

آموزش بین حرفه‌ای پاسخی به چالش‌های نظام سلامت

زهره وفادار، زهره ونکی*، عباس عبادی

چکیده

مقدمه: تغییرات گسترده در حوزه سلامت سبب گردیده بسیاری از سازمان‌های آموزشی علوم سلامت، درصدد اتخاذ مؤثرترین رویکردهای آموزشی برآیند، در این میان آموزش بین حرفه‌ای به عنوان یکی از رویکردهای نوین و کارآمد توجه زیادی را در سطح بین‌المللی به خود جذب کرده است. این مطالعه با هدف معرفی آموزش بین حرفه‌ای و با تمرکز بر زمینه‌های بروز و شکل‌گیری آن در علوم سلامت انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ای مروری تلفیقی در سال ۹۲-۱۳۹۱ با جستجوی یکپارچه در پایگاه‌های اطلاعاتی Pub med، CINHAl، Science direct، Ovid، همچنین جستجو با موتور جستجوگر Google در منابع اطلاعاتی مختلف مانند مجلات معتبر علمی، گزارشات سمینارها، گزارشات انجمن‌ها و سازمان‌های آموزشی با کلید واژه‌های اصلی آموزش بین حرفه‌ای، یادگیری بین حرفه‌ای و عملکرد بین حرفه‌ای و در محدوده‌ی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳ و به طور عمده به زبان انگلیسی انجام شده است. بیش از ۲۰۰۰ عنوان شامل مقاله پژوهشی، گزارش، صفحات وب، نامه به سر دبیر، کتاب به دست آمد که با بررسی عناوین و خلاصه مقاله‌ها، ۱۲۰ مقاله که ارتباط مستقیم با هدف و سؤال مطالعه داشت، مورد تحلیل محتوی کیفی قرار گرفت. محتوی مقالات مذکور استخراج و نتایج نهایی با نرم افزار MAXQDA دسته‌بندی، تلفیق و تنظیم گردید.

نتایج: دو درون‌مایه اصلی، بیانگر زمینه‌ی شکل‌گیری آموزش بین حرفه‌ای در نظام سلامت به دست آمد. درون‌مایه "چالش‌ها" شامل چهار طبقه: تغییرات پویا و همه جانبه‌ی جوامع بشری، ضعف در ارائه مراقبت کیفی، بحران نیروی انسانی و نارسایی‌های آموزش تک حرفه‌ای و درون‌مایه "راهبردهای سازنده" شامل چهار طبقه: گسترش تعاملات بین حرفه‌ای، توسعه همکاری‌های بین حرفه‌ای، مراقبت تیمی مبتنی بر مددجو و تغییر در فرآیند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان علوم سلامت است.

نتیجه‌گیری: آموزش بین حرفه‌ای با تمرکز بر تعامل بین حرفه‌ای و ارتقای فرآیند اجتماعی‌سازی حرفه‌ای فراگیران علوم سلامت، صلاحیت و توانمندی لازم جهت توسعه همکاری‌های بین حرفه‌ای و ارائه مراقبت تیمی جامع، یکپارچه و مبتنی بر مددجو را در دانش‌آموختگان، جهت مقابله با چالش‌های نظام سلامت فراهم می‌آورد.

واژه‌های کلیدی: آموزش بین حرفه‌ای، تعامل بین حرفه‌ای، همکاری بین حرفه‌ای، علوم سلامت، چالش‌های نظام سلامت

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / اردیبهشت ۱۳۹۳؛ ۱۴(۲): ۱۶۴ تا ۱۶۷

مقدمه

آموزش علوم سلامت از زیر بنایی‌ترین و بنیادی‌ترین ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جوامع، که مطلوب‌ترین پیامد آن ارتقای سطح سلامت تکتک افراد جامعه، رشد، تداوم و توسعه‌ی پایدار ملت‌هاست. نوع نگاه به انسان، مفاهیم سلامتی و بیماری، فلسفه‌ی مراقبت، قابلیت و توانایی در پاسخ‌گویی به نیازهای

* نویسنده مسؤو: دکتر زهره ونکی (دانشیار)، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. vanaki_z@modares.ac.ir
زهره وفادار، دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج)، تهران، ایران.
zohrehvafadar@gmail.com؛ دکتر عباس عبادی (دانشیار)، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج)، تهران، ایران.
ebadi1347@bmsu.ac.ir
تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۸/۲۵، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۱۱/۱۶، تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۸

ارائه مراقبت همکارانه، مؤثر و مبتنی بر مددجو آموزش ببینند(۷).

در حالی که بیش از ۳۰ سال است که این رویکرد آموزشی با تأکید و توجه خاص سازمان بهداشت جهانی و با گرایشی فزاینده در سطح بین‌المللی، به ویژه در کشورهای توسعه یافته به کار گرفته شده و تحقیقات و دانش مرتبط با آن در حال توسعه و گسترش است، اما هنوز آموزش بین‌حرفه‌ای به طور رسمی در آموزش علوم سلامت در کشور ما راه نیافته است(۸)؛ شاید به این علت که هنوز شناخت دقیقی از این رویکرد آموزشی در نظام آموزش سلامت در کشور ما وجود نداشته و مطالعات اندکی برای شناساندن آن به جامعه‌ی سلامت کشور انجام شده است(۹). از این رو به منظور معرفی آموزش بین‌حرفه‌ای و بهره‌گیری از تجربیات چند دهه بکارگیری این رویکرد آموزشی در سطح جهانی، مطالعه‌ی مروری تلفیقی با هدف کلی معرفی آموزش بین‌حرفه‌ای در علوم سلامت و با تمرکز بر زمینه‌های ظهور، بروز و شکل‌گیری آن در علوم سلامت در عرصه‌ی جهانی، با بازیابی و یکپارچه‌سازی اطلاعات و شواهد مرتبط با آن انجام شد. چه بسا که توجه و به‌کارگیری و توسعه‌ی آن، بتواند پاسخگوی معضلات موجود در عرصه‌ی سلامت در کشور ما نیز باشد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مروری تلفیقی است که با هدف کلی معرفی آموزش بین‌حرفه‌ای در علوم سلامت و پاسخ‌گویی به سؤال اصلی "زمینه‌های بروز و شکل‌گیری آموزش بین‌حرفه‌ای در علوم سلامت در عرصه جهانی چه بوده است؟"، با بازیابی و یکپارچه‌سازی شواهد مرتبط با آن در متون انجام شد، طبق تعریف بروم به نقل از وایتمور و نافل مطالعات مروری تلفیقی، روشی متفاوت و وسیع‌ترین نوع مطالعات مروری است که قابلیت ادغام هم‌زمان نتایج و یافته‌های انواع مطالعات با رویکردهای

متفاوت و فزاینده سلامتی جوامع و ارتقای کیفیت زندگی انسان‌ها، مهم‌ترین شاهد بر پویایی، اثربخشی و بالندگی آموزش علوم سلامت در هر جامعه‌ای است(۱۰).

مهم‌ترین رسالت سازمان‌های آموزشی در عرصه سلامت، پاسخ‌گویی به نیازهای متفاوت و متغیر مراقبت سلامتی بوده، به گونه‌ای که هر نوع تغییر رخ داده در جامعه را شامل شده و هماهنگ با واقعیات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانشناختی جوامع ارائه گردد(۱۱). سلامتی و بیماری و در پی آن مراقبت و درمان مفاهیمی نمادین از پدیده‌های انسانی هستند، از این رو ماهیتی وابسته، پویا و متغیر داشته که بایستی متناسب با تغییرات و دگرگونی جوامع در زمان‌ها و شرایط مختلف، با تبیین و تعریف مجدد آن‌ها، الگو و چارچوب مناسب و مؤثری را برای هدایت عملکرد و ارائه مراقبت در عرصه‌ی سلامت فراهم آورد. بدیهی است که آموزش گام اصلی در هر تغییر و تحول و دستیابی به رویکردهای نوین ارائه خدمات و متناسب‌سازی آنها با تغییرات جامعه است(۱۲).

آموزش بین‌حرفه‌ای به عنوان یکی از رویکردهای نوین، کارآمد و مؤثر در ارتقای کیفیت خدمات سلامت جوامع و متناسب با تغییرات گسترده‌ی جهانی در هزاره‌ی سوم، توجه زیادی را در سطح بین‌المللی به خود جذب کرده و پیامدهای مثبت آن در حوزه‌های مختلف مراقبت سلامتی مورد تحقیق و تأیید قرار گرفته است(۱۳).

