



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ÖĞRENCİLERİNİN
MESLEĞE YÖNELİK TUTUMLARI, İLETİŞİM BECERİLERİ
VE MESLEKLERARASI ÖĞRENMEYE
HAZIRBULUNUŞLUKLARI**

BERKAN BASANÇELEBİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KARDİYOPULMONER REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. S. UFUK YURDALAN

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumları kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Berkan BASANÇELEBİ

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında akademik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve gelişimime büyük katkı sağlayan hem lisans hem de yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen ve yol gösterici olan Tez Danışmanım Sayın Prof. Dr. S. Ufuk YURDALAN'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca mesleki gelişimime destek olan ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Bölüm Başkanımız Prof. Dr. M. Gülden POLAT'a, Mesleki eğitimime büyük katkılar sağlayan Doç. Dr. Aysel YILDIZ ÖZER'e, Doç. Dr. İlkşan DEMİRBÜKEN'e ve Dr. Öğr. Üyesi Semra OĞUZ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beraber yol kat ettiğimiz Kardiyopulmoner Fizyoterapi Rehabilitasyon Anabilim Dalı Araştırma Görevlileri Uzm. Fzt. Begüm ÜNLÜ ve Fzt. Rafet Umut ERDOĞAN'a,

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen ve bana cesaret veren Özge Körpe, Ahu Gizem Akkuş, Furkan Açıkgöz ve Mustafa Yasin Kara'ya,

Tüm hayatım boyunca her anımda bana destek olan, yaşadığım her zorlukta bana güven veren ve her zaman beni düşünen sevgili aileme,

Sonsuz teşekkür ediyorum.

Berkan BASANÇELEBİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER	vii
TABLolar	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Tanımlar	6
2.2. Dünya’da Sağlık Mesleklerinin Eğitimi	7
2.3.Türkiye’de Sağlık Mesleklerinin Eğitimi	8
2.4.Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çekirdek Eğitim Programı	9
2.5.Hasta Güvenliği	10
2.6.Mesleklerarası Eğitim	11
2.6.1. Mesleklerarası eğitimin tarihçesi	11
2.6.2. Mesleklerarası eğitimin tanımı	13
2.6.3. Mesleklerarası eğitim ihtiyacı	13
2.6.4. Mesleklerarası eğitimin özellikleri	15
2.6.5. Mesleklerarası eğitimin hedefleri	15
2.6.6. Mesleklerarası eğitimi uygulama yöntemleri	18
2.6.7. Mesleklerarası eğitimde bariyerler	19
2.6.8. Mesleklerarası eğitimde ölçüm araçları	22
2.6.9. Mesleklerarası eğitimin değerlendirilmesi	23

	Sayfa No
2.6.10. Mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk	24
2.7.Tutum	25
2.7.1. Tutum kavramı	25
2.7.2. Tutumu oluşturan unsurlar	25
2.7.3. Tutum kriterleri	26
2.7.4. Tutumun fonksiyonları	27
2.7.5. Mesleki tutum	27
2.8. İletişim ve İletişim Becerileri	28
2.8.1. İletişim kavramı	28
2.8.2. İletişim süreci	29
2.8.3. İletişim türleri	30
2.8.4. İletişim becerileri	31
2.8.5. Sağlık iletişimi	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1 Araştırmanın Yeri ve Tarihi	33
3.2. Araştırmanın Tipi	33
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	33
3.5. Araştırmaya Alınma Ölçütü ve Dışlanma Ölçütü	34
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.6.1. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ)	35
3.6.2. Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk (MÖH) Ölçeği	35
3.6.3. Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (FMYTÖ)	36

	Sayfa No
3.7. İstatistiksel Analiz	37
3.8. Etik Kurul ve Çalışma İzni	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ	54
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	72
8.1. Veri Toplama Araçları	72

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CAIPE: Mesleklerarası Eğitim Geliştirme Merkezi

(The Centre for the Advancement of Interprofessional Education)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FMYTÖ: Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği

FTR: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

FTRÇEP: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çekirdek Eğitim Programı

IEPS: Disiplinlerarası Eğitim Algı Ölçeği

(Interdisciplinary Education Perception Scale)

İBDÖ: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği

MAE: Mesleklerarası Eğitim

MAÖ: Mesleklerarası Öğrenme

MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk

RIPLS: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği

(Readiness for Interprofessional Learning Scale)

TFD: Türkiye Fizyoterapistler Derneği

TYYÇ: Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi

WCPT: Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu

(World Confederation for Physical Therapy)

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1: İletişim sürecini oluşturan temel ögeler	29
Şekil 2. Eğitim dönemlerine göre FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorlarının dağılımı	41
Şekil 3. Eğitim dönemlerine göre MÖH alt boyutlarının dağılımı	44
Şekil 4. MÖH skorları ile FMYTÖ skorları arasındaki ilişki	46
Şekil 5. MÖH skorları ile İBDÖ skorları arasındaki ilişki	47
Şekil 6. FMYTÖ skorları ile İBDÖ skorları arasındaki ilişki	47
Şekil 7. Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum ve İletişim Becerilerinin Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Üzerine Etkisi	48

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Tüm öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri	38
Tablo 2. Cinsiyetin eğitim dönemlerine göre dağılımı	39
Tablo 3. Öğrencilerin eğitim durumlarını araştıran sorulara verdikleri cevapların dağılımı	39
Tablo 4. “Eğitim yaşamınız boyunca aşağıdaki konuları içeren herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna verilen cevapların dağılımı	40
Tablo 5. Eğitim dönemlerine göre FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması	40
Tablo 6. Cinsiyete göre MÖH, İBDÖ ve FMYTÖ skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması	41
Tablo 7. Eğitim durumlarını araştıran sorulara verilen cevapların MÖH, İBDÖ ve FMYTÖ skorları ile karşılaştırılması	42
Tablo 8. Eğitim durumlarını araştıran sorulara verilen cevapların MÖH, İBDÖ ve FMYTÖ skorları ile karşılaştırılması	43
Tablo 9. MÖH alt boyutlarının eğitim dönemlerine göre karşılaştırılması	44
Tablo 10. Roller ve sorumluluklar alt boyutunun eğitim dönemlerine göre karşılaştırılması	45
Tablo 11. Yaş ile FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorları arasındaki korelasyon	45
Tablo 12. FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorlarının korelasyonu	46
Tablo 13. MÖH skorları ile FMYTÖ ve İBDÖ skorları arasındaki regresyon analizi sonuçları	48

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrencilerinin Mesleğe Yönelik Tutumları, İletişim Becerileri ve Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşlukları

Öğrenci Adı: Berkan BASANÇELEBİ

Danışman Adı: Prof. Dr. S. Ufuk YURDALAN

Anabilim Dalı: Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR) lisans öğrencilerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeylerinin ölçülmesi, mesleğe yönelik tutum ve iletişim becerileri ile mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: FTR öğrencilerinin verileri; tanımlayıcı özelliklere ek olarak İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ), Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk (MÖH) Ölçeği ve Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (FMYTÖ)'ni içeren bir form aracılığı ile toplandı.

Bulgular: Katılımcıların (n=160) yaş ortalaması (standart sapma) 21,03 (2,144) yıl; %Kadın/Erkek= 68/ 32 idi. Korelasyon analizine göre Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği skorları ile Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği skorları ($r=,36$; $p<,001$) ve İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği skorları ($r=,24$; $p=,002$); FMYTÖ skorları ile İBDÖ skorları ($r=,55$; $p<,001$) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptandı. Anlamlı bir regresyon modeli ve MÖH skorlarındaki varyansın %15'inin FMYTÖ ve İBDÖ tarafından açıklandığı bulundu. Buna göre mesleki tutumun mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğu olumlu ve anlamlı yönde etkilediği belirlendi ($R^2_{\text{düzeltilmiş}} = ,15$; $p<,001$).

Sonuçlar: Araştırmamızda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon öğrencileri mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunan olarak saptandı. Mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk, ayrıca iletişim becerileri ve mesleki tutum arasında pozitif ve anlamlı ilişkiyi de açıklamaktaydı. Klinikte FTR ve diğer sağlık profesyonellerinin multidisipliner entegrasyon ve iletişimini etkinleştirmek açısından lisans aşamasında bilgi ve farkındalık kazandırıcı ortak sağlık eğitim modellerinin geliştirilmesinin gerekli olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Mesleğe yönelik tutum, iletişim becerisi, mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk, mesleklerarası eğitim, fizyoterapi ve rehabilitasyon

Physiotherapy and Rehabilitation Students' Attitudes Towards Profession, Communication Skills and Interprofessional Learning Readiness

Student Name: Berkan BASANÇELEBİ

Name of Supervisor: Prof. Dr. S. Ufuk YURDALAN

Department: Department of Cardiopulmonary Rehabilitation

ABSTRACT

Objective: It was aimed to measure Physiotherapy and Rehabilitation (PTR) students' attitudes towards profession, communication skills and interprofessional learning readiness, and to investigate the relationships in this study.

Material and Methods: Data were collected via online form that includes Communication Skills Assessment Scale (CSAS), Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) and Attitude Scale towards the Physiotherapist Profession (ASPP) in addition to descriptives.

Results: All participants (n=160) mean age(standartdeviation)= 21,03 (2,144) years; %Female/Male= 68/ 32. According to the correlation analysis, a positive and significant correlation was found between RIPLS scores and ASPP scores ($r=,36$; $p<,001$) and CSAS scores ($r=,24$; $p= ,002$), and between ASPP scores and CSAS scores ($r=,55$, $p<,001$). It was found a significant regression model and 15% of the variance in RIPLS scores were explained by ASPP and CASS. Accordingly, it was determined that professional attitude affects readiness for interprofessional learning positively and significantly ($R^2_{adjusted}= ,15$; $p<,001$).

Conclusion: Physiotherapy and Rehabilitation students were found to be ready for interprofessional learning. Readiness for interprofessional learning also explained the positive and significant relationship between communication skills and professional attitude. It was concluded that in order to enable multidisciplinary integration and communication of FTR and other health professionals in the clinic, it is necessary to develop common health education models that will gain knowledge and awareness at the license stage.

Keywords: Attitude towards profession, communication skill, readiness for interprofessional learning, interprofessional education, physiotherapy and rehabilitation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta güvenliği, Amerikan Tıp Enstitü tarafından 1999 yılında yayımlanan “To Err is Human” raporunda önemli bir nosyon olarak gündeme gelmiştir. Raporda tıbbi hata sonucu yılda en az 44 000 Amerikalının yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000). Bu raporu izleyerek hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların çoğunun önlenabilir olduğuna dikkat çekmek amacı ile Amerikan Tıp Enstitü ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından raporlar yayınlanmıştır (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001; World Health Organization, 2017). Ayrıca DSÖ’nün raporunda önlenabilir tıbbi hataların engellenmesinde sağlık profesyonellerinin iş birliği en iyi seçenek olarak belirtilmiştir.

Nitelikli, verimli, güvenilir ve sürdürülebilir sağlık hizmeti ve hasta bakımı sunabilmek; sağlık profesyonellerin birbirleriyle etkin bir iş birliği içinde ekip olarak çalışmasını gerektirmektedir (World Health Organization, 2010). Ekip çalışmasının sağlanması ancak meslek grupları arasında bilgi, beceri ve değerlerin birleşimi, mesleklerarası eğitim ve işbirlikli öğrenme uygulamaların koordinasyonu ile gerçekleştirilebilmektedir (Joseph, Diack, Garton ve Haxton, 2012). Mesleklerarası eğitim (MAE) iki ya da daha fazla meslek sahibinin iş birliğini ve hizmet kalitesini artırmak üzere birbirleri hakkında, birbirlerinden ve birlikte öğrendikleri etkileşimsel eğitim durumlarıdır. Mesleklerarası öğrenme (MAÖ) de iki veya daha fazla meslekten öğrenci veya meslek üyesi arasında bilgi ve yetkinlikleri geliştirmek için mesleklerarası eğitim ile eğitim veya uygulama ortamlarında; birbirlerinin rollerini anlama, birlikte çalışma ve öğrenme odaklı enformel olarak oluşan öğrenme stratejisidir (Barr, 2001; Barr ve Coyle, 2013). Sağlık profesyonellerinin rollerini daha aşlaşılır kılan MAE’nin, bilgi ve becerilerin paylaşılmasını ve saygıyı artırdığı belirtilmektedir (Jones, 1986; Karim ve Ross, 2008). Sağlık hizmet kalitesini arttırmada mesleklerarası, ekip temelli ve aynı zamanda sağlık hizmeti sunan profesyonellerin ihtiyaçlarına odaklanan bir yaklaşım gereklidir (Young ve ark., 2007; Karim ve Ross, 2008).

Mesleklerarası eğitim ilk olarak 1978’de DSÖ’nün yayınlamış olduğu Alma-Ata Bildirgesi’nde tanımlanmıştır (World Health Organization, 1978; Yan, Gilbert ve Hoffman, 2007). 1990’lı yıllarda bu alanda yapılan çalışmalar hız kazanmış ve 2000’de DSÖ tarafından yayınlanan rapor ile gündeme oturmuştur. Yapılan çalışmaların olumlu sonuçları DSÖ raporunu desteklemektedir (World Health Organization, 2000). Mesleklerarası eğitim DSÖ başta olmak üzere Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü, Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu, Kanada Sağlık Konseyi, Amerikan Tıp Enstitüsü ve İsviçre Federal Sağlık Hizmetleri Ofisi gibi pek çok kurum ve kuruluş tarafından desteklenmektedir (Barnsteiner ve ark., 2007; Lapkin ve ark., 2013; The Interprofessional Curriculum Renewal Consortium (Australia), 2014; Woermann ve ark., 2016). Türkiye’de MAE doğrudan eğitim programlarında entegre edilmemiştir fakat akreditasyon standartlarında farklı sağlık öğrencilerinin birlikte eğitim almasını sağlayan şartların bulunduğu görülebilir. Yapılan araştırmalarda MAE’ye yönelik çalışmaların yapılması, eğitim programlarının geliştirilmesi ve öğrencileri MAE’ye yönlendirici bilgilendirme etkinliklerinin planlanması önerilmektedir (Domaç ve ark., 2014; Onan, 2015; Özata, 2018; Dener ve Elçin, 2020)

Tutum sözcüğü Latince "aptus" kelimesinden türetilmiştir. Tutulan yol ve tavır anlamlarına gelmekte ve uyum, uygun, uygunluk kavramlarını tanımlamaktadır. Tutum, olaylara veya nesnelere sürekli ve aynı biçimde davranmayı sağlayan öğrenilmiş bir eğilimdir. Bireylerin birbirleri ile sürekli ve karşılıklı etkileşimleri tutumun ortaya çıkmasında büyük rol oynar. Bu etkileşimler birey ile bir obje arasında da olabilir. Tutumlar, sergilenecek davranışa zemin hazırlar ve bu zeminde bireyin eyleme karşı duruşunun ve hazır olma halinin temsilcisidir (Silah, 2005). Aynı meslek üyelerinin mesleklerine yönelik ortak tavır ve davranışları “mesleki tutum” olarak ifade edilmektedir. Olumlu ya da olumsuz tutumlar mesleki başarıyı ve doyumunu etkiler ve meslek üyelerinin mesleki davranışlarına yansır (Yavuz, 2003).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde son kırk yıldır üzerinde durulan “sağlık iletişimi” kavramı günümüzde Türkiye’de önem kazanmıştır (Koçak ve Bulduklu, 2010). Sağlık iletişimi, sağlığın geliştirilmesi amacı ile kişi veya grupların gerçekleştirmiş olduğu iletişim kavram ve kuramlarının uygulanma şeklidir. Sağlık iletişimi bireysel düzeyde sağlık profesyonelleri-hasta ve sağlık profesyonellerinin kendi aralarında gerçekleşmektedir (Schiavo, 2007; Okay, 2016). İletişim becerisi,

“alınan mesajın doğru anlamlandırması ve verilen mesajın doğru iletmesini sağlayan yetiler” olarak tanımlanmaktadır (Gül, 2017). İletişim becerileri; iletişimin en önem arz ettiği sağlık alanında, etkili bir biçimde gerçekleştirilip sürdürülmesini sağlayan en önemli öğelerdir (Gürüz ve Eğinli, 2013). Toplum yapısına göre günlük yaşamda sağlıkla ilgili bireysel paylaşımlarda bulunulması, başka bir kişiye bilgi aktarılması, kitle iletişim araçları ile bilginin sunulması toplumsal ve bireysel sağlığı etkiler (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Türkiye'de bu konudaki çalışmalar 2010 yılından sonra yapılmaya başlanmıştır. Sağlık bilimleri alanında yapılmış çalışmalar arasında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans bölümü öğrencilerinin dahil edildiği çalışmalar kısıtlıdır. Yapılan bir çalışmada; 19 fizyoterapi ve rehabilitasyon lisans öğrencisinin (%17.2) meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşlukları diğer sağlık bilimleri alanında okuyan öğrencilerle (n=561) karşılaştırıldığında en yüksek düzeyde olan gruplar arasında olduğu saptanmıştır (Özata, 2018). Fizyoterapist ve fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin iletişim beceri ve diğer sağlık meslek mensupları ile iletişim bariyerlerine ilişkin bir çalışmada fizyoterapist, hekim ve hemşirelerle yaşanan iletişim problemlerinin çoğunlukla iletişim becerisi yetersizliği, çalışma sistemi ile ilgili sorunlar ve ekip çalışmasına uyumsuzluktan kaynaklandığı ve fizyoterapistlerin, diğer sağlık profesyonelleriyle olumlu ya da olumsuz iletişim kurma oranlarının çok daha düşük olduğu gösterilmiştir (Uçar, 2016). Günümüzde fizyoterapi ve rehabilitasyon lisans bölümü öğrencilerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk, mesleğe yönelik tutumları ve iletişim becerilerini inceleyen çalışma sayısının azlığı yeni çalışmaların yapılması gereğine işaret etmektedir.

Araştırmamız edinilen bilgilerin ışığında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü lisans öğrencilerinin meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeylerinin ölçülmesi, mesleğe yönelik tutum ve iletişim becerileri ile meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçları ile planlandı.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

Mesleklerarası eğitim ve öğrenme ile ilgili, gerçekte farklı anlamlar taşıyan, birbirleri yerine kullanılabilen kavramlar ve tanımları verilmiştir.

Ekip=Takım: Örgütsel ilişkiler içerisinde, görevleri nedeniyle bir araya gelen ve görevlerinin sonuçlarını ve sorumluluklarını paylaşan bireyler topluluğudur (Cohen ve Bailey, 1997).

