

DERLEME

SAĞLIK EĞİTİMİNDE MESLEKLER ARASI EĞİTİM

Handan BOZTEPE*

Fusun TERZİOĞLU**

Alınış Tarihi: 31.03.2014

Kabul Tarihi: 17.05.2015

ÖZET

Meslekler arası eğitim sağlık ile ilgili eğitim alan öğrencilerin eğitiminde kullanılan bir yaklaşımdır. İki ya da daha fazla meslek grubunun işbirliğini geliştirmek, bakımın kalitesini artırmak ve birlikte öğrenmeyi ve çalışmayı sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Literatürde, meslekler arası eğitimin sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı güven ve saygının geliştirilmesinde, yanlış ve basmakalıp önyarguların ve profesyoneller arasında olumsuz rekabetin giderilmesinde önemli olduğu vurgulanmaktadır. Meslekler arası eğitim ayrıca sağlık profesyonelleri arasında bilgi ve becerilerin paylaşılmasını, birbirlerini daha iyi anlamalarını ve meslekler arasında paylaşılan ortak değerler ve saygı oluşturulmasını sağlar. Ülkemizde mesleklerarası eğitimin henüz aktif olarak uygulanmamakta ancak uluslararası düzeyde bu uygulamanın önemine dikkat çekilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mesleklerarası eğitim; Sağlık öğrencileri; Hemşirelik.

ABSTRACT

Interprofessional Education Health Education

Interprofessional education is an approach to develop healthcare students for future interprofessional teams. It is implemented when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care. Advocates suggest that IPE is important to cultivate mutual trust and respect, and to confront misconceptions and stereotypes, dispelling prejudice and rivalry between professionals. IPE provides an ability to share skills and knowledge between professions and allows for a better understanding, shared values, and respect for the roles of other healthcare professionals. Interprofessional education is not implemented as an actively applied in Turkey. However, in recent years, draws attention to these practices in international level.

Key Words: Interprofessional education; Health care students; Nursing.

GİRİŞ

Sağlık alanında bilim ve teknoloji hızla ilerlemekte, her geçen gün kaliteli hizmet alımına yönelik beklentiler ve talepler artmaktadır. Ayrıca günümüzde hastaların karmaşık sağlık bakım gereksinimleri nedeniyle bakım ve tedavi sürecinde birden fazla sağlık profesyoneline gereksinim duyulmaktadır (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011; Palaganas, Epps, Raemer 2014; Wagner, Liston, Miller, 2011). Bu kapsamda bu hizmeti verecek sağlık personelinin yetiştirilmesi de önem kazanmaktadır. Uluslararası düzeyde serbest dolaşım hakkına sahip olan hemşirelik, tıp, eczacılık ve diğer sağlık meslek ekibi üyelerinin yalnızca bilgi düzeylerinin iyi olması yeterli değildir. Sağlık hizmeti verecek ekip üyelerinin eğitiminde bilginin yanı sıra araştırma, bilgiyi sentez etme, eleştirel düşünme, problem çözme ve disiplinlerle işbirliği içinde ekip halinde çalışabilme gibi becerileri de kazanmaları beklenmektedir (Lapkin, Levett-

Jones, Gilligan 2011).

Sağlık bakım hizmeti veren ekip üyelerinin ise bazı önemli özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler arasında, ekibin üyelerinin birbirlerinin rollerinin ekip için önemini bilmeleri, karşılıklı güven ve saygı içinde açık ve etkili iletişim kurabilmeleri ve mesleki otonomisinin olmasıdır (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011). Disiplinler arası bağımsız fonksiyonlar, hasta bireyin iyileştirilmesi ortak amacı doğrultusunda şekillenmektedir. Ekip üyelerinin sağlık bakım hizmeti almak üzere başvuran bireye yönelik sorunu birlikte tanımladığı, amaç ve hedeflerin birlikte oluşturulduğu ve bunlara ulaştıracak etkinliklere birlikte karar verdiği bir sistem oluşturulması bütüncül bakım açısından son derece önemlidir.

Ekip üyelerinin eğitim programlarının da yukarıda belirtilen hedefleri gerçekleştirecek şekilde düzenlenmesi ve sağlık bakım ekibinde etkili bir profesyonel olarak yer almalarını

* Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Öğr.Gör.Dr.) e-mail: barhan1993@yahoo.com.

** Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Prof.Dr.).

sağlayacak şekilde oluşturulması gereklidir (Lapkin, Levett-Jones, Gilligan 2011). Eğitim programlarının sağlık meslek gruplarını entegre edecek şekilde oluşturulması da sağlık meslek üyelerinin yeteneklerinden en üst düzeyde yararlanmayı ve her bir disiplinin tanımlanmış rol görev yetki ve sorumlulukları açısından bağımsız işlevleri yerine getirmesini sağlayacaktır. Ancak mevcut sistem içerisinde sağlık profesyonelleri birbirlerinin görev yetki ve sorumluluklarını bilmeden birbirinde bağımsız eğitim programları içerisinde yetiştirilmektedir. Bu durum literatürde “profesyonel silos” olarak tanımlanmaktadır (Saini, Shah, Kearey, Bosnic-Anticevich, Grootjans, Armour 2011). Didaktik ve klinik eğitim gibi geleneksel öğretim yöntemleri mesleğe ilişkin bilgi ve becerilerin öğretiminde yeterli gibi görülebilir. Ancak bu eğitim türlerinde öğrenciler mezun olarak profesyonel çalışmaya başlayana kadar birlikte çalışma ve işbirliği deneyimi yaşayamamaktadırlar (Titzer, Swenty, Hoehn 2011). Bu durum sağlıkla ilgili mesleklerdeki öğrencilerin meslekler arası işbirliği ve ekibin bir üyesi olarak etkili şekilde çalışmak için yeterli bilgi, beceri veya tutumdan eksik bir şekilde mezun olmalarına neden olmakta ve ekip işbirliği içinde ve birlikte çalışmalarını güçleştirmektedir (Masters, Baker, Jodon 2013). Oysa ki bu meslek profesyonelleri ortak temel değerleri, bilgileri ve becerileri paylaşmaları son derece önemlidir (Saini, Shah, Kearey, Bosnic-Anticevich, Grootjans, Armour 2011).

Sağlık hizmetleri bir ekip işidir ve sağlık eğitimin nihai amacı hasta bakımında kalitenin artmasını sağlamaktır (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011;). Ekip üyelerinin iletişimi, ekip çalışması ve sistemdeki yetersizlikler ise bakımın kalitesinin önemli göstergesi olan tıbbi hataların oluşmasında bireysel performanstan daha fazla katkıda bulunmaktadır (Zhang, Thompson, Miller 2011). Bu durum sağlık profesyonelleri arasında ekip işbirliğini ve ekip içinde etki iletişimi zorunlu kılmaktadır (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011). Meslekler arası eğitim ise bu zorunlulukların sağlanması için bir strateji olarak görülmektedir (Lapkin, Levett-Jones, Gilligan 2011).

Mesleklerarası eğitim yoluyla her bir ekip üyesi kendi rolünün içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olarak, otorite ve karar verme açısından rol çatışmalarının ve sonuçta ekip içinde uyumsuzluk ve doyumsuzluğun önlenmesine de katkıda bulunur. Ekip üyeleri

arasında profesyonel ilişkinin başlatılması ve sürdürülmesi; ekip içi rekabetin ise işbirliğine, güç ve denetimin ise karşılıklı sevgi ve güvene dönüşmesi sağlanmış olacaktır.

Derleme tarzında hazırlanmış olan bu makalede mesleklerarası eğitimin önemi, yararları, eğitime entegrasyonu, uygulanmasında yaşanan güçlükler ve çözüm önerileri tartışılacaktır.

Mesleklerarası Eğitim (MAE)

Meslekler arası eğitim (MAE) iki ya da daha fazla meslek grubunun işbirliğini ve bakımın kalitesini artırmak için birlikte, birbirlerinden ve birbirleri hakkında öğrenmelerini sağlayan bir eğitim türüdür (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, Freeth 2005). Ancak literatürde bazen meslekler arası eğitim multiprofesyonel eğitimle karıştırılmaktadır. Bu iki eğitim türü kavramsal olarak birbirlerinden farklıdır. Öncelikle MAE’ de öğrenciler interaktif olarak diğer mesleklerin rolleri, yeterlilikleri, bilgilerini ve becerilerini öğrenirler. Multiprofesyonel eğitimde ise eğitim aktiviteleri birden fazla meslek üyesi ile birlikte gerçekleşmektedir. Paralel bir eğitim vardır ancak bu eğitim türünde öğrenciler birbirleri ile etkileşmek zorunda değildirler (Peduzzi, Norman, Germani, Silva, Souza 2013).

