

آموزش بین حرفه‌ای: بازاندیشی در آموزش نظام سلامت

علی‌رضا ایرج‌پور*

چکیده

ارتقای کیفیت آموزش و برون‌داد آن در ارائه خدمات سلامت همواره مورد توجه سیاست‌گذاران ارشد و مجریان برنامه‌های آموزشی بوده است. توسعه تعاملات بین حرفه‌ای به عنوان یکی از راهبردهای اجتماعی نمودن فراگیران حوزه سلامت در فضای کار گروهی از رویکردهای تاثیر گذار در این راستاست. به اشتراک گذاشتن دانش و تجربیات فراگیران علوم سلامت فرصت‌هایی را فراهم می‌کند تا تعاملات بین حرفه‌ای را به هنگام خدمت بیاموزند.

این نوشتار بر آن است تا ضمن تعریف واژه‌های رایج در آموزش بین حرفه‌ای، از طریق ارائه نتایج یک مرور نظام‌مند، به ترسیم تصویری از تاریخچه پیدایش و توسعه این رویکرد در کشورهای پیشگام بپردازد. در این رهگذر نقش سازمان بهداشت جهانی، سازمان‌های ملی و بین‌المللی بر بسط نتایج ابداعات آموزشی در این حوزه ارائه می‌گردد. اهرم‌های بیرونی و درونی نظام سلامت که ضرورت سرمایه‌گذاری بر بهبود تعاملات بین حرفه‌ای از طریق آموزش را آشکار می‌کند، در ادامه می‌آید. همچنین مزایای مبتنی بر شواهد استفاده از این رویکرد و مبنای نظری زیربنای آن به اجمال مطرح می‌شود. این نوشتار با طبقه‌بندی الگوهای مورد استفاده در اجرای ابداعات آموزشی و شیوه طراحی آنها همراه با تاریخچه‌ای از توجه به آموزش بین حرفه‌ای در ایران خاتمه می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: آموزش بین حرفه‌ای، تاریخچه، نظام سلامت، فراگیران، الگوها و نظریه‌ها، جمهوری اسلامی ایران.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / زمستان ۱۰۱۴: (۴) ۴۵۲ تا ۴۶۳

مقدمه

سلامت مورد توجه قرار گیرد. این نوشتار بر آن است تا به اجمال سیر توسعه این رویکرد آموزشی را شرح دهد. از این رو در آغاز به دنبال تعاریفی از واژه‌های مورد استفاده در این مقوله، تاریخچه‌ای از چگونگی بسط و گسترش این رویکرد با تأکید بر سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی ارائه خواهد شد. در ادامه مهم‌ترین مبنای نظری مرتبط با آموزش بین حرفه‌ای شرح داده خواهد شد تا از این طریق رایج‌ترین الگوهای بکار گرفته شده در ابداعات آموزشی در آموزش بین حرفه‌ای مطرح گردد. شیوه اجمالی طراحی برنامه‌های آموزش مبتنی بر این رویکرد و وضعیت آموزش علوم پزشکی کشور از حیث توجه به آموزش بین حرفه‌ای در خاتمه این نوشتار ارائه خواهد شد.

تعریف واژه‌ها: موضوع آموزش علوم سلامت با تأکید بر تعامل بین فراگیران حرفه‌های گوناگون، در متون انگلیسی با واژه‌های بسیار متعددی نمایان است بویژه آنکه در

نقش چگونگی تربیت کارکنان نظام سلامت در ارائه خدمات مورد انتظار، غیر قابل انکار است. از این رو دست‌اندرکاران این حوزه همواره به بازنگری آن توجهی خاص داشته‌اند. از سویی دیگر رویکرد تیمی نیز از دیر باز به عنوان یکی از راهبردهای ارتقای کیفیت خدمات سلامت از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده است. دو ویژگی مذکور موجب شده تا آموزش بین حرفه‌ای (Interprofessional Education) به عنوان یکی از رویکردهای نوین در آموزش فراگیران نظام

* نویسنده مسؤول: دکتر علی‌رضا ایرج‌پور، دکترای تخصصی آموزش پرستاری با رویکرد آموزش بین حرفه‌ای، استادیار گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامانی، عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

Iranjpour@nm.mui.ac.ir

این مقاله در تاریخ ۸۹/۴/۱۴ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۰/۱۲ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۲/۱۲ پذیرش گردیده است.

در حالی که مستندات موجود اولین برنامه آموزش بین حرفه‌ای را به سال ۱۹۶۹ در کشور کانادا گزارش می‌کند (۶)، دان (Dunn) (۱۹۶۶) با کارگیری این رویکرد در برنامه‌های آموزش مداوم در یکی از بیمارستان‌های روانپزشکی همین کشور را با حضور یک روانپزشک، روانشناس، سوپروایزر پرستاری و کلیه کارکنان آن بیمارستان معرفی می‌کند (۷). بالدوین (Baldwin) (۱۹۹۶) آغاز این موضوع در ایالات متحده را در قالب کنفرانسی تحت عنوان «آموزش برای تیم سلامت»، به سال ۱۹۷۲ ذکر می‌کند که در آن آموزش بین حرفه‌ای برای دانشجویان حرفه‌های مراقبت سلامت و کارکنان را مورد تأکید قرار می‌دهد (۸).

سابقه ابداعات آموزشی به صورت بین حرفه‌ای در کشورهای اروپایی به ویژه در بریتانیا (۹)، فرانسه (۱۰)، سوئد (۱۱) همگی به اواسط دهه ۱۹۷۰ میلادی باز می‌گردد و در جستجوی متون، شواهد حاکی از وجود این برنامه‌های آموزشی در استرالیا در اواخر دهه ۱۹۷۰ موجود است (۱۱ و ۱۲). البته در اکثر متون منتشره که به تشریح این برنامه‌ها پرداخته شده است، از علل برنامه‌ریزی، تدوین و اجرای چنین برنامه‌های آموزشی سخنی به میان نیامده است.