Sağlık Ekibi: Sağlık hizmeti sunumunda bulunan bir ya da daha fazla sağlık profesyoneli tanımlar (Oandasın ve ark., 2018).

Disiplin: Çalışma alanı veya öğretilen bir konudur (Sparks ve Neufeldt, 1990).

Arası: Ortak bir amaca ulaşmak için birbirinden bağımsız çalışan birey topluluğudur (MacIntosh ve McCormack, 2001).

Çoklu: Farklı disiplinlerdeki bireylerin ortak bir amaca ulaşmak için birliğidir (MacIntosh ve McCormack, 2001).

Disiplinlerarası: Aynı profesyonel meslek ekibinin farklı dallarındaki bireylerin bir ortak bir amaç güderek birlikte çalışmasıdır (Oandasın ve Reeves, 2005).

Çok Disiplinli: Aynı profesyonel meslek ekibinin farklı dallarındaki bireylerin bir ortak bir amaç güderek birbirinden bağımsız, bir arada çalışmasıdır (Oandasın ve Reeves, 2005).

Profesyonel: Yoğun ve görece uzun süreli akademik eğitim gerektiren uzmanlık alanlarıdır (Oandasın ve Reeves, 2005).

Tek meslekli: Sadece bir meslek grubunda bulunan bireylerin bir arada bulunduğu durumlardır (Oandasın ve Reeves, 2005).

Çok meslekli: Farklı meslek gruplarında bulunan bireylerin bağımsız olarak bir arada bulunduğu durumlardır (Oandasın ve Reeves, 2005).

Mesleklerarası: Farklı meslek gruplarında bulunan bireylerin ortam bir amaca yönelik bir arada çalışmasıdır (Oandasın ve Reeves, 2005).

2.2. Dünya’da Sağlık Mesleklerinin Eğitimi

Sağlık meslek mensuplarının eğitim programları kendi içlerinde farklı ve ayrı meslek çalışanı olarak gelişmesine neden olmaktadır. Bu eğitim programları aynı zamanda mesleki alana özgü bilgi ve becerilerin sürdürülmesi ve korunmasını amaçlar. Sonuç olarak sağlık profesyoneli öğrencileri hiyerarşik düzende tek meslekli eğitim görmektedir (Tajfel ve Turner, 1986; Institute of Medicine, 200; Timmermans ve Oh, 2010).

Aynı meslek grubundaki öğrencilerin ortak eğitimi “tek meslekli eğitim” olarak tanımlanmış, mesleki kimlik ve değerlerini şekillendirdiği ifade edilmiştir (Timmermans ve Oh, 2010). Öğrencilerin diğer meslek mensubu öğrencilerden ayrılması ve tek meslekli kimlik kazanması sosyal kimlik teorisine dayanır. Sosyal kimlik teorisi, bireyin mesleğe özgü eğitim programına dahil olmasını ve meslekle bütünleşmesinin gerekliliğini savunmaktadır. Tek meslekli eğitim ile yetişmiş öğrenci ve meslek mensupları Mesleklerarası Eğitim (MAE)'e önyargılı yaklaşmakta ve MAE sırasında stres düzeyleri artmaktadır. Ayrıca MAE sırasında sadece kendi mesleklerini ilgilendiren konularla ilgilenmektedir (Tajfel ve Turner, 1986; Timmermans ve Oh, 2010).

Hiyerarşik düzene sahip tek meslekli eğitim, öğrencilerin kendi mesleklerinden olmayan sağlık profesyonelleri ile iş birliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte bu hiyerarşi sağlık profesyoneli öğrencilerinin kendi aralarında ve birbirlerine karşı olumsuz tutum geliştirmesine neden olmaktadır. Sağlık profesyonelleri arasındaki hiyerarşik ilişkiler, olumsuz tutum ve mesleki gurur MAE’yi olumsuz etkilemektedir (Timmermans ve Oh, 2010).

Hasta güvenliğine duyulan hassasiyetin artması ile son kırkbeş yıldır birçok ülkede MAE gündemde olan bir nosyondur. Hasta güvenliğini sağlamadaki anahtar rolün “meslekler arasındaki iş birliği” olarak kabul edilmesi MAE’yi daha da önemli kılmaktadır. Araştırmalar sonucu MAE’nin tedaviyi ve hasta güvenliğini olumlu olarak etkilediği bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2010 tarihli raporunda kırkiki ülkede MAE’nin eğitim programlarına dahil edildiği belirtilmiştir. Mesleklerarası eğitim, olumlu sonuçlarına ve DSÖ başta olmak üzere birçok kurum ve kuruluşun önerisine rağmen pek çok ülkenin eğitim kurumları tarafından sağlık profesyonellerinin eğitimine dahil edilmemiştir (World Health Organization, 2010; Özata, 2018)

2.3. Türkiye’de Sağlık Mesleklerinin Eğitimi

İnsanlığın var oluşuyla sağlık hizmetleri de beraberinde gelmiş fakat günümüz modern eğitimi 19. yy başlarında kurumsal eğitim özelliklerini kazanmaya başlamıştır. İlk yıllarda sağlık profesyonelleri arasında hekim ve hemşire meslekleri mevcutken zamanla artan ve değişen bireysel ve toplumsal ihtiyaçlar yeni sağlık mesleklerinin oluşmasına neden olmuştur (Daloğlu ve Şenol, 2018). 22 Mayıs 2014 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliği*’nde sağlık profesyonelleri ekibini otuzyedi sağlık meslek mensubunun (*tabip ve uzman tabip, diş tabibi ve uzman diş tabibi, hemşire, ebe, eczacı, eczane teknikeri, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, klinik psikolog, odyolog, odyometri teknikeri, dil ve konuşma terapisti, perfüzyonist, ergoterapist, ergoterapi teknikeri, diyetisyen, optisyen, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni/teknikeri, radyoterapi teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, adli tıp teknikeri, ameliyathane teknikeri, diyaliz teknikeri, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, hemşire yardımcısı, ebe*

yardımcısı, sağlık bakım teknisyeni) oluşturduğu görülmektedir (T.C. Resmi Gazete, 22 Mayıs 2014, Sayı : 29007)

Başta hasta güvenliği, sağlık profesyoneli çeşitliliğinin artması ve sağlık alanındaki hızlı gelişmeler sağlık profesyonellerinin iş birliğini zorunlu kılmaktadır. Türkiye Yükseköğretim Kurulu (YÖK)'nun Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi (TYYÇ) 6. Düzey (Lisans) Sağlık Temel Alanı Yeterlilikleri arasında sağlık profesyonelleri ile iş birliği becerilerine sahip olması ve ekip çalışması yapması gerekliliği belirtilmektedir (<http://tyyc.yok.gov.tr/?pid=48>, Erişim tarihi: 05 Mayıs 2021). Buna karşın Türkiye'deki sağlık mesleklerinin eğitimi kurum programları incelendiğinde çoğunlukla tek meslekli eğitim uygulamaları ile şekillenmiştir. Bu nedenle TYYÇ ve akreditasyon standartlarında belirtilen beceri ve çalışma şekillerinin kazanımında sağlık profesyonellerinin bir arada eğitimi gerekmektedir (Özata, 2018). Ülkemizde MAE yönelik farkındalık ve yapılan çalışmalar artmaya başlamış, olumlu sonuçlara rağmen eğitim sistemine istenilen düzeyde entegre edilememiştir.

2.4. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çekirdek Eğitim Programı

Ülkemizde 2016 yılında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR) lisans eğitiminde standardizasyonu sağlamak için ulusal/uluslararası bir çerçeve sunulması amacıyla Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çekirdek Eğitim Programı (FTRÇEP) oluşturulmuştur. Avrupa Birliği'nin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans eğitimi için belirlediği ölçütler, Bologna Uyum Süreci ve Dünya Fizyoterapistler Konfederasyonu (WCPT) FTR eğitime giriş seviyesi raporları doğrultusunda, TYYÇ ve Türkiye Fizyoterapistler Derneği (TFD) Bilim Eğitim Araştırma Komisyonu'nun raporları dikkate alınarak hazırlanan bu program; lisans eğitiminin, ulusal ölçekte çerçevesini çizen ve temel dayanaklarını sıralayan ana programdır. Ülkemizde FTR lisans eğitimi veren her bir kurumun eğitim içeriğinin %70'ini tüm öğrencilerin aldığı FTRÇEP 2016'nın tamamını kapsayan zorunlu programlar oluşturmaktadır. Geriye kalan %30'luk kısım her bir FTR lisans eğitimi veren kurum tarafından program hedefleri, bireysel gelişim hedefleri ve öğrenci beklentileri doğrultusunda oluşturulmaktadır.

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çekirdek Eğitim Programı 2016 kapsamında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans eğitimi:

1. Bireysel ve toplumsal sağlığı etkileyebilecek tüm değişim ve gelişmelere duyarlı, bunları verilen hizmete uyarlayabilen,
2. Bilginin doğası, kaynağı, sınırları, doğruluğu, güvenilirliği ve geçerliliğini değerlendirme bilgisine sahip, sağlık alanındaki bilimsel bilgiye ulaşabilen, güncel literatürü izleyen, değerlendiren ve uygulayabilen,
3. Toplumsal sorumluluk bilincinde, yaşadığı sosyal çevre için sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde etkinlikler düzenleyebilen,
4. Sağlığın korunması ve iyileştirilmesinde mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerini kullanabilen, sağlıklı, hasta ve engelli bireylerin fizyoterapi ve rehabilitasyon gereksinimlerini saptayabilen, gerekli fizyoterapi ve rehabilitasyon programını çizebilen, değerlendirebilen ve uygulayabilen,
5. Sağlık ekibinin etkin ve etkili üyesi olarak rol ve sorumluluklarını yerine getirebilen,
6. Fizyoterapi ve rehabilitasyon yönetim, araştırma ve eğitim programlarında rol alabilen,
7. Tüm bunları yerine getirirken mesleki etik ilkeleri ile hareket edebilen, yaşam boyu öğrenmeyi sürdürebilen profesyonel fizyoterapistler yetiştirmeyi amaçlamalıdır.

2.5. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, Amerikan Tıp Enstitü tarafından 1999 yılında yayımlanan “To Err is Human” raporunda önemli bir nosyon olarak gündeme gelmiştir. Raporda tıbbi hata sonucu yılda 44 000- 98 000 Amerikalının yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (Kohn ve diğerleri, 2000). Önlenebilir tıbbi hatalar sonucu engellilik ve ölümlerin; ek sağlık hizmeti, gelir kaybı gibi nedenlerle Amerika’ya yılda 17-29 milyar dolara mal olduğu belirtilmiş ve tıbbi hatalar sonucu ortaya çıkan toplam maliyetin 37,6-50 milyar dolar olduğu tahmin edilmiştir (Çakmakçı ve Akalın, 2011).

Sağlık profesyonelleri, hasta, hasta yakınları, basın ve yöneticilerin dikkatinden kaçmayacak kadar önemli olan bu rapordan sonra Birleşik Krallık'da hastaların %10'undan fazlasında (yaklaşık 850 000 olgu/yıl) istenmeyen olay görüldüğünü, Avustralya'da istenmeyen olay hızının % 16,6 olduğunu belirten yeni raporlar yayımlanmıştır. Bu raporları takiben Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Birleşik Krallık, Avustralya ve batılı ülkelerin ortak önderliğinde sağlıkta “Hasta Güvenliği Dönemi” başlamıştır (Çakmakçı ve Akalın, 2011).

Amerikan Tıp Enstitüsü hasta güvenliği için hastalara gelecek zararın önlenmesi tanımını yapmıştır. Amerika Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluşu (National Patient Safety Foundation) ise sağlık hizmeti nedeniyle oluşan hataların önlenmesi ve hataların yol açtığı zararların engellenmesi veya azaltılması olarak tanımlamaktadır (Karaca ve Arslan, 2014). Sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile hasta güvenliğinin ön plana çıktığı görülmektedir. Ayrıca tüm sağlık profesyonellerinin sahiplenmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Dursun ve ark., 2010). Tıbbi hatalar; tanılama, tedavi, tedavi öncesi ya da sonrasında ortaya çıkabilmektedir. Sözü edilen hataların altında yatan nedenler incelendiğinde iletişim sorunları, yorgunluk, oryantasyon ve eğitim eksiklikleri olduğu görülmektedir (Çakmakçı ve Akalın, 2011)

Amerikan Tıp Enstitüsü ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların çoğunun önlenabilir olduğuna dikkat çeken raporlar yayınlanmıştır (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001; World Health Organization, 2017). Ayrıca DSÖ'nün raporunda önlenabilir tıbbi hataların engellenmesinde sağlık profesyonellerinin iş birliği en iyi seçenek olarak belirtilmiştir.

2.6. Mesleklerarası Eğitim

2.6.1. Mesleklerarası eğitimin tarihçesi

Sağlık profesyonellerinin birlikte eğitim görmesi konusu 1947 yılında Janstch tarafından kaleme alınan makalede yer almış ve “disiplinlerarası”- “disiplinlerarası”

terimleri kullanılmıştır. Bu terimler birlikte, birbiri hakkında ve birbirinden öğrenmeye karşılık kullanıldığından mesleklerarası eğitimin başlangıcı olarak düşünülebilir (Jantsch, 1947). Ekip çalışması ve iş birliği kavramları 1960'lı yıllarda sık sık kullanılmış ve sağlık hizmetlerinin temel unsuru olabileceği belirtilmiştir (Palaganas, 2012).

Mesleklerarası Eğitim, 1978'de DSÖ tarafından yayımlanan Alma-Ata bildirgesinde ilk kez karşımıza çıkmaktadır. “Sağlık ekibi olarak çalışmak” ifadesinin kullanıldığı bu bildirgeyi takiben 1988'de yayınlanan DSÖ raporunda “çok disiplinli” ve “disiplinlerarası” kavramlarına ek “çok meslekli” kavramı kullanılmıştır. Bu kavram mesleklerarası ile aynı anlama gelmektedir. Ayrıca 1988 tarihli bu raporda sağlık profesyonellerinin birlikte eğitim almasının önemi vurgulanmıştır. Aynı tarihte yayımlanan Edinburg Bildirgesi'nde de bu önem desteklenmiştir (World Health Organization, 1978; 2000).

Dünya Sağlık Örgütü raporları sonrasında 1990'lı yıllarda sağlık profesyonellerinin birlikte eğitimi konusunda farkındalık giderek artmıştır. İş birlikçi yaklaşımların odak olduğu çalışmalar hızla önem kazanmıştır. Amerikan Tıp Enstitüsü de raporlarında anlam olarak karşılığı mesleklerarası olan kavramlar kullanmıştır (Barr ve ark., 2000; Kohn ve ark., 2000; Priest ve ark., 2005)

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımlamış olduğu raporlar ile önem kazanan mesleklerarası eğitim, 2000'li yıllara gelindiğinde “To Err is Human” raporu ile gündeme oturmuştur. Kavramsal olarak çalışmalar başlatılmış, bir biri yerine kullanılan kavramların farklılıkları ve benzerlikleri üzerinde durulan çalışmalar ile de kavramlarının daha anlaşılır olması sağlanmıştır (Kohn ve ark., 2000; World Health Organization, 2000). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılında yayınladığı raporda mesleklerarası eğitimin önemi bir kez daha vurgulanmıştır. Mesleklerarası eğitim Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu, Amerikan Tıp Enstitüsü, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü, İsviçre Federal Sağlık Hizmetleri Ofisi, Kanada Sağlık Konseyi başta olmak üzere birçok kurum ve kuruluş tarafından desteklenmektedir (Yan ve ark., 2007; Towle ve ark., 2010; World Health Organization, 2010; Woermann ve ark., 2016).

Türkiye’de MAE konusunda çok az sayıda çalışma bulunması konunun gelişmekte olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte YÖK TYYÇ 6. Düzey (Lisans Eğitimi) yeterliliklerinde yer almaktadır. Türkiye Akreditasyon Kurumu'nun standartlarında ve FTRÇEP 2016 içerisinde ekip çalışması yapılması ve bu yeterliliğe sahip olunması beklenmektedir.

2.6.2. Mesleklerarası eğitimin tanımı

Mesleklerarası eğitimi (Interprofessional Education); Mesleklerarası Eğitim Geliştirme Merkezi (CAIPE= The Centre for the Advancement of Interprofessional Education) tarafından "Sağlık veya sosyal hizmetlerde çalışan iki ya da daha fazla uzmanın birlikte, birbirleriyle ve birbirlerinden öğrenme odaklı ve etkileşimli olarak çalışmalarına olanak sunan öğrenme biçimi" olarak tanımlamıştır (Centre For The Advancement Of Interprofessional Education, 2002).

Mesleklerarası öğrenme (Interprofessional Learning) ise iki ya da daha fazla meslek mensubu veya öğrencinin mesleklerarası eğitim sırasında; bilgi ve becerilerini arttırmak amacıyla birlikte, birbirleriyle ve birbirlerinden öğrendikleri enformal öğrenme biçimidir (Barr ve Coyle, 2013).

2.6.3. Mesleklerarası eğitim ihtiyacı

Sağlık profesyonellerinin birbirinin işlevini destekleyici ve iş birliği içerisinde çalışması, sunulan hizmet beklentilerini daha iyi karşılar, toplumsal sağlığın gelişmesi ve sağlık hizmeti standartlarının yükselmesini sağlayabilecek önemli bir değişkendir.

Sağlık sorunlarının çözümünde, DSÖ Alma-Ata Bildirgesi'nde sağlık profesyonellerinin iş birlikli ekip çalışmasının gerekliliği bildirilmiştir (World Health Organization, 1978). Sağlık sorunlarının çok yönlü oluşu bunu gerektirmektedir.

Sağlık problemlerin çözülmesinde, artan ve değişen bireysel ve toplumsal ihtiyaçlar yeni sağlık mesleklerinin oluşmasına ya da ileri derecede branşlaşmaya neden

olmuştur. Yeni sağlık mesleklerinin oluşması ve ileri derecede branşlaşma kaliteli sağlık hizmet sunumu sağlamasına rağmen sağlık meslek grupları veya branşlar arasında körlüklere sebep olabilmektedir (Daloğlu ve Şenol, 2018).