Bu eğitimden geçen bir mesleklerarası ekip, her bir sağlık profesyonelinin rol ve sorumluluklarını bilerek, hasta bakımındaki önemini kabul ederek ekip işbirliği içinde bakım verebilir. Bu eğitim modelinde kararlara katılma önemlidir ve her bir meslek profesyoneli kendi uzmanlığı doğrultusunda hasta bakımında liderlik eder (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, Freeth 2005).

Mesleklerarası Eğitimin Yararları

Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti sunabilmenin temel koşullarından birisi alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin varlığı, bir diğeri ise bu profesyonellerin birbirleri ile yakın işbirliği ve iletişim içinde multidisipliner olarak çalışmasıdır. DSÖ, sağlık sisteminin gelişmesi için sağlık sektörünün içinde uyum sağlanmasını öngörmekte ve değişik kategorilerdeki sağlık personelinin, iş bölümü açısından anlaşmalarını, meslekiçi ve mesleklerarası işbirliği yapmasını beklemektedir. Bilginin paylaşılması, profesyonel sorumlulukların belirlenmesi, hasta bakımındaki temel amaçların belirlenmesi, etkili iletişim becerilerinin tüm bileşenleri MAE ile geliştirilebilir ve güçlendirilebilir (Lapkin, Levett-Jones, Gilligan 2011). MAE sağlık

profesyonelleri arasında karşılıklı güven ve saygının geliştirilmesini, önyargıların ve profesyoneller arasında olumsuz rekabetin giderilmesini sağlar. Ayrıca sağlık profesyonelleri arasında bilgi ve becerilerin paylaşılmasını, birbirlerini daha iyi anlamalarını ve mesleklerarasında paylaşılan ortak değerler ve saygı oluşmasına katkıda bulunur (Priest, Sawyer, Roberts, Rhodes 2005; Morison ve Stewart 2005; Towle, Bainbridge, Godolphin, Katz, Kline, Lown et al. 2010). Ekip üyeleri arasında saygı ve anlayışlı bir iletişimin olmasını, ekip üyelerinin birbirlerini eşit değerde hissetmelerini, birlikte karar vermelerini ve sorumluluk ve otoriteyi paylaşmalarını sağlar (Solomon ve Salfi, 2011). Miers ve Pollard'ın çalışmasında (2009), mesleklerarası eğitimin yer aldığı bir eğitim programından mezun olan öğrencilerin kendi ve diğer meslektaşlarıyla iletişimlerinde kendilerini daha iyi hissettikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada öğrenciler sağlık ekibinin diğer üyelerinin ve kendilerinin yetki, sorumluluk ve becerilerini bu eğitim yöntemiyle daha iyi anladıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca mesleklerarası eğitim yoluyla klinik karar verme becerisi ve mesleklerarası işbirliğine ilişkin öğrencilerin tutumlarının arttığı ifade edilebilir (Lapkin, Levett-Jones, Gilligan 2011). Bu sonuçlar mesleklerarası eğitimin erken dönemde (lisans döneminde) verilmesinin avantajlarını ve önemini göstermektedir.

MAE ekibin üyelerinin iletişim becerilerini, işbirliğini geliştirilmesi ile birlikte hasta sonuçlarına da olumlu katkıda bulunmaktadır. Hasta bakımında muhtemel hataların önlenmesinde ekip üyelerinin birlikte çalışabilmeleri ve ortak ve etkin karar verebilmeleri önemlidir (Wagner, Liston, Miller, 2011). Mesleklerarası işbirliği içinde ekip temelli bir yaklaşım hasta bakım sonuçlarını güçlendirir ve bakımın kalitesini artırır (Karim ve Ross, 2008; Young, Baker, Waller, Hodgson, Moor 2007; Brock, Abu-Rish, Chiu, Hammer, Wilson, Vorvick et al. 2013; Raab, Brown, Stacey, O'Mara 2013). Mesleklerarası girişimlerin hastanede kalış süresi ve ilaç güvenliği gibi konularda hastaya ilişkin sonuçları geliştirdiği belirlenmiştir (Jeffs, Abramovich, Hayes, Smith, Tregunno, Chanet al. 2013). Ayrıca son yıllarda mesleklerarası işbirliği içindeki sağlık uygulamalarının hasta bakımındaki kalite ve güvenliği arttırdığı, ekip üyeleri arasındaki çatışmaları ve işten ayrılmaları azalttığı vurgulanmaktadır (Solomon ve Salfi, 2011).

