



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS SAĞLIK PROFESYONELLERİ İLE ACİL SERVİSLE
ETKİLEŞİMDE OLAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MESLEKLERARASI
ÖĞRENMEYE HAZIRBULUNUŞLUK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI VE
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN MESLEKLERARASI ÖĞRENME ÜZERİNE
ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. NAİME ALMILA AYHAN

Ankara, 2017



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS SAĞLIK PROFESYONELLERİ İLE ACİL SERVİSLE
ETKİLEŞİMDE OLAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MESLEKLERARASI
ÖĞRENMEYE HAZIRBULUNUŞLUK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI VE
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN MESLEKLERARASI ÖĞRENME ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. NAİME ALMILA AYHAN

Tez DanıŐmanı: Yrd. DoÇ. Dr. Betül AKBUĞA ÖZEL

ANKARA, 2017

TEŞEKKÜR

Asistanlığımın son iki yılını mutlu, huzurlu kılan sayın ve sevgili hocam Prof. Dr. Cemil Kavalcı' ya, tez sürecimde yardımlarını üzerimden eksik etmeyen sayın ağabeyim, hocam Yrd. Doç. Dr. Afşin Emre Kayıpmaz' a, canım ablam akıl hocam Dr. Ümmü Gülsüm Kocalar'a, tez danışmanım öncü ablam Yrd. Doç. Dr. Betül Akbuğa Özel'e , Dr. Cafer Akpınar'a, tezime olan katkıları nedeniyle Dr. Murat Muratoğlu'na, sevgili çalışma arkadaşlarım Dr. Ebru Bıyıklı, Dr. Ayşegül Akçabe Aydın, Dr. Ishaaq Sakwa Eshikumo'ya, çetrefilli geçen asistanlık sürecimde Başkent Acil'i bana bir yuva haline getirdikleri ve üstümdeki emekleri için çok teşekkür ederim. Canım babam, kardeşçeğizim Aybike'm başta olmak üzere tüm aileme, her şeyden önce dostum öğretmenim olan Özgür Ozan Ceylan'a çok teşekkür ederim. Başkent Acil ailesinin misketi olarak akademik ve sosyal hayatıma olan katkılarınızı tüm meslek hayatım boyunca gurur ve mutlulukla hatırlayacağım.

DR. NAİME ALMILA AYHAN

ÖZET:

Amaç: Sağlık hizmeti ve hasta bakımının nitelikli olması için; acil tıp doktorları, acil servis hemşireleri, teknikerleri ve acil tıp teknisyenleri ile konsultan doktorlar, diğer birimlerde çalışan hemşireler, teknikerler, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı gibi farklı mesleklerden profesyonellerin birbirleriyle etkin bir işbirliği içinde çalışması gerekmektedir. Meslek grupları arasında bilgi, beceri ve değerlerin birleşimi ile birlikte çalışma şartlarının sağlanması ise mesleklerarası eğitim ve işbirlikli uygulamalar ile gerçekleştirilebilecektir. Çalışmamızın amacı acil servis ve acil servis ve etkileşimde olan diğer meslek ve branşların mesleklerarası eğitime hazırbulunuşluk düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu sayede bu konuda farkındalığın artırılmasıdır.

Kişilik, örgütlenmiş duygusal, bilişsel, toplumsal ve fiziksel özellikler bütünü olarak ele alınmaktadır. Kişilik özellikleri, bireyi diğer bireylerden ayırır ve bireyin gelecekteki davranışlarına yönelik kestirimlerin dayanağını oluşturmaktadır. Çalışmamızla kişilik özelliklerinin mesleklerarası öğrenme üzerine etkisini değerlendirerek, kişilik özelliklerinin eğitim içeriklerinde ve yöntemlerinde dikkate alınması gereken bir değişken olup olmadığı hakkında çıkarımda bulunmayı amaçlıyoruz.

Gereç ve yöntem: Başkent Üniversitesi'nde acil serviste çalışan ve acil servisle etkileşimi olan sağlık profesyonellerinin mesleklerarası işbirliği hakkında hazırbulunuşluk düzeyleri ve mesleklerarası işbirliği hakkında hazırbulunuşluk düzeyleri ile kişilik arasındaki ilişkiyi inceleyen prospektif, tanımlayıcı ve analitik bir çalışmadır. Çalışma gönüllü katılımcılara, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme ve e-posta yoluyla anket yöntemiyle uygulanmıştır. Sonuçta topladığımız verileri IBM SPSS Statistics 23 paket programına aktararak analiz ettik.

Bulgular: Anketimize 15.07.2017 ile 20.10.2017 tarihleri arasında toplam 222 sağlık çalışanı katıldı. Çalışmamıza göre tüm sağlık çalışanlarında branşı cerrahi bilimler olan kişilerin MEHO düzeyi en fazla saptanırken, doktorlarda branşı dahili bilimler olan kişilerin MEHO düzeyi daha fazla, hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanlarında ise branş açısından MEHO düzeyinde farklılık saptanmamıştır. Tüm branşlarda doktorlarla hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanları arasında MEHO düzeyi açısından fark saptanmamıştır. Kişilik özellikleri ve çalışma sürelerinin MEHO üzerine olan etkisi incelendiğinde de gene anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Sonuç: Acil servis çalışma şartlarının iyileştirilmesi, tüm sağlık çalışanlarının eğitim sürecinde de çeşitli eğitim uygulamalarıyla etki ve iletişimlerinin artırılıp görev tanımlarının belirginleştirilmesi, meslekler arası işbirliğini artırarak hasta bakım kalitesini arttıracak, iletişim eksikliği kaynaklı tıbbi hataların azalmasını sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: acil tıp, mesleklerarası eğitim, mesleklerarası eğitime hazırbuluşluk, kişilik



A comparison of Readiness Levels of Health Professionals Who Work at Emergency Department or Have Interaction with Emergency Department in Ankara Başkent University Hospital on Interprofessional Learning.

ABSTRACT:

Objectives: For quality of health care and patient care, all emergency physicians, nurses-technicians who work in emergency departments and other health professionals like consulting physician, nurses- technicians who work in other departments, psychologists, social service experts and pharmacists should work in effective collaboration. Different groups of health professionals need to combine their knowledge, ability and worth in order to effectively work together and this can only be achieved through proper interprofessional education and collaborative practices.

The purpose of our study was to evaluate readiness levels of health professionals working in emergency departments or have interaction with emergency departments on interprofessional learning and by doing this we intend to increase awareness in this field.

Personality can be defined as organized emotional, cognitive, social and physical qualities. Personal qualities help define and separate people from others and form a basis for prediction about behaviours in future. In our study we intend to evaluate the effect of personality on interprofessional learning and get a conviction about necessity of consider personality when planning the content of education systems if it is a parameter.

Methods: This is a prospective, identificatory and analytical study which intends to analyse the readiness levels of health professionals who work at Başkent University Emergency department or have interaction with Başkent University Emergency department. We made a questionnaire to volunteer attendees by face to face or e-mail. The results collected were then analysed by IBM SPSS Statistics 23 packet program.

Results: A total of 222 health professionals participated in our questionnaire between 15.07.2017 and 20.10.2017. According to our study, we discovered that the level of RIPLS of all health professionals who work in surgical branches is the highest. Concerning doctors, doctors who specialise in internal medicine have the highest level of RIPLS. There was no difference between nurses working in different branches. There is no different in the level of RIPLS between doctors and nurses in all health professionals. Also personality does not have any effect on the RIPLS levels.

Conclusion: Improving working conditions in the emergency departments, enhancing communication and interaction between all health professionals, making explicit mission of all health professionals, can increase the interprofesional collaboration. We can also initiate different education practices in study, thereby minimizing medical failures which are the result of communication problems.

Keywords: emergency medicine, interprofessional education, readiness of interprofessional education, personality.



İÇİNDEKİLER

Sayfa

Teşekkür	iii
Özet	iv
Abstract	vi
İçindekiler	viii
Kısaltmalar Ve Simgeler Dizini	x
Şekil Ve Tablo Dizinleri	xi
1. Giriş	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaçlar	2
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Mesleklerarası Eğitim İhtiyacı	3
2.2. Mesleklerarası Eğitimin Tanımı	3
2.3. Tanımlar	5
- Acil tıp	
- Sağlık meslek mensubu	
- Sağlık hizmeti ekibi (Healthcare team)	
- Ekip çalışması (takım çalışması = teamwork)	
- İşbirlikli öğrenme (Collaborative learning)	
- Disiplinlerarası (= interdisciplinary)	
- Mesleklerarası (= interprofessional)	
- Mesleklerarası işbirliği (= interprofessional collaboration, [IPC])	
- Mesleklerarası eğitim (= interprofessional education, [IPE])	
- Mesleklerarası öğrenme (= interprofessional learning, [IPL])	
- Kişilik	
2.4. Tarihçe	6
2.4.1. Mesleklerarası Eğitim	6
2.4.2. Acil Tıp	7
2.5. Hasta Güvenliği	8
2.6. Mesleklerarası Eğitimin Etkilediği Parametreler	8
2.7. Mesleklerarası Eğitimin Hedefleri	9
2.8. Mesleklerarası Eğitim Uygulamaları	11
2.8.1. Mesleklerarası Eğitimde Zamanlama	11

2.8.2. Mesleklerarası Eğitimin Özellikleri	12
2.8.3. Mesleklerarası Eğitimi Uygulama Yöntemleri	12
2.8.4. Mesleklerarası Eğitimde Karşılaşılan Güçlükler	13
2.9. Mesleklerarası Eğitimin Değerlendirilmesi	15
2.10. Mesleklerarası Eğitimde Kullanılan Ölçme Araçları	16
2.11. Kişilik	17
2.11.1. Kişilik ve Ekip Performansı İlişkisi	17
2.11.2. Kişilik Ölçekleri	18
3. Gereç Ve Yöntem	20
3.1.Çalışma Türü	20
3.2. Çalışma Populasyonu	20
3.3. Çalışma Yeri	20
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1 Demografik Veri Toplama Anketi	20
3.4.2 Mesleklerarası Öğrenmeye Yönelik Hazırbulunuşluk Ölçeği	20
3.4.3 On-Maddeli Kişilik Ölçeği	21
3.5. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	21
3.6. Veri Toplanması	22
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	22
3.8. Etik Onay	22
4. Bulgular	23
5. Tartışma	31
5.1.Çalışmanın Kısıtlılıkları	34
6. Sonuç	35
7. Kaynaklar	36
8. Ekler	43

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

MAE: Meslekler arası eğitim

MEHÖ: Meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk ölçeği

OMKÖ: On maddelik kişilik ölçeği

RIPLS: The readiness for interprofessional learning scale

SS: Standart sapma

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



ŞEKİL VE TABLO DİZİNLERİ

Tablo 1. The Joint Evaluation Team (JET) Meslekler Arası Eğitim Çıktıları Tipolojisi

Tablo 2. Demografik Özellikler

Tablo 3: Branşlara Göre MEHÖ Farklılıklarının İncelenmesi

Tablo 4: Meslek gruplarının branş bazında MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Tablo 5: Çalışma Sürelerinin MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Tablo 6: Cinsiyet değişkeninin MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Tablo 7: Meslek gruplarının MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Tablo 8: Meslekler gruplarında OMKÖ gruplarının dağılımı

Tablo 9: OMKÖ gruplarının MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Şekil 1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Şekil 2. Katılımcıların mesleklere göre dağılımı

Şekil 3. Katılımcıların branşlara göre dağılımı

1-GİRİŞ

1.1. Giriş

Nitelikli sağlık hizmeti ve hasta bakımı sunabilmek için; acil tıp doktorları, acil servis hemşireleri, teknikerleri ve acil tıp teknisyenleri ile konsultan doktorlar, diğer birimlerde çalışan hemşireler, teknikerler, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı gibi farklı mesleklerden profesyonellerinin birbirleriyle etkin bir işbirliği içinde çalışması gerekmektedir. Birlikte çalışma şartlarının sağlanması ise ancak meslek grupları arasında bilgi, beceri ve değerlerin birleşimi, mesleklerarası eğitim ve işbirlikli uygulamalar ile gerçekleştirilebilecektir (1).

Mesleklerarası eğitim (MAE) iki veya daha fazla meslek mensubunun işbirliğini ve hizmet kalitesini artırmak için bir araya geldikleri birlikte, birbirlerinden, birbirleri hakkında öğrendikleri eğitim durumlarıdır (2).

Mesleklerarası öğrenme ise iki veya daha fazla meslekten öğrenci veya meslek üyesi arasında bilgi ve yetkinlikleri geliştirmek için mesleklerarası eğitim sırasında ya da uygulama veya eğitim ortamlarında informal olarak oluşan öğrenmedir (3).

MAE'in diğer sağlık profesyonellerinin rollerinin daha iyi anlaşılmasını, mesleklerarası bilgi ve becerilerin paylaşılmasını sağladığı ve saygıyı artırdığı öngörülmektedir (4-9). Hasta bakım kalitesini ve hasta sonuçlarını istenilen düzeyde geliştirmek için mesleklerarası, ekip temelli ve işbirlikli bir yaklaşım gerekmektedir(4,7). İşbirlikli uygulama; sorumluluk, hesap verebilirlik, koordinasyon, iletişim, işbirliği, girişkenlik, özerklik ve karşılıklı güven ve saygıyı içerir (8).

Ekip etkinliğini belirleyen en önemli özellikler üyelerin açık iletişimi, otonomi ve kaynakların eşitliğinin dâhil olduğu ekipteki rollerini görerek hareket etmeleridir (9). Zayıf bir mesleklerarası işbirliğinin hasta bakım kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu söylenilebilir (10). Sağlık hizmetinden sorumlu meslek üyelerinin değişik ve bireysel eğitim almış olmaları (farklı yaklaşım ve felsefeler), iletişim yetersizlikleri ve profesyonel sosyalleştirme (özerklik, hiyerarşik değer sistemleri) ekip çalışmasını engelleyen önemli etkenlerdir.