Bilim ve teknoloji; her alanda olduğu gibi sağlık alanında da hızla ilerlemekte, kaliteli hizmete yönelik beklenti ve talepler artmaktadır. Hastaların karmaşık sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, tedavi ve bakım süreçlerinde birden çok sağlık profesyoneline ihtiyaç duyulmaktadır (Bridges ve ark., 2011). Bu ihtiyaçla birlikte sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi ve eğitimi de önem kazanmaktadır. Tek meslekli eğitim programları mesleki bilgi ve beceri kazanımında yeterli gibi görünse de meslekler arası iş birliği ve ekip üyesi olarak etkin çalışmak için gerekli bilgi, beceri ve tutumdan eksik kalarak mezun olunabilmektedir. Bu durum tek meslekli eğitim programlarından mezun olan sağlık profesyonellerinin ekibin etkin bir üyesi olması ve ekip çalışması gerçekleştirmesini zorlaşmaktadır (Masters ve ark., 2013). Sağlık profesyonellerinin ortak temel değerleri, bilgi ve becerileri paylaşması mutlakdır (Saini ve ark., 2011). Mesleklerarası Eğitim bu gereklilikleri sağlayan bir eğitim stratejisi olarak kabul görmektedir.

İhtiyaç ve problemlerin çok faktörlü yapısı her bir meslek grubu ve branş için iş birlikli yapıda bilgi ve becerilerini paylaşarak hizmet kalitesini artırmak için ekip çalışmasını gerekli kılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü raporunda sağlık profesyonellerinin ancak iş birlikli ekip çalışması ile "herkes için sağlık" hedefine ulaşılacağı, bunun da sağlık profesyonellerinin birlikte, birbirinden ve birbirleri hakkında öğrenerek yapabilecekleri vurgulanmıştır (World Health Organization, 1988; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011)

Tıbbi hataların büyük bir kısmı sağlık profesyonellerinin birbirlerinin görevlerine yabancı oluşu, iş birliği sırasında koordinasyon ve iletişim problemleri ya da yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (Carpenter ve Dickinson, 2008; Innis ve ark., 2021).

2.6.4. Mesleklerarası eğitimin özellikleri

Mesleklerarası eğitim uygulanabilmesi için gerekli görülen ve başarılı bir uygulama için tanımlanan özellikler (Oandasın ve Reeves, 2005; Reeves ve ark., 2012; Sayek ve ark., 2015):

1. En az iki farklı meslek mensubu ya da öğrencisi,
2. Gruplar arası etkileşim, etkileşimi yansıtabilecek geri bildirim,
3. İş birlikli öğrenme için gerekli bilgi, beceri ve mesleki tutumu başka bir yol ile daha etkili edinmelerinin mümkün olmamasıdır.

İş birlikli öğrenme için gerekli temel belirleyiciler (Buring ve ark., 2009; Thistlethwaite ve Moran, 2010):

1. Ekip üyeleriyle çatışmayı önleyecek, etkili iletişim sağlayacak ve sürdürebilecek iletişim becerilerine sahip,
2. Birbilde becerilerin gelişmesi için ekip çalışmasına istekli,
3. Her bir ekip üyesinin görev ve sorumluluklarının farkında ve bilgi sahibi,
4. Ekibin her üyesinin bilgi ve becerisine güvenerek hareket eden,
5. Ekip üyelerinin görüş ve tutumlarına saygılı olmaktır.

2.6.5. Mesleklerarası eğitimin hedefleri

Sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri ve değerleri paylaşma, profesyonellerin rollerine saygı duyma, olumlu tutum geliştirmeleri ve böylece sunulan sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesi temel hedeftir (World Health Organization, 2010; Sayek ve ark., 2015).

Mesleklerarası iş birliğinin geliştirilmesi amacıyla yürütülecek eğitimlerde kazanılması öngörülen ve beklenen yetkinlikler, ABD’de yapılan uzman paneli

raporunda dört alana ayrılmıştır (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; Interprofessional Education Collaborative, 2016).

1. Etik ve değerler: Karşılıklı saygı ve paylaşılan değerler ortamını sürdürmek için farklı meslek grupları ile çalışabilme.
2. Roller ve sorumluluklar: Hastaların sağlık bakımı ihtiyaçlarını uygun şekilde değerlendirerek, bireysel ve toplumsal sağlığı iyileştirmek ve geliştirmek için kişinin kendi rolü ve diğer mesleklerle ilgili bilgileri kullanabilme.
3. Mesleklerarası iletişim: Hastalar, aileler, toplum, sağlık ve diğer alanlardaki profesyonellerle sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine ve hastalığın önlenmesi ve tedavisinde ekip yaklaşımını destekleyen duyarlı ve sorumlu bir şekilde iletişim kurabilme.
4. Ekip ve ekip temelli çalışma: Güvenli, zamanında, verimli, etkili ve eşitlikçi hasta ve toplum merkezli bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirmede uygun yöntemleri planlamak, sunmak ve değerlendirmek için farklı ekip rollerinde etkili bir şekilde çalışmak için ilişki kurma, değerlerini ve ekip dinamiklerinin ilkelerini uygulayabilme.

Mesleklerarası öğrenme hedefleri DSÖ tarafından altı alanda ele alınmıştır (World Health Organization, 2010).

1. Ekip çalışması: Hem ekip lideri hem de ekibin bir üyesi olarak ekip çalışmasının önündeki engelleri bilme.
2. Roller ve sorumluluklar: Ekibin her bir üyesinin sorumluluklarını, rollerini ve uzmanlığını anlama.
3. İletişim: Ekip üyelerini dinleyebilme ve düşüncelerini etkili bir şekilde ifade etme.
4. Öğrenme ve eleştirel yansıtma: Ekip ilişkisini eleştirel yansıtma, mesleklerarası öğrenmeyi çalışma ortamına aktarma

5. Hasta ilişkisi ve hasta gereksinimlerini tanıma: Hasta çıkarı doğrultusunda iş birliği içinde çalışma, hasta, aileleri, bakıcıları ve topluluklarla sağlık hizmeti yönetiminde ortak olarak etkileşim kurma.
6. Etik uygulama: Ekip içerisindeki sağlık profesyonellerinin görüşlerini anlama, her sağlık çalışanının görüşlerinin eşit derecede geçerli ve önemli olduğunu kabul etme.

Birleşik Krallık'ta yürütülen Yeni Nesil Proje'sinde lisans öğrencileri için dokuz hedef belirlenmiştir (O'Halloran ve ark., 2006):

1. Sağlık profesyonellerinin rollerine saygı duyma, rollerini anlama ve destekleme.
2. Mesleklerarası ekibin eşit bir üyesi olarak etkin ve etkili katkı üretme.
3. Sağlığın doğasını anlama, sosyal bakımın doğası ve sınırlarını anlama.
4. Hasta odaklı uygulamaları, ortak bilgi, beceri, tutum ve yetkinlikleri destekleme.
5. Tüm sağlık profesyonellerinden öğrenme.
6. Karmaşıklık ve belirsizlikle başa çıkma.
7. Sağlık profesyonelleri ile uygulamada iş birliği yapma.
8. Mesleklerarası çalışmada rolleri, önyargıları ve etkilerini anlama.
9. Uygulamada hasta merkezli yaklaşımlar yapma.

Mesleklerarası eğitim sonucunda oluşan biçimlendirici deneyim; iş birlikli çalışmayı ve hasta memnuniyetini arttırmakta, prosedür ve belgelere uygunluğu desteklemekte ve hataları azaltmaktadır (Reeves ve ark., 2010).

2.6.6. Mesleklerarası eğitimi uygulama yöntemleri

Mesleklerarası eğitimde öğrencilerin eğitimin ilk yıllarında MAÖ'ye daha hevesli ve gelişebilecek önyargılara daha uzak oldukları görülmüştür. Mezuniyetten önceki iki yıl içinde başlanıp, meslek hayatında da sürdürülen mesleklerarası eğitim ile sağlık profesyonelleri tanınarak, iş birlikli ve olumlu tutumların geliştirildiği ekip çalışması sağlanacaktır (Oandasın ve Reeves, 2005; Reeves ve ark., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü, mesleklerarası eğitimde derslerle birlikte olgu oturumları, grup çalışmaları, topluma dayalı deneyimler, oyunlaştırma ve simülasyon modellerinin kullanılabilmesini önermektedir. Mesleklerarası eğitim, doğası gereği meslekler arası etkileşimin etkili iş birliği ile gerekli yetkinliklerin gelişimini mümkün kılan eğitim stratejilerini zorunlu kılmaktadır (Reeves ve ark., 2012).

Mesleklerarası eğitimde kullanılması önerilen eğitim uygulama yöntemleri (Barr ve ark., 2000; Reeves ve ark., 2012):

1. Edilgen öğrenme (dersler ve sunumlar)
2. Değişim temelli öğrenme (seminerler)
3. Uygulama temelli öğrenme (klinik çalışmalar)
4. Aksiyon temelli öğrenme (problem çözme çalışmaları)
5. Gözlem temelli öğrenme (vizit ve hasta ziyaretleri)
6. Simülasyon temelli öğrenme (simüle edilen klinik çalışmalar)
7. E-öğrenme (çevrimiçi tartışmalar)

Amerika Birleşik Devletleri'nde eğitim programlarının başarısı; yönetsel destek, mesleklerarası altyapı, öğrenci katılımı ve eğitime inanan öğretim üyeleri tarafından eğitimin sürdürülmesi gibi temel etkenlere bağlanmıştır (Bridges ve ark., 2011).

İsveç örneğinde, ergoterapi, fizyoterapi ve rehabilitasyon, tıp ve hemşirelik öğrencileri uygulama tabanlı mesleklerarası eğitimde; kendi profesyonel rollerini, diğer meslekler hakkındaki anlayışlarını ve etkili iletişim becerilerini geliştirirken hastalara iyi bakım sağlamak için ekip çalışması yürütmüşlerdir (Ponzer ve ark., 2004).

Mesleklerarası eğitimde farklı öğrenme yöntemlerini birleştirmek; eğitimi özendirici, dikkat çekici ve daha derin öğrenme düzeyine katkıda bulunur. Kanada örneğinde; tıp, diş hekimliği, diş hijyeni, eczacılık ve hemşirelik öğrencileri edilgen öğrenme yöntemlerine ek olarak aksiyon temelli öğrenme ve uygulama temelli öğrenme stratejilerini içeren mesleklerarası eğitim programına dahil olmuşlardır (Mann ve ark., 2009).

Tıp, fizyoterapi ve rehabilitasyon, ergoterapi ve hemşirelik öğrencilerinden oluşan ekip; uygulama temelli öğrenme yöntemine ek olarak interaktif sınıf etkinliklerini deneyimlemiş; klinik öğrenme ve interaktif etkinliklerden uzak kalmalarının meslekler arası sorunları ve süreci anlamalarını zorlaştırdığını bildirmiştir (Reeves ve ark., 2006).

Mesleklerarası eğitim programları planlanırken göz önünde bulundurulması gereken bir faktör; öğretim üyelerinin çevrimiçi öğrenme veya simülasyon gibi belirli öğrenme yöntemlerine farklı aşinalık ve deneyim seviyelerine sahip olabileceği, bu nedenle adı geçen öğrenme yöntemlerini kullanmaya karar verdiğinde desteğe ihtiyaç duyacak olmasıdır (Reeves ve ark., 2012).

Hacettepe Üniversitesi'nde tıp, hemşirelik ve paramedik öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada; öğrenciler simülasyon temelli öğrenme modeli ile mesleklerarası eğitim programına dahil edilmişlerdir (Onan, 2015).

2.6.7. Mesleklerarası eğitimde bariyerler

Mesleklerarası eğitimin uygulanmasında planlama, mevcut eğitim sistemine entegrasyon, zamanlama, maddi yetersizlikler, devlet desteği, öğretim üyelerinin zaman kısıtı, değişen uygulamalara gösterilen direnç gibi birçok sorun ile karşılaşmaktadır (Dunston ve Lee, 2011; Dunston ve ark., 2016).

Bariyerlerden birisinin de mesleklerarası eğitim uygulamasında yeterli ve uygun öğretim üyesi bulmadaki güçlük olduğu ifade edilmiştir. Mesleklerarası eğitimlerin öğretici bilincini de olumlu olarak etkilediği belirtilmesine rağmen kurumsal ve

bireysel pek çok engelin ğretim üyelerinin mesleklerarası ğitimde lider pozisyonunda olmasına engel olacağı düşünülmüştür (Barnsteiner ve ark., 2007).

Mesleklerarası ğitimin kurumlar tarafından farklı algılanması (ğrenci merkezli kabul edilen ya da planlamada sadece yöneticilerin rol almasının doğru olacağı düşünlen) MAE'yi uygulamada karşılaşılan bariyerlerden biri olarak görülmektedir (Fook ve ark., 2013).

Sağlık profesyonellerinin ğitim programlarına MAE'nin uyumlandırılmasında bariyerlerin olduğu belirtilmektedir (McNair ve ark., 2001; Smith ve ark., 2009; Lapkin ve ark., 2012; Lawlis ve ark., 2014):

1. Devlet

- a. Eksik ya da sınırlı finansal kaynak
- b. İlgili kuruluşlar ve yüksek ğretim kurumlarındaki değişiklikler

2. Kurumsal

- a. Eksik ya da sınırlı finansal kaynak
- b. Eksik ya da sınırlı destek
- c. Sınırlı fakülte geliştirme girişimleri
- d. Mevcut programlar içerisinde MAE planlanması
- e. Akademik takvim değişiklikleri ve uzunlukları
- f. Akademik takvim farklılıkları
- g. Yoğun müfredat
- h. Zorunlu ders, seçmeli ders farklılıkları
- i. Değerlendirme gereksinimlerindeki farklılıklar

3. Bireysel

- a. Fakülte tutumları
- b. Fakülte dl eksikliği

- c. Yönetim ve eğitimde yüksek iş yükü
- d. Diğer sağlık profesyonelleri hakkında sınırlı ya da eksik bilgi
- e. MAE kavramını anlamamak
- f. Algılanan değer eksikliği
- g. Farklı öğrenci öğrenme stilleri
- h. Meslekler arasındaki mücadeleler
- i. Kendi mesleğine yanlılık
- j. Diğer sağlık profesyonellerine saygı eksikliği

Sağlık profesyonellerinin eğitim programlarında MAE bariyerlerini ortadan kaldıran sağlayıcıların olduğu da bildirilmiştir (McNair ve ark., 2001; Rees ve Johnson, 2007; Forte ve Fowler, 2009; Margalit ve ark., 2009; Lawlis ve ark., 2014):

1. Devlet

- a. Eğitim öğretim kurum ve kuruluşlarında iş birlikli grupların oluşturulması
- b. Paydaş taahhüdü
- c. Ortak sahiplik ve birleşik hedefler
- d. Devlet finansmanı

2. Kurumsal

- a. Kurumlar tarafından finansman
- b. Eğitim öğretim kurumlarındaki geliştirilmiş organizasyon yapıları
- c. Fakülte gelişim programları

3. Bireysel

- a. Kolaylaştırıcının becerisi

- b. Kolaylaştırıcı ve personelin isteği
- c. Rol model kadro
- d. Savunuculuk
- e. Taahhüt
- f. MAE'nin anlaşılması
- g. Meslekler arası paylaşılan vizyon
- h. Eşit statü güdülmesi

Mesleklerarası eğitim bariyerlerinin ortadan kaldırılmasında devlet, eğitim öğretim kuruluşları, meslek örgütleri, toplum kuruluşları, bireyler gibi paydaşların iş birliği gerekmektedir (Anonson ve ark., 2008).

2.6.8. Mesleklerarası eğitimde ölçüm araçları

Sağlık ve sosyal hizmet profesyonelleri verimli ve etkili sağlık hizmeti sunumu sağlamak için iş birlikli faaliyetlere katılmaya çağırılmaktadır. Sağlık ve sosyal hizmet profesyonellerinin mesleklerarası eğitime yönelik tutumlarını, eğitimin ne ölçüde gerçekleştiğini ve etkililiğini değerlendiren araştırmaların yürütülmesi giderek anlam kazanmaktadır (Thannhauser ve ark., 2010; Parrott ve ark., 2021).

Mesleklerarası eğitimde tanımlanmış yüz kırk ölçüm aracı kullanılmakta olup tamamı özbildirim anketlerinden oluşmaktadır (Thannhauser ve ark., 2010; Kenaszchuk, 2013; Oates ve Davidson, 2015).

Araştırmacılar tarafından mesleklerarası eğitimin çeşitli yönlerini ölçmek için çok sayıda araç geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Bununla birlikte bu araçların yalnızca sınırlı bir kısmı aslında geniş bir sağlık disiplini içinde birlikte meslek mensubu ya da öğrenci için geçerlidir. Mevcut araçların çoğu, belirli ilişkiler veya gelişmiş ekipler içindeki iş birliğini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır (Thannhauser ve ark., 2010).

Literatürde mesleklerarası eğitimin yönlerini değerlendirmek için sekiz resmi ölçek belirlenmiştir. Bu ölçeklerin altısı için sınırlı sayıda kanıt mevcuttur, ancak bunların psikometrik özelliklerini geliştirmek amacı ile girişimlerde bulunulmuştur. Psikometrik özellikleri ve örnek boyutları açısından değişkenlik gösteren ölçeklerden en kolay erişilebilir, yaygın olarak kullanılan, psikometrik olarak doğrulanmış iki araç olan *Readiness for Interprofessional Learning Scale= RIPLS* ve *Interdisciplinary Education Perception Scale= IEPS* daha fazla araştırmada kullanılmıştır (Thannhauser ve ark., 2010).

2.6.9. Mesleklerarası eğitimin değerlendirilmesi

Mesleklerarası eğitimin değerlendirilmesi birçok araştırmacı tarafından kaleme alınmış ve değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gereken değişkenlere göre yapılmış bir sınıflandırma bildirilmiştir (Barr ve ark., 2000):

1. Eğitim içeriği
 - a. Ortak (Katılımcıların aynı içeriği öğrenmesi)
 - b. Karşılaştırmalı (Katılımcıların birbirini öğrenmeleri)
 - c. Karma (Ortak ve karşılaştırmalı eğitim içeriğinin birlikte kullanılması)
2. Öğrenme yöntemi
3. Konum
4. Süre
 - a. Kısa süreli (bir gün)
 - b. Orta süreli (bir ile yedi gün arasında)
 - c. Uzun süreli (yedi gün veya yedi günden daha fazla)

5. Düzey

- a. Lisans
- b. Lisansüstü
- c. Hizmet içi ya da sürekli mesleki eğitim

Mesleklerarası eğitim çıktılarına göre yapılan sınıflama (Barr ve ark., 2000):

1. Katılımcı tepkileri (katılımcıların öğrenme deneyimleri ve programdan duydukları memnuniyet)
2. Bilgi, beceri ve tutum edinme (karşılıklı tutum veya algılarda meydana gelen değişiklikler; meslekler arası iş birliği kavramlarının, prosedürlerinin ve ilkelerinin edinilmesi)
3. Davranış değişiklikleri (öğrenme ortamından mesleğe aktarılan davranışsal değişiklik)
4. Organizasyonel uygulamadaki değişiklikler (Organizasyondaki geniş boyutlu değişiklikler, bireysel ve toplumsal sağlıktaki iyileşmeler)

2.6.10. Mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk

Mesleklerarası eğitim programlarının planlanıp uygulanmasından önce katılımcıların MAÖ'ye hazırbulunuşluklarının tespit edilmesi program içerisindeki herkes açısından oldukça önemlidir. Eğitim öncesinde mesleklerarası eğitime yönelik olumlu tutum geliştirenlerin program çıktılarında mesleklerarası eğitimden daha olumlu fayda sağladıkları görülmüştür. Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk düzeyleri arasındaki farkın, eğitim programlarında sunulan farklı yöntemlerden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Alruwaili ve ark., 2020; Dener ve Elçin, 2020).

