

مروری بر برجسته ترین الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در علوم سلامت در جهان

زهره وفادار^۱، زهره ونکی^{۲*}، عباس عبادی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۰۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۱/۲۹

چکیده

مقدمه: یکی از تحولات مهم آموزش علوم سلامت در چند دهه‌ی اخیر در سطح جهانی، در جهت پاسخگویی به ضرورت ارتقاء کیفیت و ایمنی درمان‌ها و مراقبت‌ها، تغییر رویکرد از آموزش تک‌حرفه‌ای به آموزش بین‌حرفه‌ای است، این مطالعه با هدف شناسایی و معرفی الگوهای اجرایی معتبر آموزش بین حرفه‌ای در جهان انجام شده است.

روش‌ها: مطالعه‌ی مروری نظام‌مند در سال ۹۴-۱۳۹۳ با بهره‌گیری از راهبرد دانشگاه یورک و کلید واژه‌های آموزش بین‌حرفه‌ای و الگوهای اجرایی در ۴ پایگاه مطالعات علوم سلامت شامل Science direct و CINAHL و Pub med و Ovid و پایگاه عمومی مقالات علمی Scholar Google و مجلات و سازمان‌های مرتبط، در محدوده‌ی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ به زبان انگلیسی انجام شده، مقالات بر اساس معیارهای کیفی مبتنی بر هدف، ارزیابی و مقالات نهایی انتخاب گردیدند، از ۳۱۳۷ مقاله‌ی بازبایی شده اولیه، ۱۵ مقاله واجد معیارهای کیفی بودند. نتایج بر اساس رویکرد نظریه‌پردازی ملیس ۲۰۱۱ و در ۳ مقوله‌ی "چارچوب مفهومی و مبانی علمی"، "چارچوب اجرایی و مداخلات آموزشی" و "ارزیابی پیامدهای آموزشی" در الگوها استخراج و نتایج به شیوه تفضیلی ارائه گردید.

یافته‌ها: هفت الگوی اجرایی معتبر در آموزش بین‌حرفه‌ای، شامل الگوی دانشگاه بریتیش کلمبیا و دالهوری از کانادا، دانشگاه واشینگتن، فرانکلین و فلوریدا از آمریکا و دانشگاه لینکوپینگ از سوئد و دانشگاه لیزستر از انگلستان شناسایی شدند. هدف آموزش بین حرفه‌ای در الگوهای اجرایی، تکامل تدریجی هویت در فراگیران علوم سلامت از هویت تک‌حرفه‌ای به هویت بین‌حرفه‌ای بود، چارچوب مفهومی الگوها، مبتنی بر نظریه‌های معتبر روانشناختی فردی و اجتماعی و آموزشی، چارچوب اجرایی بر ارتقاء فرایند اجتماعی شدن حرفه‌ای فراگیران با توسعه همکاری و تعاملات بین حرفه‌ای در قالب یادگیری مبتنی بر خدمات سلامت جامعه متمرکز بوده، و پیامدها نیز در سه حیطة فراگیران، اساتید و بیماران با ابزارهای کیفی و کمی ارزیابی شده است.

نتیجه‌گیری: الگوهای اجرایی در برنامه‌های آموزش بین‌حرفه‌ای، با ایجاد تعاملات گسترده بین حرفه‌ای و مبتنی بر نیاز سلامتی جوامع، زمینه‌ی ارتقاء فرایند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان علوم سلامت را در جهت کسب هویت بین حرفه‌ای در کنار هویت حرفه‌ای فراهم آورده و بدین ترتیب صلاحیت و توانمندی لازم جهت ارائه مراقبت تیمی جامع و یکپارچه مبتنی بر مددجو را در دانش آموختگان علوم سلامت به وجود می‌آورند.

کلید واژه‌ها: آموزش بین حرفه‌ای، الگوهای آموزشی، علوم سلامت، مطالعات مروری

مقدمه

جغرافیایی و افزایش توجه به کیفیت زندگی، ضرورت ارائه مراقبت‌های تیمی بین حرفه‌ای و چند تخصصی را اجتناب ناپذیر ساخته است (۲، ۳). این در حالی است که تمرکز بر تخصص‌گرایی در آموزش علوم سلامت و عدم ارتباطات موثر بین حرفه‌ای باعث نادیده گرفتن جامعیت وجودی انسان و نیازهای وی شده است، ملموس‌ترین پیامد آن عدم تشخیص دقیق و به هنگام نیازهای درمانی بیماران و پیچیده‌تر شدن آن‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های پراکنده، منقطع و مقطعی، بروز گسترده اشتباهات پزشکی و عوارض درمان‌های متضاد و یا موازی، ارائه خدمت مبتنی بر وظیفه و تخصص و نه مبتنی بر مددجو و نیازهای فردی بیماران می‌باشد (۴، ۵). روی دیگر این سکه‌ی تخصص‌گرایی، افزایش هنگفت هزینه‌های درمان بدون

مهم‌ترین رسالت سازمان‌های آموزشی در عرصه سلامت، پاسخگویی به نیازهای متفاوت و متغیر مراقبت سلامتی بوده، به گونه‌ای که هر نوع تغییر رخ داده در جامعه را شامل شده و هماهنگ با واقعیات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانشناختی جوامع ارائه گردد (۱). در قرن حاضر تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن، سالمند شدن جمعیت، افزایش هزینه‌های درمان، فراتر رفتن بیماری‌ها از مرزهای

* نویسنده مسئول: vanaki_z@modares.ac.ir
#1: vanaki_z@modares.ac.ir #2: vanaki_z@modares.ac.ir #3: vanaki_z@modares.ac.ir

توسعه آموزش بین حرفه‌ای به عنوان یک راهکار نوین در مقابله با چالش‌های ارائه خدمات سلامتی بیمار محور فرارسیده است (۲۱، ۲۲).

وزارت بهداشت و درمان ایران در گزارشی، توسعه‌ی نامتقارن در آموزش پزشکی، تأکید بر تخصصی‌گرایی در کنار تغییرالگوی بیماری‌ها و سبک زندگی، عدم یکپارچگی سیستمی و وجود تفکر جزیره‌ای، عدم ادغام افقی و عمودی کوریکولوم‌ها، نارسایی در ارتباطات درون‌بخشی، عدم تعاملات صحیح بین بخشی و فقدان تعهد نظام آموزش نسبت به مسؤولیت اجتماعی و ضعف در عدالت در تامین سلامت را از مهم‌ترین نقاط ضعف نظام آموزش فعلی برمی‌شمارد. این گزارش به وضوح بیانگر پیامدهای عدم توجه به رویکردهای آموزشی تیم محور در علوم سلامت در سال‌های گذشته بوده و ضرورت بازنگری آموزش در علوم سلامت را عمیقاً متذکر می‌گردد (۲۳). با وجود چالش‌های عمده مراقبت‌های بهداشتی در کشور ما که ناشی از آموزش تک حرفه‌ای، سوء ارتباطات حرفه‌ای و فقدان عملکرد تیمی و زیان‌های ناشی از آن است (۲۴-۲۶). همچنین رشد فزاینده‌ی تحقیقاتی که بیانگر تاثیرات مثبت آموزش بین حرفه‌ای بر بهبود عملکرد تیمی و تعاملات حرفه‌ای، ارائه مراقبت مبتنی بر مددجو، ارتقاء ایمنی بیماران و کاهش خطاهای پزشکی، ایجاد یک محیط کاری ایمن و حمایتی، افزایش رضایت کارکنان و کاهش ترک خدمت و غیبت می‌باشد (۳، ۱۸)، هنوز اقدامی زیربنایی برای توسعه‌ی آموزش بین حرفه‌ای صورت نگرفته است (۸).

