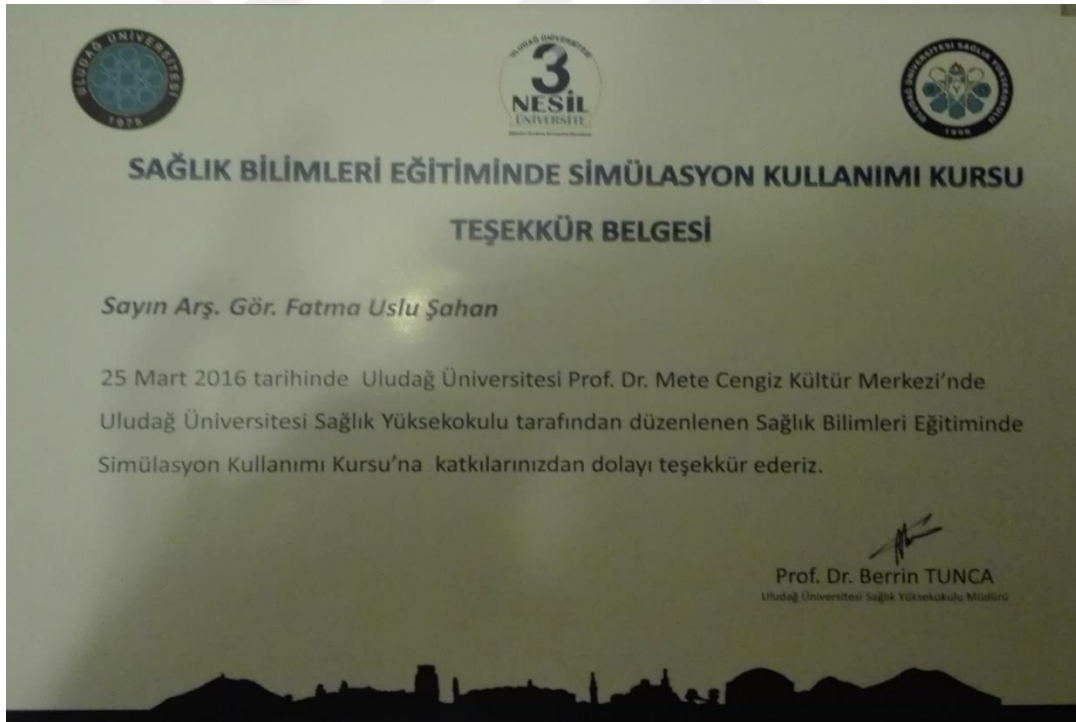
UAB Hospital's Center for Nursing Excellence is an approved provider of Continuing Nursing Education by The Alabama State Nurses Association, and accredited approver of Continuing Nursing Education by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation (Provider No: 5-69, Expiration Date: June 1, 2017).

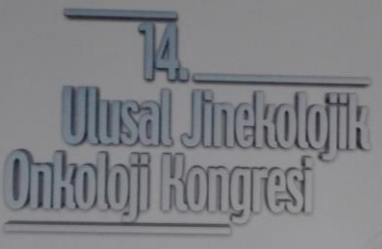
Gwendolyn Pernell
Gwendolyn Pernell, MSN, RN-BC
Coordinator, Continuing Nursing Education

Ann Colvin
Ann Colvin, MSN, RN-BC
Coordinator, Continuing Nursing Education

Center for Nursing Excellence - Nursing Continuing Education
UAB Hospital - 619 19th Street South - Birmingham, AL 35296-6901
(205) 975-2744 • Fax (205) 996-2410







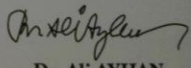
14. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi



19-23 Kasım 2014 / Antalya
Titanic Deluxe Hotel Belek

FATMA USLU ŞAHAN

19 - 23 Kasım 2014 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen
"14. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi" ne
 bilimsel katkılarımızdan dolayı teşekkür ederiz.



Dr. Ali AYHAN
Kongre Başkanı

3. GÜN (22 Kasım 2014/Cumartesi)

**JİNEKOLOJİ ONKOLOJİ HASTALARINA YÖNELİK PALYATİF BAKIM
HEMSİRELİĞİ KURSU**

AMİAÇ

Jinekoloji Onkoloji Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakım Konusunda Bilgi Düzeylerini Arttırmak.

HEDEFLER

Kursa Katılan Hemşireler,

- Palyatif Bakımın Tanımlayabilmeli,
- Ülkemizde Üve Dünyada Palyatif Bakım Konusunda Gelişmelerin Farkına Varması,
- Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakım Gereksiniminin Önemini Tartışabilmeli,
- Palyatif Bakım Gereksinimini Olan Hastada Ağrı ve Diğer Semptomları Yönelik Hemşirelik Girişimlerini İfade Edebilmeli,
- Palyatif Bakımda Hasta ve Ailesine Yönelik İletişim Tekniklerini Sıralayabilmeli,
- Yaşamın Son Dönemlerinde Nasıl Bir Ortamda Bulunmak İstedığının Farkına Varabilmeli.

KURS PROGRAMI

SAAT/KONUŞMACI	KONU
09.00-09.15 Fusun TERZİOĞLU	Açılış ve Programın Tanıtımı
09.15-10.15 Fusun TERZİOĞLU	Palyatif Bakımın Amacı, Felsefesi, İlkeleri Dünyada ve Ülkemizde Palyatif Bakımın Durumu ve Organizasyonu
10.15-10.30	Çay/Kahve Arası
10.30-11.00 Seydi ŞİMŞEK	Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakım Gereksinimi
11.00-12.00 Zehra ÖZCAN	Jinekolojik Kanselerde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı
12.00-13.30	YEMEĞE ARASI
13.30-14.15 Fatma USLU ŞAHAN	Palyatif Bakımda Kanıta Dayalı Uygulamalar
14.15-15.00 Gülşen TERAKYE	Palyatif Bakım Sürecinde Hasta ve Ailesi ile İletişim
15.00-15.15	Çay/Kahve Arası
15.15-16.15	Yaşamın Son Saatlerinde Nasıl Bir Odada Geçirmek İstersiniz/Dilek Kartları Kullanarak, Grup Tartışmaları
16.15-16.30	Dilekler ve Kapanış

Ek 10. International Palliative Care Network Conference_Honorable Mention

Ek 11. Yüksek Geçerlilikte Simülasyon Uygulaması Senaryosu

BÖLÜM 1: DEMOGRAFI

Senaryo Başlığı: Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Ekibi

Simüle Hastanın Adı: Ayşe Ayaz

Simüle Hastanın Yaşı: 66

Senaryoyu Oluşturan Kişi:

Prof. Dr. Füsün Terzioğlu

Arş. Gör. Fatma Uslu Şahan

İletişim Adresi: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Sıhhiye/Ankara

Süre	
Hazırlık	10 Dk
Simülasyon	30 Dk
Çözümleme	30 Dk
Toplam	

BÖLÜM 2: EĞİTİM BİLGİLERİ

Hedef Öğrenci Grubu

Hemşire, Hekim, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı

Senaryo Hedefleri

Oturumun sonunda öğrenciler;

- 1) Hasta ve ailenin fizikseli psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü değerlendirme yapacak
- 2) Hasta ve ailenin fizikseli psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü girişimler yapacak
- 3) Etkin ekip çalışması sergileyecek
- 4) Hasta ve ailesi ile terapatik iletişim becerilerini kullanabilecek
- 5) Hasta ve ailesi hakkında doğru karar verebilecek

Simülasyon Sonrası Katılımcıların/Öğrencilerin Görevleri

Simülasyon Uygulaması sonrasında öğrenciler aşağıdaki veri toplama formlarını dolduracaklardır.

- ☐ Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu
- ☐ Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği
- ☐ Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

BÖLÜM 3: KURULUM

Simülatör/ Senaryo / Dosyalar	Diğer Hususlar
Kullanılacak simülatör: Yüksek Geçerlilikte Simülasyon Mankeni	Video Kaydı: Evet
Destekleyici Dosya ve Belgeler: Hasta dosyası (içerisinde yapılan tüm tetkik ve tedavilere ilişkin belgeler)	Video Yayını: Evet
	Çözümleme Kaydı: Evet
	Diğer:
Başlangıç: Simülasyon Kurulumu	
Klinik	Tek kişilik hasta odası
Yatak Tipi	Havali hastane yatağı
Vücut aksesuarı	Hastane giysisi ve terlikleri; Ayak bileklerine +2 ödem olduğunu belirten flaster
Vücut Pozisyonu	2 yastı kullanılarak oluşturulan supine pozisyonu
IV uygulama alanı	İki adet IV kateter (birisini sağ el üzerinde, diğeri sol kol kübital bölgede) 4 ampul Potasyum 2000 cc izotonik içerisinde 24 saatte gidecek şekilde IV infüzyon 1 amp Contromel (Tramadol) 1000 cc içerisinde 4 saatte gidecek şekilde IV infüzyon)
Yara/Pansuman	Abdomende parasentez uygulanan bölgede pansuman ve IV katater pansumanları
Makyaj	Kol ve el üzerinde morluklar ve abdomeninde 15 cm uzunluğunda (longitudinal) skar dokusu;
Peruk	Mankenin saçları yok, hasta başında yemeni var.

<i>Kol Bandı:</i>	Sağ kolunda hasta kimlik bandı var.
<i>Diğer</i>	Abdomende 10cm×5cm boyutunda palpe edilebilen kitle

Monitör	Notlar
<i>Kalp atışı</i>	Evet
<i>Arteriyel Kan Basıncı</i>	Evet
<i>İntraarteriyel Monitarizasyon</i>	-
<i>Santral Venöz Basıncı</i>	-
<i>Solunum Hızı</i>	Evet
<i>Oksijen Satüresyonu</i>	Evet
<i>Vücut Isısı</i>	Evet

Ekipman/Malzeme	Notlar
Nazal Kanül	Hasta başında, hastaya bağlı değil
IV katater	2 adet
Monitör	Hasta monitör ile takip ediliyor
İnfüzyon Pompası	1 adet (K infüzyonu için)
Üriner katater	1 adet (aldığı-çıkardığı sıvı takibi için)

Kurulum veya Çevre ile İlgili Ek Notlar:
Hatanın yatağının yanında tekerlekli sandalye bulunmaktadır. Aile fotoğrafları ve bir sakı çiçek hastanın etejeri üzerinde bulunmaktadır. Hasta odasında bulunan pencerenin perdeleri kapalıdır. Hasta odasının ışıkları kapalıdır (öğrenciler odaya girdikleri zaman ışığı açmaları beklenmektedir.) Torunlarının çizdiği 2 adet resim hastanın duvarında asılıdır. Siyah çarşaf ve yorgani vardır. Kuran yastığının kenarında bulunmaktadır.

BÖLÜM 4: ÖN BİLGİLENDİRME

Ön Bilgilendirme
Simülasyon uygulamasına hoşgeldiniz. Benim adım Fatma Uslu Şahan. Burada olduğunuz için mutluyuz ve bu gün güzel bir deneyim yaşayacağınızı düşünüyoruz. Başlamadan önce size birkaç konu hakkında bilgilendirmek istiyoruz. Simülasyon uygulamanızın amacı sizlerin simülasyon ortamında mesleklerarası palyatif bakım uygulamaları konusunda bilgi ve becerilerinizin arttırmak, mesleklerarası ekip etkileşiminizi ve iletişiminizi geliştirmektir. Uygulama sırasında video kaydınız yapılacak daha sonra çözümleme oturumunda sizinle birlikte izlenecektir. Simülasyon uygulamasında yer alan manken yüksek geçerlilikte bir simülasyon mankenidir. Manken ile iletişime geçilebilecek, ıv/ım uygulama (belirtilen bölgelere), nabız kontrolü yapılabilecek, aldığı-çıkardığı takibi yapabileceksiniz. Mankende iki adet damar yolu bulunmaktadır. Sizden tekrar açmaları beklenmeyecektir. Senaryo uygulaması hemşirlerin odaya girmesi ve lambayı açması ile başlayacaktır. Ayrıca simülasyon uygulama odası birazdan size tanıtılacak ve senaryonuz hakkında bilgi verilecektir. Çözümleme oturumu: Yaklaşık 30 dk sürecek ve sizinle beraber tartışılacaktır. Çözümleme yapmamızın amacı senaryo üzerinden öğrenmenizi sağlamak ve düşüncelerinizi paylaşmaktır. Sizlere senaryo uygulamanız hakkında sorular sorulacaktır. Herhangi bir sorunuz var mı?

Öğrenciler için Senaryo
66 yaşında olan Ayşe Hanım 2 yıl önce evre 3 over kanseri tanısı almıştır. Bir hafta önce acil servise başvurmuştur. Yapılan muayene sonucunda ciddi derecede asit tespit edilmiş ve görsel ağrı skalasına göre 8 şiddetinde ağrısı olduğu belirlenmiştir.

Hasta şu an taburcu olmak istemektedir.

Senaryo 3 bölümden oluşacaktır.

- ✓ Birinci Bölüm: Hemşire görüşmesi ve ekibin hasta ve yakını ile tanışması (10 dk): Bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecek, önce hemşirenin daha sonra ekibin hasta ve kızını değerlendirmesi ve gereken palyatif bakıma yönelik girişimleri yapması beklenecektir. Değerlendirme ve girişimlerin tamamlanması ile bu bölüm sona erecektir.
- ✓ İkinci Bölüm: Ekip Toplantısı (10 dk): Ekip toplantı odasında hastanın genel durumunun değerlendirmesinin yapılması ve taburculuğuna yönelik karar alınması beklenmektedir. Daha sonra üçüncü bölüme geçilecektir.
- ✓ Üçüncü Bölüm: Hasta ve kızı ile birlikte taburculuk ile ilgili kararın paylaşılması (10 dk): Hasta ve kızı ile taburculuk kararı paylaşılacak, alınan karar hasta ve kızı ile tartışılacaktır.

BÖLÜM 5: SENARYO HAKKINDA BİLGİ

Eğitici için Senaryo Özeti

Ayşe Hanım 3 yıl önce karında rahatsızlık ve şişkinlik, konstipasyon, iştahsızlık ve çabuk doyma şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur. Yapılan fizik muayene sonucunda abdomende geniş bir kitle saptanmıştır. Yapılan tam kan sayımı, biyokimya, kanda tümör markırı analizi, pelvik ve abdominal bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ile görüntüleme, ultrason ve PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) gibi tetkikler sonucunda over kanseri şüphesiyle ameliyat kararı alınmıştır (Mayıs, 2013). Sitoredüktif cerrahi (Haziran 2013) sonrasında evre III over kanseri tanısı almıştır. Cerrahi sonrası 6 kür kemoterapi tedavisi alan hastada 2014 Ocak ayında remisyon sağlanmıştır. 8 ay sonra 6 kür içeren kemoterapi tedavisine başlanmıştır (Eylül, 2014). Ancak Ayşe hanım ikinci kürü tolere edememiş ve prognozu kötüye gitmeye başlamıştır. Yaklaşık 2 ay önce kendi isteği ile kemoterapi tedavisi sonlandırılmıştır. En son yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi sonucunda karaciğer, kolon ve mesanesinde metastaz saptanmıştır. Ayrıca PET sonucu kemik ve beyin metastazlarının varlığını belirtmektedir (Mart, 2015). Hasta son 3 yılda 20 kilo ve son bir ayda yaklaşık 5 kilo vermiştir.

Ayşe Hanım 66 yaşındadır. 2 yıl önce eşi vefat etmiş ve iki kızı vardır. Ayşe Hanım onun primer bakımının sorumluluğunu üstlenen büyük kızı (Merve Hanım) ile beraber yaşamaktadır. Merve Hanım eşinde ayrı olarak kızları ile birlikte annesinde yaşamakta ayrıca öğretmen olarak görev yapmaktadır. Annesinin rahatsızlığından ve onunla birlikte daha fazla zaman geçirmek istediğinde dolayı uzun süreli izin almıştır.