آموزش بین‌حرفه‌ای طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از روشی که در آن یک گروه از دانشجویان و یا فراگیران حرفه‌های مختلف بهداشتی با هم و در یک دروه و مکان معین با هدف مهم ایجاد تعامل و مشارکت بین آنها در جهت ارائه خدمات بهداشتی، پیشگیری، درمان، بازتوانی و بهبود بیماری‌ها و ارتقای سلامتی آموزش می‌بینند(۱۴). جدیدترین و جامع‌ترین تعریف از آموزش بین‌حرفه‌ای عبارت است از موقعیتی که فراگیران دو یا چند رشته بهداشتی با هم و دربارهی هم و در جهت

راهبرد تطبیق یافته بر اساس راهنمای مرکز مرورها و انتشار اطلاعات دانشگاه یورک ۲۰۰۸ استفاده گردید (۱۴). این مراحل متعاقب تبیین سؤال اصلی پژوهش شامل: ۱- شناسایی و جستجوی مقالات با کلید واژه‌های مربوطه در تمامی پایگاه‌های اطلاعاتی مرتبط ۲- مطالعه‌ی دقیق خلاصه مقالات و تعیین ارتباط آن با سؤال مطالعه ۳- انتخاب و بازیابی اصل مقالات مرتبط با هدف مطالعه و ارزیابی کیفی آنها ۴- تحلیل داده‌ها با استخراج محتوای متنی مقالات در چهار چوب سؤال مطالعه و یکپارچه‌سازی و تلفیق آنها و در نهایت ارائه نتایج نهایی است.

مرحله‌ی اول: یک راهبرد جستجوی چند مرحله‌ای در پایگاه‌های اطلاعاتی طراحی و اجرا شد، در ابتدا برای یافتن مرورهای احتمالی انجام شده با هدف و سؤال پژوهش مشابه تحقیق حاضر، یک جستجو در پایگاه داده‌های اختصاص یافته به مرورهای نظام‌مند متون شامل (DARE database of abstract of reviews of effects) و همچنین Cochran database of systemic review انجام شد که مروری با هدف و سؤال پژوهش مشابه تحقیق حاضر تا سال ۲۰۱۳ در خارج از کشور و همچنین در پایگاه داده‌های جهاد دانشگاهی ایران (Sid) و Iran medex در داخل کشور یافت نشد.

سپس جستجوی متون با کلید واژه‌ی اصلی Interprofessional education آموزش بین حرفه‌ای، یادگیری بین حرفه‌ای Interprofessional Learning، یادگیری مشارکتی Sharing Learning شروع شد. از آنجایی که طی این مرحله واژه‌های جدید دیگری نیز شناسایی شدند، بنابراین جستجو با واژه‌های جدید به تنهایی و یا با ترکیب با واژه‌های اصلی ادامه یافت. این واژه‌ها شامل همکاری بین حرفه‌ای Interprofessional collaboration، ارتباطات بین حرفه‌ای Interprofessional communication، مراقبت بین حرفه‌ای Interprofessional care، مراقبت بین حرفه‌ای مبتنی بر مددجو

کمی، کیفی، ترکیبی را داشته و دیدگسترده و درک همه جانبه‌ای را از پدیده مورد بررسی ارائه می‌دهد. اگر چه این نوع مطالعات به علت تلفیق یافته‌های مطالعات با روش شناختی متفاوت، استحکام مطالعات مروری سیستماتیک را نداشته ولی قادر است یک پدیده را از زوایای مختلف بررسی کرده و یافته‌های مطالعات مختلف را با هم مقایسه و سپس با نگاهی نوآورانه، تلفیق و ترکیب سازد. داشتن پروتکل و مراحل اجرایی تعریف شده، وجه تمایز و برتری مطالعات مروری تلفیقی از مطالعات مروری نقلی بوده و مشابه با مراحل مرور سیستماتیک است، ولی چگونگی اجرای هر مرحله متفاوت و منحصر به فرد است. و ایتمور و نافل ۵ گام را برای مرور تلفیقی تبیین کرده‌اند که شامل: تعریف مسأله و سؤال اصلی، جستجوی جامع متون، ارزیابی داده‌ها، تحلیل داده‌ها، تلفیق و ترکیب و ارائه نتایج نهایی است.

متمايزترین مرحله این نوع مطالعه از مطالعات مروری دیگر، مرحله‌ی تحلیل داده‌ها است که با توجه به این که داده‌ها از مطالعات با رویکردها و طرح‌های تحقیقی مختلف تلفیق می‌گردد، بایستی با یک روش علمی مستحکم و بدون تورش تحلیل و بررسی شوند. برخی از محققین مناسب‌ترین روش را برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل کیفی با استخراج داده‌ها و متون مرتبط از مطالعات اولیه، کدگذاری، دسته‌بندی و تبیین ارتباط بین کدها و طبقات با مقایسه‌ی مداوم و مکرر بین داده‌ها جهت تبیین تشابهات و تعارضات یافته‌های مطالعات مختلف و در نهایت کشف تمها و یا الگوهای ارتباطی بین داده‌ها با نگاهی خلاقانه و نوآورانه می‌دانند. وایتمور و نافل نیز ۴ مرحله را برای تحلیل داده‌ها شامل استخراج داده‌های مرتبط و تلخیص آنها، نمایش داده‌ها (در جداول، نمودار)، مقایسه‌ی مکرر بین داده‌ها، ساخت تمها و یا الگوی نهایی و بررسی تأییدپذیری و تعمیم‌پذیری آنها معرفی می‌کنند (۱۰ تا ۱۳). در این مطالعه برای اجرای مراحل مرور و کاهش حداکثری بروز تورش در مراحل تحقیق از

در خصوص معیار ورود، مقالات در محدوده‌ی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳ و به طور عمده به زبان انگلیسی بودند. (از آنجایی که منابع فارسی در زمینه‌ی موضوع پژوهش بسیار اندک و یا غیر مرتبط با سؤال پژوهش بودند فقط از منابع انگلیسی استفاده گردید). همچنین نوع مطالعه، (متدولوژی) مقالات مورد توجه نبوده و هر مقاله‌ای که توصیفی غنی از چگونگی بروز و شکل‌گیری آموزش بین حرفه‌ای در نظام سلامت در سطح بین‌المللی داشت وارد مطالعه شد. معیار خروج عبارت بود از مقالاتی که در زمینه‌ی آموزش بین حرفه‌ای در علوم غیر سلامت بوده و یا شرکت‌کنندگان از حرفه‌های غیر سلامت بودند.

مرحله‌ی سوم: اصل مقالات منتخب بازبایی و مورد ارزیابی کیفی قرار گرفت. معیارهای ارزیابی کیفی بر اساس هدف مطالعه و پیوستگی و مرتبط بودن داده‌ها (Relevancy) با سؤال پژوهش (۱۱) تبیین شد که عبارت بودند از مطالعاتی که در آنها آموزش بین حرفه‌ای مبتنی بر تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۵) به عنوان یک مرجع بین‌المللی باشد. (به علت ابهامات و گستردگی تعاریف متعدد از آموزش بین حرفه‌ای در متون) و همچنین مطالعاتی که زمینه‌ها، بسترها و چگونگی شکل‌گیری آموزش بین حرفه‌ای را در سطح جهانی مشخص و تبیین کرده بود.

مرحله چهارم: استخراج داده‌ها و تحلیل آنها در قالب تحلیل محتوی کیفی و سپس تلفیق و یکپارچه‌سازی داده‌ها بود. در این مرحله، متناسب با روش تحلیل داده‌ها در مطالعات مرور تلفیقی (۱۱ و ۱۳)، داده‌های متنی استخراج و سپس بر اساس میزان پاسخ‌گویی به سؤال پژوهش کدگذاری و در مرحله‌ی بعد کدها بر اساس میزان پیوستگی، تشابهات و یا تفاوت‌های بین آنها طبقه‌بندی شد. سپس با مقایسه‌ی مداوم و مکرر بین طبقات، طبقات با هم ادغام و طبقه‌های اصلی تبیین و با ادامه فرایند مقایسه و شناسایی روابط بین طبقات، تم‌ها و یا درون‌مایه‌های اصلی تبیین شد. به علت پیچیده بودن

Interprofessional patient centered care تیم مراقبت سلامت بین حرفه‌ای Interprofessional Health care team عملکرد تیمی بین حرفه‌ای Interprofessional team work اجتماعی شدن بین حرفه‌ای Interprofessional socialization بوده‌اند.

جستجوی پیشرفته براساس عنوان، خلاصه مقاله و کلیدواژه‌ها به زبان انگلیسی و در محدوده‌ی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳ انجام و بازبایی و استخراج مطالعات و انتقال هم‌زمان نتایج به نرم افزار End note انجام شد. با توجه به میزان دسترسی به پایگاه داده‌های مختلف و میزان پوشش مقالات موجود در این زمینه، جستجو به ترتیب در ۴ پایگاه اصلی اختصاصی مطالعات علوم سلامت شامل Science direct و CINAHL و Pubmed و Ovid و پایگاه عمومی مقالات علمی Scholar google انجام شد. همچنین جستجوی دستی در مجلات اختصاص یافته به آموزش بین حرفه‌ای شامل Journal of و Journal of Interprofessional care Research in Interprofessional Practice and Education انجام و در نهایت مقالات و گزارش‌ها از سایت اختصاصی چند سازمان فعال در زمینه‌ی آموزش بین حرفه‌ای شامل:

(WHO World Health Organization)

(CAIPE-UK) Centre for the Advancement of)
Interprofessional Education
(CIHC) Canadian Interprofessional Health)
Collaborative
Australasian Interprofessional practice and
(Education Network (AIPPEN) بررسی و جستجو شدند.

