

JOANNA GOTLIB¹, DARIUSZ BIAŁOSZEWSKI², MONIKA LEWANDOWSKA²

Kształcenie interdyscyplinarne w zawodach medycznych. Praca u podstaw czy idee-fixe? Przegląd piśmiennictwa

Streszczenie

W pracy dokonano przeglądu światowego piśmiennictwa podejmującego problematykę interdyscyplinarnego kształcenia (interprofessional education – IPE) studentów różnych kierunków związanych z medycyną, farmacją i naukami o zdrowiu, m.in.: pielęgniarstwem, fizjoterapią i dietetyką.

Przeanalizowano piśmiennictwo opublikowane w ostatnich 10 latach w czasopismach naukowych indeksowanych w bazach światowego piśmiennictwa: PubMed, ProQuest, SCOPUS, EMBASE.

Przedstawiono obecny stan wiedzy na temat wzajemnego postrzegania studentów reprezentujących kierunki medyczne i związane z naukami o zdrowiu oraz skuteczność wspólnych zajęć klinicznych, interdyscyplinarnych warsztatów, czy też spotkań naukowych. Przedstawiono aktualne kierunki rozwoju i doskonalenia programów kształcenia na studiach związanych z medycyną i naukami o zdrowiu w obszarze kształcenia interdyscyplinarnego oraz podnoszeniem jakości kształcenia na tych kierunkach studiów.

Interprofessional education in medical professions – does it make sense? Review of the literature

Abstract

The paper is a review of world literature taking issues of interprofessional education of students of different fields of medicine, pharmacy and health sciences: nursing, physiotherapy and dietetics.

We analyzed the literature published in the last 10 years in scientific journals indexed in world literature databases: PubMed, ProQuest, SCOPUS, EMBASE.

The paper presents the current state of knowledge on the mutual perceptions of students of medicine and related health sciences representing the directions of medical and clinical effectiveness of interprofessional workshops or scientific meetings. The paper presents current directions of development and improvement of education programs at university of medicine and health sciences in the area of interprofessional education and raising the quality of education in these fields of study.

Słowa kluczowe: współpraca w zespole terapeutycznym, postawy studentów, kształcenie międzyzawodowe.

Key words: cooperation in the therapeutic team, attitudes of students, interprofessional education.

¹ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Warszawie

² Zakład Rehabilitacji, Oddział Fizjoterapii, II Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Warszawie

WSTĘP

Zgodnie z prezentowanymi w aktualnym, światowym piśmiennictwie poglądami, doskonalenie współpracy pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego nie jest już dłużej jedną z wielu możliwości poprawiania jakości usług w opiece zdrowotnej. Obecnie, stało się ono warunkiem sine qua non do zapewnienia pacjentom optymalnej jakości usług medycznych [1-37].

Doskonalenie i umacnianie współpracy w zespołach medycznych stało się również priorytetem Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organisation – WHO), która w swoim Rocznym Raporcie opublikowanym w 2010 roku wskazała to zagadnienie jako jedno z najistotniejszych problemów do rozwiązania w kolejnych latach [1].

W zdecydowanej większości doniesień światowego piśmiennictwa przeważają opinie na temat panujących w zespołach medycznych stosunkach hierarchicznych [2-4,8, 10-17,23,24]. Dotyczą one szczególnie braku partnerstwa pomiędzy lekarzem, który zwykle wymieniany jest na pierwszym miejscu w hierarchii zawodów medycznych, a pozostałymi członkami zespołu leczącego, a szczególnie personelem pielęgniarskim [5-7,18,30].

Ponadto, wielu autorów zajmujących się tą problematyką wskazuje, że członkowie wielospecjalistycznego zespołu medycznego nie będą ze sobą współpracować, jeżeli jedynym przemawiającym za tym argumentem będzie dbanie o jakość opieki nad pacjentem. Problem współpracy zespołowej może być priorytetem dla rządów lub organizacji międzynarodowych, jednakże jej wdrażanie i tak zależeć będzie od postaw indywidualnych członków zespołów medycznych [2-4,7].