Ayşe Hanım bir hafta önce karında şişlik, yorgunluk, nefes darlığı, ve konstipasyon şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Fizik muayenesinde abdomende 10cm×5cm boyutunda palpe edilebilen kitle, ayak bileklerinde +2 derece ödem ve ciddi derecede karında asiti bulunan Ayşe Hanımın, ağrı şiddeti görsel ağrı skalasına göre 8 puan olarak belirlenmiştir.

Parasentez işlemi yapılan Ayşe Hanımda 2000 cc sıvı boşaltılmış ve ağrısı morfin ile kontrol altına alınmıştır. Son birkaç gün öncesinde Ayşe Hanım uyanık ve etrafı ile ilgili iken, özellikle son iki gündür hemşire ve kızı Merve Hanım, Ayşe Hanımın ağrısının arttığını belirtmiştir. Merve Hanım, annesinin ağrısının arttığını, geceleri inlediğini, konstipasyonu ve iştahsızlığı olduğunu ve son iki gündür sürekli uyuduğunu belirtmektedir. Merve Hanım annesi ile konuştuğunu ve taburcu olmak istediklerini belirtmektedir. Dün gece Ayşe Hanım Hemşiresine “evimde ölmek istiyorum, lütfen beni eve gönderin” ifadesinde bulunmuştur.

Seslendiren Kişi/Operatör için Hasta Hikayesi (Sadece manken kullanımında)

- Ayşe Hanım 66 yaşındadır.
- Herhangi bir şeye (ilaç, besin gibi) alerjisi yoktur.
- 2013 yılı Mayıs ayında evre III over kanseri tanısı almıştır.
- 2013 yılı Haziran ayında sitoredüktif cerrahi (ilk cerrahi uygulamada palpe edilebilen lenf nodlarıyla birlikte mümkün olduğunca çok tümörün çıkarılması) ameliyatı olmuştur.
- İlk altı aylık kemoterapi tedavisi: Haziran 2013-Aralık 2014 (6 kür) (Doktorlar hastalığının durduğunu belirtmiştir)

- İkinci altı aylık kemoterapi tedavisi: Eylül 2014-Kasım 2015 (2 kür) (Kendi isteği ile tedavisi sonlanmıştır).
- 10 yıldır Tip II diyabet hastasıdır.
- Görsel ağrı skalasına göre 5 şiddetinde ağrı hissetmektedir.
- Kabız [Konstipe (3 gündür gaita çıkarmadığını)] belirtmektedir.
- Sorulan sorulara kızının cevap vermesini beklemektedir.
 - ✓ Hemşire odaya girdiği zaman;
“Hemşire Hanım ışığı kapatabilir misiniz?”
 - ✓ Nasılsınız gibi bir soru ile karşılaşırsa ve ekip ile karşılaşınca
“**Kendimi iyi hissediyorum Lütfen beni eve gönderin. Evde ölmek istiyorum.**”
“3 yıldır sürekli hastanedeyiz, bende yoruldum. Evimi, torunlarımı, kızımı özledim.”

Öğrenci dışında senaryoda yer alan kişiler için hastanın fiziksel özellikleri

- ✓ Hastanın reflekslerinde zayıflama vardır.
- ✓ Hastanın ayak bileklerinde +2 ödem ve karıncalanma vardır.
- ✓ Hastanın abdomeninde 10cm×5cm boyutunda palpe edilebilen kitle vardır.

Senaryonun İlerlemesi:

Durum 1: Hemşire görüşmesi ve ekibin hasta ve yakını ile tanışması								Süre: 10 dk		Sesler		
Kalp Hızı	Ritim	Kan Basın- cı	O2 Satürasyo- nu	Solunu- m Hızı	Nab- ız	Ate- ş	Gözle- r	Akciğ- er	Kalp	Bağırs- ak		
Norm- al	Norm- al Sinüs Ritim	100/6- 0	96	24	94	36. 3	Norm- al	Temiz	Düze- nli	Hipoak- tif		

Hasta sesi :

- ✓ “Hemşire Hanım ışığı kapatabilir misiniz?”
- ✓ 2-3 dakikada bir ağrısının olduğunu belirten inleme sesi;

Katılımcı/öğrenciden beklenen eylemler:

- ✓ Öğrenci hemşirenin hastayı teslim alması,
- ✓ Öğrenci hemşirenin hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik değerlendirme yapması,
- ✓ Öğrenci Hemşirenin ekip ile iletişime geçmesi,
- ✓ Öğrenci Hemşirenin ekibe hastayı tanıtması,
- ✓ Mesleklerarası ekibin hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik değerlendirme yapması,
- ✓ Mesleklerarası ekibin hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik mesleğe özgü girişimleri yapması

Operatör notları/istemleri :

- ✓ “Durum 1” 10'dk dan fazla sürerse, ekibi uyarması / “bir sonraki duruma geçiş eylemi” tamamlanınca öğrencilere bildirmesi

Bir sonraki duruma geçiş:

- ✓ Ekibin hastanın taburculuk isteğine yönelik ekip toplantısı yapmak için odadan ayrılımları veya 10 dakikanın tamamlanması

Durum 2: Ekip Toplantısı				Süre: 10 dk				Sesler		
Kal p Hızı	Riti m	Kan Basın cı	O2 Satürasyo nu	Solunu m Hızı	Nabı z	Ate ş	Gözle r	Akciğ e r	Kal p	Bağır sa k
Hasta sesi: -										

Öğrenciden beklenen eylemler:
✓ Ekibin hastanın genel durumu hakkında değerlendirme yapması
✓ Hastanın taburculuk isteği doğrultusunda karar alınması
Operatör notları/istemi:
✓ Durum 2 10'dk'dan fazla sürerse ekibi uyarması/ "bir sonraki duruma geçiş eylemi" tamamlanınca öğrencilere bildirmesi
Bir sonraki duruma geçiş:
✓ Hastanın taburculuk isteği doğrultusunda karar verilmesi veya 10 dakikanın tamamlanması

Durum 3: Hasta ve kızı ile birlikte taburculuk ile ilgili kararın paylaşılması				Süre: 10 dk				Sesler		
Kalp Hızı	Ritim	Kan Basıncı	O2 Satürasyonu	Solumun Hızı	Nabız	Ateş	Gözle	Akciğer	Kalp	Bağırsak
Hasta sesi:										
✓ "Beni taburcu ediyorsunuz değil mi?"										
Katılımcı/öğrenciden beklenen eylemler :										
✓ Toplantı sonrası alınan kararların hasta ve kızı ile paylaşılması,										
✓ Taburcu olması konusunda karar verildi ise taburculuk planının yapılması,										
✓ Ekibin hasta ve yakınının soruları olup olmadığı öğrenmesi,										
✓ Hasta ve kızından geri bildirim almaları										
Operatör notları/istemi:										
✓ Durum 3 10'dk'dan fazla sürerse ekibi uyarması/ "bir sonraki duruma geçiş eylemi" tamamlanınca öğrencilere bildirmesi										
Bir sonraki duruma geçiş :										
✓ Ekibin hasta ve kızından geri bildirim alması veya 10 dakikanın tamamlanması										

BÖLÜM 6: SIMULASYONDA KATILIMCI/ÖĞRENCİ DIŞINDA YER ALACAK KİŞİLER

Rol	İsim	Notlar
Hastanın Kızı	Merve Hanım	Yorgun görülmektedir.

Simülasyonda öğrenci dışında yer alacak kişiler için senaryonun açıklanması ve ilerleyişi
Senaryo 3 bölümden oluşacaktır.
✓ Birinci Bölüm: Hemşire görüşmesi ve ekibin hasta ve kızı ile tanışması (10 dk): Bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecek, önce hemşirenin daha sonra ekibin hastayı ve sizi değerlendirmesi ve gereken palyatif bakıma yönelik girişimleri yapması beklenmektedir. Değerlendirme ve girişimlerin tamamlanması ile bu bölüm sona erecektir.
✓ İkinci Bölüm: Ekip Toplantısı (10 dk): Ekip toplantı odasında hastanın genel durumunun değerlendirilmesinin yapılması ve taburculuğuna yönelik karar alınması beklenmektedir. Daha sonra üçüncü bölüme geçilecektir. Bu bölümde sizden herhangi bir rol ve sorumluluk beklenmeyecektir.
✓ Üçüncü Bölüm: Hasta ve kızı ile birlikte taburculuk ile ilgili kararın paylaşılması (10 dk): Hasta ve siz ile taburculuk kararı paylaşılacak, alınan karar hasta ve siz ile tartışılacaktır.

Simülasyonda katılımcı/öğrenci dışında yer alacak kişilerin rolüne yönelik bilgi	
ROL: Hastanın Kızı Merve Hanım	Bilgi, İfade ve Replik
Merve Hanım	
✓	Annenin “Kendimi iyi hissediyorum Lütfen beni eve gönderin. Evde ölmek istiyorum.” İfadesinden sonra, “Annecim ne söylüyorsun öyle, artık ölümden bahsetmeyi bırak. Biraz beni düşün, gerçekten yoruldum.”
✓	Annenin “3 yıldır sürekli hastanedeyiz, bende yoruldum. Evimi, torunlarımı, kızımı özledim.” ifadesinden sonra,

“Annecim, çocuklarımı babalarına gönderdim, sana bakabilmek için. Üstelik kızı kardeşim şu an kendisi ile uğraşıyor (Meme kanseri tanısı almış ve ameliyat olmuştur). Kendini iyi hissettiğin zaman söz ziyaret edeceğiz.”

- ✓ Ekip annenin genel durumu hakkında soru sorarsa;
“Annem hiçbir şey yemiyor. 3 yılda yaklaşık 15 kilo kaybetti. 5 kilo son bir ayda verdi. Yemek yerse ağrısı olacağını söylüyor. Kabız yaptığı için ağrı kesicisini de almıyor. Zorla içiriyorum.”
- ✓ Ekip Hastanın hikayesini sorarsa;
“Annem karında rahatsızlık ve şişkinlik, kabızlık, iştahsızlık şikâyetleri ile üç yıl önce hastaneye gitmişti. Doktorlar muayene ettikten sonra karında büyük bir kitle tespit ettiler. Sonra bir çok test yaptılar. Annemin doktoru yumurtalık kanserinden şüphelendi. Daha sonra 2013 yılının Haziran ayında ameliyat oldu ve evre III over kanseri teşhisi konuldu. Ameliyat sonrasında 6 kür kemoterapi aldı. Hastalığın ilerlemesinin durduğu söylendi. 8 ay sonra tekrar kemoterapi almaya başladı. Ama 2. Kürden sonra almak istemedik. Annemin çok bulantısı vardı, gözünü açamıyordu. Pet sonucu da iyi gelmedi. Her tarafa metastaz varmış.”
- ✓ Ekip Merve Hanım Hakkında Soru Sorarsa;
“38 yaşındayım, öğretmenim, iki çocuğumla beraber uzun süredir annemle yaşıyorum. Anneme başka bakabilecek kimse yok. Babam iki yıl önce vefat etti. Bir tane kız kardeşim var. Oda hasta. İki ay önce meme kanseri teşhisi aldı. Ameliyat oldu. Şimdi kemoterapi tedavisi başlayacak.”
- ✓ Ekip taburculuğa karar vermiş ise Merve Hanım aşağıdaki soruları sorabilir.
 - Annem oldukça sinirli ve kızgın. Uzun süreler benimle konuşmuyor. Ben de çok yoruldum. Anneme ve bana bizi sakinleştirecek bir ilaç yazabilir misiniz?
 - Anneme ensure (oral (ağızdan besin desteği) verdiler. Tadını hiç sevmiyor, zorla içiriyorum. Evde devam edelim mi?
 - Bulantısı nedeniyle yemek yemiyor. Metpamid kullandık ama işe yaramıyor. Başka bir ilaç yazar mısınız?
 - Kabızlığı önlemek için ne yapabilirim? Ağrı kesici gerçekten kabızlık yapıyor mu?
 - Asit tekrarlar mı?
 - Eğer annemin ilaçları biterse tekrar hastaneye gelmemiz gerekir mi?
 - Hangi durumlarda hastaneye gelelim?
 - Antidiyabetik ilacını değiştirecek misiniz?. Evde şeker ölçümünü düzenli olarak yapamıyoruz. Hastaneye yatmadan önce kan şekeri çok yüksekti, hastanede normale döndü. Normal kan şekerini sürdürebilmemiz için ne yapmamızı önerir siz?
 - (ekibe yaklaşıp, sessizce) Annem sürekli ölmek istediğini söylüyor, Ne yapabileceğimi bilmiyorum. Bunu sormak çok zor ama onun ölümü yakın mı? Hazır olmak istiyorum. Ölümünün yakınlığını nasıl anlayabilirim.
 - Tam emin değilim ama bazı hastalardan duydum. Belediyelerin bir hizmeti varmış, hasta kişileri doktor ve hemşire evde ziyaret ediyormuş. Böyle bir şey var mı? Beni bu konuda bilgilendirir misiniz?

BÖLÜM 7: ÇÖZÜMLEME PLANI

- Simülasyon deneyimi boyunca nasıl hissettiniz?
- Simülasyon ile çalışmaktan memnuniyet duydunuz mu?
- Gözlemlediğiniz en önemli değerlendirmeler nelerdir?
- Uyguladığınız en önemli girişimler nelerdir?
- Uygulamada ne istediğiniz gibi olmadı?
- Ekip olarak çalışabilme konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Sizce ekip olarak neyi iyi yaptınız?
- Ekip durumu daha farklı olarak nasıl ele alabilirdi?
- Ekip üyelerinin birbirleri ile iletişimi nasıldı?
- Ekip olarak hasta ve kızı ile kurduğunuz iletişim nasıldı?
- Palyatif bakım uygulamasında farklı mesleklerin rolleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Bu ekip ile birlikte tekrar çalışabilme konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Tartışmak istediğiniz başka herhangi bir konu var mı?

Süre	
Hazırlık	10 dk

Ek 12. Hibrid Simülasyon Senaryosu**BÖLÜM 1: DEMOGRAFI**

Senaryo Başlığı: Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Ekibi

Simüle Hastanın Adı: Ayşe Ayaz

Simüle Hastanın Yaşı: 66

Senaryoyu Oluşturan Kişi:

Prof. Dr. Füsün Terzioğlu

Arş. Gör. Fatma Uslu Şahan

İletişim Adresi: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Sıhhiye/Ankara

Simülasyon	30 dk
Çözümleme	30 dk
Toplam	70 dk

BÖLÜM 2: EĞİTİM BİLGİLERİ**Hedef Öğrenci Grubu**

Hemşire, Hekim, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı

Senaryo Hedefleri

Oturumun sonunda öğrenciler;

- 1) Hasta ve ailenin fizikseli psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü değerlendirme yapacak
- 2) Hasta ve ailenin fizikseli psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü girişimler yapacak
- 3) Etkin ekip çalışması sergileyecek
- 4) Hasta ve ailesi ile terapatik iletişim becerilerini kullanabilecek
- 5) Hasta ve ailesi hakkında doğru karar verebilecek

Simülasyon Sonrası Katılımcıların/Öğrencilerin Görevleri

Simülasyon Uygulaması sonrasında öğrenciler aşağıdaki veri toplama formlarını dolduracaklardır.