Bu şekilde gerçekleştirilecek olan yenilikçi eğitim-öğretim yaklaşımları, hasta güvenliğinin sağlanması ve bakımın kalitesini geliştirilmesinde de önemlidir. 21. Yüzyılda bilişim teknolojilerinin ve mesleklerarası eğitim ve uygulamaların gelişmesi ile birlikte hemşirelik mesleği eğitimcileri, uygulayıcıları ve yöneticileri olarak bulunduğumuz çağda var olabilmek, arzu ettiğimiz geleceğe doğru ilerlemek ve mesleğimizi geleceğe taşımak için mesleklerarası eğitim ve öğretim yaklaşımını geliştirmek ve yaygınlaştırmak zorundayız.

MAE'in Dünyadaki Durumu Nedir?

Mesleklerarası Eğitim yaklaşık kırk yıldır gündemdedir (Lapkin, Levett-Jones, Gilligan 2011). Ancak özellikle son yıllarda hasta güvenliği ile ilgili konuların gündeme daha sık gelmesi ve bu soruna çözüm arayışları MAE'in birçok ülkede uygulanabilirliğini arttırdığı düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de 2011 yılında bu eğitimin önemini dile getiren bir rapor yayınlamıştır (WHO 2010).

DSÖ raporunda dünyada 42 ülkenin bu eğitimi uyguladığı belirtmiştir. Avustralya, Yeni Zelanda ve İngiltere' de yapılan çalışmalarda kaliteli bir bakım sağlık bakımı verilmesinde mesleklerarası eğitimin önemi vurgulanmakta ve uygulanmaktadır (Saini, Shah, Kearey, Bosnic-Anticevich, Grootjans, Armour 2011; Olenick et al. 2011). Avrupa, İskandinavya, Kuzey Amerika, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde hükümetlerinin de vermiş olduğu destekle bu eğitim programı bu ülkelerde müfredatlara entegre edilmiştir (Coster, Norman, Murrells, Kitchen, Meerabeau, Sooboodoo et al. 2008; Lapkin, Levett-Jones, Gilligan 2011; Aase, Aase, Dieckmann 2013). Ayrıca Avrupa Mesleklerarası Eğitim Ağı altı ülkede mesleklerarası sağlık bakımı ve sosyal bakımın öğretilmesi konusunda çalışmalar yapmaktadırlar (Liaskos, Frigas, Antypas, Zikos, Diomidous, Mantas 2009). Önemi her geçen gün artan mesleklerarası eğitimin henüz ülkemizde uygulanmadığı bilinmektedir. Ancak ülkemizde ekip işbirliği ve mesleki rollere ilişkin çalışmalar incelendiğinde MAE'in zorunlu olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, genellikle hekimlerden ekip lideri ve karar verici olmaları ve hemşirelerin de bu kararları uygulamaları beklendiği belirlenmiştir (Özdemir 2000; Ardahan, Akçasu, Engin 2010). Halbuki ekip çalışmalarında ekip lideri bireyin sahip olduğu problemin hangi profesyonelin bilgi ve beceri alanına giriyorsa o profesyonele göre değişiklik göstermesi beklenir. Ayrıca ülkemizde yapılan

diğer çalışmalarda da hem öğrenci hem de meslek profesyonellerinin ekip üyesi olarak istendik düzeyde işbirliği içinde çalışmadıkları belirlenmiştir (Ulusoy ve Moroğlu, 2008; Yıldırım, Aktaş, Akdaş 2006). Sağlık mesleklerinin eğitimi bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan interdisipliner bir eğitim sistemini gerektirir.

Mesleklerarası Eğitim Nasıl Entegre Edebilir?