وفادار و همکاران (۱۳۹۳)، موانع اجرایی آموزش بین حرفه‌ای را در ایران از دیدگاه مدیران آموزشی نظام سلامت بررسی کردند، یافته‌ها بیانگر عدم شناخت این رویکرد آموزشی و در نتیجه عدم درک ضرورت اجرای آن بوده، در حال حاضر در جامعه‌ی ایرانی، موانع فرهنگی-نگرشی و عملکردی-ساختاری در مقابل اجرای این رویکرد آموزشی وجود دارد (۲۷). یکی از گام‌های مهم در پاسخگویی به موانع فرهنگی و نگرشی، شناساندن آموزش بین حرفه‌ای و الگوهای اجرایی موفق مبتنی بر شواهد متقن تحقیقی و پیامدهای کسب شده از این الگوها در طی چند دهه‌ی اخیر در سطح جهانی است، این مطالعه با هدف شناسایی و معرفی الگوهای اجرایی موفق آموزش بین حرفه‌ای در علوم سلامت در سطح جهانی با مروری بر متون مرتبط طراحی و اجرا گردیده است.

روش‌ها

مطالعه‌ی مروری نظام مند در سال ۹۴-۱۳۹۳، بر اساس راهنمای مرکز مرورها و انتشار اطلاعات دانشگاه یورک (2008) انجام شد، مراحل مطالعه، متعاقب تبیین سوال اصلی

اثربخشی و بازدهی مناسب، طبقه بندی‌ها و عدم توازن قدرت در نتیجه عدم دسترسی یکسان افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی و به عبارتی بی‌عدالتی در نظام بهداشت و سلامت می‌باشد (۶، ۷).

یکی از تحولات مهم آموزش علوم سلامت در چند دهه‌ی اخیر در سطح جهانی، در جهت پاسخگویی به نیازهای روز افزون مشتریان و ارتقاء کیفیت و ایمنی خدمات، تغییر رویکرد از آموزش تک حرفه‌ای به آموزش بین حرفه‌ای است (۸، ۹). طبق تعریف مرکز توسعه آموزش بین حرفه‌ای در انگلستان (CAIPE-UK) ۱۹۹۷، آموزش بین حرفه‌ای زمانی اتفاق می‌افتد که فراگیران دو یا چند رشته بهداشتی باهم، از هم و درباره‌ی هم و در جهت ارائه مراقبت همکارانه و موثر و مبتنی بر مددجو آموزش ببینند (۱۰). آموزش بین حرفه‌ای، فراگیران از حرفه‌های مختلف سلامت را برای ایجاد تعامل و ارتقاء یک محیط یادگیری مشارکتی و به هم پیوسته در کنار هم قرار می‌دهد. هدف آن توسعه دانش، مهارت، نگرش و صلاحیت‌های لازم در فراگیران، جهت ارائه عملکرد تیمی مبتنی بر نیاز مددجو و بروز رفتارهای حرفه‌ای مناسب در محیط مراقبتی-مشارکتی می‌باشد (۱۱-۱۳). فراگیران یاد می‌گیرند چگونه در یک محیط مشارکتی و تیمی، با یک هدف و مسؤولیت مشترک کار کرده و مهارت‌ها و ارزش‌های بین حرفه‌ای را در عملکرد آتی خود بروز دهند (۱۴-۱۶). به‌واقع هدف نهایی ارائه مراقبت تیمی، جامع و یکپارچه از بیمار و ارتقاء پیامدهای مراقبت برای مددجویان می‌باشد (۱۷، ۱۸).

اولین برنامه‌های آموزشی بین حرفه‌ای در دهه‌ی ۱۹۶۰ در ایالت متحده آمریکا شروع و سپس در ۱۹۶۹ در کانادا و در ۱۹۷۰ در انگلستان و استرالیا گسترش یافت (۱۹). اما تلاش رسمی و بین المللی برای اجرای آن از دهه‌ی ۱۹۸۰ و با تمرکز سازمان جهانی بهداشت بر چالش جهانی عدم توانایی ارائه کار تیمی در فارغ التحصیلان و فقدان مراقبت‌های یکپارچه و جامع آغاز شد. از آن زمان تاکنون تلاش‌های مداوم و فزاینده‌ای در توسعه آموزش بین حرفه‌ای به خصوص در کشورهای توسعه یافته انجام شده است (۲۰). در سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت جهت یکپارچه‌سازی تلاش‌های پراکنده در توسعه‌ی آموزش بین حرفه‌ای در سطح جهانی، یک چارچوب کلی جهت اجرای آموزش بین حرفه‌ای که تبیین‌کننده تغییرات اساسی در ۳ حوزه سیستم‌های مدیریت آموزشی و بهداشتی، محیط‌های آموزشی و محیط‌های بالینی است را ارائه داده است، در این گزارش، ضرورت یک تغییر فرهنگ به سمت آموزش و تعامل بین حرفه‌ای را الزامی و اجتناب ناپذیر دانسته و اعلام می‌دارد اکنون زمان اجرا و

پژوهش شامل: ۱- جستجوی مقالات با کلید واژه‌های مربوطه در تمامی پایگاه‌های اطلاعاتی مرتبط، ۲- مطالعه‌ی دقیق خلاصه مقالات و تعیین ارتباط آن با سوال مطالعه، ۳- انتخاب و بازیابی اصل مقالات مرتبط با هدف مطالعه و ارزیابی کیفی آن‌ها، ۴- تحلیل داده‌ها با استخراج محتوای متنی مقالات در چهارچوب سوال مطالعه و یکپارچه‌سازی و تلفیق آن‌ها و در نهایت ارائه نتایج نهایی بود (۲۸).

جستجوی متون با کلید واژه‌ی اصلی آموزش بین حرفه‌ای (Interprofessional Education) و الگوی آموزش بین حرفه‌ای (Interprofessional Education Model) همچنین واژه‌های مترادف آن مانند یادگیری بین حرفه‌ای (Interprofessional Learning)، شروع شد. از آنجایی که طی مطالعات اولیه، واژه‌های مترادف و یا مرتبط دیگری نیز شناسایی شدند، فرایند جستجو با واژه‌های اصلی و یا با ترکیب با واژه‌های مرتبط ادامه یافت. با توجه به این که در خصوص آموزش بین حرفه‌ای، به میزان زیادی از واژه‌های مترادف یا هم‌پوشان برای توصیف شرایط مشابه استفاده می‌شدند، از واژه‌ی تعریف شده "آموزش بین حرفه‌ای" توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰) (۲۲)، به عنوان یک مرجع بین‌المللی، جهت کلید واژه‌ی اصلی استفاده شد. جستجوی پیشرفته براساس عنوان، خلاصه مقاله و کلید واژه‌ها به زبان انگلیسی و در محدوده‌ی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ انجام و بازیابی مطالعات و انتقال هم‌زمان نتایج به نرم افزار End note انجام شد، با توجه به میزان دسترسی و پوشش مقالات موجود در این زمینه، جستجو به ترتیب در ۴ پایگاه اصلی اختصاصی مطالعات علوم سلامت شامل Direct Science و CINHALL و Pubmed و Ovid و پایگاه عمومی مقالات علمی Scholar google انجام شد. جستجوی دستی در مجلات اختصاص یافته به آموزش بین حرفه‌ای شامل Journal of Inter professional care و Journal of Research in Inter Professional Practice and Education، با مراجعه‌ی مستقیم به تارنمای این مجلات و بررسی آرشیو مجلات مذکور انجام گردید، همچنین با مراجعه به پایگاه اختصاصی دو سازمان فعال در زمینه‌ی آموزش بین حرفه‌ای شامل Centre for the Advancement of (CAIPE-UK) و Canadian Inter professional Education (CIHC) و professional Health Collaborative نیز جستجو ادامه یافت. این سازمان‌ها شناخته شده‌ترین و فعال‌ترین سازمان‌هایی هستند که در زمینه‌ی آموزش بین حرفه‌ای و توسعه‌ی آن، در سطح بین‌المللی فعالیت دارند، این فعالیت‌ها شامل برگزاری کنگره‌های سالیانه و تالیف و انتشار آخرین دستاوردهای علمی

