

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MESLEKLERARASI ÖĞRENME HAKKINDA HACETTEPE
ÜNİVERSİTESİ DOKTOR VE HEMŞİRELERİ İLE TIP VE
HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HAZIRBULUNUŞLUK
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Hümevra DENER

**Tıp Eğitimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2015

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MESLEKLERARASI ÖĞRENME HAKKINDA HACETTEPE
ÜNİVERSİTESİ DOKTOR VE HEMŞİRELERİ İLE TIP VE
HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HAZIRBULUNUŞLUK
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Hümeyra DENER

**Tıp Eğitimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Melih ELÇİN


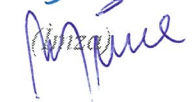
ANKARA

2015

Anabilim Dalı :Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD
 Program :Tıp Eğitimi Yüksek Lisans Programı
 Tez Başlığı :Mesleklerarası Öğrenme Hakkında Hacettepe Üniversitesi
 Doktor ve Hemşireleri ile Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin
 Hazırlanış Düzeylerinin Karşılaştırılması
 Öğrenci Adı-Soyadı :HÜMEYRA DENER
 Savunma Sınavı Tarihi :30 ARALIK 2015

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

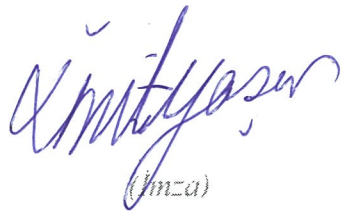
Jüri Başkanı: **Prof.Dr. İrem Budakoğlu**
 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Tez danışmanı: **Prof.Dr. Melih Elçin**
 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Üye: **Prof.Dr. Mine Durusu Tanrıöver**
 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Üye: **Doç.Dr. Sevgi Turan**
 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Üye: **Doç.Dr. Orhan Odabaşı**
 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi



ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.


 (imza)

Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür Y.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen Sayın Doç. Dr. Sevgi TURAN, Sayın Doç Dr Orhan ODABAŞI, Sayın Arif ONAN'a ve tüm hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimimin başından sonuna kadar yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Murat İRKEÇ, Sayın Prof. Dr. Bora ELDEM, Sayın Prof. Dr. Sibel KADAYIFÇILAR'a,

Tez çalışmasının istatistik analizinde emeği olan Sayın Gülşen TAŞDELEN'e

Çalışmam boyunca beni sabır ve hoşgörüyle destekleyen sevgili Anne ve Babama ,

Tez danışmanım olarak çalışmanın belirlenmesinden tamamlanana kadar geçen sürede bilimsel katkılarıyla bana yol gösteren ve yüksek lisans eğitimim sürecinde verdiği destekle katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Melih ELÇİN'e teşekkür ederim.

ÖZET

DENER H. Mesleklerarası öğrenme hakkında Hacettepe Üniversitesi doktor ve hemşireleri ile tıp ve hemşirelik öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeylerinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Eğitimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015. Mesleklerarası öğrenme “iki veya daha fazla meslekten öğrenci veya meslek üyesi arasında bilgi ve yetkinlikleri mesleklerarası eğitim sırasında ya da eğitim ortamlarında informal olarak oluşan öğrenmedir” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çalışmamesleklerarası eğitim hakkında sağlık öğrencileri ve çalışanlarının hazırbulunuşluk düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmada tıp ve hemşirelik fakültesinin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Hastanede çalışan doktor ve hemşireler ise tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Türkçe uyarlaması yapılan Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler t testi, Mann-Withney U ve Kruskal-Wallis H testi yöntemleri kullanılarak incelenmiştir. Mesleklerarası eğitim hakkında tıp öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeylerinde cinsiyete göre fark çıkarken, hemşirelik öğrencilerinde böyle bir fark bulunmamıştır. Ayrıca ne tıp fakültesi ne de hemşirelik fakültesi öğrencilerinde sınıf karşılaştırmasında fark elde edilmemiştir. Hemşireler ve doktorların cinsiyet ve birimlerine göre farklılık tespit edilmiş, meslekte aktif çalışma süresi, mezuniyet yılları ve alanlarına göre fark çıkmamıştır. Hem doktorlar hem de hemşirelerde öğrencilerle karşılaştırılan puanlarda farklılık bulunmuş, hemşire ve doktor puanları arasında fark bulunmamıştır. Elde edilen cinsiyet ve öğrenci-çalışan arasındaki farklar alanyazınla uyumludur. Cinsiyet, birim, öğrenci ve çalışan arasında çıkan farkların nedenlerinin araştırılması; öğrencilerde sınıflar arasında, çalışanlarda ise aktif çalışma süresi, mezuniyet yılı ve çalıştıkları alanlar gibi anlamlı çıkmayan sonuçlar için daha büyük gruplarla çalışma planlanması; mesleklerarası eğitimler düzenlenerek öncesi-sonrası çalışmalar tasarlanması farklı eğitim programları geliştirilmesi açısından faydalı olacaktır.

Anahtar sözcükler: mesleklerarası öğrenme, hazırbulunuşluk, tıp öğrencisi, hemşirelik öğrencisi, doktor, hemşire.

ABSTRACT

DENER H. A Comparison of Readiness Levels of Hacettepe University Physicians, Nurses and Medical and Nursing Students on Interprofessional Learning. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Medical Education Program Master's Thesis, Ankara, 2015. Interprofessional learning is defined as “occurs between students or members of two or more professions to enhance knowledge and competence during interprofessional education, or, informally in educational or practice settings.”. This study was conducted to compare the readiness levels of healthcare students and professionals for interprofessional education. Efforts were made to approach all students and professionals from the school of medicine and the school of nursing. Stratified sampling method was used to include physicians and nurses working at the hospital in the study. The data collection tool for the study was the Readiness for Interprofessional Learning Scale adapted into Turkish. The t-test, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H test methods were used to analyze the data obtained. Gender differences were observed in terms of the readiness levels of medical students for interprofessional education but such differences were not observed among nursing students. Furthermore, no differences were observed as a result of the comparison between medical students and nursing students in the same year of their education. Differences were spotted according to the genders and working units of nurses and physicians. However, no difference existed regarding active years of professional work, years of graduation and areas of work. A comparison of physician scores and nurse scores with student scores revealed some differences but there was no difference between nurse scores and physician scores. Differences between genders and between students and professionals were consistent with literature findings. Investigating the differences based on gender and unit and between students and professionals, planning studies among students in the same year of their education and with larger groups for professionals in terms of insignificant results such as active years of work, year of graduation and areas of work, delivering interprofessional education events and designing before-and-after studies will be useful for developing different education programs.

Keywords: interprofessional learning, readiness, medical student, nursing student, doctor, nurse

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaçlar	4
1.2. Kapsam	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Tanımlar	6
2.2. Tarihçe	7
2.3. Hasta Güvenliği	9
2.4. Mesleklerarası Eğitimin Gerekçeleri	10
2.5. Mesleklerarası Eğitimin Hedefleri	11
2.6. Mesleklerarası Eğitim Uygulamaları	15
2.6.1. Mesleklerarası Eğitimin Zamanlama	15
2.6.2. Mesleklerarası Eğitimin Özellikleri	16
2.6.3. Mesleklerarası Eğitimi Uygulamada Yöntemler	17
2.6.4. Mesleklerarası Eğitimin Güçlükleri	19
2.7. Mesleklerarası Eğitimin Değerlendirilmesi	21
2.8. Mesleklerarası Eğitimde Kullanılan Ölçme Araçları	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Çalışmanın tipi	26
3.2. Çalışmanın yeri	26
3.3. Katılımcılar	26
3.4. Veri Toplama Aracı	28
3.5. Verilerin Analizi	29
3.6. Etik Onay	30
4. BULGULAR	31

4.1. Öğrencilerin okul, cinsiyet, sınıf ve yaşlarına göre dağılımları	32
4.2. Çalışanların meslek, cinsiyet, birim, alan, mezuniyet yılı, aktif çalışma süresi ve yaşlarına göre dağılımları	33
4.3. Tıp fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	34
4.4. Tıp fakültesi 1. ve 5. dönem öğrencilerinin ölçek puanlarının karşılaştırılması	34
4.5. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	35
4.6. Hemşirelik fakültesi 1. ve 2. sınıf öğrencilerinin ölçek puanlarının karşılaştırılması	35
4.7. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
4.8. Hemşirelerin aktif çalışma sürelerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
4.9. Hemşirelerin mezuniyet yıllarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
4.10. Hemşirelerin alanlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	37
4.11. Hemşirelerin birimlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	37
4.12. Doktorların cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	38
4.13. Doktorların aktif çalışma sürelerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	38
4.14. Doktorların mezuniyet yıllarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	38
4.15. Doktorların alanlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	39
4.16. Doktorların birimlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	39
4.17. Öğrencilerin fakülteye göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	39
4.18. Hemşirelik öğrencileriyle hemşirelerin ölçek puanlarının karşılaştırılması	40
4.19. Tıp öğrencileri ile öğrencilerin ölçek puanlarının karşılaştırılması	40
4.20. Mesleğe göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	41
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
6.1. Sonuçlar	49
6.2. Öneriler	49
7. KAYNAKLAR	51

8. EKLER

- Ek 1. Mesleklerarası eğitime hazırbulunuşluk ölçeği, öğrenci ve çalışan veri formu
- Ek 2. Etik Kurul Onay Formu
- Ek 3. HÜHF Dekanlığı İzin Formu
- Ek 4. HÜ Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı İzin Formu
- Ek 5. Katılımcı Onay Formu
- Ek6. Çalışmaya Katılan Öğrenci ve Çalışanların Ölçeğin Tümünden, Alt Boyutlarından ve Her Bir Maddeden Aldıkları Değerler
- Ek 7. Cronbach alpha Güvenirlik Katsayısı
- Ek 8. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsiyet ve Sınıfa Göre Maddelere Verdikleri Puanlar
- Ek 9. Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Cinsiyet ve Sınıfa Göre Maddelere Verdikleri Puanlar
- Ek 10. Hemşirelerin Cinsiyetlerine, Aktif Çalışma Sürelerine, Mezuniyet Yıllarına, Alanlarına ve Birimlerine Göre Maddelere Verdikleri Puanlar
- Ek 11 Doktorların Cinsiyetlerine, Aktif Çalışma Sürelerine, Mezuniyet Yıllarına, Alanlarına ve Birimlerine Göre Maddelere Verdikleri Puanlar

SİMGELER VE KISALTMALAR

HÜTF:	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
HÜHF:	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
HÜEH:	Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi
HÜÇH:	Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi
HÜOH:	Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
RIPLS:	Readiness for Interprofessional Learning Scale
MAİ:	Mesleklerarası İşbirliği
MAÖ:	Mesleklerarası Öğretim
MAE:	Mesleklerarası Eğitim (inter professional education)

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. The Joint Evaluation Team (JET) mesleklerarası eğitim çıktıları tipolojisi	23
3.1. Çalışmada yer alan doktor ve hemşirelerin meslek ve birimlere göre evren ve örneklem sayıları.	28
4.1. Öğrencilerin okul, cinsiyet, sınıf ve yaşlarına göre dağılımları	32
4.2. Çalışanların meslek, cinsiyet, birim, alan, mezuniyet yılı, aktif çalışma süresi ve yaşlarına göre dağılımları	33
4.3. Tıp fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	34
4.4. Tıp fakültesi 1. ve 5. dönem öğrencilerinin ölçek puanlarının karşılaştırılması	34
4.5. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	35
4.6. Hemşirelik fakültesi 1. ve 2. sınıf öğrencilerinin ölçek puanlarının karşılaştırılması	35
4.7. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
4.8. Hemşirelerin aktif çalışma sürelerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
4.9. Hemşirelerin mezuniyet yıllarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
4.10. Hemşirelerin alanlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	37
4.11. Hemşirelerin birimlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	37
4.12. Doktorların cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	38
4.13. Doktorların aktif çalışma sürelerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	38
4.14. Doktorların mezuniyet yıllarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	38
4.15. Doktorların alanlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	39
4.16. Doktorların birimlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	39
4.17. Öğrencilerin fakülteye göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	39

4.18. Hemşirelik öğrencileriyle hemşirelerin ölçek puanlarının karşılaştırılması	40
4.19. Tıp öğrencileri ile öğrencilerin ölçek puanlarının karşılaştırılması	40
4.20. Mesleğe göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	41

1. GİRİŞ

Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti ve hasta bakımı sunabilmek için farklı mesleklerden profesyonellerin birbirleriyle işbirliği içinde çalışması gerekmektedir. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşire, hekim, ebe, psikolog, diyetisyen, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist gibi üyelerden işbirliği içinde hizmet vermeleri beklenmektedir. Birlikte çalışma koşullarının sağlanması ise ancak meslek grupları arasında bilgi, beceri ve değerlerin birleşimi, mesleklerarası eğitim ve işbirlikli uygulamalar ile gerçekleştirilebilecektir.

Üniversitelerde verilen mesleklerarası eğitim (MAE) birçok kişi tarafından meslekler arasındaki engelleri azaltmak için sağlık ve sosyal bakım eğitimi olarak algılanmaktadır (1). Mesleklerarası eğitim iki veya daha fazla meslek mensubunun işbirliğini ve hizmet kalitesini artırmak için bir araya geldikleri birlikte, birbirlerinden, birbirleri hakkında öğrendikleri eğitim durumlarıdır(2). Mesleklerarası öğrenme ise iki veya daha fazla meslekten öğrenci veya meslek üyesi arasında bilgi ve yetkinlikleri geliştirmek için mesleklerarası eğitim sırasında ya da uygulama veya eğitim ortamlarında informal olarak oluşan öğrenmedir (3). Sağlık bilimleri eğitiminin bir parçası olan mesleklerarası eğitim, iş ortamında işbirliği yapma yeteneğini, bilgi, beceri ve hizmet sunumunu geliştirmeyi sağlayarak profesyonel bir şekilde nasıl çalışılacağını öğrenmek için öğrencilere bir fırsat sunmaktadır (4,5). Bir mesleklerarası eğitim planlanırken güncel eğitim teorilerinde önerilen, mesleklerarası öğrenme faaliyetleri çerçevesinde eğitimcilerden öğrenme çıktılarını tanımlamaları ve eğitim programını hazır hale getirmeleridir. Mesleklerarası öğrenme ve mesleklerarası eğitim terimleri farklı süreçlerle ilgili olsada -mesleklerarası öğrenme mikro öğrenme süreçlerine odaklanırken ve mesleklerarası eğitim ise daha güçlü yansıtıcı kapsayıcı bir eğitim çerçevesini kapsarken - mevcut alanyazında birbirinin yerine kullanılabilir terimlerdir (6).

Mesleklerarası işbirliği; optimum bakım kalitesi sağlamak için, farklı alanlardan sağlık profesyonellerinin multidisipliner bir ekip içinde bilgi ve deneyim paylaşımına dayalı etkili iletişim kurarak, hasta, aile, bakım verenler ve toplumla birlikte çalışmalarını tanımlar. MAE'in diğer sağlık profesyonellerinin rollerinin daha iyi anlaşılmasını, mesleklerarası bilgi ve becerilerin paylaşılmasını sağladığı ve

saygıyı artırdığı öngörülmektedir (7,8,9). Hasta bakım kalitesini ve hasta sonuçlarını istenilen düzeyde geliştirmek için mesleklerarası, ekip temelli ve işbirlikli bir yaklaşım gerekmektedir (7,10).

Mesleklerarası işbirlikli uygulama, gruplandırılmış bilgi ve becerileri sinerjik bir etki oluşturarak, iletişim ve karar vermeyi sağlayan bir süreç olarak tanımlanmıştır (11). İşbirlikli uygulama; sorumluluk, hesap verebilirlik, koordinasyon, iletişim, işbirliği, girişkenlik, özerklik ve karşılıklı güven ve saygıyı içerir (11). Bu, hasta sonuçlarını iyileştirme amaçlı ortak hedefler üzerinde çalışmak için tasarlanmış bir meslekler arası ekip tarafından oluşturulmuş ortaklıktır. İşbirlikli etkileşimler profesyonel kültürlerin ve bilgi ve becerilerin hasta bakımının kalitesini artırmak için paylaşılıp sergilenmesiyle elde edilir (12,13). Burada ekip etkinliğini belirleyen en önemli özellikler üyelerin açık iletişimi, otonomi ve kaynakların eşitliğinin dâhil olduğu ekipteki rollerini görerek hareket etmeleridir (13). Zayıf bir mesleklerarası işbirliğinin hasta bakım kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu söylenilebilir (14). Mesleklerarası eğitim yoluyla kazanılan bir mesleklerarası işbirliğinin, yüksek kaliteli bakım için önemli olduğu düşünülmektedir.

Dünyada birçok üniversitede mesleklerarası eğitim, sağlık ve sosyal hizmet eğitim programı içerisinde yerini almış, sağlık bilimleri ve sosyal hizmetler alanında lisans ve yüksek lisans seviyelerinde ders olarak verilmeye başlanmıştır. Birçok bağımsız projenin yanında spesifik programlara uyarlanabilir mesleklerarası programlar geliştirilmiştir. Stokholm Karolinska Enstitüsü (İsveç), mesleklerarası eğitimin Avrupa'da gelişmesinde önemli projelere imzasını atmıştır. İngiltere'de *Centre for the Advancement of Professional Education (CAIPE)*, ABD'de *Interprofessional Education Collaborative (IPEC)*, Kanada'da *Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)*.Avustralya'da *Centre for Professional Education Advancement (CPEA)* mesleklerarası eğitim kavramlarını geliştirmiş ve koordinasyonlu eğitim programlarında üniversitelere öncülük etmişlerdir (15).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sisteminin gelişmesi için sağlık sektörünün içinde uyum sağlanmasını öngörmekte ve değişik kategorilerdeki sağlık personelinin iş bölümü açısından anlaşmalarını, mesleki ve mesleklerarası işbirliği yapmasını beklemektedir. Sağlık hizmetinden sorumlu meslek üyelerinin değişik ve bireysel eğitim almış olmaları (farklı yaklaşım ve felsefeler), iletişim yetersizlikleri ve profesyonel sosyalleştirme (özerklik, hiyerarşik değer sistemleri) ekip çalışmasını engelleyen önemli etkenlerdir.

Mesleklerarası eğitim, son 10 yılda çeşitli eğitim programlarında önem kazanmasına rağmen uygulamadaki etkinliği ve etkisi nispeten bilinmemektedir. Yapılan bazı projeler mesleklerarası eğitimin pozitif profesyonel davranışı etkilemediğini göstermiştir. Sağlık ve sosyal bakım için pratikte mesleklerarası işbirliği ile ilgili sonuçlar olmadığı anlaşılmıştır. Etkinliği için kanıt yetersizliği olmasına rağmen mesleklerarası eğitim ve işbirlikli çalışma için eğitim kurumları çeşitli politik yardımlarla gelişmeye yönelik ivme kazanmıştır (16). Verilen eğitimlerin öğrencilerin bu konuda bilgi sahibi olmaları için yeterli olup olmadığı halen araştırma konusudur. Üniversitelerdeki farklı disiplinler arasında iletişim yetersizliğinin görülüyor olması da mesleklerarası eğitimin amacına ulaşmasında engel teşkil eden sorunlardan biri olabilir. Etkili hasta bakımı farklı mesleklerden uzman uygulayıcılardan ve sağlık sonuçlarını optimize etmeyi gerektirir. Hasta bakımı ayrıca uygulayıcılardan, her mesleğin katkısı ve saygısını gerektirir. Üniversiteler birden fazla meslek arasında MAE olanakları sağlamak için çeşitli lojistik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (17).