Mesleklerarası eğitim ve öğrenme, son 10 yılda çeşitli eğitim programlarında önem kazanmasına rağmen uygulamadaki etkinliği ve etkisi nispeten bilinmemektedir.

Kişilik, psikolojinin önemli alanlarından biridir ve literatürde örgütlenmiş duygusal, bilişsel, toplumsal ve fiziksel özellikler bütünü olarak ele alınmaktadır (11). Kişilik özellikleri, bireyi diğer bireylerden ayırır ve bireyin gelecekteki davranışlarına yönelik kestirimlerin dayanağını oluşturmaktadır (12).

Ekip üyelerinin bireysel özelliklerinin ekip performansı ve bağlılığı üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (13).

Son yıllarda üzerinde en çok durulan kişilik kuramının ise beş faktör kuramı (Big-Five Personality Theory) olduğu ifade edilebilir (12, 14-16). Beş faktör kişilik modeline dayalı olarak geliştirilen ölçeklerden biri de On-Maddeli Kişilik Ölçeği'dir (OMKÖ; Ten-Item Personality Inventory) (17).

1.2. Amaçlar

Çalışmamızın amaçlarından biri; acil servis sağlık profesyonelleri ile acil servisle etkileşimde olan sağlık profesyonellerinin meslekler arası öğrenme hazırbulunuşluk düzeylerinin saptamak ve bu düzeyler arasında ilişki olup olmadığını tespit etmektir. Alanda bu konuda yapılmış birebir bir çalışmaya ulaşamamıştır. Acil servislerde meslekler arası öğrenme ve işbirliğini artırmaya yönelik çalışmaların acil serviste birlikte çalışan ve acil servisle etkileşimde bulunan meslek grupları arasındaki iletişimin artmasına, meslek gruplarının işbirliği kabiliyetinin artmasına ve bu sayede daha nitelikli hasta bakımının sağlanmasına katkı sunabileceğini düşünüyoruz.

Çalışma amaçlarımızdan ikincisi; acil servis sağlık profesyonelleri ile acil servisle etkileşimde olan sağlık profesyonellerinin kişilik özellikleri ile sağlık profesyonellerinin meslekler arası öğrenme düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır. Kişilik özellikleri ile meslekler arası öğrenme düzeyleri arasında ilişki saptanması halinde bu bilginin, acil serviste eğitim yöntemlerini belirlerken ya da ekip çalışma alanlarını düzenlerken dikkate alınması gereken bir değişken olduğu hakkında çıkarımda bulunmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Mesleklerarası Eğitim İhtiyacı

Sağlık profesyonellerinin etkin ve birbirinin işlevini destekleyici bir şekilde çalışması bireyin hizmet beklentilerinin daha iyi karşılanmasını, toplumun sağlık hizmeti düzeyinin gelişmesini ve sağlık bakım standartların yükselmesini sağlayabilecek çok önemli bir değişkendir. Diğer yandan bu etkin ve birbirinin fonksiyonunun destekleyici çalışma modeli ekip çalışması yürüten birimlerin ve bağlı oldukları kurumların interdisipliner yaklaşım geleneğinin durumu ile de ilintilidir.

Sağlık sorunlarının çözümü için, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) nün Alma Ata Bildirgesi' nde değişik meslek ve uzmanlıklardan sağlık çalışanlarının ortak katkısı ve işbirliği ile gösterdikleri ekip çalışmasının gerekliliği bildirilmiştir (18). Bu gereklilik, sağlık problemlerinin çok faktörlü doğasının bir neticesi olarak ortaya çıkar.

Sağlığa dair ihtiyaç ve problemlerin çeşitliliği, her bir meslek grubu ve uzmanlık alanının birlikte bilgi ve becerilerini paylaşarak ortak bir amaç için uygun ekip çalışması içinde olmalarını gerekli kılmaktadır. DSÖ mesleklerarası öğrenme çalışma grubu raporunda sağlık görevlilerinin bir arada, ekip çalışması içinde çalışması ile 'herkes için sağlık' hedefine ulaşılabileceği, bunun da ancak birlikte öğrenilerek gerçekleştirilebileceği belirtilmiştir (19, 20).

Sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan tıbbi hataların büyük çoğunluğu sağlık çalışanlarının birbirlerinin görev tanımlarına yabancı oluşu, bu görevlerin yerine getirilişinde olan koordinasyon ve iletişim eksiklikleri ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan profesyonel işbirliğindeki yetersizlikten kaynaklanmaktadır (21).

2.2. Mesleklerarası Eğitimin Tanımı

Meslekler arası işbirliğine dayalı uygulamalar, kalifiye sağlık uygulamalarının tüm sağlık sistemi içinde yer alanlarca birlikte sağlanmasıdır. Meslekler arası işbirliği, sağlık çalışanlarının, müşterek hedefler için ekip bilinciyle hareket etmeleri ile sağlanabilir.

Meslekler arası öğrenme, farklı meslekten sağlık çalışanlarının birbirlerinin rollerini daha iyi anlayıp, birbirlerinde öğrenmelerini sağlayarak daha etkili bir işbirliği, bunun sonucunda da sağlık hizmetinin kalitesinde artmayı hedefleyen bir öğrenim stratejisidir (22).

Profesyonel sağlık çalışanlarının birlikte, işbirliği içinde çalışma kabiliyetini gösterebilmeleri birlikte, birbirlerinden öğrenmelerine bağlıdır ve bu da öğrencilik sürecinden itibaren başladığı takdirde daha mümkün olur (23).

Meslekler arası öğrenme kişinin diğer meslek gruplarının yapılan iş içindeki rollerini fark ederek, kendi rolüne daha hakim olup ilerlemesini, meslekler arası sosyalleşmeyi sağlayarak da saygı ve iletişimin gelişmesini sağlamaktadır (24). ğrenme ortamlarındaki gerçeklik, öğrenme ile gerçek yaşam arasındaki bağı kurmada, ilişkilendirmede etkili bir araçtır. Yapılan birçok çalışmada tıbbi hataların sağlık hizmeti sunumunda kaynaklanan kısmının ne kadar önemli ve büyük olduğu vurgulanmaktadır (24).

Sağlık hizmetinin verimli, devamlı, nitelikli ve güvenilebilir bir şekilde sürdürebilmesi için tüm sağlık çalışanlarının ekip olma bilinciyle, bir arada çalışma ve işbirliği becerilerini geliştirmelerinin gerekliliği tüm ilgili kurumlarca ortak bir görüştür. (24).

Meslekler arası öğrenme sağlık alanında çalışan farklı meslek grubundan öğrencilerin, birbirlerinin çalışma hayatı içindeki fonksiyonlarının farkına vararak bunu işbirliği ve karşılıklı etkileşim içinde öğrenmesini sağlayan bir stratejidir. Bu sayede öğrencilerin meslek hayatları içinde işbirliği ve empati içinde çalışma becerisini geliştirmelerinin önem ve gereği vurgulanır. Bunun sağlanması en optimum yolu da erken dönemde eğitim hayatı içinden başlayan eğitim ve uygulamalar içinde yapılarak öğrenilmesidir (25).

Sağlık profesyonelleri, çalışma ortamında, ekip çalışması, sorunların üstesinden gelinmesinde diğer sağlık profesyonelleriyle iletişim kurulması ve ortak hedefleri doğrultusunda uyum içinde olunmasını gerçekleştirmek durumundadırlar (26).

Meslekler arası öğrenmeyle, meslekteki uzman kişiler, işbirlikli davranış paternini etkili bir şekilde geliştirebilirler (27, 28).

Mesleklerarası ğrenme sayesinde sağlık profesyonelinin diğer mesleklerle ilgili olan farkındalığının artması, kendi mesleki sorumluluk ve sınırlarını tanınması, mesleki ilerlemesinin devamı ve mesleki sosyalleşmesi kolaylaşır (27).

Meslekler arası öğrenmeyi olumsuz etkileyen, engelleyici faktörleri Barker, Bosco ve Oandasan (2005) nitel araştırmalarında řu şekilde belirtilmiştir (29);

- Ortak dil birliğinin gelişmemiş olması,
- Destekleyici ve savunuculara ihtiyaç duyulması,
- Dışsal destek,
- Mesleki kültüre etkisiyle alakalı yüksek duyarlılık,
- Uygulama için gerekli lojistik

2.3. Tanımlar

Acil tıp: Acil tıp, her yaştan hastayı etkileyen bütün fiziksel ve ruhsal hastalık veya yaralanmaların akut olarak önlenmesi, tanı ve tedavisine yönelik gerekli bilgi ve becerilerden oluşan tıbbi pratiktir (31).

Sağlık meslek mensubu: Görevlerini; almış oldukları eğitim ve kazanmış oldukları bilgi ve beceriler doğrultusunda, verimlilik ve kalite gereklerine uygun, diğer çalışanlar ile birlikte ekip anlayışı içerisinde, multidisipliner yaklaşımla ve sağlık hizmeti sunumunun devamlılığı esasına bağlı olarak yapması beklenen personeldir (32). Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliği'nde sayılan sağlık meslek mensupları; tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire/hemşire yardımcısı, ebe/ebe yardımcısı, optisyen, klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, anestezi teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, acil tıp teknisyeni/teknikeri...vb.dir (33).

Sağlık hizmeti ekibi (Healthcare team): Farklı meslek gruplarından sağlık çalışanlarının etkin bir ekip içinde, bilgi ve yetenekleri doğrultusunda sağlık hizmeti vermeleri, birbirlerini tanıma ve saygıya dayanan inisiyatif birliğidir (30).

Ekip alışması (takım çalışması = teamwork): Sağlık hizmeti sunmak için birarada ve birbirine bağlı olarak görev yapan iki ve daha fazla sağlık profesyonelinin karşılıklı etki ve iletişimidir (34).

İşbirlikli ğrenme (Collaborative learning): Bir sorunun üzülüp, görev ya da ürünün ortaya çıkarılması amacıyla ortak bir anlayış ve gelişimle eşgüdümlü, eř zamanlı ve devamlılık gösteren durumlarda öğrenmedir (35).

Disiplinlerarası (= interdisciplinary): Bir meslek grubu içindeki değişik disiplinlerden çalışanın ortak bir amaç için işbirliği içinde olması olmasıdır (22).

Mesleklerarası (= interprofessional): ortak bir hedef için değişik meslek grubundan kişinin bir arada işbirliği içinde çalışmasıdır (22).

Mesleklerarası işbirliği (= interprofessional collaboration, [IPC]): sağlık hizmetini en optimum şekilde yerine getirmek için öğrenci, sağlık profesyoneli, hasta, hasta yakını ve toplumun mesleklerarası çalışmayı etkili hale hale getirmek için iletişim ve etkileşimlerini geliştirme ve devam ettirmesidir (36).

Mesleklerarası eğitim (= interprofessional education, [IPE]): İki ya da daha çok meslekten kişinin işbirliği ve hizmet kalitesini arttırmak amacıyla birlikte, birbirlerinden ve birbirleri hakkında öğrendikleri durumlardır (37).

Mesleklerarası öğrenme (= interprofessional learning, [IPL]): iki ya da daha çok meslek grubundan öğrenci ya da meslek mensubunun bilgi ve becerilerini arttırmak ve geliştirmek amacıyla mesleklerarası eğitim esnasında, uygulama ve eğitim alanlarında birbirlerinden olan informal öğrenmeleridir (3).

Kişilik: Kişilik, psikolojinin önemli alanlarından biridir ve literatürde örgütlenmiş duygusal, bilişsel, toplumsal ve fiziksel özellikler bütünü olarak ele alınmaktadır. Aynı zamanda kişilik, doğuştan getirilen ve çevreyle etkileşim yoluyla şekillenen ve kolay değişmeyen özellikler bütünü olarak da ele alınmaktadır (11).

2.4. Tarihçe

2.4.1. Mesleklerarası Eğitim

Avrupa’ da tıp doktorluğu modern üniversitelerin kurulmasından sonra günümüze uygun bir hal alarak, meslek haline gelmiştir (38).

Kişinin sunduğu hizmetten, sistemin sunduğu hizmete geçilmesiyle farklı hizmet sunuculara ihtiyaç duyulması sonucunda zamanla birçok çeşit sağlık çalışanı oluşmuştur.

İlk olarak 1947 yılında yayınlanan bir makaleyle Jantsch “disiplinlerarası” ve “disiplinlerarası” eğitimden bahsederek birçok sağlık çalışanın birarada eğitim alması şeklindeki “mesleklerarası eğitim” yaklaşımına değinmiştir (39).

Mesleklerarası işbirliği ve hasta güvenliğiyle alakalı belirgin etkinliği olan Institute of Medicine tarafından 1999 da yayınlanan “To Err is Human” adlı raporda

“disiplinlerarası” tabiri yer alırken, 2001 de yayınlanan “Crossing the Quality Chasm” adlı raporda ise “çokdisiplinli” tabiri kullanılmıştır (40).

1988 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan raporda “Learning together to work together for health” başlığı altında “çokmeslekli” tanımı kullanılırken literatürde yer alan “mesleklerarası” kavramıyla aynı manada olduğu belirtilmiştir böylece disiplinler üstü bir yaklaşım vurgulanmıştır.

Gene 1988 yılında yayınlanan Edinburg bildirgesinde, tıp eğitiminin iyileştirilmesi üzerinde çalışan kurum ve kuruluşlarca, “ekip çalışması için eğitim” den bahsedilip, sağlıkla alakalı farklı meslek gruplarının birarada öğrenme, araştırma ve hizmet sunma imkanlarının artırılması gerekliliği belirtilmiştir (41).