W publikacjach dominuje opinia, że już osoby podejmujące studia na kierunkach związanych z naukami o zdrowiu rozpoczynają kształcenie posiadając ugruntowany, oparty zwykle na stereotypach, obraz osób pracujących w zawodach medycznych [2-37]. Ten obraz zazwyczaj nie jest podczas studiów weryfikowany, lecz ugruntowywany, szczególnie poprzez obserwacje postaw nauczycieli poszczególnych zawodów oraz członków zespołów medycznych podczas pracy klinicznej, dlatego też często podkreśla się również konieczność wprowadzania już do programów kształcenia na studiach I stopnia zagadnień związanych z kształceniem interdyscyplinarnym (interprofessional education – IPE) w zawodach medycznych, które miałyby na celu weryfikację stereotypów i kształtowanie relacji partnerskich pomiędzy członkami zespołu leczącego już od początku kształcenia zawodowego studentów reprezentujących kierunki studiów związane z medycyną [2-37].

Badania publikowane w piśmiennictwie światowym prezentują dwa kierunki analiz. Część badaczy analizuje wyłącznie sposób postrzegania wzajemnych relacji międzyzawodowych pomiędzy osobami wykonującymi różne zawody związane z medycyną lub też studentami różnych kierunków medycznych [5-7,11,18,21,23,24,28,30,31].

Badacze skupiają się natomiast na analizie zmian postaw wobec pracy w zespole interdyscyplinarnym, po przeprowadzeniu różnego rodzaju kursów i warsztatów, kształtujących i mających na celu poprawę wzajemnych relacji członków zespołu terapeutycznego [8,22,26,27,32,34-37]. Wiele tego

rodzaju publikacji wskazuje na skuteczność tych działań [8,22,27,32,34-37], jednak należy podkreślić, że zwykle są to obserwacje krótkookresowe, nie odnaleziono natomiast w dostępnym piśmiennictwie światowym prac, w których zaprezentowano odległe wyniki skuteczności warsztatów doskonalących relacje pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego. Ponadto, część wyników prezentowanych w doniesieniach światowego piśmiennictwa wskazuje, że różnego rodzaju szkolenia nie są skuteczne i nie przynoszą oczekiwanej poprawy relacji międzyzawodowych [26], co może wynikać ze zbyt ugruntowanych stereotypów zawodów medycznych, na co wskazują inni badacze [8,22,27,32,34-37].

Dokonano przeglądu piśmiennictwa w celu przedstawienia:

- stanu wiedzy na temat wzajemnego postrzegania studentów reprezentujących kierunki związane z naukami o zdrowiu,
- skuteczności wspólnych zajęć klinicznych, warsztatów interdyscyplinarnych, czy też spotkań naukowych,
- aktualnych kierunków rozwoju i doskonalenia programów kształcenia na studiach związanych z medycyną i naukami o zdrowiu w obszarze kształcenia interdyscyplinarnego oraz podnoszeniem jakości kształcenia w tym obszarze na wspomnianych kierunkach studiów.

W światowym piśmiennictwie temat wzajemnego postrzegania studentów kierunków medycznych i związanych z naukami o zdrowiu jest podejmowany od dawna, jednakże ze względu na licznosc publikowanych na ten temat badań oraz zmieniające się kierunki ich rozwoju, autorzy w pracy dokonali przeglądu piśmiennictwa z ostatnich 10 lat.

Najwięcej publikacji na ten temat dotyczy wzajemnego postrzegania studentów kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa, jak również postrzegania przez studentów osób pracujących już w zawodzie lekarza i pielęgniarki [18,21,23,24].

W badaniach prowadzonych przez Rudland'a, w grupie studentów I roku rozpoczynających naukę w uczelniach medycznych zawód lekarza miał zdecydowanie wyższy status społeczny niż zawód pielęgniarki. Stwierdzono, że pielęgniarki miały zdecydowanie niższe kompetencje i status społeczny niż lekarze i były postrzegane jako osoby bardziej opiekuńcze niż lekarze [18].

Podobne wyniki uzyskał Hean w badaniach w grupie 1200 studentów I roku 10 kierunków studiów związanych z naukami o zdrowiu. Lekarze postrzegani byli przez badanych studentów jako osoby decyzyjne, posiadające w zespole medycznym rolę lidera, natomiast pielęgniarki – jako osoby o najlepszych wśród członków personelu medycznego kompetencjach interpersonalnych [24].