Mesleklerarası eğitimin önemi ve yararları açıkça belirlenmiş olmasına karşın bu eğitimin uygulanabilmesi için öncelikle öğrencilerin birlikte öğrenmeye hazırouluşluk düzeylerinin belirlenmesi ve birlikte öğrenmeye başlama zamanı çok önemlidir (Lapkin, Levett-Jones, Gilligan 2011). Bu nedenle bu eğitimin lisans eğitiminin en erken döneminde başlaması önemlidir. Bu doğrultuda eğitimi uygulayabilmek için öğrencilere ortak dersler açılabilir veya MAE programlarına katılımları sağlanabilir (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011). Bu dersler öğrencilerin MAE’i öğrenmeleri için deneyim kazanmalarını sağlamaktadır. Yapılan bir çalışmada mesleklerarası öğrenmeye ilişkin öğrencilerin deneyimlerinin olumlu olduğu ve tüm öğrencilerin bu eğitimi almaya istekli oldukları belirlenmiştir (Hood, Cant, Baulch, Gilbee, Leech, Anderson et al 2013).

Sağlık eğitiminde öğrencilere güvenli ve etkili bir öğrenme ortamı sağlayan ve aktif bir öğrenme statejisi olan simülasyonun bir öğretim yöntemi olarak kullanılması son yıllarda giderek yaygınlaşmıştır (Robertson ve Bandali, 2008; Marken, Zimmerman, Kennedy, Schremmer, Smith 2010; Zhang, Thompson, Miller 2011; Titzer, Swenty, Hoehn 2011). Simülasyonun bir öğretim yöntemi olarak kullanıldığı bir diğer alan ise mesleklerarası eğitimidir (Bandali, Parker, Mummery, Preece 2008; Buckley, Hensman, Thomas, Dudley, Nevin, Coleman 2012; Liaw, Zhou, Lau, Siau, Chan2014).

Simülasyonun mesleklerarası eğitimde kullanımının öğrencilerde ekip işbirliği ve iletişim becerilerinin geliştirilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Garbee et al, 2013; Paige et al, 2014; Scherer et al, 2013). Ayrıca yapılan çalışmalar mesleklerarası eğitimde simülasyonun kullanımının öğrencileri profesyonel yaşama daha iyi hazırladığı ve hasta bakımını geliştirdiğini göstermektedir (Bandali ve ark 2008; Robertson ve Bandali, 2008, Masters, Baker, Jodon 2013). Mesleklerarası simülasyon aktiviteleri kullanıldığında

öğrencilerin memnuniyetleri ve öğrenmelerinin daha iyi olduğu ifade edilmektedir. (Zhang, Thompson, Miller 2011). Wagner, Liston ve Miller (2011) ekip işbirliği ve birlikte çalışmayı geliştirmek amacıyla klinik senaryolar geliştirilmiştir. Bu öğrenciler simule edilen hastalar ve simülasyon ortamında ölümcül hastalığa sahip bir hasta ve ailesine birlikte bakım vermişlerdir. Yapılan bu eğitim sonunda her iki gruptaki (hemşirelik ve tıp) öğrenciler eğitimin son derece öğretici ve yararlı olduğunu ifade etmişlerdir (Wagner, Liston ve Miller 2011). Bir başka çalışmada ise benzer şekilde tıp ve hemşirelik öğrencilerine astım ve sepsis vakası hazırlanarak birlikte uygulamaları gerçekleştirmişlerdir. Bu simülasyon uygulaması sonunda da öğrencilerin hem temel becerilerinin hem de mesleklerarası iletişim ve işbirliğinin geliştiği ifade edilmektedir (Luctkar-Flude, Baker, Medves, Tsai, Rivard, Goyer ve ark. 2013). Tıp, hemşirelik, eczacılık, sosyal hizmetler öğrencilerinden oluşan gruplara karmaşık simülasyon senaryoları gerçekleştirmeleri istenmiştir. Bu çalışmada da simülasyonun kullanımı ile ekip çalışması, iletişiminin geliştiği belirlenmiştir. (Smithburger, Kane-Gill, Kloet, Lohr, Seybert 2013).

Öğrencilerin sadece eğitim değil aynı zamanda beceri değerlendirme sınavlarının OYKS (Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınavların) da bu eğitimin bir bileşeni olduğu görülmektedir (Boztepe ve Terzioğlu 2013). Hem hemşirelik hem de tıp öğrencileri birbirlerinin rollerini iyi bir şekilde anlamaları ve takım olarak çalışabilmeleri için mesleklerarası OSCE’nin kolaylaştırıcı olduğunu ifade etmişlerdir (Cullen, Fraser, Symonds 2003).