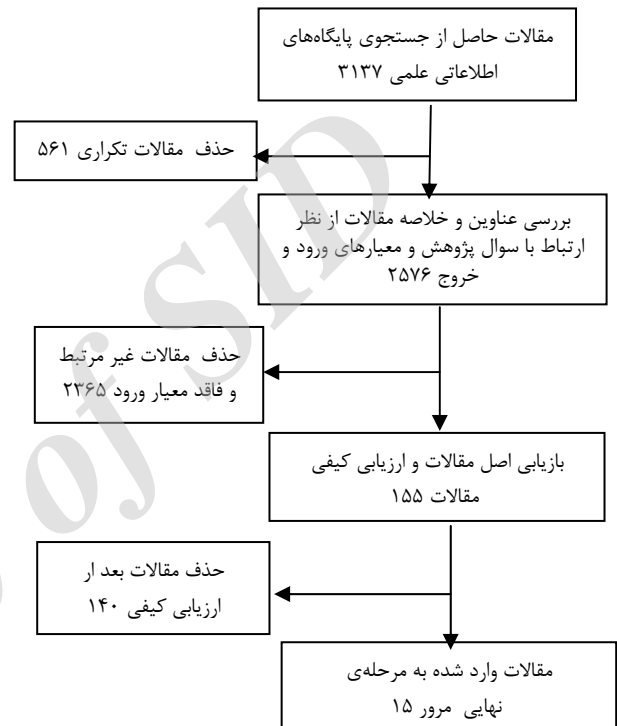
در زمینه‌ی آموزش بین حرفه‌ای می‌باشد (۸). روش‌شناسی مطالعات مورد توجه نبوده و هر مقاله‌ای که به وضوح و به تفضیل به تبیین ابعاد مختلف الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در نظام سلامت پرداخته بودند، وارد مطالعه شدند. در مرحله‌ی دوم عنوان و خلاصه مقالات بدست آمده از نظر ارتباط با سوال مطالعه بررسی شدند و مقالات غیرمرتبط و یا تکراری از مطالعه حذف شدند. در مرحله‌ی سوم متن مقالات مرتبط مورد ارزیابی کیفی قرار گرفتند. معیارهای ارزیابی کیفی مقالات بر اساس هدف پژوهش و توسط تیم تحقیق طراحی شد، این معیارها شامل: ۱- مقاله، توصیف کننده یک برنامه یا یک الگوی اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در مراکز آموزشی دانشگاهی در دو بخش تئوری و بالین باشد ۲- چارچوب مفهومی و مبانی علمی الگوی اجرایی آموزش بین حرفه‌ای تبیین و تشریح شده باشد. چارچوب مفهومی تبیین کننده معیارهای تکرارپذیری، تاییدپذیری و قابلیت اطمینان و اعتبار علمی الگو بوده و هدایت کننده برنامه‌ریزی، اجرا، پیامدهای مورد انتظار و ارزیابی پیامدهای آموزش باشد. ۳- توضیحات کافی در زمینه ساختار و فرایند اجرای مداخلات آموزش بین حرفه‌ای مبتنی بر چارچوب مفهومی زیر بنایی ارائه شده باشد. ۴- پیامدهای اجرای برنامه آموزش بین حرفه‌ای در دو بخش آموزش تئوری و بالین (دانشجو و مددجو) مبتنی بر چارچوب مفهومی قابل دستیابی باشد. ۵- هدف نهایی اجرای برنامه یا الگوی آموزش بین حرفه‌ای، ارتقاء کیفیت در مراقبت از بیمار (مددجو) باشد. ۶- الگوهای اجرایی حداقل ۱۰ سال سابقه‌ی اجرا داشته و تحقیق در خصوص پیامدهای موفق اجرایی آن‌ها انجام شده و مستند باشد. در مرحله‌ی چهارم مقالاتی که واجد معیارهای ارزیابی کیفی بودند وارد مرحله‌ی مرور نهایی شدند، و نتایج ارائه گردیدند. با توجه به اصل فرضی اولیه که هر الگو بایستی دارای مبانی علمی و چارچوب مفهومی زیر بنایی باشد که تمامی مراحل اجرای الگو را هدایت و تبیین کند، بررسی مقالات و تنظیم نتایج نهایی بر اساس ۳ مقوله‌ی اصلی در الگوهای اجرایی شامل: "۱- مبانی علمی و چارچوب مفهومی"، "۲- چارچوب اجرایی و مداخلات آموزشی" و "۳- ارزیابی پیامدها" انجام شد، رویکرد انتخاب شده جهت تحلیل الگوها، مبتنی بر رویکرد ملیس (۲۰۱۱) در تحلیل نظریه‌های تجویزی است، نظریه‌های تجویزی، شامل قضایایی هستند که طراحی و اجرای راهبردها در جهت هدفی خاص و پیامدهای اجرای یک راهبرد خاص را توصیف و پیش بینی می‌کنند. ملیس اجزای این نظریه‌ها را شامل: (۱) تعریف مفاهیم زیر بنایی (۲) مداخلات و راهبردهای اجرایی و فرایندهای اجرای راهبردها و (۳) پیامدهای مطلوب و

یافته‌ها

در مجموع از تعداد ۳۱۳۷ مقاله ای که در مرحله ی اول استخراج شدند، ۱۵ مقاله واجد معیارهای ارزیابی کیفی بوده و وارد مرحله نهایی شدند (شکل ۱). ۵ مقاله اصلی و ۱۰ مقاله وابسته که توضیحات مکمل الگوهای آموزشی منتخب را در برداشتند. در مجموع ۷ الگوی اجرایی معتبر در آموزش بین حرفه‌ای، شامل الگوی دانشگاه بریتیش کلمبیا و دالهوری از کانادا، دانشگاه واشینگتن، فرانکلین و فلوریدا از آمریکا و دانشگاه لینکوپینگ از سوئد و دانشگاه لیزستر از انگلستان شناسایی شدند (جدول ۱). هدف آموزش بین حرفه‌ای در الگوهای اجرایی، تکامل تدریجی هویت در فراگیران علوم سلامت از هویت تک حرفه‌ای به هویت بین حرفه‌ای بود، به گونه‌ای که فرد خود را به عنوان عضو یک گروه درمانی بین حرفه‌ای تعیین هویت کرده و صلاحیت‌های لازم جهت ارائه مراقبت تیمی مبتنی بر مددجو را کسب نماید. چارچوب مفهومی الگوها، مبتنی بر نظریه‌های معتبر روانشناختی فردی، اجتماعی و آموزشی بود، چارچوب اجرایی مبتنی بر ارتقاء فرایند اجتماعی شدن حرفه‌ای فراگیران با توسعه همکاری و تعاملات بین حرفه‌ای در قالب یادگیری مبتنی بر خدمات سلامت جامعه، و پیامدها نیز در سه حیطه‌ی فراگیران، اساتید و بیماران با ابزارهای کیفی و کمی اندازه گیری و ارزیابی شده است.