Tuner porównywał postrzeganie 12 zawodów (lekarz, sędzia, fizjoterapeuta, adwokat, kręgarz, architekt, pielęgniarka, policjant, mechanik, barman, listonosz oraz sprzątaczką) wśród 258 studentów I roku studiów licencjackich biorąc pod uwagę 6 czynników: poziom edukacji i konieczność ciągłego kształcenia, dochody, status społeczny, odpowiedzialność, użyteczność i udział kobiet wśród osób wykonujących dany zawód [21]. Każdy zawód oceniany był w skali 1-6, gdzie 1 oznaczało najmniejszą, a 6 – największą użyteczność danego czynnika do opisu ocenianego przez studentów zawodu [21]. Wyniki uzyskanych przez Tunera

badan potwierdzają, że pod względem poziomu edukacji i konieczności ciągłego kształcenia zawód lekarza wymieniany był przez studentów na pierwszym miejscu, natomiast zawód pielęgniarki był pod ww. względami wymieniony na szóstym, czyli ostatnim miejscu [21].

Interesujące badania na temat postrzegania osób pracujących w zawodach medycznych prowadził również Hind wśród 933 studentów I roku (350 studentów pielęgniarstwa, 390 – farmacji, 102 – fizjoterapii oraz 24 studentów dietetyki). Ich celem była analiza poziomu identyfikacji studentów z wybranym zawodem oraz ich gotowości do podjęcia kształcenia interdyscyplinarnego, a cechy określające poszczególne zawody studenci oceniali w skali 1-7 [23].

W pracy Hinda studenci dietetyki zdecydowanie wyżej ocenili swoje kompetencje komunikacyjne (6,22) niż kompetencje studentów fizjoterapii w tym zakresie (średnia: $4,80 \pm 1,23$, $p < 0,05$) [23]. Studenci kierunku lekarskiego ($p < 0,01$), farmacji ($p < 0,05$) i pielęgniarstwa ($p < 0,05$) częściej niż studenci fizjoterapii uważali lekarzy za opiekunów. Studenci kierunku lekarskiego ($p < 0,01$) i farmacji ($p < 0,05$) statystycznie częściej niż studenci fizjoterapii uważali, że lekarze mają duże zdolności komunikacyjne. Studenci farmacji natomiast istotnie wyżej oceniali swoje zdolności komunikacyjne niż zdolności studentów pozostałych zawodów medycznych (lekarzy, dietetyków, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów).

Kolejnym elementem badań Hinda była identyfikacja z wybranym zawodem. Spośród badanych studentów najwyżej oceniali się studenci fizjoterapii (średnia: $4,81 \pm 3,78$), najniżej – studenci farmacji (średnia: $4,07 \pm 2,99$) i właśnie studenci tych kierunków byli jedynymi grupami studentów, których identyfikacja z wybranym zawodem różniła się statystycznie – studenci fizjoterapii silniej niż studenci farmacji identyfikowali się z wybranym zawodem ($p < 0,05$) [23].

W badaniach autorki niniejszej pracy, przeprowadzonych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w grupie 305 studentów: audiofonologii, dietetyki, fizjoterapii, pielęgniarstwa oraz położnictwa, analizowano opinie studentów na temat sposobu postrzegania osób pracujących w zawodach medycznych, które stanowią zespół kompleksowo zajmujący się pacjentem [5]. Wyniki badań pokazały istotne różnice we wzajemnym postrzeganiu osób wykonujących zawody już w grupie studentów nie podejmujących jeszcze pracy zawodowej. Studenci pielęgniarstwa istotnie częściej niż pozostała grupa badanych deklarowała, że zawód ten jest satysfakcjonujący ($p < 0,001$) i odpowiedzialny ($p < 0,01$). Studenci fizjoterapii istotnie częściej niż pozostała grupa badanych deklarowali, że zawód fizjoterapeuty jest przyszłościowy ($p < 0,001$), twórczy ($p < 0,001$) i w Polsce niedoceniony ($p < 0,01$). Studenci dietetyki istotnie częściej niż pozostała grupa badanych deklarowali, że wybrany przez nich zawód wymaga wysokich umiejętności interpersonalnych ($p < 0,001$) i ciągłego podnoszenia kwalifikacji ($p < 0,01$), umożliwia otrzymywanie wysokich dochodów ($p < 0,01$) i jest ciekawy ($p < 0,001$) [5].