2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nce yayınlanan “WHO Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice” adlı raporda mesleklerarası eğitimin, işbirlikçi bir sağlık profesyonelinin ihtiyacı olan becerileri sağlaması açısından ne derece mühim olduğu belirtilmiştir (42).

2.4.2 Acil Tıp

Bu günkü bilinen anlamıyla acil tıp ilk olarak 1960’larda başladı. Ayrı bir uzmanlık dalı olarak ilk defa ABD’de ortaya çıkarak tüm dünyaya yayıldı. 1966’da Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi’nin yayınladığı Kazalarda Ölüm ve Sakatlıklar: Modern Toplumun İhmal Edilmiş Hastalığı yazısı çok ses getirdi. Bu yazıda Vietnam’da yaralanan bir askerin New York’ta vurulan bir sivilden daha çok yaşama şansı olduğundan bahsediliyordu. Bu yazıyla beraber acil tıp hizmetleri yeniden ele alındı ve otoyol güvenliği yasası çıktı. O zamana kadar acil servislerde branş hekimleri rotasyon şeklinde çalışıyor, çoğu zaman hemşirelerin yönettiği acil servislere davet usulüncce geliyorlardı. Acil servisler personel ve ekipman bakımından yetersiz ve kontrolsüz birimlerdi. Branş hekimlerinin giderek kalabalıklaşmaya başlayan acil serviste çalışırken asli işlerini yapamaz hale gelmeleri ve birden fazla branşı ilgilendiren komplike vakaların artması sonucunda kendi branş bilgileri dahilinde hastaları sonlandıramadıklarının görülmesi üzerine ilk Acil Tıp Ana Bilim Dalı Cincinnati Üniversitesi’nde 1970’de kuruldu (29).

Türkiye’de acil tıbbın gelişimi gerçek anlamda 1990 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi’nin (DEÜ) daveti ile Türkiye’ye gelen ABD’li bir acil tıp uzmanı olan Dr. John Fowler’ın çalışmaya başlaması ile olmuştur. Dr. John Fowler’ın etkin çabaları

sonucu, Dr. Yıldırım Aktuna'nın Sağlık Bakanı olduğu Süleyman Demirel Başbakanlığındaki Bakanlar Kurulu'nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete' de 93/4270 karar sayısı ile yayınlanmış ve İlk ve Acil Yardım adıyla bir ana dal kurulmuştur. Kuruluşunda 3 yıllık bir ana dal olarak tanımlanan İlk ve Acil Yardım, 24 ay ana dal 18 ay rotasyon şeklinde planlanmıştır. Aynı yıl Türkiye'de iki tane İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı kurulmuştur (43).

2.5. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır (44).

İnsitued of medicine tarafından 1999 da yayınlanan "To Err is Human" adlı raporda tıbbi hatalar neticesinde ortaya çıkan ölüm rakamları ve maliyetlerin büyüklüğü her kesimde ciddi duyarlılık yaratarak dikkatleri kalifiye ve güvenli sağlık hizmetinin önemine çekmiştir. Raporda bu hataların önüne geçilmesindeki en büyük etkenlerden birinin ekipte yer alan her bir bireyin şahsi sorumluluklarıyla birlikte diğer sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarını bilmesi gerekliliği olduğu belirtilmiştir. Bunun sağlanabilmesi içinse öncelikle hasta güvenliği programları geliştirilerek, sağlık ve sosyal hizmet alanındaki kurum ve kuruluşların bir arada etkin ve işbirliği içinde çalışabilecek profesyoneller yetiştirmeleri gerekliliği vurgulanmıştır (40).

Yapılan çalışmalarla mesleklerarası işbirliğinin hasta yakınmalarını azaltıp, memnuniyeti arttırarak, sağlık profesyonellerinin iş yükü, stres ve tükenmişliğini azaltarak daha kalifiye sağlık hizmeti sunumunu sağladığı gösterilmiştir (45).

Tüm bu etkenler neticesinde daha kalifiye ve güvenli hasta bakımı ve sağlık hizmeti sunumu için mesleklerarası işbirliğinin öneminin farkına varılarak, bu kavramın daha da gelişmesi yönündeki çabalar artmıştır.

2.6. Mesleklerarası Eğitimin Etkilediği Parametreler

1999 yılında ABD'de "Institute of Medicine" tarafından yayınlanan raporla da belirtildiği üzere tıbbi hata nedenli gelişen kayıpların, trafik kazalarının iki katı olduğu ve hastanede takip altında olan hastalarda da bu hatalar nedenli tüm maliyetlerde oldukça fazla artışa sebep olunduğu gösterilmiş (46).

Sağlık problemlerinin gittikçe daha komplike hale gelmesi, yaşam süresinin artması sağlık profesyonelleri üzerindeki klinik karar ve uygulama yükünü arttırmış, hataların artmasına, sonuçta da hastaların zarar görmesine, hastanede kalış sürelerinin uzamasına, neticede ölüm, sekel ve maliyetlerde artışların ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Sağlık alanında artan bilgi yükü, hızla gelişen teknoloji, sağlık hizmet örgütlenmesindeki değişiklikler, hastaların değişen talepleri sağlık profesyonellerinin karar ve uygulamadaki güçlüklerini arttırmıştır. Bunun üzerine yapılan çalışma ve hazırlanan raporlarda sağlık hizmetlerinde tespit edilen eksikler ve eğitimdeki yetersizlikler tespit edilerek, sağlık profesyonellerinin birbirleriyle olan iletişim ve işbirliklerinin öneminin, sorunların çözümündeki yeri bir kez daha vurgulanmıştır (47-49).

Mesleklerarası işbirliği sayesinde hastaların bakım kalitesi yükselecek, hatalar azalacak, bu sayede morbitide, mortalite, hastanede kalış süresi ve maliyet azalıp, ilaç güvenliği artacaktır (4, 7, 50, 51).

2.7. Mesleklerarası Eğitimin Hedefleri

Sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve değerleri paylaşma, diğer sağlık çalışanlarının rollerine saygı gösterme, aralarında olumlu anlayış geliştirmeleri mesleklerarası eğitimin temel hedefidir (52).

Mesleklerarası eğitim sayesinde sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliği daha etkili hale gelerek, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi sağlanır (53).

Mesleklerarası işbirliğinin geliştirilmesi için yürütülecek eğitimlerde kazanılması beklenen yetkinlikler, ABD’de yayınlanan “Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice” raporunda dört alanda sınıflandırılmıştır (54):

1. Mesleklerarası Uygulama İçin Etik/Değerler: Karşılıklı saygı ve değerlerin paylaşılması için farklı mesleklerden kişilerle çalışabilme.

2. Roller/Sorumluluklar: Toplumun ve hastaların gereksinim duyduğu sağlık hizmetini sunabilmek için kendi mesleğinin ve başka mesleklerin rolüne ilişkin bilgiyi kullanarak uygun şekilde değerlendirme ve açıklayabilme.

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

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

Dünya sağlık örgütü ise mesleklerarası öğrenme hedeflerini altı alanda ele almaktadır (53);

1.Ekip çalışması: Ekibin lideri ve üyesi olabilme, ekip çalışmasını nelerin kısıtladığını bilme.

2.Rol ve sorumluluklar: Kendinin ve diğer sağlık çalışanlarının rolünü, sorumluluk ve uzmanlığını anlama.

3.İletişim: Düşüncelerini yetkin biçimde çalışma arkadaşlarına ifade edebilme, ekip üyelerini dinleyebilme.

4.Öğrenme ve eleştirel yansıtma: Ekiple ilişkiyi eleştirel biçimde yansıtma, mesleklerarası öğrenmeyi çalışma düzenine aktarma.

5.Hastayla ilişkiler ve hasta gereksinimlerini tanıma: Hasta yararını işbirlikli çalışmanın odağına koyma, sağlık yönetiminde hastalara, ailelerine, sağlık hizmeti sunanlara ve topluluklara paydaş olarak yaklaşma.

6.Etik uygulama: Kendinden ya da diğerlerinden kaynaklanan, diğer sağlık çalışanları hakkındaki önyargı ve yanlış değerlendirmeleri anlama, her bir sağlık çalışanının görüşünü eşit düzeyde geçerli ve önemli olarak görme.

İngiltere'nin güneyindeki üniversitelerin Yeni Nesil Projesi kendi lisans öğrencileri için dokuz ortak eğitim programı hedefi içerir (55):

- 1.Diğer profesyonellerin rollerini anlamak, desteklemek ve saygı duymak,
- 2.Mesleklerarası ekibin bir üyesi olarak etkin bir şekilde katkıda bulunmak
- 3.Sağlık ve sosyal bakım sınırları, değişen doğasını anlamak.
- 4.Tüm meslekler için ortak olan bilgi, beceri, yetkinlik ve tutumları ve hasta odaklı hizmet sunumunu desteklemek.
- 5.Mesleklerarası ekipte diğerlerinden öğrenmek.

- 6.Güçlük ve tereddütle baş edebilmek.
- 7.Diğer profesyonellerle uygulamada işbirliği yapmak.
- 8.Roller, mesleki önyargıları ve bunların etkilerini anlamak üzerine mesleklerarası çalışmak.
- 9.Pratikte hasta merkezli uygulamalar yapmak

Reeves ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan bir derlemede mesleklerarası eğitim sonucu oluşan biçimlendirici deneyimin, sağlık profesyonellerinin çalışma ortamındaki işbirlikli davranışları arttırdığı, hataları azalttığı, acil servislerde belge ve prosedürlere uygun tavrı desteklediği, hasta memnuniyetini arttırdığı tespit edilmiştir (56).

2.8. Mesleklerarası Eğitim Uygulamaları

2.8.1. Mesleklerarası Eğitimde Zamanlama

Sağlık hizmeti sunmak üzere eğitim hayatına başlayan birçok öğrencini şahsi deneyimleri yaşadığı toplum özelliklerinde gelen bir önyargısı olmaktadır. Öğrencilerinin eğitimlerinin ilk yıllarında yeni gelişecek önyargılarda uzak ve mesleklerarası öğrenmeye daha hevesli ve uygun oldukları görülmüştür. Bu nedenle mesleklerarası eğitime mezuniyet öncesi ilk iki yıl içinde başlanıp, meslek hayatı boyunca sürdürülmesi ile farklı meslek gruplarının tanınarak, iş birlikli ve uyumlu tutum ve davranışların gelişmesi sağlanacaktır (22, 57).

Mesleklerarası eğitim sağlık bilimleri alanındaki eğitim uygulamalarındaki değişikliklerin yanı sıra, sağlık hizmetine yönelik kültürel değişikliği de hedefler. Bunun için sağlık meslekleri arasında ilişkileri geliştirecek değerlerin uygulanmasına, ekip dinamiklerine ait ilkelerin, farklı ekip rollerinin etkili biçimde gerçekleştirilmesine gereksinim vardır. Mesleklerarası eğitimin sürekliliğine vurgu yapan bu bakış açısında göre; mesleklerarası eğitim bireyin mezuniyeti öncesinden başlamalı ve meslek yaşamı boyunca devam etmeli, sürekli mesleki gelişiminin bir parçası olmalıdır. Mesleklerarası eğitim, öğrencilere eğitimlerinin başlangıcında ortak uygulamalara hazırlamak için kullanılabilir. Bu öğrenme deneyimini sonraki aşamalarda pekiştirmek mümkün olabilir. Son aşamada ise meslekler arası işbirliğinin belirli bağlamlar içinde uygulanması desteklenebilir (26, 57).

2.8.2. Mesleklerarası Eğitimin Özellikleri

Mesleklerarası eğitimin uygulanabilmesi ve etkinliklerin başarıya ulaşması için tanımlanan özellikler (22, 52, 58):

1. Farklı mesleklerden gelen birden fazla öğrenci ya da sağlık çalışanının varlığı.
2. Öğrenciler arası etkileşim ve yansıtıcı geribildirim.
3. Öğrenenlerin paylaşımlı öğrenme için gerekli bilgi, beceri ve mesleki tutumu başka şekilde etkili biçimde edinmelerinin mümkün olmaması.

İşbirlikli öğrenme için tüm meslekler tarafından yerine getirilmesi gereken temel belirleyiciler vardır. Burada kastedilenler (59):

1. İletişim becerilerine ekip üyeleri arasında çatışmayı önleyecek ve etkili iletişim sağlayacak şekilde sahip olmak.
2. Gelişen bilgi ve ekip çalışması becerilerinin geliştirilmesi için birlikte çalışmaya istekli olmak.
3. Diğer sağlık ve sosyal bakım uzmanlarının rol ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olmak.
4. Diğer meslek üyelerinin ve kendisinin bilgi ve becerilerine güvenerek hareket etmek
5. Ekip üyesi diğer profesyonellerin görüş ve tutumlarına saygı göstermek.

Farklı sağlık mesleklerinden gelen öğrencilerin yansıtıcı etkileşim olmaksızın, farklı meslek uzmanlarından aynı öğrenme deneyimini elde etmesi, farklı meslekten öğretim elemanın, öğrenme deneyimini yönetmesine rağmen, sağlık hizmetlerinde mesleklerarası etkileşimin nasıl olacağıyla ilişkilendirilmemesi, başka bir meslekten kişinin liderlik ettiği hasta bakımında, karar vermede yer almamak ya da sorumluluğu olmaksızın katılıyor olmak (60).

2.8.3. Mesleklerarası Eğitimi Uygulama Yöntemleri

Mesleklerarası işbirliğinin geliştirilebilmesi için bu becerilerin öğrencilerin eğitimleri sürecinde bir arada öğrenmeleri gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin eğitim

süreçlerinde karşılaşmamaları, ayrı eğitim süreçlerine tabi kalmaları, sağlık işleyiş ve düzenindeki uygunsuzluklar ve hastane içi hiyerarşi sonucunda bu gelişim sağlanamamaktadır. Dünya sağlık örgütü tarafından mesleklerarası eğitim programlarında yöntem olarak kuramsal derslerle birlikte grup çalışmaları, olgu tartışmaları, oyunlaştırma, topluma dayalı deneyimler ve simülasyon uygulamalarının kullanılabileceği önerilmektedir (57).