مرحله‌ی دوم: عناوین و خلاصه مقالات به دست آمده از نظارت‌بای با سؤال مطالعه بررسی شدند و مقالات غیر مرتبط بر اساس معیارهای ورود و خروج تعریف شده از مطالعه حذف شدند و مقالات مرتبط به فرایند ارزیابی کیفی وارد شدند.

نتایج

یافته‌های این مطالعه که با هدف کلی معرفی آموزش بین‌حرفه‌ای و در راستای پاسخ‌گویی به سؤال چگونگی بروز و شکل‌گیری آموزش بین‌حرفه‌ای در نظام سلامت در عرصه‌ی جهانی انجام و در قالب یافته‌ی مطالعات کیفی و با نگاهی نوآورانه و متفاوت ارائه شده است. یافته‌ها شامل دو مفهوم یا درون‌مایه یا تم اصلی که هر یک از ۴ طبقه‌ی مرتبط تشکیل شده است.

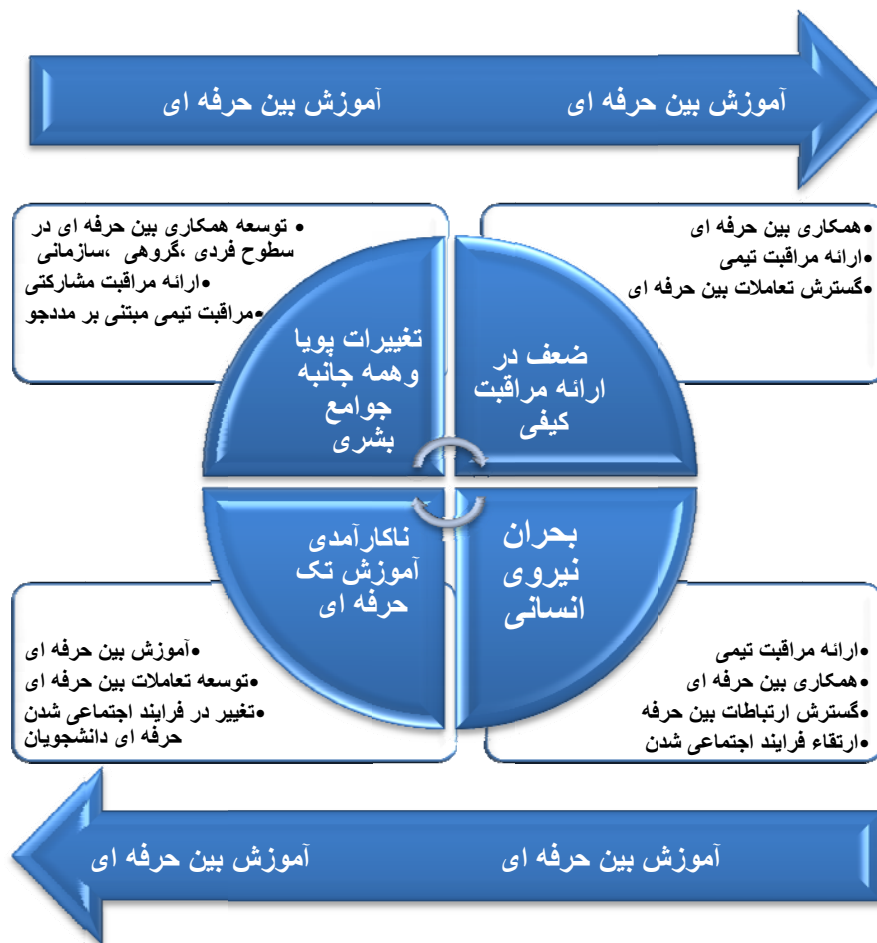
درون‌مایه‌ها عبارتند از الف: "چالش‌های اصلی و زیر بنایی در حوزه‌ی سلامت" که چهار طبقه‌ی اصلی را در بر دارد، این طبقات شامل تغییرات پویا و همه‌جانبه‌ی جوامع بشری، ضعف در ارائه‌ی مراقبت کیفی (مراقبت ایمن، جامع یکپارچه)، بحران نیروی انسانی (کمبود و ناکارآمدی) و نارسایی‌های آموزش تک حرفه‌ای است. این چالش‌ها که در واقع ۴ حلقه‌ی مرتبط، پیوسته و متأثر از یکدیگر هستند، زمینه‌ی تغییر در الگوهای تفکر و شکل‌گیری ایده‌های جدید و راهبردهای سازنده و مقابله‌ای شده‌اند.

درون‌مایه ب: "راهبردهای سازنده" شامل چهار طبقه‌ی اصلی گسترش تعاملات بین‌حرفه‌ای، همکاری بین‌حرفه‌ای، مراقبت تیمی مبتنی بر مددجو و تغییر در فرایند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان علوم سلامت است. این طبقات نیز چنان مرتبط و پیوسته هستند که تحقق هر یک منوط به تحقق دیگری است. در بین این ۴ طبقه، تغییر در فرایند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان نقش مؤثرتر و زیر بنایی تری را ایفا می‌کند، به گونه‌ای که تغییر در فرایند اجتماعی شدن دانشجویان می‌تواند به بروز تعاملات و همکاری بین‌حرفه‌ای و عملکرد تیمی مبتنی بر مددجو منجر گردد (شکل ۱).

این مرحله و حجم زیاد داده‌های متنی، جهت کاهش تورش و یا از دست دادن داده‌ها از نرم افزار MAXQDA برای کدگذاری، دسته‌بندی، انسجام و ترکیب یافته‌های متنی استفاده و نتایج نهایی با تبیین تم‌های نهایی و الگویی از چگونگی ارتباط بین یافته‌ها ارائه گردید.

در مجموع بیش از ۲۰۰۰ عنوان شامل مقاله پژوهشی، گزارش، صفحات وب، نامه به سر دبیر و کتاب از جستجوی منابع ذکر شده به دست آمد، با بررسی عناوین و خلاصه مقاله‌ها، ۱۲۰ مقاله ارتباط مستقیم با سؤال مطالعه داشته و واجد معیارهای ورود بود. متن اصلی تمامی ۱۲۰ مقاله بازیابی شده و مورد بررسی نهایی با روش تحلیل محتوی کیفی قرار گرفت و نتیجه‌ی نهایی از تلفیق یافته‌های مقالات مذکور با نگاهی جدید و متفاوت ارائه شد.

در این مطالعه دو نفر از تیم تحقیق به عنوان مرورگر به طور مستقل مراحل جستجو در منابع و بازیابی مقالات را انجام داده و سپس نتایج جستجوی دو مرورگر و توافق و یا عدم توافق بین نتایج آنها و علل مربوطه در تیم تحقیق بررسی و موارد عدم توافق دوباره بازبینی و در خصوص آنها تصمیم‌گیری شد. سپس متناسب با هدف پژوهش، ارزیابی کیفی مقالات انجام و مقالات نهایی وارد شده به مرحله‌ی تحلیل داده‌ها تعیین شد. استخراج داده‌های متنی و کد گذاری و طبقه‌بندی نیز به طور مستقل توسط دو نفر از تیم تحقیق انجام و در جلسه‌ی تیم مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت. داده‌های متنی برای تحلیل مجدد به یک محقق خارج از تیم تحقیق واگذار شده و نتایج تحلیل وی با نتایج تحلیل تیم تحقیق مقایسه و نتایج نهایی‌ها با حداکثر توافق بین تحلیل‌گرها ارائه شد.



شکل ۱: چالش‌های علوم سلامت: خاستگاه آموزش بین حرفه‌ای

چالش‌های موجود در حوزه‌ی سلامت و راهبردهای سازنده خاستگاه اصلی آموزش بین حرفه‌ای

با توجه به ارتباط تنگاتنگ و پیوسته چالش‌ها و راهبردها و به منظور درک بهتر روابط بین آنها، دو درون‌مایه و طبقات مربوط به آن‌ها در یک مجموعه (به ترتیب چالش و راهبرد) ارائه می‌گردند:

۱- تغییرات پویا و همه جانبه جوامع بشری و راهبرد مختلف فردی، گروهی و سازمانی

رشد فزاینده‌ی علم و فناوری‌ها، جهانی‌سازی، بیوتروریسم، فراتر رفتن بیماری‌ها از مرزهای جغرافیایی، افزایش هزینه‌های درمان و رفاه، توسعه‌ی فن‌آوری اطلاعات و دسترسی مردم به حجم زیادی از اطلاعات پزشکی و بهداشتی، افزایش آگاهی و متعاقب آن

انتظارات افراد جامعه باعث تغییرات اساسی و متفاوت شدن چهره سازمان‌های مراقبت سلامتی و خدمات آنها گردیده است. ارائه مراقبت تیمی مبتنی بر نیازهای فردی مددجویان، مشارکت مددجویان، خانواده و جوامع در روند درمان و مراقبت، تمرکز بر پیشگیری و ارتقای کیفیت زندگی، همکاری بین سازمانی در بخش کلان و بیمه‌ها از راهکارهای سازنده‌ای است که همگی بر محور توسعه همکاری در سطوح مختلف فردی، گروهی و سازمانی متمرکز است (۱۸ تا ۱۶ و ۱۷).