Celem badań Makinen była odpowiedź na pytanie, czy studenci kierunków związanych z naukami o zdrowiu cenią te same wartości związane z wykonywaniem pracy zawodowej [28]. W badaniach udział wzięło 466 studentów, którzy oceniali między innymi swój stosunek do takich obszarów,

jak: kompetencje społeczne, kompetencje naukowe, innowacyjność, kontynuacja kształcenia i doskonalenie zawodowe, oraz umiejętności rozwiązywania problemów. Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że studenci kierunku lekarskiego istotnie częściej niż ich pozostali koledzy ocenili istotność posiadania kompetencji naukowych w pracy zawodowej, natomiast studenci pielęgniarstwa istotnie wyżej ocenili posiadanie kompetencji społecznych. W obszarze chęci doskonalenia zawodowego oraz umiejętności rozwiązywania problemów nie wystąpiły różnice istotne statystycznie pomiędzy analizowanymi grupami studentów [28].

Horsburgh w swoich badaniach analizował opinie studentów medycyny, farmacji i pielęgniarstwa na temat tego, jak powinna być zorganizowana praca kliniczna [31]. Wyniki tych badań pokazały, że opinie na temat pomiędzy studentami reprezentującymi różne specjalności różnią się jeszcze przed podjęciem przez nich kształcenia klinicznego. Studenci medycyny istotnie częściej niż ich koledzy innych specjalności w analizowanych badaniach uważali, że odpowiedzialność za pacjenta powinna być indywidualna i powierzona wyłącznie lekarzowi. Studenci pielęgniarstwa istotnie częściej twierdzili, że odpowiedzialność za pacjenta powinna być podzielona pomiędzy poszczególnych członków zespołu terapeutycznego. Opinie studentów farmacji znajdowały się pomiędzy odpowiedziami studentów medycyny i pielęgniarstwa [31].

Skorupska w swoich badaniach również podkreśliła, że dla całokształtu uzyskanych celów terapeutycznych nie bez znaczenia pozostaje współpraca całego zespołu leczącego, a jej wyznacznikiem mogą być postawy prezentowane przez członków zespołu interdyscyplinarnego względem siebie [30]. W swoich badaniach, w których oceniano postawy medycznych i niemedyycznych pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek uzyskała bardzo ciekawe wyniki [30].

W badaniach ankietowych, w których udział wzięło 130 osób (30 pracowników administracji szpitala, 32 ratowników medycznych, 31 specjalistów rehabilitacji oraz 37 położnych), pielęgniarki postrzegane były w swoim środowisku pracy jako kompetentne, niezależne, obdarzone dużym zaufaniem, choć niedoceniane w aspekcie płacowym. Pielęgniarstwo natomiast w opinii ankietowanych to samodzielna dyscyplina naukowa, a badania własne, których możliwości dają między innymi uzupełnianie zdobytego wykształcenia zawodowego, ugruntowują pozycję pielęgniarstwa na tle innych nauk medycznych [30].

Wiele badań dotyczy również postrzegania przez studentów kierunków związanych z medycyną i naukami o zdrowiu studentów fizjoterapii i osób pracujących już w zawodzie fizjoterapeuty [6,7,11,21].