- ☐ Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu
- ☐ Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği
- ☐ Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

BÖLÜM 3: KURULUM

Simülatör/ Senaryo / Dosyalar	Diğer Hususlar
Kullanılacak simülatör: Hibrit Hasta Destekleyici Dosya ve Belgeler: Hasta dosyası (içerisinde yapılan tüm tetkik ve tedavilere ilişkin belgeler)	Video Kaydı: Evet Video Yayı: Evet Çözümleme Kaydı: Evet Diğer:

Başlangıç: Simülasyon Kurulumu

Klinik	Tek kişilik hasta odası
Yatak Tipi	Havalı hastane yatağı
Vücut aksesuarı	Hastane giysisi ve terlikleri; Abdomen maketi (sadece abdomen derisi)
Vücut Pozisyonu	2 yastı kullanılarak oluşturulan supine pozisyonu
IV uygulama alanı	İki adet IV kateter (birisini sağ el üzerinde, diğeri sol kol kübital bölgede) 4 ampul Potasyum 2000 cc izotonik içerisinde 24 saatte gidecek şekilde IV infüzyon 1 amp Contromel (Tramadol) 1000 cc içerisinde 4 saatte gidecek şekilde IV infüzyon)
Yara/Pansuman	Abdomende parasentez uygulanan bölgede pansuman ve IV katater pansumanları
Makyaj	Kol ve el üzerinde morluklar ve abdomeninde 15 cm uzunluğunda (longitudinal) skar dokusu ve ayak bileklerine mulaj uygulaması (+2 derece ödemi gösterecek)
Peruk	Mankenin saçları yok, hasta başında yemeni var.
Kol Bandı:	Sağ kolunda hasta kimlik bandı var.

Diğer	Abdomende 10cm×5cm boyutunda palpe edilebilen kitle
-------	---

Monitör	Notlar
Kalp atışı	Evet
Arteriyel Kan Basıncı	Evet
İntraarteriyel Monitarizasyon	-
Santral Venöz Basıncı	-
Solunum Hızı	Evet
Oksijen Satüresyonu	Evet
Vücut Isısı	Evet

Ekipman/Malzeme	Notlar
Nazal Kanül	Hasta başında, hastaya bağlı değil
IV katater	2 adet
Monitör	Hasta monitör ile takip ediliyor
İnfüzyon Pompası	1 adet (K infüzyonu için)
Üriner katater	1 adet (aldığı-çıkardığı sıvı takibi için)

Kurulum veya Çevre ile İlgili Ek Notlar:

Hatanın yatağının yanında tekerlekli sandalye bulunmaktadır.
Aile fotoğrafları ve bir sakı çiçek hastanın etejeri üzerinde bulunmaktadır.
Hasta odasında bulunan pencerenin perdeleri kapalıdır.
Hasta odasının ışıkları kapalıdır (öğrenciler odaya girdikleri zaman ışığı açmaları beklenmektedir.)
Torunlarının çizdiği 2 adet resim hastanın duvarında asılıdır.
Siyah çarşaf ve yorganı vardır.
Kuran yastığının kenarında bulunmaktadır.

BÖLÜM 4: ÖN BİLGİLENDİRME

Ön Bilgilendirme

Simülasyon uygulamasına hoşgeldiniz. Benim adım Fatma Uslu Şahan. Burada olduğunuz için mutluyuz ve bu gün güzel bir deneyim yaşayacağınızı düşünüyoruz. Başlamadan önce size birkaç konu hakkında bilgilendirmek istiyoruz.

Simülasyon uygulamamızın amacı sizlerin simülasyon ortamında mesleklerarası palyatif bakım uygulamaları konusunda bilgi ve becerilerinizin arttırmak, mesleklerarası ekip etkileşiminizi ve iletişiminizi geliştirmektir. Uygulama sırasında video kaydınız yapılacak daha sonra çözümleme oturumunda sizinle birlikte izlenecektir.

Sizlere hibrit hasta ile birlikte simülasyon uygulaması yapılacaktır. Hibrit Hasta ile iletişime geçebileceğiniz, ıv/ım uygulama (belirtilen bölgelere), fizik muayene, aldığı-çıkardığı takibi yapabileceksiniz. Mankende iki adet damar yolu bulunmaktadır. Sizden tekrar açmanız beklenmeyecektir. Senaryo uygulaması hemşirelerin odaya girmesi ve lambayı açması ile başlayacaktır. Ayrıca simülasyon uygulama odası birazdan size tanıtılacak ve senaryonuz hakkında bilgi verilecektir.

Çözümleme oturumu: Yaklaşık 30 dk sürecek ve sizinle beraber tartışılacaktır. Çözümleme yapmamızın amacı senaryo üzerinden öğrenmenizi sağlamak ve düşüncelerinizi paylaşmaktır. Sizlere senaryo uygulamanız hakkında sorular sorulacaktır.

Herhangi bir sorunuz var mı?

Öğrenciler için Senaryo

66 yaşında olan Ayşe Hanım 2 yıl önce evre 3 over kanseri tanısı almıştır. Bir hafta önce acil servise başvurmuştur. Yapılan muayene sonucunda ciddi derecede asit tespit edilmiş ve görsel ağrı skalasına göre 8 şiddetinde ağrısı olduğu belirlenmiştir. Hasta şu an taburcu olmak istemektedir.

Senaryo 3 bölümden oluşacaktır.

- ✓ Birinci Bölüm: Hemşire görüşmesi ve ekibin hasta ve yakını ile tanışması (10 dk): Bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecek, önce hemşirenin daha sonra ekibin hasta ve kızını değerlendirmesi ve gereken palyatif bakıma yönelik girişimleri yapması beklenecektir. Değerlendirme ve girişimlerin tamamlanması ile bu bölüm sona erecektir.
- ✓ İkinci Bölüm: Ekip Toplantısı (10 dk): Ekip toplantı odasında hastanın genel durumunun değerlendirmesinin yapılması ve taburculuğuna yönelik karar alınması beklenmektedir. Daha sonra üçüncü bölüme geçilecektir.
- ✓ Üçüncü Bölüm: Hasta ve kızı ile birlikte taburculuk ile ilgili kararın paylaşılması (10 dk): Hasta ve kızı ile taburculuk kararı paylaşılacak, alınan karar hasta ve kızı ile tartışılacaktır.

BÖLÜM 5: SENARYO HAKKINDA BILGI

Eğitici için Senaryo Özeti

Ayşe Hanım 3 yıl önce karında rahatsızlık ve şişkinlik, konstipasyon, iştahsızlık ve çabuk doyma şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur. Yapılan fizik muayene sonucunda abdomende geniş bir kitle saptanmıştır. Yapılan tam kan sayımı, biyokimya, kanda tümör markırı analizi, pelvik ve abdominal bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ile görüntüleme, ultrason ve PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) gibi tetkikler sonucunda over kanseri şüphesiyle ameliyat kararı alınmıştır (Mayıs, 2013). Sitoredüktif cerrahi (Haziran 2013) sonrasında evre III over kanseri tanısı almıştır. Cerrahi sonrası 6 kür kemoterapi tedavisi alan hastada 2014 Ocak ayında remisyon sağlanmıştır. 8 ay sonra 6 kür içeren kemoterapi tedavisine başlanmıştır (Eylül, 2014). Ancak Ayşe hanım ikinci kürü tolere edememiş ve prognozu kötüye gitmeye başlamıştır. Yaklaşık 2 ay önce kendi isteği ile kemoterapi tedavisi sonlandırılmıştır. En son yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi sonucunda karaciğer, kolon ve mesanesinde metastaz saptanmıştır. Ayrıca PET sonucu kemik ve beyin metastazlarının varlığını belirtmektedir (Mart, 2015). Hasta son 3 yılda 20 kilo ve son bir ayda yaklaşık 5 kilo vermiştir.

Ayşe Hanım 66 yaşındadır. 2 yıl önce eşi vefat etmiş ve iki kızı vardır. Ayşe Hanım onun primer bakımının sorumluluğunu üstlenen büyük kızı (Merve Hanım) ile beraber yaşamaktadır. Merve Hanım eşinde ayrı olarak kızları ile birlikte annesinde yaşamakta ayrıca öğretmen olarak görev yapmaktadır. Annesinin rahatsızlığından ve onunla birlikte daha fazla zaman geçirmek istediğinde dolayı uzun süreli izin almıştır.

Ayşe Hanım bir hafta önce karında şişlik, yorgunluk, nefes darlığı, ve konstipasyon şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Fizik muayenesinde abdomende 10cm×5cm boyutunda palpe edilebilen kitle, ayak bileklerinde +2 derece ödem ve ciddi derecede karında asiti bulunan Ayşe Hanımın, ağrı şiddeti görsel ağrı skalasına göre 8 puan olarak belirlenmiştir.

Parasentez işlemi yapılan Ayşe Hanımda 2000 cc sıvı boşaltılmış ve ağrısı morfin ile kontrol altına alınmıştır. Son birkaç gün öncesinde Ayşe Hanım uyanık ve etrafı ile ilgili iken, özellikle son iki gündür hemşire ve kızı Merve Hanım, Ayşe Hanımın ağrısının arttığını belirtmiştir. Merve Hanım, annesinin ağrısının arttığını, geceleri inlediğini, konstipasyonu ve iştahsızlığı olduğunu ve son iki gündür sürekli uyuduğunu belirtmektedir. Merve Hanım annesi ile konuştuğunu ve taburcu olmak istediklerini belirtmektedir. Dün gece Ayşe Hanım Hemşiresine “evimde ölmek istiyorum, lütfen beni eve gönderin” ifadesinde bulunmuştur.

Standart Hasta için Hasta Hikayesi

- Ayşe Hanım 66 yaşındadır.
- Herhangi bir şeye (ilaç, besin gibi) alerjisi yoktur.
- 2013 yılı Mayıs ayında evre III over kanseri tanısı almıştır.
- 2013 yılı Haziran ayında sitoredüktif cerrahi (ilk cerrahi uygulamada palpe edilebilen lenf nodlarıyla birlikte mümkün olduğunca çok tümörün çıkarılması) ameliyatı olmuştur.
- İlk altı aylık kemoterapi tedavisi: Haziran 2013-Aralık 2014 (6 kür) (Doktorlar hastalığının durduğunu belirtmiştir)
- İkinci altı aylık kemoterapi tedavisi: Eylül 2014-Kasım 2015 (2 kür) (Kendi isteği ile tedavisi sonlanmıştır).
- 10 yıldır Tip II diyabet hastasıdır.
- Görsel ağrı skalasına göre 5 şiddetinde ağrı hissetmektedir.

- Kabız [Konstipe (3 gündür gaita çıkarmadığını)] belirtmektedir.
- Sorulan sorulara kızının cevap vermesini beklemektedir.
 - ✓ Hemşire odaya girdiği zaman;
“Hemşire Hanım ışığı kapatabilir misiniz?”
 - ✓ Nasılsınız gibi bir soru ile karşılaşılırsa ve ekip ile karşılaşınca
“Kendimi iyi hissediyorum Lütfen beni eve gönderin. Evde ölmek istiyorum.”
“3 yıldır sürekli hastanedeyiz, bende yoruldum. Evimi, torunlarımı, kızımı özledim.”

Öğrenci dışında senaryoda yer alan kişiler için hastanın fiziksel özellikleri

- ✓ Hastanın reflekslerinde zayıflama vardır.
- ✓ Hastanın ayak bileklerinde +2 ödem ve karıncalanma vardır.
- ✓ Hastanın abdomeninde 10cm×5cm boyutunda palpe edilebilen kitle vardır.

Senaryonun İlerlemesi:

Durum 1: Hemşire görüşmesi ve ekibin hasta ve yakını ile tanışması				Süre: 10 dk				Sesler		
Kalp Hızı	Ritim	Kan Basıncı	O2 Satürasyonu	Solunum Hızı	Nabız	Ateş	Gözlemler	Akciğerler	Kalp	Bağırsak
Normal	Normal Sinüs Ritim	100/60	96	24	94	36.3	Normal	Temiz	Düzenli	Hipoaktif

Hasta sesi :

- ✓ “Hemşire Hanım ışığı kapatabilir misiniz?”
- ✓ 2-3 dakikada bir ağrısının olduğunu belirten inleme sesi;

Katılımcı/öğrenciden beklenen eylemler:

- ✓ Öğrenci hemşirenin hastayı teslim alması,
- ✓ Öğrenci hemşirenin hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik değerlendirme yapması,
- ✓ Öğrenci Hemşirenin ekip ile iletişime geçmesi,
- ✓ Öğrenci Hemşirenin ekibe hastayı tanıtmaması,
- ✓ Mesleklerarası ekibin hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik değerlendirme yapması,
- ✓ Mesleklerarası ekibin hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik mesleğe özgü girişimleri yapması

Operatör notları/istemleri :

- ✓ “Durum 1” 10’dk dan fazla sürerse, ekibi uyarması / “bir sonraki duruma geçiş eylemi” tamamlanınca öğrencilere bildirmesi

Bir sonraki duruma geçiş:

- ✓ Ekibin hastanın taburculuk isteğine yönelik ekip toplantısı yapmak için odadan ayrılımları veya 10 dakikanın tamamlanması

Durum 2: Ekip Toplantısı				Süre: 10 dk				Sesler Akciğe r	Kal p	Bağırsa k
Kal p Hızı	Riti m	Kan Basın cı	O2 Satürasyo nu	Solunu m Hızı	Nabı z	Ate ş	Gözle r			
Hasta sesi: -										
Öğrenciden beklenen eylemler: ✓ Ekibin hastanın genel durumu hakkında değerlendirme yapması ✓ Hastanın taburcuk isteği doğrultusunda karar alınması										
Operatör notları/istemleri :										

✓ Durum 2 10'dk'dan fazla sürerse ekibi uyarması/ "bir sonraki duruma geçiş eylemi" tamamlanınca öğrencilere bildirmesi
Bir sonraki duruma geçiş:
✓ Hastanın taburculuk isteği doğrultusunda karar verilmesi veya 10 dakikanın tamamlanması

Durum 3: Hasta ve kızı ile birlikte taburculuk ile ilgili kararın paylaşılması				Süre: 10 dk				Sesler		
Kal p Hızı	Ritim	Kan Basıncı	O2 Satürasyonu	Solunum Hızı	Nabız	Ateş	Gözle	Akciğer	Kalp	Bağırsak
Hasta sesi:										
✓ "Beni taburcu ediyorsunuz değil mi?"										
Katılımcı/öğrenciden beklenen eylemler :										
✓ Toplantı sonrası alınan kararların hasta ve kızı ile paylaşılması,										
✓ Taburcu olması konusunda karar verildi ise taburculuk planının yapılması,										
✓ Ekibin hasta ve yakınının soruları olup olmadığı öğrenmesi,										
✓ Hasta ve kızından geri bildirim alması										
Operatör notları/istemleri :										
✓ Durum 3 10'dk'dan fazla sürerse ekibi uyarması/ "bir sonraki duruma geçiş eylemi" tamamlanınca öğrencilere bildirmesi										
Bir sonraki duruma geçiş :										
✓ Ekibin hasta ve kızından geri bildirim alması veya 10 dakikanın tamamlanması										

BÖLÜM 6: SIMULASYONDA KATILIMCI/ÖĞRENCİ DIŞINDA YER ALACAK KİŞİLER

Rol	İsim	Notlar
Hastanın Kızı	Merve Hanım	Yorgun görülmektedir.

Simulasyonda öğrenci dışında yer alacak kişiler için senaryonun açıklanması ve ilerleyişi
Senaryo 3 bölümden oluşacaktır. ✓ Birinci Bölüm: Hemşire görüşmesi ve ekibin hasta ve kızı ile tanışması (10 dk): Bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecek, önce hemşirenin daha sonra ekibin hastayı ve sizi değerlendirmesi ve gereken palyatif bakıma yönelik girişimleri yapması beklenmektedir. Değerlendirme ve girişimlerin tamamlanması ile bu bölüm sona erecektir. ✓ İkinci Bölüm: Ekip Toplantısı (10 dk): Ekip toplantı odasında hastanın genel durumunun değerlendirmesinin yapılması ve taburculuğuna yönelik karar alınması beklenmektedir. Daha sonra üçüncü bölüme geçilecektir. Bu bölümde sizden herhangi bir rol ve sorumluluk beklenmeyecektir. ✓ Üçüncü Bölüm: Hasta ve kızı ile birlikte taburculuk ile ilgili kararın paylaşılması (10 dk): Hasta ve siz ile taburculuk kararı paylaşılacak, alınan karar hasta ve siz ile tartışılacaktır.