در سال ۱۹۷۳ سازمان بهداشت جهانی در گزارشی از نقاط ضعف آمادگی دانشجویان پزشکی برای کار در تیم سلامت پرده برداشت و با پیشنهاد لزوم ادغام بیشتر نقش‌های کارکنان حرفه‌های نظام سلامت بر نقش تربیت ایشان با رویکرد جامع‌نگر تأکید کرد (۱۳). دیری نپایید تا در بیانیه آلماتا (Alma Ata) ی قزاقستان به سال ۱۹۷۸، آموزش چندحرفه‌ای مورد تأکید نمایندگان کشورهای حاضر قرار گرفت (۱۴). نزدیک به یک دهه بعد، گزارش برخی کشورهای عمدتاً غربی مبنی بر اجرای برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای و نتایج آن به تدوین و تصویب بیانیه‌ای تحت عنوان یادگیری با یکدیگر برای کار با یکدیگر برای سلامت انجامید (۱۵) که در آن تعریفی از آموزش چندحرفه‌ای از سوی کار گروه مربوطه به این شرح ارائه شد:

ساخت کلمات مرکب در زبان انگلیسی واژه‌های مختلفی را می‌توان یافت. برخی از رایج‌ترین آنها عبارتند از: Shared Learning, Common Learning, Mutual Learning, Joint Learning, Multidisciplinary Education, Interdisciplinary Education, Multiprofessional Education, Interprofessional Education. واژه‌شناسی آموزش بین حرفه‌ای بر پایه بسط و گسترش تعامل بین فراگیران سه واژه از این میان بیشتر مورد استفاده قرار گرفته که در اینجا به ارائه آنها اکتفا می‌شود. یادگیری اشتراکی (Shared Learning): کلیه فرصت‌هایی که فراگیران دو یا چند حرفه، صرف‌نظر از هدف، محتوا، شکل و چارچوب برنامه آموزشی با یکدیگر به یادگیری می‌پردازند (۱).

آموزش چندحرفه‌ای (Multi professional Education): فرآیند یادگیری که طی آن فراگیران رشته‌های گوناگون تحصیلی با یکدیگر به یادگیری یک محتوای مشترک می‌پردازند.

آموزش بین حرفه‌ای: فرآیند یادگیری که طی آن فراگیران دو یا چند حرفه ضمن فراگیری یک محتوای مشترک از یکدیگر و درباره یکدیگر نیز اطلاعاتی را کسب می‌نمایند تا به ارتقای همکاری و کیفیت ارائه مراقبت بیانجامد (۲).

تاریخچه

گرچه در زمینه پیدایش آموزش بین حرفه‌ای و یا عمومی‌تر، یادگیری اشتراکی بین فراگیران حرفه‌های نظام سلامت اتفاق نظری وجود ندارد، جستجو در مستندات موجود، حاکی از آن است که گزارش اولین برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای به دهه ۱۹۶۰ میلادی بر می‌گردد. این در حالی است که تشکیل تیم‌های مشترک بین کارکنان نظام سلامت را خیلی زودتر در ارائه خدمات درمانی به بومیان ایالات متحده در سال‌های آغازین قرن بیستم (۳) یا در تأکید بر لزوم همکاری بین حرفه‌ای در گزارش داوسون (Dawson) به سال ۱۹۲۰ (۴) و بندهایی از اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۵) و سایر شواهد موجود می‌توان یافت.

به آدرس www.caipe.org.uk حاوی مطالب بسیار مفید در خصوص فعالیت‌های از گذشته تا حال در خصوص آموزش بین‌حرفه‌ای است (۹).

سایر مؤسسات و مجامع فعال و آدرس آنها عبارتند از:
 - شبکه وابسته به سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان «به سوی یگانگی برای سلامت (Toward Unity for Health)» (TUFH) که در سال ۱۹۷۹ تأسیس گردید و وب سایت آن به آدرس www.the-networktufh.org حاوی سیاست‌های مؤثر سازمان بهداشت جهانی و نتایج پژوهش‌ها و ابداعات آموزشی و مقالات و اخبار مرتبط با راهبرد آموزش و همکاری‌های بین‌حرفه‌ای در همه کشورهای اعم از پیشگام و جدیدالورود به این عرصه است.
 - شبکه بین‌حرفه‌ای شمال اروپا (Nordic Interprofessional Network (NIPNET) در زمینه‌های تحقیقات، آموزش و خدمات بین‌حرفه‌ای در کشورهای حوزه اسکاندیناوی فعال است و ابعاد نظری و شواهد توسعه این رویکرد را در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مورد توجه قرار داده است. وب سایت این شبکه www.nipnet.org است (۱۲).

- انجمن بین‌المللی آموزش بین‌حرفه‌ای و خدمات مشارکتی (InterEd) به آدرس www.interedhealth.org در سال ۲۰۰۴ و در دومین کنفرانس بین‌المللی «همه باهم برای سلامت بهتر» در کانادا بنیان‌گذاری شد و در حال حاضر جدیدترین و به روزترین دستاوردها و اخبار و ابداعات آموزش بین‌حرفه‌ای را در اختیار علاقمندان قرار می‌دهد (۱۷).

- وب سایت برخی از مهم‌ترین مراکز دانشگاهی که در راستای ارتقای نظام سلامت، آموزش و توسعه همکاری‌های بین‌حرفه‌ای را مورد توجه قرار داده‌اند به شرح ذیل است:

www.interprofessional.ubc.ac	www.eipen.org
www.ipe.uwo.org	www.aippen.net
www.cipel.ac.uk	www.usask.ca/ipe
www.cihc.ca	

ارگان منتشرکننده اهم فعالیت‌ها در این حوزه، مجله مراقبت بین‌حرفه‌ای است که از سال ۱۹۹۲ به طور ماهیانه

آموزش چندحرفه‌ای فرآیندی است که توسط آن گروهی از دانشجویان (یا کارکنان) شاغل در حوزه سلامت با زمینه‌های آموزشی متفاوت در طول یک دوره مشخص با یکدیگر به آموزش می‌پردازند به گونه‌ای که تعامل به عنوان یک هدف مهم در توسعه همکاری‌ها در تأمین خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان، توانبخشی و سایر خدمات بهداشتی است (۱۵).

از این پس، به طور روزافزونی تشکل‌های حرفه‌ای، مجامع آموزشی ملی و بین‌المللی در جهت توسعه این رویکرد تأسیس شد و شبکه‌های اطلاع‌رسانی در این خصوص توسعه یافت.