ABD’de eğitim programlarının başarılı olması için yönetsel destek sağlanması, mesleklerarası alt yapının kurulması, eğitime inanan öğretim üyelerine programların sürdürülmesi ve öğrencilerin katılımının sağlanması temel etkenler olarak gösterilmiştir (50).

Mesleklerarası eğitimde kullanılmak üzere önerilen eğitim yöntemleri aşağıda sınıflandırılmıştır (57, 62):

- Edilgen öğrenme (kuramsal dersler ve sunumlar),
- Değişim temelli öğrenme (seminer ve tartışmalar),
- Gözlem temelli öğrenme (hasta ziyaretleri),
- Hareket temelli öğrenme (probleme dayalı öğrenme),
- Simülasyon temelli öğrenme (simüle klinik uygulamalar),
- Uygulama temelli öğrenme (klinik çalışmalar),
- E-öğrenme (çevrimiçi tartışmalar).

Wagner ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada klinik senaryo geliştirilerek, ölümcül hastalığa sahip bir hasta ve ailesine simülasyon ortamında hemşirelik ve tıp öğrencilerinin birlikte bakım vermesini sağlanmıştır. Uygulama sonunda öğrenciler eğitimin son derece yararlı ve öğretici olduğunu söylemişlerdir. Alınan geri bildirimlerde temel becerilerle beraber mesleklerarası işbirliğinin de geliştiği yönünde olumlu ifadeler kullanılmıştır (59).

Mesleklerarası öğrenenler gerçek yaşam uygulamalarına yansıtılıp, deneyimlendiği zaman daha etkili bir öğrenme sağlanmaktadır (52).

2.8.4. Mesleklerarası Eğitimde Karşılaşılan Güçlükler

Mesleklerarası eğitimin önem ve yararlarının bilinmesine rağmen, yerel ihtiyaçlara göre yeni denetim modelleri geliştirilmesi ve eğitim programının bu çerçeveye dahil edilmesi, alandaki eğitim programı eksikliğini belirleme, kaynak kısıtlamaları ve

eğitim ve sağlık kurumlarında değişen uygulamalara karşı gösterilen direnç ustesinden gelinmesi gereken önemli sorunlardandır (64).

Mesleklerarası eğitimin uygulama aşamasında yaşanılan engellerden birisi de uygun ve yeterli ğretim elemanı bulmada yaşanılan sıkıntıdır. Çeşitli iş birlikli faaliyetleri artırmanın sağlık eğitimi veren okullarda mesleklerarası işbirliği ğretim bilincini artırdığı belirlenmiş, ancak, pek çok kurumsal ve kişisel engellerin, ğretim üyelerinin mesleklerarası öğrenme ile ilgili liderler olmasında engel olacağı düşünülmüştür (65).

Bu geçiş zor ve karmaşık olmakla birlikte, hkmetler, meslek kuruluşları, yükseköğretim kurumları, toplum kuruluşları, bireyler gibi paydaşların işbirliğini gerektirmektedir (66).

Sağlık eğitim programlarına mesleklerarası eğitimin katılması önemli değişiklikler içermektedir ve bu değişimi kolaylaştıracak çeşitli faktörlerin olduğu düşünülmektedir (67).

- 1.Hkmet finansmanı (Devlet)
- 2.Yükseköğretim kurumları finansmanı (Kurumsal)
- 3.Fakülte geliştirme programları (Kurumsal)
- 4.Yükseköğretim kurumlarındaki örgütsel yapıların, sağlık eğitimine mesleklerarası eğitim entegre edilmesini desteklemek için profesyonel eğitim programı (Kurumsal)
- 5.Mesleklerarası eğitim programlarında yer alan tüm disiplinlerde bireysel sahiplenme ve kararlılık.

Hall ve Zierler'in yaptıkları çalışmada, mesleklerarası eğitim uygulanmasının kolaylaştırılması ve ğretim üyelerinin etkin hale getirilmesi adına bazı durumlara vurgu yapmıştır (68):

1. Mesleklerarası liderler kullanın (konunun önemini anlatacak ve liderlik edecek ğretim elemanları).
2. Öğretim yelerinin bu alanda geliştirilmesi için program hedefleri hakkında açık olun.
3. Üst kurumsal liderlerin bağlılığını tutarlı hale getirin.
4. Öğretim yelerinin bu alanda geliştirilmesi için literatürü gözden geçirin.
5. Bağlama uyan bir ğretim yesi geliştirme yapısı oluşturun.
6. Yetkinlik odaklı olan mesleklerarası girişimleri geliştirmek için ğretim yapın.
7. Deneyimsel ğrenmeye odaklanın.

8. Mesleklerarası yenilikleri planlarken, oluşturulması planlanan eğitim programı için açık eğitim programı ve ekip çalışması gibi vektörler kullanın.

9. Yansıması için zamanında oluşturun (başarılı öğretim üyesi geliştirme çabaları uygun yansıtıcı uygulama ve deneyimsel öğrenmelerin birleşimini içerir).

10. MAE' deki engelleri ve/veya aksaklıkları öğretim üyelerinin yararına olacak şekilde kullanın (hataları analiz edin ve gelecekteki girişimler için gerektiğinde bu stratejileri kullanın).

11. Teşvik etmek için devam eden gelişmeleri değerlendirin.

12. Bir kurumdan diğerine eğitim programı taşıyarak MAE' in yayılmasını geliştirin.

13. Mesleklerarası çalışmalarını desteklemek ve değişimi hızlandırmak için bilgi kaynağı merkezleri kullanın (eğitim kaynaklarının güçlendirilmesi).

14. Eğitim ve uygulama arasında daha sağlam bağlar oluşturun.

15. MAE' i desteklemek ve eğitim genişletmek için çok sayıda fakülteden bir araya gelmiş öğretim üyeleri ile fakültenin gelişimi için yeni stratejileri belirleyin.

2.9. Mesleklerarası Eğitimin Değerlendirilmesi

Mesleklerarası eğitim ve değerlendirilmesiyle alakalı birçok çalışma yapılmıştır. Literatürde yapılan çalışmalar değerlendirilirken, Barr tarafından dikkate alınacak değişkenlere göre bir sınıflandırma oluşturulmuştur (62):

1.Program içeriği

a.Ortak (katılımcılar aynı içeriği öğreniyor)

b.Karşılaştırmalı (birbirleri hakkında öğreniyor)

c.Karma

2.Öğrenme yöntemleri

3.Uygulama yeri

4.Uygulama süresi

a.Kısa süreli (bir güne kadar)

b.Orta süreli (1-7 gün)

c.Uzun süreli (7 günden uzun)

5.Düzey

a.Mezuniyet öncesi

b.Mezuniyet sonrası

c.Sürekli mesleki gelişim.

Barr ve arkadaşları tarafından mesleklerarası eğitimin değerlendirilebilmesi için eğitimin çıktıları üzerinden bir sınıflama tanımlanmıştır (62). Bu sınıflama Kirkpatrick'in program değerlendirmede önerdiği yapının modifiye halidir (Tablo. 1).

Tablo 1: The Joint Evaluation Team (JET) Meslekler Arası Eğitim Çıktıları Tipolojisi (62)

Düzyey	Açıklama	Ölçme Aracı
1 Reaksiyon	Mesleklerarası öğrenme deneyimlerine yönelik öğrenenlerin görüşleri	KidSIM ATTITUDES, ASL
2a Tutum/algı değiştirilmesi	Katılımcı gruplar arasında tutum ve algılarda karşılıklı değişiklikler. Belirli hasta grubunun bakımında ekip yaklaşımlarına ya da değerlerine yönelik tutum veya algılarda değişiklikler.	RIPLS, ASL, UWEIPQ, IEPS, GRPQ, ISVS, KidSIM ATTITUDES, StudData Questionnaire
2b Bilgi/beceri edinme	Mesleklerarası işbirliğiyle bağlantılı bilgi ve becerileri içerir	KidSIM ATTITUDES, StudData Questionnaire, ICAR, ISVS, UWEIPQ,
3 Davranış değişikliği	Bireylerin mesleklerarası öğrenmelerini, uygulama alanlarına ve değişen mesleki uygulamalarına transferini tanımlar	ISVS,ICAR
4a Kurumsal uygulamalarda değişimler	Bakımın uygulanması ve organizasyonundaki geniş boyutlu değişimler	
4b Hastalar, aileler ve topluma faydaları	Hastalar, aileleri ve toplumun sağlık ve refahında düzelmeler	

2.10. Mesleklerarası Eğitimde Kullanılan Ölçme Araçları

Canadian Interprofessional Health Collaboration (CHIC), Thannhauser ve arkadaşları ile Oates ve arkadaşları tarafından yürütülen derleme çalışmaları sonucunda toplam 140 ölçme aracı tanımlanmıştır (69-71). Kullanılan bütün araçlar öz bildirim anketleri şeklindedir.

RIPLS, uyarlamalarına göre madde ve alt boyut sayısı değişmekle birlikte orjinal ölçekte 19 madde ve 3 alt boyut yer almaktadır. Bu alt boyutlar; ekip çalışması ve işbirliği, mesleki kimlik, rol ve sorumluluklardır (72).

2.11. Kişilik

Kişilik, psikolojinin önemli alanlarından biridir ve literatürde örgütlenmiş duygusal, bilişsel, toplumsal ve fiziksel özellikler bütünü olarak ele alınmaktadır. Aynı zamanda kişilik, doğuştan getirilen ve çevreyle etkileşim yoluyla şekillenen ve kolay değişmeyen özellikler bütünü olarak da ele alınmaktadır (11, 15).

Kişilik özellikleri, bireyi diğer bireylerden ayırır ve bireyin gelecekteki davranışlarına yönelik kestirimlerin dayanağını oluşturmaktadır (12).

2.11.1. Kişilik ve Ekip Performansı İlişkisi

Ekip çalışması gerektiren ortamlar, ekip üyeleri arasında bilgi paylaşımlarından oluşan iletişim akışını belirler ve düzenler (73). Bilgi paylaşımlarının miktarı ve kalitesi ise ekip performansını belirler. Kişilik özelliklerinin ekip performansı üzerindeki etkisi açıktır (74). Bununla birlikte, kişilik ile ekip dayanışması arasındaki ilişkinin nasıl takım performansına yol açtığı açık değildir (74). Bu nedenle birçok sektörde, çalışanların iletişimi ve gözlemlenebilir davranışları ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi analiz etmeye odaklanmak önemli bir konu olarak yerini korumaktadır.

Juhasz'ın teknik personellerden oluşan ekiplere, yönetmeleri gereken simülasyon senaryoları oluşturarak; ekip girdileri (personelinin kişilik özellikleri) ve ekip süreçleri (iletişim gizli kalıpları, izlenebilir takım çalışması, odaklı sosyal beceri, görev odaklı mesleki beceriler) ve nihai olarak ekip çıktıları (eğitmenler tarafından değerlendirilen ekip performansı) arasındaki ilişkiyi tespit etmeye çalışmıştır (73). Bu çalışmada, kişilik özellikleri ile takım odaklı iletişim bildirileri ve ekip performansı arasında ilişkiler olduğu ortaya konulmuştur. Çalışmaya göre (73); dışa dönüklük ve açıklık kişilik özellikleri iletişim göstergelerinden olan incelik ve ilişki ile pozitif korelasyon göstermiştir. Diğer yandan uyumluluk kişilik faktörünün bu göstergelerle olumsuz ilişkili olduğu bulunmuştur. Takım performansı göstergelerinden olan mesleki bilgi ve koordinasyon davranış belirteçlerinin nevroitiklik ve uyumluluk kişilik faktörleri ile korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Ekip sürecinin bir çıktısı olarak takım performansının ise doğrudan sorumluluk duygusu ve dışadönüklük kişilik faktörlerinden etkilendiği saptanmıştır.

Mezuniyet öncesi çok disiplinli bir öğrenci takımı projesi içinde, ekip performansı üzerine kişilik özelliklerinin etkisini araştıran bir çalışmada; dışa dönüklük kişilik özelliği ile öğrencilerin sözlü ve yazılı sunum skorları açısından ekip performansları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (75).

Etkili ekipler geliştirmek isteyen kuruluşlar, bu grupların kişilik türünü analiz etmeli ve ekip üyelerinin kendi kişisel özelliklerini anlamalarına yardımcı olmalı ve tüm ekip üyelerinin katkısını takdir etmelidir (74).

2.11.2. Kişilik Ölçekleri

Literatüre bakıldığında, son yıllarda üzerinde en çok durulan kişilik kuramının ise beş faktör kuramı (Big-Five Personality Theory) olduğu ifade edilebilir (12, 14, 15). Beş faktör modeli; dışa dönüklük-içe dönüklük, yumuşak başlılık-hırçınlık, sorumluluk-dağınıklık, duygusal dengesizlik ve deneyime açıklık/zekâ- gelişmemişlik olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır (12).

Dışa dönüklük, yaşam dolu, girişken, konuşkan, sosyal ve heyecanlı olma gibi özellikleri içinde barındırmaktadır. Dışa dönük bireyler, içe dönüklere oranla daha fazla enerjiye, pozitif etkiye ve pozitif olay beklentisine sahiptirler ve ödüle karşı daha fazla duyarlıdırlar (12, 76).