بستر تحقق پیامدها معرفی می‌کند (۲۹). نتایج، با توجه به اهمیت بررسی جزئیات و قابلیت الگوبرداری از آن‌ها و تطبیق با شرایط مشابه، به تفضیل ارائه گردید. در مطالعه حاضر، جهت دستیابی به الگوهایی که اعتبار علمی بالایی داشته باشند، معیارهای کیفی متعددی در نظر گرفته شد که این معیارها اگر چه از سویی نتیجه را غنی تر نمودند ولی سبب شدند تعداد مقالات وارد شده به مرور نهایی محدودتر شوند.

شکل (۱): مراحل جستجوی متون و بازبایی مقالات



جدول ۱: مشخصات الگوهای اجرایی معتبر در آموزش بین حرفه‌ای در علوم سلامت در جهان

نام کشور	کانادا	امریکا	انگلستان	سوئد
نام دانشگاه	British Columbia *1961	Florida 1995 Washington 1997	Leicester 1995	Linkoping 1986
چارچوب مفهومی	نظریه های تکامل انسانی یادگیری انتقالی	نظریه‌های تعامل اجتماعی	نظریه‌های تعامل اجتماعی	نظریه‌های ساخت گرای
چارچوب اجرای مداخلات آموزشی	آموزش جامع ۳ مرحله‌ای مواجهه، غرقه سازی، خبرگی مبتنی بر خدمات سلامت جامعه	فرایند آموزشی هدفمند در دو قالب نظری و بالینی مبتنی بر خدمات سلامت جامعه و تعاملات فرا حرفه‌ای و فراسازمانی	آموزش نظری و بالینی توسعه‌ای مبتنی بر خدمات سلامت	آموزش نظری و بالینی توسعه‌ای مبتنی بر فرهنگ سلامت
ارزیابی پیامدها	ارزیابی پیامدهای آموزش بین حرفه‌ای در سه حیطه ی فراگیران، اساتید ، بیماران			

* سال ذکر شده به سال شروع برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای در دانشگاه‌های مذکور اشاره دارد.

درگیری و مشارکت فعال فراگیر در کل جامعه‌ی حرفه‌ای ایجاد، توسعه و تکامل می‌یابد. فرهنگ به عنوان عامل اصلی تعیین‌کننده سیستم‌های ارزشی است که با حضور افراد در جوامع حرفه‌ای، فرهنگ عملکرد همکارانه و اخلاقی شکل گرفته و زمینه‌آشنایی با دیگر فرهنگ‌ها فراهم می‌گردد. با به‌کارگیری این نظریه در الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای، دانشجویان حرف مختلف در شکل‌گیری و مشارکت در جوامع حرفه‌ای حمایت شده و به یادگیری خود هدایت شونده، ساخت دانش و ارزش‌های مشترک بین گروه‌های حرفه‌ای تشویق و ترغیب می‌شوند، ضمن اینکه حساس‌سازی فرهنگی با مشارکت در جوامع حرفه‌ای نیز ایجاد می‌شود (۳۱، ۳۳-۳۷).

نظریه یادگیری ساخت گرایمی اجتماعی

Vygotsky) Learning Theory Constructivist

(1978): ساخت گرایمی اجتماعی بر فعال بودن فراگیران در ساخت ساختار شناختی- ارزشی خود تاکید دارد. یادگیری بیشتر شامل ساخت همکارانه‌ی دانش و فهمیدن از طریق تعاملات اجتماعی است، ماهیت دانشی که در یک زمینه‌ی اجتماعی شکل می‌گیرد با دانشی که در انزوا شکل می‌گیرد کاملاً متفاوت است. دستیابی به تصویری واقعی و شفاف از دنیا، به یادگیری و کسب تجربه‌های واقعی در محیط‌های غنی اجتماعی و داشتن فرصت‌هایی برای بازاندیشی و تلفیق یادگیری‌ها و پل زدن بین دیدگاه‌ها و ارزش‌ها بستگی دارد (۳۱، ۳۳، ۳۴).

نظریه یادگیری اجتماعی

Social Cognitive Theory (Bandura 1986): این

نظریه بر هدایت و جهت‌دهی رفتارها در محیط‌های اجتماعی، با در نظر گرفتن عوامل تاثیرگذار زمینه‌ای و محیطی موثر بر تجربیات و ادراک فراگیران تاکید دارد. مفهوم مرکزی نظریه مبتنی بر یادگیری از طریق مشاهده عملکرد در زمینه‌های اجتماعی متفاوت است، این باعث توجه به اهمیت الگوی نقش و تاثیر عملکرد اساتید در شکل‌دهی آموزش بین حرفه‌ای شده است، از این رو بخش مهمی از آموزش بین حرفه‌ای الگوهای مذکور به برنامه‌ی توانمندسازی اساتید اختصاص دارد. خودکارآمدی یکی از مفاهیم اصلی نظریه است که بر درک شخص از توانمندی‌هایش جهت ارائه وظایف، نقش‌ها و عملکرد اطلاق می‌گردد و تحقق و توسعه‌ی آن از طریق تشویق، ترغیب و مشاهده‌ی عملکرد الگوهای نقش (اساتید) امکان پذیر می‌باشد (۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۸).

۱- چارچوب مفهومی الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای:

چارچوب مفهومی الگوها مبتنی بر نظریه‌های معتبر روانشناختی فردی، اجتماعی، جامعه‌شناختی و آموزشی می‌باشد. این نظریه‌ها هدایت‌کننده مداخلات آموزشی و چگونگی اجرای برنامه‌های آموزشی و تبیین‌کننده پیامدهای مورد انتظار می‌باشند.

نظریه تکامل انسانی Human development theory

(Valsiner 2000): این نظریه، تکامل هویتی انسان را به سه حیطه‌ی مرتبط به هم یعنی درون فردی، بین فردی و زمینه فرهنگی اجتماعی وابسته می‌داند، تکامل هویت حرفه‌ای دانشجویان با ورود به حرفه و تعامل در فضا و جهان‌بینی حرفه‌ای شکل گرفته و تکامل می‌یابد. تعاملات محدود درون حرفه‌ای و فراهم نبودن فرصت برای تعاملات خارج از حرفه، باعث ایجاد دیدگاه‌های باریک و محدود شده، توانایی دیدن دنیا را از دید دیگران در فرد محدود و یا غیر ممکن ساخته و حیطه‌ی نگرشی و ارزشی وی را در یک چهارچوب غیر منعطف محصور می‌سازد، این حالت در بهترین شرایط منجر به عدم توافق و عدم توانمندی عملکرد همکارانه و در بدترین حالت تعارض و تنش اخلاقی در تصمیم‌گیری‌ها خواهد شد. تمرکز برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای مبتنی بر این نظریه، بر توسعه تعاملات دانشجویان در هر سه بعد درون فردی، بین فردی و اجتماعی در جوامع بزرگتر حرفه‌ای است. تکامل هویت یک تحول تدریجی است که با سه عامل مهم گفتگو، تعامل و باز اندیشی تحقق می‌یابد (۳۰-۳۲).

نظریه یادگیری انتقالی Mezirow

Transformational Learning Theory (2000): نظام‌های

دانشی و ارزشی و نگرش‌های انسان در تعامل و پیوستگی با دیگران تغییر و تکامل می‌یابد. ساختار شناختی، که در شرایط انفکاک شکل می‌گیرد از نظر ماهوی با ساختار شناختی که در تعامل با دیگران ساخته می‌شود کاملاً متمایز است. به‌کارگیری این نظریه در الگوهای اجرایی، با درگیرکردن افراد در فرصت‌های جدید تعامل اجتماعی، شکل‌گیری ساختار شناختی ذهنی و ارزشی آن‌ها را توسعه می‌دهد (۳۰، ۳۱، ۳۳).