۲- ارائه مراقبت کیفی (ایمن، جامع و یکپارچه مبتنی بر مددجو) و راهبرد ارائه مراقبت تیمی مبتنی بر مددجو و توسعه تعاملات و همکاری‌های بین حرفه‌ای تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن مانند

امریکا به دنبال تحقیقات وسیع در زمینه‌ی کیفیت در بیانیه‌ای تحت عنوان آموزش پزشکی و شکاف کیفیت، ضمن تأکید بر کاهش شدید ایمنی بیماران و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بیان می‌دارد که زمانی بیماران مراقبت مؤثر، ایمن و با کیفیت دریافت می‌کنند که اعضای حرفه‌های بهداشتی به طور مؤثری به صورت یک تیم با ارتباطات سازنده و درک متقابل نقش، احترام و اعتماد کار کنند(۲۹).

در سال‌های اخیر نگرش کلیت‌گرا به انسان و مراقبت جامع و یکپارچه نه تنها یک رویکرد درمانی بلکه به عنوان یک فلسفه و جهان بینی و شیوه‌ی زیستن در جهان هستی مطرح است. زمانی سلامتی، خوب بودن، رشد و کمال انسان تحقق می‌یابد که وی به عنوان یک کلیتی جامع متشکل از ابعاد جسمی، روانی و عاطفی، معنوی و روحی، اجتماعی، فرهنگی در ارتباط با زمینه و بستر محیطی‌اش در نظر گرفته شود(۳۰). بدیهی است نیازهای چنین موجودی، پیچیده بوده و مراقبت از چنین کلیتی، به مجموعه‌ای از توانمندی‌ها و تخصص‌های مرتبط با هم نیاز دارد(۳۱ و ۳۲). درواقع مراقبت جامع، مؤثر و ایمن بیش‌تر یک فرایند تیمی است تا عملکردی فردی و یا تک حرفه‌ای(۲۸ و ۳۳). چرا که نیازهای مراقبت سلامتی بشر امروزی بسیار پیچیده‌تر از آن است که یک تخصص و یا یک گروه حرفه‌ای خاص به تنهایی بتواند پاسخ‌گوی آن باشد بلکه تیمی منسجم از حرفه‌های مختلف علوم سلامت با ارتباطاتی مؤثر، پیوسته و سازنده لازم است تا نیازهای فزاینده بشر در محیطی پیچیده و متأثر از عوامل مختلف مرتفع گردد(۳۴ تا ۳۸). از این رو همکاری بین حرفه‌ای راه‌کار حیاتی و ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در مقابله با چالش‌های موجود و ارتقای امنیت و کیفیت در خدمات مراقبت سلامتی است(۳۹ و ۴۰).

۳- بحران نیروی انسانی (کمبود و ناکارآمدی) و راهبرد ارائه مراقبت تیمی مبتنی بر مددجوو همکاری بین حرفه‌ای

دیابت، سرطان، ایدز، آلزایمر، بیماری‌های قلبی و عروقی، سالمند شدن جمعیت، ضرورت ارائه‌ی مراقبت‌های چند جانبه، پیچیده، طولانی و متمرکز بر رویکردهای انسان‌گرایانه و ارتقای کیفیت زندگی را مطرح ساخته ولی علی‌رغم توسعه و گسترش علم، کیفیت خدمات، دستیابی به مراقبت ایمن و مؤثر، جامع و یکپارچه و مراقبت مبتنی بر مددجو و نیازهای فردی وی و توسعه‌ی مراقبت‌های پیشگیرانه همچنان چالش عمده نظام‌های مراقبت سلامتی است(۱۹ تا ۲۴).

شواهد مبنی بر روند صعودی بروز بیماری‌های قابل پیشگیری وابسته به سبک زندگی مانند بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سرطان، افزایش اشتباهات قابل اجتناب پزشکی و مرگ و میر ناشی از آنها، افزایش عوارض درمان‌های منقطع و پراکنده، عدم یکپارچگی در فرآیندهای درمانی چند جانبه، افزایش عفونت‌های بیمارستانی و متعاقب آن افزایش طول مدت بستری و هزینه‌های آن و در نتیجه عدم رضایت‌مندی در هر دو سو (دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات)، گویای عدم موفقیت فرآیندها و رویه‌های فعلی در مقابله با نیازها و چالش‌های فزاینده‌ی سلامتی بوده و ضرورت تحول و دگرگونی بنیادین را مطرح می‌سازند(۲۵ و ۲۶).

طبق یک آمار در امریکا سالانه ۹۸۰۰۰ نفر ناشی از اشتباهات قابل اجتناب پزشکی می‌میرند که ۶۶٪ این اشتباهات در اثر ارتباطات ضعیف و یا مشکلات ارتباطی در بین حرفه‌های مختلف بهداشتی است، همچنین ۹۹۰۰۰ مرگ در سال ناشی از عفونت‌های بیمارستانی رخ می‌دهد عامل مهم بروز آن، بیش‌تر ضعف در ارتباطات بین کارکنان و نارسایی در عملکرد تیمی است تا ضعف در عملکرد فردی افراد(۲۷). طبق گزارش کمیته مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های بهداشتی، ارتباطات بین کارکنان حرفه‌های بهداشتی اولین و اصلی‌ترین عامل بروز ۶۵٪ از حوادث قابل پیشگیری بیمارستانی طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۴ بوده است(۲۸). انجمن پزشکی

دیدگاه، زبان و فرهنگ مشترک، قادر به درک متقابل توانمندی‌ها، محدودیت‌ها و مسؤولیت‌ها و نقش منحصر به فرد هر رشته در ارائه مراقبت مؤثر، عملکرد یکپارچه و هدف‌گذاری مشترک مبتنی بر مددجو و ارائه کار تیمی مؤثر با دیگر حرفه‌های بهداشتی نبوده، لذا دچار عدم هماهنگی، ابهام، تضاد و تعارض، سوء ارتباطات، نقصان و یا اختلال در تصمیم‌گیری‌های مشترک و اعمال قدرت در اتخاذ تصمیمات و فقدان یک محیط کاری حمایتی مبتنی بر احترام و اعتماد متقابل شده که در نهایت از سویی باعث کاهش کیفیت ارائه خدمات و مراقبت‌ها گردیده (۴۸ تا ۵۰) و از سویی نیروهای جدید را در محیط واقعی کار با شوک واقعیت روبرو ساخته که نارضایتی، سر خوردگی، ترک و یا تغییر حرفه و تطابق غیرمؤثر با شرایط واقعی محیط کار را به همراه خواهد داشت. (۵۱)

بریجز بیان می‌کند که مهم‌ترین تأثیر سوء آموزش ایزوله و مجزا حرفه‌های بهداشتی، اختلال و نارسایی در فرآیند حرفه‌ای شدن و اجتماعی شدن دانشجویان و در نتیجه بروز رفتارهای حرفه‌ای نامطلوب و به عبارتی رفتارهای غیر حرفه‌ای در فارغ‌التحصیلان متعاقب ورود به محیط کار است، حتی مرز بندی‌ها و نگرش‌های تفوق طلبانه در بین مؤسسات آموزشی به جای نگرش عملکرد جمعی با اثر هم‌افزایی، آموزش و یادگیری رقابتی به جای یادگیری مشارکتی تأثیر همین آموزش‌های ایزوله است. طبق تئوری تعامل اجتماعی آلپورت، هویت حرفه‌ای که در دوران تحصیل و در طی به عضویت درآمدن در گروه‌های حرفه‌ای شکل می‌گیرد، بخشی از مفهوم از خود افراد را تشکیل می‌دهد. عملکرد آتی افراد بر حسب درک آنها از مفهوم از خود و هویت حرفه‌ای شان است (۵۲).

مجزا نمودن گروه‌های حرفه‌ای از هم باعث بروز رفتارهای درون‌گروهی و برون‌گروهی و رفتارهای تدافعی و رقابتی و قالب‌های ذهنی منفی در آنان گردیده و افراد بر حسب الگوها و قالب‌های ذهنی، موقعیت‌ها، کنش‌ها و رفتارهای دیگران را پیشگویی و بر همان

کمبود نیروی انسانی در حوزه‌ی بهداشت و درمان به عنوان چالشی فراگیر در سطح بین‌المللی به خصوص کشورهای جهان سوم کیفیت سلامت جوامع را متأثر و مخدوش ساخته است. سازمان بهداشت جهانی، در پنجاه و نهمین مجمع خود و در بیانیه‌ی 23. WHA59 اعلام کرد در حالی که کمبود نیروی انسانی در بهداشت (۳/۴) میلیون نفر) به عنوان یک بحران جهانی مطرح است، نیروهای سازمان‌های مراقبت سلامتی در شرایط کنونی و سال‌های آینده، برای ارائه مراقبت‌های سلامتی با نیازهای پیچیده و گسترش یافته بیماران روبرو هستند و توانایی در پاسخ‌گویی به این نیازها، مهم‌ترین عامل تعیین کننده سلامت، کیفیت زندگی و رشد جوامع در سال‌های آتی خواهد بود. از این رو همه‌ی کشورها بایستی با بهره‌گیری از رویکردهای نوین آموزش، نسل جدیدی از نیروهای مراقبت بهداشتی را با تغییر رویکرد به سمت مراقبت تیمی، برای مقابله با چالش‌ها در سطح منطقه‌ای، و بین‌المللی آماده سازند (۱۵).