مجامع بین‌المللی آموزش بین‌حرفه‌ای

به دنبال گزارشات سازمان بهداشت جهانی، مبنی بر ضعف‌های مربوط به توسعه نیروی انسانی در حوزه سلامت، شبکه اروپایی آموزش چندحرفه‌ای (European Network for Multiprofessional Education (EMPE) در علوم سلامت در سال ۱۹۸۷ تأسیس شد تا از طریق تسهیل و تبادل اطلاعات و تجربیات و با رعایت اولویت به بسط و گسترش یادگیری اشتراکی بپردازد. دو بررسی مقطعی از سوی این شبکه گزارشاتی مبنی بر کاربرد یادگیری اشتراکی در حوزه سلامت کشورهای بلژیک، فنلاند، فرانسه، یونان، پرتغال، سوئد، بریتانیا، شوروی و یوگسلاوی را آشکار ساخت و به خصوص در گزارش دوم که جستاری در مراقبت‌های بین‌حرفه‌ای از بیماران مبتلا به سرطان بود، نشان داد فعالیت‌های مشابه، ضعف در همکاری و بویژه ناآگاهی از نقش‌های یکدیگر کارکنان نظام سلامت نیاز به عزم جدی در اصلاح آن دارد (۱۶ و ۱۱).

تقریباً همزمان با EMPE در بریتانیا مرکز توسعه آموزش بین‌حرفه‌ای (for the Advancement Centre) of Interprofessional Education (CAIPE) در سال ۱۹۸۷ احداث شد. مرکز توجه این مؤسسه بر راه‌های توانمندسازی کارکنان نظام سلامت، هم در دانشگاه‌ها و هم در عرصه خدمات، به منظور توسعه یادگیری با همدیگر، از همدیگر و درباره یکدیگر همراه با ارتقای احترام متقابل و غلبه بر موانع همکاری‌های بین‌حرفه‌ای است. وب سایت این مرکز

۱) مددجویان: دریافت خدمات بدون نقص (Seamless Services)، آگاهی و مشارکت مددجویان در مراقبت از خود به افزایش انتظارات و لزوم ارتقای کیفیت ارائه خدمات با مشارکت بین حرفه‌ها شده است (۲۳ و ۲۴).

۲) فراگیران: انتظارات و مسؤولیت‌های واگذار شده به فراگیران همراه با تنوع تخصص‌ها و شیوه‌های نوین به کارگرفته در آموزش، نیاز به هم‌افزایی ناشی از آموزش و همکاری‌های بین حرفه‌ای را نمایان می‌سازد (۲۵ و ۲۶).

۳) توسعه خدمات: قدرت مددجویان و توجه به حقوق آنها، پیچیدگی بیماری‌ها و پیشرفت‌های فناوری در پیشگیری، تشخیص، درمان، مراقبت و توانبخشی و به ویژه لزوم ادغام خدمات حاصل از همگی این موارد، نیاز به تربیت کارکنان نظام سلامت از طریق آموزش بین حرفه‌ای را آشکارتر می‌سازد (۲۶).

۴) توسعه آموزش: ماهیت فرآیند یاددهی یادگیری بر نوآوری و اتخاذ شیوه‌های تربیتی به ویژه با تأکید بر محوریت فراگیر و افزایش روابط انسانی صحنه می‌گذرد و حتی آموزش علوم سلامت از کار روی مددجو به کار با آنها تغییر ماهیت داده است (۲۷).

با وجود اهرم‌های گوناگون در مجبور ساختن شاغلین نظام سلامت به همکاری‌های بیشتر و واداشتن فراگیران حرفه‌های مختلف به یادگیری باهم، از همدیگر و درباره یکدیگر، نتایج و شواهد مطالعات و ابداعات آموزشی مزایای این رویکرد را بیش از پیش آشکار ساخته است.

مزایای آموزش بین حرفه‌ای

گرچه جستار در متون مربوطه مزایای متعددی را برای بکارگیری این رویکرد مطرح می‌کند، بنا به ضرورت ایجاز این نوشتار فهرستی از مهم‌ترین مزایای مطرح شده عبارتند از:

- بهبود انگیزه گروه‌های فراگیر در این نظام آموزشی
- تغییر در نگرش و درک گروه‌های درگیر
- ارتقای تعاملات فردی در گروه‌های درگیر
- افزایش رضایت شغلی در تیم ارائه‌کننده خدمات سلامت
- پویایی آموزش ارائه شده به فراگیران
- ارتقای کیفیت و توجه به جامعیت در خدمات سلامت (۹)

منتشر می‌شود و با تأسیس InterEd عملاً به عنوان نشریه اصلی این انجمن مبانی نظری و کاربردهای عملی این حوزه را منتشر می‌کند.

اهرم‌های توسعه آموزش بین حرفه‌ای

در چهار دهه اخیر بویژه ازسوی کشورهای توسعه یافته توجه فراوانی به استفاده از آموزش بین حرفه‌ای مشاهده می‌شود. اکنون سؤال کلیدی این است که چه عواملی موجب گردیده تا افراد، سازمان‌های آموزشی و غیر آموزشی و به خصوص دولت‌ها به بسط آموزش و همکاری‌های بین حرفه‌ای به عنوان یک ضرورت در ارتقای سلامت نگاه کنند. مروری بر متون می‌تواند عوامل فراوانی را آشکار کند که برخی از آنها خارج از نظام سلامت و به سبب تقاضاهایی ورای حوزه سلامت (اهرم‌های خارجی) و برخی دیگر ناشی از مطالبات درونی و حاصل لزوم تغییر در فرآیندهای جاری (اهرم‌های داخلی) نظام سلامت است.

اهرم‌های خارجی

۱) تغییرات دموگرافیک جوامع که شامل تغییرات جمعیتی نظیر سالمندی، تغییر در الگوی بیماری‌ها، صنعتی شدن و گسترش شهرنشینی است (۱۸)

۲) تغییر در سیاست دولت‌ها که با تعهد به مدرنیزه کردن نظام سلامت و فشارهای مجامع بین‌المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی لزوم توجه به مقوله توسعه تعاملات و آموزش بین حرفه‌ای اجتناب ناپذیر می‌نماید (۱۹).

۳) ظهور فناوری‌های اطلاعاتی و تجهیزاتی و پیچیدگی‌های ناشی از آن بر لزوم تبادل آگاهی‌های کارکنان نظام سلامت تأکید دارد (۲۰ و ۲۱).