2.7. Tutum

2.7.1. Tutum kavramı

Latince “aptus” kelimesinden türemiş tutum sözcüğünü Türk Dil Kurumu tarafından “tutulan yol, tavır” olarak tanımlamaktadır (“<https://sozluk.gov.tr/>”, Erişim tarihi: 5 Mayıs 2021). Tutum; bir insana, olaya ya da objeye karşı oluşturulan aynı biçimde olumlu ya da olumsuz davranmayı sağlayan, beğenme ya da beğenmeme durumlarını içeren öğrenilmiş bir eğilimdir. Düşünce, duygu ve eylemlerle ortaya çıkabilir (Nyirenda ve Mukwato, 2016).

Farklı açılardan ele alınan tutumun psikolojide kavramsal olarak tüm objelere karşı gösterilen tepkiler üzerindeki etkin güç ve yaşantı yoluyla organize zihinsel ve sinirsel hazır olma hali olarak tanımlanmıştır. Toplumsallaşma süreci ile ilişkilendirildiğinde bu tanım; obje, sembol veya olayı olumlu ya da olumsuz değerlendirme yönelimi olarak tanımlanmıştır (İnceoğlu, 2010).

Tutum; bireylere, olaylara veya nesnelere karşı geliştirilen deneyimler sonucunda uzun süreli ve davranışsal, zihinsel ve duygusal yansımaları kapsayan duyguları ve davranışları etkileme gücüne sahip tepki eğilimleridir. Davranışları belirleyici unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Karşılaşılan uyarana karşı oluşturulan tutumu bilmek, duruma karşı sergilenecek davranışın öngörülebilmesine olanak sağlar (Karabacak ve Eskicumali, 2015).

2.7.2. Tutumu oluşturan unsurlar

Tutum birbiri içine geçebilen zihinsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç boyuttan oluşur Zihinsel boyutta gerçeklere dayanan ve bilgi hazinesini oluşturan bilgiler, duygusal boyutta yaklaşım sırasındaki gerçeklerle açıklanamayan his, davranışsal boyutta da sözlü ya da eylemle sergilenen tavır temsil edilmektedir. Zihinsel boyutta sahip olunan bilgiler, duygusal boyutta yaklaşım sırasındaki duygu, davranışsal boyutta da sergilenen tavır temsil edilmektedir. Tutumun ortaya

koyulmasında zihinsel, duygusal ve davranışsal boyutların uyum içerisinde, organize ve eşgüdömlü olması zorunludur. Bu unsurların birinde olabilecek bir değışiklik diğer unsurlar üzerinde zincirleme bir değışim oluşturabilir. Tutum olumlu ya da olumsuz olarak değıştiğinde tüm unsurlar tekrardan düzenlenir (İnceoğlu, 2010).

Diğer bir görüş, tutumu üç temel öge ile ele almaktadır; inançlar ögesi, duygusal öge ve devinimsel öge. İnançlar ögesi genel bilgi ve gerçekleri kapsar. Tutumun kararlılığını, yönünü, kesinliğini ve işaretini belirleyen tecrübe kaynaklı bilgi birikimidir. Duygusal öge bireysel farklılık gösterebilen, olumlu ya da olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilerek oluşturulan duygulardır. Duygusal ögenin baskın olduğu tutumların değışiminin daha zor olduğu ifade edilmektedir. Devinimsel öge ise belirli bir uyarana karşı eğilimlerine yansıttığı davranışlardır. Sözler ya da eylemlerle gözlemlenebilmekle birlikte değer yargıları, alışkanlıklar ve tutum ile doğrudan ilişkili olmayan davranışlardan da etkilenebilmektedir (Şimşek ve ark., 2001; İnceoğlu, 2010).

2.7.3. Tutum kriterleri

Geniş bir alanı kapsamasına rağmen tutumun, bütün davranışların kaynağı olarak ilişkilendirilmesinin mümkün olamayacağı belirtilmiştir. İçgüdüsel davranışlar bu durumun en önemli örneği olarak ifade edilmiştir. Tutumu farklı kılan, diğer düşünce ve davranışlardan ayıran kriterler belirlenmiştir (İnceoğlu, 2010):

1. Zaman içerisinde oluşur, doğuştan sahip olunmaz.
2. Uzun süreli bir durumdur.
3. Düzenli ve tutarlı bir ilişkidir.
4. Birey ile birey, obje, olay arasında güdülenme süresi mevcuttur.
5. Çok sayıda unsurun eşgüdümü ve organizasyonu gereklidir.
6. Bireysel kazanımı belirleyen unsurlar, toplumsal kazanımda da geçerlidir.

2.7.4. Tutumun fonksiyonları

Tutumun; bireysel ve toplumsal olarak faydasının olduğu düşünölen fonksiyonları “araçsal”, “ego savunmacı”, “değer ifade edici” ve “bilgi birikimi sağlayıcı” şeklinde belirtilmektedir (İnceoğlu, 2010).

Araçsallık fonksiyonu: Gereksinimlerin giderilmesi, hedefe ulaşma amacıyla faydalı ya da zararlı olduğu düşünölen insan, obje, olaylara karşı olumlu ve olumsuz, uyumlu ya da uyumsuz bir şekilde oluşturulan tutumu kapsar.

Ego savunmacı fonksiyonu: Temel değerleri ve karakteri koruyan savunma mekanizmasıdır. İnkâr ya da çarpıtma yolu ile gerçekleşebilir. İnkâr durumunda kendini baskılayarak durumu yok sayar. Çarpıtma durumu bilgi eksikliği ya da önyargı kaynaklı algılama seviyesinin değışmesi sonucu ortaya çıkar.

Değer ifade edici fonksiyonu: Temel değerlerin uyumu ile kabul ve ödöl amacı güdülmeksizin kimlik onayı sonucundaki manevi ödöl amacı taşıyan işlevdir.

Bilgi birikimi sağlayıcı fonksiyonu: Bilgi sahibi olunmayan konular hakkında da tutum geliştirilebilir. Konuya ilişkin değışen bilgi birikimi ile paralel tutum da değışebilir. Sadece mevcut bilgi birikimiyle nadir de olsa tutum oluşturulabilir. Bilgi edinme ve bilgiyi anlamlandırma gereksinimlerine dayanır (Baysal, 1981; İnceoğlu, 2010).

2.7.5. Mesleki tutum

Aynı mesleği yapan kişiler duygusal, düşünsel ve psikolojik yüklenmelerde bulunarak ortak davranışlar ortaya koymaktadır. Zamanla bu davranışlar mesleki tutuma dönüşmektedir. Mesleğe yüklenilen değer, inançlar tutumun şekillenmesinde ve değışmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Ortak davranışların mevcudiyeti bireylerin tutum düzeylerinin aynı olduğunu göstermemekte, tutumdaki ortak noktaları ifade etmektedir (Zencir ve Eşer, 2016; Gol, 2018).

Mesleğin eğitim yılları, meslek icrasının ilk yıllarında mesleğe yönelik olumlu tutuma sahip olmak profesyonel statüde birçok unsuru da olumlu etkilemektedir. Mesleki tutum çeşitli nedenlerden dolayı olumsuz etkilenebileceği için eğitim ile olumlu yöntem geliştirilebilmektedir. Sunulan hizmet kalitesi ve mesleki profesyonel statü, mesleğe yönelik tutum ve meslek üyesinin profesyonel kimliği ile yakından ilişki içindedir. Bu açıdan mesleki tutum sadece bireysel performans üzerinde değil mesleki imajı da etkileyen önemli bir nosyon olarak karşımıza çıkmaktadır (Tarhan ve ark., 2016; Zencir ve Eşer, 2016).

2.8. İletişim ve İletişim Becerileri

2.8.1. İletişim kavramı

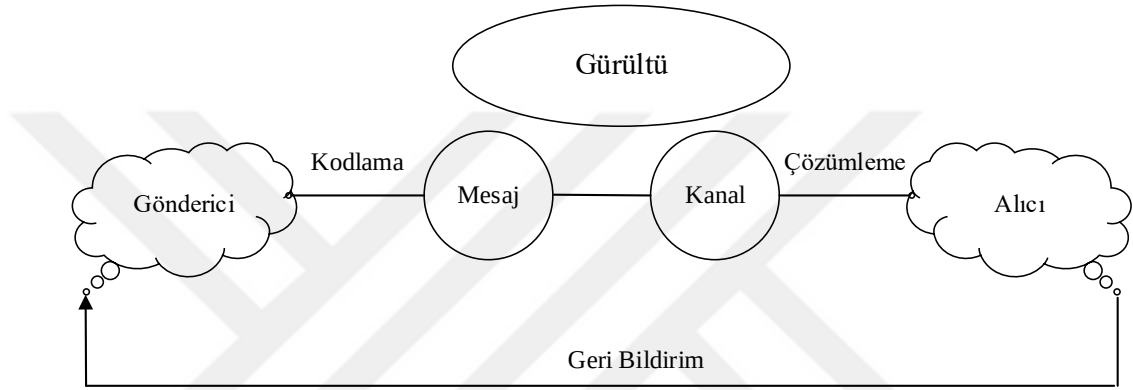
Kavramsal olarak iletişim ile ilgili çok sayıda tanım yapılabilmektedir. Bunun nedeni olarak iletişimin sürekli dinamik bir süreç ve sistem olması gösterilebilmektedir (Okay, 2016). Kısaca “ileti alışverişi” olarak tanımlanabilen iletişim; bir duygu, düşünce veya bilgiyi simgesel yol ile aktarma sürecidir. Kaynaktan gönderilen mesajın kanal aracılığı ile alıcıya ulaştırılması, kültürün paydaşlarına dağıtımı, bireysel ya da toplumsal ilişkiyi yayma süreci olarak daha genel anlamda tanımlanabilmektedir (Karcı, 2010). Bir başka iletişim tanımı; bireysel ya da kurumsal paydada, ortak paylarda anlaşma ve uzlaşma amacıyla duygu, düşünce ve bilgi aktarımını içermektedir (Şimşek ve ark., 2001).

İletişim kavramı; farklı disiplinler tarafından birbirlerinden farklı tanımlanmıştır. Sosyal bilimciler kültür oluşumu ve aktarımı, fizik alanında çalışan bilim insanları bilgi kuramı, psikologlar bireysel ve toplumsal ilişkiler ve etkileşimler açısından iletişimi ele almışlardır (Karcı, 2010).

2.8.2. İletişim süreci

İletişim bir süreçtir ve gerçekleştirilmesinde çeşitli yöntem ve araçlar kullanılmaktadır. İletişim sürecini oluşturan temel öğeler; gönderici, mesaj, kanal, alıcı, geri bildirim ve gürültüdür (Şekil 1).

Şekil 2: İletişim sürecini oluşturan temel öğeler



Gönderici; iletişim sürecini başlatan, mesajı oluşturan ve oluşturulan mesajı alıcıya ulaştıran kişidir. Kaynak olarak da tanımlanabilir. Sağlıklı bir iletişim sürecinin başlatılabilmesi için göndericinin yeterli bilgi sahibi, etkili konuşma ve dinlemeyi bilmeli ve aynı zamanda güvenli bir ortam oluşturması gerekmektedir (Karcı, 2010).

Mesaj; göndericinin alıcıya yazılı, sözlü, görsel veya işitsel semboller ile iletmek istediği duygu, düşünce ya da bilgidir. Sürecin sağlıklı sürdürülebilmesi için mesajın; alıcıya doğru ve net, yanlış ve yanıltıcı içerikten uzak, anlaşılır bir şekilde iletilmesi gerekmektedir (Karcı, 2010).

Kodlama, iletilmek istenen mesajın sembolik olarak ifade edilmesidir. Ses, işaret, kelime, metin, görsel, eylem, hareket gibi semboller kullanılabilir (Okay, 2016).

Kanal, gönderici ve alıcı arasında yer alan ve sembolleşmiş mesajın alıcıya ulaşacağı yoldur. İletişimde iletilmek istenen mesaj ile kullanılacak kanal arasında sıkı bir bağ bulunmaktadır. Kanal seçiminde iletişimin amacı, alıcı ve iletişim kurulan ortamın

özellikleri belirleyici bir rol üstlenmektedir. Kısa ve doğrudan olarak seçilen kanal, iletişimin sağlığı ve etkinliğini olumlu etkilemektedir (Karcı, 2010).

Alıcı; göndericinin mesajını iletmek istediği kişi, grup ya da toplumdur. Mesajın tarafsız, önyargılardan uzak anlamlandırılması; alıcının bilgi seviyesi, deneyimleri ve anlayış becerileri iletişimin başarısını belirlemektedir. Mesaj alındıktan sonra alıcı; çözümleme, benimseme, tepki verme ya da durumunu koruma olarak eylemlerde bulunmakta göndericiye mesajın anlamlandırılma biçimini yansıtmaktadır (Karcı, 2010).

Çözümleme, gönderici tarafından iletilen mesajın alıcı tarafından değerlendirilmesi ve anlaşılır hale getirilmesidir. Mesajın anlamlandırılması çözümleme aşamasında olmaktadır (Karcı, 2010).

Geri bildirim, gönderilen mesaja alıcının tepkisidir. Geri bildirim iletişimde oldukça önemlidir. İletişimin sürdürülmesi, içeriği ve süresi sadece geribildirim ile belirlenebilmektedir. Geri bildirim ayrıca, göndericinin mesajını kontrol ederek tekrar iletmesine olanak sağlamaktadır (Pamukcu, 2020).

Gürültü, iletişim sürecinin her aşamasında karşılaşılabilen engellerdir. Mesajın anlamını zayıflatan ya da ortadan kaldıran durumlardır. İletişim sürecinin tamamını ya da bir bölümünde karşılaşılabilmektedir. Gürültünün minimuma indirilmesi iletişimi daha sağlıklı ve etkili kılmaktadır (Düşükcü, 2003).

2.8.3. İletişim türleri

Yer ve durum ayırt edilmeksizin insanın olduğu her alanda iletişim süreci yaşanmaktadır. Psikoloji bilimi iletişimi dört gruba ayırmıştır. Bu gruplar kişi içi iletişim, kişiler arası iletişim, örgüt iletişimi ve kitle iletişimidir. Kişi içi iletişim; kişinin kendi içine dönük düşünce, duygu, iç gözlem ya da içinden mesaj alması, kendine sorular sorması, cevaplar üretmesi veya her türlü iç iletişimidir. Kişinin kendisiyle, kendi kendine kurduğu iletişimdir. Gönderici ve alıcının farklı kişiler olduğu iletişim ise kişiler arası iletişimdir. Örgüt çalışanlarının, örgüt içi ya da dışı ile resmi olarak oluşturdukları iletişim örgüt iletişimi olarak ifade edilmektedir. Geniş

insan topluluklarına mesajların iletilmesi amacıyla yayımlanması süreci kitle iletişimidir (Karcı, 2010).

2.8.4. İletişim becerileri

İletişimin başlatılması ve sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için dikkat edilmesi gereken unsurlar ve beceriler gerekmektedir (Eren, 2012).

1. Mesaj güdüleyici olmalıdır
2. İletişime uygun bir ortam sağlanmalıdır.
3. Daha öncesinde kullanılan etkisiz yöntem ve araçlar kullanılmamalıdır.
4. Sosyal etkileşim alanı geniş olmalıdır.
5. Gönderici, kendi durumunu ve alıcıyı iyi bilmelidir.
6. Yapaylıktan uzak olunmalıdır.
7. Mesaj açık ve net verilmelidir.
8. Aşırı denetleyici olunmamalı, önyargıdan ve korkutucu ifadelerden kaçınılmalıdır.

Kurum ve kuruluşlarda, örgütsel iletişimde dikkat edilmesi gerekenler farklılaşmaktadır (Adıgüzel, 2005).

1. Kelimelerle birlikte jest ve mimiklerin de kullanılmasına dikkat edilmelidir.
2. Gereken yerlerde terimler açıklanmalı, gereksiz açıklamalardan kaçınılmalıdır.
3. Alıcı, göndericiyi dikkatle dinlemeli; iletişim akışına göre anlamlandırıp çıkarımlar yapmalıdır.
4. Yumuşak bir dil tercih edilmelidir.
5. Geri bildirimler anlık olarak verilmelidir.
6. Sosyal havayı bozmadan gürültüler en aza indirilmelidir.

2.8.5. Sağlık iletişimi

Sağlık ve iletişim kavramlarının bir araya gelmesi son yıllarda üzerinde durulan bir konu olmuştur. Son kırk yıldır Amerika Birleşik Devletleri'nde gündemde olan bu konudan son zamanlarda ülkemizde de bahsedilmeye başlamıştır (Koçak ve Bulduklu, 2010). Sağlık iletişimi; sağlıkla ilgilenen kişi ya da grupların iletişimini kapsamaktadır (Okay, 2016). Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili oluşan ve sağlığın geliştirilmesi amacı güden iletişimlerdir (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulmasında, koruyucu sağlıkta ve tedavilerde, sağlık bakım kalitesinde ve eğitim içeriklerinde sağlık iletişimi sık sık kullanılmaktadır. Sağlıkla ilişkili bilgiye erişme de sağlık iletişimi kapsamı içerisindedir. Etkili bir sağlık iletişimi ile farkındalık kazandırma, olumlu sağlık davranışı geliştirme, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Bireysel ve toplumsal sağlığın iyileştirilmesini hedefleyen sağlık iletişimi; bireysel düzeyde sağlık profesyoneli ile hasta, sağlık profesyonellerinin kendi arasında gerçekleşebilmektedir (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Sağlık profesyonellerinin mesleki bilgi ve birikimleri, hasta ve hasta yakınlarına göre daha fazla olması beraberinde bazı sorunları da getirmektedir. Bu sebeple bütüncül değerlendirmeler ile iletişim kurulması; sağlık hizmet kalitesi, sağlığın geliştirilmesi ve hasta memnuniyeti üzerinde olumlu sonuçlar doğuracaktır (Koç, 2014) .