نظریه یادگیری موقعیتی Situated Learning Theory

(Rogoff 2003, Wenger 1998): این نظریه، بر اهمیت زمینه‌ی اجتماعی- فرهنگی، محیط عملکردی آموزش و به طور عمده جوامع حرفه‌ای در شکل‌گیری ارزش‌ها و رفتارها تاکید دارد، یادگیری رفتارها و تغییر نگرش‌ها به طور عمده با

بر تدریجی بودن فرایند تکامل هویت در دانشجویان می‌باشد بدین معنا که مداخلات آموزش بین حرفه‌ای، متناسب با رشد سنوآت تحصیلی دانشجویان، در سه مرحله‌ی متوالی "مواجهه"، "غرقه سازی" و "خبرگی"، شکل گرفته و اجرا می‌شود. در مرحله‌ی مواجهه، برای دانشجویان، فرصت‌هایی جهت آشنایی و مشارکت وسیع در تجربیات یادگیری موازی با دیگر همتایانشان از رشته‌های دیگر حرفه‌ای فراهم می‌شود، در این مرحله دانشجویان بیشتر در حال کسب درک عمیق از حرفه‌ی خودش است، در حالی که یک درک مقدماتی نیز از جهان بینی، دیدگاه‌ها و نقش‌های حرفه‌ای متفاوت نیز کسب می‌کند. مرحله‌ی غرقه‌سازی، در این مرحله دانشجویان درک و بینش عمیق‌تری نسبت به حرفه‌ی خودش کسب کرده و فرصت بیشتری برای یادگیری در خصوص مسئولیت‌ها و نقش‌های حرفه‌ای متقابل، نقاط ضعف و قوت هم‌پوشان از طریق گفتگو و یادگیری در محیط‌های آموزش نظری و بالینی فراهم می‌شود. پیامد مورد انتظار این مرحله، کسب دیدگاه بین حرفه‌ای، پذیرش و شراکت در دیدگاه‌های دیگران است. در مرحله خبرگی، عملکرد بین حرفه‌ای کاملاً در فعالیت‌های روزانه افراد تلفیق می‌شود، هدف این مرحله، درک عمیق از مشارکت خود و دیگر حرفه‌ها در ارائه مراقبت انسانی و مبتنی بر مددجو و در نهایت کسب هویت بین حرفه‌ای و تعیین هویت خود به عنوان یک عضو تیم بین حرفه‌ای سلامت (۳۰، ۴۶).

مداخلات آموزشی

یادگیری تجربی و فعال بین حرفه‌ای در آموزش نظری و بالینی: یادگیری بین حرفه‌ای در محیط‌های آموزش نظری و بالینی به اشکال مختلف در الگوهای مذکور اجرا می‌شود، که مهم‌ترین آن‌ها شامل: ۱- تشکیل کارگاه‌های آموزش بین حرفه‌ای جهت آشنایی دانشجویان و اساتید، با تعاملات تیمی و عملکرد همکارانه، نقش‌ها و مسئولیت‌های حرفه‌های دیگر، ارائه مراقبت تیمی مبتنی بر مددجو، اصول اخلاقی عملکرد تیمی، مدیریت تعارض و تضاد، رهبری و هدایت تیم‌های بین حرفه‌ای می‌باشد. ۲- تشکیل جلسات آموزشی نظری بین حرفه‌ای مبتنی بر تعامل و مشارکت دانشجویان حرفه‌های مختلف در دروس مشترک و مرتبط بوده که با هدایت اساتید انجام می‌شود. سه اصل مهم گفتگو، تعامل و بازاندیشی از اصول مهم آموزش بین حرفه‌ای نظری می‌باشد. جهت دستیابی به سه اصل مذکور، آموزش به شکل مباحثه، کنفرانس، شبیه سازی، یادگیری مبتنی بر مسئله، یادگیری

نظریه تعامل اجتماعی (social contact theory) Alport

(۱۹۵۴): نظریه‌ی تعامل اجتماعی به چگونگی شکل‌گیری هویت اجتماعی افراد طی تعاملات اجتماعی می‌پردازد و معتقد است مجزا نمودن گروه‌های حرفه‌ای از هم باعث بروز رفتارهای درون‌گروهی و برون‌گروهی و قالب‌های ذهنی منفی در آنان می‌گردد (۵، ۳۹-۴۱). آلپورت برای ارتباطات بین حرفه‌ای موثر، چهار شرط کلی، شامل شرایط برابر گروه‌ها در درون یک موقعیت، اهداف مشترک، حمایت از اقتدار و اختیار گروه‌ها و همکاری بین‌گروهی و نه رقابت را لازم می‌داند. طبق نظریه‌ی مذکور، برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای، با فراهم نمودن فرصت‌هایی جهت درک همسانی بین گروه‌های حرفه‌ای، برقراری اهداف مشترک، همکاری بین گروهی، حمایت از اقتدار و اختیار تمامی تخصص‌های حرفه‌ای، زمینه برای شکل‌گیری ارتباطات هماهنگ و درک متقابل گروه‌های حرفه‌ای فراهم می‌آورد (۴۲-۴۵).

۲- چارچوب اجرایی الگو و مداخلات آموزشی:

الزامات اجرای مداخلات آموزش بین حرفه‌ای

تشکیل کمیته اجرایی و توانمندسازی اعضای هیئت علمی: از الزامات زیر بنایی و اساسی جهت اجرای مداخلات آموزش بین حرفه‌ای است، هر دانشکده بایستی، با تشکیل یک کمیته اجرایی، برنامه‌های مهم از جمله، برنامه توانمندسازی اعضای هیئت علمی در رهبری تیم‌های بین حرفه‌ای را طراحی و اجرا نماید. اجرای موفقیت‌آمیز این برنامه‌ها به تعهد و انگیزه‌ی قوی مدیران، مسئولین و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها بستگی دارد. کمیته اجرایی متعهد به قرار دادن منابع مالی، انسانی، بودجه‌بندی زمانی و مکانی جهت شرکت دانشجویان، هماهنگ کردن برنامه‌های آموزشی مشترک بین دانشکده‌ها، استفاده از تکنولوژی اطلاعات برای ارتباط بهتر دانشجویان، طراحی محتوای مشترک آموزشی و اساتید مشترک، طراحی تجربیات یادگیری مبتنی بر خدمات اجتماعی، برقراری ارتباطات بین حرفه‌ای فراسازمانی، شناسایی مراکز فعال در آموزش بین حرفه‌ای، برقراری جلسات بین دانشکده‌ای برای ارزیابی برنامه‌ها و توسعه کوریکولوم‌ها، تشکیل کمیته‌های ارزیابی و نظارت می‌باشد (۳۸).

مراحل اجرای مداخلات آموزش بین حرفه‌ای: با توجه به آموزش علوم سلامت در دو بخش کلی آموزش نظری و بالینی، آموزش بین حرفه‌ای هر دو بخش را شامل می‌شود. مداخلات آموزشی متناظر با چارچوب مفهومی زیر بنایی بوده و مبتنی

می‌دهند، فعالیت در این گروه‌ها، ضمن این که دانشجویان را با نقش‌های متقابل و مکمل یکدیگر مواجه می‌سازد، آنان را نیز با نیازهای بهداشتی اقشار آسیب‌پذیر جامعه، فرهنگ‌های متفاوت و بی‌عدالتی در ارائه خدمات سلامت آشنا می‌سازد (۳۰، ۴۶).