۴) عوامل اقتصادی با رابطه تنگاتنگ بین سرمایه‌گذاری روی ارتقای سلامت جامعه موجبات بهره‌وری در نظام اقتصادی جامعه را به همراه دارد و لذا اصلاح روابط عناصر فعال در نظام سلامت به بهره‌وری بیشتر سرمایه‌گذاری در این حوزه می‌شود (۱۸ و ۲۲).

اهرم‌های داخلی

- توجه بیشتر به نیازهای دریافت‌کننده خدمات و مراقبین آنها
- احترام به تمامیت و سهم ارائه خدمت هر حرفه
- مشارکت بیشتر دریافت‌کنندگان خدمات و مراقبین در مراقبت‌ها
- بهبود ارائه خدمات درون هر حرفه
- افزایش یادگیری کارکنان حرفه‌های نظام سلامت با یکدیگر، از همدیگر و درباره یکدیگر (۲۸).

مبانی نظری آموزش بین حرفه‌ای:

گرچه ماهیت پیچیده یادگیری و تدریس بین حرفه‌ای که متأثر از روابط انسانی، مفاهیم تربیتی و رفتاری، امور آموزشی و حرفه‌ای و مبانی اختصاصی نظام سلامت است تاکنون مانع از نظریه‌ای جامع‌الاطراف در این حوزه شده است (۲۹)، اما مفاهیم و نظریه‌های متعددی را در فلسفه، جامعه‌شناسی، روانشناسی و به طور کلی علوم تربیتی و رفتاری می‌توان یافت که ابعادی از این مقوله را تبیین نمایند که این نوشتار برخی از مهم‌ترین و مورد اجماع‌ترین مبانی را شامل نظریه یادگیری بزرگسالان (Adult learning theory)، یادگیری تجربی (Experiential Learning) کلب (Kolb)، جوامع کاری (Communities of practice) معرفی شده توسط لیو و ونگر (Lave & Wenger)، نظریه یادگیری سازمانی (Organizational Learning Theory)، نظریه تماس (Contact Theory) و مفهوم قوم پرستی (Ethnocentrism) را به اختصار معرفی می‌کند. در مروری بر مطالعات بار و همکاران (۲۰۰۵)، نظریه‌های حاکم بر ۱۰۷ مطالعه مورد جستار قرار دادند که از آن میان ۲۳ درصد موارد سه نظریه یادگیری سازمانی (۱۲ درصد)، یادگیری بزرگسالان (۸ درصد) و نظریه تماس (۳ درصد) را به صراحت و وضوح مبنای ابداع آموزشی بین حرفه‌ای خود قرار داده بودند، در حالی که ۷۷ درصد مابقی به ترتیب و البته به طور ضمنی نظریه یادگیری بزرگسالان با ۵۱ درصد و یادگیری سازمانی با ۲۶ درصد را به عنوان زیر بنای نظری برنامه خود قرار داده بودند (۲۹). بر اساس این نتایج، به سهولت می‌توان تأکید

عمده‌ای را بر توجه به یادگیری بزرگسالان در آموزش بین حرفه‌ای مشاهده نمود که با ماهیت حضور فراگیران یا فارغ‌التحصیلان بزرگسالی که در آموزش بین حرفه‌ای مشارکت می‌جویند، هماهنگ و سازگار می‌نماید.

نولز (Knowles) (۱۹۷۵) فراگیران بزرگسال را دارای انگیزه‌های درونی برای حل مشکلات توسط خودشان دانست. یادگیری با این رویکرد، فعال، ماندگارتر، کاربردی تر و مبتنی بر وظیفه و حل مشکل و البته مشارکتی محسوب می‌شود. فراگیران رفع نقایص دانش و یا مهارت خود را در سایر اعضای تیم سلامت جستجو می‌کنند (۳۰). کلب یادگیری را فرآیندی می‌داند که دانش از طریق انتقال تجربه کسب می‌شود (۳۱). فراگیر، مشاهدات و اطلاعات جمع آوری شده را به وسیله بازاندیشی و تحلیل تکمیل می‌کند (۳۲) و در فرآیند جامع‌تری به نام یادگیری بین حرفه‌ای دانش و مهارت تجربه شده از طریق به اشتراک گذاشتن با فراگیران سایر حرفه‌ها بطریق اولی تکمیل‌تر، ماندگارتر و اثربخش‌تر می‌شود.

فراگیر با حضور در جوامع کاری با مشارکت در فعالیت‌های واگذار شده به وی از اعضای آن جامعه یاد می‌گیرد (۳۳). همکاری یکی از این فعالیت‌ها در آموزش بین حرفه‌ای است که یادگیری و کارکردن قویا در ارتباط با یکدیگرند. بر این اساس همکاری فراتر از عناصر سنتی و ساختاری یادگیری و با ابعاد اجتماعی، اخلاقی و روانی خود اثرگذاری می‌کند. به علاوه این همکاری به هویت یابی و ایجاد احساس تعلق در میان شرکت‌کنندگان نیز می‌انجامد (۳۴).

در نظریه یادگیری سازمانی، نقش کارایی جمعی افراد در بهبود کیفیت محیط کار و خدمات بارز است. این نظریه بر مدیریت جامع کیفیت (Total Quality Management) و بهبود مداوم کیفیت (TQM) و بهبود مداوم کیفیت (CQI) استوار شده است. در مروری بر ادبیات مثال‌های فراوانی نشان می‌دهد که آموزش بین حرفه‌ای با بهره‌گیری از نظریه یادگیری سازمانی به تقویت روحیه کارکنان و همکاری‌های بین حرفه‌ای، استفاده بهینه از منابع و افزایش رضایت دریافت‌کنندگان خدمات منجر شده است (۳۵ و ۳۶).

سیاسی و به ویژه ماهیت پویای امر آموزش آنچنان گسترده و پیچیده است که هیچ نسخه واحدی برای تبیین ابعاد این موضوع نمی‌توان نوشت تا در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش بین‌حرفه‌ای مورد استفاده قرار داد. اما آنچه که امروزه مبنای کار قرار گرفته الگوهای متنوع طراحی این گونه برنامه‌هاست.