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma; Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü’nde Mart-Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma prospektif ve tanımlayıcıdır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın **evrenini** Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans bölümü öğrencileri oluşturmaktadır. **Örneklem;** *Kolayda Örnekleme Yöntemi* ile Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Lisans Bölümü öğrencilerinden dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrenciler olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin mesleğe yönelik tutumları mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğu etkiler.

H2: Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin iletişim becerileri mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğu etkiler.

H3: Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin yaş, cinsiyet, sınıf gibi faktörleri mesleğe yönelik tutumlarını etkiler.

H4: Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin yaş, cinsiyet, sınıf gibi faktörleri mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğu etkiler.

H5: Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin yaş, cinsiyet, sınıf gibi faktörleri iletişim becerilerini etkiler.

H6: Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?

H7: Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin mesleğe yönelik tutumları nedir?

H8: Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin iletişim becerisi düzeyleri nedir?

3.5. Araştırmaya Alınma Ölçütü ve Dışlanma Ölçütü

Araştırmamıza *Alınma Ölçütü* Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans bölümü öğrencisi ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ederek onam verme; *Dışlanma Ölçütü* ise çalışma anketi sorularından en az birinin cevapsız bırakılması olarak kararlaştırıldı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin elde edilmesinde; COVID-19 pandemisi nedeni ile *Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu* ve tanımlayıcı özelliklere (yaş, cinsiyet, eğitim dönemi ve daha önce almış oldukları eğitimler) ek olarak *İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ)*, *Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk (MÖH) Ölçeği* ve *Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği*'ni (FMYTÖ) içeren çevrimiçi bir form Google Formlar aracılığı ile kullanıldı (Ek 1). Eğitim dönem temsilcileri tarafından öğrencilere iletildi. Veriler 24.03.2021- 07.04.2021 tarihleri arasında toplandı. Bu tarihten sonra form erişime kapatıldı.

3.6.1. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ)

İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği, Korkut tarafından iletişim becerilerini değerlendirmek gayesiyle geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme türündedir. Toplam 25 maddeden oluşan ve beşli likert tipinde olan bu ölçeğe “1= hiçbir zaman, 2= nadiren, 3= bazen, 4= sıklıkla, 5= her zaman” seçeneklerinden oluşan cevaplar verilmektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 25, en yüksek puan ise 125’tir ve alınan puan arttıkça kişinin kendisinin bildirdiği iletişim becerisi artmaktadır (Korkut, 1996). Ölçeğin geçerlilik özelliği analizinde, temel bileşenler ve eğik döndürme ile Açıklayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin örneklem sayısının yeterliği değeri 0,956; Barlett Küresellik Testi ki-kare değeri 6633,511 ve anlamlılık düzeyi 0,000; Faktör analizinde geçerlilik %64,201 ve Cronbach’s Alpha Katsayısı 0,972 olarak bulunmuştur (Pamukcu, 2020).

Ölçeğin kullanılması için gerekli izin yazılı olarak alındı.

3.6.2. Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk (MÖH) Ölçeği

Orijinal ölçek Parsell ve Bligh tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir (Parsell ve Bligh, 1999). McFadyen ve arkadaşları 2005 yılında ölçeği tekrar düzenlenmiştir (McFadyen ve ark., 2005). Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği 19 maddeden oluşan ve “1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum ve 5= Kesinlikle Katılıyorum” ifadelerini içeren beşli likert tipinde bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 135’tir. Ekip çalışması ve iş birliği, negatif mesleki aidiyet, pozitif mesleki aidiyet, roller ve sorumluluklar olarak dört alt boyuttan oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır (Cronbach’s Alfa Katsayıları tüm ölçekte 0,89; ekip çalışması ve iş birliği alt boyutunda 0,88; negatif mesleki aidiyet alt boyutunda 0,76; pozitif mesleki aidiyet alt boyutunda 0,81; roller ve sorumluluklar alt boyutunda 0,43). Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği, Onan tarafından 2015 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. Türkçe formda; ekip çalışması ve iş birliği, mesleki aidiyet ve roller ve sorumluluklar olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe ölçeğin

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucu Cronbach's Alfa Katsayıları tüm ölçekte 0,87; ekip çalışması ve iş birliği alt boyutunda 0,85; mesleki aidiyet alt boyutunda 0,87 ve roller ve sorumluluklar alt boyutunda 0,28 olarak saptanmıştır. Bu ölçeğin sağlık profesyonelleri mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeylerini belirlemede kullanılmasının uygun olduğu belirtilmiştir (Onan, 2015).

Ölçeğin kullanılması için gerekli izin yazılı olarak alındı.

3.6.3. Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (FMYTÖ)

2018 yılında Turhan tarafından geliştirilmiş ve 35 maddeden oluşan beşli likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte iki madde (26., 30. maddeler) dışında 33 madde “1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum ve 5=Tamamen Katılıyorum” şeklinde puanlanırken, iki maddenin puanlamasında tersine çevirme gerekmektedir. Ölçekten en düşük 35 puan, en yüksek 175 puan alınabilmektedir. Alınan puanın yüksekliği, fizyoterapistlerin mesleklerine yönelik tutumlarının olumlu yönde olduğunu ifade etmektedir. Keiser-Meyer-Olkin örneklem sayısının yeterliği değeri 0,833; Barlett Küresellik Testi ki-kare değeri 10058,592 ve anlamlılık düzeyi 0,001 olarak bulunmuştur. Üç alt boyuta (mesleki tatmin, mesleğin gerektirdiği nitelikler, mesleğe yönelik genel kaygılar) sahip ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı 0,977; alt boyutlar için Cronbach's Alfa Değerleri sırasıyla 0,966; 0,974 ve 0,957 olarak bulunmuştur. Pearson Momentler Çarpımı Katsayıları; mesleki tatmin alt boyutu için 0,96; mesleğin gerektirdiği nitelikler alt boyutu için 0,91; mesleğe yönelik genel kaygılar alt boyutu için 0,90 ve ölçeğin tümü için 0,92 olduğu ve anlamlılık düzeyi 0,001 olarak saptanmıştır (Turhan, 2018).

Ölçeğin kullanılması için gerekli izin yazılı olarak alındı.

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 İstatistik Paket Programı ile %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Normal dağılıma uygunluk One Sample Kolmogrov Smirnov ve Spiro Wilk testleri ile değerlendirildi. Veriler normal dağılım göstermediğinden non-parametrik hipotez testleri uygulandı.

Cinsiyet ve eğitim durumunu araştıran sorulara verilen cevaplara göre yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney-U testi anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

Eğitim dönemine göre yapılan karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Testin sonuçlarına göre farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı Mann Whitney-U testi ile araştırıldı. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak anlamlılık düzeyi 0,0125 olarak kabul edildi (Dört farklı grup için test yapılırken her birinin kendi alfa yanılma yüzdesi olduğundan p değeri olan 0,05 dörde bölündü).

Ayrıca yaş, FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısına (r) göre $r=0-0,2$ çok zayıf; $r=0,2-0,4$ zayıf; $r=0,4-0,6$ orta; $r=0,6-0,8$ kuvvetli; $r > 0,8$ çok kuvvetli derecede değişkenler arasında ilişki olarak alındı. MÖH skorları ile FMYTÖ ve İBDÖ skorları arasındaki ilişki için çoklu lineer regresyon analizi yapıldı.

3.8. Etik Kurul ve Çalışma İzni

Araştırma için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan 22.02.2021 tarihli 17 Protokol Numaralı Etik Kurul Onayı alındı.

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanlığı Çalışma İzni 22.03.2021 tarihli kurum onay yazısı ile sunulmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmamıza çalışmaya katılmaya gönüllü toplam 160 Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR) lisans öğrencisi katıldı. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin %68,1'i kadın, öğrencilerin yaş ortalamaları $\bar{X}= 21,03 \pm 2,14$ yıl (yaş aralığı 18-32 yıl) idi. Çalışmaya eğitim dönemlerine göre 39 FTR1, 39 FTR2, 41 FTR3 ve 41 FTR4 öğrencisi dahil edildi (Tablo1).

Tablo 1. Tüm öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	109	68,1
	Erkek	51	31,9
Dönem	FTR1	39	24,4
	FTR2	39	24,4
	FTR3	41	25,6
	FTR4	41	25,6
Yaş (yıl)	18	13	8,1
	19	27	16,9
	20	21	13,1
	21	40	25
	22	34	21,3
	23	16	10
	24	3	1,9
	25	1	,6
	26	1	,6
	28	2	1,3
	31	1	,6
	32	1	,6
Toplam		160	100

Katılımcıların eğitim dönemlerine göre cinsiyet dağılımları Tablo 2’de verilmektedir. FTR1 döneminde 27 (%69,2), FTR2 döneminde 25 (%64,1), FTR3 döneminde 30 (%73,2) ve FTR4 döneminde 27 (%65,8) kadın öğrenci vardı.

Tablo 2. Cinsiyetin eğitim dönemlerine göre dağılımı

		FTR1		FTR2		FTR3		FTR4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	27	69,2	25	64,1	30	73,2	27	65,8
	Erkek	12	30,8	14	35,9	11	26,8	14	34,2

Tablo 3. Öğrencilerin eğitim durumlarını araştıran sorulara verdikleri cevapların dağılımı

		n	%
Lisede sağlık alanı ile ilgili bir bölüm okudunuz mu?	Evet	5	3,1
	Hayır	155	96,9
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans programı öncesi başka bir lisans bölümü okudunuz mu?	Evet	7	4,4
	Hayır	153	95,6
Eğitim yaşamınız boyunca başka sağlık profesyonelleri öğrencileri ile ortak eğitim aldınız mı?	Evet	19	11,9
	Hayır	141	88,1
Mezun olduktan sonra mesleğiniz ile ilgili bir alanda çalışmak istiyor musunuz?	Evet	153	95,6
	Hayır	7	4,4

Öğrencilerin; 5'i (3,1) lisede sağlık alanı ile ilgili bir bölüm okuduğunu, 7'si (4,4) FTR lisans programından önce başka bir lisans bölümü okuduğunu, 19'u (11,9) başka sağlık profesyonelleri öğrencileri ile ortak eğitim aldığını, 7'si (4,4) mezun olduktan sonra FTR ile ilgili bir alanda çalışmak istemediğini belirtti.

Tablo 4. “Eğitim yaşamınız boyunca aşağıdaki konuları içeren herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna verilen cevapların dağılımı

	n	%
İletişim Becerileri	14	7,2
Çatışma Yönetimi	7	3,6
Duyusal Zeka	6	3,1
Empati	15	7,7
Kendini Tanıma	10	5,2
Motivasyon	19	9,8
Hiçbiri	123	63,4

“Eğitim yaşamınız boyunca aşağıdaki konuları içeren herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna öğrencilerin verdiği cevapların dağılımı Tablo 5’te gösterilmektedir. Öğrencilerin 123’ü herhangi bir eğitim almadıkları cevabını (%63,4) verdi.

Tablo 5. Eğitim dönemlerine göre FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması

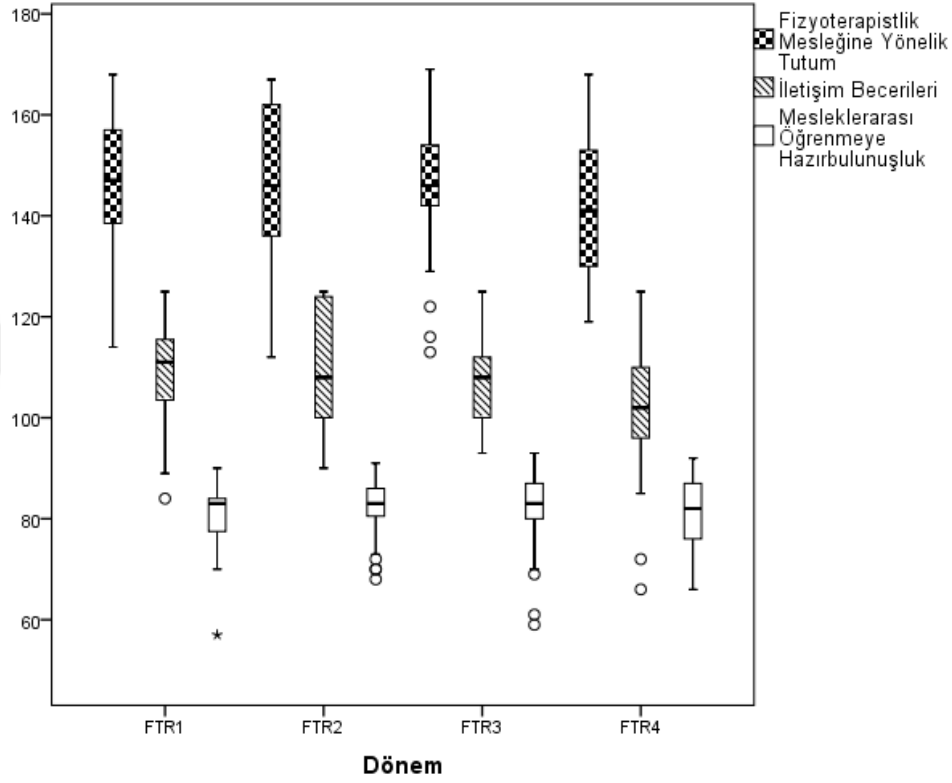
		n	Sıra Ort.	Medyan	Çeyrekler	Chi Square	p
FMYTÖ skorları	FTR1	39	87,4	147	138, 158	4,99	,172
	FTR2	39	84,76	146	135, 165		
	FTR3	41	83,63	146	140, 154		
	FTR4	41	66,76	141	130, 153		
İBDÖ skorları	FTR1	39	90,05	111	103, 116	6,123	,106
	FTR2	39	86,78	108	100, 125		
	FTR3	41	79,38	108	100, 112		
	FTR4	41	66,56	102	96, 110		
MÖH skorları	FTR1	39	72,90	83	77, 84	2,611	,456
	FTR2	39	84,49	83	80, 86		
	FTR3	41	87,7	83	79, 88		
	FTR4	41	76,74	82	75, 87		

Sıra Ort.: Sıra Ortalaması; FMYTÖ: Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği; İBDÖ: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği; MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Kruskal Wallis Testi

Öğrencilerin eğitim dönemlerine göre Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği, İletişim Becerileri Ölçeği ve Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği skorları dağılımları (Şekil 2) ve karşılaştırılması Tablo 5’te yer almaktadır.

Kruskall Wallis Testi ile yapılan analizde gruplar arası anlamlı fark bulunmadı ($p>,05$).

Şekil 2. Eğitim dönemlerine göre FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorlarının dağılımı



Tablo 6. Cinsiyete göre MÖH, İBDÖ ve FMYTÖ skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	u	z	p
MÖH	Kadın	109	89,82	1764	-3,728	,001*
	Erkek	51	60,59			
İBDÖ	Kadın	109	77,48	2450	-1,208	,227
	Erkek	51	86,96			
FMYTÖ	Kadın	109	79,42	2661,5	-,432	,666
	Erkek	51	82,81			

* $p<,001$; Sıra Ort.: Sıra Ortalaması; FMYTÖ: Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği; İBDÖ: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği; MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Mann Whitney-U

Cinsiyete göre MÖH, İBDÖ ve FMYTÖ skorları karşılaştırılmasında; cinsiyet ile MÖH skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<,001$). Kadınlarda MÖH skorlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Cinsiyet ile İBDÖ ve FMYTÖ skorları arasında anlamlı bir fark yoktu (Tablo 6).

Tablo 7. Eğitim durumlarını araştıran sorulara verilen cevapların MÖH, İBDÖ ve FMYTÖ skorları ile karşılaştırılması

Eğitim yaşamınız boyunca başka sağlık profesyonelleri öğrencileri ile ortak eğitim aldınız mı?		n	Sıra Ort.	u	z	p
MÖH	Evet	19	78,86	1108,5	-1,222	,222
	Hayır	141	92,66			
İBDÖ	Evet	19	85,66	1241,5	-,517	,605
	Hayır	141	79,8			
FMYTÖ	Evet	19	89,82	1162,5	-,934	,350
	Hayır	141	79,24			
Lisede sağlık alanı ile ilgili bir bölüm okudunuz mu?						
MÖH	Evet	5	87,7	351,5	-,354	,723
	Hayır	155	80,27			
İBDÖ	Evet	5	56	265	-1,203	,229
	Hayır	155	81,29			
FMYTÖ	Evet	5	64,1	305,5	-,805	,421
	Hayır	155	81,03			

Sıra Ort.: Sıra Ortalaması; FMYTÖ: Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği; İBDÖ: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği; MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Mann Whitney-U

Eğitim durumunu sorgulayan sorulara verilen cevaplara göre ile FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH ölçeği skorları karşılaştırması Mann Whitnet U Testi ile yapıldı (Tablo 7, Tablo 8). “Mezun olduktan sonra mesleğiniz ile ilgili bir alanda çalışmak istiyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar ile MÖH ve FMYTÖ skorları arasında istatistiki anlamlı bir

fark saptandı ($p<,05$). Mezun olduktan sonra mesleği ile ilgili bir alanda çalışmak istemeyen öğrencilerin MÖH skorlarının daha yüksek, FMYTÖ skorlarının daha düşük olduğu gözlemlendi. Verilen cevaplar ile İBDÖ skorları arasındaki fark istatistiki açıdan anlamlı değildi.