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi ortak dersler açılarak, programlar düzenlenerek ve simülasyon uygulamaları ile MAE mevcut eğitim programlarına entegre edilebilmektedir.

MAE Uygulanmasındaki Engeller ve Çözüm Önerileri

MAE son derece önemli ve yararlı bir program olmakla beraber mevcut programlara/sisteme entegre edilmesinde yönetim, eğitimci veya öğrencilerden kaynaklanan bazı güçlükler yaşanmaktadır. Bu engeller; yönetsel desteğin yetersizliği, uygun bilgi ve beceri düzeyinde öğrencileri biraraya getirmede güçlük yaşanması, tüm öğrenenlerin gereksinimlerinin karşılanmasının güç olması, MAE’ye zaman ayıracak ve konu ile ilgili bilgili kalifiye personeli bulmakta güçlük yaşanması, sosyal/hiyerarşi farklılıklar ve öğretim elemanları

ve/veya personelin zamanının sınırlı olması, yetersiz maddi destek olarak ifade edilebilir (Abu-Rish, Kim, Choe, Varpio, Malik, White 2012; Craddick, K; Palaganas, Epps, Raemer 2014).

Yukarıda ifade edilen güçlüklerin açılabilmesi için öncelikle yönetsel desteğin sağlanması önemlidir. Mesleklerarası eğitimin düzenlenebilmesi için öğrenci, eğitimci ve destek personelin programının da bu doğrultuda düzenlenmesi gereklidir. Bu düzenlemelerde ise yönetimin desteği son derece önemlidir (Palaganas, Epps, Raemer 2013). Meslekler arası deneyimlerin koordinasyonu için bir veya daha fazla dersi de içerecek şekilde müfredatta değişiklik yapılması gerekmektedir. Fakülte yöneticileri, müfredat komiteleri, eğitim komisyonları ve üniversite yöneticilerinin bu tür eğitimsel aktiviteleri desteklemeleri önemlidir (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011). MAE programlarının geliştirilmesi, uygulanması ve devamlılığının sağlanması ve programın etkinliğini değerlendirilmesi gerekmektedir. Tanımlanan bu süreci devamlılığının sağlanabilmesi için yönetimlerin öğretim elemanlarını maddi olarak desteklemesi veya zamanlarının düzenlenmesine destek olması gereklidir (Palaganas, Epps, Raemer 2013). Mesleklerarası eğitim programının uygulanabilmesinde öğretim elemanı kaynakları yaşamsaldır (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011). Bu nedenle MAE'in etkili bir şekilde öğretilmesi için öğretim elemanlarının da bilgi, beceri ve tutumlarının da bu yönde geliştirilmesi gereklidir (Palaganas, Epps, Raemer 2013). Ayrıca üniversitelerde MAE'i meslektaşlarına bu konunun önemini anlatacak ve liderlik edecek öğretim elemanları desteklenmelidir (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011).

MAE programlarında öğrenenler bazen farklı meslek gruplarında, farklı sayıda, farklı öğrenme düzeylerinde ve ders programlarında

olabilmektedir (Palaganas, Epps, Raemer 2013). Ayrıca güç algısı, cinsiyet, ırk veya kültürel farklılıklar, birbirleri arasındaki hiyerarşi grupların öğrenmelerini güçleştiren bir etken olabilir (Palaganas, Epps, Raemer 2013). Bu farklılıklar öğrencilerin bu eğitim programına katılmalarını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle öğrencilerin çabaları ödüller ve sertifikalar yoluyla öğrenci çabaları onaylanmalı ve bu eğitim programlarına katılmaları desteklenmelidir (Bridges, Richard, Odegard, Maki, Tomkowiak 2011).

Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşire, doktor, ebe, psikolog, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, genetik danışman ve fizyoterapist gibi farklı disiplin üyelerinden, birbirini bütünleştirecek şekilde ve aralarında sinerji oluşturarak eşgüdümlü hizmet vermesi beklenmektedir. Bu sinerjinin ve eşgüdümlü çalışma koşullarının sağlanması ise ancak sağlık meslek grupları arasında bilgi, beceri ve değerlerin kombinasyonu ile mesleklerarası eğitim ve uygulamalar ile gerçekleştirilebilecektir.