۴- ناکارآمدی رویکرد آموزشی تک حرفه‌ای، راهبرد تغییر در فرایند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان

در قرن ۲۱ آموزش علوم پزشکی هنوز به شیوه‌ی تک حرفه‌ای سال ۱۹۱۰ میلادی، دهه‌ی آغاز تحصیلات آکادمیک پزشکی مبتنی بر اقدامات ابراهام فلکسنر است. دانشجویان حرفه‌های مختلف بهداشتی در کلاس‌های مجزا و یا در محیط‌های آموزشی بالینی بدون فرصتی برای تعامل و به اشتراک گذاشتن اطلاعات، شناخت نقش و درک تفاوت‌ها، اشتراکات و توانمندی‌ها، مسؤولیت و هدف‌گذاری مشترک که زمینه‌ی ارائه‌ی مراقبت تیمی است، آموزش می‌بینند (۴۱ تا ۴۴)، آموزش در شرایط ایزوله باعث شکل‌گیری جهان بینی، زبان، فرهنگ و نگرش خاص هر حرفه، بروز تعصبات، الگوها و قالب‌های ذهنی خاص، قلمروگرایی و گروه‌گرایی افراطی، رقابت‌های منفی، عدم توازن قدرت و برتری طلبی شده (۲ تا ۴۷) و بعد از ورود به محیط‌های واقعی بالینی به علت فقدان یک

اساس رفتار کرده و واکنش نشان می‌دهند (۶ و ۴ و ۵۳ و ۵۴). آلپورت معتقد است برای تغییر نگرش، گروه‌های حرفه‌ای بایستی در شرایط مساوی با هم تعامل داشته و براساس یک هدف مشترک و با حمایت از اختیارات و استقلال هرکدام، جهت دستیابی به هدف همکاری کنند. مهم‌ترین تأثیرگذارترین عامل در دستیابی به نگرش مثبت در گروه‌ها داشتن هدف مشترک (مددجو) است (۵۳ و ۵۲ و ۴۷). این در حالی است که تخصص‌گرایی در آموزش علوم سلامت و عدم ارتباطات و تعاملات حرفه‌ای مؤثر، باعث نادیده گرفتن جامعیت وجودی انسان و عدم شناخت مسائل و مشکلات وی و پیچیده‌تر شدن آنها، درمان‌ها و مراقبت‌های پراکنده، منقطع و مقطعی، بروز گسترده اشتباهات پزشکی و بروز عوارض درمان‌های متضاد، مکرر و موازی، ارائه خدمت مبتنی بر وظیفه و تخصص و نه مبتنی بر مددجو و نیازهای فردی وی شده است (۵۶ و ۵۵ و ۴۶). روی دیگر این سکه‌ی تخصص‌گرایی، افزایش هنگامت هزینه‌های درمان بدون اثربخشی و بازدهی مناسب، طبقه‌بندی‌ها و عدم توازن قدرت در نتیجه عدم دسترسی یکسان افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی و به عبارتی بی‌عدالتی در نظام بهداشت و سلامت است (۵۷ و ۵۸).

انجمن پزشکی آمریکا، مؤسسات اعتباربخشی و کمیته کالج‌های آموزش پرستاری آمریکا و کانادا، کسب ۵ شایستگی شامل ارائه مراقبت مبتنی بر نیاز مددجو، ارائه مراقبت به عنوان عضو یک تیم بین حرفه‌ای، عملکرد مبتنی بر شواهد، رویکرد ارتقای کیفیت و ایمنی و دانش انفورماتیک را در تمامی فراگیران حرفه‌های مختلف بهداشتی جهت مقابله با چالش‌های فعلی در عرصه‌ی سلامت ضروری و الزامی می‌داند (۲۵ و ۵۹). به واقع چالش‌های موجود در حوزه‌ی سلامت باعث بروز یک اتفاق آرای جمعی و یک تغییر نگرش در سطح بین‌المللی درباره‌ی ضرورت همکاری بین حرفه‌ای و ارائه مراقبت تیمی و تربیت نسل جدیدی از دانش‌آموختگان علوم

سلامت با توانمندی‌های فوق شده است (۶۰ و ۶۱). در سال ۱۹۷۳ سازمان بهداشت جهانی در مورد فقدان توانایی ارائه مراقبت تیمی در فارغ التحصیلان رشته‌های مختلف پزشکی و بهداشتی و پیامدهای نامطلوب آن هشدار داده است (۶۰). سپس در اجلاس آلماتا در قزاقستان در سال ۱۹۷۸ آموزش چند حرفه‌ای MIE را راهی برای بهبود عملکرد تیمی و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها مطرح و یک دهه بعد در سال ۱۹۸۸ با گزارش کشورها در دستیابی به پیامدهای مثبت آموزش چند حرفه‌ای و بین حرفه‌ای، آموزش بین حرفه‌ای IPE را به عنوان بهترین راهبرد در جهت دستیابی به شعار بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ معرفی نمود (۶ و ۶۲). از آن زمان تاکنون این رویکرد آموزشی با تمایل و گرایش فزاینده‌ای در سطح بین‌المللی به خصوص در کشورهای توسعه یافته مانند انگلیس، کانادا، آمریکا و استرالیا به سرعت در حال رشد و گسترش است.

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که زمینه و یا عامل اصلی شکل‌گیری آموزش بین حرفه‌ای در نظام سلامت و در سطح جهانی، چالش‌های اساسی در عرصه‌ی ارائه خدمات سلامت بوده که اندیشه، نیاز و ضرورت رویکرد جدیدی از آموزش و شکل‌گیری آموزش بین حرفه‌ای، جهت مقابله با این چالش‌ها را فراهم آورده است.

یافته‌ها نشان داد که چالش‌های نظام سلامت مرتبط و متأثر از یکدیگر است، نارسایی در فرآیند آموزش و کمبود نیروی انسانی سبب از هم گسیختگی و عدم یکپارچگی در فرایند ارائه خدمات مراقبت سلامت و در نتیجه تنزل کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها می‌شود، در همین راستا، وزارت بهداشت و درمان ایران در گزارش خود تحت عنوان دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، توسعه‌ی نامتقارن در آموزش پزشکی، تاکید بر تخصصی‌گرایی و

اتحادیه‌ی ملی پرستاری NLN در سال ۱۹۹۸ بیان کرد که اگر می‌خواهیم فارغ التحصیلان در محیط بالینی، عملکرد همکارانه‌ی تیمی و مبتنی بر یک هدف مشترک (مددجو) داشته باشند، بایستی این شیوه‌ی عملکرد آموزش داده شود، چگونه ممکن است که فراگیران را بدون فرصتی برای آموختن ارتباطات و تعاملات سازنده و هدف‌گذاری مشترک با دیگر فراگیران حرفه‌های بهداشتی آموزش دهیم و بعد انتظار داشته باشیم در محیط بالینی عضوی مؤثر از یک تیم بهداشتی مراقبتی باشند (۶۵). در واقع ایجاد صلاحیت‌های ارائه کار تیمی و رهبری تیم‌های بین حرفه‌ای و توانمندی حل تعارض و تضاد بایستی از اولین شایستگی‌های کسب شده توسط فراگیران حرفه‌ی پرستاری باشد (۶۱ و ۶۶ و ۶۷).