Tablo 8. Eğitim durumlarını araştıran sorulara verilen cevapların MÖH, İBDÖ ve FMYTÖ skorları ile karşılaştırılması

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans programı öncesi başka bir lisans bölümü okudunuz mu?		n	Sıra Ort.	u	z	p
MÖH	Evet	7	67,43	444	-,765	,444
	Hayır	153	81,1			
İBDÖ	Evet	7	55,21	358,5	-1,478	,139
	Hayır	153	81,66			
FMYTÖ	Evet	7	68,71	453	-,689	,491
	Hayır	153	81,04			
Mezun olduktan sonra mesleğiniz ile ilgili bir alanda çalışmak istiyor musunuz?						
MÖH	Evet	153	78,51	231,5	-2,543	,011*
	Hayır	7	123,93			
İBDÖ	Evet	153	81,02	456,5	-,660	,509
	Hayır	7	69,21			
FMYTÖ	Evet	153	82,90	169	-3,059	,002*
	Hayır	7	28,14			

* $p<,05$; Sıra Ort.: Sıra Ortalaması; FMYTÖ: Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği; İBDÖ: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği; MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Mann Whitney-U

Eğitim dönemlerine göre MÖH altboyut skorları karşılaştırmasında “roller ve sorumluluklar” alt boyutu ile dönemler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlendi ($p<,05$). “Ekip çalışması ve iş birliği” ve “Mesleki aidiyet” alt boyutları ile dönemler

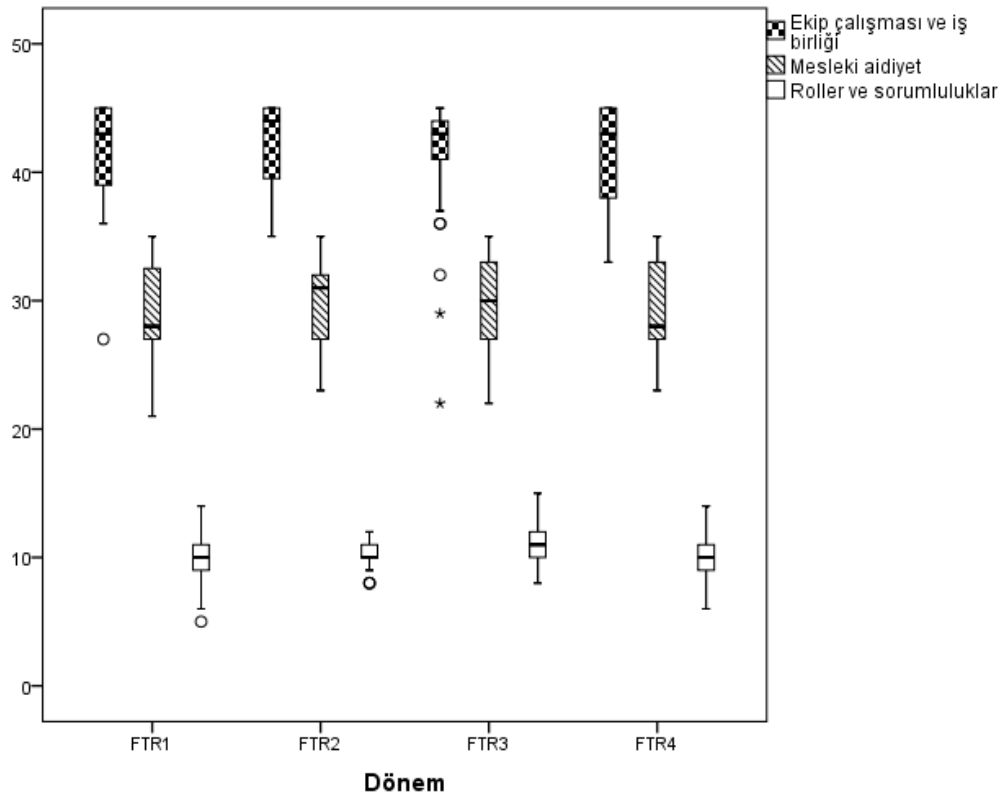
arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 9). Eğitim dönemlerine göre MÖH alt boyut skorları dağılımı Şekil 3'te bulunmaktadır.

Tablo 9. MÖH alt boyutlarının eğitim dönemlerine göre karşılaştırılması

MÖH Alt Boyutları	n	Sıra Ort.	Medyan	Çeyrekler	Chi Square	p
Ekip çalışması ve iş birliği	FTR1	39	77,33	43	1,553	,670
	FTR2	39	84,76	44		
	FTR3	41	83,63	43		
	FTR4	41	66,76	43		
Mesleki aidiyet	FTR1	39	90,05	28	,498	,919
	FTR2	39	86,78	31		
	FTR3	41	79,38	30		
	FTR4	41	66,56	28		
Roller ve sorumluluklar	FTR1	39	72,90	10	13,780	,003*
	FTR2	39	84,49	10		
	FTR3	41	87,7	11		
	FTR4	41	76,74	10		

*p<,05; Sıra Ort.: Sıra Ortalaması; MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk
Kruskal Wallis Test

Şekil 3. Eğitim dönemlerine göre MÖH alt boyutlarının dağılımı



Eğitim dönemlerine göre MÖH “roller ve sorumluluklar” alt boyutu arasındaki anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklandığı Mann Whitney-U testi ikili karşılaştırmaları ile saptandı (Tablo 10). Bonferroni düzeltmesi yapılarak yeni anlamlılık düzeyi 0,0125 olarak kabul edildi. Roller ve sorumluluklar alt boyut skorlarında; FTR1 ile FTR3 öğrencileri arasında ve FTR3 ile FTR4 öğrencileri arasındaki farkların FTR3 lehine anlamlı olduğu gözlenirken ($p < 0,0125$) diğer dönemler arasındaki ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 10. Roller ve sorumluluklar alt boyutunun eğitim dönemlerine göre karşılaştırılması

		n	Sıra ort.	u	z	p
Roller ve sorumluluklar	FTR1	39	34,44	563	-2,038	,042
	FTR2	39	44,56			
	FTR1	39	32,15	474	-3,2	,001*
	FTR3	41	48,44			
	FTR1	39	38,81	733,5	-,647	,517
	FTR4	41	42,11			
	FTR2	39	35,51	605	-1,96	,05
	FTR3	41	45,24			
	FTR2	39	43,94	665,5	-1,337	,181
	FTR4	41	37,23			
	FTR3	41	48,38	558,5	-2,675	,007*
	FTR4	41	34,62			

* $p < 0,0125$; Sıra Ort.: Sıra Ortalaması
Mann Whitney-U

Tablo 11. Yaş ile FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorları arasındaki korelasyon

		Medyan	Çeyrekler	r	p
Yaş (yıl)	FMYTÖ	145	135, 155	-,249	,002*
	İBDÖ	108	100, 115	-,246	,002*
	MÖH	83	77, 86	-,008	,917

* $p < ,05$; r: Spearman Korelasyon Katsayısı; FMYTÖ: Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği; İBDÖ: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği; MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk

Öğrencilerin yaşları ile FMYTÖ skorları arasında negatif yönlü zayıf dereceli ($r = -,249$; $p < ,05$) ve İBDÖ skorları arasında negatif yönlü zayıf dereceli ($r = -,246$; $p < ,05$) anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 11).

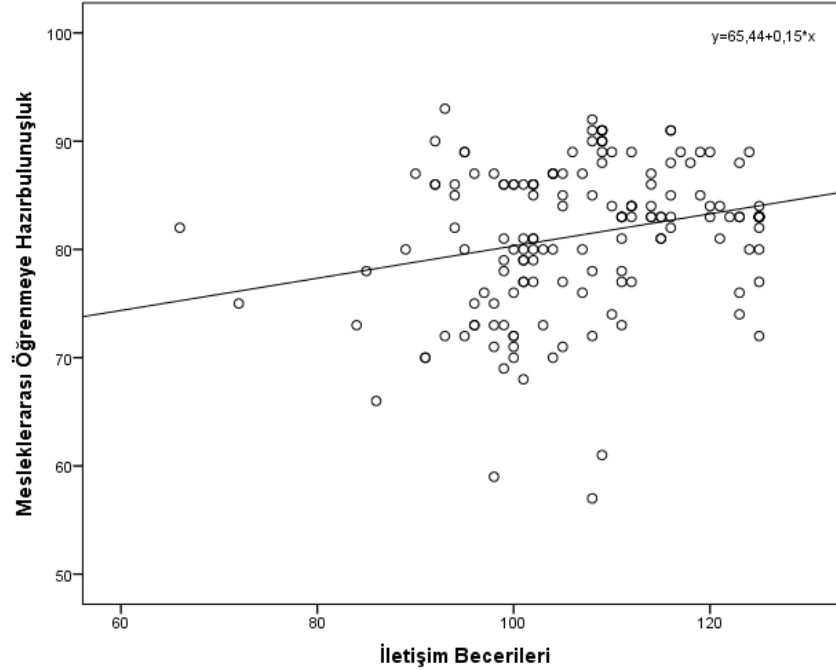
Tablo 12. FMYTÖ, İBDÖ ve MÖH skorlarının korelasyonu

	Medyan	Çeyrekler	FMYTÖ		İBDÖ		MÖH	
			r	p	r	p	r	p
FMYTÖ	145	135, 155			,55	,001*	,36	,001*
İBDÖ	108	100, 115	,55	,001*			,24	,002**
MÖH	83	77, 86	,36	,001*	,24	,002*		

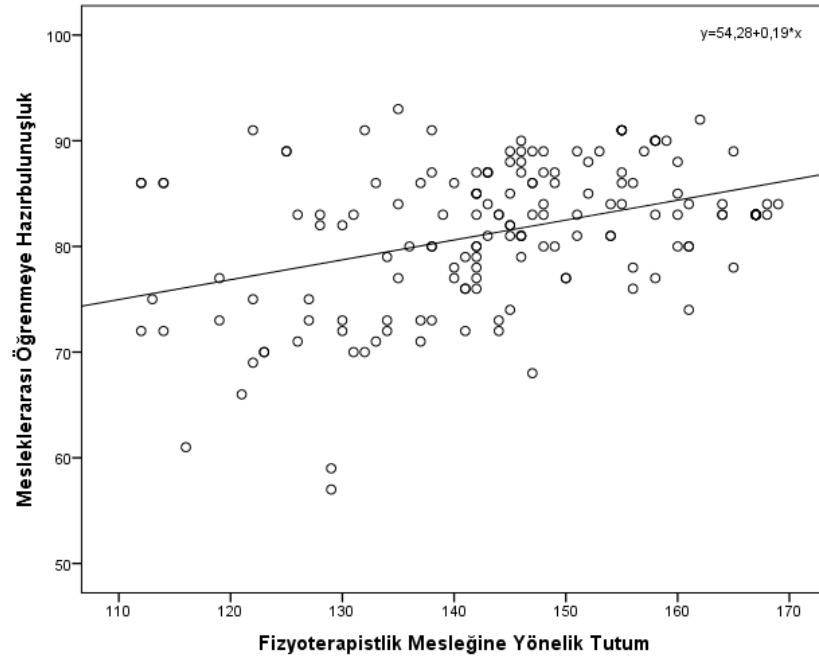
*p<.001; **p<.05; r: Spearman Korelasyon Katsayısı; FMYTÖ: Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği; İBDÖ: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği; MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk

Spearman Korelasyon analizine göre MÖH skorları ile FMYTÖ skorları arasında pozitif yönlü, zayıf dereceli ($r=.36$; $p<.001$) (Şekil 4); MÖH skorları ile İBDÖ skorları arasında pozitif yönlü zayıf dereceli ($r=.24$; $p<.05$) (Şekil 5) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Ayrıca FMYTÖ skorları ve İBDÖ skorları arasında pozitif yönlü, orta dereceli ($r=.55$; $p<.001$) (Şekil 6) bir ilişki mevcuttu (Tablo 12).

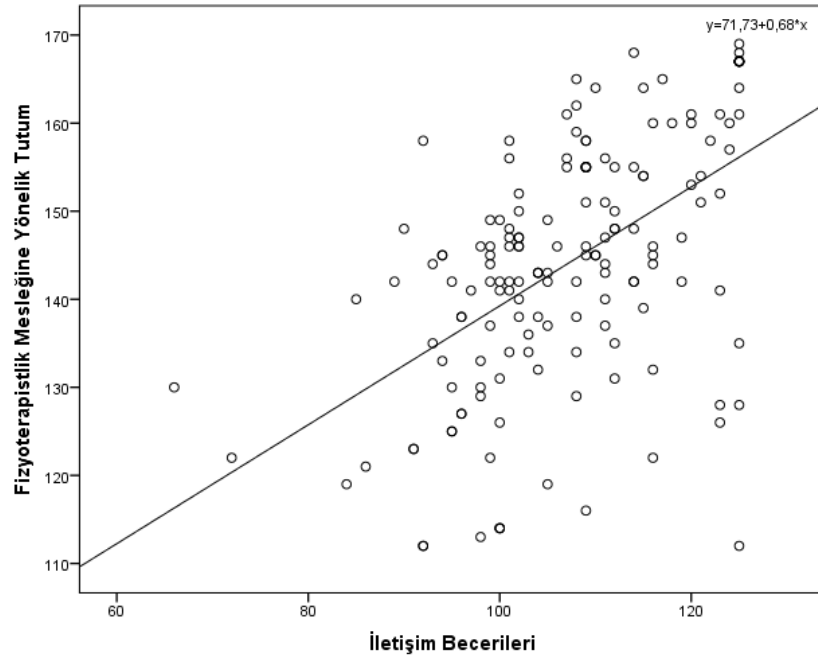
Şekil 4. MÖH skorları ile FMYTÖ skorları arasındaki ilişki



Şekil 5. MÖH skorları ile İBDÖ skorları arasındaki ilişki



Şekil 6. FMYTÖ skorları ile İBDÖ skorları arasındaki ilişki



Tablo 13. MÖH skorları ile FMYTÖ ve İBDÖ skorları arasındaki regresyon analizi sonuçları

	B	SH	β	t	R	R ²	R ² düzeltilmiş	p
Sabit	52,88	5,61		9,41				
FMYTÖ	,17	,042	,36	4,21	0,39	0,16	0,15	,001*
İBDÖ	,031	,052	,051	,051				,559

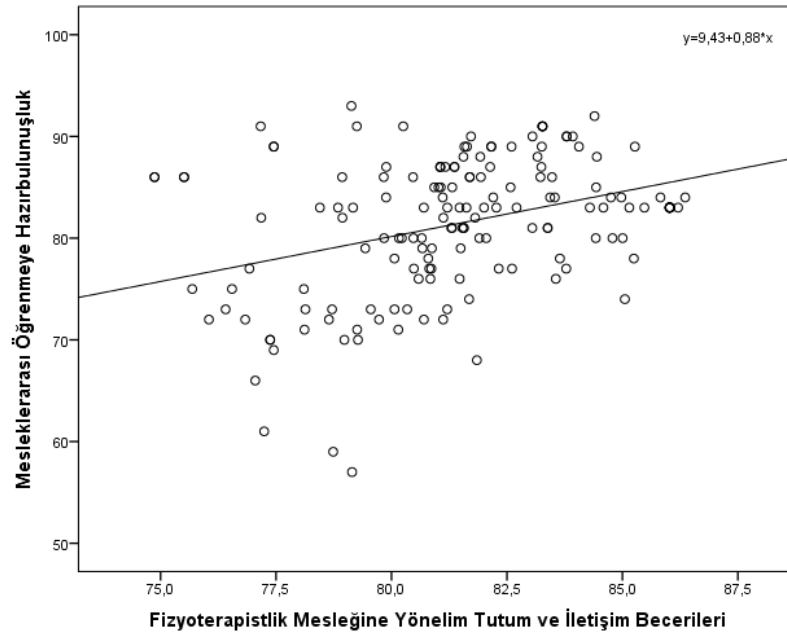
*p<,001; B: Standartize edilmemiş β ; SH: Standart Hata; R: regresyon Katsayısı; FMYTÖ: Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği; İBDÖ: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği; MÖH: Mesleklerarası Öğrenmeye

Hazırbulunuşluk

Çoklu doğrusal regresyon

Anlamlı bir regresyon modeli (Şekil 7) ve MÖH skorlarındaki varyansın %15'inin FMYTÖ ve İBDÖ skorları tarafından açıklandığı bulundu. Buna göre mesleki tutumun mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğu olumlu ve anlamlı yönde etkilediği belirlendi (R^2 düzeltilmiş= .15, $p<.001$) (Tablo 13).

Şekil 7. Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum ve İletişim Becerilerinin Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Üzerine Etkisi



5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği, sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşim, kaliteli sağlık hizmeti sunumu sorunları **mesleklerarası eğitim ve öğrenmeyi** ön plana çıkarmaktadır. Mesleklerarası eğitimin çok farklı yapıları, eğitim programları öncesi mesleki kültürler içerisindeki farklılıkların ve eksikliklerin saptanmasını gerektirmektedir. Araştırmamızda; Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans öğrencilerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk, mesleğe yönelik tutum ve iletişim becerileri düzeylerinin ölçülmesi ve aralarındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Çalışmamız sonucunda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Lisans Bölümü öğrencilerinin Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği toplam puanları tavsiye edilen ölçek kesim puanının (60 puan) üzerinde bulundu. Bu sonuç, FTR öğrencilerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulundukları anlamına gelmektedir.

Mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğun disiplinlere göre farklı gerçekleştiği; bu farklılığın ülkelerin kültürü, eğitim süresi ve içeriği, mesleki kültür ve sağlık ekibi gibi değişkenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin en yüksek mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunan sağlık mesleklerinden biri olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Judge ve arkadaşlarının çalışmasına; tıp, diş hekimliği, fizyoterapi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, hemşirelik ve eczacılık öğrencileri dahil edilmiştir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin; MÖH skorlarına göre en yüksek puan alan gruplardan biri olduğu bulunmuştur (Judge ve ark., 2015). Özata ve Kılıkçier'in yapmış olduğu çalışmada da Judge ve arkadaşlarının çalışmasına benzer biçimde İngilizce tıp, Türkçe tıp, diş hekimliği, eczacılık, fizyoterapi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, çocuk gelişimi, dil konuşma terapisi, ergoterapi, odyoloji ve hemşirelik

öğrencileri arasında fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencileri ile birlikte hemşirelik ve beslenme ve diyetetik öğrencilerinin en yüksek MÖH skorlarına sahip gruplar olduğu bildirilmektedir (Özata ve Kılıkçier, 2021). de Oliveira ve arkadaşları tıp, diş hekimliği, beslenme ve diyetetik, eczacılık, hemşirelik, beden eğitimi, psikoloji, sosyal hizmetler ve fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencileri ile yürüttükleri çalışmada; eğitimin ilk ve son senesine ait MÖH skorlarını karşılaştırmış, eğitimin son senesindeki fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin MÖH skorları ortalamasının diğer sağlık profesyonelleri öğrencilerine kıyasla en yüksek skor olduğunu belirtmişlerdir (de Oliveira ve ark., 2018). Bu çalışmanın aksine çalışmamızda eğitim dönemleri ile MÖH skorları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak çalışmamızda ilgili literatüre paralel olarak FTR öğrencilerinin MÖH skorlarının yüksek olduğu görüldü. Yine çalışmamızda, FTR öğrencilerinin MÖH skorları ortalama ve ortanca değerlerinin literatürde yer alan çalışmalardan daha yüksek olduğu gözlemlendi. (Judge ve ark., 2015; de Oliveira ve ark., 2018; Özata ve Kılıkçier, 2021)

Mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk ile yaş ve cinsiyet arasındaki ilişkiye göre bakılmış çalışmaların sonuçları birbirinden farklı sonuçlar bildirmektedir. Bizim çalışmamızda cinsiyete göre MÖH skorları; kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulundu. Çalışmamızın aksine Keshtkaran ve arkadaşlarının araştırmalarının sonucunda cinsiyet ile MÖH Ölçeği skorları arasında anlamlı bir fark yoktu (Keshtkaran ve ark., 2014). Özata'nın araştırma sonuçları da Keshtkaran'ın araştırma sonuçları ile benzerlik göstermekteydi (Özata, 2018). Literatürde çalışmamız sonuçlarını destekler araştırmalar yer almaktadır. Talwalkar ve arkadaşları kadın öğrencilerin MÖH skorlarının erkek öğrencilere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğunu göstermiştir (Talwalkar ve ark., 2016). Judge ve arkadaşları da çalışmalarında kadınlar lehine anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır (Judge ve ark., 2015). Wong ve arkadaşlarının araştırmasında kadın öğrencilerin MÖH skorlarının erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğunu kanıtlamıştır (Wong ve ark., 2017).