Mesleklerarası eğitim ve öğrenme, farklı disiplinlerdeki öğrencilerin birlikte çalışma ve ekip olma alışkanlığı kazanmaları; mesleki ahlak, etik, sorumluluk, tecrübe gibi pek çok değerlerin geliştirilmesi ve bu eğitimler sonrasında bu kazanımlarını meslek yaşamlarına taşıyabilmeleri açısından oldukça değerlidir.

1.1. Amaçlar

Bu yüksek lisans tez çalışması, mesleklerarası işbirliğini öğrenme bağlamında Hacettepe Üniversitesinin sağlık alanındaki öğrenci ve çalışanlarının hazırbulunuşluk düzeylerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır.

Çalışmanın alt amaçları aşağıda verilmiştir:

1. Tıp fakültesi öğrencilerinin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?
 - a. Tıp fakültesi öğrencilerinin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
 - b. Tıp fakültesi öğrencilerinin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri sınıfa göre farklılık göstermekte midir?
2. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?
 - a. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
 - b. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri sınıfa göre farklılık göstermekte midir?
3. Hastanede çalışan hemşirelerin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?
 - a. Hemşirelerin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
 - b. Hemşirelerin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri aktif çalışma sürelerine göre farklılık göstermekte midir?
 - c. Hemşirelerin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri mezuniyet yıllarına göre farklılık göstermekte midir?
 - d. Hemşirelerin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri alanlarına göre farklılık göstermekte midir?
 - e. Hemşirelerin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri birimlerine göre farklılık göstermekte midir?
4. Hastanede çalışan doktorların MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?
 - a. Doktorların MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
 - b. Doktorların MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri aktif çalışma sürelerine göre farklılık göstermekte midir?

- c. Doktorların MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri mezuniyet yıllarına göre farklılık göstermekte midir?
 - d. Doktorların MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri alanlarına göre farklılık göstermekte midir?
 - e. Doktorların MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri birimlerine göre farklılık göstermekte midir?
5. Hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencilerinin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?
 6. Hemşirelik öğrencileri ve hastanede çalışan hemşirelerin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?
 7. Tıp fakültesi öğrencileri ve hastanede çalışan doktorların MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?
 8. Hastanede çalışan doktor ve hemşirelerin MAÖ hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

1.2. Kapsam

Çalışma kapsamında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğrencileri ile Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde çalışan doktor ve hemşireler yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde sağlık bilimleri eğitiminde farklı alan öğrencilerinin birlikte eğitim alma ve sağlık hizmet sunumunda farklı meslek gruplarının birlikte çalışmalarına yönelik tanımlar, ekip çalışması ve mesleklerarası eğitimin tarihçesi, konuyla ilişkisi nedeniyle hasta güvenliği kavramına güncel bakış ile mesleklerarası eğitimin gerekçeleri, hedefleri, uygulamaları, değerlendirilmesi ve değerlendirmede kullanılan ölçme araçları açıklanmıştır.

2.1. Tanımlar

Sağlık bilimleri alanında ve sağlık hizmet sunumunda farklı meslek grubundan çalışanların ve öğrencilerin, eğitim ve çalışmalarına yönelik alanyazında kimi zaman aynı anlamı karşılayacak şekilde kullanılan ancak içerik olarak farklılıklar gösteren temel kavramlar bu bölümde tanımlanmıştır.

Ekip (takım = team): Görevleri nedeniyle birbirine bağlı, çıktılar için sorumlulukları paylaşan ve dışarıdan bakıldığında da kendilerini tek bir sosyal yapı olarak gören bireyler grubudur (18).

Ekip çalışması (takım çalışması = teamwork): Hastalarına hizmet sunmak için birbirlerine bağımlı olarak çalışan iki ya da daha fazla sağlık çalışanının etkileşimi ya da ilişkisidir (19).

Disiplinlerarası (= interdisciplinary): Farklı disiplinlerden (bir mesleğin altında yer alan) gelen kişilerin ortak bir hedef için işbirlikli bir çaba içinde olmasını tanımlar (20).

Çokdisiplinli (= multidisciplinary): Farklı disiplinlerden (bir mesleğin altında yer alan) gelen kişilerin bir hedef için bağımsız bir çaba içinde olmasını tanımlar (20).

Disiplinlerarası (disiplinlerötesi = transdisciplinary): Bütüncül bir yaklaşım temelinde bir sistem içinde disiplinler ve disiplinlerarası işbirliğini tanımlar (21).

Tekmeslekli (= uniprofessional): Aynı meslek içindeki bireyler tarafından üstlenilen herhangi bir faaliyeti tanımlar (20).

Çokmeslekli (= multiprofessional): Bir amaç için birden fazla meslek üyesinin bağımsız çalışmalarını tanımlar (20).

Mesleklerarası (= interprofessional): Ortak amaç için farklı mesleklerden üyelerin işbirlikli çalışmalarını tanımlar (20).

Mesleklerarası işbirliği (= interprofessional collaboration, [IPC]): Sağlık çıktılarını en uygun düzeyde gerçekleştirmek için öğrenen, çalışan, hasta, aileler ve toplumun etkili mesleklerarası çalışma ilişkilerini geliştirip sürdürme süreci (22).

Mesleklerarası eğitim (= interprofessional education, [IPE]): İki veya daha fazla meslek mensubunun işbirliğini ve hizmet kalitesini artırmak için bir araya geldikleri birlikte, birbirlerinden, birbirleri hakkında öğrendikleri durumlardır (23).

Mesleklerarası öğrenme (= interprofessional learning, [IPL]): İki veya daha fazla meslekten öğrenci veya meslek üyesi arasında bilgi ve yetkinlikleri geliştirmek için mesleklerarası eğitim sırasında ya da uygulama veya eğitim ortamlarında informal olarak oluşan öğrenmedir (3).

2.2. Tarihçe

Bu bölümde, sağlık hizmet sunumunda bireyselden ekip çalışmasına dönüşüm, bunun yansıması olarak sağlık bilimleri alanında meslek grubuna özel eğitimlerden farklı meslek alanındaki öğrencilerin birlikte eğitim almasına gelişim ve tüm bu süreçte konu edilen kavramlar ile bunları ifade etmek için kullanılan sözcüklerdeki değişim açıklanmaktadır.

Günümüze kadar tüm toplumlarda insanlar hastalıklara tanı koymuş ve onu yönetecek yöntemler bulmuşlardır. Birçok toplumda bazı kişilerin hastalıklar konusunda daha bilgili olduğu düşünülmüş, hastalar ve yakınları tarafından yardıma çağırılmışlardır. Zaman içinde bu yardımlarının karşılığını almaya başlamışlar, bu karşılıklar onların yaşamlarını sürdürmelerine destek olmuş ve giderek yaşamı sürdürmelerinin tek kaynağı haline gelerek bir işe ve mesleğe dönüşmüştür. Yine de bu iyileştirme işini yapanların tümü doktor olarak isimlendirilmemiştir. Avrupa’da üniversitelerin ortaya çıkışıyla öğrenilen bir meslek haline gelmiştir ve ancak çok yakın tarihte günümüz anlayışına uygun bir meslek olarak tanımlanmıştır (24). Bireyin sunduğu hizmetten sistemin sunduğu hizmete geçildiğinde başka hizmet sunuculara da gereksinim duyulmuş, zaman içinde çok çeşitli bir sağlık çalışanı grubuna ulaşılmıştır. Bu değişimin yanısıra küreselleşme ile birlikte toplumun

demografik özellikleri de değişim göstermiş, kronik hastalıkların prevalansları önemli ölçüde artmıştır. Bunlara ek olarak bilgi teknolojilerindeki hızlı ilerleme ve yenilikler de sağlık hizmet sunumunu etkilemiştir (25).

Birden fazla sağlık çalışanının birlikte eğitim alma ortamı, ilk olarak 1947 yılında yayınlanan bir makalede konu edilmiştir. Jantsch tarafından “disiplinlerarası” ve “disiplinlerarası” eğitim ifadeleri kullanılmakla beraber tanımlanan eğitim yaklaşımı “mesleklerarası” eğitimi işaret etmektedir çünkü burada tanımlanan öğrencilerin birlikte, birbirlerinden ve birbirleri hakkında öğrenmeleridir (21). 1960’lı yıllar daha çok “ekip çalışması” ve “işbirliği” kavramlarının öne çıktığı yıllar olmuş, bu kavramlar “geleceğin sağlık hizmet sunumu” olarak tanımlanmıştır (26).

1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün Alma-Ata Bildirgesinde “sağlık ekibi olarak çalışmak” ifadesi yer almıştır. Bu bildirge kavramsal vurgu yanında ‘birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda, toplumun gereksinimlerini karşılayacak sağlık ekibinde çalışmak üzere uygun sosyal ve teknik eğitimi alan’ tanımlamasıyla eğitim vurgusunu da içermektedir (27). Aynı kurumun ‘Herkes için Sağlık’ hedeflerine yönelik hazırladığı 1988 tarihli ‘*Learning together to work together for health*’ başlıklı raporunda “çokdisiplinli” ve “disiplinlerarası” kavramlarının disiplinler üzerinden ifadeler olması nedeniyle raporda “çokmeslekli” kavramının tercih edildiği belirtilirken alanyazında kullanılan “mesleklerarası” ifadesinin de aynı anlamı taşıdığı söylenmiştir. Bu raporla artık ekip çalışması ve öncesindeki eğitimlerin önemi birkez daha vurgulanmaktadır.

Tıp eğitiminin geliştirilmesi için bir araya gelen sağlık alanındaki kurum ve kuruluşların 1988 yılında yayınladıkları Edinburg Bildirgesinde “ekip çalışması için eğitim”den söz edilmiş, ekip çalışmasına yönelik eğitimin bir parçası olarak diğer sağlıkla ilişkili mesleklerle birlikte ortak öğrenme, araştırma ve hizmet sunma olanaklarının artırılması istenmiştir (28). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği 1993 yılında “beş yıldızlı hekim” tanımını ortaya koyarken hekimin sahip olması gereken yıldızlardan birini “ekip içinde verimli çalışmak” olarak ifade etmiştir (29).

1990'lı yıllardan başlayarak birden çok meslek grubunun ortak eğitim alması ya da ekip çalışması içinde farklı meslek gruplarının yer alması ile ilgili çalışmalarda bir hızlanma gözlenmiş, birçok eğitim kurumunda “ekip çalışması”, “disiplinlerarası”, “mesleklerarası” ve “çokmeslekli” gibi kavramların birbirleri yerine kullanılması sürmüştür (30). Başta hasta güvenliği olmak üzere mesleklerarası işbirliği konusunda da çok önemli etkilere yol açan *Institute of Medicine* kaynaklı 1999 raporu *To Err is Human* ve 2001 raporu *Crossing the Quality Chasm* farklı sözcüklerin tercih edildiği raporlar olmuştur. İlk raporda “disiplinlerarası” sözcüğü kullanılırken ikinci raporda “çokdisiplinli” sözcüğü tercih edilmiştir (31).

2000'li yıllar özellikle yukarıda adı geçen raporların yarattığı etkiyle mesleklerarası eğitimin gündeme yerleştiği, birçok kuruluşun bu alanda çalışmalar yürüttüğü ve eğitim kurumlarında ardarda yeni programların geliştirildiği, araştırmaların yürütüldüğü yıllar olmuştur (32). Kavramlar daha net ifade edilmeye başlanmıştır. Sözcükler yine birbirinin yerine kullanılıyor olsa da yayınların çoğunda kavramlar arasındaki küçük farklılıklar açıklanır olmuştur. Artık makalelerde yada dökümanlarda hangi sözcüğün, niçin tercih edildiği tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılında yayınladığı *“WHO Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice”* raporunda işbirliğine hazır sağlık insangücününün bir parçası olabilmek için gereken becerilerin geliştirilmesinde mesleklerarası eğitimin önemine vurgu yapmıştır (5). ABD’de 2011 yılında *“Interprofessional Education Collaborative”* öncülüğünde altı meslek örgütünden uzmanların çalışmaları sonunda mesleklerarası işbirliği uygulamaları için çekirdek yetkinlikler tanımlanmıştır (33).

2.3. Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetlerinde nitelik ve güvenlik kavramları, son yıllarda mesleklerarası ekip çalışması için itici bir güç olmaktadır. Etkili bir işbirliği ve iletişime duyulan gereksinim, bu kazanımların elde edilmesinde önemli yer tutar.

Sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sürdürülebilmesinin öncelikli amaç olmasında ticarileşme, hasta odaklı hizmet gibi nedenlerin de etkili olduğu gözlenmekle birlikte yapılan çalışmalarda mesleklerarası ekip çalışmasının, hasta yakınmalarını azaltarak, hasta memnuniyetini arttırarak ve çalışanlardaki stresi ve tükenmişliği azaltarak niteliğe katkı sunduğu belirtilmektedir (34).

1999 yılında yayınlanan *'To Err is Human'* raporu hem toplum hem de sağlık meslek gruplarının dikkatini yeniden güvenlik ve hataların azaltılması konusuna yöneltmiştir. Bu raporda tıbbi hatalar sonucu oluşan ölüm rakamları, ortaya çıkan maliyetler her kesimde ciddi hassasiyetler yaratmıştır. Raporda, hataların tanımlanabilmesi için her ekip üyesinin kendi sorumlulukları kadar diğer ekip üyelerinin sorumluluklarını da bilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Hataların önlenmesi için geliştirilen önerilerin başında ise sağlık ve sosyal hizmetler alanındaki kurum ve kuruluşların, ekiplerde birlikte ve etkili bir şekilde çalışacak profesyonellerin yetiştirilmesi için hasta güvenliği programlarını geliştirmesi gerekliliği yer almıştır (31).

Raporun yayınlanmasının ardından mesleklerarası ilişkiler ve ekip iletişiminin niteliğini geliştirmek üzere bir dizi hasta güvenliği girişimi başlatılmış, mesleklerarası ekip çalışması ve hasta güvenliğini özendiren oluşumlar kurulmuştur: *"UK National Patient Safety Agency"*, *"US Institute for Healthcare Improvement"*, *"Australian Patient Safety Foundation"* ve DSÖ çatısı altında *"World Alliance for Patient Safety"* (34).

2.4. Mesleklerarası Eğitimin Gereksinimleri

Sağlık sorunlarının giderek daha karmaşık hale gelmesi, sağlık profesyonellerinin birbirine daha bağımlı olarak çalışmaya yönelmekte, bu durum ise iletişim sorunlarının ve hata kaynaklarının önlenmesi açısından mesleklerarası işbirliği kavramının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. ABD'de kurumlar

sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve tıbbi hataları azaltmak için bir araç olarak mesleklerarası eğitimi değerlendirmektedirler (35).

Mesleklerarası eğitim, öğrencilerin birlikte çalışabilecekleri ortak konular dışında, hastanelerde verilen tedavi ve bakım maliyetinin daha da aza indirilebileceği hususunda çözümler üretir. Ayrıca hastanelerdeki bakımın daha etkili olacağına işaret ederek, toplum içinde sunulacak sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin entegrasyonunu hedefler. Sağlık profesyonellerinin ve sosyal hizmet uzmanlarının ortak alanlarda geliştirdikleri tedavi ve uygulamalarda ortaya çıkabilecek tekrarların en aza indirgenmesini, en önemlisi profesyonel hasta ilişkilerinde hastanın yaşam kalitesinin en üst seviyeye çıkarılmasını ve hasta odaklı çözüm yollarının geliştirilmesini amaçlar (15).

Sağlık eğitimi verilmesinin asıl amacı hasta bakımında niteliğin yükseltilmesidir. Bakım niteliğinin en önemli göstergelerinden olan tıbbi hataların azaltılmasında ise bireysel performanstan daha çok ekip üyelerinin iletişimi, ekip çalışması ve sistem yetersizliklerinin giderilmesi gelmektedir. Bu durum sağlık profesyonelleri arasında ekip işbirliğini ve ekip içinde etkili iletişimi zorunlu kılmaktadır. Mesleklerarası eğitim ekip üyelerinin iletişim becerilerini ve işbirliğini geliştirmesiyle beraber hasta sonuçlarına da olumlu katkıda bulunmaktadır. Hasta bakımında oluşabilecek hataların önlenmesinde ekip üyelerinin beraber çalışmaları ve ortak kararlar alabilmelerinin önem arzettiği düşünülmektedir. Mesleklerarası işbirliği ile ekip temelli bir yaklaşım, bakımın niteliğini artıracak gibi hata sonuçlarının olumlu yönde gelişmesine de katkıda bulunacaktır. Ayrıca hastanede kalış süresi ve ilaç güvenliği gibi konularda hasta yararına sonuçlar doğurduğu da belirlenmiştir (7, 10,36-42).

2.5. Mesleklerarası Eğitimin Hedefleri

Sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve değerleri paylaşma, diğer sağlık çalışanlarının rollerine saygı gösterme, aralarında olumlu anlayış geliştirmeleri mesleklerarası eğitimin temel hedefidir (43). Diğer mesleklerin rol ve sorumluluklarını anlama, klinik uygulamalarda farklı bakış açıları kazanma,

gerçekten hasta merkezli bakım sağlama ve bakım seçenekleri hakkında bilgi sahibi olma yeteneklerinin geliştirilebilmesi için işbirlikli öğrenme ortamının oluşturulması ve mesleklerarası öğrenmenin desteklenmesinin gerekli olduğu görülmektedir.

Mesleklerarası işbirliğinin geliştirilmesi için yürütülecek eğitimlerde kazanılması beklenen yetkinlikler, ABD’de yayınlanan “*Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*” raporunda dört alanda sınıflandırılmıştır (33):

1. Mesleklerarası Uygulama İçin Etik/Değerler: Karşılıklı saygı ve değerlerin paylaşılması için farklı mesleklerden kişilerle çalışabilme.
2. Roller/Sorumluluklar: Toplumun ve hastaların gereksinim duyduğu sağlık hizmetini sunabilmek için kendi mesleğinin ve başka mesleklerin rolüne ilişkin bilgiyi kullanarak uygun şekilde değerlendirme ve açıklayabilme.
3. Mesleklerarası İletişim: Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların tedavisi için hastalar, aileleri, toplum ve diğer sağlık çalışanları ile ekip yaklaşımını destekleyecek duyarlılık ve sorumlulukta iletişim kurabilme.
4. Ekip ve Ekip Çalışması: Odağında hasta ve toplumun olduğu, güvenli, zamanında, etkili, verimli, adil bir sağlık hizmetini planlayabilmek ve sunabilmek için farklı ekip rollerini etkili biçimde gerçekleştirebilme, etkileşimi ve işbirliğini geliştirecek değerleri ve ekip dinamiklerine yönelik ilkeleri uygulayabilme.