بررسی متون در این مطالعه، شواهد زیادی در خصوص ضعف و ناکارآمدی آموزش تک حرفه‌ای را نشان داد. همه دارندگان حرف علوم سلامت اذعان دارند که روابط بین پزشک و پرستار یکی از دیرینه‌ترین و ضروری‌ترین در عین حال پرچالش‌ترین روابط بین حرفه‌ای در نظام سلامت است که پیامدهای سوء این رابطه به طور مستقیم مددجو را متأثر می‌سازد (۶۸). ضعف کیفیت این رابطه در طول سال‌ها، با وجود تحصیلات دانشگاهی این دو گروه بزرگ حرفه‌ای، خود گویاترین شاهد از ضعف و ناکارآمدی آموزش تک حرفه‌ای است. مهرابی با توجه به سابقه‌ی روابط بین حرفه‌ای و اجتناب‌ناپذیر پزشک و پرستار و با استناد به شواهد تحقیقاتی از ضعف این رابطه و برآیند نامطلوب آن در کیفیت خدمات سلامت، در تحقیقی تحت عنوان "بررسی جامعه شناختی روابط بین حرفه‌ای پرستار و پزشک" با یک نگاه جامعه شناختی فراتر از صورت ظاهری تعاملات بین حرفه‌ای پرستار و پزشک به زوایای پنهان این رابطه و شناسایی الگوهای روابط بین حرفه‌ای و متغیرهای تأثیرگذار بر آن در جامعه‌ی پزشکان و پرستاران در بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی پرداخته

تجزیه‌گرایی در کنار تغییر الگوی بیماری‌ها و سبک زندگی، عدم یکپارچگی سیستمی و وجود تفکر جزیره‌ای، عدم ادغام افقی و عمودی کوریکولوم‌ها، نارسایی در ارتباطات درون بخشی و عدم تعاملات صحیح بین بخشی و فقدان تعهد نظام آموزش نسبت به مسؤلیت اجتماعی و ضعف در عدالت در تأمین سلامت را از مهم‌ترین نقاط ضعف نظام آموزش فعلی بر می‌شمارد (۶۳).

مهم‌ترین و فراگیرترین پیامد آموزش تک حرفه‌ای فعلی، فقدان یک چشم‌انداز مشترک در بین حرفه‌های مختلف نظام سلامت و در نتیجه ضعف و عدم هماهنگی در برنامه ریزی‌های سلامت جامعه محور است که سبب نارسایی در عملکرد یکپارچه و منسجم در تمام حرفه‌های بهداشتی در جهت مراقبت مبتنی بر مددجو شده که بارزترین نمود آن، ارائه خدمت مبتنی بر وظیفه و نه مبتنی بر مددجو و نیازهای فردی وی و به عبارتی فراموش شدن بیمار در آشفته بازاری از دیدگاه‌های مختلف است و مشهودترین پیامد آن در طولانی مدت، بغرنج شدن مشکلات ساده نظام سلامت و افزایش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قابل درمان و علاج پذیر می باشد (۳۶ و ۶۴). این شرایط نشان می‌دهد که آموزش علوم سلامت به شیوه‌ی قرن بیستم قادر به پاسخ‌گویی به چالش‌های قرن بیست و یک نخواهد بود.

در تحقیقی که جان میلر جهت بررسی مراقبت ایمن و مؤثر و موانع آن از دیدگاه پرستاران در کشورهای آمریکا، ایران و هنگ کنگ انجام داد، دریافت که از دیدگاه پرستاران مهم‌ترین عوامل در ارتقای کیفیت مراقبت و ارائه مراقبت جامع و یکپارچه عبارتند از: ساختار تیمی در ارائه مراقبت، محیط کاری حمایتی، هدف‌گذاری مشترک مبتنی بر مددجو، مهارت‌های ارتباطی، ارزشهای مشترک، خودآگاهی و خود انعکاسی؛ وی معتقد است مهم‌ترین ابزار در تحقق عوامل فوق، ابزار آموزشی و تربیت دانشجویان حرفه‌های علوم سلامت جهت دستیابی به شایستگی‌ها و صلاحیت‌های عملکرد تیمی است (۲۲).

یک مرور نظام‌مند انجام شده توسط هیلر و همکاران بر الگوهای همکاری بین سازمان‌های آموزشی و بالینی نشان داده شد که آموزش بین حرفه‌ای و همکاری تیمی مؤثرترین مدل برای همکاری در سطح سازمان‌های مذکور است (۷۱). همچنین یکی از راهکارهای کاهش شکاف بین تئوری و عمل و عملکرد مبتنی بر شواهد، آموزش بین حرفه‌ای و ارائه مراقبت تیمی است، چراکه در هدف‌گذاری‌های مشترک و اتخاذ تصمیمات تیمی، افراد بایستی بهترین شواهد را برای اتخاذ تصمیماتشان ارائه دهند (۷۲).

در سال ۲۰۰۹ سازمان بهداشت جهانی با توجه به ضرورت اجتناب‌ناپذیر تربیت نسل جدید نیروهای مراقبت بهداشتی و برای یکپارچه‌سازی و انسجام بخشیدن به تلاش‌های پراکنده در توسعه آموزش بین حرفه‌ای در سطح جهانی و ارائه یک چهارچوب کلی، یک گروه کاری را متشکل از ۲۵ نفر از متخصصین سازمان‌های فعال در آموزش بین حرفه‌ای تشکیل داد تا با تحقیق در سطح بین‌المللی، یک چهارچوب کلی را برای اجرای آموزش بین حرفه‌ای ارائه دهند. سازمان بهداشت جهانی در اطلاعیه‌ای در خصوص فعالیت گروه کاری مذکور، کشورهای مختلف در مناطق شش‌گانه‌ی WHO را برای توسعه هر چه بیشتر آموزش بین حرفه‌ای به کمک طلبید و اعلام نمود اکنون زمان اجرا و توسعه آموزش بین حرفه‌ای به عنوان یک راهکار نوین در مقابله با چالش‌های ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی بیمار محور فرارسیده و ضرورت یک تغییر فرهنگ در سازمان‌های بهداشتی به سمت آموزش بین حرفه‌ای و همکاری و تعامل بین حرفه‌ای الزامی و اجتناب‌ناپذیر است (۷۳). نتیجه‌ی تحقیقات گروه مذکور در سال ۲۰۱۰ تحت عنوان چهارچوبی برای ارائه آموزش بین حرفه‌ای منتشر گردید. در گزارش مذکور بیان شده که تغییرات لازم برای اجرای آموزش بین حرفه‌ای در ۳ حوزه اساسی شامل سیستم‌های مدیریت آموزشی و بهداشتی، محیط‌های

است. مطالعه‌ی وی نشان داد که در هر دو گروه، فرایند حرفه‌ای شدن در طی سال‌های آموزش و جامعه پذیری حرفه‌ای، اساسی‌ترین و مهم‌ترین متغیر تأثیرگذار بر روابط حرفه‌ای آتی آنان بوده و جامعه‌پذیری حرفه‌ای سنتی باعث بروز حاکمیت دو الگوی تعاملی وابستگی-استقلال و سپس فرودست-فرا دست و کم رنگ شدن الگوی همکاری-مشارکت در بین این دو گروه حرفه‌ای می‌شود. در پایان مطالعه محقق در جهت حرکت به سوی الگوی مشارکت-همکاری که بهترین الگو در نظام ارائه خدمات سلامت است، تغییر در فرایند اجتماعی شدن دانشجویان را با تغییر در رویکردهای آموزشی فرهنگی، توسعه تعاملات ساختار یافته بین حرفه‌ای، ساخت یابی نقش‌ها و منزلت‌ها، هم‌گرایی تلاش‌ها با هم‌سو کردن اهداف و موازنه قدرت و مشارکت بین حرفه‌ای در تصمیم‌گیری‌ها را توصیه می‌کند (۶۹).

در همین راستا بارتونک در کالج بوستون آمریکا در تحقیقی با استناد به مشکلات ارتباطی ریشه‌دار در بین حرفه‌های مختلف علوم سلامت و تأثیرات نامطلوب آن بر کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها نشان داد که فرآیند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان در گروه‌های مجزای تک رشته‌ای و کسب هویت حرفه‌ای منحصر به فرد و تک رشته‌ای زمینه‌ی بروز تضادها و تعارضات آتی در محیط‌های کاری با دیگر حرفه‌ها را فراهم می‌سازد وی لزوم تغییر در فرایند حرفه‌ای شدن دانشجویان با حضور در گروه‌ها و اجتماع‌های عمل بین حرفه‌ای و کسب هویت بین حرفه‌ای را برای ارتقای ایمنی مراقبت‌ها الزامی و حیاتی می‌داند (۷۰).

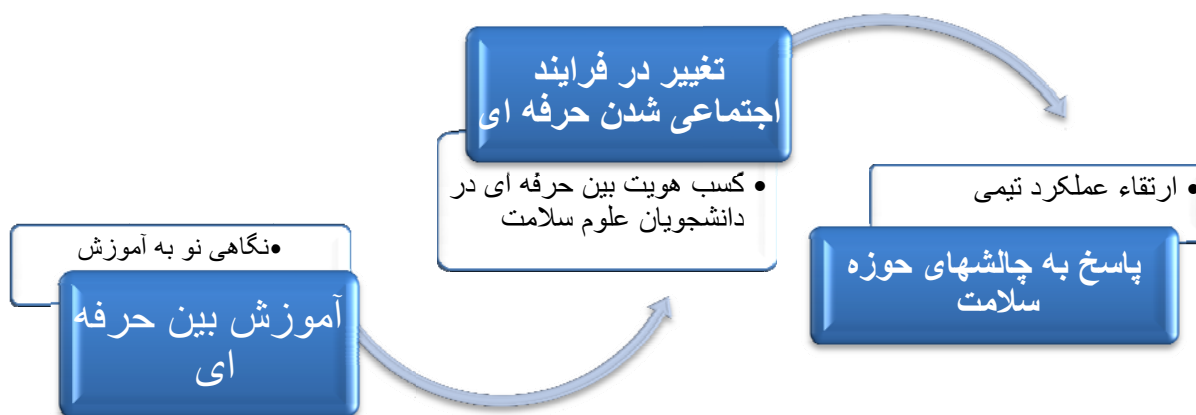
مرور متون در مطالعه حاضر نشان داد که اصلی‌ترین عامل در تغییر فرایند اجتماعی شدن دانشجویان، تغییر در چگونگی آموزش حرفه‌ای آنان است، به گونه‌ای که آنان را برای کسب شایستگی‌ها و صلاحیت‌های خاص (گسترش تعاملات و همکاری بین حرفه‌ای و ارائه مراقبت تیمی مبتنی بر مددجو) هدایت کرده و آماده می‌سازد. در

ضرورت آن، بیانگر موافقت، تمایل بالا، احساس نیاز و نگرش مثبت دانشجویان به این رویکرد آموزشی است (۷۹ و ۷۹).