الگوهای آموزش بین‌حرفه‌ای

بررسی سیستماتیک بار و همکاران (۲۰۰۵) روی ابداعات آموزش بین‌حرفه‌ای حاکی از این بود که هیچ شیوه ثابتی برای یادگیری بین‌حرفه‌ای وجود ندارد و بر حسب محتوا، تنوع فراگیران، محیط آموزش، حجم مطالب و بسیاری دیگر از عناصر فرآیند یادگیری-یاددهی می‌توان یک برنامه را طراحی نمود. آنها یک طبقه‌بندی شش‌گانه الگوهای یادگیری بین‌حرفه‌ای را که قبلاً توسط بار (۱۹۹۶) مطرح شده بود و اکنون مورد اتفاق صاحب‌نظران این حوزه است به صورت زیر توسعه دادند.

۱) یادگیری مبتنی بر مبادله (Exchange - based learning): در این گونه برنامه‌ها که به شیوه‌های گوناگونی قابل طراحی است مشارکت‌کنندگان در معرض احساسات، تجربیات و مقایسه آنها بین فراگیران حرفه‌های مختلف قرار می‌گیرند. تبادل آراء، نظرات و تجربیات در یک موقعیت مشترک مثل روایت یک موقعیت می‌تواند یک نمونه ساده این نوع یادگیری محسوب شود.

۲) یادگیری مبتنی بر عمل (Action -based learning): این الگو که در آموزش دانشگاهی و آموزش مداوم کارکنان نظام سلامت مورد استفاده فراوان دارد، بر بکارگیری شیوه یادگیری حل مسأله (Problem based learning) در موقعیت‌های واقعی تأکید دارد. یادگیری حل مسأله که از دهه ۷۰ میلادی شیوه پیشنهادی WHO برای آموزش بین‌حرفه‌ای بوده است بر لزوم همکاری گروهی، پویایی و یادگیری عمیق‌تر دلالت می‌کند.

۳) یادگیری مبتنی بر تمرین (Practice based learning): این الگو مشتمل بر برنامه‌های عملی فراگیران حرفه‌های گوناگون است. دوره‌های کاریابی و ورود به مشاغل

مفهوم قوم پرستی یا به بیانی دیگر موضوع نژادپرستی حرفه‌ای برای اولین بار در سال ۱۹۰۶ توسط سامنر (Sumner) مطرح گردید. وی تمایز بین گروه ما (We-group) به عنوان گروه برتر(ایده‌آل) و گروه دیگر به عنوان مادون (زیردست) را این گونه معرفی می‌کند: گروه ما مرکز همه چیز است و تمامی گروه‌های دیگر در ارتباط با گروه ما رتبه‌بندی می‌شوند و امتیاز می‌گیرند(۳۷).

آپورت (Allport) (۱۹۷۹) در خصوص منشأ تبعیض بین گروه‌های اجتماعی نظریه تماس را مطرح کرده است. بر اساس این نظریه مؤثرترین راه کاستن از تنش‌های بین گروه‌ها، تماس بین اعضای آنها شناخته شده است، گرچه این رویه به عنوان راه حل منحصر به فرد و یگانه نمی‌باشد. آپورت در نهایت سه موقعیت را شروط کاستن از تبعیض بین گروه‌ها ذکر می‌کند: ۱) ایجاد برابری وضعیت‌ها بین گروه‌ها، ۲) حرکت همه گروه‌ها به سمت یک هدف مشترک و ۳) همکاری در جریان تماس با یکدیگر. البته به هنگام برگزاری یک برنامه آموزش بین‌حرفه‌ای سه ویژگی دیگر را نیز می‌توان به موارد بالا اضافه نمود: انتظارات مثبت مشارکت‌کنندگان از برنامه، تجربه موفق کارگروهی، و تمرکز بر فهم تفاوت‌ها و شباهت‌ها بین خودشان(۳۸). در واقع می‌توان اهداف و استراتژی‌های یک برنامه آموزشی را دستیابی به ویژگی‌های فوق طراحی نمود تا مشمول نظریه تماس، کاستن از تنش‌ها و ارتقای تعاملات بین‌حرفه‌ای دانست.

علاوه بر نظریه‌های زیربنایی آموزش بین‌حرفه‌ای که در بالا به اختصار معرفی شد، بار و همکاران (Barr et al) (۲۰۰۵) سایر نظریه‌های مرتبط را متعدد می‌دانند که برخی از آنها عبارتند از نظریه‌های هویت اجتماعی (Social identity)، تضاد رئالیستیک (Realistic conflict)، مشارکت (Cooperation)، خوداظهاری (Self-presentation)، توسعه گروه (Group development)، یادگیری تیم (Team learning)، دفاع اجتماعی (Social defense) (۲۹).

مروری بر مفاهیم و نظریه‌های حاکم بر رویکرد آموزش بین‌حرفه‌ای در نظام سلامت بر این حقیقت استوار است که روابط حرفه‌ها در بستر مسایل اجتماعی، اقتصادی،

۵. تدوین برنامه زمان‌بندی برای کسب تجربیات یادگیری مشترک برای کلیه شرکت‌کنندگان

۶. ارائه و برگزاری تدریس مشترک یک بخش از محتوای تدریس (بخش تک حرفه‌ای محتوای تدریس جداگانه ارائه می‌شود)

۷. طرح موضوعات بین‌حرفه‌ای در جلسات تدریس مشترک

۸. برگزاری جلسات تدریس تکمیلی تک حرفه‌ای و چند حرفه‌ای به موازات یکدیگر

۹. تأکید بر آموزش چند حرفه‌ای با توجه به موضوعات تدریس از منظر حرفه متبوع خود

۱۰. رعایت بین‌حرفه‌ای بودن با توجه به موضوع تدریس از منظر حرفه خود و سایر حرفه‌ها

۱۱. توجه به تجربیات دانشجویان حرفه‌ها با تأکید بر وقایع مرتبط با موضوع در دنیای واقعی (۴۰)

به هر حال آنچه که آموزش بین‌حرفه‌ای مبنای طراحی و اجرای موفق یک برنامه است، مشارکت همه جانبه مدیران آموزشی، اساتید و دانشجویان است.