Simulasyonda katılımcı/öğrenci dışında yer alacak kişilerin rolüne yönelik bilgi	
ROL: Hastanın Kızı Merve Hanım	Bilgi, İfade ve Replikler
Merve Hanım	✓ Annenin “Kendimi iyi hissediyorum Lütfen beni eve gönderin. Evde ölmek istiyorum.” İfadesinden sonra, “Annecim ne söylüyorsun öyle, artık ölümden bahsetmeyi bırak. Biraz beni düşün, gerçekten yoruldum.” ✓ Annenin “3 yıldır sürekli hastanedeyiz, bende yoruldum. Evimi, torunlarımı, kızımı özledim.” ifadesinden sonra, “Annecim, çocuklarımı babalarına gönderdim, sana bakabilmek için. Üstelik kızı kardeşim şu an kendisi ile uğraşıyor (Meme kanseri tanısı almış ve ameliyat olmuştur). Kendini iyi hissettiğin zaman söz ziyaret edeceğiz.”

- ✓ Ekip annenin genel durumu hakkında soru sorarsa;
“Annem hiçbir şey yemiyor. 3 yılda yaklaşık 15 kilo kaybetti. 5 kilo son bir ayda verdi. Yemek yerse ağrısı olacağını söylüyor. Kabız yaptığı için ağrı kesicisini de almıyor. Zorla içiriyorum.”
- ✓ Ekip Hastanın hikayesini sorarsa;
“Annem karında rahatsızlık ve şişkinlik, kabızlık, iştahsızlık şikâyetleri ile üç yıl önce hastaneye gitmişti. Doktorlar muayene ettikten sonra karında büyük bir kitle tespit ettiler. Sonra bir çok test yaptılar. Annemin doktoru yumurtalık kanserinden şüphelendi. Daha sonra 2013 yılının Haziran ayında ameliyat oldu ve evre III over kanseri teşhisi konuldu. Ameliyat sonrasında 6 kür kemoterapi aldı. Hastalığın ilerlemesinin durduğu söylendi. 8 ay sonra tekrar kemoterapi almaya başladı. Ama 2. Kürden sonra almak istemedik. Annemin çok bulantısı vardı, gözünü açamıyordu. Pet sonucu da iyi gelmedi. Her tarafa metastaz varmış.”
- ✓ Ekip Merve Hanım Hakkında Soru Sorarsa;
“38 yaşındayım, öğretmenim, iki çocuğumla beraber uzun süredir annemle yaşıyorum. Anneme başka bakabilecek kimse yok. Babam iki yıl önce vefat etti. Bir tane kız kardeşim var. Oda hasta. İki ay önce meme kanseri teşhisi aldı. Ameliyat oldu. Şimdi kemoterapi tedavisi başlayacak.”
- ✓ Ekip taburculuğa karar vermiş ise Merve Hanım aşağıdaki soruları sorabilir.
 - Annem oldukça sinirli ve kızgın. Uzun süreler benimle konuşmuyor. Ben de çok yoruldum. Anneme ve bana bizi sakinleştirecek bir ilaç yazabilir misiniz?
 - Anneme ensure (oral (ağızdan besin desteği) verdiler. Tadını hiç sevmiyor, zorla içiriyorum. Evde devam edelim mi?
 - Bulantısı nedeniyle yemek yemiyor. Metpamid kullandık ama işe yaramıyor. Başka bir ilaç yazar mısınız?
 - Kabızlığı önlemek için ne yapabilirim? Ağrı kesici gerçekten kabızlık yapıyor mu?
 - Asit tekrarlar mı?
 - Eğer annemin ilaçları biterse tekrar hastaneye gelmemiz gerekir mi?
 - Hangi durumlarda hastaneye gelem?
 - Antidiyabetik ilacını değiştirecek misiniz?. Evde şeker ölçümünü düzenli olarak yapamıyoruz. Hastaneye yatmadan önce kan şekeri çok yüksekti, hastanede normale döndü. Normal kan şekerini sürdürebilmemiz için ne yapmamızı önerir siz?
 - (ekibe yaklaşarak, sessizce) Annem sürekli ölmek istediğini söylüyor, Ne yapabileceğimi bilmiyorum. Bunu sormak çok zor ama onun ölümü yakın mı? Hazır olmak istiyorum. Ölümünün yakınlaştığını nasıl anlayabilirim.
 - Tam emin değilim ama bazı hastalardan duydum. Belediyelerin bir hizmeti varmış, hasta kişileri doktor ve hemşire evde ziyaret ediyormuş. Böyle bir şey var mı? Beni bu konuda bilgilendirir misiniz?

BÖLÜM 7: ÇÖZÜMLEME PLANI

- Simülasyon deneyimi boyunca nasıl hissettiniz?
- Simülasyon ile çalışmaktan memnuniyet duydunuz mu?
- Gözlemlediğiniz en önemli değerlendirmeler nelerdir?
- Uyguladığınız en önemli girişimler nelerdir?
- Uygulamada ne istediğiniz gibi olmadı?
- Ekip olarak çalışabilme konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Sizce ekip olarak neyi iyi yaptınız?
- Ekip durumu daha farklı olarak nasıl ele alabilirdi?
- Ekip üyelerinin birbirleri ile iletişimi nasıldı?
- Ekip olarak hasta ve kızı ile kurduğunuz iletişim nasıldı?
- Palyatif bakım uygulamasında farklı mesleklerin rolleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Bu ekip ile birlikte tekrar çalışabilme konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Tartışmak istediğiniz başka herhangi bir konu var mı?

Ek 13. Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi Programı

Eğitimin Adı

Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi

Eğitimin Sorumluları

Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN

Eğitimin Verilme Şekli

Yüz yüze

Eğitimin Öğrenme ve Öğretme Teknikleri

Anlatım

Tartışma

Soru-Yanıt

Grup Çalışması

Vaka Tartışması

Beyin Fırtınası

Eğitimin Amacı

Mesleklerarası öğrencilerden (Hemşirelik ve Tıp Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Sosyal Hizmetler bölümü öğrencileri) oluşan ekibin mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım uygulamaları konusunda bilgi düzeylerini arttırmak.

Eğitimin Hedefleri

Mesleklerarası Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakım Eğitimi'ne katılan öğrenciler;

- Palyatif bakımın tanımını yapabilecek,
- Türkiye'de ve Dünyada palyatif bakımın durumunu tartışabilecek,
- Mesleklerarası Jinekolojik onkolojide palyatif bakım yaklaşımının önemini tartışabilecek,
- Mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin rol ve sorumluluklarını tartışabilecek,
 - Ağrı ve diğer semptomların yönetiminde,
 - Spiritüel (manevi) bakımda
 - Ölüm süreci ve sonrası hasta bakımında,
 - Yas sürecinde aile bakımında
- Mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım uygulamalarında hasta ve ailesi ile etkili iletişimde dikkat edilmesi gereken unsurları tartışabilecek
- Mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım uygulamalarında karşılaşılan manevi konuları tartışabilecek

- Mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım uygulamalarında karşılaşılan etik ve yasal konuları tartışabilecek
- Mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım uygulamalarında ekip çalışmasının önemini tartışabilecek

Eğitim İçeriği

- Türkiye’de ve Dünyada Palyatif Bakımın Durumu
- Palyatif Bakımın Hedefleri ve Palyatif Bakım Uygulamasında Karşılaşılan Engeller
- Dilek Kartları, Grup Çalışması/Tartışması
- Jinekolojik Kanserlerde Palyatif Bakım Neden Önemli?
- Mesleklerarası Palyatif Bakım Ekibinin Roller ve Sorumlulukları (Hemşire, Doktor, Diyetisyen ve Sosyal Hizmet Uzmanı)
- Mesleklerarası Palyatif Bakımda Ekip Çalışması
- Palyatif Bakımda Hasta ve Ailesi ile İletişim
- Mesleklerarası Ağrı Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar
- Mesleklerarası Bazı Semptomların Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar (Dispne, Asit, Bulantı-Kusma, Konstipasyon, Yorgunluk, Deliryum, Depresyon, Anksiyete, Cinsel Yaşam İle İlgili Sorunlar)
- Spiritüel (Manevi) Bakım
- Ölüm Sürecinde ve Sonrasında Hasta Bakımı
- Yas Sürecinde Ailenin Bakımı
- Palyatif Bakımda Etik Konular
- Palyatif Bakımda Yasal Konular
- Mesleklerarası Palyatif Bakımda Ekip Çalışması, Vaka Tartışması
- Simülasyon Uygulaması Hakkında Bilgilendirme

Eğitimin Değerlendirilmesi

Palyatif Bakım Konusunda Yeterliliklerinin Belirlenmesi Yönelik Soru Formu

Disiplinler Arası Eğitim Algısı Ölçeği

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Ek 14. Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi Afışı



**HACETTEPE
ÜNİVERSİTESİ**



**İSÜ | İSTİNYE
ÜNİVERSİTESİ**
İ S T A N B U L

**JİNEKOLOJİK ONKOLOJİYE YÖNELİK
MESLEKLERARASI PALYATİF BAKIM**

4-5 Mart 2017



**MESLEKLER
ARASI
SİMÜLASYON
EĞİTİMİ**

YER
*Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Eren Kum Amfisi, Sıhhiye Kampüsü*

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU
İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
MLPCare Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

ÖN KAYIT İLETİŞİM
Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği A. D.
0534 224 59 80

04 Mart 2017	
08.30-09.00	Kayıt ve Kahvaltı
09.00-09.30	Programın Tanıtılması
09.30-10.00	Palyatif Bakımın Amacı, Hedefleri ve Palyatif Bakım Uygulamasında Karşılaşılan Engeller Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU (İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)
10.00-10.15	Kahve Arası
10.15-10.45	Türkiye'de ve Dünyada Palyatif Bakımın Durumu Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi)
10.45-11.30	Jinekolojik Kanselerde Palyatif Bakım Neden Önemli Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
11.30-12.30	Dilek Kartları Kullanılarak Grup Tartışması
12.30-13.30	Öğle Yemeği
13.30-14.30	Mesleklerarası Palyatif Bakım Ekibinin Roller ve Sorumlulukları Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi) Uzm. Hem. Ferhan ÇETİN ŞEREF (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi) Uzm. Dyt. Şeniz ÖZTÜRK (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi) Sosyal Hizmet Bim. Uzm. Melis KAYA (Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi)
14.30-14.45	Kahve Arası
14.45-15.15	Spirituüel (Manevi) Bakım Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
15.15-15.45	Palyatif Bakımda Hasta ve Ailesi ile İletişim Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
15.45-16.00	Değerlendirme
05 Mart 2017	
08.30-09.00	Kahvaltı
09.00-09.30	Mesleklerarası Semptom Yönetiminde Ağrı
09.30-10.15	Kanıt Dayalı Uygulamalar Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
10.15-10.45	Yorgunluk Bulantı-Kusma Konstipasyon
10.45-11.00	Kahve Arası
11.00-11.45	Mesleklerarası Semptom Yönetiminde Deliryum Kanıt Dayalı Uygulamalar Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
11.45-12.00	Anksiyete Cinsel Yaşam ile İlgili Sorunlar
12.00-12.30	Ölüm Sürecinde ve Sonrasında Hasta Bakımı Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
12.30-13.30	Öğle Yemeği
13.30-14.00	Yaş Sürecinde Ailenin Bakımı Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
14.00-14.30	Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Konular Öğr. Gör. Dr. Merve DEMİR (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi)
14.30-14.45	Kahve Arası
14.45-15.15	Mesleklerarası Palyatif Bakımda Ekip Çalışması Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
15.15-16.00	Değerlendirme Simülasyon Uygulaması Hakkında Bilgilendirme

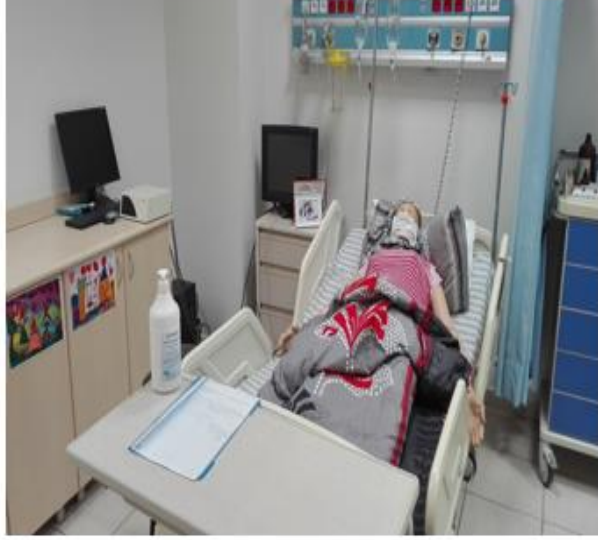
***Kontenjan her bir fakülte ve bölümün öğrencilerinden 24 kişi ile sınırlıdır.**

****Katılım ücretsizdir. Her bir katılımcıya katılım belgesi verilecektir.**

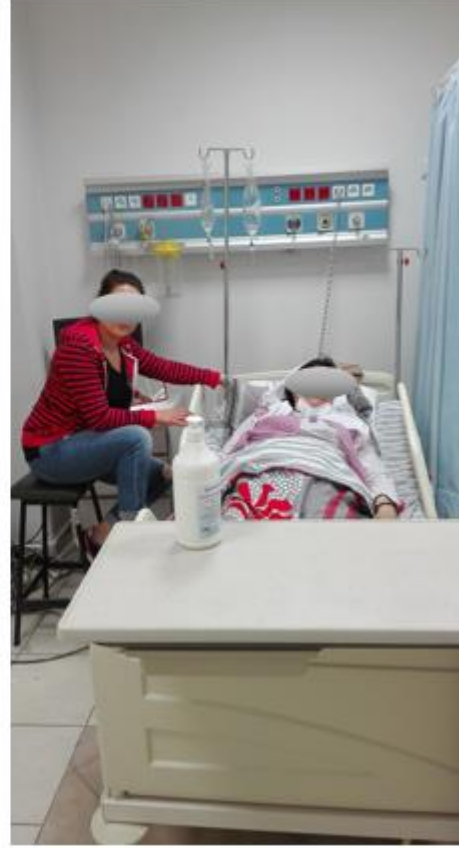
Ek 15. Eğitimde Kullanılan Jinekolojik Onkolojiye Yönelik Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi Kitapçığı, Yaka Kartı, Kimlik Kartı, Dilek Kartı, Eğitim Katılım Belgesi



Ek 16. Yüksek Geçerlikte Simülasyon Senaryosu Doğrultusun Ortamın Ve Mankenin Hazırlığı



Ek 17. Hibrit Simülasyon Senaryosu Doğrultusun Ortamın ve Standart Hastaların Hazırlığı



**Ek 18. “Jinekoloji Onkolojide Mesleklerarası Palyatif Bakım Eğitimi”nde
Konuşmacılara Verilen Teşekkür Belgesi**



Ek 19. Araştırmanın Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 793

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26 TEMMUZ 2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/15
Proje No : GO 16/388 (Değerlendirme Tarihi : 14.06.2016)
Karar No : GO 16/388 – 10

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, Fatma Uslu ŞAHAN'ın tezi olan, GO 16/388 kayıt numaralı ve **"Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yılmaz SARA (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

Ek 20. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İzin Yazısı



HACETTEPEÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

06100 Sıhhiye-Ankara
Tel: 0 (312) 324 2013-305 1580-1447
Fax: 0 (312) 312 7085
E-posta:hemsirelikfakultesi@hacettepe.edu.tr

Sayı : 51986023 / 1205
Konu :

10/08/ 2016

Doğum Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'na,

Anabilim dalınız Arş. Gör. Fatma Uslu Şahan'ın yürüttüğü Prof. Dr. Füsün Terzioğlu'nun danışmanlığı altında "Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinokolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Dönemi'nde Fakültemiz 3.Sınıf öğrencileri ile yapması uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Leyla Dinç
Dekan V.