Cinsiyete göre MÖH'ün farklılık göstermesi, iletişim becerileri ve mesleğe yönelik tutum ile açıklanamamıştır. Literatürde de bu anlamlı farkı açıklayan faktörlerin ortaya koyulamaması nedeniyle bu konuya açıklık getirecek araştırmalar önerilmektedir.

Çalışmamızda, öğrencilerin yaşları ile MÖH skorları arasında bir ilişki saptanmadı. Al-Qahtani, Judge ve arkadaşları, Özata'nın çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiş, öğrenci yaşları ile ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (Judge ve ark., 2015; Al-Qahtani, 2016; Özata, 2018). Bu çalışmaların aksine, Wong ve arkadaşlarının çalışmasında artan yaş ile MÖH skorlarının arttığı belirtilmiştir (Wong ve ark., 2017).

Literatürde öğrencilerin sağlık hizmetleri ekiplerinde etkili bir şekilde ekip çalışması ve iş birliği geliştirmelerini sağlayıcı iletişim becerilerinin yüksek öneme sahip olduğu gösterilmiştir. Brock ve arkadaşları araştırmaları sonucunda hasta güvenliğini sağlamada ekip iletişimi ve iletişim becerilerinin önemini vurgulamıştır (Brock ve ark., 2013). Bell ve arkadaşları iletişim becerileri eğitimini, iş birliği açısından olumlu tutum oluşturan ve mesleklerarası eğitimde değerli bir fırsat olarak tanımlamışlardır (Bell ve ark., 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün mesleklerarası eğitim ile ilgili yayımladıkları rehberde iletişim becerilerinin; takım çalışması ve mesleklerarası eğitim için çekirdek öneme sahip olduğuna yer verilmektedir (World Health Organization, 2010). Çalışmamızda da ilgili literatüre benzer şekilde iletişim becerileri ile mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk arasında anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptandı.

McLeod ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına göre sağlık ekibiyle ilgili teorik eğitim verilen FTR ve hemşirelik öğrencilerinde MÖH olumlu gelişim göstermektedir (McLeod ve ark., 2018). Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencileri, eğitimleri sırasında temel tıp bilimleri ve psiko-sosyal bilimler içerikleriyle verilen derslerin katkısı ile ilgili meslek grubu ve alanını tanımaktadır. Bu farkındalıkları, fizyoterapi lisans öğrencilerin diğer sağlık profesyoneli öğrencileri ile etkileşime geçme ve iş birliği

yapma isteklerini pozitif yönde etkilemektedir. Çalışmamıza katılan fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulundukları sonucu, mevcut eğitim sistemi içerisinde verilen teorik eğitimin yeterli olmasına bağlanabilir. Verilen eğitim; etkin iletişim becerileri kullanımı yoluyla diğer sağlık profesyoneli öğrencileri ile etkileşime geçmeyi kolaylaştırması, yanı sıra iş birliğini önemseyen bir müfredat içermesi nedenleri ile benzeri kurumlarda model olarak alınabilir.

Diğer sağlık profesyonelleri ile ortak ders alan ve almayan, lisans öncesi sağlık alanı ile ilgili bir bölümde okuyan ve okumayan FTR öğrencilerinin MÖH skorları arasında anlamlı bir fark olmaması; olumlu yönde geliştirdikleri mesleki tutum ve iletişim becerileri ile mevcut eğitim sistemi dahilinde mesleklerarası eğitime hazırbulunmalarına yordanabilir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin mesleki tutumları, iletişim becerileri ve mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunmuşlukları arasındaki ilişkinin anlamlı oluşu; eğitim programlarının tasarlanmasında her bir özelliğin önemli olduğunu gösterir. Daha da geliştirilmesi öğrencilerin eğitim ve mesleki hayatlarında önemli kazanımlar sağlayabilir.

Eğitim dönemlerine göre MÖH roller ve sorumluluklar alt boyutu incelendiğinde FTR1-FTR3 ve FTR3-FTR4 arasında anlamlı bir fark bulunması; FTR1 öğrencilerinin mesleki konularla karşılaştıkları ilk senelerinin olması, FTR4 öğrencilerinin ise teorikte öğrendikleri sağlık ekibi bilgilerinin klinikte karşılığını görememeleri ile ilişkilendirildi.

İletişim becerileri ile mesleğe yönelik tutum arasında çift yönlü, pozitif ve anlamlı bir ilişkinin varlığı; hem birinin geliştirilmesinde diğerinin göz ardı edilemeyeceğini hem de mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunmuşluğu uyumlandırmada birbirinden ayrı düşünülmemesi gereken faktörler olduğuna işaret etmektedir. Sağlık profesyoneli eğitiminde mesleklerarası eğitim öncesi ve sırasında iletişim becerileri ve mesleki tutumları da geliştirecek programların oluşturulması ile istenilen hedeflere ulaşılabilir.

Araştırmamızda iletişim becerileri ve mesleğe yönelik tutumun mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğun %15'ini açıklaması; çok faktörlü etkilenime açık hazırbulunuşluk düzeylerinin geliştirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken önemli faktörler olduğunu göstermektedir. Literatürde, iletişim becerileri ile mesleki tutumun MÖH'ü olumlu etkilediği bilgisi olmakla birlikte çalışmamızın bu durumu sayısal olarak ortaya koyan ilk çalışma olduğu kanaatindeyiz.

Sağlık profesyoneli eğitim programlarına mesleklerarası eğitimin entegre edilmesinin; iletişim becerileri yüksek, olumlu mesleki tutum edinmiş, mesleğinin ve diğer sağlık meslek mensuplarının görev ve sorumluluklarını bilen, takım temelli çalışmayı esas alan sağlık profesyonellerinin yetişmesini sağlayacaktır. Bu durum bireysel ve toplumsal sağlığın gelişmesinde de etkili olacaktır.

Sonuç olarak; tartışma kapsamında gerekçelendirilen nedenlerle, klinik uygulamalarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ve diğer sağlık profesyonellerinin multidisipliner entegrasyon ve iletişimini etkinleştirmek açısından lisans aşamasında bilgi ve farkındalık kazandırıcı **ortak sağlık eğitim modellerinin** geliştirilmesinde üstün yararlar bulunmaktadır.

6. SONUÇ

Çalışmaya Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nden çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve katılmaya gönüllü olan 160 öğrenci dahil edildi. 39'ar öğrenci FTR1 ve FTR2, 41'er öğrenci FTR3 ve FTR4 idi.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencileri mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunan olarak saptandı.

İletişim becerilerinin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğu pozitif yönde ve anlamlı olarak etkilediği bulundu.

Mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğu anlamlı ve pozitif yönde etkileyen diğer bir faktör mesleğe yönelik tutum idi.

Mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluğun %15'inin iletişim becerileri ve mesleğe yönelik tutum tarafından açıklandığı gözlemlendi.

Sağlık profesyoneli eğitiminde mesleklerarası eğitim öncesi ve sırasında iletişim becerileri ve mesleki tutumlarını geliştirecek programların oluşturulmasının yararlı sonuçlar ortaya çıkaracağı düşünüldü.

Klinikte FTR ve diğerk sağlık profesyonellerinin multidisipliner uyumu ve iletişimini etkinleştirmek açısından lisans aşamasında bilgi ve farkındalık kazandırıcı ortak sağlık eğitim modellerinin geliştirilmesinin yararlı olabileceği sonucuna varıldı.

Çalışmanın limitasyonları; eğitim dönemi içerisindeki kadın ve erkeklerin farklı sayılarda dağılması ve tek merkezli çalışma tasarımı olmasıdır.

İleride Yapılacak alışmalar için Öneriler

Her iki cinsin eşit ya da yakın dağılım gösterdiği çok merkezli çalışmalar planlanabilir.

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ğrencilerinin mesleklerarası eğitim programlarına dahil edilerek iletişim becerileri ve mesleğe yönelik tutumlarında oluşturacağı değişiklikleri araştıran çalışmalar planlanabilir.

7. Kaynaklar

Adıgüzel Z. Sağlık Personeli-Vatandaş (Hasta) İletişiminin Niteliği Ve İletişimi Etkileyen Faktörler: CBU Tıp Fakültesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Örneği. Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Manisa (Danışman: Yrd. Doç .Dr.Ahmet Öztürk).

Al-Qahtani MF. Measuring Healthcare Students' Attitudes Toward Interprofessional Education. Journal Of Taibah University Medical Sciences. 2016; 11 (6): 579–585.

Alruwaili A, Mumenah N, Alharthy N, Othman F. Students' Readiness For And Perception Of Interprofessional Learning: A Cross-Sectional Study. BMC Medical Education. 2020; 20 (1): 1–7.

Anonson J, Leischner C, Manahan C, Randal J, Wejr R. 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. 2008; 22(1): 107–109.

Barnsteiner JH, Disch JM, Hall L, Mayer D, Moore SM. Promoting Interprofessional Education. Nursing Outlook. 2007; 55(3): 144–150.

Barr H. Interprofessional Education Today, Yesterday and Tomorrow. The Learning and Teaching Support Network for Health Sciences & Practice From The UK Centre For The Advancement Of Interprofessional Education. 2001.

Barr H, Coyle J. Introducing Interprofessional Education. *Educating Health Professionals: Becoming A University Teacher*. 2013; 185–196.

Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. Evaluation Of Interprofessional Education. A United Kingdom Review For Health And Social Care. 2000.

Baysal AC. Sosyal Ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar. 1st ed. İstanbul: Yalçın Ofset Matbaası; 1981.

Bell SK, Langer T, Luff D, Rider EA, Brandano J, Meyer EC. Interprofessional Learning To Improve Communication In Challenging Healthcare Conversations: What Clinicians Learn From Each Other. *Journal Of Continuing Education In The Health Professions*. 2019; 39 (3): 201–209.

Boztepe H, Terzioğlu F. Sağlık Eğitiminde Meslekler Arası Eğitim. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*. 2015; 18(3): 222–228.

Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional Collaboration: Three Best Practice Models Of Interprofessional Education. *Medical Education Online*. 2011; 16 (1).

Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, Blondon K, Schaad D, Liner D, Zierler B. Interprofessional Education In Team Communication: Working Together To Improve Patient Safety. *BMJ Quality And Safety*. 2013; 22(5): 414–423.

Buring SM, 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(4).

Carpenter J, Dickinson H. Interprofessional Education And Training. Bristol: Bristol University Press; 2008.

Centre For The Advancement Of Interprofessional Education (CAIPE). Defining IPE. 2002.

Cohen SG, Bailey DE. What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research From The Shop Floor To The Executive Suite. Journal Of Management. 1997; 23 (3): 239-290.

Daloğlu M, Şenol Y. Multiprofesyonel Eğitim: Avantajlar, Zorluklar Ve Program Geliştirme Önerileri. Tıp Eğitimi Dünyası. 2018; 17 (51): 5–12.

de Oliveira VF, Bittencourt MF, Pinto ÍFN, Lucchetti ALG, da Silva Ezequiel O, Lucchetti G. Comparison Of The Readiness For Interprofessional Learning And The Rate Of Contact Among Students From Nine Different Healthcare Courses. Nurse Education Today. 2018; 63: 64–68.

Dener H, Elçin M. Mesleklerarası Öğrenme Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor Ve Hemşireleri İle Tıp Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2020; 29 (2): 109–117.

Domaç S, Fidan MB, Sobacı F, Yıldırım A, Soydaş P, Özkent T. The Importance Of Amalgamating Interprofessional Education To The Higher Education Curriculum In Turkey. Journal Of Higher Education. 2014; 4(1): 9–13.

Dunston R, Forman D, Moran M, Rogers GD, Thistlethwaite J, Steketee C. Curriculum Renewal In Interprofessional Education In Health : Establishing Leadership And Capacity. Canberra: Commonwealth Of Australia, Office For Learning And Teaching; 2016.

Dunston R, Lee A. Curriculum Renewal For Interprofessional Education In Health. Sydney: Australian Learning And Teaching Council; 2011.

Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler. 2010; 8 (1): 1–14.

Düşükcan M. Örgütlerde Çatışma Ve Çatışma Yönetimi Sürecinde Örgütsel İletişimin Etkililiği: Kuramsal Ve Uygulamalı Bir Çalışma. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003, Konya (Danışman: Prof.Dr. M. Şerif Şimşek).

Eren E. Örgütsel Davranış Ve Yönetim Psikolojisi. İstanbul: Beta Basım Yayım, 2012.

Fook J, D’Avray L, Norrie C, Psinos M, Lamb B, Ross F. Taking The Long View: Exploring The Development Of Interprofessional Education. Journal Of Interprofessional Care. 2013; 27 (4): 286–291.

Forte A, Fowler P. Participation In Interprofessional Education: An Evaluation Of Student And Staff Experiences. Journal Of Interprofessional Care. 2009; 23 (1): 58–66.

Gol I. Nursing Students’ Attitudes Towards The Nursing Profession In Relation To Their Altruism Levels. International Journal Of Caring Sciences. 2018; 11 (2): 663–671.

Gül E. Duygusal Zeka Ve İletişim Becerileri Arasındaki İlişki: Bir Uygulama. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Alptekin Güney).

Gürüz D, Eğinli AT. İletişim Becerileri Anlamak-Anlatmak-Anlaşmak. 3rd ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2013.

Innis J, Mack K, Bull E, Mazurik L, Page H, Ramage L, Ramsay D, Semple P, Takla F, Tustian V. Interprofessional education using a simulated disaster exercise. Journal of Interprofessional Education and Practice. 2021; 22: 1-6

Institute Of Medicine Committee On Quality Of Health Care In America. Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century. Washington D.C.: National Academies Press; 2001.

Interprofessional Education Collaborative. Core Competencies For Interprofessional Collaborative Practice: 2016 Update. Washington D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2016.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core Competencies For Interprofessional Collaborative Practice: Report Of An Expert Panel. Washington D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2011.

İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim 5th ed. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınları; 2010.

Jantsch E. Inter- And Transdisciplinary University: A Systems Approach To Education And Innovation. Higher Education Quarterly. 1947; 1 (1): 7–37.

Jones RV. Working Together-Learning Together. The Journal Of The Royal College Of General Practitioners. 1986; (33): 1–26.

Joseph S, Diack L, Garton F, Haxton J. Interprofessional Education In Practice. Clinical Teacher. 2012; 9 (1): 27–31.

Judge MP, Polifroni EC, Maruca AT, Hobson ME, LeschakA, Zakewicz H. Evaluation Of Students' Receptiveness And Response To An Interprofessional Learning Activity Across Health Care Disciplines: An Approach Toward Team Development In Healthcare. International Journal Of Nursing Sciences. 2015; 2 (1): 93–98.

Karabacak K, Eskicumali A. The Attitudes Of Teacher Candidates Toward Teaching Profession. Route Educational And Social Science Journal. 2015; 2 (2): 389–400.

Karaca A, Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi

Dergisi. 2014; 1 (1): 9–18.

Karcı Y. İletişim Meslek Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin Empatik İletişim Beceri Düzeylerine İlişkin Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Yard. Doç. Dr. Sirel GÖLÖNÜ).

Karim R, Ross C. Interprofessional Education (IPE) And Chiropractic. The Journal Of The Canadian Chiropractic Association. 2008; 52 (2): 76–78.

Kenaszchuk C. An Inventory Of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education And Collaborative Practice Outcomes. Journal Of Interprofessional Care. 2013; 27 (1): 101–101.

Keshtkaran Z, Sharif F, Rambod M. Students' Readiness For And Perception Of Inter-Professional Learning: A Cross-Sectional Study. Nurse Education Today. 2014; 34 (6): 991–998.

Koç E. Aile Hekimliğinde Hasta Hekim İletişiminde Güven Unsurunun Hastanın Hekime Bağlılığı Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu).

Koçak A, Bulduklu Y. Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Yaşlılar İle İletişimlerinin İncelenmesi Ve İletişim Becerilerinin Yaşlı Memnuniyetine Etkileri. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Süheyl POZANTI).

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building A Safer Health System. Institute Of Medicine. Washington (DC): National Academies Press; 2000.

Korkut F. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi: Güvenirlik Ve Geçerlik Çalışmaları. Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi. 1996; 2 (7): 18–23.

Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A Cross-Sectional Survey Examining The Extent To Which Interprofessional Education Is Used To Teach Nursing, Pharmacy And Medical Students In Australian And New Zealand Universities. Journal Of Interprofessional Care. 2012; 26 (5): 390–396.

Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A Systematic Review Of The Effectiveness Of Interprofessional Education In Health Professional Programs. Nurse Education Today. 2013; 33 (2): 90–102.

Lawlis TR, Anson J, Greenfield D. Barriers And Enablers That Influence Sustainable Interprofessional Education: A Literature Review. Journal Of Interprofessional Care. 2014; 28 (4): 305–310.

MacIntosh J, McCormack D. Partnerships Identified Within Primary Health Care Literature. International Journal Of Nursing Studies. 2001; 38 (5): 547–555.

Mann KV, McFetridge-Durdle J, Martin-Misener R, Clovis J, Rowe R, Beanlands H, Sarria M. Interprofessional Education For Students Of The Health Professions: The “Seamless Care” Model. Journal Of Interprofessional Care. 2009; 23 (3): 224–233.

Margalit R, Thompson S, Visovsky C, Geske J, Collier D, Birk T, Paulman P. From Professional Silos To Interprofessional Education: Campuswide Focus On Quality Of Care. *Quality Management In Health Care*. 2009; 18 (3): 165–173.