۳- ارزیابی پیامدهای الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای:
پیامدها در سه حیطه‌ی فراگیران، اساتید و بیماران با ابزارهای کیفی و کمی اندازه‌گیری می‌شوند. در برخی از الگوها، واحدهای آموزش بین حرفه‌ای برای دانشجویان اجباری بوده و موظف به کسب نمره‌ی قبولی می‌باشند، اندازه‌گیری پیامدها در بخش اساتید با بررسی توانمندی و نقش آن‌ها در هدایت تیم‌ها و ارزش‌های افزوده برای دانشگاه‌های مذکور انجام شده و در بخش بیماران با بررسی پیامدها و یا شاخص‌های سلامتی مددجویان پیگیری شده است. برخی الگوها برای ارزیابی پیامدها از الگوی پیامدهای آموزشی کریک پاتریک (Kirkpatrick 1967-1994) و الگوی ارزیابی فریث و همکاران (2002 Freeth) استفاده کرده‌اند. بر این اساس، ارزیابی‌ها شامل عملکرد دانشجویان، اساتید و پیامدهای بیماران، و در سطوح متفاوت مانند دانش، مهارت‌ها، رفتارهای کسب شده، تاثیر یادگیری بین حرفه‌ای در تعدیل نگرش‌ها و ادراکات، تغییر در عملکرد سازمانی، پیامدها و منافع بیماران می‌باشد. اندازه‌گیری‌ها در دو بعد کمی و کیفی انجام می‌شوند، در بعد کیفی با مصاحبه با تیم‌ها، اساتید و بیماران و در بخش کمی با بکارگیری ابزارهای اندازه‌گیری معتبر، ارزیابی انجام می‌شود (۳۴، ۴۹، ۵۰).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه سعی شد تمامی الگوها بر اساس مفاهیم و نظریه‌های علمی زیر بنایی آن‌ها انتخاب و تحلیل شوند، همان‌گونه که Barr (۲۰۰۶ و ۲۰۱۳) و Sergeant (۲۰۰۹) معتقدند در آموزش بین حرفه‌ای بدون یک نظریه‌ی علمی هدایت‌کننده، نمی‌توان انتظار راهبردهای اجرایی و یا پیامدهای موفق را داشت و یا آن‌ها را بر حسب بسترهای زمینه‌ای، توصیف، پیش‌بینی یا هدایت نمود (۳۳، ۵۳، ۵۴). بررسی الگوهای اجرایی نشان دادند، فرایند اصلی در اجرای الگوها، ارتقاء فرایند حرفه‌ای شدن دانشجویان است، در جهتی که زمینه کسب هویت بین حرفه‌ای در کنار هویت تخصصی حرفه‌ای را برای آنان فراهم آورده و آنان را برای ایفای نقش در تیم‌های درمانی بین حرفه‌ای توانمند سازد. آموزش بین حرفه‌ای

مبتنی بر شواهد و شایستگی اجرا می‌شود، محتوی آموزش نیز بر مفاهیمی مانند ایفای نقش در تیم‌های مراقبت بین حرفه‌ای، ارائه عملکرد مبتنی بر بیمار، بررسی وضعیت سلامت بیماران، ایده‌پردازی جهت حل مشکلات سلامتی بیماران، یادگیری درباره نقش‌ها و مسئولیت حرف مختلف علوم سلامت، ارتباطات بین حرفه‌ای، حل تضاد و تعارض، بررسی مشکلات ناشی از سوء ارتباطات بین حرفه‌ای و دفاع از حقوق بیمار، مسائل اخلاق بین حرفه‌ای تاکید دارد (۳۸، ۴۷). ۳- آموزش بالینی بین حرفه‌ای، تیم‌های دانشجویی در موقعیت‌های بالینی بر اساس درک نیازها و اولویت‌های بیمار، برنامه‌ی مراقبتی تلفیقی و منسجمی برای بیمار طراحی می‌کنند. متعاقب اجرای برنامه‌ی مراقبتی، اعضای تیم به صورت همکارانه، در خصوص عملکرد و میزان بکارگیری مهارت‌های عملکرد تیمی مبتنی بر بیمار با زان‌دیشی و ایده‌پردازی کرده و یک جریان یادگیری خود هدایت شونده را توسعه می‌دهند. اساتید به عنوان الگوی نقش، فرایند بازان‌دیشی و حس مسئولیت جمعی را تشویق و ترغیب می‌کنند (۳۴، ۴۸).

یادگیری مشارکتی و همکارانه در گروه‌های کوچک:
تشکیل گروه‌های کوچک، یادگیری مشارکتی و همکارانه، عامل کلیدی توسعه توانایی عملکرد و همکاری بین حرفه‌ای می‌باشد، تعاملات چهره به چهره، اتکا متقابل و همبستگی، تصمیم‌گیری جمعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی از مهم‌ترین مشخصه‌ی گروه‌های کوچک است. مصادیق بارز گروه‌های کوچک در الگوهای آموزش بین حرفه‌ای، شامل تشکیل انجمن و یا شوراهای دانشجویان علوم سلامت، تیم‌های تحقیق بین حرفه‌ای، و از همه بارزتر، تیم‌های خدمات سلامت اجتماعی مانند تیم‌های بین حرفه‌ای سلامتی روستائیان، تیم‌های بین حرفه‌ای خدمات سرطان و تیم‌های بین حرفه‌ای خدمات معلولین و سالمندان است. محور تعاملات این تیم‌ها خدمات سلامتی جوامع به خصوص قشر آسیب‌پذیر، توسعه شاخص‌های سلامت جوامع، مراقبت‌های تسکینی و پیشگیرانه، ناتوانی و معلولیت، سالمندی، سلامت در عرصه‌ی بین المللی، انفورماتیک سلامت، سلامت بومی و منطقه‌ای، فرهنگ سلامت، اخلاق و عملکرد تیمی می‌باشد (۳۴). در برنامه‌ی آموزش بین حرفه‌ای فراسازمانی، دانشجویان در گروه‌های کوچک بین حرفه‌ای، با دیگر سازمان‌های حمایت اجتماعی و انجمن‌های دولتی و غیر دولتی، خدمات مراقبت سلامتی را به جوامع آسیب‌پذیر و یا حاشیه‌نشین شهری، کودکان بی‌سرپرست، معتادان، مبتلایان به ایدز، مهاجرین، ارائه

همین اثنا تعامل با دیگر حرفه‌ها نیز، به شناخت نقش‌های متقابل و مکمل و توسعه همکاری‌ها در جهت پاسخگویی به مشکلات سلامتی می‌انجامد. در تمامی الگوها، آموزش بالینی زمان و اهمیت بیشتری را به خود اختصاص داده، بیماران نیز عضو محوری تمامی تیم‌ها بوده که با نظارت مراکز درمانی وارد تیم‌های دانشجویی می‌شوند. بخش تکمیلی تمامی آموزش‌ها، فعالیت‌های بازنمایشی در تیم‌ها است، تعاملات مکرر در تیم و بازنمایشی بر عملکرد تیمی سبب می‌شود افراد با افکار و احساسات خود مکرر مواجه شده، و این می‌تواند زمینه تحول در تفکرات و ادراکات جمعی رافراهم می‌آورد. در مجموع یافته‌های این مقاله نشان دادند که الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای مبتنی بر مفاهیم عمیق نظریه‌های روانشناختی و آموزشی و با تمرکز بر تعامل بین حرفه‌ای دانشجویان علوم سلامت در محیط واقعی جامعه، فرآیند اجتماعی شدن حرفه‌ای آنان را ارتقاء بخشیده و زمینه کسب هویت بین حرفه‌ای در کنار هویت و نقش تخصصی حرفه‌ای را برای آنان فراهم آورده و بدین ترتیب آنان را برای ارائه درمان و مراقبت تیمی جامع و یکپارچه مبتنی بر جامعه/مددجو مسئول، توانمند و آماده می‌سازد. با توجه به مشکلات مشابه نظام سلامت در جوامع بین المللی، امید است تطبیق و بومی‌سازی این الگوها برای اجرا در شرایط مشابه داخل کشور بتواند به برخی معضلات نظام سلامت پاسخ گوید. بکارگیری این الگوها مستلزم پذیرش و تعهد مدیران نظام سلامت نسبت به رویکردهای نوین آموزشی و همچنین آماده‌سازی و یا تغییر ساختارهای عملکردی دانشکده‌های علوم سلامت می‌باشد. به نظر می‌رسد اجرای آزمایشی الگوها در دانشکده‌هایی که آمادگی بیشتری دارند و سپس توسعه مبتنی بر تحقیق بتواند زمینه برداشتن گام‌های بلندتری به سوی رویکردهای نوین آموزشی در علوم سلامت را فراهم آورد.