Fak.Sek.V.F.Torun **F.T.**

Ek 21. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü İzin Yazısı



T.C.
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ

Sayı: 99081126/341
Konu: Tez Uygulama İzni Hk.

17/08/2016

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'na

İlgi : 12/08/2016 tarihli ve 51986023-900/664 sayılı yazınız

Hemşirelik Fakültesi Doğum Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Fatma Uslu Sahan'ın Prof. Dr. Füsun Terzioğlu danışmanlığı altında yürüttüğü " Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi" konulu Doktora tez çalışmasının uygulamasını 2016-2017 Eğitim-Öğretim Yılı Bahar Dönemi'nde Bölümümüz 3.sınıf öğrencilerinde uygulanabilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. NESLİŞAH RAKICIOĞLU
Bölüm Başkanı



Ek 22. Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü İzin Yazısı



T.C.
İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Sosyal Hizmet Bölüm Başkanlığı

Sayı: 74823957-773.01/508

06/10/2016

Konu: Fatma USLU ŞAHAN /Tez Uygulama İzni hk.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 1) 11.08.2016 tarih ve 660 sayılı yazınız.
2) 03.10.2016 tarih ve 1426 sayılı yazınız.

İlgi yazılarınız kapsamında Fakülteniz Doğum Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora programı öğrencisi Fatma USLU ŞAHAN'ın Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU danışmanlığında yürüttüğü "Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkileri" başlıklı doktora uygulamasını Bölümümüz 3. sınıf öğrencileri ile 2016-2017 Eğitim-Öğretim yılı Bahar Dönemi'nde yapması Bölüm Başkanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. SUNAY İL
Bölüm Başkanı



Ek 23. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İzin Yazısı

Patma Uslu Sahay



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Sayı: 65420943-300/13803
Konu: Tez Çalışması hk.

22/09/2016

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 11/08/2016 tarih ve 661 sayılı yazınız.

İlgi yazınız hakkında alınan 19/09/2016 tarih ve 2016/1638 sayılı Fakültemiz Yönetim Kurulu Kararı ilişikte verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. PERGİN ATILLA
Dekan Yardımcısı

EKLER :
Yönetim Kurulu Kararı (1 Adet)



6336151557

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Sayısı	Karar Sayısı	Karar Tarihi
32	2016/1638	19/09/2016

Hemşirelik Fakültesi Araştırma Görevlisi Fatma Uslu ŞAHAN'ın yürüttüğü Prof. Dr. Füsün TERZIOĞLUNUN danışmanlığı altında 2016-2017 Bahar Döneminde "Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına etkisi" konulu doktora tez çalışması yapmak istediklerine dair Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından alınan 11/08/2016 tarih ve 661 sayılı yazı ile Fakültemiz Dönem IV öğrencilerine uygulamak istedikleri anket incelendi; ilgili anketin Fakültemiz Dönem IV öğrencilerine yapılması uygun görüldü.



**Ek 24. Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Merkezi Kullanımına Yönelik
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı İzin
Yazısı**



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı

11/11/2016

Sayı: 82739379-770/213
Konu: Araş.Gör. Fatma USLU ŞAHAN

DOĞUM-KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısının Prof.Dr. Füsün TERZİOĞLU olduğu "Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinokolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin KAZandırılmasına Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmanın uygulama yapabilmeye için 2016-2017 bahar dönemi Şubat, Mart ve Nisan aylarında, hafta sonları "Simülasyon Merkezi ve Değerlendirme Merkezi kullanıma uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Prof.Dr. MELİH ELÇİN
Anabilim Dalı Başkanı



Ek 25. Araştırmanın Nicel Bölümü’nün Aydınlatılmış Onam Formu

Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi

Sevgili Katılımcı

Bu araştırma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi”dir. Araştırmanın amacı, mesleklerarası simülasyon eğitiminin öğrencilerin jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerinin kazandırılmasına, disiplinlerarası eğitim algısının ve ekip çalışması tutumlarının artırılmasına etkisinin değerlendirilmesidir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar jinekolojik onkoloji palyatif bakım yeterliliklerinin geliştirilmesinde mesleklerarası simülasyon eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Araştırmada herhangi bir rahatsızlık hissettiğinizde araştırmayı bırakmanız mümkündür. Bu konuda size herhangi bir olumsuz geri dönüş olmayacaktır. Araştırmanın bütün masrafları araştırmacıya aittir, sizden herhangi bir başlık altında ücret talep edilmeyecek ve size ücret verilmeyecektir.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

0312-305 15 80

Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN

0534-224 59 80

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi

Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

Ek 26. Araştırmanın Nitel Bölümü’nün Aydınlatılmış Onam Formu

Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi

Sevgili Katılımcı

Bu araştırma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi”dir. Araştırmanın amacı, öğrencilerin mesleklerarası jinekoloji onkoloji palyatif bakım eğitiminde simülasyon kullanımı konusunda görüş, düşünce ve önerileri belirlemektir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar jinekolojik onkolojiye yönelik palyatif bakım eğitiminde mesleklerarası simülasyon eğitiminin değerlendirilmesini sağlanarak, konu ile ilgili yapılacak diğer çalışmaların geliştirilmesine imkân sunacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırmaya katılımda gönüllük esas olup hiç bir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmada hiç bir şekilde adınız belirtilmeyecektir. Bu çalışmaya katılımda gönüllü olursanız ses kayıt cihazı eşliğinde yaklaşık bir saat görüşme gerçekleştirilecektir. Görüşmelerde kullanılan ses kayıt cihazında kayıtlı olan bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya görüşmeye istemezseniz son verebilirsiniz.

Araştırmada herhangi bir rahatsızlık hissettiğinizde araştırmayı bırakmanız mümkündür. Bu konuda size herhangi bir olumsuz geri dönüş olmayacaktır. Araştırmanın bütün masrafları araştırmacıya aittir, sizden herhangi bir başlık altında ücret talep edilmeyecek ve size ücret verilmeyecektir.

Araştırmamıza ayırdığınız zaman ve ilgiden dolayı teşekkür ederiz.

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

0312-305 15 80

Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN

0534-224 59 80

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

Arş. Gör. Fatma USLU ŞAHAN

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

10. EK TABLOLAR VE GRAFİKLER

Ek Tablo 1. Öğrencilerin çalışma gruplarına ve simülasyon uygulama gruplarına göre randomizasyonu

Simülasyon Grupları	Fakülte/Bölüm	Sim-Grup 1 18 Mart 2017 09.30-11.30	Sim-Grup 2 18 Mart 2017 11.30-13.30	Sim-Grup 3 18 Mart 2017 13.30-15.30
Yüksek Geçerlikte Simülasyon (Grup 2)	Tıp Fakültesi	1	2	6
	Hemşirelik	2	9	16
		17	7	20
	Beslenme	10	22	3
		21	23	15
	Sosyal Hizmet	6	5	17
19		20	8	
Hibrit+Yüksek Geçerlikte Simülasyon (Grup 4)	Fakülte/Bölüm	Sim-Grup 4 26 Mart 2017 10.00-12.00	Sim-Grup 5 1 Nisan 2017 09.30-12.00	Sim-Grup 6 1 Nisan 2017 12.00-14.30
	Tıp Fakültesi	8	17	13
	Hemşirelik	11	13	19
		10	18	22
	Beslenme	6	9	5
		17	12	4
	Sosyal Hizmet	11	2	15
		12		
Hibrit (Grup 3)	Fakülte/Bölüm	Sim-Grup 7 1 Nisan 2017 14.30-16.30	Sim-Grup 8 8 Nisan 2017 09.30-11.30	Sim-Grup 9 8 Nisan 2017 12.00-14.00
	Tıp Fakültesi	11	7	5
	Hemşirelik	12	8	15
		4	6	21
	Beslenme	7	16	2
		1	13	11
	Sosyal Hizmet	7	1	9
		10	4	22
Kontrol (Grup 1)	Fakülte/Bölüm	Kontrol		
	Tıp Fakültesi	3	12	10
		4	14	16
		9	15	
	Hemşirelik	1	5	
		3	14	
	Beslenme	8	18	19
		14	20	
	Sosyal Hizmet	13	18	16
		14	21	3

Ek Tablo 2. Öğrencilerin fakülte/bölümlerine ilişkin bazı düşüncelerinin gruplara göre dağılımı

Fakülte/bölüme ilişkin bazı düşünceler	1.Grup ^a (n= 23)		2.Grup ^b (n=21)		3.Grup ^c (n=21)		4.Grup ^d (n=19)		Toplam (n=84)		
Fakülte/Bölümü İsteyerek Seçme Durumu											
Evet	20	87,0	12	57,1	16	76,2	18	94,7	62	73,8	
Hayır	3	13,0	9	42,9	5	23,8	1	5,3	22	26,2	
										$\chi^2=7,623$	p= 0,054
Fakülte/Bölümü İsteyerek Seçmesine Neden Olan Durumlar											
Severek yapacağını ve topluma yararlı olacağını düşünme	15	71,4	11	64,7	14	73,7	10	91,0	47	69,2	
Diğer**	9	42,9	6	35,3	5	26,3	1	9,1	21	30,9	
Mezun Olduktan Sonra Çalışmak İstedığınız Özel Çalışma Alanının Var Olma Durumu											
Evet	13	56,5	16	76,2	16	76,2	15	78,9	66	78,6	
Hayır	10	43,5	5	23,8	5	23,8	4	21,1	18	21,4	
										$\chi^2=3,497$	p= 0,321
Mezun Olduktan Sonra Çalışmak İstenilen Özel Çalışma Alanları***											
Klinik alan	8	61,6	9	56,5	9	56,5	12	80,1	40	66,6	
Sosyal alan	3	23,1	3	18,8	2	12,5	1	6,7	10	16,7	
Akademik alan	2	15,4	3	18,8	3	18,8	2	13,3	10	16,7	

^aKontrol, ^bYüksek geçerlikte simülasyon, ^cHibrit simülasyonu, ^dYüksek geçerlikte simülasyon+ Hibrit simülasyonu

*Çok Gözlü Pearson Ki Kare

** Diğer (çalışma alanının genişliği, aile isteği, puanın uygun olması)

***Birden fazla yanıt verilmiştir.

Ek Tablo 3. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı mevcut işbirliği algısı alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Disiplinler Arası Eğitim Algısı	T1 ^a			T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
Mevcut İşbirliği Algısı Alt Boyutu	YGS ^d	HS ^e	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Zamanlar arası farklılık ^g	
Grup 1 (n=23)	-	-	3.68±1.34	3.70±1.55	3.78±1.20	0.056	0.946	-	
Grup 2 (n=21)	+	-	3.71±1.35	3.78±1.12	4.22±1.00	1.902	0.162	-	
Grup 3 (n=21)	-	+	3.87±1.65	4.13±1.81	4.43±0.54	1.200	0.312	-	
Grup 4 (n=19)	+	+	3.79±0.96	4.21±1.22	4.19±0.94	1.588	0.218	-	
İstatistiksel Analiz ^h	F		1,522	1,903	1,766				
Yöntemler Arası Farklılık ^g	p		0,215	0,136	0,160				

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Sümülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Ek Tablo 4. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları liderlik alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

Ekip Çalışması Tutumları		T1 ^a		T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
Liderlik Alt Boyutu	YGS ^d	HS ^e	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Zamanlar arası farklılık ^g	
Grup 1 (n=23)	-	-	4.58±0.38	4.64±0.58	4.62±0.57	0.145	0.865	-	
Grup 2 (n=21)	+	-	4.48±0.44	4.60±0.47	4.65±0.57	0.799	0.457	-	
Grup 3 (n=21)	-	+	4.52±0.64	4.68±0.53	4.59±0.50	0.626	0.540	-	
Grup 4 (n=19)	+	+	4.60±0.56	4.72±0.36	4.70±0.36	0.620	0.544	-	
İstatistiksel Analiz ^h		F	0.242	0.230	0.184				
Yöntemler Arası Farklılık ^g		p	0.867	0.876	0.907				
			-	-	-				

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Ek Tablo 5. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları durum izleme alt boyutu puan ortalamalarının müdahale gruplarına göre dağılımı

Ekip Çalışması Tutumları Durum İzleme Alt Boyutu	YGS ^d	HS ^e	T1 ^a		T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
			Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		F	p
Grup 1 (n=23)	-	-	4.43±0.34		4.41±0.37		4.25±0.86		0.623	0.546
Grup 2 (n=21)	+	-	4.37±0.37		4.48±0.70		4.40±0.71		0.288	0.752
Grup 3 (n=21)	-	+	4.35±0.50		4.50±0.55		4.48±0.62		0.618	0.544
Grup 4 (n=19)	+	+	4.40±0.57		4.68±0.32		4.64±0.43		2.402	0.121
İstatistiksel Analiz^h	F		0.159		1.025		1.160			
Yöntemler Arası Farklılık^g	p		0.923		0.386		0.330			

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)

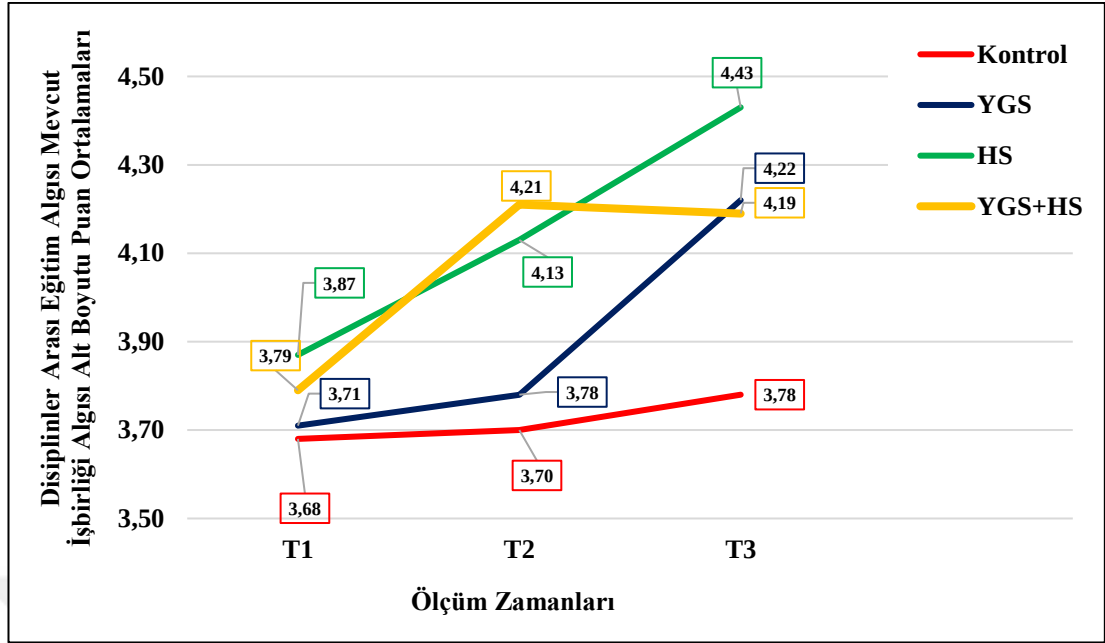
Ek Tablo 6. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları iletişim alt boyutu puan ortalamalarının müdahale gruplarına göre dağılımı

Ekip Çalışması Tutumları İletişim Alt Boyutu	YGS ^d	HS ^e	T1 ^a		T2 ^b		T3 ^c		İstatistiksel Analiz ^f	
			Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		F	p
Grup 1 (n=23)	-	-	4.30±0.67		4.20±0.92		4.30±0.99		0.161	0.852
Grup 2 (n=21)	+	-	4.35±0.67		4.50±0.75		4.50±0.57		0.927	0.404
Grup 3 (n=21)	-	+	4.24±0.63		4.52±0.51		4.51±0.57		1.384	0.275
Grup 4 (n=19)	+	+	4.27±0.84		4.54±0.46		4.41±0.59		1.127	0.335
İstatistiksel Analiz^h			F		1.192		0.431			
Yöntemler Arası Farklılık^g			p		0.961		0.732			
			-		-		-			