Yumuşak başlılık boyutu merhametli, nazik, saygılı, ince, esnek ve güvenli gibi özellikleri içerir. Costa ve McCrea; yumuşak başlılık boyutunun dürüstlük, özgecilik, güven ve itaat, alçakgönüllülük ve merhametli olma gibi özellikler içerdiğini belirtmektedirler (77). Yumuşak başlılığın karşıt ucunda bulunan hırçınlık boyutunda yer alan bireyler ise, kötümser, kaba, güvensiz, işbirliğine kapalı, merhametsiz, öfkeli ve çıkarıcı gibi özelliklere sahiptirler.

Sorumluluk boyutunda, başarı çabası, yeterlilik, görev temelli davranma, düzen, öz disiplin ve tedbirli olma gibi özellikler yer almaktadır. Sorumluluğun öteki ucu olan sorumsuzluk boyutunda yer alan bireyler, kendini yeterince organize edememiş ve öz disiplin ve enerji yetersizliği nedeniyle kendi standartlarını oluşturmakta güçlük çeken bireylerdir (78).

Duygusal dengesizlik kaygılı, endişeli, sinirli, güvensiz olma ve sürekli kendisi ile uğraşma özellikleri ile temsil edilmektedir. Yapılan araştırmalarda, nevrotik tanısı alan kişilerin, duygusal dengesizlik boyutunda yüksek puan aldıkları görülmüştür. Duygusal

dengesizliğin temelinde kaygı, depresyon, kızgınlık ve sıkıntı gibi olumsuz duygular yer alır. Deneyime açıklık boyutu, cesur, değişikliği seven, meraklı, bağımsız, liberal, analitik, ilgileri geniş ve geleneksel olmayan gibi özellikler ile tanımlanmaktadır (12, 78).

Deneyime açık bireyler, aktif imgeleme yapmaya, estetik ilgisine, duygulara duyarlılığa, çeşitliliği tercih etmeye, entelektüel meraka ve bağımsız yargılama yapmaya eğilimlidirler. Deneyime açıklığın diğer boyutunda yer alan bireyler, yüzeysel, basit ve sade ve kişiler arası ilişkilerde oldukça geleneksel tutumlara sahiptirler (11, 12, 77).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışma Türü

Çalışma, acil serviste çalışan ve acil servisle etkileşimi olan sağlık profesyonellerinin mesleklerarası işbirliği hakkında hazırbulunuşluk düzeylerinin ölçülmesini ve kişilik özellikleri ile mesleklerarası işbirliği hakkında hazırbulunuşluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen prospektif, tanımlayıcı ve analitik bir çalışmadır.

3.2. Çalışma Populasyonu

Çalışma populasyonu; Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Acil Tıp Anabilimdalı'nda çalışan ya da Acil Tıp Anabilimdalı'yla etkileşimi olan veya birlikte çalışan doktorlar, hemşireler, teknikerler, acil tıp teknisyenleri, vb. gibi sağlık profesyonelleridir. Çalışmaya dahil edilen katılımcı sayısı 222'dür.

3.3. Çalışma Yeri

Çalışma yeri; Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ankara Hastanesidir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1 Demografik Veri Toplama Anketi

Demografik veri anketinde; yaş, cinsiyet, meslek, branş (acil, dahili, cerrahi), mezuniyet yılı, meslekte aktif çalışma süresi olmak üzere 6 sorunun yer aldığı mini bir anket formu hazırlanmıştır (Ek-1).

3.4.2 Mesleklerarası Öğrenmeye Yönelik Hazırbulunuşluk Ölçeği

Çalışmada veri toplama aracı olarak; katılımcıların demografik bilgilerin elde edileceği soruların yanı sıra Parsell ve Bligh' e ait özgün Mesleklerarası Öğrenmeye Yönelik Hazırbulunuşluk Ölçeğinin McFadyen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş sürümünün Onan ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış şekli kullanılmıştır (Ek-2) (25).

Bu ölçek, 19 maddeden oluşmakta ve her madde 1: kesinlikle katılmıyorum ve 5: kesinlikle katılıyorum olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, "ekip çalışması ve işbirliği", "mesleki kimlik" ile "rol ve sorumluluklar" olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin ilk 9'u (1-9) birinci alt boyut, sonraki 7 madde (10-16)

ikinci alt boyut ve son 3 madde (17-19) üçüncü alt boyutta bulunmaktadır. Onan ve arkadaşları tarafından yapılan uyarlamada ölçeğin tümünün güvenilirliğine ilişkin hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0.87 bulunurken ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0.85, 0.82, 0.28 olarak hesaplanmıştır (25).

Uyarlama çalışmasını yapan araştırmacılar, 3. alt boyuta ilişkin güvenilirlik değerinin birçok farklı dildeki uyarlamasında olduğu gibi düşük çıkması nedeniyle ölçeğin Türkçeye uyarlanmış formunu kullanacak araştırmacılara ölçeğin toplam puanı üzerinden değerlendirme yapmalarını önermişlerdir.

Ölçek sonunda alınan toplam puanların derecelendirilmesi ya da kategorisi yoktur. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan 95, en düşük puan ise 19'dur. Alınan yüksek puanlar mesleklerarası öğrenmeye yönelik hazırbulunuşluğun yüksek, düşük puanlar ise hazır bulunuşluğun düşük olduğunu göstermektedir.

3.4.3 On-Maddeli Kişilik Ölçeği

On-Maddeli Kişilik Ölçeği; Gosling ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir (16). Ölçek on maddeden oluşmaktadır. Ölçek; deneyime açıklık, sorumluluk, dışa dönüklük, yumuşak başlılık ve duygusal dengelilik olmak üzere beş önemli kişilik özelliğini ölçmektedir. Yedi derecelmeli Likert tipi olan bu ölçekte, her bir alt boyutta iki madde yer almaktadır.

Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması Hasan Atak tarafından 2013 yılında yapılmıştır (EK 3) (17). Ölçeğin; Cronbach Alfa değeri 0.83-0.86 arasında, iç tutarlılık değerleri 0,81-0,86 arasında ve test-tekrar test güvenilirlik değerleri 0,87- 0,89 arasında saptanmıştır (17).

3.5. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya dahil etme kriterleri: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Acil Tıp AD'da sağlık profesyoneli olmak ya da Acil Tıp AD ile etkileşimi olan sağlık profesyoneli olmak, bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak, ilgili ölçeklerin tamamını cevaplamak. Çalışmadan dışlanma kriterleri: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Acil Tıp AD sağlık profesyoneli olmamak ya da Acil Tıp AD ile etkileşimi olan sağlık profesyoneli olmamak, bilgilendirilmiş onam formunu imzalamamak, ilgili ölçeklerin tamamını cevaplamamak.

3.6. Veri Toplanması

Ölçekler ve demografik veri anketi, araştırmacılar tarafından, bilgilendirilmiş onamı alınmış gönüllü katılımcılara, katılımcıların zaman uygunluğuna göre yüz yüze görüşme ya da e-posta ile anket yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 23 paket programına aktararak analizler tamamlanmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değerşkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değerşkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir.

OMKÖ ölçeği için 5 alt boyutta kişinin en yüksek puan aldığı boyut onun baskın özelliği olarak belirlenmiştir. Birden fazla baskın özelliği puanı yüksek olan kişiler ise birden fazla özelliği baskın kişiler diye gruplandırılmıştır.

İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın kaynaklandığı grupları tespit edebilmek için Tukey çoklu karşılaştırma testinden yararlanılmıştır. İki bağımsız kategorik değerşken arasındaki ilişki Ki Kare analizi ile incelenmiştir.

3.8. Etik Onay

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje No: KA17/188) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir (EK-4).

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen katılımcı sayısı 222'dir. Katılımcıların %68 ile çoğunluğu erkektir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 29,15(\pm 6,72). Katılımcıların % 38.7'sinin çalışma süresi 3 yıl ve altındadır. Katılımcıların çalışma süresi ortalaması 6,36 \pm 5,78

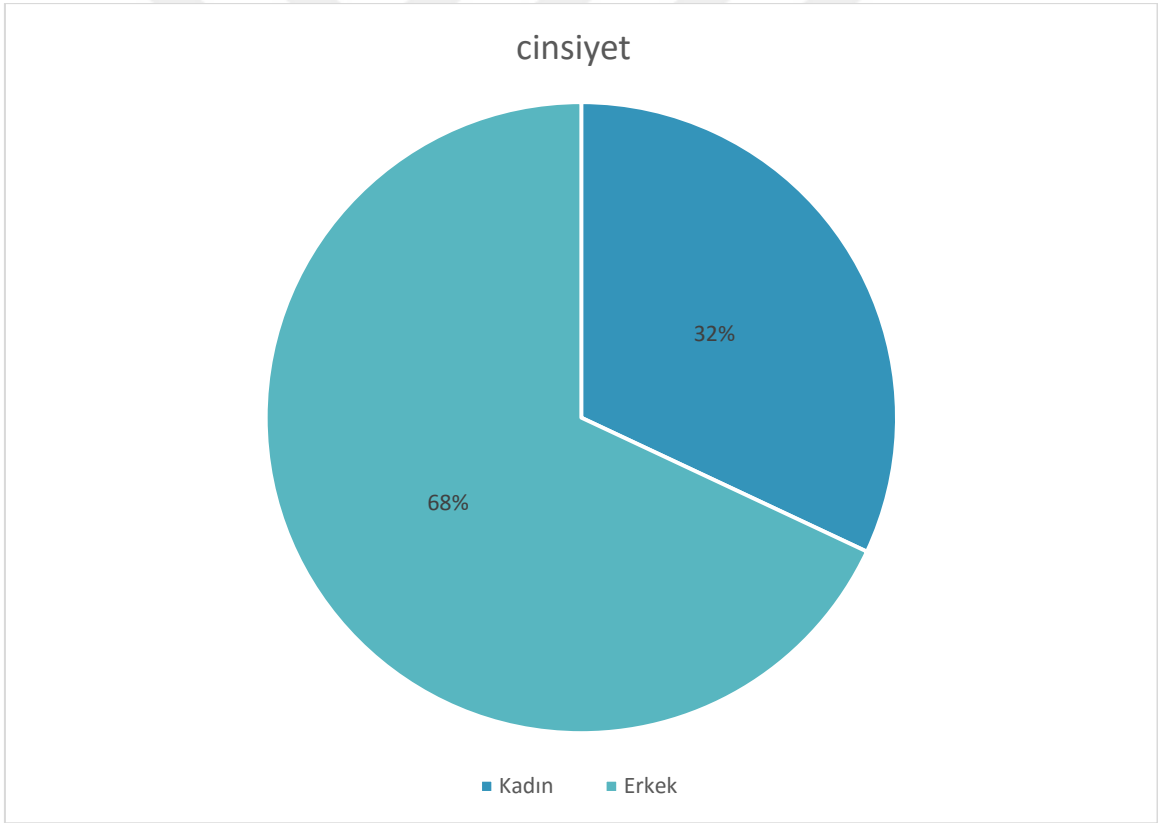
(Tablo 2).

Tablo 2: Demografik Özellikler

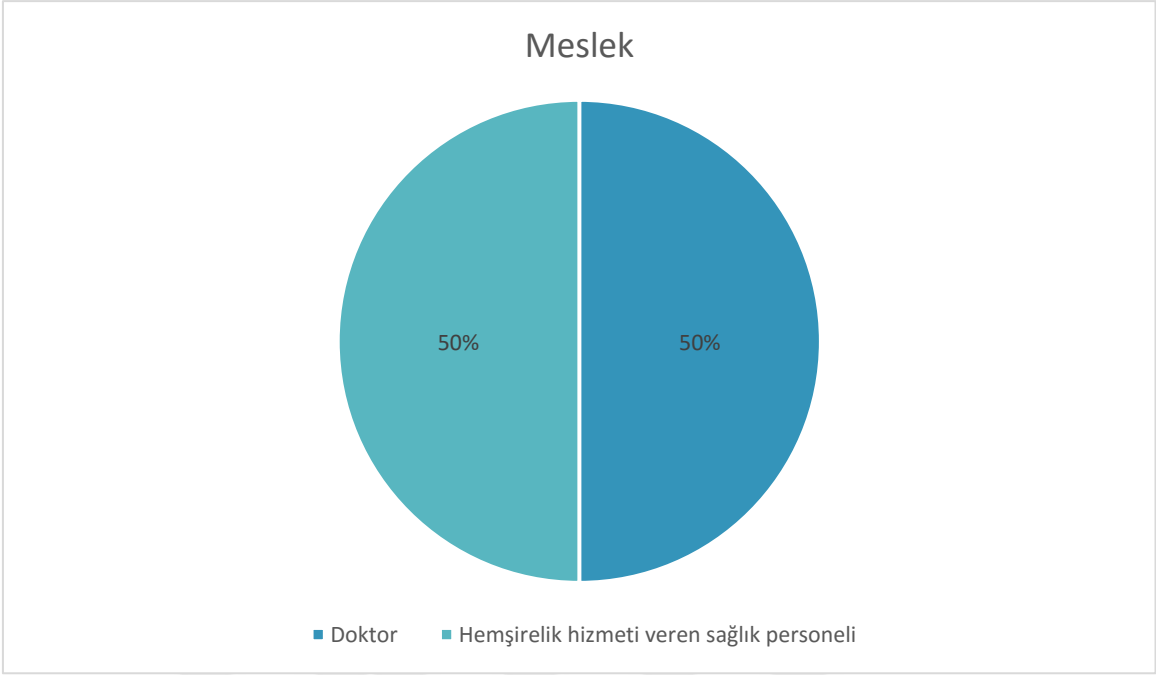
	Sayı	Yüzde
Yaş		
25 Yaş ve Altı	71	32,0
26-31 Yaş	82	36,9
33 Yaş ve Üzeri	69	31,1
Cinsiyet		
Kadın	71	32,0
Erkek	151	68,0
Mezuniyet Yılı		
2009 ve Öncesi	72	32,4
2010-2013	66	29,7
2014 ve Sonrası	84	37,8
Meslek		
Doktor	111	50,0
Hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanı	111	50,0
Çalışma Süresi		
3 Yıl ve Altı	86	38,7
3-7 Yıl	69	31,1
7 Yıl Üzeri	67	30,2
Branş		
Acil	73	32,9
Cerrahi	73	32,9
Dahili	76	34,2

Çalışmaya katılan kişilerin %32'si 25 yaş ve altı grubunda iken, %36,9'u 26-31 yaş ve %31,1'i ise 33 yaş ve üzeri grubundadır. %32'si kadın ve %68'i ise erkektir. %32,4'ünün mezuniyet yılı 2009 ve öncesi iken, %29,7'sinin 2010-2013 ve %37,8'inin ise 2014 yılı ve sonrasıdır. Katılımcıların %50'sinin mesleği doktor iken, %50'sinin ise hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanıdır. Katılımcıların %38,7'si 3 yıl ve altı süredir çalışmakta iken, %31,1'i 3-7 yıl ve %30,2'si ise 7 yıl ve üzeri süredir çalışmaktadır. Katılımcıların %32,9'unun branşı acil iken, %32,9'unun cerrahi ve %34,2'sinin ise dahili branştır (Tablo 2).