Ayrıca alanyazında detaylı bir inceleme yapılarak, öğrenme çıktılarıyla ilgili yaygın olarak kabul gören bir içerik geliştirilmiştir. Bu içerik 6 genel başlık ve bunların alt başlıklarından oluşmuştur (6). Bunlar:

1. Ekip Çalışması:

- bilgi ve beceri (ortak hedeflerin tanınmasını da içerir)
- diğer profesyonellerle işbirliği için bilgi, beceri ve olumlu tutum
- ekip liderlerinin ve üyelerinin sahip olduğu var sanılan roller ve sorumluluklar
- ekip çalışması engellerini tanıyabilme
- diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliğini geliştirmek
- mesleklerarası bakım konferansları, ekip toplantıları vb. kolaylaştırmak

- ekip dinamikleri ve güçlü ilişkiler
- işbirliği ve hesap verebilirlik

2. Roller/Sorumluluklar:

- sağlık profesyonellerinin farklı rollerini, sorumluluklarını ve uzmanlıklarını anlamak
- kişinin bilgisini ve kendi mesleki rolünü geliştirebilmesi
- tutum ve becerilerle ilgili benzerlikler ve farklı roller
- rolleri ve mesleki sınırlılıkları anlamak
- rollerle ilişkili kavram karmaşalarında meydan okuyabilmek
- sağlık bakımı ve sağlık sistemi içindeki organizasyonu bilme

3. İletişim:

- diğer sağlık meslek üyesi öğrencilerle etkili iletişim
- diğer mesleklerle görüşmeler, çatışmaların önlenmesi
- bakım ile ilgili diğer kişinin görüşlerini ifade etmek
- diğerlerini/ekip üyelerini dinleme
- birlikte karar verme
- vardiya başlangıcında ve sonunda iletişim
- farklı profesyonellerin konuşma dillerinin farkında olma
- temel klinik bilgilerde değişim (sağlık kayıtları, elektronik medya aracılığıyla)

4. Öğrenme/Yansıtma:

- ekip gelişiminde gelecekle ilgili ihtiyaçların belirlenmesi
- ortak profesyonellerin ilgi alanları vasıtasıyla yansıtarak tanımlama
- kişinin ekip içindeki ilişkilerini ciddi olarak yansıtması
- akran desteği aracılığıyla öğrenme
- klinik uygulamalara mesleklerarası öğrenme transferi
- kişisel önyargı ve kalıplaşmış görüşlerle ilgili kendini sorgulama

5. Hasta ile İlişkiler ve Hasta Gereksinimlerini Tanıma:

- mesleklerarası bakımda hasta merkezli rol

- hizmet kullanıcılarının bakış açılarını anlama(aile ve bakıcı)
- birlikte ve işbirliği yaparak hastaya üstün yarar sağlama
- hasta güvenliği sorunları
- hasta ihtiyaçlarını tanıma
- hastaya paydaş olarak yaklaşma

6. Etik/Tutumlar:

- diğer profesyonellerin görüş ve tutumlarını kabul etmek
- saygı
- ekip çalışmasına ilişkin etik sorunlar
- belirsizlikle başa çıkabilme yeteneği
- kişinin kendisinin ve diğerlerinin kalıplaşmış görüşlerini anlaması
- diğer profesyonellerin eksikliklerini, farklılıklarını ve yanlış anlamaları tolere etme
- etik olmayan bir kusurun ortaya çıkarılıp duyurulması

İngiltere'nin güneyindeki üniversitelerin Yeni Nesil Projesi kendi lisans öğrencileri için 9 ortak eğitim programı hedefi içerir (44):

1. Diğer profesyonellerin rollerini anlamak, desteklemek ve saygı duymak
2. Mesleklerarası ekibin bir üyesi olarak etkin bir şekilde katkıda bulunmak
3. Sağlık ve sosyal bakım sınırları, değişen doğasını anlamak
4. Tüm meslekler için ortak olan bilgi, beceri, yetkinlik ve tutumları ve hasta odaklı hizmet sunumunu desteklemek
5. Mesleklerarası ekipte diğerlerinden öğrenmek
6. Güçlük ve tereddütle başedebilmek
7. Diğer profesyonellerle uygulamada işbirliği yapmak
8. Rollerini, mesleki önyargıları ve bunların etkilerini anlamak üzerine mesleklerarası çalışmak
9. Pratikte hasta merkezli uygulamalar yapmak

Mesleklerarası eğitim, hasta güvenliği ve bakım kalitesi açısından sağlık profesyonelleri için önemli bir biçimlendirici deneyim olarak kabul edilmektedir. Reeves ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan bir derlemede bu biçimlendirici deneyimlerin gözlenen ekip davranışlarındaki niteliği geliştirdiği,

linik hata oranlarını düşürdüğü, acil servislerde protokol ve dökümana uyumu artırdığı, hasta memnuniyetini artırdığı bulunmuştur (45).

2.6. Mesleklerarası Eğitim Uygulamaları

Bu başlık altında yürütülen mesleklerarası eğitimlerin zamanlaması, özellikleri, yöntemleri ile uygulamada karşılaşılan güçlükler aktarılmıştır.

2.6.1. Mesleklerarası Eğitimin Zamanlaması

Mesleklerarası eğitimin sağlık alanında yürütülen programların hangi aşamasında yer alması gerektiği farklı görüşlere neden olsa da ortak görüşlerin başında lisans eğitiminin ilk yıllarında başlatılması gelmektedir. Eğitim programlarının özellikle ilk iki yılı içinde başladığında öğrencilerde oluşacak olumsuz önyargıların gelişmesini önleyeceği belirtilmektedir. Aslında birçok öğrenci eğitime başladığında aile ortamından ya da kendi deneyimlerinden getirdiği önyargıları da beraberinde getirmektedir. Bunun yanısıra eğitimin ilk yıllarında öğrencilerin mesleklerarası eğitime katılmak konusunda daha hazır ve istekli oldukları da bir gerçektir. Bu eğilimin yıllar içinde değiştiği de gösterilmektedir. Sonuç olarak mesleklerarası eğitime erken dönemde başlayabilmek öğrencilerin diğer meslek gruplarını tanıması ve onlara yönelik daha olumlu tutum ve davranış geliştirmesini sağlayacaktır (20,32).

Bunun karşısında yer alan görüşte ise öncelikle öğrencilerin kendi meslek rol ve sorumluluklarını öğrenmesi yoluyla onların ekip çalışması içinde daha etkili olacağı savunulmaktadır. Kendi alanını tam tanıyamadan ekip içinde sorumluluk üstlenen ve bunu başaramayan öğrencilerin kendi mesleki kimlik gelişmelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (46).

Öğrenme etkinlikleri meslek gruplarının eğitim süreçlerinin tümünde öğrencilerin mesleklerini uygularken gerek duyacakları işbirlikli çalışma becerilerini geliştirecek tekmeslekli, çokmeslekli ya da mesleklerarası eğitimin tüm örneklerini içermelidir (20,32).

Mezuniyet sonrasına gelindiğinde ise daha çok nitelik geliştirme ve personel gelişim programları olarak karşımıza çıkan mesleklerarası eğitim örnekleri bulunmaktadır. Bu dönemdeki çalışmalarda hedefler bilimsel konu alanları olarak

belirlendiğinde eğitimlerin çokmeslekli planlandığı ancak hedefin işbirlikli çalışma ortamlarının iyileştirilmesi olduğu durumlarda mesleklerarası eğitimlerin tasarlandığı görülmektedir. Mesleklerarası eğitimde vurgu farklı rollerin anlaşılması, hasta bakımında farklı meslek gruplarıyla birlikte çalışma isteği ve çalışma ortamında karşılıklı saygı ve güvenin oluşturulmasında olmaktadır (20).

2.6.2. Mesleklerarası Eğitimin Özellikleri

Mesleklerarası eğitimin uygulanabilmesi ve etkinliklerin başarıya ulaşması için bazı özellikler tanımlanmıştır (20, 43, 46-48):

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

İşbirlikli öğrenme için tüm meslekler tarafından yerine getirilmesi gereken temel belirleyiciler vardır. Burada kastedilenler (6);

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

Mesleklerarası eğitim çokdisiplinli ya da çokmeslekli eğitim ile karıştırılmamalıdır. Mesleklerarası eğitim interaktif olarak diğer meslek üyelerinin rolleri, bilgi, beceri ve yeterlikleri öğrendikleri eğitimdir. Çokmeslekli eğitimde ise yine çok sayıda farklı meslekten öğrenciye eğitim paralel bir şekilde verilmektedir (38). Başka bir meslekten kişinin liderlik ettiği hasta bakımında, karar vermede yer almamak ya da sorumluluğu olmaksızın katılıyor olmak ya da farklı meslekten

öğretim elemanının öğretme deneyimini yönetmesine rağmen, sağlık hizmetinde mesleklerarası etkileşimin nasıl olacağıyla ilişkilendirmemesi de mesleklerarası eğitimle karıştırılmamalıdır (43).

Mesleklerarası eğitimler planlanırken eğitim kuramlarından yararlanılması eğitimin başarıya ulaşmasında önemlidir. Erişkin öğrenme kuramı, yansıtıcı öğrenme, probleme dayalı öğrenme ve deneyimsel öğrenme bu konuda en sık kullanılan eğitim kuram ve yaklaşımlarıdır (20).

Mesleklerarası eğitimler için öğrencilerin kendini güven içinde hissedeceği eğitim ortamlarının oluşturulması, hedeflenen kazanımların elde edilmesinde uygun öğrenme deneyimlerinin yaratılması, seçilen yöntem ve stratejilere uygun gruplar oluşturulması, kullanılan yaklaşımlar konusunda eğitim almış eğitimcilerin tercih edilmesi önerilmektedir (20,32).

Mesleklerarası eğitimler gereksinimler doğrultusunda çok çeşitli içerikte oluşturulabilmekte ve farklı hizmet alanlarında gerçekleştirilebilmektedir. Alanyazında geriatri, birinci basamak sağlık hizmeti, toplum sağlığı ve rehabilitasyon en sık karşımıza çıkan hizmet alanları olmaktadır (20). Yapılan bir derleme çalışmasında mesleklerarası eğitimin hasta kazanımlarını geliştirdiği alanlar madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erişkin aşılması, geriatrik değerlendirme ve yönetim ile acil servis koşullarında kadına yönelik istismarın değerlendirilmesi olmuştur (49).

Mesleklerarası eğitimin özelliklerine yönelik 2005-2010 yılları arasında gerçekleştirilen bir başka derlemede de eğitimlerin %41'inin ABD, %21'inin Kanada, %15'inin Birleşik Krallık, %7'sinin Avustralya ve %5'inin İsveç'te geliştirildiği belirtilmiştir. Eğitimlerin %42'sinin iki, %34'ünün üç, %24'ünün de dört ve daha fazla meslek grubunu içerdiği gösterilmiştir. Bu derlemede geliştirilen eğitimlerin %57'sinin tek defalık eğitimler olduğu sadece %10'unun yıllık yinelenen program olduğu görülmüştür (50).

2.6.3. Mesleklerarası Eğitimi Uygulamada Yöntemler

Mesleklerarası işbirliği yetkinliklerinin geliştirilebilmesi için öğrencilerin bu becerileri eğitimleri süresince aktif katılımı ve etkileşimli olarak öğrenmeleri önemlidir. Bu nedenle etkileşimi artıran eğitim stratejileri mesleklerarası eğitimde

tercih edilmelidir. Alanyazında mesleklerarası eğitimde başlangıç aşamasında bir kuramsal bileşenle başlayan ve oyunlaştırmalar, küçük grup tartışmaları ve klinik uygulamalar en çok karşılaşılan eğitim etkinlikleri olmuştur (45). Mesleklerarası eğitimde kullanılmak üzere önerilen eğitim yöntemleri aşağıda sınıflandırılmıştır (30,32):

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

Mesleklerarası eğitimin etkin bir şekilde uygulamaya geçirilebilmesi için dünyanın farklı üniversitelerinde çeşitli eğitim program modelleri denenmektedir. Bridges ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada Rosalind Franklin University of Medicine and Science, The University of Florida and The University of Washington işbirliği ve mesleklerarası eğitimi ve onların eğitim program modellerini açıklamışlardır. Modeller didaktik bir program, bir toplum tabanlı deneyim ve bir mesleklerarası simülasyon deneyiminden oluşmaktadır. Didaktik programda mesleklerarası ekip oluşturma becerileri, meslek bilgisi, hasta merkezli bakım, sağlık hizmetlerinde kültürün etkisi ve bir mesleklerarası klinik bileşeni vurgulanmaktadır. Toplum tabanlı deneyim; hastalara hizmet sunmayı, kişinin sağlık durumuna ortamın etkisini ve mesleklerarası işbirliklerinin kullanılabilirliğini göstermektedir. Mesleklerarası simülasyon deneyimi ise iletişim ve liderlik becerilerini geliştirmek için kullanılan biçimlendirici ve özetleyici simülasyonlarla klinik ekip beceri eğitimini açıklamaktadır. Bu üç mesleklerarası eğitim modeli diğer mesleklerin sağlık hizmetlerindeki rollerini öğrenirken öğrencilerin kendi mesleki kimliklerini öğrenmelerine yardımcı olmaktadır (51).

Wagner ve diğerleri yaptıkları bir çalışmada klinik senaryo geliştirerek ölümcül hastalığa sahip bir hasta ve ailesine simülasyon ortamında hemşirelik ve tıp

öğrencilerinin birlikte bakım vermesini sağlamışlardır. Öğrenciler uygulama sonunda eğitimin son derece yararlı ve öğretici olduğunu söylemişlerdir. Yapılan bir diğer çalışmada astım ve sepsis vakası üzerine senaryo geliştirilerek tıp ve hemşirelik öğrencilerinin beraber uygulamaları gerçekleştirmeleri istenmiştir. Bu uygulama sonunda da alınan geri bildirimlerde temel becerilerle beraber mesleklerarası işbirliğinin de geliştiği yönünde olumlu ifadeler kullanılmıştır (38,39,52).

Mesleklerarası eğitimlerin geliştirilmesi ve programlara eklenmesi başlangıçta hastane ortamında bir araya gelen sağlık çalışanları (tıp, hemşirelik, sosyal hizmetler vs.) üzerinden kurgulanmıştır. Daha sonrada diş hekimliği ve eczacılığın içinde yer aldığı uygulamalar yapılmıştır (53,54). Mesleklerarası eğitim, öğrencilerin yaparak öğrenmelerinin desteklendiği, gerçek hayatta karşılaşma olasılığı olan uygulamalarla yürütüldüğünde ve bu uygulamalar sırasında farklı meslekten öğrencilerin öğrenmeleri ve deneyimlerini birbirlerine yansıtıp etkileşim kurdukları zaman daha etkili olmaktadır. Öğrenciye hata yapma olasılığı tanıyan, yeniden yapabilme fırsatı sunan ve bu nedenle hastaya verilecek zararı ortadan kaldıran simülasyon teknikleri kullanılarak, mesleklerarası eğitim sayesinde, ekip üyeleri arasında saygı, iletişim, ekip yönetimi ve kendi rol ve sorumluluklarını öğrenme gibi yetkinlikler kazandırılabilir.

Abu-Rish ve arkadaşları tarafından 2005-2010 yılları arasında gerçekleştirilen derlemede yürütülen eğitimlerde kullanılan stratejiler ve kullanılma sıklıkları ortaya konmuştur (50): Küçük grup tartışmaları (%57,8), olgu analizleri (%48,2), büyük grup dersleri (%36,1), klinik uygulamalar (%34,9), yansıtıcı alıştırmalar (%34), simülasyon (%26,5), toplum temelli projeler (%16,9), e-öğrenme (%15,7).

2.6.4. Mesleklerarası Eğitimin Güçlükleri

Mesleklerarası eğitimin önem ve yararlarının bilinmesine rağmen, yerel ihtiyaçlara göre yeni denetim modelleri geliştirilmesi ve eğitim programının bu çerçeveye dahil edilmesi, alandaki eğitim programı eksikliğini belirleme, kaynak kısıtlamaları ve eğitim ve sağlık kurumlarında değişen uygulamalara karşı gösterilen direnç üstesinden gelinmesi gereken önemli sorunlardandır (55). Ayrıca paydaşların çeşitliliğine bağlı pedagojik değişimin zor ve karmaşık olabileceği ve belirsizliğin bir miktar dirençle karşı karşıya getirebileceği düşünülmektedir (56). Mesleklerarası

eğitimin uygulama aşamasında yaşanan engellerden birisi de uygun ve yeterli öğretim elemanı bulmada yaşanan sıkıntıdır. Çeşitli işbirlikli faaliyetleri artırmanın sağlık eğitimi veren okullarda mesleklerarası işbirliği öğretim bilincini artırdığı belirlenmiş, ancak, pek çok kurumsal ve kişisel engellerin, öğretim üyelerinin mesleklerarası öğrenme ile ilgili liderler olmasında engel olacağı düşünülmüştür(57).

Tüm bu problemlerin çözülebilmesi açısından, yükseköğretim kurumlarının sağlık meslek eğitiminde bütüncül bir yaklaşımla, tek bir disiplin yaklaşımından çok disiplinli yaklaşıma geçilmesinde hayati bir rol oynamaktadır (58). Bu geçiş zor ve karmaşık olmakla birlikte, hükümetler, meslek kuruluşları, yükseköğretim kurumları, toplum kuruluşları, bireyler gibi paydaşların işbirliğini gerektirmektedir (59). Değişikliklerle birlikte direnç gelişmektedir ve bu direnç seviyesi karmaşıklık, maliyet ve belirsizlik seviyesine göre değişiklik göstermektedir (60). Sağlık eğitim programlarına mesleklerarası eğitimin katılması önemli değişiklikler içermektedir ve bu değişimi kolaylaştıracak çeşitli faktörlerin olduğu düşünülmektedir (56):

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

Hall ve Zierler'in yaptıkları çalışmada, mesleklerarası eğitim uygulanmasının kolaylaştırılması ve öğretim üyelerinin etkin hale getirilmesi adına bazı durumlara vurgu yapmıştır (61):

1. Mesleklerarası liderler kullanın(konunun önemini anlatacak ve liderlik edecek öğretim elemanları).
2. Öğretim üyelerinin bu alanda geliştirilmesi için program hedefleri hakkında açık olun.
3. Üst kurumsal liderlerin bağlılığını tutarlı hale getirin.