نتیجه‌گیری

آموزش بین حرفه‌ای، به عنوان رویکرد نوین آموزشی با تمرکز بر تعامل بین حرفه‌ای در فرایند آموزش و یادگیری و ارتقای فرآیند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان علوم سلامت و در نتیجه کسب هویت و نقش بین حرفه‌ای در کنار هویت و نقش تخصصی حرفه‌ای، صلاحیت و توانمندی لازم جهت توسعه تعاملات مؤثر و همکاری‌های گسترده بین حرفه‌ای و ارائه مراقبت تیمی جامع و یکپارچه مبتنی بر مددجو را در دانش‌آموختگان علوم سلامت فراهم آورده و با این رویکرد به چالش‌های عمده در عرصه‌ی سلامت پاسخ می‌دهد (شکل ۲).

آموزشی و محیط‌های بالینی باید روی دهد (۷۴). علی‌رغم وجود چالش‌های عمده مراقبت‌های بهداشتی ناشی از عدم وجود ارتباطات حرفه‌ای و عملکرد تیمی مؤثر و زیان‌های ناشی از آن (۷۵ تا ۷۷) و همچنین رشد فزاینده‌ی تحقیقاتی که بیانگر تأثیرات مثبت آموزش بین حرفه‌ای بر بهبود عملکرد تیمی و تعاملات حرفه‌ای، ارائه مراقبت مبتنی بر مددجو، ارتقاء، ایمنی بیماران و کاهش خطاهای پزشکی، ایجاد یک محیط کاری ایمن و حمایتی و افزایش رضایت کارکنان (۷۸) است و توجه و توصیه اکید سازمان بهداشت جهانی به لزوم آموزش بین حرفه‌ای در سطح بین‌المللی، هنوز در کشور ما اقدامی زیر بنایی و آکادمیک برای توسعه‌ی آموزش بین حرفه‌ای صورت نگرفته است، این در حالی است که نتایج تحقیقات ایرج‌پور و علوی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و گروسی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی کرمان در زمینه‌ی بررسی نگرش و آمادگی دانشجویان علوم سلامت نسبت به آموزش بین حرفه‌ای و اهمیت و



شکل ۲: فرایند پاسخ‌گویی آموزش بین حرفه‌ای به چالش‌های نظام سلامت

باقر مداح و آقای دکتر علیرضا ایرج‌پور تشکر و قدردانی می‌گردد، لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان‌نامه

قدردانی:
از راهنمایی‌های اساتید گرامی به ویژه خانم دکتر سادات سید

در مقطع دکترای تخصصی پرستاری است که با همکاری علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شده است. دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت دانشگاه

منابع

- 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.
- Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2011; 25(2): 98-104.
- Iwasiw CG, Andrusyszyn M. Curriculum development in nursing education. Canada: Jones and Bartlett publishers Inc; 2005.
- Herbert CP. Changing the culture: Interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada. *J Interprof Care*. 2005; 19 (Suppl 1): 1-4.
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, et al. The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *J Interprof Care*. 2010; 24(3): 230-41.
- Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, et al. Interprofessional Education Supplement , Interprofessional Education: Definition ,Student Competencies ,and Guidelines for Implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2009; 73(4): 1-8.
- Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth DS. *Effective Interprofessional Education: Argument ,Assumption and Evidence*. Oxford: Blackwell Publishing; 2005.
- Irajpour A, Barr H, Abedi H, Salehi S, Changiz T. Shared learning in medical science education in the Islamic Republic of Iran: an investigation. *J Interprof Care*. 2010; 24(2): 139-49.
- Garousi S, Garrusi B. [Viewpoints of medical and nursing students regarding Medical and nursing professions: The first step in assessment of possibility of interdisciplinary training]. *Strides in Development of Medical Education*. 2012; 9(1): 25-33. [persian]
- Torraco RJ. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review*. 2005; 4(3): 356-67.
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5): 546-53.
- Russell CL. An overview of the integrative research review. *Prog Transplant*. 2005; 15(1): 8-13.
- Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promot Int*. 2012. [cited 2014 Apr 10]. available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2012/08/10/heapro.das034.full.pdf>
- Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. 3rd ed. York: Centre for Reviews and Dissemination, University of York. York Publishing Services Ltd; 2008.
- Gilbert HV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO Report: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Journal of Allied Health*. 2010; 39(Suppl 1): 196-197.
- Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. The evidence base and recommendations for interprofessional education in health and social care. *J Interprof Care*. 2006; 20(1): 75-8.
- Arlene L. Vision for The Future of Nursing. *Nurs Web J*. 2003; 16: 1-2
- Baldwin DC Jr, Baldwin MA. Interdisciplinary education and health team training: a model for learning and service. *J Interprof Care*. 2007; 21(Suppl 1): 52-69.
- Horsburgh M, Perkins R, Coyle B, Degeling P. The professional subcultures of students entering medicine, nursing and pharmacy programmes. *J Interprof Care*. 2006; 20(4): 425-31.
- Horsburgh M, Merry AF, Seddon M. Patient safety in an interprofessional learning environment. *Med Educ*. 2005; 39(5): 512-3.
- Horsburgh M, Merry A, Seddon M, Baker H, Poole P, Shaw J, et al. Educating for healthcare quality improvement in an interprofessional learning environment: A New Zealand initiative. *J Interprof Care*. 2006; 20(5): 555-7.
- Miller JF, editors. *Challenges to Good Work in Nursing A Cross Cultural Comparison of Factors*

- Influencing Quality of Care in a Health Related Profession. the 18th Annual Conference of the Global Awareness Society International; 2009 May 21-26; 2009. USA. Washington D. C.:2009.
23. Meyer S. The imperative for interprofessional education. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2009; 73(4): 1-2.
 24. Masters C, Baker VOT, Jodon H. Multidisciplinary, Team-Based Learning: The Simulated Interdisciplinary to Multidisciplinary Progressive-Level Education (SIMPLE) Approach. *clinical Simulation in Nursing*. 2013;9(5): e171-e178.
 25. Mickan S, Hoffman SJ, Nasmith L. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *J Interprof Care*. 2010; 24(5): 492-502.
 26. Walsh CL, Gordon MF, Marshall M, Wilson F, Hunt T. Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Educ Pract*. 2005; 5(4): 230-7.
 27. Thompson SA, Tilden VP. Embracing Quality and Safety Education for the 21st Century: Building Interprofessional Education. *J Nurs Educ*. 2009; 48(12): 698-701.
 28. Zhang C, Thompson S, Miller C. A Review of Simulation-Based Interprofessional Education. *Clinical Simulation in Nursing*. 2011;7(4): e117-e126.
 29. Margalit R1, Thompson S, Visovsky C, Geske J, Collier D, Birk T, et al. From professional silos to interprofessional education: campuswide focus on quality of care. *Qual Manag Health Care*. 2009; 18(3): 165-73
 30. Mariano C. Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing - Scope and Standards of Practice *Nurs Clin North Am*. 2007; 42(2): 165-88.
 31. Li Y. The Benefits and Challenges of Implementing Interprofessional Collaboration in the Canadian Healthcare System. *Canadian Journal of Medical Radiation Technology*. 2007; 38(3): 53-4.
 32. Wagner J, Liston B, Miller J. Developing interprofessional communication skills. *Teaching and Learning in Nursing*. 2011; 6(3): 97-101.
 33. Yeager S. Interdisciplinary Collaboration: The Heart and Soul of Health Care. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005; 17(2):143-8.
 34. Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *J Contin Educ Health Prof*. 2008; 28(4): 228-34.
 35. Hean S, Dickinson C. The Contact Hypothesis: An exploration of its further potential in interprofessional education. *J Interprof Care*. 2005; 19(5): 480-91.
 36. Spence J, Goodwin B, Enns C, Vecherya N, Dean H. Patient Safety Education: An Exploration of Student-Driven Contextual Learning. *J Nurs Educ*. 2012; 51(8): 466-70.
 37. Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international classification of functioning, disability and health (ICF). *J Interprof Care*. 2006; 20(3): 235-45.
 38. Tran A. "Acute caring" in the emergency department. *J Interprof Care*. 2012; 26(6):505-7.
 39. Anderson E, Thorpe L, Heney D, Petersen S. Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Med Educ*. 2009; 43(6): 542-52.
 40. Cook DA. Models of interprofessional learning in Canada. *J Interprof Care*. 2005; 19 (Suppl 1): 107-15.
 41. Elisabeth C, Ewa P, Christine WH. The team builder: The role of nurses facilitating interprofessional student teams at a Swedish clinical training ward. *Nurse Educ Pract*. 2011; 11(5): 309-13.
 42. Gilbert JH. Abraham Flexner and the roots of interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2008; 28(Suppl 1):S11-4.
 43. 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
 44. Margalit R, Thompson S, Visovsky C, Geske J, Collier D, Birk T, et al. From professional silos to interprofessional education: campuswide focus on quality of care. *Qual Manag Health Care*. 2009 ; 18(3): 165-73
 45. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005 ;19(Suppl 1): 188-96.
 46. Barr H. Interprofessional education:yesterday,today and tomorrow. London: Learning and Teaching Support Network for Health Sciences and Practice. [cited 2014 Apr 13]. available from: www.health.ltsn.ac.uk