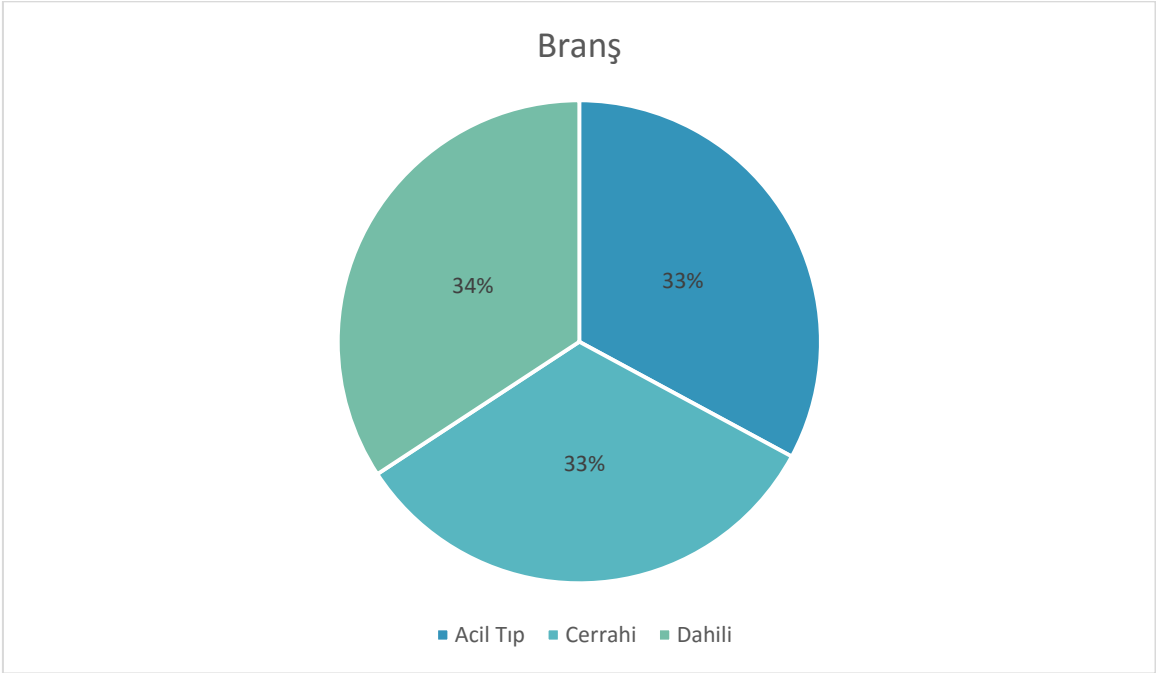
Şekil 1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı



Şekil 2. Katılımcıların mesleklere göre dağılımı



Şekil 3. Katılımcıların branşlara göre dağılımı



Katılımcıların branşlara göre MEHÖ puanlarının ortalamaları, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında; branşlar arasında MEHÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3). Buna göre; branşı cerrahi olan katılımcıların MEHÖ puanları ortalamaları, branşı acil olan katılımcıların ortalamalarından anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 3: Branşlara Göre MEHÖ Farklılıklarının İncelenmesi

Branş	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
1.Acil	73	72,00	11,791			
2.Cerrahi	73	76,51	9,092	3,472	0,033*	1-2
3.Dahili	76	74,28	9,947			

* $p<0,05$

Meslek gruplarının branş bazında MEHÖ puanları ortalamaları, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında; mesleği doktor olan katılımcılar için branşlara göre MEHÖ puanları ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4). Buna göre; mesleği doktor ve branşı cerrahi olan katılımcıların MEHÖ puanları ortalamaları, mesleği doktor ve branşı acil olan katılımcılara göre anlamlı derecede daha fazladır. Buna karşın; hemşirelik hizmeti veren katılımcılar için branşlara göre MEHÖ puanlarının ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4). Buna göre hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanlarının MEHÖ puan düzeyleri branşlara göre değişmemektedir.

Tablo 4: Meslek gruplarının branş bazında MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Meslek	Branş	N	MEHÖ Ortalaması	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Doktor	1.Acil	36	69,06	12,942	6,269	0,003*	1-2
	2.Cerrahi	36	76,42	10,769			
	3.Dahili	39	76,90	7,701			
Hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanı	1.Acil	37	74,86	9,906	2,655	0,075	-
	2.Cerrahi	37	76,59	7,251			
	3.Dahili	37	71,51	11,325			

*p<0,05

Katılımcıların çalışma süreleri bazında MEHÖ puanları ortalamaları, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldığında; çalışma süresi grupları arasında MEHÖ bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 5). Buna göre; çalışma süreleri, MEHÖ puanları ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Tablo 5: Çalışma Sürelerinin MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Çalışma Süresi	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p*	Fark (Tukey)
3 Yıl ve Altı	86	74,24	11,483	0,009	0,991	-
3-7 Yıl	69	74,39	10,250			
7 Yıl Üzeri	67	74,15	9,351			

*p<0,05

Katılımcıların cinsiyetleri bazında MEHÖ puanları ortalamaları, bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırıldığında; kadın ve erkekler arasında MEHÖ bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 6). Buna göre;

cinsiyet değişkeni, MEHÖ puanları ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Tablo 6: Cinsiyet değişkeninin MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Kadın	71	74,31	10,305	0,047	0,962
Erkek	151	74,24	10,549		

*p<0,05

Katılımcıların meslek grupları bazında MEHÖ puanları ortalamaları, bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırıldığında; doktor ve hemşireler arasında MEHÖ bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 7). Buna göre; meslek grubu, MEHÖ puanları ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Tablo 7: Meslek gruplarının MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Meslek	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Doktor	111	74,20	11,114	-0,090	0,929
Hemşire	111	74,32	9,787		

*p<0,05

OMKÖ gruplarının katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı, ki kare analizi kullanılarak analiz edildiğinde, meslek grupları ile OMKÖ gruplarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 8). Buna göre; meslek gruplarında istatistiksel olarak anlamlı derecede belirgin olan bir OMKÖ alt grubu yoktur.

OMKÖ alt grup dağılımlarında; doktorların %11,7'si dışa dönük, %13,5'i duygusal dengeli, %5,4'ü deneyimlere açık, %6,3'ü sorumlu, %28,8'i yumuşak başlı ve %34,2'si ise birden fazla baskın özelliğe sahiptir. Hemşirelerin %9'u dışa dönük, %10,8'i duygusal dengeli, %9'u deneyimlere açık, %4,5'i sorumlu, %30,6'sı yumuşak başlı ve %36'sı ise birden fazla baskın özelliğe sahiptir (Tablo 8)

Tablo 8: Meslekler gruplarında OMKÖ gruplarının dağılımı

		Doktor	Hemşire	Toplam	Ki Kare	p
Dışa Dönük	Sayı	13	10	23	2,170	0,825
	Yüzde	11,7	9,0	10,4		
Duygusal Dengeli	Sayı	15	12	27		
	Yüzde	13,5	10,8	12,2		
Deneyimlere Açık	Sayı	6	10	16		
	Yüzde	5,4	9,0	7,2		
Sorumlu	Sayı	7	5	12		
	Yüzde	6,3	4,5	5,4		
Yumuşak Başlı	Sayı	32	34	66		
	Yüzde	28,8	30,6	29,7		
Birden Fazla Baskın Özellik	Sayı	38	40	78		
	Yüzde	34,2	36,0	35,1		
Toplam	Sayı	111	111	222		
	Yüzde	100,0	100,0	100,0		

Baskın kişilik özellikleri, On Maddeli Kişilik Ölçeği'ne göre gruplandırılan katılımcıların MEHÖ ortalama puan düzeyleri, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak karşılaştırıldığında, baskın kişisel özellikleri arasında MEHÖ ortalama puan düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna göre; baskın kişilik özelliklerinden hiçbirinde diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik ya da düşüklük yoktur (Tablo 9).

Tablo 9: OMKÖ gruplarının MEHÖ ortalama puanları ile ilişkisi

Kişilik	N	MEHÖ Ortalaması	Standart Sapma	F	p*	Fark (Tukey)
Dışa Dönük	23	78,17	9,316			
Duygusal Dengeli	27	74,70	10,633			
Deneyimlere Açık	16	78,50	10,178			
Sorumlu	12	70,00	7,851	2,257	0,051	-
Yumuşak Başlı	66	74,83	8,494			
Birden Fazla Baskın Özellik	78	72,26	12,037			

*p<0,05

5. TARTIŞMA

Çalışmamız sonucunda Başkent Üniversitesi Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarını değerlendirdiğimizde doktor ve hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanları arasında meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk konusunda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda doktorların hazırbulunuşluk ölçek puan ortalaması 74,20; hemşirelik hizmeti veren sağlık personellerinin hazırbulunuşluk ölçek puan ortalaması 74,32 saptanmıştır. Dener tarafından yapılan benzer çalışmada hastanede çalışan doktor ve hemşirelerin hazırbulunuşluk ölçek puanları karşılaştırıldığında, hemşirelerin puan ortalaması 72,10 ve doktorların puan ortalaması ise 72,77 olarak bulunmuş (80). Bizim çalışmamıza benzer şekilde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (80).

Alcusky ve diğerlerinin yaptıkları hekim-hemşire işbirliği tutumları Jefferson ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş, hemşirelerin işbirliği yönünde en yüksek puana sahip oldukları, pratisyen ve uzman hekimlerin bunu takip ettikleri bulunmuştur (81).

Çalışmamıza göre Başkent Üniversitesi Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarını değerlendirdiğimizde meslek ayrımı olmaksızın branşlar bazında bakıldığında meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk konusunda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptadık. Bu fark cerrahi bilimler lehine olup, akabinde dahili bilimler ve acil tıp gelmektedir. Cerrahi bilimler toplam puanı 76,51; dahili bilimler toplam puanı 74,28; acil tıp toplam puanı 72,00 saptanmıştır. Bu neticenin cerrahi bilimlerdeki belirgin hiyerarşi ve özellikle de ameliyathane şartlarında işbirliği ortamının ve görev tanımının belirgin olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Keza nispeten dahili bilimlerde de servis hastalarının bakımında ve tedavilerinin düzenlenmesinde acil servis şartlarına göre iletişimin daha öncelikli olarak ortaya çıkmasıyla ilişkilendiriyoruz. Acil servis sağlık çalışanlarında ise yoğun iş yükü, hasta yoğunluğu, acil karar verme gerekliliği, hasta ya da yakınlarıyla yaşanan sorunlar, tüm bunların yarattığı stres unsuru ve görev tanımlarındaki belirsizliklerin meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk konusunda diğer branşlara görece daha az yatkınlığa sebep olabileceği kanısındayız. Bununla birlikte çalışma anket formunda yapılmış olduğundan, anket çalışmalarına ilişkin tüm dezavantajları ve subjektif yanıtları da içerebileceğini de düşünmekteyiz.

Değerlendirmeye meslekler özelinde baktığımızda, doktorlarda branşlara göre meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk konusunda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptadık. Bu fark dahili bilimler lehine olup, akabinde cerrahi bilimler ve acil tıp

gelmektedir. Cerrahi bilimler toplam puanı 76,42; dahili bilimler toplam puanı 76,90; acil tıp toplam puanı 69,06 saptanmıştır. Bu sonucun meslek ayrımı olmaksızın yapılan değerlendirmeyle aynı nedenlerden kaynaklandığını düşünüyoruz. Acil servis yoğunluğunun azaltılıp, acil servise başvuran hasta ve yakınlarıyla olan şiddet ve iletişim problemlerinin çözülmesinin, özellikle resusitasyon alanında görev tanımlarının simülasyon eğitimleriyle belirginleştirilmesinin, doktor ve hemşirelik hizmeti veren sağlık personelleri dışındaki personel ihtiyaçlarının giderilmesinin, meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluğa katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Hemşirelik hizmeti veren sağlık personellerinde ise branşlar bazında meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk konusunda anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Dener' in yaptığı benzer bir çalışmaya göre; doktorların branşlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, dahili alan puanı 73,22; cerrahi alan puanı 71,26 olarak tespit edilmiş. Ancak bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (80). Yapılan bu çalışmada acil tıp branşına yer verilmemiştir.

Dener' in Hacettepe Üniversitesi hastanesinde yaptığı benzer bir çalışmaya göre hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanlarının ölçek puanları alanlarına göre karşılaştırıldığında, dahili bilimler alan ortalaması 73,22 cerrahi bilimler alan ortalaması ise 71,26 olarak bulunmuş. Ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (80). Ancak yine aynı şekilde çalışmada acil tıp branşına yer verilmemiştir.