4. Öğretim üyelerinin bu alanda geliştirilmesi için alanyazını gözden geçirin.
5. Bağlama uyan bir öğretim üyesi geliştirme yapısı oluşturun.
6. Yetkinlik odaklı olan mesleklerarası girişimleri geliştirmek için öğretim yapın.
7. Deneyimsel öğrenmeye odaklanın.
8. Mesleklerarası yenilikleri planlarken, oluşturulması planlanan eğitim programı için açık eğitim programı ve ekip çalışması gibi vektörler kullanın.
9. Yansıması için zamanında oluşturun (başarılı öğretim üyesi geliştirme çabaları uygun yansıtıcı uygulama ve deneyimsel öğrenmelerin birleşimini içerir).
10. MAE'deki engelleri ve/veya aksaklıkları öğretim üyelerinin yararına olacak şekilde kullanın (hataları analiz edin ve gelecekteki girişimler için gerektiğinde bu stratejileri kullanın).
11. Teşvik etmek için devam eden gelişmeleri değerlendirin.
12. Bir kurumdan diğerine eğitim programı taşıyarak MAE'in yayılmasını geliştirin.
13. Mesleklerarası çalışmalarını desteklemek ve değişimi hızlandırmak için bilgi kaynağı merkezleri kullanın(eğitim kaynaklarının güçlendirilmesi).
14. Eğitim ve uygulama arasında daha sağlam bağlar oluşturun.
15. MAE'i desteklemek ve eğitim genişletmek için çok sayıda fakültenin bir araya gelmiş öğretim üyeleri ile fakültenin gelişimi için yeni stratejileri belirleyin.

Başarılı bir mesleklerarası eğitim vermeye başlanmasında pek çok engel varmış gibi görünmektedir. Sağlık çalışanlarının uyum ve güven ruhuyla, paylaşım ve toplu eylemlerle ortak bir hedefe yönelme fikri taşıyarak çalışmalarının, hasta bakım kalitesine ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde olan olumlu etkisi göz önüne alındığında mesleklerarası eğitimin sağlık eğitimi veren kurumlarda öncelikle değerlendirilmesi gerektiği ifade edilebilir.

2.7. Mesleklerarası Eğitimin Değerlendirilmesi

Mesleklerarası eğitim pek çok akreditasyon sürecinde sağlık bilimleri alanındaki okullar ve sağlık merkezleri için bir zorunluluk ya da standart olarak tanımlanmaktadır. Yine de öğretim üyeleri için işyükünün düzenlenmesi, sınırlı kaynakların kullanılabilmesi, değişen mesleki beklentiler arasında mesleklerarası eğitimin desteklenmesi ve katılımın sağlanabilmesi açısından daha açık değerlendirmelere gereksinim duyulmaktadır (62,63). Alanyazında mesleklerarası

eğitimle ilgili ilk döneme ait çalışmaların çoğunluğunu yeniliklerin paylaşılması, olaylar, güçlükler, engellerin rapor edilmesi oluşturmaktadır. Programa mesleklerarası eğitimin eklenmesi ile ilgili stratejiler ve süreçler daha az aktarılmaktadır. Bu şekildeki bir birikimde mesleklerarası eğitimle ilgili soruların dağılmasını kolaylaştırmamaktadır (62).

Bu alanda kanıt oluşturacak çalışma tiplerine baktığımızda, alanyazında kabul gören randomize kontrollü çalışmalar, kontrollü önce-sonra çalışmaları ve müdahale edilmiş zaman serileri ne çıkmakla birlikte yapılan mesleklerarası eğitimle ilgili bu tip çalışmalara rastlanamamıştır (63,64). Bu nedenle řu ana kadar yapılan çalışmalar araştırılırken çalışma tipini daha geniş tutmak önerilmektedir. alışmalar araştırılırken içeriğinde dikkate alınacak değişkenlere göre bir sınıflama Barr tarafından özetlenmiştir (30):

- Program içeriği
 - o Ortak (katılımcılar aynı içeriği öğreniyor)
 - o Karşılaştırmalı (birbirleri hakkında öğreniyor)
 - o Karma
- ğrenme yöntemleri
- Uygulama yeri
- Uygulama süresi
 - o Kısa süreli (bir güne kadar)
 - o Orta süreli (1-7 gün)
 - o Uzun süreli (7 günden uzun)
- Düzey
 - o Mezuniyet ncesi
 - o Mezuniyet sonrası
 - o Sürekli mesleki gelişim

Barr ve arkadaşları tarafından mesleklerarası eğitimin değerlendirilebilmesi için eğitimin ıktıları üzerinden bir sınıflama tanımlanmıştır. Bu sınıflama Kirkpatrick'in program değerlendirmede önerdiği yapının modifiye halidir (Tablo 2.1) (30)

Tablo 2.1. *The Joint Evaluation Team (JET)* mesleklerarası eğitim çıktıları tipolojisi

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

2.8. Mesleklerarası Eğitimde Kullanılan Ölçme Araçları

Canadian Interprofessional Health Collaboration (CHIC), Thannhauser ve arkadaşları ile Oates ve arkadaşları tarafından yürütülen derleme çalışmaları sonucunda toplam 140 ölçme aracı tanımlanmıştır (65-67).

Oates ve arkadaşları yürüttükleri çalışmada bu ölçme araçlarından sadece 9'unun kendi kriterlerini karşıladığını belirterek bunlar üzerinde değerlendirme yapmışlardır: *ICAR (Interprofessional Collaborator Assessment Rubric)*, *ISVS (The Interprofessional Socialisation and Valuing Scale)*, *KidSIM ATTITUDES (Attitudes Towards Teamwork in Training Undergoing Designed Educational Simulation)*, *GRPQ (Generic Role Perception Questionnaire)*, *IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale)*, *UWEIPQ (University of the West of England Interprofessional Questionnaire)*, *ASL (Attitudes to Shared Learning)*, *RIPLS (Readiness for Interprofessional Learning Scale)*, *StudDATA (StudData Questionnaire)*.

Kullanılan bütün araçlar öz bildirim anketleri şeklindedir, ancak *ICAR* gözlemsel bir format kullanmaktadır. Barr ve arkadaşlarının geliştirdiği tipoloji üzerinden mesleklerarası eğitim çıktılarını, Düzey 1'de (reaksiyon)ölçen iki adet, Düzey 2a'da (tutum/algi değiştirilmesi) ölçen sekiz adet, Düzey 2b'de (bilgi/beceri edinme) ölçen beş adet, Düzey 3'de (davranışsal değişiklik) ölçen iki adet araç bulunmaktadır.

Alanyazında yer alan yüzün üzerindeki sayıda ölçme aracının çoğu test yapısına uygun olarak geliştirilmemiştir ve ikna edici psikometrik kanıtlar tarafından desteklenmemektedir. Birçoğu sadece yazarları tarafından yalnızca bir kere kullanılmışlardır. Bu araçlardan 2 tanesi (*RIPLS* ve *IEPS*) bazı ölçüm desteklerine sahiptirler ve mesleklerarası eğitimi değerlendirmek için diğer araçlardan daha fazla kullanılmışlardır.

IEPS, 18 madde içeren ve 4 altboyuttan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin altboyutları; profesyonel yeterlik ve otonomi, profesyonel işbirliği için alınan gereksinim, meslek içinde ve mesleklerarası kaynak paylaşımı ve gerçek işbirliği algısı, diğer mesleklerin katkı ve değerini anlama (68).

RIPLS, uyarlamalarına göre madde ve altboyut sayısı değişmekle birlikte orijinal ölçekte 19 madde ve 3 altboyut yer almaktadır. Bu alt boyutlar; ekip çalışması ve işbirliği, mesleki kimlik, rol ve sorumluluklar (69).

Özellikle mesleğe yönelik olarak geliştirilen ancak yukarıda adı geçen derlemelerden sonra geliştirilen ve psikometrik olarak desteklenen iki tane daha araç mevcuttur. Bunlar *The Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration* ve *The Scale of Attitudes Toward Physician-Pharmacist Collaboration*. Son dönemde hemşirelik, tıp ve eczacılık öğrencileri için ayrı ayrı olarak geliştirilen ölçek yerine, tüm sağlık alanı öğrencileri ve uygulayıcıları için kullanılacak mesleklerarası işbirliğine yönelik tutumları değerlendirmek amacıyla *JeffSATIC* ölçeği geliştirilmiştir (70).

Mesleklerarası eğitimle ilgili olarak geliştirilen ölçme araçlarından *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (71) ve *The Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration* (72) ölçeklerinin Türkçe uyarlama çalışmaları yapılmıştır. Alanyazında geliştirilen ölçekler arasında algı değerlendirmesi çalışan ve Türkçe uyarlaması yapılan ölçek *RIPLS* ölçeğidir. Bu nedenlerden dolayı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Fakültesi öğrencileri ile Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin mesleklerarası öğrenmeye yönelik hazırbulunuşluklarını değerlendirmek amacıyla *RIPLS* ölçeğinin Türkçe uyarlaması kullanılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın tipi, yeri, katılımcıların özellikleri, veri toplama aracı, veri analizinde kullanılan yöntemler ve etik onay açıklanmıştır.

3.1. Çalışmanın tipi

Çalışma, öğrenci ve çalışanların mesleklerarası işbirliği hakkında hazırlanmışluklarının ölçülmesini amaçlayan betimsel bir çalışmadır.

3.2. Çalışmanın yeri

Çalışma Ankara ilinde Hacettepe Üniversitesi'nin Tıp ve Hemşirelik Fakülteleri ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin, Çocuk ve Onkoloji Hastaneleri'nde Mart-Eylül 2015 aylarında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Katılımcılar

Araştırmanın öğrenci ve çalışan olmak üzere iki alt grubu bulunmaktadır. Hemşirelik Fakültesinin 1. ve 2. sınıflarında okuyan öğrenciler ile Tıp Fakültesinin 1. ve 5. dönem öğrencileri çalışmanın öğrenci evrenini oluşturmaktadır. Öğrenci grupları seçilirken, her iki okuldan eğitime başlangıç aşamasında (her iki okulun 1. sınıf öğrencileri) ve yaklaşık 1.5-2 yıllık klinik deneyimi olan (tıp fakültesi 5. dönem ve hemşirelik fakültesi 2. sınıf) gruplar hedeflenmiştir. Öğrencilerin tümüne ulaşılması hedeflendiğinden ayrıca bir örneklem oluşturulmamıştır. Hemşirelik Fakültesinde 2014-2015 Öğretim Yılında 2. Sınıf Cerrahi Stajı alan 130 öğrenci, 2015-2016 Öğretim Yılında 1. Sınıfta öğrenim gören 217 öğrenci çalışmaya davet edilmiştir. Tıp Fakültesinde 2014-2015 Öğretim Yılında 5. Dönemde öğrenim gören 325 öğrenci ile 2015-2016 Öğretim Yılında 1. Dönemde öğrenim gören 611 öğrenciye ulaşılması planlanmıştır. Öğrenci gruplarından daha çok sayıda öğrenciye ulaşmak için hem tıp fakültesi hem de hemşirelik fakültesi 1. sınıflara okula başladıklarındaki ilk derslerde, 2. sınıf hemşirelik öğrencilerine cerrahi dersi stajı uygulandıktan sonraki son sınavlarında, tıp fakültesi 5. dönem öğrencilerine ise dönem sonunda intörnlük öncesi yapılan oryantasyon eğitimi sonrasında uygulama

yapılmıştır. Uygulama sırasında öğrencilerin bir kısmı derslere ya da eğitim programlarına katılmamış olduğundan, bir kısmı ise çalışma gönüllük esasına dayandığı için çalışmaya katılmayı kabul etmemiş ve veri kaybı olmuştur.

Araştırmanın çalışan evrenini Hacettepe Üniversitesi Erişkin, Çocuk ve Onkoloji Hastanelerinde çalışan doktor (uzmanlık eğitimi sürecinde olanlar) ve hemşireler oluşturmaktadır. Bu evrendeki bütün bireylere ulaşmak mümkün olamayacağından, tabakalı örneklem belirleme yöntemi ile evreni temsil edebilecek uygun örneklem belirlenmiştir. Bu yöntemde, evrendeki alt gruplar belirlenir ve bunların evren büyüklüğü içindeki oranlarıyla örnekleme temsil edilmeleri amaçlanır (73). Bu yöntem için kullanılmış olan formül aşağıda verilmiştir:

N evren büyüklüğü

t güven düzeyine karşılık gelen tablo değeri

S evren için tahmin edilen standart sapma

d araştırma evreninin özelliğine göre yapılacak tahminle ilgili tolere edilmek istenen aralık genişliği

$$n_0 = \left[\frac{t \cdot x \cdot S}{d} \right]^2 = [(1,96 \times 0,5) / 0,05]^2 = 384,16$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \left(\frac{n_0}{N} \right)} = \frac{384,16}{1 + \left(\frac{384,16}{1345} \right)} = 298,81 \cong 300$$

Bu bağlamda öncelikle Hacettepe Üniversitesi hastanelerinin cerrahi, dahiliye, çocuk, onkoloji ve ameliyathane birimlerinde çalışan toplam doktor ve hemşire sayısı 1345'dir. Bu büyüklükte bir evreni temsil edebilecek örneklem sayısı ise yaklaşık 300 olarak kestirilmiştir. Evren ve örneklem değerleri arasındaki orandan yola çıkılarak birimlerdeki ulaşılması hedeflenen doktor ve hemşire sayıları Tablo 3.1'de verilmektedir. Evrendeki her bir tabakaya (birime) ait sayıda doktor ve hemşireye ise basit seçkisiz (tesadüfi) örnekleme yapılarak ulaşılmış ve veri toplanmıştır.

Tablo 3.1. Çalışmada yer alan doktor ve hemşirelerin meslek ve birimlere göre evren ve örneklem sayıları.

Meslek	Birim	Evren	Örneklem
Doktor	Erişkin Cerrahi Bil.	204	46
	Erişkin Dahili Bil.	297	66
	Çocuk	146	33
Hemşire	Çocuk	155	35
	Onkoloji	93	21
	Erişkin Cerrahi Bil.	243	54
	Erişkin Dahili Bil.	121	27
	Ameliyathane	86	19
Toplam		1345	301

3.4. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak katılımcıların demografik bilgilerin elde edileceği soruların yanı sıra Parsell ve Bligh'e ait özgün Mesleklerarası Öğrenmeye Yönelik Hazırbulunuşluk Ölçeğinin (69) McFadyen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş sürümünün (74) Onan ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış şekli (71) kullanılmıştır(**Ek-1**).

Bu ölçek, 19 maddeden oluşmakta ve her madde 1: kesinlikle katılmıyorum ve 5: kesinlikle katılıyorum olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, “ekip çalışması ve işbirliği”, “mesleki kimlik” ile “rol ve sorumluluklar” olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin ilk 9'u (1-9) birinci altboyut, sonraki 7 madde (10-16) ikinci altboyut ve son 3 madde (17-19) üçüncü altboyutta bulunmaktadır. Onan ve arkadaşları tarafından yapılan uyarlamada ölçeğin tümünün güvenilirliğine ilişkin hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0.87 bulunurken ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0.85, 0.82, 0.28 olarak hesaplanmıştır. Uyarlama çalışmasını yapan araştırmacılar, 3. alt boyuta ilişkin güvenilirlik değerinin birçok farklı dildeki uyarlamasında olduğu gibi düşük çıkmasenedeniyle ölçeğin Türkçeye uyarlanmış formunu kullanacak araştırmacılara ölçeğin toplam puanı üzerinden değerlendirme yapmalarını önermişlerdir (71).

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

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS 18 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde öncelikle öğrenci ve çalışan veri setlerinde bireylerin toplam ölçek puanları hesaplanmıştır. Her iki grup için bir adet bağımlı değişken (ölçek puanı) bulunmaktadır. Bağımlı ve bağımsız değişken sayıları bir ve bağımsız değişkenin kategori sayısı iki olduğunda ortalamalar arası farkın istatistiksel olarak incelenmesi için bağımsız örneklem t testi kullanılmaktadır (75). Bu sebeple öğrenci veri setinde ölçek puanlarının, cinsiyet ve sınıf bağımsız değişkenleri ile çalışan veri setinde cinsiyet ve alan bağımsız değişkenleri için incelenmesinde bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Ancak bu test parametrik bir testtir ve teste ilişkin sayıtların karşılanamaması durumunda tekniğin kullanılması, ulaşılan sonuçların hatalı olmasına neden olabilir (95). Ortalamaların karşılaştırıldığı her bir gruptaki örneklem büyüklüğü 30 ve üzerinde olduğunda dağılımın normale yaklaştığı savunulur. Örneklem büyüklüğünün 30'dan küçük olduğu durumlarda ise normallik sayıtlısı karşılanamadığından bağımsız örneklem için t testi yerine, bu testin non-parametrik karşılığı olan Mann-Whitney U testi kullanılmaktadır (75, 95). Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin ve hemşirelerin cinsiyete göre ölçek puanları ile doktorların mezuniyet yıllarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bu test kullanılmıştır.

Bağımlı ve bağımsız değişken sayıları bir ancak bağımsız değişkenin kategori sayısı ikiden fazla olduğunda ise ortalamalar arası farkın istatistiksel olarak incelenmesi amacıyla tek yönlü ANOVA kullanılabilmektedir. Ancak her bir gruptaki veri sayısının 30'dan düşük olduğu durumlarda normallik varsayımı sağlanamadığı için bu testin non-parametrik karşılığı olan Kruskal-Wallis H Testi kullanılmaktadır (75, 95). Bu sebeple ölçek puanlarının çalışan veri seti için ikiden

fazla kategoriden oluşan birim, mezuniyet yılı ve aktif süre değişkenleri açısından incelendiği durumlarda bu test kullanılmıştır.

Çalışan örnekleminde yer alan doktor veri setindeki mezuniyet yılı değişkeninin bir hücresindeki veri sayısı oldukça düşük olduğu için kategori birleştirme işleminden sonra analizler yürütülmüştür. Mezuniyet yılı değişkeni için “2005-2009” kategorisi ile “2004 ve öncesi” kategorisi birleştirilerek “2009 ve öncesi” şeklinde tanımlanmıştır. Bu sebeple doktor örnekleminde mezuniyet yılı değişkeni, “2014-2010” ve “2009 ve öncesi” olmak üzere iki kategoriye indirgenmiştir.

3.6. Etik Onay

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Akademik Kurulunun ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün bu çalışmanın yüksek lisans tezi olarak gerçekleştirilmesinin uygun olduğunu bildirmesi sonrasında Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan çalışma için etik onay alınmıştır (**Ek-2**). Ayrıca Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan (**Ek-3**) ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimleri Yönetim Kurulu Başkanlığı'ndan (**Ek-4**) yazılı izinler alınmıştır. Uygulama sırasında katılımcılara, çalışmaya katılmakta serbest oldukları, katılıp katılmamaların akademik ve idari bir sonucu olmayacağı, çalışmaya katılmak için onam vermeyen öğrenci ve çalışanların ise katılmayabilecekleri açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan yazılı onam alınmıştır (**Ek-5**).

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın katılımcılarına ait tanımlayıcı özellikler aktarılıp çalışmada kullanılan ölçeğin güvenilirliği ile ilgili sonuçlar verildikten sonra çalışmada elde edilen bulgular, çalışmanın alt amaçlarına göre gruplandırılarak verilmiştir.