SONUÇ

Başarılı bir mesleklerarası öğrenme deneyiminin gerçekleşebilmesi için birçok engel olabilir. Ancak ekip işbirliği içinde çalışmanın bakımın kalitesine ve hasta sonuçlarına olan olumlu etkisi gözönüne alındığında mesleklerarası eğitimin sağlıkla ilgili her bir eğitim kurum için bir öncelik olması gerektiği ifade edilebilir. Bu nedenle özellikle sağlık profesyonellerinin profesyonel yaşantıya başlamadan önce mesleklerarası eğitim programlarında eğitilmeleri son derece önemlidir. Ülkemizde de müfredatların MAE'E uygun şekilde şekillenmesi sağlanabilmesi için çalışmaların başlatılmasında üniversitelerin yöneticilerinin değişim için harekete geçmeleri gereklidir.

KAYNAKLAR

Aase I, Aase K, Dieckmann, P. Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: a content analysis. *J Interprofessional Care*, 2013; 27(3), 238-45.
Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White A.A., Craddick, K et al. Current trends in interprofessional education of health sciences students: a literature review. *J Interprofessional Care*, 2012; 26(6) 444-51.
Ardahan M, Akçasu B, Engin, E. Professional collaboration in students of Medicine Faculty and

School of Nursing. Nurs Educ Today, 2010;30(4): 350-4.

Bandali K, Parker K, Mummery M, Preece M. Skills integration in a simulated and interprofessional environment: an innovative undergraduate applied health curriculum. *J Interprofessional Care* 2008;22(2):179-89.

Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective Interprofessional Education- Argument, Assumption and Evidence.* Blackwell Publishing Ltd. 2005.p 32

- Boztepe H, Terzioğlu F.** Hemşirelik eğitiminde beceri değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16(1) 57- 64.
- Bridges D R, Richard A, Odegard PS, Maki I V, Tomkowiak, J.** Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online* 2011; DOI: 10.3402/meo.v16i0.6035
- Brock D, Abu-Rish, E, Chiu, CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick, L ve ark.** Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med J* 2013; 89 (1057):642-51.
- 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 Interprofessional Care* 2012; 26(5): 362-9.
- Coster S, Norman I, Murrells T, Kitchen S, Meerabeau E, Sooboodoo E, d'Avray, L.** Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Std* 2008;45(11): 1667-81.
- Cullen L, Fraser D, Symonds, I.** Strategies for interprofessional education: the Interprofessional Team Objective Structured Clinical Examination for midwifery and medical students. *Nurs Educ Today* 2003; 23(6):427-33.
- Garbee DD, Paige J, Barrier K, Kozmenko V, Kozmenko L, Zamjahn J, Bonanno L, Cefalu, J.** Interprofessional teamwork among students in simulated codes: a quasi-experimental study. *Nurse Education Perspectives* 2013;34(5): 339-44.
- Hood K, Cant R, Baulch J, Gilbee A, Leech M, Anderson A, Davies K.** Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork. *Nurs Educ Practice* 2013;14(2):117-22.
- Jeffs L, Abramovich IA, Hayes C, Smith O, Tregunno D, Chan WH, Reeves S.** Implementing an interprofessional patient safety learning initiative: insights from participants, project leads and steering committee members. *BMJ Quality Safety* 2013; 22(11):923-30.
- Karim R, Ross, C.** Interprofessional Education and Chiropractic. *J Canadian Chiropr Assoc* 2008;52(2):766-78.
- Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C A.** Systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health Professional programs. *Nurse Educ Today* 2011;33(2):90-102.
- Liaskos J, Frigas A, Antypas K, Zikos D, Diomidous M, Mantas, J.** Promoting interprofessional education in health sector within the European Interprofessional Education Network. *International Journal of Medical Informatics* 2009;78(1):43-7.
- Liaw SY, Zhou WT, Lau TC., Siau, C., Chan, S W.** An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Educ Today* 2014; 34(2):259-64.
- Luctkar-Flude M, Baker C, Medves J, Tsai E, Rivard L, Goyer MC, Krause A.** Evaluating an interprofessional pediatrics educational module using simulation. *Clinical Simulation in Nursing* 2013;9(5):163-9.
- Marken P A, Zimmerman C, Kennedy C, Schremmer R, Smith K V.** Human simulators and standardized patients to teach difficult conversations to interprofessional health care teams. *Am J Pharm Educ*, 2010;10:74(7) 120-8.
- Morison S L, Steward M.S** ,Developing interprofessional assessment, *Learning in Health and Social Care*, 2005;4 (4):192–202.
- Masters C, Baker V O, Jodon H.** Multidisciplinary, Team-Based Learning: the simulated interdisciplinary to multidisciplinary progressive-level education (SIMPLE©) Approach *Clinical Simulation in Nursing* 2013;9 (5):171-8.
- Miers MÇ, Pollard K.** The role of nurses in interprofessional health and social care teams. *Nursing Management* 2009;15(9):30-5.
- Olenick M, Footel E, Vanston P, Szarek J, Vaskalis Z, Dimattio M J, Smego RA .** A Regional Model of Interprofessional Education. *Advances in Medical Education and Practice* 2011; DOI:10.2147/AMEP.S13206.
- Özdemir U.** Team work. *Health and Society* 2000;10(1): 56–9.
- Paige J T, Garbee DD, Kozmenko V, Yu Q, Kozmenko L, Yang T, Bonanno L ve ark.** Getting a head start: high-fidelity, simulation-based operating room team training of interprofessional students. *Journal of the American College of Surgeons* 2014; 218(1):140-9.
- Palaganas J C, Epps C, Raemer DB.** A history of simulation-enhanced interprofessional education. *J Interprof Care*. 2014 Mar;28(2):110-5
- Peduzzi MÇ, Norman IJ, Germani AC, Silva JA, Souza GC.** Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(4):977-83.
- Priest H, Sawyer A, Roberts P, Rhodes S.** A survey of interprofessional education in communication skills in health care programmes in the UK. *J Interprofessional Care* 2005; 19 (3):236-50.