Çalışmamızda kişilik özelliklerinin meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşlukla ilişkisi üzerine anlamlı fark saptanmamıştır. Buna göre belli bir kişilik özelliğine sahip sağlık çalışanının, meslekler arası hazırbulunuşluk düzeyinin kişilik özelliğine göre değişmediğini gördük. Bu sonucun, çalışma ortamında profesyonel yaklaşım gereğince kişilik özelliklerinin ön planda olmaması gerekliliğiyle ilişkili olabileceğini düşünüyoruz. Bu nedenle kişilik özelliklerinin meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk konusunda bireylerin tavır ve davranışlarını biçimlendirmedeğini düşünebiliriz. Bununla birlikte kişilik ölçekleri mevcut durumu saptamaktan ziyade, bireysel içgörüyü yansıtan ölçekler olduğundan subjektif sonuçlar içerme eğilimi taşımaktadır.

Çalışmamızda her iki meslek grubunda, çalışma süreleri ile (3 yıl ve altı, 3-7 yıl, 7 yıl ve üstü olarak gruplandırma yapılarak) meslekler arası hazırbulunuşluk düzeyi ilişkisini incelediğimizde, mesleki tecrübenin etkisinin anlamlı bir fark yaratmadığını saptadık. Dener tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin ölçek puanları aktif çalışma süreleri ile (0-12 ay, 1-5 yıl, 6 yıl ve üzeri gruplandırma yapılarak) karşılaştırıldığında anlamlı

istatistiksel fark bulunmamıştır (80). Aynı çalışmada benzer şekilde doktorların hazırbulunuşluk düzeyleri ölçek puanları aktif çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında da gene bizim çalışmamızda paralel şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (80).

Çalışmamızda, cinsiyet değişkeni açısından tüm sağlık çalışanlarının mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşlukları değerlendirilmiş ve anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Dener tarafından yapılan çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak, hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeyleri, cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınların (ort: 72,67) erkeklerden (ort: 62,78) daha yüksek puan ortalaması olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür (80). Aynı karşılaştırma doktorlar için yapıldığında ise yine kadınların (ort: 75,09) erkeklerden (ort: 71,27) daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (80).

Literatürde RIPLS ölçeği ile yapılan benzer çalışmalarda, Wooley ve arkadaşlarının yöneticiler ve diğer çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların bilişsel görevlerde grup performansı üzerinde anlamlı pozitif etkisi olduğu bulunmuştur (82). Hertweck ve arkadaşlarının fizyoterapi, psikolojik danışmanlık, uğraşı terapisi öğrencileri ve asistan doktorlarla yaptığı çalışmada cinsiyetler arasında kadınların toplam RIPLS puanlarında anlamlı fark elde edilmiştir. Kadınların mesleklerarası öğrenmeye yönelik tutumlarının anlamlı olarak daha olumlu olduğu bulunmuştur (83).

Literatürde yapılan benzer çalışmalarda cinsiyet açısından yapılan değerlendirilmelerde Hojat ve arkadaşlarının Jefferson ölçeği kullanarak tıp, hemşirelik, eczacılık, mesleki terapi ve fizik tedavi öğrencileri ile, öğrencilerin işbirliği konusundaki tutumlarını ölçmek amacıyla yaptığı ölçek geliştirme çalışmasında, çalışmamızdan farklı olarak, kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha yüksek puan elde etmişlerdir (84).

Wang ve arkadaşlarının hemşire, doktor, stajyer doktor, stajyer hemşire, tıp ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı işbirliğine yönelik tutumları Jefferson ölçeğiyle karşılaştırdığı çalışmada ise bizim çalışmamıza paralel şekilde cinsiyetin etkisini gösteren puanlar anlamsız bulunmuştur (85). Ayrıca Williams ve arkadaşlarının RIPLS ve IEPS ölçeği kullanarak yaptığı benzer çalışmalarda paramedik öğrencilerinin mesleklerarası eğitime hazırbulunuşluklarında cinsiyet farklılığına yönelik kanıt bulunamamıştır (86).

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının OMKÖ ölçeği ile değerlendirilmesiyle kişilik özelliklerini incelediğimizde; doktorların ağırlıklı olarak yumuşak başlı (%28,8) olduğu ve %34,2'sinde ise birden fazla baskın özelliğin bulunduğu saptanmıştır. Hemşirelerin de; ağırlıklı olarak yumuşak başlı (%30,6) olduğu ve %36'sında ise birden fazla baskın

özelliğın bulunduğu saptanmıştır. Çalışmamıza göre mesleklerle kişilik özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sağlık sorunlarının giderek daha karmaşık hale gelip, branşlaşmanın artması, sağlık profesyonellerinin birbirlerine daha bağımlı olarak çalışması sonucunu doğurmaktadır. Bakım niteliğinin en önemli göstergelerinden olan tıbbi hataların azaltılmasında ise bireysel performanstan daha çok ekip üyelerinin iletişimi, ekip çalışması ve sistem yetersizliklerinin giderilmesi gelmektedir.

Mesleklerarası işbirliği ile ekip temelli bir yaklaşım, ekip üyelerinin iletişim becerilerini ve işbirliğini geliştirmesiyle beraber hasta bakımının niteliğini artıracadı gibi hata sonuçlarının olumlu yönde gelişmesine de katkıda bulunacaktır. Ayrıca hastanede kalış süresi, ilaç güvenliği, morbidite ve mortalitenin azaltılması gibi konularda hasta yararına sonuçlar doğurduğu da belirlenmiştir. Bu nedenle özellikle acil servis ekibi içinde mesleklerarası öğrenme ve işbirliği temelli; teorik eğitimlerin, simülasyon bazlı eğitimlerin, gerçek zamanlı uygulama deneyimlerinin yaratılmasının acil servislerdeki hasta güvenliği ve hasta bakım kalitesi konularında ekip yaklaşımını standardize edeceğini ve hasta bakım kalitesine ilişkin parametrelerindeki düzeyi belirgin şekilde geliştireceğini düşünmekteyiz.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma tek merkezli olarak nc basamak bir niversite hastanesinde yapılmıştır. Çok merkezli ve örnekleme sayısı artırılmış çalışmalarla acil servis ortamı için mesleklerarası öğrenme ve işbirliği konusunda daha detaylı ve genellenebilir sonuçlar elde etmek mümkündür.

Çalışma lekler üzerinden ve anket tekniği kullanılarak yapılmıştır. Bu nedenle anket tekniğine özgü olası tüm dezavantajları içermektedir. Özellikle katılımcıların ölçekleri yanıtlarken verdikleri bildirimlerin, kendi öznel değerlendirmelerine bağlı olması nedeniyle sonuçların eksik ya da yanıltıcı olma ihtimali mevcuttur. Bu nedenle; mesleklerarası öğrenme ve işbirliğinin gösterilebilir çıktılarına ilişkin parametrelerin tespit edilmesi ve ekiplerin bu parametreler üzerinden simüle ya da reel ortamlarda değerlendirilmesi anlamlı görünmektedir.

6. SONUÇ

I. Branşı cerrahi olan katılımcıların MEHÖ puanları ortalamaları, branşı acil olan katılımcıların ortalamalarından anlamlı derecede daha fazladır.

II. Mesleği doktor ve branşı cerrahi olan katılımcıların MEHÖ puanları ortalamaları, mesleği doktor ve branşı acil olan katılımcılara göre anlamlı derecede daha fazladır.

III. Hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanlarının MEHÖ puan düzeyleri branşlara göre değişmemektedir.

IV. Çalışma süreleri, MEHÖ puanları ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

V. Cinsiyet değişkeni, MEHÖ puanları ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

VI. Meslek grupları, MEHÖ puanları ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

VII. Meslek gruplarında istatistiksel olarak anlamlı derecede belirgin olan bir OMKÖ alt grubu yoktur.

VIII. Baskın kişilik özelliklerinden hiçbirinde diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik ya da düşüklük yoktur.

7. KAYNAKLAR

- 1) Joseph S, Diack L, Garton F, Haxton, J (2012). Interprofessional education in practice. *The Clinical Teacher*. Aberdeen: Blackwell Publishing Ltd.; 9: 27–31.
- 2) Barr, H. (2001). *Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow*. Learning and Teaching Support Network Centre for Health Sciences and Practice from the UK Centre for Advancement of Interprofessional Education, London, UK.
- 3) CAIPE. (2013). *Introducing Interprofessional Education*. Fareham; ISBN:9780-9571382-1-6.
- 4) Karim, R, Ross, C. (2008). Interprofessional education and chiropractic. *J Can Chiropr Assoc* 52: 766-78.
- 5) Craddock D, O'Halloran, C, Borthwick, A, McPherson, K. (2006). Interprofessional education in health and social care: fashion or informed practice? *Learn Health Soc Care* 5: 220-42.
- 6) Jones, R. (1986). Working together - learning together. Occasional Paper, *J Roy Coll Gen Pract* 33: 1-26.
- 7) Young L, Baker P, Waller S, Hodgson L, Moor M. (2007). Knowing your allies: medical education and interprofessional exposure. *J Interprof Care* 21: 155-63.
- 8) Kasperski M. (2000). Implementation strategies: „Collaboration in primary care family doctors and nurse practitioners delivering shared care.“ Toronto, ON: Ontario College of Family Physicians. Erişim:22 Mart 2017, <http://www.cfpc.ca/English/CFPC/CLFM/bibnursing/default.asp?s=1>
- 9) Morrison, S. (2007). Working together: why bother with collaboration? *Work Bas Learn Prim Care* 5: 65-70.
- 10) Zwarenstein, M., Reeves, S., Perrier, L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *J Interprof Care* 19: 148-65.
- 11) Goldberg LR. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychol Assess* 4:26-42.
- 12) McCrae RR, Costa PT. (2003). *Personality in Adulthood*. New York: The Guilford Press; 2003: 48-63.
- 13) Juhasz M. (2010). Influence of personality on teamwork behaviour and communication. *Social and Management Sciences* 18:63–77.

- 14) Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE Bem DJ , Hoeksema SN. (1999). Psikolojiye Giriş. Yavuz, A. çeviren. İstanbul: Arkadaş Yayınları.
- 15) John OP, Donahue EM. (1998). The Big Five Inventory: Studies of Reliability and Validity. Berkeley: University of California, Inst Pers and Soc Res.
- 16) Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB Jr. (2003). A very brief measure of the Big Five personality domains. J Res in Pers 37:504-528.
- 17) Atak H. (2013). On Maddeli Kişilik Ölçeği'nin Türk kültürüne uyarlanması. Nöropsikiyatri Arşivi 50:312-319.
- 18) World Health Organization. Alma Ata 1978: Primary health care.report of the international conferance on primary health care.6-12 september 1978. Alma-Ata, USSR. Geneva:World Health Organization
- 19) İnterprofessional education colloborative expert panel. Core competencies for interprofessional colloborative practice: report of an expert panel. Washington, D.C.,2011
- 20) World Health Organization. Learning together to work together for health. Report of a WHO study group on multiprofessional education for health.
- 21) Carpenter, J. ve Dickinson, H. (2008). Interprofessional education and training. Bristol: Policy Press
- 22) Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional care 2005; 19:21-38.
- 23) Harden RM. AMEE guide No. 12: Multiprofessional education: Part 1-effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective. Medical Teacher 1998;20(5):402-8.
- 24) Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. Medical Teacher 2007;29(8):735-51
- 25) Onan A. (2015). Sağlık bilimleri eğitiminde benzetim temelli mesleklerarası öğrenmenin öğrencilerin birey ve ekip performanslarına etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 26) Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, and Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practise and health care outcomes. Cochrane Database of systematic reviews, 2008:1.
- 27) Cooper, H., Spencer-Dawe, E. and Mclean, E. (2005). Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education

intervention for first year undergraduate students. Journal of Interprofessional Care 19.(5), 492-508

28) Hammick, M., Olckers, L. and Campion-Smit, C. (2009). Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. Medical Teacher 31 (1), 1-12.

29) Barker, K. K., Bosco, C. and Oandasan, I. F. (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews. Journal of Interprofessional Care 19 (1), 166-176.

30) İnternational Federation for Emergency Medicine erişim: (<https://www.ifem.cc/>) Erişim tarihi: 9.08.2017

31) McNair, R., Brown, R., Stone, N. and Simset, J. (2001). Rural interprofessional education: promoting teamwork in primary health care education and practice. The Australian journal of rural health. 9, 19-26

32) Sağlık Bakanlığı. Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik. Resmi Gazete sayı: 29007;2014. Ulaşım adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>

33) Sağlık Bakanlığı. Tababet ve şüabatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanun. Kanun numarası/yılı:1219/1928. Ulaşım adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>

34) Canadian Health Services Research Foundation. (2006). Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada.)

35) Dillenbourg, P. (1999). What do you mean by collaborative learning?. In P. Dillenbourg (Ed) Collaborative-learning: Cognitive and Computational Approaches. (pp.1-19). Oxford: Elsevier

36) Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). A National Interprofessional Competency Framework. Erişim: 17 Ağustos 2017, http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf.)

37) Centre For The Advancement Of Interprofessional Education. (2002). Defining IPE. Erişim: 17 Ağustos 2017, <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe>.)