Çalışmada tümüne ulaşılması hedeflenen Hemşirelik Fakültesi 1. Sınıf öğrencilerinden 137'si (%63,1) ve 2. Sınıf öğrencilerinden 60'ına (%46,1) ulaşılmıştır. Tıp Fakültesi 1. Dönem öğrencilerinden 212'si (%34,6) ve 5. Dönemde öğrencilerinden 111'i (%34,1) çalışmaya katılmıştır. Hastanelerde çalışan doktor ve hemşireler için belirlenen örneklemin tümüne ulaşılmıştır.

Çalışmaya toplam 197 hemşirelik, 323 tıp öğrencisi, 156 hemşire ve 145 doktor katılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin %95,9'u kadın, %4,1'i erkek; tıp öğrencilerinin %55,1'i kadın, %44,9'u ise erkektir. Hastanede çalışan hemşirelerin %94,2'si kadın, %5,8'i erkek; doktorların %39,3'ü kadın, %60,7'si erkektir. Hemşirelerin %42,9'u ile doktorların %64,8'i dahili alanlarda çalışırken; cerrahi alanlarda ise hemşirelerin %57,1'i ile doktorların %35,2'si çalışmaktadır.

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ait değişkenler Tablo 4.1 ve Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan öğrencilerin okul, cinsiyet, sınıf ve yaşlarına göre dağılımları

Değişken		Fakülte			
		Hemşirelik (n=197)		Tıp (n=323)	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	189	95,9	178	55,1
	Erkek	8	4,1	145	44,9
Sınıf	Eğitime başlarken	137	69,5	212	65,6
	Klinik deneyim sonrası	60	30,5	111	34,4
Yaş	16	0	0	1	0,3
	17	0	0	14	4,3
	18	10	5,1	122	37,8
	19	82	41,6	65	20,1
	20	50	25,4	8	2,5
	21	40	20,3	1	0,3
	22	12	6,1	8	2,5
	23	2	1,0	68	21,1
	24	1	0,5	28	8,7
	25	0	0	5	1,5
	26	0	0	2	0,6
	27	0	0	1	0,3

Tablo 4.2. Çalışmaya katılan çalışanların meslek, cinsiyet, birim, alan, mezuniyet yılı, aktif çalışma süresi ve yaşlarına göre dağılımları

Değişken		Görev			
		Hemşire (n=156)		Doktor (n=145)	
		n	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	147	94,2	57	39,3
	Erkek	9	5,8	88	60,7
Birim	Onkoloji	21	13,5	-	-
	Çocuk	35	22,4	33	22,8
	Ameliyathane	19	12,2	-	-
	Erişkin	81	51,9	112	77,2
Alan	Dahili Bilimler	67	42,9	94	64,8
	Cerrahi Bilimler	89	57,1	51	35,2
Mezuniyet yılı	2015	6	3,8	-	-
	2010-2014	63	40,4	118	81,4
	2005-2009	59	37,8	26	17,9
	2004 ve öncesi	28	17,9	1	0,7
Aktif süre	0-12 ay	12	7,7	16	11,0
	1-5 yıl	61	39,1	113	77,9
	6 yıl ve üzeri	83	53,2	16	11
Yaş	20-29	86	55,1	118	81,4
	30-39	65	41,7	27	18,6
	40 ve üzeri	5	3,2	-	-

Çalışmaya katılan öğrenci ve çalışan gruplarının ölçeğin tümünden, alt boyutlarından ve her bir maddeden aldıkları ortalama puanlar **Ek-6**'da verilmiştir.

Çalışmada, Mesleklerarası Öğrenmeye Yönelik Hazır Bulunuşluk Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı olarak hesaplanan Cronbach alpha değeri öğrenci veri seti için 0.86, çalışan veri seti için ise 0.84 bulunmuştur. Alanyazında bu ölçek ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda ise bu değer 0.76 ile 0.90 arasında değişmektedir (69,71,74,76-80). Çalışmada ölçeğin alt boyutları için yapılan güvenilirlik katsayısı hesaplamalarında 3. alt boyuta ait negatif değerler elde edildiğinden ölçeğin Türkçe

uyarlama çalışmasında da önerildiği üzere ölçeğin alt boyutları değerlendirmeye alınmamış, ölçeğin tümü üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayıları **Ek-7**'de verilmiştir.

Alt amaç 1: Tıp fakültesi öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?

Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin cinsiyetlerine göre ölçek puanlarına bakıldığında kadın ortalamasının (ort: 76,34) erkek ortalamasından (ort: 73,46) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.3). Cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,01$).

Tablo 4.3. Tıp fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	n	Ortalama	S	sd	t	p
Kadın	178	76,34	10,07	321	2,60	0,010
Erkek	145	73,46	9,71			

Tıp Fakültesi 1 ve 5. dönem öğrencilerinin ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Tıp Fakültesi 1 ve 5. dönem öğrencilerinin ölçek puanlarının karşılaştırılması

Sınıf	n	Ortalama	S	sd	t	p
1	212	75,80	9,53	321	1,88	0,061
5	111	73,61	10,74			

Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsiyet ve sınıfa göre ölçeğin maddelerinden aldıkları ortalama puanlar **Ek-8**'de verilmiştir.

Alt amaç 2: Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?

Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Kadın	189	99,96	18891,50	575,500	0,253
Erkek	8	76,44	611,50		

Hemşirelik Fakültesi 1 ve 2. sınıf öğrencilerinin ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hemşirelik Fakültesi 1ve 2.sınıf öğrencilerinin ölçek puanlarının karşılaştırılması

Sınıf	n	Ortalama	S	sd	t	p
1	137	75,22	9,58	195	0,994	0,321
2	60	76,65	8,63			

Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin cinsiyet ve sınıfa göre ölçeğin maddelerinden aldıkları ortalama puanlar **Ek-9**'da verilmiştir.

Alt amaç 3: Hastanelerde çalışan hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?

Hemşirelerin cinsiyete göre ölçek puanları karşılaştırıldığında kadınlar (ort: 72,67) ile erkekler (ort: 62,78) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (U=285,5; p<0,05).

Tablo 4.7. Hemşirelerin cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Kadın	147	81,06	11915,50	285,500	0,004
Erkek	9	36,72	330,50		

Hemşirelerin ölçek puanları aktif çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hemşirelerin aktif çalışma sürelerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Aktif çalışma süresi	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
0-12 ay	12	77,75	2	0,056	0,972
1-5 yıl	61	79,57			
6 yıl ve üzeri	83	77,83			

Hemşirelerin ölçek puanları mezuniyet yıllarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hemşirelerin mezuniyet yıllarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Mezuniyet yılı	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
2015	6	76,58	3	4,387	0,223
2010-2014	63	79,33			
2005-2009	59	71,08			
2004 ve öncesi	28	92,68			

Hemşirelerin ölçek puanları alanlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hemşirelerin alanlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Alan	n	Ortalama	S	sd	t	p
Dahili	67	73,22	9,34	154	1,256	0,211
Cerrahi	89	71,26	9,92			

Hemşirelerin birimlerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Dört grup arasında gözlenen anlamlı farkın, hangi ikili gruplar arasındaki anlamlı farklara bağlı olarak ortaya çıktığının belirlenmesinde ikişerli olarak karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş vesadece onkoloji (ort: 77,14) ve ameliyathane (ort: 67,10) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=98,00$; $p=0,006$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hemşirelerin birimlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Birim	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı fark
Onkoloji	21	100,57	3	9,154	0,027	Onk-Aml
Çocuk	35	73,01				
Ameliyathane	19	58,97				
Erişkin	81	79,73				

Hemşirelerin cinsiyetlerine, aktif çalışma sürelerine, mezuniyet yıllarına, alanlarına ve birimlerine göre ölçeğin maddelerinden aldıkları ortalama puanlar **Ek-10**'da verilmiştir.

Alt amaç 4: Hastanelerde çalışan doktorların hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?

Doktorların cinsiyete göre ölçek puanları karşılaştırıldığında kadın ortalamasının (ort: 75,09) erkek ortalamasından (ort: 71,27) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.12). Cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$).

Tablo 4.12. Doktorların cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	n	Ortalama	S	sd	t	p
Kadın	57	75,09	9,23	143	2,509	0,013
Erkek	88	71,27	8,75			

Doktorların ölçek puanları, aktif çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Doktorların aktif sürelerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Aktif çalışma süresi	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
0-12 ay	16	73,84	2	5,429	0,066
1-5 yıl	113	76,13			
6 yıl ve üzeri	16	50,03			

Doktorların ölçek puanları, mezuniyet yıllarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($U=1249,5$; $p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Doktorların mezuniyet yıllarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Mezuniyet yılı	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
2010-2014	118	75,91	8957,50	1249,500	0,081
2009 ve öncesi	27	60,28	1627,50		

Doktorların ölçek puanları, alanlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Doktorların alanlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Alan	n	Ortalama	S	sd	t	p
Dahili	94	73,37	8,66	143	1,078	0,283
Cerrahi	51	71,67	9,87			

Doktorların birimlerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında çocuk (ort: 76,03) ve erişkin (ort: 71,81) hastanelerinde çalışan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,019$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Doktorların birimlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Birim	n	Ortalama	S	sd	t	p
Çocuk	33	76,03	7,76	143	2,376	0,019
Erişkin	112	71,81	9,28			

Doktorların cinsiyete, aktif çalışma sürelerine, mezuniyet yıllarına, alanlarına ve birimlerine göre ölçeğin maddelerindenaldıkları ortalama puanlar **Ek-11**'de verilmiştir.

Alt amaç 5: Hemşirelik ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

Hemşirelik ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Öğrencilerin fakülteye göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Fakülte	n	Ortalama	S	sd	t	P
Hemşirelik	197	75,65	9,29	518	0,688	0,492
Tıp	323	75,05	9,99			

Alt amaç 6: Hemşirelik öğrencileri ile hastanede çalışan hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

Hemşirelik öğrencileri ile hemşirelerin ölçek puanları karşılaştırıldığında öğrencilerin (ort: 75,65) çalışanlardan (ort: 72,10) daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür (Tablo 4.18). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 4.18. Hemşirelik öğrencileri ile hemşirelerin ölçek puanlarının karşılaştırılması

Durum	n	Ortalama	S	sd	t	p
Öğrenci	197	75,65	9,29	351	3,495	0,001
Çalışan	156	72,10	9,69			

Alt amaç 7: Tıp öğrencileri ve hastanede çalışan doktorların hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

Tıp öğrencileri ile doktorların ölçek puanları karşılaştırıldığında öğrenci ortalamasının (ort: 75,05) çalışan ortalamasından (ort: 72,77) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.19). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,020$).

Tablo 4.19. Tıp öğrencileri ile doktorların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Durum	n	Ortalama	S	Sd	t	p
Öğrenci	323	75,05	9,99	466	2,341	0,020
Çalışan	145	72,77	9,11			

Alt amaç 8: Hastanede çalışan doktor ve hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

Hastanede çalışan doktor ve hemşirelerin ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.20. Mesleğe göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Meslek	n	Ortalama	S	Sd	t	p
Hemşire	156	72,10	9,69	299	0,617	0,538
Doktor	145	72,77	9,11			

5. TARTIŞMA

Bu bölümde tez çalışmasında elde edilen bulgular çalışmanın alt amaçları altında gruplandırılarak tartışılmıştır.

Alt amaç 1 ve 2: Tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?

Çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre hazırbulunuşluk düzeylerine bakıldığında kadınların (ort: 76,34) erkeklerden (ort: 73,46) daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur ($p=0,010$). Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre hazırbulunuşluk düzeylerine bakıldığında ise kadın (ort: 75,98) erkeklerin (ort: 67,88)ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Alanyazında cinsiyet, öğrencilerin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşlukları konusunda üzerinde en çok çalışılan değişken olmuştur. Hojat ve arkadaşlarının Jefferson ölçeği kullanarak tıp, hemşirelik, eczacılık, mesleki terapi ve fizik tedavi öğrencileri ile, öğrencilerin işbirliği konusundaki tutumlarını ölçmek amacıyla yaptığı ölçek geliştirme çalışmasında da kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha yüksek puan elde etmişlerdir (70). Wang ve arkadaşlarının hemşire, doktor, stajer doktor, stajer hemşire, tıp ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı işbirliğine yönelik tutumları Jefferson ölçeğiyle karşılaştırdığı çalışmada cinsiyetin etkisini gösteren puanlar anlamsız bulunmuştur (81). Ayrıca Williams ve arkadaşlarının RIPLS ve IEPS ölçeği kullanarak yaptığı benzer çalışmalarda (2013-2015) paramedik öğrencilerinin MAE hazırbulunuşluklarında cinsiyet farklılığına yönelik kanıt bulunamamıştır (81,83). Tıp Fakültesi öğrencileriyle ilgili bulgular alanyazınla uyumludur.

Öğrencilerin sınıflara göre hazırbulunuşluk düzeyleri değerlendirildiğinde Tıp Fakültesi 1. dönem (ort: 75,80) ile 5. dönem (ort:73,61)öğrencileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$); Hemşirelik Fakültesi 1. sınıf

(ort: 75.22) ve 2. sınıf (ort: 76.65) öğrencileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Lie ve arkadaşlarının RIPLS ve IEPS ölçeği kullanarak mesleklerarası öğrenmeye karşı sağlık öğrencilerinin (tıp, eczacılık öğrencileri ve asistanlar) tutumunu değerlendirmek için ölçek karşılaştırması yaptığı çalışmada, RIPLS ölçeğinde tıp öğrencilerinin eğitim yıllarına göre ortalama puanlarında farklılık bulunmamıştır (84). Sınıf karşılaştırması yapılan benzer çalışmada tıp fakültesinde okuyan dönem 2 öğrencilerinin işbirliğine yönelik toplam puanları dönem 3 öğrencilerine göre daha düşük bulunmuş, ancak 1. ve son yıl tıp öğrencileri puanları arasında fark bulunmamasına rağmen 5. yıldaki öğrencilerin ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir (85).

Alt amaç 3 ve 4: Hastanelerde çalışan doktor ve hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeyleri nedir?

Yaptığımız çalışmada, hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeyleri, cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınların (ort: 72,67) erkeklerden (ort: 62,78) daha yüksek puan ortalaması olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($p=0,003$). Aynı şekildeki karşılaştırma doktorlar için yapıldığında yine kadınların (ort: 75,09) erkeklerden (ort: 71,27) daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,013$).

Elde edilen bu sonuçlar, alanyazında RIPLS ölçeği ile yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir. Wooley ve arkadaşlarının yöneticiler ve diğer çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların bilişsel görevlerde grup performansı üzerinde anlamlı pozitif etkisi olduğu bulunmuştur (86). Hertweck ve arkadaşlarının fizyoterapi, psikolojik danışmanlık, uğraşı terapisi öğrencileri ve asistan doktorlarla yaptığı çalışmada cinsiyetler arasında kadınların toplam RIPLS puanlarında anlamlı fark elde edilmiştir. Kadınların mesleklerarası öğrenmeye yönelik tutumlarının anlamlı olarak daha olumlu olduğu bulunmuştur (87).

Hemşirelerin ölçek puanları aktif çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında, 0-12 ay, 1-5 yıl, 6 yıl ve üzeri gruplandırma yapılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ayrıca ölçek puanları mezuniyet yıllarına göre karşılaştırıldığında yine aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Hemşirelerin ölçek puanları alanlarına göre karşılaştırıldığında, dahilibilimler alan ortalaması 73,22 cerrahi bilimler alan ortalaması ise 71,26 olarak bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Alanyazında yapılan benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durumun hemşirelerin mezuniyet sürelerinin ya da meslekte aktif olarak görev aldıkları sürenin artmasıyla, dahili veya cerrahi bilimlerde yürütülen servis çalışmalarında, hizmet sunumundaki görev tanımları olarak kendilerine kabul ettirilen bakım verici rollerinin daha çok içselleştirilmesine bağlı olarak hemşirelik mesleğini soyutlamalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin birimlerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında onkoloji (ort: 77,14) ve ameliyathane (ort: 67,10) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,012$). Bu duruma, onkoloji hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının birlikte çalışma ortamlarının çok olmaması ancak bu alandaki hizmet sunumunun en çok işbirlikli çalışmaya ihtiyaç duyan ortam olması neden olarak gösterilebilir. Ayrıca ameliyathane şartlarının mesleklerarası işbirliğine en çok ihtiyaç duyulan ancak yaşanamayan ortam olması ve stresör faktörlerin yoğun olması nedeniyle ameliyathane hemşirelerinin ölçeği daha düşük puanlamalarına sebep olduğu düşünülmüştür.

Doktorların hazırbulunuşluk düzeyleri ölçek puanları aktif çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ayrıca mezuniyet yıllarına göre karşılaştırılma yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$). Doktorların ölçek puanları alanlarına göre karşılaştırıldığında, dahili alan puanı 73,22 cerrahi alan puanı 71,26 olarak tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Alanyazında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Doktorların mesleki olarak statülerini diğer mesleklerden daha üst düzeyde görmeleri ve kendilerini tek

olarak her şeyden sorumlu düşünerek hareket etmelerinin bu duruma neden olduğu düşünülmüştür.

Doktorların birimlerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında çocuk ve erişkin hastaneleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,019$). Çocuk hastanesi toplam puanı 76,03 erişkin hastanesi toplam puanı 71,81 olarak bulunmuştur. Bunun nedeni olarak ise çocuk hastanesinde hastalara birebir hizmet vermenin zorluğu ve uygulamada da en az ikinci bir kişiye (aile, hasta yakını veya bakım verici bireyler) ihtiyaç olmasının ekip çalışmasına eğilimi güçlendirdiği düşünülmüştür.

Alt amaç 5: Hemşirelik ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

Hemşirelik ve Tıp Fakültesi öğrencileri arasında ölçek puanları karşılaştırıldığında, hemşirelik öğrencilerinin ortalamalarının 75,65 tıp öğrencilerinin ortalamasının 75,05 olduğu, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Benzer çalışmalar RIPLS ve Jefferson ölçeği kullanılarak yapılmış ve gruplar arasında farklılıklar bulunmuştur. Keshtkaran ve arkadaşları, Wang ve arkadaşları, Hojat ve arkadaşları, Horsburg ve arkadaşlarının farklı öğrenci gruplarıyla (tıp, hemşirelik, cerrahi teknoloji bilimi, eczacılık, fizyoterapi, mesleki terapi) yaptıkları çalışmalarda tıp öğrencilerinin toplam puanlarını hemşirelik ve diğer bölümlerden öğrencilerden daha düşük bulmuşlardır (70,81,88,89). Parsel ve Bligh hemşirelik öğrencilerinin takım tabanlı öğrenmeye daha fazla ilgili olduğunu belirtmiştir (69). Vafadar ve arkadaşlarının, hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık meslekleri yüksek lisans öğrencileri arasında RIPLS ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (90). Aziz ve arkadaşlarının RIPLS ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada hemşirelik ve eczacılık öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeyleri tıp öğrencilerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (91). Acquavita ve arkadaşlarının karma yöntem kullanarak (RIPLS ve öğrenci görüşleri) mesleklerarası eğitimde sağlık bilimleri öğrencilerinin

(hukuk, tıp, hemşirelik, eczacılık, sosyal hizmetler) tutumlarını, bilgi, deneyim ve kabul edilebilirliğini değerlendirdiği çalışmada, sonuçlar farklı akademik disiplinleri arasında mesleklerarası öğrenme için hazırbulunuşluk konusunda anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (92).