^aT1: Eğitim Öncesi; ^bT2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; ^cT3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

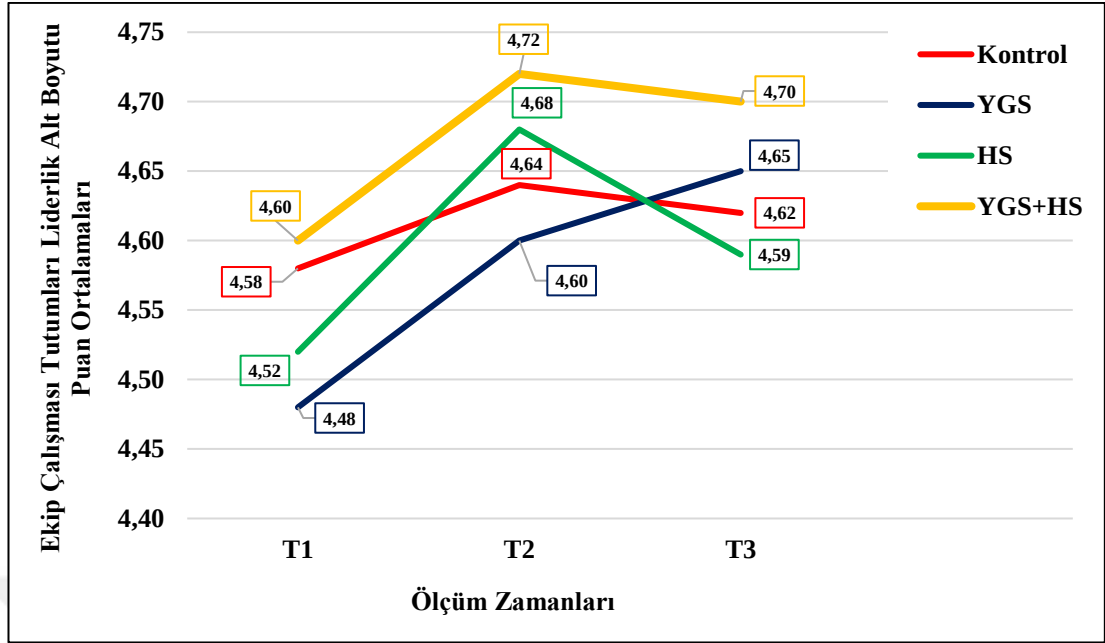
^d YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon, ^e HS: Hibrit Simülasyon

^f Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi (Repeated Measures), ^g Bonferroni Post-Hoc Testi, ^h One Way Anova (Tek Yönlü Varyans Analizi)



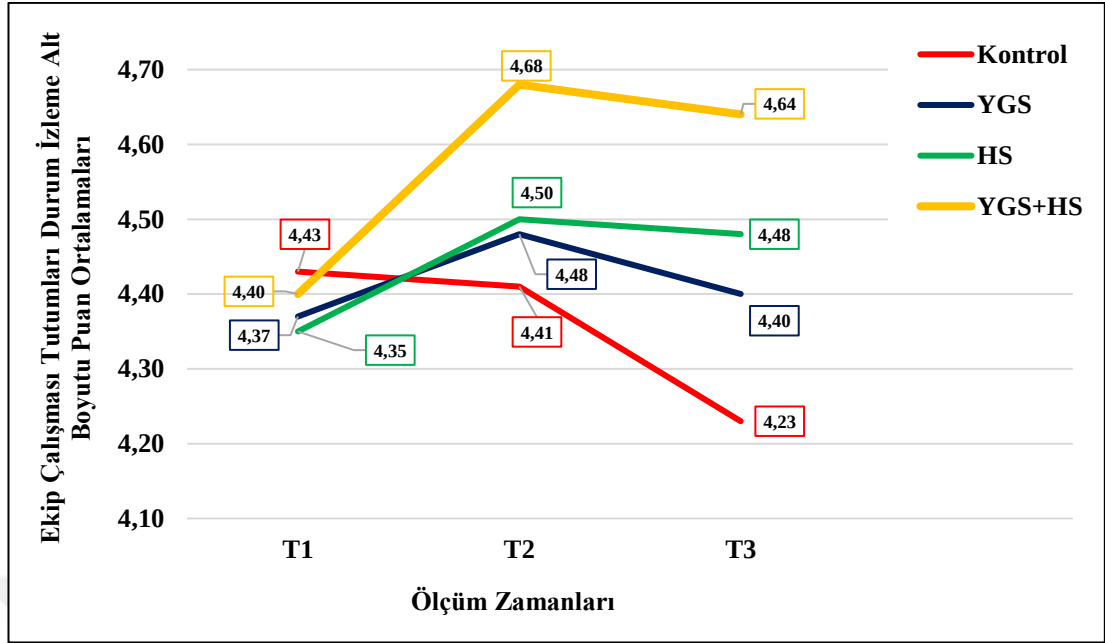
T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

Ek Grafik 1. Öğrencilerin disiplinler arası eğitim algısı mevcut işbirliği algısı alt boyutu puan ortalamalarının müdahale gruplarına göre dağılımı



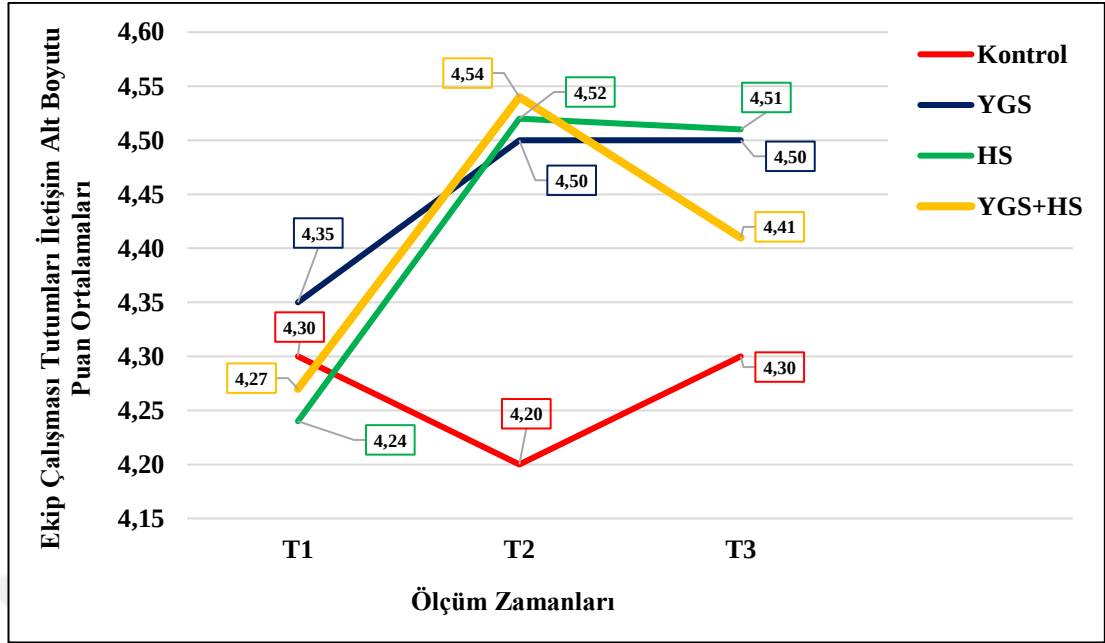
T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

Ek Grafik 2. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları liderlik alt boyutu puan ortalamalarının müdahale gruplarına göre dağılımı



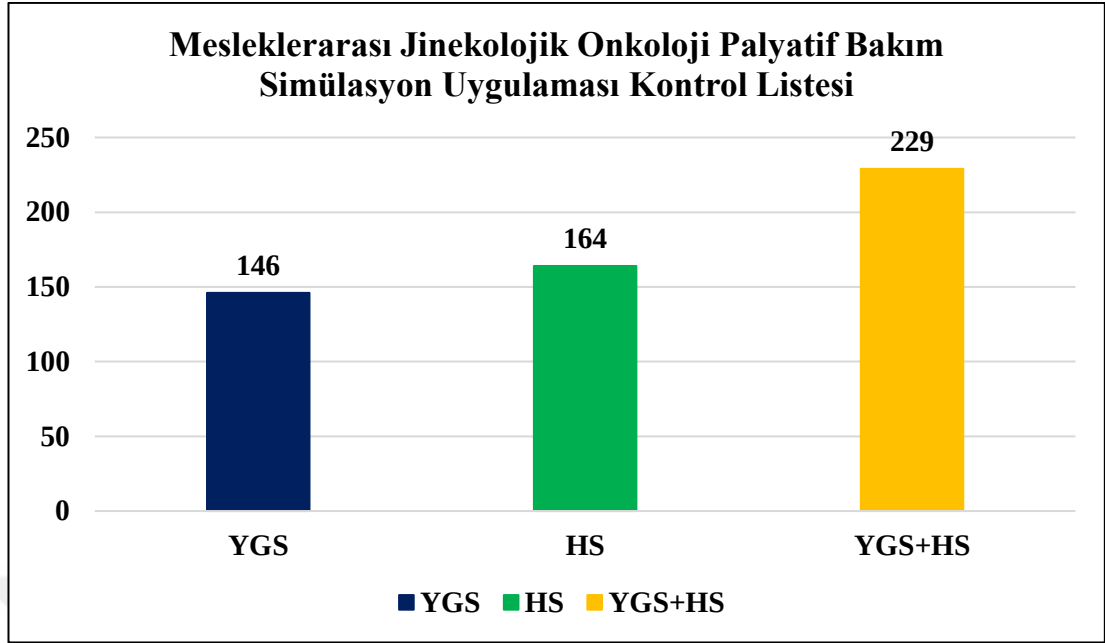
T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

Ek Grafik 3. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları durum izleme alt boyutu puan ortalamalarının müdahale gruplarına göre dağılımı



T1: Eğitim Öncesi; T2: Simülasyon Uygulamasından Hemen Sonra; T3: Simülasyon Uygulamasından 3 Ay Sonra

Ek Grafik 4. Öğrencilerin ekip çalışması tutumları iletişim alt boyutu puan ortalamalarının müdahale gruplarına göre dağılımı



YGS: Yüksek Geçerlikte Simülasyon; HS: Hibrit Simülasyon

Ek Grafik 5. Mesleklerarası jinekolojik onkoloji palyatif bakım simülasyon uygulaması kontrol listesi toplam puanının müdahale gruplarına göre dağılımı

11. ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

1.KİŞİSEL BİLGİLER

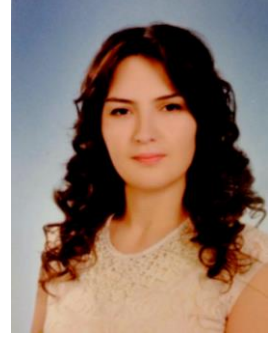
Ad, Soyadı: Fatma USLU ŞAHAN

Cinsiyet: Kadın

Doğum Tarihi: 03/12/1988

Medeni Durum: Evli

Sürücü Belgesi: B



2.İLETİŞİM

E-mail Adresi: fatma.uslu@hacettepe.edu.tr

fatmauslusahan@gmail.com

3.EĞİTİM BİLGİLERİ

ÖĞRENİM DÖNEMİ	DERECE (*)	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2013-...	Doktora	Hacettepe Üniversitesi	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
2011-2013	Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
2006-2010	Lisans	Ankara Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

4.AKADEMİK VE MESLEKİ DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	ÜNİVERSİTE	BÖLÜM
04.2013-...	Arş. Gör.	Hacettepe Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
06.2015-10.2015	Visiting Scholar	The University of Alabama at Birmingham	School of Nursing
11.2012-04.2013	Arş. Gör.	Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi	Sağlık Yüksek Okulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
02.2012-11.2012	Klinik Hemşiresi	Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Jinekoloji Onkoloji Servisi
02.2011- 2.2012	Klinik Hemşiresi	Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Doğum Salonu

5. YÜKSEK LİSANS TEZ BAŞLIĞI VE TEZ DANIŞMANI

Uslu, F., Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Konusunda Uygulamalarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, Ankara, 2013.

Danışman: **Prof. Dr. Füsun Terzioğlu**

6.YURT DIŞI DENEYİM

The University of Alabama at Birmingham School of Nursing_Visiting Scholar

“Certificate Independent Study in Doctoral Studies in Palliative Care and Interprofessional Simulation Based Team Training with Clinical Simulation” [June 13, 2015- October 16 2015 (4 months)]

7.AKADEMİK ÇALIŞMALAR

7.1.Uluslararası Yayınlar

7.1.1. SCI, SSCI, AHCI gibi indekslerce taranan dergilerde yayımlanan tam metinli makaleler

1. Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Koç, G., Şimşek, Ş., Yaşar, B. N., Şahan, F. U., Akın, R., Evrenol Öcal, S., Akdağ, C., Elçin M., Mert M., Yıldırım S. (2016). A new strategy in nursing education: From hybrid simulation to clinical practice. Nurse Education Today, 39, 104-108. (SCI-E)
2. Terzioğlu, F., Temel, S., & Uslu Şahan, F. (2016). Factors affecting performance and productivity of nurses: professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. Journal of Nursing Management, 24(6):735-44. doi: 10.1111/jonm.12377. (SCI-E)
3. Uslu Şahan, F., Terzioğlu, F., Koc, G. (2018). Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients with Gynecologic Cancer and Their Caregivers. Cancer Nursing, DOI: 10.1097/NCC.0000000000000622 (in press) (SCI-E)

7.1.2. SCI, SCI-Expanded, SSCI, AHCI dışında uluslararası indeksler tarafından taranan dergilerde yayımlanan tam metinli makaleler

1. Terzioğlu, F., Uslu Şahan F., Boztepe H. (2015). Palliative Care to the Cancer Patient: Turkish perspectives. Journal of Palliative Care & Medicine, 5(1): 1-5. doi:10.4172/2165-7386.1000S5-004.
2. Terzioğlu, F., Şahan Uslu F., (2016). Palliative Care in Gynecologic Cancers. Journal of Palliative Care & Medicine, 6(5): 1-3. doi:10.4172/2165-7386.1000281

(Index Copernicus, Google Scholar, Open J Gate, Genamics JournalSeek, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Electronic Journals Library, RefSeek, Hamdard University, EBSCO A-Z, OCLC- WorldCat)

3. Türten Kaymaz T., Şimşek Çetinkaya, Ş., Bakır, E., Üzar Özçetin S. Y., Gül, Ş., Ercan Şahin, N., **Uslu Şahan, F.**, Başaran, S., Tunçbilek, Z. (2017). Reflections of Bologna Process on Websites of Undergraduate Nursing Programs in Turkey. *Journal of Higher Education and Science*, 7(1), 91-97. DOI: 10.5961/jhes.2017.187

4. **Uslu-Şahan F.**, Terzioğlu F (2017) Nurses' Knowledge and Practice toward Gynecologic Oncology Palliative Care. *J Palliat Care Med*, 7 (4), 1-6. doi:10.4172/2165-7386.1000315. (Index Copernicus, Google Scholar, Open J Gate, Genamics JournalSeek, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Electronic Journals Library, RefSeek, Hamdard University, EBSCO A-Z, OCLC- WorldCat)

5. **Uslu-Şahan, F.**, Terzioğlu, F. (2017). Evidence-Based Approaches in Palliative Care Nursing. *Journal of Anesthesia-JARSS*, 25(3), 30-36. (TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin, EMBASE ve Scopus)

7.1.3. SCI, SSCI, AHCI gibi indekslerde taranan dergilerde yayımlanan özet metinli makaleler

1. **Uslu Şahan, F.**, Terzioğlu, F. (2014). Determination of the Palliative Care Practices of the Nurses Working in the Gynecological Oncology Units (Abstract). *Palliative Medicine*, 28(6), 877-878. (SCI, SCI-E)

7.2. Ulusal Yayınlar

7.2.1. Hakemli dergilerde yayımlanan tam metinli makaleler

1. **Uslu, F.**, Terzioğlu, F. (2013). Feminizm, Kadın ve Hemşirelik. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, Aralık (8): 44-46.