قدردانی

این مقاله بخشی از رساله‌ی دکتری تخصصی پرستاری می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شده است. از همکاران در این تحقیق تشکر می‌گردد.

با ایجاد فرصت‌هایی غنی برای تعاملات بین حرفه‌ای و آشنایی فراگیر با دنیای خارج از حرفه خود در یک محیط امن، حمایت‌گر و عدالت‌محور با تعامل، گفت‌وگو و بازنمایشی، فرآیند اجتماعی شدن حرفه‌ای را ارتقاء می‌بخشد. شکل‌گیری هویت بین حرفه‌ای یک تکامل تدریجی هویت در طی سال‌های تحصیل است، با ورود فراگیر به تحصیلات رسمی حرفه‌ای، فرآیند اجتماعی شدن حرفه‌ای آغاز شده که منجر به شکل‌گیری هویت حرفه‌ای می‌گردد، این هویت اگر چه الزامی است ولی برای ایفای نقش در سازمان‌های مراقبت سلامتی و پاسخگویی به نیاز سلامت جوامع کافی نیست. از این رو هدف تمامی الگوها تربیت نسل جدیدی از "حرفه‌ای‌های بین حرفه‌ای" می‌باشد، افرادی حرفه‌ای که در عین حال بین حرفه‌ای نیز هستند، به این معنا که شایستگی و صلاحیت ایفای نقش در تیم‌های بین حرفه‌ای درمانی را دارند (۵۱، ۵۲). چارچوب مفهومی زیر بنایی الگوها نظریه‌های علمی معتبر در حوزه‌های روانشناختی فردی، اجتماعی و جامعه شناختی و آموزشی بوده، که نقش زیر بنایی در طراحی، هدایت و اجرای مداخلات آموزشی دارند. نقطه‌ی ثقل تمامی نظریه‌ها، رشد و توسعه‌ی فردی و اجتماعی انسان در سایه‌ی تعاملات هدفمند و سازنده می‌باشد.

چارچوب اجرایی الگوها نشان دادند یکی از الزامات هر برنامه‌ی آموزش بین حرفه‌ای، تشکیل کمیته‌ی اجرایی جهت مدیریت برنامه‌ها می‌باشد. این بیانگر ضرورت تعهد و حمایت مدیران دانشکده‌ها برای اجرای این برنامه‌ها و هماهنگی بین دانشکده‌ها، تامین منابع مالی و انسانی و توانمندسازی اعضای هیئت علمی جهت هدایت تیم‌ها می‌باشد. مداخلات آموزشی به طور عمده مبتنی بر ارائه خدمات مراقبت سلامتی بوده و بر شکل‌گیری و توسعه همکاری‌ها و تعاملات در محیط‌های واقعی بالینی و متناسب با نیاز سلامتی جوامع و به خصوص اقشار آسیب پذیر تمرکز دارند، نقطه قوت تمامی الگوها، حضور فراگیر و شکل‌گیری تعاملات بین حرفه‌ای در بطن و عمق جامعه، برای ایجاد حس مسئولیت مشترک جمعی نسبت به نیاز سلامتی افراد جامعه است. بیمار، نیازها و اولویت‌های وی، محور اصلی و مسئولیت مشترک جمعی تمامی اعضای تیم‌های بین حرفه‌ای بوده و اندازه‌گیری پیامدهای بیماران نیز به عنوان بخش مهم ارزیابی تمامی الگوها در نظر گرفته شده است. تعامل مستقیم با افراد جامعه و درک مشکلات سلامتی آنان، بخش مهمی از فرآیند اجتماعی شدن حرفه دانشجویان علوم سلامت، در آموزش بین حرفه‌ای است که آنان را نسبت به نیازهای سلامتی مردم حساس و آگاه ساخته و زمینه ایجاد حس مسئولیت و تعهد درونی را در آنان فراهم می‌آورد. در

References

1. Iwasiw C G, Andrusyszyn M. Curriculum development in nursing ducation. Canada: Jones and Bartlet publishers Inc; 2005.
2. Arlene L. Vision for The Future of Nursing. Nurse Web Journal 2003;16:1-2
3. Hermann CP, Head BA, Black K, Singleton K. Preparing Nursing Students for Interprofessional Practice: The Interdisciplinary Curriculum for Oncology Palliative Care Education. Journal of Professional Nursing 2016;32(1):62-71.
4. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. International Journal of Nursing Studies 2008;45(1): 140-53.
5. Barr H. interprofessional education :yesterday,today and tomorrow London,England Learning and Support Network, Centre for Health Science and Practice 2002.
6. Titzer JL, Swenty CF, Hoehn GW. An Interprofessional Simulation Promoting Collaboration and Problem Solving among Nursing and Allied Health Professional Students. Clinical Simulation in Nursing 2012;8(8):e325-33.
7. Vafadar Z, Vanaki Z, A. E. [Inter-professional education: The necessity for ethical growth in health domain]. Journal of Medical Education and Development 2014;9(3):18-34. [Persian]
8. Vafadar Z. designing a practical interprofessional education model in Health Sciences , [dissertatition]. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences ;2015 . [Persian]
9. Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. Interprofessional Education; a Response to Health System Challenges. Iranian Journal of Medical Education 2014;14(2):148-64. [Persian]
10. Barr Effective Interprofessional Education: Argument ,Assumption and Evidence Oxford: Blackwell Publishing; 2005.
11. Freeth DS, Marilyn H, Reeves S, Koppel I, Barr H. Effective Interprofessional Education, Development, Delivery, Evaluation. John Wiley & Sons; 2008.
12. Freeth D, Reeves S. learning to work together:using the presage ,process,product model to highlight decision and possibilities. Journal of Interprofessional Care 2004;18 (1): 43-56.
13. Reeves S, Goldman J, Oandasan I. Key Factors in Planning and Implementatio Interprofessional Education in Health Care Settings Journal of Allied Health 2007;36(4):231-5.
14. Bennett PN, Gum L, Lindeman I, Lawn S, McAllister S, Richards J, et al. Faculty perceptions of interprofessional education. Nurse education today 2011;31 (6): 571-6.
15. Elisabeth C, Ewa P, Christine W-H. The team builder: The role of nurses facilitating interprofessional student teams at a Swedish clinical training ward. Nurse Education in Practice 2011;11(5):309-13.
16. Haidet P, Fecile ML, West HF, Teal CR. Reconsidering the team concept: Educational implications for patient-centered cancer care. Patient Education and Counseling 2009;77(3): 450-5.
17. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; 8;(3).
18. Cameron A, Rannie S, al e. An Introduction to Teamwork: Findings From an Evaluation of an Interprofessional Education Exprience for 1000 First-Year Health Science Students Journal of Allied Health 2009;38(4):220-7.
19. Irajpour A. Interprofessional Education :A Reflection on Education of Health Discipline Iranian Journal of Medical Education 2011;4 (28): 452.