Alt amaç 6: Hemşirelik öğrencileri ile hastanede çalışan hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin ölçek puanları karşılaştırma yapıldığında öğrenci ortalamasının (75,65) çalışan ortalamasından (72,10) daha yüksek olduğu görülmüş, aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Wang ve diğerlerinin yaptığı karşılaştırma çalışmasında pediatri hemşireleri, stajyer hemşireler ve hemşirelik öğrencilerinin MAE karşı tutumları Jefferson ölçeğiyle değerlendirilmiş, pediatri hemşirelerinin tutumları daha yüksek puanlanmıştır (81). Pollard ve arkadaşlarının üniversitenin 10 farklı sağlık ve sosyal bakım bölümünden öğrencilerle (erişkin hemşirelik, çocuk hemşirelik, ruh sağlığı hemşireliği, öğrenme engelliler hemşireliği, ebelik, sosyal hizmetler, iş terapisi, fizyoterapi, radyoterapi ve tanısal görüntüleme) yaptığı çalışmada öğrencilerin mesleklerarası eğitime olumlu baktıkları ancak mesleklerarası etkileşim için olumsuz görüş bildirdikleri görülmüştür. Ayrıca yeni öğrencilerin daha büyük öğrencilere göre olumlu görüş bildirdikleri, daha önce çalışma deneyimi olan öğrencilerin olumsuz görüş bildirdikleri görülmüştür (93).

Yapılan çalışmada hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeylerinin öğrenci hemşirelerden daha düşük olması, artan iş yüküyle beraber yaşanan zorlu klinik deneyimlerin mesleklerarası işbirliğine karşı olumsuz tavır gelişmesine sebep olması ya da yaşanan bu olumsuz deneyimlerin işbirliğinin sağlanabileceğine ilişkin görüşlerin olumsuzlaşmasına, her mesleğin kendi disiplin alanına sınırlanmasına neden olması olarak açıklanabilir.

Alt amaç 7: Tıp öğrencileri ve hastanede çalışan doktorların hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

Tıp öğrencileri ve doktorların ölçek puanları karşılaştırıldığında öğrenci ortalamasının (75,05) çalışan ortalamasından (72,77) daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,020$). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hertweckve diğerlerinin çalışmasında, asistan doktorlarla sağlık alanı öğrencileri RIPLS ölçeği kullanılarak karşılaştırılmış, asistan doktorların diğer sağlık öğrencilerine göre toplam puanı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (87). Bu durum rol modellerin uygulamada işbirliği yapmamaları ve doktorların da bu durumdan olumsuz etkilenmeleri sonucu mesleklerarası işbirliğine daha az değer vermeleri olarak yorumlanmıştır.

Alt amaç 8: Hastanede çalışan doktor ve hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeyleri arasında fark var mıdır?

Hastanede çalışan doktor ve hemşirelerin hazırbulunuşluk ölçek puanları karşılaştırıldığında, hemşirelerin puan ortalaması 72,10, doktorların puan ortalaması ise 72,77 olarak bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,538$).

Alcusky ve diğerlerinin yaptıkları hekim-hemşire işbirliği tutumları Jefferson ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş, hemşirelerin işbirliği yönünde en yüksek puana sahip oldukları, pratisyen ve uzman hekimlerin bunu takip ettikleri bulunmuştur (94).

Yapılan çalışmada mesleklerarası işbirliği ve eğitim ile ilgili sık çalışılan değişkenler (cinsiyet, sınıf, meslek grupları) araştırılmış, elde edilen sonuçlar alanyazında bulunan diğer sonuçlarla karşılaştırılarak tartışılmıştır. Alanyazında karşılaşılmamakla birlikte tezin alt amaçlarında tanımlanan bazı değişkenler (mezuniyet yılı, çalışma süresi, alan ve birim) ile ilgili elde edilen sonuçlar ise araştırmacıların kişisel deneyim ve gözlemleri çerçevesinde yorumlanmıştır. Çalışma evreninin belirlenmesi ve katılımcılara ulaşmada izlenen yöntem (ulaşılabilen

öğrenci sayısının evrene göre az oluşu, çalışan evreninde ise ulaşılabilenlere uygulamanın yapılmış olması) ile alanyazında karşılaşılmayan değişkenlerle ilgili sonuçların yorumlanmasındaki dayanaklar bu çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Mesleklerarası eğitim hakkında tıp ve hemşirelik öğrencileri ile doktor ve hemşirelerin hazırbulunuşluk düzeylerinin karşılaştırıldığı bu çalışmada:

- Tıp öğrencilerinde cinsiyete göre kadınlar lehine fark çıkmıştır.
- Hemşirelik öğrencilerinde cinsiyetlere göre fark bulunmamıştır.
- Tıp fakültesi öğrencilerinde sınıf karşılaştırmasında fark elde edilmemiştir.
- Hemşirelik fakültesi öğrencilerinde sınıf karşılaştırmasında fark elde edilmemiştir.
- Hemşirelerde cinsiyete göre kadınlar lehine ve birimlere göre onkoloji alanında çalışanlar lehine farklılık tespit edilmiştir.
- Doktorların cinsiyette kadınlar lehine ve birimlerine göre pediatri lehine farklılık tespit edilmiştir.
- Hemşirelerde meslekte aktif çalışma süresi, mezuniyet yılları ve alanlarına göre fark belirlenmemiştir.
- Doktorlarda meslekte aktif çalışma süresi, mezuniyet yılları ve alanlarına göre fark belirlenmemiştir.
- Doktorların öğrencilerle karşılaştırılan puanlarında öğrenciler lehine farklılık bulunmuştur
- Hemşirelerin öğrencilerle karşılaştırılan puanlarında öğrenciler lehine farklılık bulunmuştur.
- Hemşire ve doktor puanları arasında fark bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

- Cinsiyet, birim, öğrenci ve çalışan arasında çıkan farkların nedenlerinin araştırılmasına yönelik nitel ve daha ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Öğrencilerde sınıflar arasında, çalışanlarda ise aktif çalışma süresi, mezuniyet yılı ve çalıştıkları alan gibi anlamlı çıkmayan sonuçlar için daha farklı gruplarda çalışma yapılması planlanmalıdır.
- Mesleklerarası eğitimler düzenlenerek, eğitim etkinliğini anlamak için öncesi-sonrası çalışmalar tasarlanmalıdır.
- Mesleklerarası işbirliğine vurgu yapabilmek için çalışma ortamlarında informal MAE uygulanmalıdır. Bunun için hasta ziyaretleri farklı meslek

gruplarından kişilerle yapılmalı, hasta ile ilgisi olan meslek üyelerinin katılımı sağlanmalıdır.

- Bu çalışma Barr ve arkadaşlarının 6 aşamalı eğitim çıktıları çalışmasında en alt basamak değerlendirme düzeyindedir. Daha üst düzeyde değerlendirmeler yapılması farklı eğitim programlarının geliştirilmesi açısından faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Joseph, S., Diack, L., Garton, F., Haxton, J. (2012). Interprofessional education in practice. *The Clinical Teacher*. Aberdeen:Blackwell Publishing Ltd.; 9: 27–31.
2. Barr, H. (2001). *Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow*. Learning and Teaching Support Network Centre for Health Sciences and Practice from the UK Centre for Advancement of Interprofessional Education, London, UK.
3. CAIPE. (2013). *Introducing Interprofessional Education*. Fareham; ISBN:978-0-9571382-1-6.
4. Carpenter, J. ve Dickinson, H. (2008). *Interprofessional education and training*. Bristol: Policy Press.
5. World Health Organisation. (2010). *Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva Switzerland.
6. Thistlethwaite, J.ve Moran, M. (2010). On Behalf of the World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Journal of Interprofessional Care* 24(5), 503–513.
7. Karim, R., Ross, C. (2008). Interprofessional education and chiropractic. *J Can Chiropr Assoc* 52: 766-78.
8. Craddock, D., O'Halloran, C., Borthwick, A., McPherson, K. (2006). Interprofessional education in health and social care: fashion or informed practice?. *Learn Health Soc Care* 5: 220-42.
9. Jones, R. (1986). Working together - learning together. Occasional Paper, *J Roy Coll Gen Pract* 33: 1-26.
10. Young, L., Baker, P., Waller, S., Hodgson, L., Moor, M. (2007). Knowing your allies: medical education and interprofessional exposure. *J Interprof Care* 21: 155-63

11. Kasperski, M. (2000). Implementation strategies: 'Collaboration in primary care family doctors and nurse practitioners delivering shared care.' Toronto, ON: Ontario College of Family Physicians. Erişim:22 Mart 2010, <http://www.cfpc.ca/English/CFPC/CLFM/bibnursing/default.asp?s=1>
12. Roa, R. (2003). Dignity and impudence: how should medical students acquire and practice clinical skills for use with older people? *Med Educ* 37: 190-1.
13. Morrison, S. (2007). Working together: why bother with collaboration? *Work Bas Learn Prim Care* 5: 65-70.
14. Zwarenstein, M., Reeves, S., Perrier, L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *J Interprof Care* 19: 148-65.
15. Domaç, S., Fidan, M., Sobacı, F., Yıldırım, A., Soydaş, P., Özkent, T. (2014). Mesleklerarası eğitimin yükseköğretim müfredatına dahil edilmesinin önemi. *Yükseköğretim Dergisi* 4(1):9-13.
16. Barret, G., Greenwood, R. ve Ross, K. (2003). Integrating interprofessional education into 10 health and social care programmes. *Journal of Interprofessional Care* 17(3).
17. Boyce, R., Moran, M., Nissen, L., Chenery, H., Brooks, M. (2009). 'Interprofessional education in health sciences: why a health care team challenge?', *Medical Journal of Australia*, vol. 190(8): 433-436.
18. Cohen, S.G., Bailey, D.R. (1997). What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management* 23(4), 238-290.
19. Canadian Health Services Research Foundation. (2006). Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada.
20. Oandasan, I., Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care* 19:21-38.
21. Jantsch, E. (1947). Inter- and Transdisciplinary University: A System Approach to Education and Innovation. *Higher Education Quarterly* 1: 7-37.

22. Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). A National Interprofessional Competency Framework. Erişim:11 Aralık 2015, http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf.
23. Centre For The Advancement Of Interprofessional Education. (2002). Defining IPE. Erişim: 11 Aralık 2015, <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe>.
24. Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago:The University of Chicago Press.
25. I.O.M. (2013). *Interprofessional Education for Collaboration: Learning How to Improve Health from Interprofessional Models Across the Continuum of Education to Practice*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
26. Palaganas, J. (2012). *Exploring healthcare simulation as a platform for interprofessional education*. A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree Doctor of Philosophy in Nursing, Loma Linda University, United States, UMI number:3547895.
27. World Health Organization. (1978). *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. 6-12 September 1978. Alma-Ata, USSR.*
28. The Edinburgh Declaration Medical Education. (1989). *Hong Kong Practitioner* Vol. 11 No. 9.
29. WHO The Five Star Doctor.(1994). *Hong Kong Practitioner* 16 (7).
30. Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., Reeves, S. (2000). *Evaluations of Interprofessional Education – a United Kingdom Review for Health and Social Care*. Fareham: UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education.
31. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>
32. Reeves, S., Tassone, M., Parker, K., Wagner, S., Simmons, B. (2012). *Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades*. *Work*, 41: 233-245.

33. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington D.C..
34. Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. West Sussex:Wiley Blackwell., ISBN:978-1-4051-8191-4.
35. Blue, A.V., Mitcham, M., Smith, T., Raymond, J., Greenberg, R. (2010). Changing the Future of Health Professions: Embedding Interprofessional Education Within an Academic Health Center. *Academic Medicine*, Vol.85, No.8.
36. Bridges, D.R., Richard, A., Odegard, P.S., Maki, I.V., Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration:three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online* DOI:10.3402/meov16i0.6035.
37. Zhang, C.,Thompson, S., Miller, C. (2011). A review of simülation-based inerprofessional education. *Clinical Simulation in Nursing* 7(4):117-26.
38. Boztepe, H., Terzioğlu, F. (2015). Sağlık eğitiminde meslekler arası eğitim. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 18:3.
39. Wagner, J., Liston, B., Miller, J. (2011). Developing interprofessionel communication skills. *Teaching and Learning in Nursing* 6(3):97-101.
40. Brock, D., Abu-Rish, E.,Chiu, C.R, Hammer, D., Wilson, S., Vorvick, L. ve diğerleri. (2013). Inter Professional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med J* 89(1057):642-51.
41. Raab, C.A, Brown, S.E, Stacey, W., O'Mara, E. (2013). The effect of collaboration on obsestric patient safety in three academic facilities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 42(5):606-16.
42. Jefss, L., Abramovich, I.A, Hayes, C., Simith, O., Tregunno, D., Chan, W.H., Reeves, S. (2013). Implementing an interprofessional patient safety learning intiative: insights from participants, project leads and steering committee members. *BMJ Quality Safety* 22(11)923-30.
43. Sayek, İ., Turan, S., Naçar, M., Akalın, A. ve diğerleri. (2015). Mesleklerarası Eğitim. *Tıp Eğitici El Kitabı*. Ankara:Güneş Tıp Kitabevi.

44. O'Halloran, C., Hean, S., Humphris, D., ve McLeod-Clark, J. (2006). Developing common learning: The New Generation project undergraduate curriculum model. *Journal of Interprofessional Care* ,20, 12–28
45. Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. ve Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *Journal of interprofessional care* 24:230-241.
46. Parsell, G., Bligh, J. (1998). Interprofessional learning. *Postgraduate Medical Journal* 74:89-95.
47. CAIPE. (1997). Interprofessional education- A definition. London : Centre for the Advancement of Interprofessional Education, London.
48. Oandasan, I., Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care* 19(sup1), 39-48.
49. Zwarenstein, M., Reeves, S., ve Perrier, L. (2004). Chapter Two: Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions. In I. Oandasan, D. D'Amour, M. Zwarenstein et al. (Eds), *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice: Research & findings report*. Ottawa, ON: Health Canada.
50. Abu-Rish, E., Kim, S., Choe, L., Varpio, L., Malik, E., White, A.A., Craddick, K., Blondon, K., Robins, L., Nagasawa, P., Thigpen, A., Chen, L.L., Rich, J., Zierler, B. (2012). Current trends in interprofessional education of health sciences students: a literature review. *J Interprof Care* 26(6):444-51.
51. Bridges, D.R., Davidson, R.A., Odegard, P.S., Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online* 16: 6035.
52. Luctkar-Flude, M., Baker, C., Medves, J., Tsai, E., Rivard, L., Goyer, M.C., Krause, A. (2013). Evaluating an interprofessional pediatrics educational module using simulation. *Clinical Simulation in Nursing* 9(5):163-9.
53. Rafrer, M.E., Pesun, I.J., Herren, M., Linfante, J.C., Mina, M., Wu, C.D., Casada, J.P. (2006). A Preliminary survey of interprofessional education. *Journal of Dental Education* 70:417-27.

54. Remigton, T.L., Foulk, M.A., Williams, B.C. (2006). Evaluation of Evidence for Interprofessional Education. *American Journal of Pharmaceutical Education* 70:66.
55. Dunston, R., ve Lee, A. (2011). Curriculum renewal for interprofessional education in health. Sydney: Australian Learning and Teaching Council.
56. Lawlis, T.R., Anson, J., Greenfield, D. (2014). Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. *J Interprof Care* 28(4): 305–310.
57. Barnsteiner, J.H., Disch, J.M., Hall, L., Mayer, D., & Moore, S.M. (2007). Promoting interprofessional education. *Nursing Outlook*, 55, 144–150.
58. Ferrer-Balas, D., Adachi, J., Banas, S., Davidson, C.I., Hoshikoshi, A., Mishra, A., Motodoa, Y., et al. (2008). An international comparative analysis of sustainability transformation across seven universities. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 9, 295–316
59. Anonson, J., Leischner, C., Manahan, C., Randal, J., & Wejr, R. (2008). Report - Interdisciplinary collaborative approach to health education: A partnership addressing community health needs and laying the groundwork for long term planning in health education. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 107–109.
60. Kreitner, R., ve Kinicki, A. (2008). *Organisational behaviour* (8th ed.). Boston: McGraw Hill/Irwin.
61. Hall, L.W., Zierler, B.K. (2014). Interprofessional Education and Practice Guide No. 1; Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *J Interprof Care Early Online*: 1–5.
62. Willgerodt, M., Abu-Rish, E., Brock, D., Liner, D., Murphy, N., Zierler, B. (2015). Interprofessional education and practice guide no. 4: Developing and sustaining interprofessional education at an academic health center. *J Interprof Care, Early Online*: 1–5.
63. Barr, H., Hammick, M., Koppel, I. ve Reeves, S. (1999). Systematic Review of the Effectiveness of interprofessional education: Towards Transatlantic Collaboration. *Journal of Allied Health* 28, 2: 104-108.

64. Zwarenstein, M., Atkins, J., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I. & Reeves, S. (1999) A systematic Review of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care* Vol. 13 (4):417-424.
65. CHIC.(2012). An Inventory of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes.
66. Thannhauser, J., Russell-Mayhew, S., ve Scott, C. (2010). Measures of interprofessional education and collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 24(4): 336–349.
67. Oates, M. ve Davidson, M. (2015). A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. *Medical Education* 49: 386–398 doi:10.1111/medu.12681.
68. Luecht, R.M., Madsen, M.K., Taugher, M.P., Petterson, B.J. (1990). Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. *J Allied Health* 19 (2):181–91.
69. Parsell, G., Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med. Educ* 33.95-100.
70. Hojat, M., Ward, J., Spandorfer, J., Arenson, C., Winkle, L.J.V. ve Williams, B. (2015). The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *J Interprof Care* 29(3): 238–244.
71. Onan, A. (2015). **Sağlık Bilimleri Eğitiminde Benzetim Temelli Meslekler arası Öğrenmenin Öğrencilerin Birey ve Ekip Performanslarına Etkisi.** Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
72. Yıldırım, A., Akıncı, F., Ates, M., Ross, T., Issever, H., Isci, E., Selimen, D. (2006). Turkish version of the Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration: a preliminary study. *Contemp Nurse* 23(1):38-45.
73. Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2010) *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

74. McFadyen, A. K., Webster, V. S., Strachan, K., Figgins, E., Brown, H. ve McKechnie, J. (2005). The Readiness for Interprofessional Learning Scale: a possible more stable sub-structure model for the original version of RIPLS. *Journal of Interprofessional Care*. 19 (6), 595-603.
75. Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
76. Mahler, C., Rochon, J., Karstens, S., Szecsenyi, J., & Hermann, K. (2014). Internal consistency of the readiness for interprofessional learning scale in German health care students and professionals. *BMC medical education*, 14(1), 145
77. Lauffs, M., Ponzer, S., Saboonchi, F., Lonka, K., Hylin, U., & Mattiasson, A.C. (2008). Cross cultural adaptation of the Swedish version of Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). *Medical Education*, 42, 405-411.
78. Cloutier, J., Lafrance, J., Michallet, B., Marcoux, L., & Cloutier, F. (2014). French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 150-15
79. Tamura, Y., Seki, K., Usami, M., Taku, S., Bontje, P., Ando, H., & Ishikawa, Y. (2012). Cultural adaptation and validating a Japanese version of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). *Journal of Interprofessional Care*; 26, 56-63.
80. Tyastuti, D., Onishi, H., Ekayanti, F., & Kitamura, K. (2014). Psychometric item analysis and validation of the Indonesian version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). *Journal of Interprofessional Care*; 0, 17.
81. Wang, Y., Liu, Y-F., Li, H., Li, T. (2015). Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. *Hindawi Publishing Corporation Behavioural Neurology Volume*, Article ID 846498, 6 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/846498>
82. Williams, B., Webb, V. (2015). A national study of paramedic and nursing students' readiness for interprofessional learning (IPL): Results from nine universities . *Nurse Education Today* 35, e31–e37.