38) Freidson, E. (1988). Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago:The University of Chicago Press

- 39) Jantsch, E. (1947). Inter- and Transdisciplinary University: A System Approach to Education and Innovation. Higher Education Quarterly 1: 7-37.
- 40) Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>
- 41) The Edinburgh Declaration Medical Education. (1989). Hong Kong Practitioner Vol. 11 No. 9
- 42) World Health Organisation. (2010). Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva Switzerland
- 43) Bakanlar Kurulu'nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete 93/4270 karar sayısı
- 44) National Patient Safety Foundation, July 2003, www.npsf.org
- 45) Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., Zwarenstein, M. (2010). Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. West Sussex:Wiley Blackwell,. ISBN:978-1-4051-8191-4.9
- 46) Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To Err is Human: building a safer health system. Washington, DC. National Academy Press;1999
- 47) Committee On Quality Of Health Care İn America, İnstitute Of Medicine. Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001
- 48) Greiner AC, Knebel E, eds. Health professions education: a bridge to quality. Washington DC: national Academy preess, 2003.
- 49) Blue, A.V., Mitcham, M., Smith, T., Raymond, J., Greenberg, R. Changing the Future of Health Professions: Embedding Interprofessional Education Within an Academic Health Center. Academic Medicine, 85:8, 2010.
- 50) Bridges, DR, Richard A, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. (2011). Interprofessional collaboration:three best practice models of interprofessional education. Medical Education Online DOI:10.3402/meov16i0.6035.
- 51) Jefss L., Abramovich, I.A, Hayes, C., Simith, O., Tregunno, D., Chan, W.H., Reeves, S. (2013). Implementing an interprofessional patient safety learning intiative: insights from participants, project leads and steering committee members. BMJ Quality Safety 22(11)923-30.
- 52) Sayek İ, Turan S, Naçar M, Akalın A ve diğerleri. (2015). Mesleklerarası Eğitim. Tıp Eğitici El Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

- 53) Baker PG. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Health professions networks nursing and midwifery human resources for health.
- 54) Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington D.C.
- 55) O'Halloran, C., Hean, S., Humphris, D., ve McLeod-Clark, J. (2006). Developing common learning: The New Generation project undergraduate curriculum model. *Journal of Interprofessional Care* ,20, 12–28.
- 56) Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. ve Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *Journal of interprofessional care* 24:230-241.
- 57) Reeves, S., Tassone, M., Parker, K., Wagner, S, Simmons, B. (2012). Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. *Work*, 41: 233-245.
- 58) Parsell, G., Bligh, J. (1998). Interprofessional learning. *Postgraduate Medical Journal* 74:89-95
- 59) Thistlethwaite, J.ve Moran, M. (2010). On Behalf of the World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Journal of Interprofessional Care* 24(5), 503–513. 7
- 60) Buring S. M, Bhushan A, Broeseker A, Conway, S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, & Westberg S. Interprofessional education: definitions, student competencies and guidelines for implementation. *American journal of pharmaceutical education*, 2009;73.)
- 61) World Health Organization. WHO patient safety curriculum, multiprofessional edition. 2011.
- 62) Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., Reeves, S. (2000). Evaluations of Interprofessional Education – a United Kingdom Review for Health and Social Care. Fareham: UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education. of Health Care in America Institute of Medicine. <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>)
- 63) Wagner, J., Liston, B., Miller, J. (2011). Developing interprofessional communication skills. *Teaching and Learning in Nursing* 6(3):97-1

- 64) Dunston, R., ve Lee, A. (2011). Curriculum renewal for interprofessional education in health. Sydney: Australian Learning and Teaching Council.
- 65) Barnsteiner, J.H., Disch, J.M., Hall, L., Mayer, D., & Moore, S.M. (2007). Promoting interprofessional education. *Nursing Outlook*, 55, 144–150.
- 66) Anonson, J., Leischner, C., Manahan, C., Randal, J., & Wejr, R. (2008). Report- Interdisciplinary collaborative approach to health education: A partnership addressing community health needs and laying the groundwork for long term planning in health education. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 107–109.
- 67) Lawlis, T.R., Anson, J., Greenfield, D. (2014). Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. *J Interprof Care* 28(4): 305–310.
- 68) Hall, L.W., Zierler, B.K. (2014). Interprofessional Education and Practice Guide No. 1; Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *J Interprof Care Early Online*: 1–5.
- 69) CHIC.(2012). An Inventory of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes
- 70) Thannhauser, J., Russell-Mayhew, S., ve Scott, C. (2010). Measures of interprofessional education and collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 24(4): 336–349.
- 71) Oates, M. ve Davidson, M. (2015). A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. *Medical Education* 49: 386– 398 doi:10.1111/medu.12681.
- 72) Parsell, G., Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med. Educ* 33:95-100.
- 73) Juhasz M. Influence of personality on Teamwork behaviour and communication. *Social and Management Sciences* 18:2; 63-77, 2010
- 74) Akmal K. Personality traits influence on team cohesiveness and performance: The moderating effect of leadership. *Information and Knowledge Management*, 5:4;104-109, 2015.
- 75) Rhee J, Parent D, Basu A. The influence of personality and ability on undergraduate teamwork and team performance. *SpringerPlus*, 2:16;2-14, 2013.
- 76) Somer O. Beş faktör kişilik modeli. *Türk Psikoloji Yazıları* 1998; 1:35-62.
- 77) Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R: The Revised NEO Personality Inventory. FL: Psychol Assess Resources; 1992.

- 78) McCrae RR, Costa PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers and Soc Psy* 1998; 52:81-90
- 79) John OP. The “Big Five” factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. Pervin LA editor. *Handbook of Pers: Theory and Res.* içinde. New York: Guilford Press; 1990; s. 66-100.
- 80) Dener H. Mesleklerarası Öğrenme Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor Ve Hemşireleri ile Tıp Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. Tıp Eğitimi Programı Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2015.
- 81) Alcusky, M., Ferrari, L., Rossi, G., Liu, M., Hojat, M., Maio, V. (2015). Attitudes Toward Collaboration Among Practitioners in Newly Established Medical Holmes: A Survey of Nurses, General Practitioners and Specialists. *American Journal of Medical Quality* 1-10.
- 82) Wooley, A.W, Chabris, C, Pentland, A, Hashmi, N, Malone, T.W (2010). Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups. *Science* 330(6004):686-688
- 83) Hertweck, M.L, Hawkins, R.S, Bednarek, M.L, Goreczny, A.J, Schreiber, J.L, Sterrett, E.S (2012). Attitudes Toward Interprofessional Education: Comparing Physician Assistant and Other Health Care Professions Students. *J Physician Assist Educ* 23(2):8-15.
- 84) Hojat, M, Ward, J, Spandorfer, J, Arenson, C, Winkle, L.J.V. ve Williams, B (2015). The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *J Interprof Care* 29(3): 238–244.
- 85) Wang, Y., Liu, Y-F., Li, H., Li, T. (2015). Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. *Hindawi Publishing Corporation Behavioural Neurology Volume*, Article ID 846498, 6 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/846498>
- 86) Williams, B. ve diğerleri. (2013). A cross-sectional study of paramedics’ readiness for interprofessional learning and cooperation: Results from five universities. *Nurse Education Today* 33, 1369–1375

8. EKLER

Ek-1:Katılımcı Veri Seti

Değerli katılımcı,

Bu çalışma; Dr. Almıla AYHAN'ın tezi olan “Acil servis sağlık profesyonelleri ile acil servisle etkileşimde olan sağlık profesyonellerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeyleri ve kişilik özelliklerinin mesleklerarası öğrenme üzerine etkisi” konu başlığını değerlendirebilmek üzere geribildirim elde etmek amacıyla hazırlanmıştır.

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bilgilendirilmiş onam formunu imzalayınız. Çalışmaya katılım süreniz maksimum 25 dakikadır.

Çalışmada; mesleklerarası öğrenmeye yönelik ölçek ve on maddelik kişilik ölçeği kullanılmıştır.

Mesleklerarası öğrenme ölçeğinde; olumlu veya olumsuz olarak ifade edilmiş önermeler bulunmaktadır. Lütfen görüşünüzü önermelerin yanında bulunan 5 dereceli ölçeği kullanarak belirtiniz. **Ölçekte 1 “kesinlikle katılmıyorum”, 5 ise “kesinlikle katılıyorum” anlamındadır.**

Kişilik ölçeğinde ise on adet bireysel tanım bulunmaktadır. Lütfen kendiniz hakkındaki görüşünüzü tanımlamaların yanına 7 dereceli ölçeği kullanarak belirtiniz. **Ölçekte 1 “tamamen katılmıyorum”, 7 ise “tamamen katılıyorum” anlamındadır.**

Katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Betül AKBUĞA ÖZEL, Dr. Almıla AYHAN

Mareşal Fevzi Çakmak Cad. 10.sok. No:45 Bahçelievler/ANKARA

İş: 0312-2036868 Dahili-6700 Cep: 0505 8956528

1) Yaşınız :

2) Cinsiyetiniz: Kadın

Erkek

3) Okul mezuniyet

yılıınız:

4) Mesleğiniz:

5) Meslekte aktif çalışma süreniz:

6) Çalışmakta olduğunuz branş Cerrahi Dahili Acil Tıp

Ek-2: Mesleklerarası Eğitime Hazırbulunuşluk Ölçeği

Puanlama:	
1:Kesinlikle katılmıyorum 2:Katılmıyorum 3:Kararsızım 4:Katılıyorum 5:Kesinlikle katılıyorum	
1. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, sağlık hizmeti sunan ekibin daha etkin bir üyesi olmama yardım eder.	① ② ③ ④ ⑤
2. Sağlık alanı öğrencilerinin hasta problemlerini çözmek için birlikte çalışmaları, hastanın yararına sonuçlar doğurur.	① ② ③ ④ ⑤
3. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, klinik problemleri anlama becerimi artırır.	① ② ③ ④ ⑤
4. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, mezuniyet sonrası ekip çalışmasına yönelik ilişkileri sağlamlaştırır.	① ② ③ ④ ⑤
5. İletişim becerileri, sağlık alanı öğrencileri ile birlikte öğrenilmelidir.	① ② ③ ④ ⑤
6. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, diğer sağlık meslekleri hakkında olumlu düşünmeme yardım eder.	① ② ③ ④ ⑤
7. Küçük gruplar halinde öğrenmenin etkili olması için, öğrencilerin birbirlerine güvenmeleri ve saygı duymaları gerekir.	① ② ③ ④ ⑤
8. Ekip çalışması becerileri tüm sağlık alanı öğrencilerinin öğrenmesi gerekli temel becerilerden biridir.	① ② ③ ④ ⑤
9. Sağlık alanı öğrencileri ile birlikte öğrenme, mesleki sınırlarımı anlamama yardım eder.	① ② ③ ④ ⑤
10. Sağlık alanı öğrencileri ile birlikte öğrenmenin zamanı boşa harcamak olduğunu düşünüyorum	① ② ③ ④ ⑤
11. Sağlık alanı öğrencilerinin deneyimlerinden yararlanmanın, mesleki gelişimime katkı sağlayacağını düşünüyorum.	① ② ③ ④ ⑤
12. Klinik problem çözme becerileri, ancak kendi alanımdan öğrencilerle birlikte öğrenilebilir.	① ② ③ ④ ⑤
13. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, hastalar ve diğer sağlık çalışanları ile etkili iletişim kurmama yardım eder.	① ② ③ ④ ⑤
14. Sağlık alanı öğrencileriyle, küçük grup projelerinde çalışmayı isterim.	① ② ③ ④ ⑤
15. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, hasta problemlerinin altında yatan nedenleri açıklamamda yardımcı olur.	① ② ③ ④ ⑤
16. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, işbirliği içinde çalışabilen etkili bir ekip üyesi olmama yardım eder.	① ② ③ ④ ⑤
17. Diğer sağlık alanı mesleklerin temel görevi doktorlara destek sağlamaktır.	① ② ③ ④ ⑤
18. Sağlık hizmeti sunan ekip içinde mesleki rolümün ne olacağı konusunda emin değilim.	① ② ③ ④ ⑤
19. Diğer sağlık alanı öğrencilerinden daha fazla bilgi ve beceri edinmek zorundayım.	① ② ③ ④ ⑤

Ek-3 On-Maddeli Kişilik Ölçeği-(OMKÖ)

Aşağıda sizi tanımlayan ya da tanımlamayan birçok kişilik özelliği bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadenin yanına, o ifadenin size tanımlama düzeyini dikkate alarak, o ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtmek için 1 ile 7 arasında bir rakam yazın. İfadelerde size en çok tanımlayan özelliği dikkate alarak, uygun gördüğünüz rakamı yazın.

- 1 = Tamamen katılmıyorum
- 2 = Kısmen katılmıyorum
- 3 = Biraz katılmıyorum
- 4 = Kararsızım
- 5 = Biraz Katılıyorum
- 6 = Kısmen katılıyorum
- 7 = Tamamen katılıyorum

Kendimi olarak görürüm:

- 1. ____ Dışa dönük, istekli
- 2. ____ Eleştirel, kavgacı
- 3. ____ Güvenilir, öz-disiplinli
- 4. ____ Kaygılı, kolaylıkla hayal kırıklığına uğrayan
- 5. ____ Yeni yaşantılara açık, karmaşık
- 6. ____ Çekingen, sessiz
- 7. ____ Sempatik, sıcak
- 8. ____ Altüst olmuş, dikkatsiz
- 9. ____ Sakin, duygusal olarak dengeli
- 10. ____ Geleneksel, yaratıcı olmayan

Ek-4: Etik Kurul Onay Formu



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 24937
Konu : Proje Onayı

11/07/2017

ACİL TIP ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalınızda görev yapmakta olan Yrd. Doç. Dr. Betül Akbuğa Özel tarafından yürütülecek olan KA17/188 nolu "Acil servis sağlık profesyonelleri ile acil servisle etkileşimde olan sağlık profesyonellerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunmuşluk düzeyleri ve kişilik özelliklerinin mesleklerarası öğrenme üzerine etkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59
E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Emine ACAR (Lilifer
TAŞBİLEK Vekaletiyle)
Unvan: Sekreter