Masters C, O'Toole Baker V, Jodon H. Multidisciplinary, Team-Based Learning: The Simulated Interdisciplinary To Multidisciplinary Progressive-Level Education (SIMPLE©) Approach. *Clinical Simulation In Nursing*. 2013; 9 (5): 171–178.

McFadyen AK, Webster V, Strachan K, Figgins E, Brown H, McKechnie J. The Readiness For Interprofessional Learning Scale: A Possible More Stable Sub-Scale Model For The Original Version Of RIPLS. *Journal Of Interprofessional Care*. 2005; 19 (6): 595–603.

McLeod F, Jamison C, Treasure K. Promoting Interprofessional Learning And Enhancing The Pre-Registration Student Experience Through Reciprocal Cross Professional Peer Tutoring. *Nurse Education Today*. 2018; 64: 190–195.

Mcnair RP, Brown R, Stone N, Services LL, Sims J. Rural Interprofessional Education: Promoting Teamwork In Primary Health Care Education And Practice. *Australian Journal Of Rural Health*. 2001; 9: 19–26.

Nyirenda M, Mukwato P. Job Satisfaction And Attitudes Towards Nursing Care. *Malawi Medical Journal*. 2016; 28: 159–166.

O'Halloran C, Hean S, Humphris D, Macleod-Clark J. Developing Common Learning: The New Generation Project Undergraduate Curriculum Model. *Journal Of*

Interprofessional Care. 2006; 20 (1): 12–28.

Oandasan I, Baker GR, Barker K, Bosco C, D'Amour D, Jones L, Kimpton S, Lemieux-Charles L, Nasmith L, Rodriguez LSM, Tepper J, Way D. Teamwork In Healthcare: Promoting Effective Teamwork In Healthcare In Canada: Policy Synthesis And Recommendations. Canadian Health Services Foundation. 2018; (June), 1–46.

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 (1): 21–38.

Oates M, Davidson M. A Critical Appraisal Of Instruments To Measure Outcomes Of Interprofessional Education. Medical Education. 2015; 49 (4): 386–398.

Okay A. Sağlık İletişimi. 1st ed. İstanbul: Derin Yayınları; 2016.

Onan A. Sağlık Bilimleri Eğitiminde Benzetim Temelli Mesleklerarası Öğrenmenin Öğrencilerin Birey Ve Ekip Performanslarına Etkisi. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nurettin ŞİMŞEK).

Özata K. Sağlık Bilimleri Alanında Okuyan Öğrencilerin Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırlanışlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay SARMASOĞLU).

Özata K, Kılıkçier ŞS. Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim Gören Öğrencilerin Mesleklerarası Eğitime Hazırbulunuşluklarının Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021; 8 (1): 51–55.

Palaganas JC. Exploring Healthcare Simulation As A Platform for Interprofessional Education. Loma Linda University, School Of Nursing, Thesis Of Doctor Of Philosophy, 2012, Loma Linda (Supervisor: Prof. Dr. Betty J. Winslow).

Pamukcu SD. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ Düzeyleri İle İletişim Becerileri Arasındaki İlişki. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Manisa (Danışman: Doç. Dr. Emin Oryal Taşkın).

Parrott JS, Sabato E, Findley P, Gataletto MA, Fenesy K. Improving interprofessional collaboration through data-driven process evaluation of interprofessional case reviews. Journal of Interprofessional Education and Practice. 2021; 22: 1-14.

Parsell G, Bligh J. The Development Of A Questionnaire To Assess The Readiness Of Health Care Students For Interprofessional Learning (RIPLS). Medical Education. 1999; 33 (2): 95–100.

Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Mattiasson AC, Nordström G. Interprofessional Training In The Context Of Clinical Practice: Goals And Students' Perceptions On Clinical Education Wards. Medical Education. 2004; 38 (7): 727–736.

Rees D, Johnson R. All Together Now? Staff Views And Experiences Of A Pre-

Qualifying Interprofessional Curriculum. Journal Of Interprofessional Care. 2007; 21 (5): 543–555.

Reeves S, Freeth D, Glen S, Leiba T, Berridge EJ, Herzberg J. Delivering Practice-Based Interprofessional Education To Community Mental Health Teams: Understanding Some Key Lessons. Nurse Education In Practice. 2006; 6 (5): 246–253.

Reeves S, Tassone M, Parker K, Wagner SJ, Simmons B. Interprofessional Education: An Overview Of Key Developments In The Past Three Decades. Work. 2012; 41 (3): 233–245.

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, Hammick M. The Effectiveness Of Interprofessional Education: Key Findings From A New Systematic Review. Journal Of Interprofessional Care. 2010; 24 (3): 230–241.

Saini B, Shah S, Kearey P, Bosnic-Anticevich S, Grootjans J, Armour, C. An Interprofessional Learning Module On Asthma Health Promotion. American Journal Of Pharmaceutical Education. 2011; 75 (2): 30.

Çakmakçı M, Akalın E. Hasta Güvenliği: Türkiye Ve Dünya. 1st ed. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2011.

Sayek İ, Turan S, Naçar M, Akalın AA. Mesleklerarası Eğitim. Tıp Eğitici El Kitabı. 1st ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2015.

Schiavo R. Health Communication: From Theory To Practice. 1st ed. San Francisco:

A Wiley Imprint; 2007.

Silah M. Sosyal Psikoloji, Davranış Bilimi. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.

Şimşek MS, Akgemci T, Çelik A. Davranış Bilimlerine Giriş Ve Örgütlerde Davranış
2nd ed. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2001.

Smith KM, Scott DR, Barner JC, DeHart RM, Scott JD, Martin SJ. Interprofessional
Education In Six US Colleges Of Pharmacy. American Journal Of
Pharmaceutical Education. 2009; 73 (4).

Sparks AN, Neufeldt V. Webster's New World Dictionary. New York: Simon &
Schuster Inc; 1990.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer
Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. 22 Mayıs
2014. Sayı: 2900. T.C. Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığı Hukuk Ve
Mevzuat Genel Müdürlüğü, Ankara.

Tajfel H, Turner JC. The Social Identity Theory Of Inter-Group Behavior. In: S
Worchel, LW Austin, Eds. Psychology Of Intergroup Relations. Chigago:
Nelson-Hall; 1986; 7-19.

Talwalkar JS, Fahs DB, Kayingo G, Wong R, Jeon S, Honan L. Readiness For
Interprofessional Learning Among Healthcare Professional Students.
International Journal Of Medical Education. 2016; 7: 144–148.

Tarhan G, Kiliç D, Yildiz E. Investigation Of The Relationship Between Attitudes Towards The Nursing Profession And Occupational Professionalism. *Gulhane Medical Journal*. 2016; 58 (4): 411–416.

Thannhauser J, Russell-Mayhew S, Scott C. Measures Of Interprofessional Education And Collaboration. *Journal Of Interprofessional Care*. 2010; 24 (4): 336–349.

The Interprofessional Curriculum Renewal Consortium (Australia). *Curriculum Renewal For Interprofessional Education In Health*. Sydney: Australian Learning And Teaching Council; 2014.

Thistlethwaite J, Moran M. Learning Outcomes For Interprofessional Education (IPE): Literature Review And Synthesis. *Journal Of Interprofessional Care*. 2010; 24 (5): 503-513.

Timmermans S, Oh H. The Continued Social Transformation Of The Medical Profession. *Journal Of Health And Social Behavior*. 2010; 51: 94–106.

Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, Madularu I, Solomon P, Thistlethwaite J. Active Patient Involvement In The Education Of Health Professionals. *Medical Education*. 2010; 44 (1): 64–74.

Turhan B. Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Gaziantep (Danışman: Prof. Dr. Kezban Bayramlar).

Uçar N. Fizyoterapistlerin Diğer Sağlık Çalışanları İle İletişimindeki Bariyerlerin Araştırılması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Tüzün Fırat).

Woermann U, Weltsch L, Kunz A, Guttormsen S. Attitude Towards And Readiness For Interprofessional Education In Medical And Nursing Students Of Bern Methodology: Seven IPE Experts Rated The Two Measuring Instruments, Readiness For Interprofessional Learning Scale RIPLS, And Interdiscip. GMS Journal for Medical Education. 2016; 33 (5): 1–20.

Wong AKC, Wong FKY, Chan LK, Chan N, Ganotice FA, Ho J. The Effect Of Interprofessional Team-Based Learning Among Nursing Students: A Quasi-Experimental Study. Nurse Education Today. 2017; 53: 13–18.

World Health Organization. Declaration Of Alma-Ata. International Conference On Primary Health Care. USSR; 1978.

World Health Organization. Learning Together To Work Together For Health. Geneva; 1988.

World Health Organization. Health Systems: Improving Performance. Geneva; 2000.

World Health Organization. Framework For Action On Interprofessional Education And Collaborative Practice. Geneva; 2010.

World Health Organization. World Health Statistics 2017: Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals. Geneva; 2017.

Yan J, Gilbert JHV, Hoffman SJ. World Health Organization Study Group On Interprofessional Education And Collaborative Practice. Journal Of Interprofessional Care. 2007; 21 (6): 588–589.

Yavuz Y. Üniversite Çalışanlarının Mesleki Tutumları İle Kamu Emekçileri Sendikalarına İlişkin Görüşler. Eğitim Bilim Toplum. 2003; 1 (2–3): 80–107.

Young L, Baker P, Waller S, Hodgson L, Moor M. Knowing Your Allies: Medical Education And Interprofessional Exposure. Journal Of Interprofessional Care. 2007; 21 (2): 155–163.

Zencir G, Eşer İ. Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumları İle Hemşirelik Tercihi Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği. DEUHFED. 2016; 9 (2): 30–37.

8. EKLER

Ek 1. Veri Toplama Araçları

No:

Tarih: .../.../.....

Tanımlayıcı Özellikler Formu

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın

☐ Erkek

2. Yaşınız:

3. Okuduğunuz Dönem/Sınıf:

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

4. Lisede sağlık alanı ile ilgili bir bölüm okudunuz mu?

☐ Evet (ise açıklayınız)

☐ Hayır

5. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans programı öncesi / sırasında başka bir lisans bölümü okudunuz mu?

☐ Evet (ise açıklayınız)

☐ Hayır

6. Eğitim yaşamınız boyunca aşağıdaki konuları içeren herhangi bir eğitim aldınız mı? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

☐ İletişim Becerileri

☐ Çatışma Yönetimi

☐ Duyusal Zekâ

☐ Empati

☐ Kendini Tanıma

☐ Motivasyon

☐ Hiçbiri

7. Eğitim yaşamınız boyunca başka sağlık profesyonelleri öğrencileri ile ortak eğitim aldınız mı?

☐ Evet (ise açıklayınız)

☐ Hayır

8. Mezun olduktan sonra mesleğiniz ile ilgili bir alanda çalışmak istiyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

Bu bölümden sonraki bölümlerde bulunan ifadelere ne derece katıldığınızı (X) ile işaretleyerek belirtiniz.

Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, sağlık hizmeti sunan ekibin daha etkin bir üyesi olmama yardım eder.					
2. Sağlık alanı öğrencilerinin hasta problemlerini çözmek için birlikte çalışmaları, hasta yararına sonuçlar doğurur.					
3. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, klinik problemleri anlama becerimi artırır.					
4. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, mezuniyet sonrası ekip çalışmasına yönelik ilişkileri sağlamlaştırır.					
5. İletişim becerileri, sağlık alanı öğrencileri ile birlikte öğrenilmelidir.					
6. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, diğer sağlık meslekleri hakkında olumlu düşünmeme yardım eder.					
7. Küçük gruplar halinde öğrenmenin etkili olabilmesi için, öğrencilerin birbirlerine güvenmeleri ve saygı duymaları gerekir.					
8. Ekip çalışması becerileri tüm sağlık alanı öğrencilerinin öğrenmesi gerekli temel becerilerinden biridir.					
9. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, mesleki sınırlarımı anlamama yardım eder.					

10. Sağlık alanı öğrencileri ile birlikte öğrenmenin zamanı boşa harcamak olduğunu düşünüyorum.					
11. Sağlık alanı öğrencilerinin deneyimlerinden yararlanmanın, mesleki gelişimime katkı sağlayacağını düşünüyorum.					
12. Klinik problem çözme becerileri, ancak kendi alanından öğrencilerle birlikte öğrenilebilir.					
13. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, hastalar ve diğer sağlık çalışanları ile etkili iletişim kurmama yardım eder.					
14. Sağlık alanı öğrencileriyle, küçük grup projelerinde çalışmayı isterim.					
15. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, hasta problemlerinin altında yatan nedenleri açıklamamda yardımcı olur.					
16. Sağlık alanı öğrencileriyle birlikte öğrenme, iş birliği içinde çalışabilen etkili bir ekip üyesi olmama yardım eder.					
17. Diğer sağlık alanı mesleklerin temel görevi doktorlara destek sağlamaktır.					
18. Sağlık hizmeti sunan ekip içinde mesleki rolümün ne olacağı konusunda emin değilim.					
19. Diğer sağlık alanı öğrencilerinden daha fazla bilgi ve beceri edinmek zorundayım.					

İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Sorunlarını dinlediğim insanlar benim yanımdan rahatlayarak ayrılırlar.					
2. Düşüncelerimi istediğim zaman anlaşılır biçimde ifade edebilirim.					
3. Başkalarını bir kasıt aramadan dinlerim.					
4. Sosyal ilişkide bulunduğum insanları oldukları gibi kabul edebilirim.					
5. İnsanların önemli ve değerli olduklarını düşünürüm.					
6. Birisiyle ilgili bir karara ulaşmadan önce onunla ilgili gözlemlerimi gözden geçiririm.					
7. İlişkide bulunduğum kişilerin anlatmak istediklerini dinlemek için onlara zaman ayırırım.					
8. İnsanlara karşı sıcak bir ilgi duyarım.					
9. İnsanlara gerektiğinde yardım etmekten hoşlanırım.					
10. Olaylara değişik açılardan bakabilirim.					
11. Düşüncelerimle yaptıklarım birbirleriyle tutarlıdır.					
12. İlişkilerimin daha iyiye gitmesi için bana düşenleri yapmaya özen gösteririm.					
13. Kendime ve başkalarına zarar vermeden içimden geldiği gibi davranabilirim.					
14. Arkadaşlarımla beraberken kendimi rahat hissedebilirim.					
15. Yaşadığım olaylardaki coşkuyu her halimle başkalarına iletebilirim.					

16. İlişkilerimin nasıl geliştiğini ve nereye gittiğini anlamak için düşünmeye zaman ayırıyorum.					
17. Karşımdakini dinlerken anlamadığım bir ayrıntı olduğunda konunun açığa kavuşması için sorular sorarım.					
18. Benimle özel olarak konuşmak isteyen bir arkadaşım olduğunda konuyu ayak üstü konuşmamaya özen gösteririm.					
19. Birisini anlamaya çalışırken sakın bir ses tonuyla konuşurum.					
20. İlişkilerimi zenginleştiren eğlenceli, keyifli bir yanım var.					
21. Birisine bir öneride bulunurken, onun öneri vermemi isteyip istemediğine dikkat ederim.					
22. Birini dinlerken ne karşılık vereceğimden çok onun demek istediğini anlamaya çalışırım.					
23. İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissedirim.					
24. Bir yakınımınla sorunum olduğunda bunu onunla suçlayıcı olmayan bir dille konuşmak için girişimde bulunurum.					
25. Karşımdakini dinlerken sırf kendi merakımı gidermek için ona özel sorular sormaktan kaçınırım.					

Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (FMYTÖ)	Tamamen	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle
1. Fizyoterapistlik mesleğinin sağlık alanındaki en güzel mesleklerden birisidir.					
2. Mesleğime uygun biri olduğumu düşünüyorum.					
3. Mesleğimi yapmaktan onur duyuyorum.					
4. Fizyoterapistlik ülkemizde hak ettiği değeri göremeyen bir meslektir.					
5. Fizyoterapistlik hak ettiği saygı ve değeri görebilmiş bir meslektir.					
6. Fizyoterapistlik sorumluluk isteyen bir meslektir.					
7. Bu mesleği tercih edecek kişilere mesleğimi öneririm.					
8. Mesleğin hak ettiği yerde olması ülkelerin sağlık politikalarına bağlıdır.					
9. Ülkemdeki insanların birçoğu mesleğimden haberdar olmadığı için üzgünüm.					
10. Mesleğimi ilk günkü heyecanımla icra ediyorum.					
11. Fizyoterapistlerin sağlık ekibinin önemli bir parçası olduklarını düşünüyorum.					
12. Fizyoterapistlerin karar verme stratejileri gelişmiş olmalıdır.					
13. Fizyoterapistlik toplumsal prestiji olan bir meslektir.					

14. Yeniden meslek seçmem söz konusu olsaydı yine aynı mesleği seçerdim.					
15. Fizyoterapistliğin geleneksel tıp uygulamalarıyla gündeme gelmesinden mutsuzum.					
16. Bu mesleğe verilen değer gün geçtikçe azaldığını düşünüyorum.					
17. Mesleğimde bilgi ve tecrübe açısından ilerlemeyi çok istiyorum.					
18. Bu meslek beni maddi ve manevi yönleriyle tatmin ediyor.					
19. Fizyoterapist olduğum için kendimle gurur duyuyorum.					
20. Fizyoterapistlerin empati yapma yetenekleri yüksek olmalıdır.					
21. Fizyoterapistlik mesleği özenli çalışma ve özveri gerektirir.					
22. Fizyoterapistler hastalar, hasta yakınları ve sağlık ekibiyle iyi iletişim kurabilmelidir.					
23. Fizyoterapistler mesleki bilgilerini daima güncellemelidirler.					
24. Fizyoterapistler sağlık ekibinin diğer bireyleriyle iş birliği içerisinde olmalıdırlar.					
25. Fizyoterapist olmadan önce bu meslek hakkında bilgi sahibiydim.					
26. Bu meslek beni ilerleyen yaşlarımda bedensel olarak zorlayan bir hale gelecektir.					
27. Fizyoterapistler sorumluluk sahibi bireyler olmalıdır.					
28. Bu mesleği her iki cinsiyet de rahatlıkla yapabilir.					

29. Fizyoterapistlik idealimdeki meslektir.					
30. Yakınım olan birine bu mesleği önermem.					
31. Genel olarak mesleğimden memnunum.					
32. Fizyoterapistler Derneği'nin üye sayısının yetersiz olması beni kaygılandırıyor.					
33. Fizyoterapistlik mesleğinin etik değerlerine bütünüyle bağlı kalınmamaktadır.					
34. Mesleği etik ve ahlak sınırları dışında icra eden meslektaşlarımız olduğu için üzgünüm.					
35. Fizyoterapistlik mesleğinin istihdam sorunu beni kaygılandırıyor.					