83. Williams, B. ve diğerleri. (2013). A cross-sectional study of paramedics' readiness for interprofessional learning and cooperation: Results from five universities. *Nurse Education Today* 33, 1369–1375.
84. Lie, A.D., Fung, C.C., Trial, J., Loheny, K. (2013). A comparison of two scales for assessing health professional students' attitude toward interprofessional learning. *Medical Education Online*, 18:21885-
<http://dx.doi.org/10.3402/meo.v18i0.21885>
85. Shankar, P.R. ve diğerleri. (2015). Attitude of Basic Science Medical Students Toward Interprofessional Collaboration. *Cureus* 7(9): e333. DOI 10.7759/cureus.333
86. Wooley, A.W., Chabris, C., Pentland, A., Hashmi, N., Malone, T.W. (2010). Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups. *Science* 330(6004):686-688.
87. Hertweck, M.L., Hawkins, R.S., Bednarek, M.L., Goreczny, A.J., Schreiber, J.L., Sterrett, E.S. (2012). Attitudes Toward Interprofessional Education: Comparing Physician Assistant and Other Health Care Professions Students. *J Physician Assist Educ* 23(2):8-15.
88. Keshtkaran, Z. ve diğerleri. (2014). Students' readiness for and perception of interprofessional learning: Across-sectional study. *Nurse Education Today* 34, 991–998
89. Horsburgh, M., Lamdin, R. ve Williamson, E. (2001). Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Medical Education* 35:876-883.
90. Vafadar, Z., Vanaki, Z. ve Ebadi, A. (2015). The Readiness of Postgraduate Health Sciences Students for Interprofessional Education in Iran. *Global Journal of Health Science* Vol. 7, No. 4.
91. Aziz, Z., Teck, L. C., & Yen Yen, P. (2011). The Attitudes of Medical, Nursing and Pharmacy Students to Inter-Professional Learning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 29, 639-645.
92. Acquavita, S., Lewis, M., Aparicio, E., Pecukonis, E. (2014). Student Perspectives on IPE and experiences. *Journal of Allied Health* Vol.43, No.2.

93. Pollard, K., Miers, M., Gilchrist, M. (2004). Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health and Social Care in the Community* 12(4), 346–358
94. Alcusky, M., Ferrari, L., Rossi, G., Liu, M., Hojat, M., Maio, V. (2015). Attitudes Toward Collaboration Among Practitioners in Newly Established Medical Homes: A Survey of Nurses, General Practitioners and Specialists. *American Journal of Medical Quality* 1-10
95. Büyüköztürk, Ş., Çokluk Bökeoğlu, Ö, ve Köklü, N. (2009). *Sosyala Bilimler için İstatistik*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

EKLER

Ek-1: Mesleklerarası Eğitime Hazırbulunuşluk Ölçeği

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

Ek-1:A Öğrenci Veri Seti

Değerli katılımcı

Bu çalışma sağlık çalışanlarının mesleklerarası öğrenmeye yönelik hazırbulunuşluk düzeylerini belirlemek, mezuniyet öncesinden başlayarak meslek yaşamı boyunca sürdürülebilecek mesleklerarası öğrenme ve işbirliğini geliştirebilmek üzere geribildirim elde etmek amacıyla yapılmaktadır.

Mesleklerarası öğrenme, farklı mesleklere mensup sağlık çalışanlarının "sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması ve işbirliğinin geliştirilmesi için" birbirinden, birbirleri hakkında ve birlikte öğrenmeleridir.

Ölçek boyunca kullanılan **sağlık alanı meslekleri** kavramı beslenme, çocuk gelişimi, diş hekimliği, eczacılık, fizyoterapi, hemşirelik, ilk ve acil yardım, odyometri, sağlık yönetimi, sosyal hizmet, tıp vb. alanları belirtmektedir.

Bu çalışma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'nun onayı bulunmaktadır (GO 13/391-10).

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çalışmanın bu aşaması mesleklerarası öğrenmeye yönelik ölçek geliştirme kısmını oluşturmaktadır. **Ölçekte mesleklerarası öğrenme açısından olumlu veya olumsuz olarak ifade edilmiş önermeler bulunmaktadır.** Lütfen görüşünüzü önermelerin yanında bulunan 5 dereceli ölçeği kullanarak belirtiniz. **Ölçekte 1 "kesinlikle katılmıyorum", 5 ise "kesinlikle katılıyorum" anlamındadır.**

Katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölümü imzalayarak araştırmacıya iletiniz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

Çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum

İletişim:

Melih Elçin, Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, melcin@hacettepe.edu.tr, Telefon: 3052617/113

Arif Onan, Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, aonan@hacettepe.edu.tr, Telefon: 3052617/114

1)Yaşınız

2)Cinsiyetiniz

kadın erkek

3)Okumakta Olduğunuz Okul

4)Sınıfınız

Ek-1:B Çalışan Veri Seti

Değerli katılımcı

Bu çalışma sağlık çalışanlarının mesleklerarası öğrenmeye yönelik hazırbulunuşluk düzeylerini belirlemek, mezuniyet öncesinden başlayarak meslek yaşamı boyunca sürdürülebilecek mesleklerarası öğrenme ve işbirliğini geliştirebilmek üzere geribildirim elde etmek amacıyla yapılmaktadır.

Mesleklerarası öğrenme, farklı mesleklere mensup sağlık çalışanlarının "sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması ve işbirliğinin geliştirilmesi için" birbirinden, birbirleri hakkında ve birlikte öğrenmeleridir.

Ölçek boyunca kullanılan **sağlık alanı meslekleri** kavramı beslenme, çocuk gelişimi, diş hekimliği, eczacılık, fizyoterapi, hemşirelik, ilk ve acil yardım, odyometri, sağlık yönetimi, sosyal hizmet, tıp vb. alanları belirtmektedir.

Bu çalışma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'nun onayı bulunmaktadır (GO 13/391-10).

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çalışmanın bu aşaması mesleklerarası öğrenmeye yönelik ölçek geliştirme kısmını oluşturmaktadır.

Ölçekte mesleklerarası öğrenme açısından olumlu veya olumsuz olarak ifade edilmiş önermeler bulunmaktadır. Lütfen görüşünüzü önermelerin yanında bulunan 5 dereceli ölçeği kullanarak belirtiniz. **Ölçekte 1 "kesinlikle katılmıyorum", 5 ise "kesinlikle katılıyorum" anlamındadır.**

Katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölümü imzalayarak araştırmacıya iletiniz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

Çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum

İletişim:

Melih Elçin, Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, melcin@hacettepe.edu.tr, Telefon: 3052617/113

Arif Onan, Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, aonan@hacettepe.edu.tr, Telefon: 3052617/114

1)Yaşınız

2)Cinsiyetiniz

Kadın

Erkek

3)Okul mezuniyet yılınız

4)Mesleğiniz

5)Meslekte aktif çalışma süreniz

6)Çalışmakta olduğunuz branş

Cerrahi

Dahili

Ek-2: Etik Kurul Onay Formu



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik


Sayı : 76000869/ 421-10 - 1654

27 Mayıs 2015

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof. Dr. Melih ELÇİN** danışmanlığında **Hümeysra DENER**'in "**Mesleklerarası Öğrenme Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor ve Hemşireleri ile Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunmuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 12 Mayıs 2015 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Ömer UĞUR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

Ek-3: H.Ü.H.F. Dekanlığı İzin Formu



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

Sayı: 51986023-900/104
Konu: Hümeysra Dener'in tez çalışma izni

22/04/2015

H.Ü.
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Fakültemiz Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hümeysra Dener'in "Meslekierması İşbirliği Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor ve Hemşireleri İle Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulmuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez önerisini fakültemiz üçüncü sınıf öğrencilerine 2014-2015 öğretim yılı sonunda ve birinci sınıf öğrencilerine 2015-2016 öğretim yılı başında uygulama yapması uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi saygılarımla arz/rica ederim.

Prof.Dr. FATMA ÖZ
Dekan



5003673732

Ek-4: Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı İzin Formu



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı: 27043162-020/1155
Konu: Tez Çalışması
(Hümeyra Dener)

16/04/2015

TIP EĞİTİMİ VE BİLİŞİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 10.04.2015 tarihli ve 61 sayılı yazımız.

İlgi yazımızda belirtilen, Anabilim Dalınız Yüksek Lisans öğrencisi Hümeyra DENER'in "Mesleklerarası İşbirliği Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor ve Hemşireleri ile Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışması Etik Kurul İzni alınması şartıyla Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeğini Hastanelerimizde çalışan asistan doktor ve hemşirelerin bir bölümünde yapılabilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. ÖMER UĞUR
Rektör Yardımcısı Sağlık Hizmetleri
Birimi Yönetim Kurulu Başkanı

DAĞITIM :

Bilgi : Erişkin Hastanesi Başhekimliğine
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimliğine
Onkoloji Hastanesi Başhekimliğine
Oran Hastanesi Başhekimliğine
Beytepe Hastanesi Başhekimliğine



Ek-5: Katılımcı onay formu

EĞİTİM AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

(Sorumlu Araştırmacının Açıklaması)

“Mesleklerarası İşbirliği Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor ve Hemşireleri ile Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması” başlıklı çalışma ile Hemşirelik ve Tıp Fakültesi öğrencileri ile hastanede çalışan doktor ve hemşireler arasında işbirliği sağlama algısı ve meslekler arası işbirliğiyle ilgili öğrenci ve çalışanların görüşlerini belirleme amaçlanmaktadır.

Çalışma için katılımcıların kurumlarından onay yazıları alınmıştır:

- 16/04/2015 tarih ve 27043162-020/1155 sayılı Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı yazısı

Çalışmada size Mesleklerarası Öğrenmeye Yönelik Hazırbulunuşluk Ölçeği verilir ve puanlama yapmanız istenecektir.

Çalışma gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmektedir, katılıp katılmamayı seçme hakkınız bulunmaktadır. Çalışmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda vaz geçebilirsiniz. Çalışmaya katılmamak ya da vaz geçmek size hiç bir sorumluluk getirmeyecektir. Bu nedenle herhangi bir mesleki ya da öğrencilikle ilgili bir kaybınız ya da zararınız olmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Çalışmadan elde edilen bilgiler yalnızca akademik amaçlı kullanılacaktır. Uygulamalardaki performanslarınızın meslek ya da okul yaşamınıza herhangi bir yansıması olmayacaktır. Kimlik bilgileriniz belirtilmeyecektir.

Çalışma ile ilgili aklınıza takılan soruları yöneltebilirsiniz. Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışma bittikten sonra da aşağıda adı yazılı sorumlu araştırmacıya telefon ya da e-posta ile ulaşılarak soru sorabilirsiniz, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz.

(Katılımcının Açıklaması)

Sayın Dr. Melih Elçin tarafından “Mesleklerarası İşbirliği Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor ve Hemşireleri ile Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması” başlıklı çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu çalışmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Uygulamalar sırasında göstereceğim performansın meslek / okul yaşamıma bir yansıması olmayacağı konusunda bilgilendirildim ve buna inanıyorum.

Çalışma ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda bunu anında araştırmacılarla paylaşabileceğimi ve sorunun giderilmesini isteyebileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Katılmayı reddedersem, bu durumun iş / okul ortamında bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:

Katılımcı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı: Melih Elçin

Adres: HÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD
Sıhhiye/Ankara

Tel: 3052617/113

İmza:

Ek-6: Çalışmaya katılan öğrenci ve çalışanların ölçeğin tümünden, alt boyutlarından ve her bir maddeden aldıkları değerler

Ek-6.Tablo.1. Çalışmaya katılan öğrencilerin ölçeğin tümünden ve alt boyutlarından aldıkları değerler

Ölçek Alt Boyutu	Madde no	Puan aralığı	Fakülte							
			Hemşirelik			Tıp				
			N	\bar{X}	Ranj (Min-Max)	S_x	N	\bar{X}	Ranj (Min-Max)	S_x
Ekip çalışması ve işbirliği	1-9	9-45	197	37,72	36 (9-45)	5,36	323	37,80	34 (11-45)	5,53
Mesleki kimlik	10-16	7-35	197	27,69	24 (11-35)	3,88	323	27,02	28 (7-35)	4,42
Rol ve sorumluluklar	17-19	3-15	197	10,25	10 (5-15)	1,77	323	10,23	11 (4-15)	1,92
Ölçek Toplamı	1-19	19-95	197	75,65	67 (28-95)	9,29	323	75,05	58 (35-93)	9,99

Ek-6.Tablo.2. Çalışmaya katılan çalışanların ölçeğin tümünden ve alt boyutlarından aldıkları değerler

Ölçek Alt Boyutu	Madde no	Puan aralığı	Görev							
			Hemşire			Doktor				
			N	\bar{X}	Ranj (Min-Max)	S_x	N	\bar{X}	Ranj (Min-Max)	S_x
Ekip çalışması ve işbirliği	1-9	9-45	156	35,39	35 (10-45)	5,69	145	36,39	2 (23-45)	5,31
Mesleki kimlik	10-16	7-35	156	25,58	20 (14-34)	4,06	145	25,88	25 (10-35)	4,01
Rol ve sorumluluklar	17-19	3-15	156	11,13	10 (5-15)	2,14	145	10,50	8 (6-14)	1,74
Ölçek Toplamı	1-19	19-95	156	72,10	64 (29-93)	9,69	145	72,77	47 (45-92)	9,11

Ek-6.Tablo.3. Hemşirelik öğrencilerinin madde ortalamaları dağılımı

Madde	Fakülte(N=520)	
	Hemşirelik (N=197)	
	Ortalama	Sx
1	4,1675	0,88488
2	4,3553	0,77304
3	4,2741	0,83053
4	4,2386	0,81999
5	4,0457	0,94919
6	3,8883	0,91346
7	4,4518	0,79151
8	4,3046	0,85633
9	3,9949	0,89498
10	4,1269	0,98930
11	4,1472	0,86523
12	2,9442	1,12119
13	4,1726	0,78289
14	3,9492	0,88494
15	4,1320	0,70192
16	4,2132	0,79233
17	3,5431	1,32265
18	3,3401	1,07905
19	3,3655	1,00429

Ek-6.Tablo.4. Tıp öğrencilerinin madde ortalamaları dağılımı

Madde	Fakülte(N=520)	
	Tıp (N=323)	
	Ortalama	Sx
1	4,2322	0,91500
2	4,3932	0,82105
3	4,1115	0,95551
4	4,3003	0,80732
5	3,9443	1,00464
6	3,8080	1,00943
7	4,5851	0,64608
8	4,4149	0,78497
9	4,0124	0,98742
10	4,0402	1,08702
11	4,1641	0,81581
12	2,8607	1,17258
13	4,1672	0,82840
14	3,7585	1,07652
15	3,8638	1,02152
16	4,1672	0,80173
17	2,5387	1,17989
18	3,5851	1,14806
19	4,1022	1,03604

Ek-6 Tablo.5. Hemşirelerin madde ortalamaları dağılımı

Madde	Meslek (N=301)	
	Hemşire (N=156)	
	Ortalama	Sx
1	3,8269	0,95825
2	4,1859	0,82544
3	3,8462	1,01061
4	4,0256	0,81872
5	3,6346	1,04163
6	3,6090	0,88408
7	4,3077	0,80815
8	4,2628	0,88070
9	3,6923	1,00074
10	3,8782	1,09746
11	3,7821	0,93184
12	2,9551	1,12073
13	3,8141	0,92146
14	3,6667	1,01176
15	3,6987	0,88296
16	3,7821	0,85228
17	4,0705	1,18655
18	3,7179	1,13476
19	3,3462	1,09929

Ek-6.Tablo.6. Doktorların madde ortalamaları dağılımı

Madde	Meslek (N=301)	
	Doktor (N=145)	
	Ortalama	Sx
1	3,9931	0,95377
2	4,1724	0,85265
3	3,9172	0,94651
4	4,1172	0,76833
5	3,8621	0,98334
6	3,7586	0,93746
7	4,3517	0,75029
8	4,4276	0,74297
9	3,7862	0,93680
10	4,0483	1,09501
11	3,7862	0,92935
12	2,8759	1,04005
13	3,9103	0,77206
14	3,5448	0,97168
15	3,6897	0,93182
16	4,0276	0,76326
17	2,6414	1,10978
18	3,9448	1,03266
19	3,9172	1,01724

Ek-7: Cronbach alpha güvenirlik katsayısı

		Güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha)	
		ğrenci veri seti	çalışan veri seti
1.boyut	Ekip alışması ve işbirliği	0,864	0,856
2.boyut	Mesleki kimlik	0,757	0,705
3.boyut	Rol ve sorumluluklar	-0,325	-0,118
Ölçeğin tamamı		0,861	0,841

Ek-8: Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsiyet ve sınıfa göre maddelere verdikleri puanlar

Ek-8 Tablo.1. Tıp öğrencilerinin cinsiyetlerine göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Tıp fakültesi (N=323)			
	Kadın (N=178)		Erkek (N=145)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,2584	0,94514	4,2000	0,87876
2	4,4663	0,75276	4,3034	0,89228
3	4,1742	0,94958	4,0345	0,96042
4	4,3371	0,79467	4,2552	0,82310
5	4,0562	0,94909	3,8069	1,05604
6	3,9101	1,00440	3,6828	1,00487
7	4,6180	0,61993	4,5448	0,67679
8	4,4831	0,73049	4,3310	0,84208
9	4,1348	0,93508	3,8621	1,03159
10	4,2135	0,93243	3,8276	1,22102
11	4,1685	0,84687	4,1586	0,77885
12	2,9157	1,11420	2,7931	1,24106
13	4,2528	0,78698	4,0621	0,86779
14	3,8146	1,06001	3,6897	1,09619
15	3,9382	1,01492	3,7724	1,02568
16	4,1854	0,81262	4,1448	0,79039
17	2,5674	1,20191	2,5034	1,15545
18	3,7079	1,04910	3,4345	1,24618
19	4,1404	1,02370	4,0552	1,05264