2. **Şahan Uslu, F.**, Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakımın Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.

3. Terzioğlu F., **Şahan Uslu, F.** (2017). Hemşirelerin Tıbbi Müdahalede Karar Verme Yetkisi ve Konumu. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(3), 136-142. (TR-Dizin)

7.2.2. Ulusal Kitap ve/veya Kitap Bölümü vazarlığı

1. Terzioğlu, F., **Şahan Uslu F.** (2017). Jinekolojik Kanslerde Palyatif Bakım. K, Kabukçuoğlu (Ed.). *Kadın Sağlığı Sorunlarının Psikososyal Yansımaları*. Ankara: Detay Yayıncılık (sf: 185-214) ISBN: 9786052323236

7.3. Atıflar

7.3.1. Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Koç, G., Şimşek, Ş., Yaşar, B. N., **Şahan, F. U.**, Akın, R., Evrenol Öcal, S., Akdağ, C., Elçin M., Mert M., Yıldırım S. (2016). A new strategy in nursing education: From hybrid simulation to clinical practice. *Nurse Education Today*, 39, 104-108.

7.3.1.1. Tutkımnen, V. (2017). Examination of the abdomen with a DVD tutorial. Degree Programme. Oulu University of Applied Sciences, Finland.

7.3.1.2. Yılmaz, D. U., & Korhan, E. A. (2017). Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliği: Bir Sistematiğin İnceleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 218-226. (EBSCO/cnahl, Türkiye atf Dizini, Türkiye Klinikleri Tıp Veri Tabanı)

7.3.1.3. Topbaş, E., Bingöl, G., Görgen, Ö., Terzi, B., & Yılmaz, A. The Effects of Simulation Training on Identifying Cardiopulmonary Health Problems. *International Journal of Health Sciences & Research*, 7(8), 253-261. (Scopemed, DOAJ, Index Copernicus, Google Scholar, Google, HINARI (WHO, Geneva), Genamics, Open Science Directory, AGORA, BOAI, SOROS, Scirus, Index Scholar, Journal Index, eJManager, Find eJournal, NEWJOUR, Open J-Gate, ICMJE, WorldCat, AcademicKeys, Docstoc, ResearchBib, CiteFactor, getCITED, Ulrich's International Directory and Other Databases.)

7.3.1.4. Mikkonen, K. (2017). Clinical learning environment and mentoring of culturally and linguistically diverse nursing students. Doctoral thesis. Acta Universitatis Ouluensis. D, Medica, Finland.

7.3.1.5. Şendir, M., & Coskun, E. Y. (2017). Hybrid Simulations: Applied Cases. *International Journal of Health Sciences & Research*, 7(10), 235-239. (Scopemed, DOAJ, Index Copernicus, Google Scholar, Google, HINARI (WHO, Geneva), Genamics, Open Science Directory, AGORA, BOAI, SOROS, Scirus, Index Scholar, Journal Index, eJManager, Find eJournal, NEWJOUR, Open J-Gate, ICMJE, WorldCat, AcademicKeys, Docstoc, ResearchBib, CiteFactor, getCITED, Ulrich's International Directory and Other Databases.)

7.3.1.6. Kahyaoglu Sut, H., Küçükaya, B. (2017). Views of nursing students about use of simulated pregnant in the practice of labor course. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4(2), 79-89. (Google Scholar, InfoBase Index, International Institute of Organized Research (I2OR) and Scientific Indexing Service (SIS) and etc. In addition, the published issues submitted to SCOPUS and Thomson Reuters Conference Proceedings Citation Index – CPCI (ISI Web of Science)

7.3.2. Terzioğlu, F., Temel, S., & **Uslu Şahan, F.** (2016). Factors affecting performance and productivity of nurses: professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. *Journal of Nursing Management*, 24(6):735-44.

7.3.2.1. Gulle, M., & Soyer, F. (2017). The Relationship between Mobbing and Organizational Commitments of Physical Education and Sport Teachers. *International Journal of Educational Sciences*, 18(1-3), 73-78. (ASSIA (Applied Social Sciences Index & Abstracts), Linguistics and Language Behavior Abstracts database, National Academy of Agricultural Sciences (NAAS), ProQuest's International Bibliography of the Social Sciences (IBSS), DOAJ (Directory of Open Access Journals)

7.3.2.2. Anandh, S., Varadharajulu, G., Raja, R., Jaja-Prakash, J. (2017). The Effect of Ageing on Quality of work in Health Professionals. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 16 (1), 98-108. (Crossref, The arXiv, IC Journals, J-Gate, EBSCO, Google Scholar)

7.3.2.3. Rose, A., Uebel, K. E., & Rae, W. I. (2018). Interventionalists' perceptions on a culture of radiation protection. *South African Journal of Radiology*, 22(1), 10. (DHET SA List, SciELO SA, Web of Science Other Coverage, Emerging Sources Citation Index, ESCI, Directory of Open Access Journals, EBSCO Host, GALE, CENGAGE Learning, Google Scholar, Hinari, ProQuest, African Index Medicus)

7.3.2.4. Skinner, N., Van Dijk, P., Stothard, C., & Fein, E. C. (2018). "It breaks your soul": An in-depth exploration of workplace injustice in nursing. *Journal of nursing management*, 26(2), 200-208. (Science Citation Index Expanded, SCOPUS, Social Sciences Citation Index, Web of Science, EBSCO)

- 7.3.2.5. Marques, I., Willis, S. C., Schafheutle, E. I., & Hassell, K. (2018). Development of an instrument to measure organisational culture in community pharmacies in Great Britain. *Journal of health organization and management*, 32(2), 176-189. (SSCI, Scopus)
- 7.3.2.6. Pinto da Silva, L., Castro, R., & Dos-Santo, M. G. (2018). Influência da Cultura Organizacional Mediada pelo Assédio Moral na Satisfação no Trabalho. *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, 22(2), 249-270. (Clase, doaj, Ebsco, gale, IBSS...)
- 7.3.3. Terzioğlu, F., **Uslu Şahan F.**, Boztepe H. (2015). Palliative Care to the Cancer Patient: Turkish perspectives. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 5(1): 1-5.
- 7.3.3.1. Walker, D. K., Edwards, R. L., Bagcivan, G., & Bakitas, M. A. (2017). Cancer and palliative care in the United States, Turkey, and Malawi: Developing global collaborations. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(3), 209. (CINAHL, PubMed, PubMed Central, and Emerging Sources Citation Index (ESCI))
- 7.3.3.2. Akyar, I., Dionne-Odom, J. N., Yang, G. M., & Bakitas, M. A. (2018). Translating a US early palliative care model for Turkey and Singapore. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 33-39. (DOAJ, Emerging Sources Citation Index, PubMed Central)
- 7.3.4. **Şahan Uslu, F.**, Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakımın Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.
- 7.3.4.1. Kıvanç, Meral Madenoğlu. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Palliative Care Services in Turkey. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135. (Türkiye Atıf Dizininde, Türk Medline ve ULAKBİM TR Dizin)
- 7.3.4.2. Benli, A. R., Sunay, D. (2017). Palyatif Bakım Merkezi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Birlikte Çalışması Örneği: Karabük. *Ankara Med. J.*, 17(3), 143-150. (DOAJ, DRJI, EBSCOhost, Google Scholar, HINARI, Index Copernicus, InfoBase Index, J-Gate, Journal Index, Journal TOCs, SHERPA/RoMEO, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini, Türkiye Atıf Dizini Turkish Citation Index, Turkish Medline, UlrichsWeb)
- 7.3.4.3. Turan, G. B., Mankan, T., & Polat, H. (2017). Opinions of Nurses about Palliative Care. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 176-184. (DOAJ, EBSCOhost, Google Scholar, Open J-Gate, ProQuest, WorldCat, EMcare, CINAHL, ZDB, TOC, Premier, Academic Journals Database, Genamics Journal Seek)
- 7.3.5. **Uslu, F.**, Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Konusunda Uygulamalarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, Ankara, 2013.
- 7.3.5.1. Utlı, G. (2015). Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Tedavisinde Narkotik Analjezik Kullanımı. Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İzmir
- 7.3.5.2. Güney Kızıl, E., İncazlı, S. B., Erken, S., Güntürkün, F., Özkan, B. (2015). Hemşirelerin Görevlerini Bilme, Benimseme ve Yerine Getirme Durumları: İzmir Örneği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 215-223.
- 7.3.4.3. Turan, G. B., Mankan, T., & Polat, H. (2017). Opinions of Nurses about Palliative Care. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 176-184. (DOAJ, EBSCOhost, Google Scholar, Open J-Gate, ProQuest, WorldCat, EMcare, CINAHL, ZDB, TOC, Premier, Academic Journals Database, Genamics Journal Seek)
- 7.3.4.4. Akay, G. (2017). Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- 7.3.4.5. Dağ, A., Badır, A. (2017). Hekim ve Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi. *DEUHFED 2017*, 10 (4), 186-192 (Ulak Bilim Türk Tıp Dizini, Türk Medline, Türkiye Atıf Dizini)
- 7.3.4.6. Kara, T. (2017). Terminal Dönem Kanser Hastası Yakınlarının Palyatif Bakım ile İlgili Görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 7.3.6. Terzioğlu, F., **Şahan Uslu F.**, (2016). Palliative Care in Gynecologic Cancers. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 6(5): 1-3. doi:10.4172/2165-7386.1000281
- 7.3.6.1. Farah, L. K., Fatemeh, A., Mahmood, S. K., Esmail, A. M., & Nazanin, M. M. Effectiveness Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy In Alleviating Symptoms Of Anxiety And Depression Among Women With Breast Cancer And Gynecological Cancer. *International Journal of Biology, Pharmacy and Allied Sciences*, 6(11), 2218-2232. (International Scientific Indexing)

7.4. Uluslararası kongre, sempozyum, panel, çalıştay gibi bilimsel, sanatsal toplantılarda sözlü/poster olarak sunulan bildiriler

1. **Uslu, F. ve Terzioğlu, F., (oral presentation-abstract)** "Long Term Results of Assisted Reproductive Techniques: Childhood Cancers ", International Congress on Medical Ethics and Law Woman Health From the Point of Medical Ethics and Law Participation, 178-179, İstanbul/Turkey, 12-15 November 2013.
2. **Uslu Şahan, F., Terzioğlu, F. (abstract = published as a special edition of Palliative Medicine)** "Determination of the Palliative Care Practices of the Nurses Working in the Gynecological Oncology Units", 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, PO144/877-878, Lleida, Spain, 5-7 June, 2014.
3. Terzioğlu, F., Elcin, M., Koc, G., Yücel, C., Simşek, S., Yasar, B., **Uslu Şahan, F.**, Akın, R., Evrenol Ocal, S., Mert, M., Yıldırım, M. **(poster presentation)** "Effect of Different Educational Environments on the Psychomotor Skills Development in Nursing", Association of Standardized Patient Educators 13th Annual Conference in Indianapolis, Indiana, USA, 22-25 June, 2014.
4. Terzioğlu, F., Temel, S., **Uslu Şahan, F.** (2014). **(oral presentation)** "Determination of the Possible Effects on Performance and Productivity in Working Environment", The 8th ICN INP/APNN Conference (Conference book, page 37), Helsinki, Finland, 18-20 August 2014.
5. **Uslu Şahan, F., Terzioğlu, F. (2015). (poster presentation).** "The Palliative Care Education and Organization in Turkey". International Palliative Care Network Conference (Online), October, 1-2, 2015.
6. **Uslu Şahan, F., Terzioğlu, F. (2015). (poster presentation).** "Determination of the Palliative Care Practices of the Nurses Working in Gynecological Oncology Units in Turkey". International Palliative Care Network Conference (Online), October 1-2, 2015.
7. **Uslu Şahan, F., Terzioğlu, F., Koç, G. (2015). (Lecturer Series).** "The Relationship Between Social Support and Hopelessness, Death Anxiety of Turkish Women with Gynecologic Cancer and Their Caregivers". International Palliative Care Network Conference (Online), October 1-2, 2015.

8. Terzioğlu, F., Şahan Uslu, F. (2016). (Lecturer Series). "Spiritual Care for Cancer Patients: From Perspective of Turkish Oncology Nurses". International Palliative Care Network Conference 2016 (Online), 1 October 2016.
9. Terzioğlu, F., Şahan Uslu, F. (2016). (Lecturer Series). "A Strategy for Enhancing Quality of Palliative Care in Turkey: Inter-Professional simulation Training in Palliative Care". International Palliative Care Network Conference 2016 (Online), 1 October 2016.
10. Uslu Şahan, F., Terzioğlu, F. (2017). (oral presentation) Impact Of Transformational Leadership On Job Satisfaction And Organizational Commitment Of Nurses In Turkey. ENDA, 13. Nursing Congress, (Abstract book, page ,52), Opatija, Croatian, 12-14 October 2017.
11. Uslu Şahan, F., Yaşar, B. N., Mert, M. Yıldırım, S., Akdağ, C., Uzunkaya P., Akbay, A. S., Koç, G., Yücel, Ç. (2017). (Poster presentation). Innovative Approaches for Obstetrics and Gynecology Nursing Course: Experience at Hacettepe University Faculty of Nursing. International Congress of Black Sea Nursing Education (Abstract book, PP 078, page 177), Samsun, Turkey, 12-13 October, 2017.

7.4. Ulusal kongre, sempozyum, panel, çalıştay gibi bilimsel, sanatsal toplantılarda sözlü/poster olarak sunulan bildiriler metinleri

1. Uslu, F. ve Terzioğlu, F., (Ulusal Sözel Sunum- Özet) "Jinekolojik Kanserlerde Palyatif Bakım", 13. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi, SB35, 84, Antalya, 7-11 Kasım 2012
2. Uslu, F., Türk, R., Terzioğlu, F., (Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Poster Sunum- Özet) "Şiddetin Farklı Bir Boyutu: Cam Tavanlar", 14. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Kongresi, PS138, 234, Bodrum, 25-27 Ekim 2013.
3. Türk, R., Uslu, F., Terzioğlu, F., (Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Poster Sunum- Özet) "Hemşirelik Örgütlerinin Politik Gücü: Lobicilik", 14. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Kongresi, PS138, 234, Bodrum, 25-27 Ekim 2013.
4. Uslu Şahan, F., Terzioğlu, F. (2015). (poster presentation) "Palyatif Bakımda Kanıta Dayalı Uygulamalar", 21. Ulusal Kanseri Kongresi, PH39, Antalya, Türkiye, 22-26 Nisan 2015.
5. Şimşek Çetinkaya, Ş., Bakır E., Turten T., Üzar Özçetin, Y. S., Gül, Ş., Ercan Şahin, N., Uslu Şahan, F., Başaran S., Tunçbilek Z. (2015). (oral presentation-tam metin). Türkiye'deki Hemşirelik Lisans Programlarının Web Sayfalarında Bologna Sürecinin Yansımaları I. Bologna Süreci Araştırmaları Kongresi, page 59-66, Ankara/Turkey, 17-18 Eylül 2015.