آموزش بین‌حرفه‌ای در ایران:

گرچه یافتن تاریخچه این موضوع همچون سایر موضوعات با محدودیتی به نام لزوم به نشر درآمدن ابداعات و فعالیت‌های مربوطه همراه است، جستجوی نظام‌مند بانک‌های اطلاعاتی معتبر نشان داد که اولین ابداع با رویکرد آموزش بین‌حرفه‌ای در ایران به سال ۱۹۷۴ یعنی دو سال زودتر از اولین برنامه منتشر شده در انگلستان به سال ۱۹۷۶ بوده است (۹). ضیایی و همکاران (۱۹۷۶) در این خصوص می‌نویسند دانشکده علوم تندرستی در سال ۱۹۷۴ به عنوان یک مؤسسه آموزش چند حرفه‌ای با هدف آموزش جامع علوم سلامت و توجه به کارگروهی تأسیس شد. اصلاح کمبود نیروی انسانی و توزیع نامناسب و تبعیض‌آمیز خدمات سلامت به ویژه در مناطق روستایی ایران از اهداف تربیت فراگیران در این دانشکده بوده است که بعد از یک دوره سه ساله فارغ‌التحصیلان با مدرک «بهدار» فارغ‌التحصیل می‌شدند و پس از یک دوره دو ساله حضور در عرصه خدمات سلامت در مناطق

(Placements) تیم سلامت که فرصت تمرینات حرفه‌ای را در مجاورت کارکنان جدید سایر حرفه‌ها فراهم می‌شود از این الگو تبعیت می‌کند.

۱) یادگیری مبتنی بر شبیه‌سازی (Simulation based learning): بکارگیری روش ایفای نقش، شبیه‌سازی موقعیت‌های گوناگون در آزمایشگاه‌های مهارت‌های بالینی و طراحی سناریوهای بین‌حرفه‌ای همگی از مصادیق این الگو محسوب می‌شوند.

۲) یادگیری مبتنی بر مشاهده (Observation based learning): در این الگو که بر نقش یادگیری از طریق مشاهدات نظام‌مند و پویا تأکید می‌شود، فرصت‌هایی نظیر بازدید بین‌حرفه‌ای از منزل مددجویان و روش‌های جامعه‌نگر آموزش بین‌حرفه‌ای را در برمی‌گیرد.

۳) یادگیری الکترونیکی (E-based learning): محیط‌های نوین الکترونیکی فرصتی را برای تدریس، بحث و به اشتراک گذاشتن تجربیات فراگیران حرفه‌های مختلف فراهم می‌کند که این قابلیت باعث شده تا امروزه به طور روزافزونی امکان اجرای ابداعات آموزشی با این الگو مورد توجه قرار گیرد (۲۹ و ۳۹)

در کنار تمامی الگوهای مطرح شده فوق که مبتنی بر روش‌های فعال و تعاملی (E-based learning) است، می‌توان یادگیری دریافتی (Received learning) مثل شیوه سنتی سخنرانی را نیز همچنان دارای کارایی لازم برای آموزش بین‌حرفه‌ای دانست. به هر حال در طراحی یک برنامه آموزشی با این رویکرد، اولویت با روش‌های فعال، تعاملی، مبتنی بر تجربه و فراگیر محور است که بنا به ضرورت اختصار گام‌ها و اصول طراحی یک برنامه چندحرفه‌ای که توسط هاردن (Harden) (۱۹۹۸) ارائه شده عبارتست از:

۱. سازمان‌دهی محتوای آموزشی و تدریس برای هر حرفه به صورت جداگانه
۲. آگاهی از برنامه‌ها سایر حرفه‌های مشارکت‌کننده قبل از برقراری هرگونه تماس رسمی
۳. مشاوره و گفتگوی بین مدرسین برنامه
۴. تنظیم محتوای تدریس مربوط به سایر رشته‌های برنامه

شبیه‌سازی مورد استفاده قرار گرفته است. از رایج‌ترین فرصت‌های یادگیری اشتراکی می‌توان به دروس عمومی و پایه مشترک بین رشته‌ها مثل زبان عمومی، تنظیم خانواده، آناتومی و فیزیولوژی اشاره نمود. همچنین آموزش مهارت‌های بالینی در آزمایشگاه‌های مهارت (Skill Labs) و راندهای صبحگاهی و بزرگ در محیط‌های بالینی از موقعیت‌های یادگیری اشتراکی بودند که با سهولت بیشتری قابلیت تبدیل شدن به آموزش بین حرفه‌ای را داشتند. دروس مشترک دوره‌های تحصیلات تکمیلی و همچنین برنامه‌های آموزش مداوم از محتمل‌ترین شرایط برای طراحی به صورت آموزش بین حرفه‌ای برخوردار بودند و کارآموزی بهداشت جامعه مشابه آنچه که نزدیک به یک دهه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جریان داشت در دو دانشگاه همچنان با ظرفیت آموزش بین حرفه‌ای در حال اجرا یافت شد (۴۵). اما آنچه که بوضوح مشخص شد این بود که ابداعات انجام شده بندرت با رعایت ساختار تعریف شده برای برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای طراحی و اجرا گردیده‌اند و فقط به لحاظ نوع فعالیت‌های موجود در آنها از ویژگی‌های این رویکرد آموزشی برخوردارند. در بخش تکمیلی این جستار، لازمه تغییرات آموزش در علوم سلامت در ایران و حرکت در جهت ارتقای تعاملات بین حرفه‌ای در ساختار و مبانی زیربنایی واکاوی و ارائه شده است همچنین عوامل تقویت کننده و بازدارنده آن به تفصیل و با رویکرد کیفی مورد مطالعه قرار گرفته است (۳۴) که در مقاله‌ای دیگر یافته‌های آن ارائه خواهد شد.

البته طی سال‌های اخیر برای بررسی نگرش و آمادگی دانشجویان علوم پزشکی کشور در توسعه آموزش بین حرفه‌ای نیز با بهره‌گیری از ابزار آمادگی یادگیری بین حرفه‌ای (Readiness for Interprofessional Learning) (RIPLS) (۴۶) دو مطالعه انجام شده است که نتایج هر دو حاکی از نگرش مثبت اکثریت واحدهای پژوهش نسبت به لزوم استفاده از این رویکرد آموزشی و پیامدهای آن در بهبود ارائه خدمات سلامت به مددجویان و ارتقای کیفیت تعاملات کارکنان نظام سلامت بود (۴۷ و ۴۸). بدون تردید نتایج این پژوهش‌ها و توجه به

روستایی با آزمون ورودی کاملاً رقابتی تعدادی از آنها با ادامه تحصیل در مقطع دوم به اخذ دکترا در پزشکی نائل می‌شدند (۴۱). نکته کلیدی در این ابداع نافرجام علاوه بر اهداف مذکور این بود که فارغ‌التحصیلان در دو مقطع از فرصت‌های فراوانی برای اطلاع از توانایی‌های یکدیگر، کسب تجربه و فراگیری از همدیگر و بایکدیگر برخوردار بودند.