Ek-8 Tablo.2. Tıp öğrencilerinin sınıflarına göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Tıp fakültesi (N=323)			
	1.sınıf (N=212)		5.sınıf (N=111)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,3396	0,89110	4,0270	0,92892
2	4,4481	0,75548	4,2883	0,92822
3	4,1604	0,93522	4,0180	0,99070
4	4,3774	0,75354	4,1532	0,88624
5	3,9151	1,01755	4,0000	0,98165
6	3,7264	1,02141	3,9640	0,97167
7	4,6509	0,58484	4,4595	0,73588
8	4,4151	0,80717	4,4144	0,74429
9	3,9575	0,98956	4,1171	0,97923
10	4,1651	0,96680	3,8018	1,25640
11	4,2170	0,80289	4,0631	0,83426
12	2,9057	1,14394	2,7748	1,22611
13	4,1792	0,85206	4,1441	0,78447
14	3,8066	1,09083	3,6667	1,04736
15	3,8774	1,00428	3,8378	1,05779
16	4,1981	0,78998	4,1081	0,82408
17	2,5896	1,17093	2,4414	1,19609
18	3,7594	1,07697	3,2523	1,20957
19	4,1132	1,02869	4,0811	1,05430

Ek-9: Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin cinsiyet ve sınıfa göre maddelere verdikleri puanlar

Ek-9.Tablo.1. Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetlerine göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Hemşirelik fakültesi (N=197)			
	Kadın (N=189)		Erkek (N=8)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,1746	0,86060	4,0000	1,41421
2	4,3704	0,73685	4,0000	1,41421
3	4,2910	0,80224	3,8750	1,35620
4	4,2593	0,79324	3,7500	1,28174
5	4,0741	0,91954	3,3750	1,40789
6	3,8942	0,89289	3,7500	1,38873
7	4,4815	0,74085	3,7500	1,48805
8	4,3386	0,81973	3,5000	1,30931
9	4,0159	0,87200	3,5000	1,30931
10	4,1429	0,98159	3,7500	1,16496
11	4,1693	0,83342	3,6250	1,40789
12	2,9524	1,13121	2,7500	0,88641
13	4,1852	0,75272	3,8750	1,35620
14	3,9630	0,83392	3,6250	1,76777
15	4,1534	0,66264	3,6250	1,30247
16	4,2275	0,76219	3,8750	1,35620
17	3,5767	1,32917	2,7500	0,88641
18	3,3386	1,09235	3,3750	0,74402
19	3,3757	1,00087	3,1250	1,12599

Ek-9.Tablo.2. Hemşirelik öğrencilerinin sınıflarına göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Hemşirelik fakültesi (N=197)			
	1.sınıf (N=137)		2.sınıf (N=60)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,2117	0,84393	4,0667	0,97192
2	4,3577	0,82013	4,3500	0,65935
3	4,2847	0,81303	4,2500	0,87576
4	4,2044	0,90048	4,3167	0,59636
5	4,0000	0,97014	4,1500	0,89868
6	3,8175	0,91731	4,0500	0,89110
7	4,4526	0,88260	4,4500	0,53441
8	4,2044	0,94821	4,5333	0,53573
9	3,9124	0,94304	4,1833	0,74769
10	4,1606	0,96432	4,0500	1,04840
11	4,1752	0,84799	4,0833	0,90744
12	2,9927	1,09475	2,8333	1,18130
13	4,1971	0,79372	4,1167	0,76117
14	3,8905	0,92099	4,0833	0,78744
15	4,1168	0,69732	4,1667	0,71702
16	4,1971	0,80293	4,2500	0,77295
17	3,3212	1,30572	4,0500	1,22716
18	3,3431	1,04627	3,3333	1,15958
19	3,3796	1,00828	3,3333	1,00282

Ek-10: Hemşirelerin cinsiyetlerine, aktif çalışma sürelerine, mezuniyet yıllarına, alanlarına ve birimlerine göre maddelere verdikleri puanlar

Ek-10. Tablo.1. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Hemşire (N=156)			
	Kadın (N=147)		Erkek (N=9)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	3,8776	0,91336	3,0000	1,32288
2	4,2041	0,80187	3,8889	1,16667
3	3,8776	0,99930	3,3333	1,11803
4	4,0476	0,79668	3,6667	1,11803
5	3,6327	1,04738	3,6667	1,00000
6	3,6531	0,87314	2,8889	0,78174
7	4,3469	0,79081	3,6667	0,86603
8	4,3129	0,84239	3,4444	1,13039
9	3,7279	0,98313	3,1111	1,16667
10	3,9388	1,06774	2,8889	1,16667
11	3,7959	0,95041	3,5556	0,52705
12	2,9728	1,13443	2,6667	0,86603
13	3,8163	0,93648	3,7778	0,66667
14	3,6667	1,00909	3,6667	1,11803
15	3,7347	0,86267	3,1111	1,05409
16	3,8231	0,84156	3,1111	0,78174
17	4,0952	1,17819	3,6667	1,32288
18	3,7755	1,12746	2,7778	0,83333
19	3,3741	1,09301	2,8889	1,16667

Ek-10. Tablo.2. Hemşirelerin aktif çalışma sürelerine göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Hemşire (N=156)					
	0-12 ay (N=12)		1-5 yıl (N=61)		6 yıl ve üzeri (N=83)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	3,8333	0,71774	3,8525	1,07759	3,8072	0,90335
2	3,7500	0,86603	4,2623	0,75059	4,1928	0,86190
3	3,7500	0,75378	3,9180	1,00491	3,8072	1,05296
4	4,2500	0,62158	4,0328	0,83601	3,9880	0,83365
5	3,6667	1,07309	3,6557	1,04698	3,6145	1,04568
6	3,6667	0,65134	3,5410	0,92329	3,6506	0,88942
7	4,5000	0,52223	4,2459	0,76715	4,3253	0,87106
8	4,2500	0,62158	4,1803	0,90385	4,3253	0,89862
9	3,5000	1,08711	3,6230	1,11301	3,7711	0,90156
10	3,9167	1,24011	3,9344	1,13826	3,8313	1,05714
11	3,9167	0,79296	3,9672	0,81583	3,6265	1,00863
12	3,4167	0,90034	2,8689	1,14710	2,9518	1,12514
13	3,7500	0,75378	3,9508	0,88367	3,7229	0,96668
14	3,8333	0,57735	3,6393	1,03332	3,6627	1,05087
15	3,7500	0,62158	3,6885	1,04149	3,6988	0,79226
16	4,0000	0,60302	3,7869	0,85858	3,7470	0,88129
17	3,9167	1,16450	4,1148	1,14161	4,0602	1,23317
18	3,8333	1,11464	3,8525	1,10809	3,6024	1,15758
19	2,9167	1,16450	3,4098	1,05478	3,3614	1,12161

Ek-10. Tablo.3. Hemşirelerin mezuniyet yıllarına göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Hemşire (N=156)							
	2015 (N=6)		2014-2010 (N=63)		2009-2005 (N=59)		2004 ve öncesi (N=28)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	3,3333	0,51640	3,9048	1,05821	3,6949	0,91452	4,0357	0,83808
2	3,8333	0,75277	4,2540	0,73984	4,0678	0,90714	4,3571	0,82616
3	3,5000	0,83666	3,9365	0,98165	3,7119	1,01796	4,0000	1,08866
4	4,0000	0,63246	4,0794	0,82894	3,9492	0,83921	4,0714	0,81325
5	3,8333	0,98319	3,6508	1,04971	3,5254	1,05628	3,7857	1,03126
6	3,6667	0,81650	3,5397	0,89489	3,5932	0,91196	3,7857	0,83254
7	4,3333	0,51640	4,2857	0,77102	4,1525	0,92501	4,6786	0,54796
8	4,1667	0,75277	4,2063	0,88279	4,2203	0,91100	4,5000	0,83887
9	3,1667	1,32916	3,6190	1,11339	3,6949	0,91452	3,9643	0,79266
10	4,0000	1,09545	3,9206	1,15426	3,6441	1,04655	4,2500	1,00462
11	4,0000	0,89443	3,9365	0,82056	3,5254	1,02311	3,9286	0,89974
12	3,5000	1,04881	2,9365	1,13412	2,8814	1,14598	3,0357	1,07090
13	3,5000	0,83666	3,9524	0,88770	3,6780	0,95485	3,8571	0,93152
14	3,8333	0,75277	3,6667	1,01600	3,6441	0,94253	3,6786	1,21879
15	3,6667	0,81650	3,6984	1,02603	3,6441	0,71348	3,8214	0,90487
16	3,8333	0,75277	3,8254	0,85269	3,7288	0,82693	3,7857	0,95674
17	4,6667	0,51640	4,0000	1,17775	4,0169	1,22463	4,2143	1,22798
18	4,3333	0,81650	3,8095	1,13389	3,5932	1,19075	3,6429	1,06160
19	2,5000	1,04881	3,3651	1,06713	3,4915	1,07275	3,1786	1,18801

Ek-10. Tablo.4. Hemşirelerin alanlarına göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Hemşire (N=156)			
	Dâhiliye (N=67)		Cerrahi (N=89)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	3,9403	0,95156	3,7416	0,95974
2	4,2687	0,84535	4,1236	0,80932
3	3,9701	1,01459	3,7528	1,00319
4	4,0597	0,79545	4,0000	0,83937
5	3,6866	0,98794	3,5955	1,08417
6	3,7015	0,87065	3,5393	0,89260
7	4,2985	0,71806	4,3146	0,87380
8	4,2985	0,75908	4,2360	0,96557
9	3,6567	1,05245	3,7191	0,96518
10	3,9403	1,11302	3,8315	1,08958
11	3,7015	1,01526	3,8427	0,86470
12	2,8806	1,10813	3,0112	1,13312
13	3,7910	0,92993	3,8315	0,91993
14	3,6716	0,95961	3,6629	1,05468
15	3,8806	0,78860	3,5618	0,92877
16	3,8806	0,84427	3,7079	0,85549
17	4,1493	1,20923	4,0112	1,17255
18	4,1343	0,90278	3,4045	1,19392
19	3,3134	1,15744	3,3708	1,05940

Ek-10. Tablo.5. Hemşirelerin birimlere göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Hemşire (N=156)							
	Onk (N=21)		Çocuk (N=35)		Aml (N=19)		Erişkin (N=81)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,1429	0,79282	3,8571	0,84515	3,2105	1,18223	3,8765	0,94051
2	4,4286	0,81064	4,0286	0,78537	4,1053	1,04853	4,2099	0,78607
3	4,3810	0,58959	3,8286	0,78537	3,2632	1,24017	3,8519	1,06197
4	4,5714	0,50709	4,0286	0,74698	3,6842	1,10818	3,9630	0,78174
5	4,0952	0,94365	3,3714	1,11370	3,6316	1,01163	3,6296	1,01790
6	3,8571	0,85356	3,4286	0,85011	3,1579	0,95819	3,7284	0,85165
7	4,3810	0,58959	4,2286	0,73106	4,3158	0,88523	4,3210	0,87788
8	4,4286	0,67612	4,2571	0,70054	4,2632	1,04574	4,2222	0,96177
9	4,1429	0,72703	3,4000	1,00587	3,3158	1,15723	3,7901	0,97103
10	3,8095	1,36452	3,8857	1,07844	3,2632	1,14708	4,0370	0,98036
11	4,0000	0,77460	3,6571	1,13611	3,5263	0,90483	3,8395	0,87259
12	2,7143	1,14642	3,4000	1,06274	2,9474	0,91127	2,8272	1,14881
13	4,1429	0,91026	3,5714	0,94824	3,4737	1,07333	3,9136	0,83961
14	4,0476	0,80475	3,5143	0,95090	3,7368	1,09758	3,6173	1,05556
15	4,1905	0,74960	3,5714	0,77784	3,0000	1,05409	3,7901	0,81725
16	4,2381	0,53896	3,6000	0,77460	3,2105	0,97633	3,8765	0,84236
17	3,7619	1,26114	4,5714	0,73907	4,2105	1,13426	3,9012	1,28067
18	4,4286	0,67612	4,2000	0,79705	3,4211	1,30451	3,3951	1,16918
19	3,3810	1,28360	3,2857	0,95706	3,3684	1,25656	3,3580	1,08753

Ek-11: Doktorların cinsiyetlerine, aktif çalışma sürelerine, mezuniyet yıllarına, alanlarına ve birimlerine göre maddelere verdikleri puanlar

Ek-11. Tablo.1. Doktorların cinsiyetlerine göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Doktor (N=145)			
	Kadın (N=57)		Erkek (N=88)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,0526	1,02506	3,9545	0,90857
2	4,3684	0,83733	4,0455	0,84294
	4,0526	1,04234	3,8295	0,87391
4	4,3333	0,78680	3,9773	0,72678
5	3,9474	0,97140	3,8068	0,99259
6	3,8246	0,86855	3,7159	0,98201
7	4,6140	0,59023	4,1818	0,79576
8	4,6140	0,59023	4,3068	0,80741
9	3,9298	0,88357	3,6932	0,96321
10	4,1228	1,03631	4,0000	1,13462
11	3,9123	0,93122	3,7045	0,92425
12	2,9649	1,05161	2,8182	1,03441
13	4,0526	0,74213	3,8182	0,78118
14	3,6140	1,09796	3,5000	0,88409
15	3,7368	0,95481	3,6591	0,92085
16	4,1579	0,88215	3,9432	0,66709
17	2,7544	1,12251	2,5682	1,10168
18	4,0526	0,98961	3,8750	1,05930
19	3,9825	1,02628	3,8750	1,01497

Ek-11. Tablo.2. Doktorların aktif çalışma sürelerine göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Doktor (N=145)					
	0-12 ay (N=16)		1-5 yıl (N=113)		6 yıl ve üzeri (N=113)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,1875	1,04682	3,9823	0,95415	3,9823	0,95415
2	4,4375	0,72744	4,1681	0,87528	4,1681	0,87528
3	3,9375	1,23659	3,9646	0,92514	3,9646	0,92514
4	4,1875	0,83417	4,1681	0,74285	4,1681	0,74285
5	3,8750	0,80623	3,9469	0,97138	3,9469	0,97138
6	3,7500	0,77460	3,7876	0,91076	3,7876	0,91076
7	4,7500	0,44721	4,3628	0,66898	4,3628	0,66898
8	4,5000	0,51640	4,4867	0,69584	4,4867	0,69584
9	4,0000	0,81650	3,7611	0,95688	3,7611	0,95688
10	3,8750	1,14746	4,1681	1,03426	4,1681	1,03426
11	4,0625	0,68007	3,8142	0,95943	3,8142	0,95943
12	2,7500	1,00000	2,8938	1,03822	2,8938	1,03822
13	3,8125	0,75000	3,9381	0,79376	3,9381	0,79376
14	3,3125	1,07819	3,5841	0,97032	3,5841	0,97032
15	3,6250	0,88506	3,7168	0,96796	3,7168	0,96796
16	3,8750	0,95743	4,0708	0,74062	4,0708	0,74062
17	2,6250	0,95743	2,6372	1,14222	2,6372	1,14222
18	3,5625	0,89209	3,9912	1,03074	3,9912	1,03074
19	3,8125	0,98107	4,0177	0,92565	4,0177	0,92565

Ek-11. Tablo.3. Doktorların mezuniyet yıllarına göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Doktor (N=145)					
	2014-2010 (N=118)		2009-2005 (N=26)		2004 ve öncesi (N=1)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,0000	0,95183	3,9231	0,97665	5,0000	-
2	4,2034	0,87275	4,0385	0,77360	4,0000	-
3	3,9407	0,98095	3,8462	0,78446	3,0000	-
4	4,1864	0,72736	3,8462	0,88056	3,0000	-
5	3,9237	0,94423	3,6154	1,13409	3,0000	-
6	3,7966	0,89212	3,5769	1,13747	4,0000	-
7	4,3983	0,66846	4,1154	1,03255	5,0000	-
8	4,5085	0,67616	4,0769	0,93480	4,0000	-
9	3,7797	0,96197	3,8077	0,84943	4,0000	-
10	4,1102	1,06043	3,7692	1,24283	4,0000	-
11	3,8390	0,93343	3,6154	0,85215	2,0000	-
12	2,8729	1,05041	2,8462	1,00766	4,0000	-
13	3,9068	0,78433	3,9231	0,74421	4,0000	-
14	3,5593	0,96558	3,5000	1,02956	3,0000	-
15	3,7034	0,95460	3,6154	0,85215	4,0000	-
16	4,0424	0,77783	3,9615	0,72004	4,0000	-
17	2,6186	1,13920	2,6923	0,97033	4,0000	-
18	3,9746	1,00819	3,8077	1,16685	4,0000	-
19	4,0169	0,93354	3,4615	1,27219	4,0000	-

Ek-11. Tablo.4. Doktorların alanlarına göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Doktor (N=145)			
	Dâhiliye (N=94)		Cerrahi (N=51)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,0426	0,87884	3,9020	1,08176
2	4,1596	0,82048	4,1961	0,91694
3	4,0106	0,84871	3,7451	1,09258
4	4,1489	0,77539	4,0588	0,75926
5	3,9043	0,99536	3,7843	0,96569
6	3,7766	0,89388	3,7255	1,02134
7	4,3936	0,73643	4,2745	0,77662
8	4,5106	0,61774	4,2745	0,91823
9	3,8511	0,86705	3,6667	1,05198
10	3,9681	1,08213	4,1961	1,11390
11	3,7979	0,83704	3,7647	1,08790
12	2,8191	1,02614	2,9804	1,06752
13	3,9894	0,69553	3,7647	0,88517
14	3,5957	0,93117	3,4510	1,04525
15	3,7234	0,86016	3,6275	1,05756
16	4,0957	0,67313	3,9020	0,90011
17	2,7234	1,13974	2,4902	1,04638
18	3,8936	1,01036	4,0392	1,07630
19	3,9681	1,02077	3,8235	1,01402

Ek-11. Tablo.5. Doktorların birimlerine göre madde ortalamaları dağılımı

Madde	Doktor (N=145)			
	Çocuk (N=33)		Erişkin (N=112)	
	Ortalama	Sx	Ortalama	Sx
1	4,2727	0,62614	3,9107	1,01833
2	4,3939	0,60927	4,1071	0,90402
3	4,2424	0,79177	3,8214	0,96995
4	4,4545	0,61699	4,0179	0,78249
5	4,2121	0,78093	3,7589	1,01560
6	3,9394	0,78817	3,7054	0,97388
7	4,6061	0,60927	4,2768	0,77355
8	4,6667	0,47871	4,3571	0,79250
9	3,8182	0,84611	3,7768	0,96525
10	4,1515	0,97215	4,0179	1,13091
11	3,8788	0,92728	3,7589	0,93236
12	3,1515	0,79535	2,7946	1,09164
13	4,1212	0,59987	3,8482	0,80773
14	3,6061	0,89928	3,5268	0,99512
15	3,5758	1,00095	3,7232	0,91247
16	4,1818	0,58387	3,9821	0,80519
17	2,7273	1,03901	2,6161	1,13301
18	3,9697	1,04537	3,9375	1,03350
19	4,0606	0,99810	3,8750	1,02338