- Raab C A, Brown S E, Stacey W, O'Mara, E.** The effect of collaboration on obstetric patient safety in three academic facilities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013;42(5):606–16.
- Robertson J, Bandali K.** Bridging the gap: Enhancing interprofessional education using simulation. *J Interprofessional Care* 2008;22(5):499–508.
- Saini B, Shah S, Kearey P, Bosnic-Anticevich S, Grootjans J, Armour C.** An interprofessional learning module on asthma health promotion. *Am J Pharm Educ* 2011;75(2):30-6.
- Scherer Y K, Myers J, O'Connor T D, Haskins M.** Interprofessional simulation to foster collaboration between nursing and medical students. *Clinical Simulation in Nursing* 2013; 9(11):497-505.
- Smithburger PL, Kane-Gill SL, Kloet MA, Lohr B, Seybert A L.** Advancing interprofessional education through the use of high fidelity human patient simulators. *Pharmacy Practice* 2013; 11(2):61-5.
- Solomon P, Salfi J.** Evaluation of an interprofessional education communication skills initiative. *Educ Health* 2011;24(2):616.
- Titzer J L, Swenty C F, Hoehn W G.** An interprofessional simulation promoting collaboration and problem solving among nursing and allied health professional students. *Clinical Simulation in Nursing* 2011;8(8):325-33.
- Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, Madularu, I, ve ark.** Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education* 2010; 44(1) :64–74.
- Ulusoy H, Moroğlu T D.** Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Pam Med J* 2008;2(2):55-61.
- Wagner J, Liston B, Miller J.** Developing interprofessional communication skills *Teaching and Learning in Nursing* 2011; 6(3):97-101.
- WHO World Health Organization:** Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Edited by: Diana Hopkins, Freelance Editor, 1.st Edition Geneva Switzerland: WHO; 2010.p 17.
- Yıldırım A, Aktaş T, Akdaş A.** Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinde Hekim - Hemşire işbirliği. *Prev Med Bulletin* 2006;5(3):166-75
- Young L, Baker P, Waller S, Hodgson L, Moor M.** Knowing your allies: medical education and interprofessional exposure. *J Interprofessional Care* 2007;21(2):155-63.
- Zhang C, Thompson S, Miller C.** A review of simulation-based interprofessional education. *Clinical Simulation in Nursing* 2011;7(4):117-26.