47. Hean S, Dickinson C. The Contact Hypothesis: An exploration of its further potential in interprofessional education. *J Interprof Care*. 2005; 19(5): 480-91.
48. Margalit RMD, Thompson SPRN, Visovsky CPRNA-BC, Geske JP, Collier DP, Birk TP, et al. From Professional Silos to Interprofessional Education: Campuswide Focus on Quality of Care. *Qual Manag Health Care*. 2009; 18(3): 165-173.
49. Reeves S, Tassone M, Parker K, Wagner SJ, Simmons B. Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. *Work*. 2012; 41(3): 233-45.
50. Colyer H, Helme M, Jones I. The Theory-Practice Relationship in Interprofessional Education. *Higher Education Academy Health Sciences and Practice*. Toronto; 2008. [cited 2014 Apr 13]. available from: <http://www.whittingtonconsultants.co.uk/media/occ7.pdf>
51. Hanberg A, Brown SC. Bridging Theory-Practice Gap with Evidence-Based Practice. *J Contin Educ Nurs*. 2006; 37(6): 248-9.
52. Bridges D, Tomkowiak J. Allport Intergroup Contact Theory as a Theoretical Base for Impacting Student Attitudes in Interprofessional Education. *J Allied Health*. 2010; 39(1): e-29-e-33
53. Ateah CA, Snow W, Wener P, MacDonald L, Metge C, Davis P, et al. Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference?. *Nurse Educ Today*. 2011; 31(2): 208-13.
54. Bjørke G, Haavie NE. Crossing boundaries: implementing an interprofessional module into uniprofessional Bachelor programmes. *J Interprof Care*. 2006; 20(6): 641-53.
55. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(1): 140-53.
56. Jansen I. collaborative and interdisciplinary health care teams: ready or not ?. *J Prof Nurs*. 2008; 24(4): 218-27.
57. Kreitzer MJ, Kligler B, Meeker WC. *Health Professions Education and Integrative Healthcare*. Explore (NY). 2009; 5(4): 212-27
58. Titzer JL, Swenty CF, Hoehn GW. An Interprofessional Simulation Promoting Collaboration and Problem Solving among Nursing and Allied Health Professional Students. *Clinical Simulation in Nursing*. 2012; 8(8): e325-e333.
59. Sherwood G, Drenkard K. Quality and safety curricula in nursing education: Matching practice realities. *Nursing Outlook*. 2007; 55(3): 151-5.
60. Norman I. Inter-professional education for pre-registration students in the health professions: recent developments in the UK and emerging lessons. *Int J Nurs Stud*. 2005; 42(2): 119-23.
61. Reeves S. An overview of continuing interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009; 29(3): 142-6.
62. Solomon P. Interprofessional Education: Has Its Time Come? *Journal of Physical Therapy Education*. 2010; 24(1): 3-4.
63. Ministry of Health and Medical Education, Health Policy Secretariat. [achievements and challenges and visions front of health system of islamic republic of Iran]. volume1. [cited 2014 Apr 15]. available from: <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=32126&pro=nobak>
64. Stead W, O'Halloran TD, Bernier M, Zimetbaum PJ, Irish J. Using interprofessional education strategies to improve collaborative attitudes among infectious diseases and cardiology physician trainees. *Med Teach*. 2012; 34(7): 594-5
65. Begley CM. Developing inter-professional learning: Tactics, teamwork and talk. *Nurse Educ Today*. 2009; 29(3): 276-83.
66. Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med*. 2010; 71(5): 898-909.
67. Schwartz L, Wright D. New Nurses' Experience of Their Role Within Interprofessional Health Care Teams in Mental Health. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(3): 153-63.
68. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy Work Environments, Nurse-Physician Communication, and Patients' Outcomes. *Am J Crit Care*. 2007; 16(6): 536-243.
69. Mehrabi M. [Sociology assessment in Physician-nurse interprofessional relationship in Iran]. *Health and*

- Medical Sociology Institutue. [cited 2014 Apr 15]. available from:<http://anthropology.ir/node/2647>. [persian]
70. Bartunek JM. Intergroup relationships and quality improvement in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2011; 20(1): i62-i6.
 71. Hillier S, Civetta L, Pridham L. A Systematic Review of Collaborative Models for Health and Education Professionals Working in School Settings and Implications for Training. *Educ Health (Abingdon)*. 2010; 23(3): 1-12.
 72. Newhouse RP, Spring B. Interdisciplinary evidence-based practice: Moving from silos to synergy. *Nursing Outlook*. 2010; 58(6): 309-17.
 73. Yan J, Gilbert JHV, Hoffman SJ. World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. WHO Announcement; 2009. [cited 2014 Apr 13]. available from: <http://www.who.int/hrh/professionals/announcement.pdf>
 74. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice; 2010. [cited 2014 Apr 13]. available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10_3_eng.pdf?ua=1
 75. AsadiLari M, Madjd Z, Akbari M. The need for palliative care services in Iran. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2008; 1(1): 1-5.
 76. Vaismoradi M, Salsali M, Esmailpour M, Cherachi MA. Perspectives and experiences of Iranian nurses regarding nurse-physician communication: A content analysis study. *Jpn J Nurs Sci*. 2011 ; 8(2): 184-93.
 77. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. [The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians]. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery*. 2010; 7(1): 63-72. [Persian]
 78. Cameron A, Rennie S, DiProspero L, Langlois S, Wagner S, Potvin M, et al. An Introduction to Teamwork: Findings From an Evaluation of an Interprofessional Education Experience for 1000 First-Year Health Science Students. *J Allied Health*. 2009; 38(4): 220-6.
 79. Irajpour AR, Alavi M. [Readiness of postgraduate students of Isfahan University of Medical Sciences for inter professional learning]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11 (9):1050-1056. [persian]

Interprofessional Education; a Response to Health System Challenges

Zohreh Vafadar¹, Zohreh Vanaki², Abbas Ebadi³

Abstract

Introduction: Extensive changes in the health field have compelled many organizations of health sciences education to seek for the most effective educational approaches. Meanwhile, interprofessional education as a novel and efficient approach has received attention internationally. We conducted this study for introducing interprofessional education with a focus on its backgrounds and formation in health sciences.

Methods: This integrative review study was performed during years 2012-2013 using an integrated search in PubMed, CINHAL, Ovid, and Science Direct databases. Moreover, google search engine was also used for searching in various information sources such as validated journals and conference proceedings and reports of educational organizations and assemblies, using main key words such as interprofessional education and interprofessional learning, limiting the results from 1995 to 2013 and mainly in English. We obtained more than 2000 titles including original articles, reports, web pages, letters to editor, and books. Having titles and abstracts assessed, 120 documents that were more appropriate and directly related to the study question were selected and analyzed through qualitative content analysis. Then the text contents were retrieved and final results were categorized and managed by MAXQDA software.

Results: Two themes were obtained indicating the formation of interprofessional education in the health system. The challenges theme containing 4 categories: dynamic changes in all aspects of human society, poor quality of care services, staffing crisis, and failures of uniprofessional education. The second theme named constructive strategies containing 4 categories: improvement of interprofessional interactions, promotion of interprofessional collaborations, patient centered team care, and changing in professional socialization process of health sciences students.

Conclusion: Interprofessional education with focus on interprofessional interactions and promotion in professional socialization process of health sciences students provides necessary competency and ability for developing interprofessional collaborations and comprehensive patient-centered team care among graduates for addressing challenges in health systems.

Keywords: Interprofessional education, Interprofessional interaction, Interprofessional collaboration, health system, health system challenges.

Addresses:

¹ PhD Candidate of Nursing, Nursing faculty, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-Mail: zohrehvafadar@bmsu.ac.ir

² (✉) Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: vanaki_z@modares.ac.ir

³ Associate Professor, Department of Nursing, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: ebadi1347@bmsu.ac.ir