7.5.Uluslararası Davetli Konuşmacı

1. Uslu Şahan F. (Speaker) "Developing a Palliative Care Program in Turkey". UAB School of Nursing, Room 1020. Birmingham, Alabama/USA, August 05, 2015

7.6.Ulusal Davetli Konuşmacı

1. Uslu, F. (Panelist) "Neden Engellilerde Cinsel Yaşam ve Üreme Sağlığı: Sağlık Boyutu". Engellilerde Cinsel Yaşam ve Üreme Sağlığı Paneli. Çankaya Belediyesi Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü, Ankara, 17 Ekim 2013
2. Uslu Şahan F. (Konuşmacı) "Palyatif Bakımda Kanıta Dayalı Uygulamalar". Jinekolojik Kanserlerde Palyatif Bakım Kursu. 14. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi. Antalya, 22 Kasım 2014.
3. Uslu Şahan F. (Konuşmacı) "Simülasyon Ortamı ve Senaryonun Hazırlanması". Sağlık Bilimleri Eğitiminde Simülasyon Kullanımı Kursu. Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi 3. Ankara, 12 Kasım 2015.
4. Uslu Şahan F. (Konuşmacı) "Simülasyonda Görev Alacak Kişilerin (Eğitici, Aktör, Öğrenci Gibi) ve Ortamın Özellikleri, Senaryo İçeriğinin Oluşturulması". Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Eğitiminde Simülasyon Kullanımı Kursu. Bursa, 25 Mart 2016.
5. Uslu Şahan F. (Konuşmacı/Panelist) "Simülasyon Ortamı ve Senaryonun Hazırlanması"[Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Uygulamaları]. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. Eskişehir, 28-29 Mart 2016.
6. Uslu Şahan F. (Konuşmacı) "Doğum Sonu Anne ve Bebek Bakımı". Kızılay Mülteci Eğitimi.. Ankara, 22 Mart 2017.

7.7.Projeler

1. Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi, Terzioğlu F, Elçin M, Koç G, Yücel C, Şimşek Ş, Temel S, Yaşar B N, Uslu F, Akın R, Evrenol S, Mert M, Yıldırım S. "Hemşirelikte Farklı Eğitim Ortamlarının Psikomotor Becerilerin Geliştirilmesine Etkisi" (Proje Araştırmacısı)
Proje No: 013D11403001
Bütçe: 12.282,86 TL
Başlama Tarihi: 05.11.2013 Bitiş: 30.06.2014
2. Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi, Uluslararası Bilimsel İşbirliği Geliştirme Desteği. Uslu Şahan F. "Jinekoloji Onkoloji Palyatif Bakım Ekibi Eğitiminde Simülasyon Kullanımı ile ilgili Hemşirelik Araştırmalarında Bilgi ve Beceri Geliştirilmesi" "The Skills and Knowledge Development in Nursing Research about Use of Simulation in Gynecological Oncology Palliative Care Team in Training" (Proje Yürütücüsü)
Proje ID: 6223
Proje Kodu: TBI-2015-6223
Bütçe: 15.600 TL
Başlama Tarihi: 11.05.2015 Bitiş Tarihi: 09.05.2016

7.8.Ulusal Kongre Düzenleme Komitesi Üyeliği

1. Uslu, F. "Kongre Lisans ve Lisansüstü Öğrenci Ekibi". Uluslararası Katılımlı Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Becerileri Kongresi II, Ankara, 14-16 Kasım 2013.

8.KATILDIĞI SEMPOZYUM, KURS, ÇALIŞTAY VE KONGRELER

8.1.Uluslararası Katıldığı Sempozyum, Kurs ve Kongreler

1.	December 13-16 2011, Antalya, Türkiye	MECC Introductory Course in Palliative Care T.C. Sağlık Bakanlığı_Middle East Cancer Consortium (MECC) (Certificate)
2.	October 12-15, 2013, İstanbul, Türkiye	4th. International Congress on Medical Ethics and Law Woman Health From the Point of Medical Ethics and Law Participation İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Medicine Faculty, The Turkish Medical Ethics and Medical Law Association (Certificate)
3.	June 5-7, 2014, Lleida, Spain	8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care_European Association for Palliative Care (Certificate)
4.	June 16-17, 2015 UAB Margaret Cameron Spain Auditorium, Birmingham, AL	ELNEC 2015 End of Life Nursing Education Consortium VA Nursing Academy/UAB School of Nursing (Certificate)
5.	June 18, 2015 UAB Medicine Hospital_QBT Sim Lab, Birmingham, AL	SIM Educator I (Certificate)
6.	June 19, 2015 University of Miami, Miami, FL	The Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program) at the University of Miami Biomedical Research Investigators and Key Personnel Complete Basic Course (Online) (Certificate)
7.	June 24, 2015 SON, Birmingham, AL	Psychometric Analysis Dheeraj Raju, PHD, MS, MSIE Assistant Professor for Statistician
8.	June 23, 2015 Birmingham, AL	Interprofessional Teamwork and Communication – SIM Course (Online) (Certificate)
9.	June 28, 2015 UAB, Birmingham, AL	UAB End of Life Care Course (Online) (Certificate)
10.	June 29, 2015 Birmingham, AL	Teaching in the Simulated Setting – SIM Course (Certificate) (Online)
11.	July 14-17, 2014, Ankara Turkey	Foundational Course in Palliative Care for Nurses MECC, Oncology Nursing Society, Hacettepe University (Certificate)
12.	July 20, 2015 UAB Center for Palliative and Supportive Care, Birmingham, AL	The Assessment of Management of Neuropathy and Neuropathic Pain Conference_Dr. Marie Bakitas
13.	July 23, 2015 UAB Children Hospital, Birmingham, AL	HPNA meeting at children's hospital Spiritual Care at the End of Life_Melvin R. Rodgers, II, D.Min, BCC, AAPC Staff Chaplain, UAB Hospital
14.	August 04, 2015 UAB The Volker Hall Sandbox, Birmingham, AL	SIM Educator II (Certificate)
15.	August 26, 2015 Nursing Building, Birmingham, AL	Primary Health Care Nursing: Action Plan for Research, Teaching and Service Conference_Adelais Markaki, PHD
16.	September 09, 2015 SON, Birmingham, AL	Frail Health in Survivors of Childhood Cancer Conference_Kirsten K. Ness, Ph.D
17.	September 10, 2015 UAB The Volker Hall Sandbox, Birmingham, AL	Advanced Debriefing (Certificate)
18.	September 11, 2015 Learning Research Center, Birmingham, AL	DATA BASED 2015_Basic Status Management Course_Dr. Andres Azuero
19.	September 17, 2015 UAB Margaret Cameron Spain Auditorium, Birmingham, AL	Psychosocial & Spiritual Grand Rounds_Dealing with Difficult People in the Workplace Matt Copeland_Training Instructor: Organizational Learning & Development
20.	September 18, 2015 UAB Medicine ,Hospital_QBT Sim Lab, Birmingham, AL	Advanced Debriefing Workshop Certificate of Attendance about Advanced Debriefing (Certificate)
21.	August 19, 2015 UAB Hospital West Pavilion Conference Center, Birmingham, AL	Support Teams 101 – EACC Speakers – Malcolm Marler, Director UAB Pastoral Care R. Drexel Rayford, Support Team Network Manager
22.	August 18, 2015 UAB Wallace Tumor Institute, Birmingham, AL	Conference_Thomas W. LeBanc MD MA Palliative Care and Hematologic Malignancy Promise and Pitfalls
23.	October 1, 2015 UAB Margaret Cameron Spain Auditorium, Birmingham, AL	2015 UAB Hospital Critical Care Symposium (Certificate)
24.	October-November, 2015 Online	International Palliative Care Network Conference
25.	June 22, 2016, Ankara Turkey Hacettepe University Cultural Centre Hall Green	Prof. Dr. Marie Bakitas Concurrent Palliative Care Models in Older Adults with Heart Failure Dr. James Nicholas Dionne-Odom Making the Case for Upstreaming Palliative Care Support for Cancer Family Caregivers Conference
26.	April 21-22, 2017, Koceli, Türkiye	3rd International Congress on Different Dimensions of Violence and Social Perception (Certificate)
27.	October 11-13, 2017 Opatija, Croatia	ENDA 13. Nursing Congress

8.2.Ulusal Katıldığı Sempozyum, Kurs, Çalıştay ve Kongreler

1.	12-15 Mart 2009 Antalya, Türkiye	Geleceğin Sağlık Liderleri Sempozyumu Türkiye'deki Sağlık Sistemi, Etkili İletişim, Ekip Çalışması Ve Liderlik Sağlık Yöneticileri Derneği (Katılım Belgesi)
2.	8-9 Mart 2011 Ankara, Türkiye	II. Ulusal Kadın Kalp Sağlığı Sempozyumu Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türk Kardiyoloji Derneği
3.	26-27 Ocak 2012 Ankara, Türkiye	I.Doğum - Kadın Sağlığı Hemşireliği Lisans Ders Programı Çalıştayı Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği (Katılım Belgesi)
4.	2 Mayıs 2012 Ankara, Türkiye	Atome Projesi: Türkiye'de Opioid İlaçlara Erişimin İyileştirilmesine Dair Stratejik Eylem Planı Konferansı "Türkiye'de Opioid İlaçlara Erişimin İyileştirilmesine Dair Stratejik Eylem Planı" Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)_Avrupa Palyatif Bakım Kuruluşu (EAPC) (Katılım Belgesi)
5.	6 Haziran 2012 Ankara, Türkiye	Türkiye' de Tıbbi Düşük Hizmetinin Sunulması: Sağlık Hizmetinin Sunanların ve Öğrencilerin Görüşleri Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı DSÖ- İş Birliği Merkezi, Başkent Üniversitesi Kadın- Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi
6.	22-23 Eylül 2012 Ankara, Türkiye	Birinci Basamak İçin Temal Geriatri Sempozyumu Ankara Tabip Odası_ Türk Geriatri Derneği_ Pratisyen Hekimlik Derneği Ankara Şubesi (Katılım Belgesi)
7.	11-13 Ekim 2012 Ankara, Türkiye	1 . Ulusal Hemşirelikte Yenilikler Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Fatih Üniversitesi (Katılım Belgesi)
8.	7-11 Kasım 2012 Antalya, Türkiye	13. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi Türk Jinekoloji Onkoloji Derneği, Onkoloji Hemşireliği Derneği (Katılım Belgesi)
9.	8 Mayıs 2013 Ankara, Türkiye	Etik, Klinik, Kültürel ve Hukuki Yönleri İle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar Toplantısı Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi (Katılım Belgesi)
10.	10 Mayıs 2013, Ankara, Türkiye	Panel: Normal Doğum Mu? Sezaryan Doğum Mu? Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü
11.	13 Mayıs 2013, Ankara, Türkiye	Değişen Sağlık Sistemi İçinde Hemşirenin Yeri Forum: Bilimin Aydınlatığı Yolda Hep Birlikte_ Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
12.	16 Mayıs 2013, Ankara, Türkiye	Kuşaklar Arası Dayanışma Seminerleri Dizisi Akademide Kadın Olmak: Gelecek Kuşaklar İçin Öneriler_ Prof. Dr. Ayşe Akın Hacettepe Üniversitesi Sosyal Sorumluluk Araştırma ve Uygulama Merkezi
13.	6 Haziran 2013, Ankara, Türkiye	Afetlerde Hava Yolu Yönetimi Hacettepe Üniversitesi Afet Tıbbi Uygulama ve Araştırma Merkezi
14.	17 Ekim 2013, Ankara, Türkiye	Engellilerde Cinsel Yaşam ve Üreme Sağlığı_ Ankara- Çankaya Belediyesi (Katılım Belgesi)
15.	14-16 Kasım 2013, Ankara, Türkiye	Uluslararası Katılımlı Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Becerileri Kongresi II Hacettepe Üniversitesi, Türk Tıp Eğitimi Derneği
16.	7 Mart 2014, Ankara, Türkiye	Evlilik Çocuk Oyunu Değil: Çocuk Evlilikler Anka Kadın Araştırma Merkezi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
17.	19-23 Kasım 2014, Antalya, Türkiye	14. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi (Katılım Belgesi) Türk Jinekoloji Onkoloji Derneği, Onkoloji Hemşireliği Derneği (Katılım Belgesi)
18.	22 Kasım 2014, Antalya, Türkiye	14.Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi_ Jinekolojik Kanserlerde Palyatif Bakım Kursu (Katılım Belgesi)
19.	25-27 Ekim 2013, Bodrum, Türkiye	14. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Kongresi: Hemşirelikte Eğitim, Bakım, Araştırma ve Yönetimde Yenilikler_Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi (Katılım Belgesi)
20.	04-08 Mayıs 2015, Ankara, Türkiye	XI. Onkoloji Hemşireliği Temel Kanser Eğitimi Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü (Katılım Belgesi)
21.	27 Ocak 2015, Ankara, Türkiye	I. Palyatif Bakım Sempozyumu Palyatif Bakım Hizmetleri Derneği_ Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonu
22.	24 Mart 2015, Ankara, Türkiye	Savunmasız/Örselenebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları Çalıştayı Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Merkezi
23.	20 Mayıs 2015, Ankara Türkiye	Kişisel Mükemmellik- Kendi Potansiyelimizi Açığa Çıkarma ve Yeniden

		Keşfetme Konferans_ Yogesh Sharda Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü
24.	21 Nisan 2015, Ankara Türkiye	Zaman Yönetimi Konferans_Prof. Dr. Kadirhan Sunguroğlu Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü
25.	02-04 Nisan 2015, Adana, Türkiye	II. Doğum, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Eğitimi Çalıştayı Ç.Ü. ASYO Hemşirelik ABD (Katılım Belgesi)
26.	14 Mart 2015, Ankara, Türkiye	Bilimsel Yayıncılık Kursu-III_ Hacettepe Üniversitesi, Acta Medica (Katılım Belgesi)
27.	22-23 Ekim 2015 Ankara Türkiye	Ölüm Riski Olan Hastalarla Çalışma, Ölümle Yüzleşme Kursu (Katılım Belgesi) Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Onkoloji Hemşireliği Derneği
28.	6 Kasım 2015, Ankara, Türkiye	Hemşirelikte Mizahın Kullanımı Konferans_Prof. Dr. Nur Şenel Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü
29.	25 Aralık 2015, Ankara, Türkiye	Duygusal Zeka Konferans_ Yogesh Sharda Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü
30.	24 Aralık 2015, Ankara, Türkiye	Meme Cerrahisi Sonrası Lenf Ödem Yönetimi Kursu (Katılım Belgesi) Hacettepe Üniversitesi Lenfödem Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi_Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü
31.	12-14 Kasım 2015 Ankara, Türkiye	Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi 3 (Katılım Belgesi) Hacettepe Üniversitesi_Türk Tıp Eğitimi Derneği_ Tıp Eğitimi Geliştirme Derneği_ Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği
32.	12 Kasım 2015 Ankara, Türkiye	Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi 3 Sağlık Bilimleri Eğitiminde Simülasyon Kullanımı Kursu (Katılım Belgesi) Hacettepe Üniversitesi_Türk Tıp Eğitimi Derneği_ Tıp Eğitimi Geliştirme Derneği_ Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği
33.	25 Mart 2016 Bursa, Türkiye	Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Eğitiminde Simülasyon Kullanımı Kursu (Katılım ve Teşekkür Belgesi) Uludağ Üniversitesi ve Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
34.	28-29 Mart 2016 Eskişehir, Türkiye	15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi (Katılım ve Teşekkür Belgesi) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
35.	16 Mayıs 2016, Ankara, Türkiye	Lezbiyen Gay Biseksüel Trans İnterseks (LGBTİ) ile İlgili Kavramlar Panel
36.	25 Kasım 2016, Ankara, Türkiye	Toplum Sağlığında Eğitim Sektörünün Rolü Sempozyumu Katılım Belgesi

9.DERNEK ÜYELİKLERİ

- Türk Hemşireler Derneği (2010-....)
- Onkoloji Hemşireliği Derneği (2012-....)
- Hacettepe Hemşirelik Lisans ve Lisansüstü Mezunları Derneği (2012-....)
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği (2012-....)
- Palliative Care Network (2015-....)

10.BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Word, Powerpoint: Çok İyi

Excel: İyi

11.İNGİLİZCE

Okuma, Yazma, Konuşma: İyi

2017 YÖK DİL:83,75

12. ÖDÜLLER

1. HONORABLE MENTION_ International Palliative Care Network Conference

Uslu Şahan, F., Terzioğlu, F. (2015). (poster presentation). "Determination of the Palliative Care Practices of the Nurses Working in Gynecological Oncology Units in Turkey". International Palliative Care Network Conference (Online), November 2015.

2. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Kongresi UHGS fann Teşvik Ödülü Birincilik