متأسفانه در مستندات دهه‌های اخیر بندرت اثر از ابداعات آموزشی با تأکید بر قابلیت‌های حاکم بر آموزش اشتراکی یا بین حرفه‌ای می‌توان یافت. یک مطالعه موردی توسط نویسنده (۴۲) وجود یک تجربه آموزش اشتراکی با ویژگی‌های آموزش بین حرفه‌ای در اواخر دهه ۱۳۶۰ و اوایل دهه ۷۰ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را نشان می‌دهد به طوری که در کارآموزی بهداشت جامعه در مناطق روستایی، دانشجویان رشته‌های پزشکی، پرستاری مامایی، بهداشت و در برخی دوره‌های کارآموزی دانشجویان رشته‌های تحصیلی دیگر از جمله دندانپزشکی و داروسازی با تأکید بر رویکرد آموزش جامعه‌نگر و پس از سپری نمودن دوره توجیهی یک هفته‌ای مربوط به سطوح مراقبت‌های بهداشتی اولیه در عرصه خدمات نظام سلامت حضور یافته و در قالب تیم‌های دو یا سه نفره بین حرفه‌ای به مدت سه هفته در خانه‌های بهداشت روستایی، ضمن ارائه خدمات، از فرصت ارزشمند یادگیری از همدیگر و درباره یکدیگر نیز بهره‌مند می‌شدند که نتایج ارزشیابی‌های این برنامه مؤید آثار مثبت آن بوده است (۴۳ و ۴۴).

در یکی از آخرین جستارهای موجود پیرامون توسعه آموزش بین حرفه‌ای در ایران، ایرج‌پور و همکاران (۲۰۱۰) فرصت‌های گوناگونی را بر پیوستاری از یادگیری اشتراکی تا آموزش بین حرفه‌ای در رشته‌های مختلف علوم سلامت کشور شناسایی نموده‌اند. این جستار حاوی برخی از فرصت‌های موجود در آموزش دانشگاهی و آموزش مداوم کارکنان نظام سلامت است که از ویژگی‌های آموزش بین حرفه‌ای برخوردار بوده‌اند. در بین آنها متناسب با محتوای آموزش و شرایط آن الگوهایی نظیر یادگیری مبتنی بر تمرین، مشاهده و

کمتر بوده است و این رشد یافتگی بدون شک متأثر از آشنایی با روش‌ها، مبانی و نتایج بکارگیری این رویکرد است. البته بدون تردید موانع گوناگونی از جهات فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی ممکن است بر توسعه آموزش بین‌حرفه‌ای تاثیر بگذارد. بهرروی این نوشتار در صدد معرفی تعاریف، تاریخچه، مفاهیم و مبانی اولیه آموزش بین‌حرفه‌ای و ارائه چارچوب ابتدایی طراحی این گونه ابداعات بود تا توجه بیشتر کارکنان نظام سلامت و به ویژه کادر آموزشی این حوزه را به بکارگیری آن جلب نماید.

آثار هم‌افزایی ناشی از آموزش بین‌حرفه‌ای بازاندیشی در آموزش علوم سلامت را می‌طلبد.

نتیجه‌گیری

توجه روزافزون به ارتقای کیفیت ارائه خدمات سلامت با رعایت صرفه اقتصادی و افزایش رضایت مددجویان و کارکنان نظام سلامت موجب شده تا بهبود تعاملات بین‌حرفه‌ای به طور جدی مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان امر آموزش قرار گیرد. توجه سازمان‌های بین‌المللی و دولت‌ها در سه دهه اخیر به رشد و توسعه‌ی این رویکرد در امر آموزش عالی و مداوم را در پی داشته و دامنه گسترده‌ای از روش‌های آموزش بین‌حرفه‌ای را فراروی اساتید، دانشجویان و برنامه‌ریزان قرار داده است. در این میان سهم برخی کشورها بیشتر و برخی

منابع

1. Barr H. Perspectives on Shared Learning. London: CAIPE publication. 1994.
2. CAIPE. Interprofessional Education – A Definition. London: CAIPE publication. 1997.
3. Royer JR. Historical overview. Group dynamics and health care teams. Chap 2, pp.12-28 In: Baldwin D C and Rowley B D. (eds) Interdisciplinary health team training. Washington DC: DHEW. 1978.
4. Forman D, Nyatanga L. A Hospital Plan for England and Wales, Cmd 1604 (London, HMSO). 1962. Ministry of Health In: The evolution of shared learning: some political and professional imperatives, Med Teach. 1999; 21(5): 489-496.
5. WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO Publication. 1946.
6. Gilbert J H V, Camp R D, Cole C D, Bruce C, Fielding D W , Stanton S J. Preparing students for interprofessional teamwork in health care. J Interprof Care. 2000; 14(3): 223-235.
7. Dunn I H, Resolving Interdisciplinary Conflicts. Can Nurse. 1966; 62 (2): 53-55.
8. Baldwin DC. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. J Interprof Care. 1996; 10 (2): 173-187.
9. Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. Evaluation of Interprofessional Education: A United Kingdom Review for Health and Social Care. London: CAIPE. 2000.
10. Globe R. Multi-professional education in Europe: an overview In: Leathard A.(ed) Going Inter-Professional: Working Together for Health and Welfare. London: Routledge. 1994.
11. Globe R. Multiprofessional education: Global perspective In: Leathard A. (ed) Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care. New York: Brunner- Routledge. 2003.
12. Meads G, Barr H. The Professional Experience. In: Meads G, Aschcroft J (eds) The Case for Interprofessional Collaboration: In Health and Social Care. Oxford: Blackwell Publishing. 2005.
13. Continuing education for physicians: report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser. 1973;534:1-32.