20. Rodger S, Hoffman SJ, Where in the World is Interprofessional Education ? A Global Environmental Scan *Journal of Interprofessional Care* 2010;24(5):479-91
21. Yan J, Gilbert JHV, Hoffman SJ. WHO Announcement: World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva. World Health Organization, 2009.
22. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization 2010.
23. Ministry of Health and Medical Education. [Dastavardha, chaleshha va ofoghaye pishe rouye nezame salame jomhuriye eslamiye iran]. 1st ed. [cited 2015 Jan 7] Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1350_Final1.pdf. [Persian]
24. Asadi LM, Akbari M. The need for palliative care services in Iran *Iranian Journal of Cancer Prevention* 2008;1(1):1-4.
25. Vaismoradi M, Salsali M, Esmailpour M, Cherachi MA. Perspectives and experiences of Iranian nurses regarding nurse-physician communication: A content analysis study. *Japan Journal of Nursing* 2011;8(2):184-93.
26. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. [The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians]. *Gorgan scientific Journal of nursing and midwifery faculty* 1389;7(1):63-72: [Persian]
27. Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. Barriers to Implementation of Team Care and Interprofessional Education: the Viewpoints of Educational Managers of Iranian Health System. *Iranian Journal of Medical Education* 2014;14 (11): 936-49. [Persian]
28. York University Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. third ed: Centre for Reviews and Dissemination, University of York. York Publishing Services Ltd; 2008 .
29. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5th ed: LWW; 2011.
30. Charles G, Bainbridge L, Gilbert J. The University of British Columbia model of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care* 2010;24 (1):9-18.
31. Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E, et al. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *J Interprof Care* 2011 May;25(3):167-74
32. Anderson ES, Lennox A. The Leicester Model of Interprofessional Education: developing, delivering and learning from student voices for 10 years. *Journal of Interprofessional Care*. 2009;23 (6): 557-73.
33. Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2009;29(3):178-84.
34. Mann KV, McFetridge-Durdle J, Martin-Misener R, Clovis J, Rowe R, Beanlands H, et al. Interprofessional education for students of the health professions: the "Seamless Care" model. *Journal of Interprofessional Care* 2009;23 (3): 224-33.
35. Wagner J, Liston B, Miller J. Developing interprofessional communication skills. *Teaching and Learning in Nursing* 2011;6:97-101.
36. Clark PG. What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training 1. *Journal of Interprofessional Care* 2006;20 (6): 577-89.
37. Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2009;29(3):178-84.

38. Bridges DR, Davidson RA. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online* 2011;16: 6035.
39. Ateah CA, Snow W, Wener P, MacDonald L, Metge C, Davis P, et al. Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse education today* 2011;31 (2): 208-13.
40. Hean S, Clark JM, Adams K, Humphris D. Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *Journal of Interprofessional Care* 2006;20(2):162-81.
41. Hean S, Craddock D, Hammick M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No. 62. *Medical Teacher* 2012;34(2):e78-101.
42. Bridges DR, Tomkowiak J. Allport's Intergroup Contact Theory as a theoretical base for impacting student attitudes in interprofessional education. *Journal of Allied Health* 2010; 39 (1): e29-33.
43. Hean S, Dickinson C. The Contact Hypothesis: An exploration of its further potential in interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care* 2005;19(5):480-91.
44. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care* 2011;25(2):98-104.
45. Infante C. Bridging the "system's" gap between interprofessional care and patient safety: sociological insights. *Journal of Interprofessional Care* 2006;20(5):517-25.
46. Charles G, Bainbridge L, Copeman-Stewart K, Art ST, Kassam R. The Interprofessional Rural Program of British Columbia (IRPbc). *Journal of Interprofessional Care*. 2006;20(1):40-50.
47. Bridges DR, Abel MS, Carlson J, Tomkowiak J. Service learning in interprofessional education: a case study. *Journal of Physical Therapy Education* 2010;24(1):44-50.
48. Mann KV. Reflection: understanding its influence on practice. *Medical Education*. 2008;42 (5): 449-51.
49. Bilodeau A, Dumont S, Hagan L, Par L, Razmpoosh M, Houle N, et al. Interprofessional education at Laval University: Building an integrated curriculum for patient-centred practice. *Journal of Interprofessional Care* 2010;24(5):524-35.
50. Mann K, McFetridge-Durdle J, Breau L, Clovis J, Martin-Misener R, Matheson T, et al. Development of a scale to measure health professions students' self-efficacy beliefs in interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care* 2012;26 (2): 92-9.
51. Irvine R, Kerridge I, McPhee J. Towards a dialogical ethics of interprofessionalism. *Journal of Postgraduate Medicine* 2004; 50 (4): 278-80.
52. Irvine R, Kerridge I, McPhee J, Freeman S. Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of cultures? *Journal of Interprofessional Care* 2002;16 (3):199-210.
53. Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. The evidence base and recommendations for interprofessional education in health and social care. *Journal of Interprofessional Care* 2006;20 (1):75-8.
54. Barr H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. *J Interprof Care* 2013; 27 (1): 4-9.

An Overview of the most Prominent Applied Models of Inter-Professional Education in Health Sciences in the World

Vafadar Z¹, Vanaki Z^{*2}, Ebadi A³

Received: 2016/05/20

Accepted: 2017/04/18

Abstract

Introduction: One of the most important developments of health sciences education in recent decades shift from uniprofessional education to interprofessional education approach in the world wide, in terms of meeting needs to promote the quality and safety of treats and cares.

This study aimed to introduce the most prominent applied models of inter-professional education in health sciences in the world.

Method: This review study has been done in 2015 using review strategy from York university with search in Pub med, CINAHL, Ovid, Science direct data bases as well as Google search engine, also validated related journals and educational organizations, in English language between 2000 to 2015 with main key words such as “interprofessional education” and “applied models. After evaluation of articles based on qualitative criteria, final papers were selected. Of 3137 primary articles retrieved, eventually 15 articles were qualified. Results were analyzed based on theorizing approach of Melies2011 in three categories including: "scientific basis and conceptual framework", "administrative framework and educational interventions" and "evaluating educational outcomes" of interprofessional education models.

Results: Seven valid models of interprofessional education were identified including: models of British Columbia and Dalhousie universities from Canada, Florida, Rosalind Franklin and Washington universities from America also Linkoping University from Sweden and Leicester University from England. The purpose of interprofessional education in these models are gradual promotion from uniprofessional identity to interprofessional identity in health sciences students.

The conceptual framework of all models were based on valid personal and social psychology also educational theories. Administrative framework were based on development of cooperation and interaction between professionals based on providing health services and community – based learning. Outcomes were assessed in three area including students, faculty members and patients with qualitative and quantitative instruments.

Conclusion: Applied interprofessional education models with focus on creating vast interprofessional interactions according to health needs of communities, not only provide appropriate situation for promoting of professional socialization process of health sciences students to achieve professional identity alongside interprofessional identity, but also necessary competency and ability for providing comprehensive patient –centered team care in graduates of health systems .

Key words: interprofessional education, educational models, health sciences, review studies

Corresponding Author: Vanaki Z, Nursing Dept, school of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. vanaki_z@modares.ac.ir

Vafadar Z, Medical-surgical dept, school of nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Ebadi A, mangement dept, school of nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.