14. WHO. Declaration of Alma Ata. Geneva: WHO Publication. 1978.
15. WHO. Learning Together to Work Together for Health. Technical report No. 769.[cited 2011 Mar 2]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_769.pdf
16. Council of Europe. Multiprofessional education of health personnel. Strasbourg: Council of Europe Press. 1995.
17. InterEd. The international Association for Interprofessional Education and Collaborative Practice: Learning and Working Together. [cited 2011 Feb 22]. Available from: www.interedhealth.org .
18. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*. 1995; 32: 257-277.
19. Meads G, Aschcroft J. The Case for Interprofessional Collaboration: In Health and Social Care. Oxford: Blackwell Publishing. 2005.
20. Reeves S, Freeth D. New forms of technology, new forms of collaboration. In: Leathard A. *Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care*. New York: Brunner-Routledge. 2003.
21. O'Connor J, Smith J F. Get your medical informatics up to speed. *ABC News*. 2001; 455: 18-21. [cited 2006 Apr 11]. Available from: <http://www.acbwm.org.uk/ACBNews/upto2002/Mar2001.pdf>
22. Barker K, Oandasani I, D'Amour D, Zwarensten M, Baker K, Purden M, Beaulieu MD, Reeves S, Nasmith L, Bosco C, Ginsburg L, Tregunno D. Examples of Interprofessional Education and Collaborative Practice: Findings From On Line Survey. In: (eds) *Interdisciplinary education for Collaborative Patient Centred Practice: Research and Findings Reports*. Toronto: Health Canada Publication. 2004. [Cited 2006 Jan 02]. Available from: http://www.ferasi.umontreal.ca/eng/07_info
23. Peck E , Baker I. Users as partners in mental health: ten years experience. *J Interprof Care*. 1997; 11(3): 269-77.
24. Ovreteit J, Mattias P , Thompson T. *Interprofessional Working for Health and Social Care*. London: MacMillan. 1997.
25. Hornby S , Atkins J. *Collaborative Care: Interprofessional, Interagency and Interpersonal*. Oxford: Blackwell Science. 2000.
26. Leathard A. *Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care*. New York: Brunner- Routledge. 2003.
27. Cribb A. The diffusion on the health agenda and the fundamental need for partnership in medical education. *Med Educ*. 2000; 34: 916-920.
28. CAIPE. *Principles of Interprofessional Education*. London: CAIPE publication. 2001.
29. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption & Evidence*. London: Blackwell Publishing. 2005.
30. Knowles M S. *Self-directed learning: A guide for learners and teachers*. Chicago: Follett. 1975.
31. Kolb D. *Experiential learning: Experiences as the source of learning and Development*. New Jersey: Prentice Hall. 1984.
32. Quinn FM, Hughes S. *Quinn's Principles and Practice of Nurse Education*. New York: Nelson Thomes. 2007.
33. Lave J, Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press. 1991.
34. Irajpour A. [Development of Shared Learning in Medical Sciences Education in Islamic Republic of Iran. [Dissertation], Isfahan]: Isfahan University of Medical Sciences. 2009. [Persian]

35. Argyris C, Schon D A. Organizational learning. In: Organizational Theory, 2nd ed. Penguin:Harmondsworth. 1984.
36. Ginsburg L, Tregunno D. New approaches to interprofessional education and collaborative practice: Lesson from the organizational change literature. *J Interprof Care*. 2005; 19: 177-187.
37. Sumner WG. *Folksway*. New York: Ginn; 1906. In: Forman D & Nyatanga L. The evolution of shared learning: some political and professional imperatives. *Med teach*. 1999; 21 (5): 489-496.
38. Hewstone M, Brown R. Contact is not enough: an intergroup perspective on the contact hypothesis. In: *Contact and Conflict in Intergroup Encounters*. (eds) M. Hewstone & R Brown, pp: 1-44. Oxford: Blackwell Publishers. 1986.
39. Barr, H. Ends and means in interprofessional education: towards a typology. *Educ Health*. 1996; 9 (3) 341-352.
40. Harden R M. Effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective. *Med Teach*. 1998; 20 (5): 402-408.
41. Ziai M, Dehghan R, Mostafavi F, Barakat R, Sadre M, Fendall R, et al. Curriculum for the New College of Health Sciences: A Departure from the Traditional Medical Education. *Pahlavi Medical Journal*. 1976; 7: 529-539.
42. Irajpour AR. The trajectory of an interprofessional education initiative in Isfahan University of Medical Sciences: A case report. [Unpublished paper]. 2006.
43. Asgari H. Evaluation of Community Health Internship of Medical Sciences Students of Isfahan University. [Dissertation]. Tehran: Medical Sciences University of Tehran. 1997.
44. Kadkhodaei A. A Comparison of Knowledge and Attitude of Medical Sciences Students towards Team Training before and After Community Health Internship. [Dissertation]. Isfahan: Medical Sciences University of Isfahan. 1999.
45. Irajpour A, Barr H, Abedi H, Salehi Sh, Changiz T. Shared learning in Medical Science Education in the Islamic Republic of Iran: An investigation. *J Interprof Care*. 2010, 24(2): 139-149.
46. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness for health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ*. 1999, 33, 95-100.
47. Alizadeh M, Nasiri K, Ghaniafshord H. Attitude and readiness of medical students for interprofessional education. *Strides in Development of Medical Education*. 2007; (Suppl.) March: 75-76.
48. Irajpour A, Alavi M, Nasiri A. The readiness of postgraduate students in Isfahan University of Medical Sciences for interprofessional education. *All Together Better Health IV Conference*. 2008: June 2-5; Linkoping, Sweden.

Inter-Professional Education: A Reflection on Education of Health Disciplines

Alireza Irajpour¹

Abstract

The quality of education and its output in the health care services has been strongly considered by educational policymakers and managers. The development of inter-professional collaboration has been identified as an influential strategy to socialize learners in various health care professionals. Sharing knowledge and experiences in Inter-Professional Education (IPE) provides health care students with opportunities to learn inter-professional interactions for their future health care services.

This paper aims to present the trajectory of IPE through a systematic search. It defines relevant terminology of IPE followed by drawing the history of IPE especially in pioneer countries. The role of World Health Organization, national and international bodies in such development also are presented. Various internal and external levers enforcing investment on the improvement of inter-professional collaboration are scrutinized. Different evidence-based advantages of IPE and its theoretical basis will be addressed.. Also various models of IPE initiatives utilized around the world are summarized. The paper comes to the end with the history of IPE and its development in Islamic Republic of Iran.

Key words: Interprofessional Education, History, Health care disciplines, Learners, Models & Theories, Islamic Republic of Iran.

Address

¹(✉) Assistant Professor, Medical Surgical Department, School of Nursing and Midwifery, Nursing & Midwifery Cares Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: Irajpour@nm.mui.ac.ir