Tuner we wspomnianej już analizie badań również postrzegał prestiż zawodowego fizjoterapeuty [21]. W opinii badanych studentów, zawód fizjoterapeuty zajął trzecie, pod względem poziomu edukacji i konieczności ciągłego kształcenia, miejsce wśród 12 badanych zawodów (średnia: 5,7), a poprzedzały go zawody lekarza i sędziego. W opinii badanych przez Tunera studentów, fizjoterapeuci nie osiągają jednakże wysokich zarobków. Zawód ten został wymieniony dopiero na 6 miejscu wśród 12 badanych pod względem uzyskiwanych dochodów (średnia: 4,6). Wysoko oceniano natomiast status społeczny zawodu fizjoterapeuty

(średnia: 5,1), umieszczając go na 4 miejscu, zaraz po lekarzu, sędzim i adwokacie. Zawód fizjoterapeuty postrzegany był przez studentów również jako odpowiedzialny (średnia: 5,3) i użyteczny (średnia: 3,4) – w obu przypadkach wymieniany na 3 miejscu zaraz po sędzim i lekarzu. Jeśli chodzi o udział kobiet wśród osób go wykonujących, studenci badani przez Tunera postrzegali tę profesję jako sfeminizowaną, wymieniając ją już na drugim miejscu, zaraz po zawodzie pielęgniarki [21].

W badaniach Dalley'a analizowano postrzeganie fizjoterapeutów przez pielęgniarki pracujące w zespołach rehabilitacyjnych [11]. Z przeprowadzonych wywiadów wnioskować można, że pielęgniarki bardzo doceniały znaczenie i kompetencje fizjoterapeutów, lecz uważały, że w niewystarczającym stopniu rozumieją oni rolę i zadania pielęgniarki oraz jej autonomię zawodową w rehabilitacji pacjentów, co potwierdza również omawiane wcześniej wyniki badań Rudland'a [18], Hean'a [24], i Tuner'a [21] dotyczące niedoceniań zawodu pielęgniarki przez pozostałych członków zespołu terapeutycznego.

Podobne wyniki uzyskano w badaniach autorki niniejszej pracy dotyczących postaw zawodowych studentów fizjoterapii, w których analizowano między innymi miejsce fizjoterapeuty w zespole terapeutycznym ze szczególnym uwzględnieniem lekarza i pielęgniarki [5,6]. W badaniach tych analizowano zmianę postaw studentów fizjoterapii wobec zawodu lekarza i pielęgniarki podczas studiów I stopnia. Wyniki uzyskane we wspomnianych badaniach wykazały, zgodnie z wynikami prezentowanymi w publikacjach światowego piśmiennictwa, że studenci I roku posiadają stereotypowy obraz innych członków zespołu medycznego, który podczas trzech lat kształcenia podczas studiów I stopnia nie uległ istotnej zmianie [5,6].

Jak wspomniano już we wstępie wiele światowych publikacji dotyczy również analizy skuteczności przeprowadzanych wśród studentów interdyscyplinarnych warsztatów i ćwiczeń klinicznych [8,22,26,27,32,34-37].

W badaniach Coopera przeprowadzonych na Uniwersytecie w Liverpoolu analizowano efekty programu pilotażowego związanego ze współpracą w zespole medycznym wśród studentów I roku medycyny, pielęgniarstwa, fizjoterapii i terapii zajęciowej [22]. Warsztaty kształcenia międzyzawodowego obejmowały trzy obszary: program kształcenia personelu, materiały do kształcenia na odległość (e-learning) oraz warsztaty współpracy w zespole interdyscyplinarnym. W warsztatach udział wzięło 237 studentów, którzy deklarowali, że zajęcia te pomogły im uczyć się od siebie wzajemnie ($p < 0,001$), znacząco ($p < 0,05$) wzrosła w badanej grupie studentów świadomość konieczności współpracy w zespole interdyscyplinarnym, związana z poprawą efektywności opieki nad pacjentem ($p < 0,01$). Dane jakościowe uzyskane w badaniach Coopera wskazały, że studenci biorący udział w warsztatach odzyskali pewność siebie w zakresie własnej identyfikacji zawodowej. Efektem prowadzonych przez Coopera badań było wprowadzenie do obowiązkowych programów kształcenia warsztatów interdyscyplinarnych, które odbywają się już na samym początku studiów [22].

Podobne wyniki uzyskał w swoich badaniach Brhem, w których udział wzięli studenci 8 dyscyplin z zakresu opieki zdrowotnej, którzy uczestniczyli w programie skupiającym

się na współpracy interdyscyplinarnej w opiece zdrowotnej i kształtowaniu profesjonalnych zachowań zawodowych [8]. Wyniki badań wskazały, że udział w warsztatach interdyscyplinarnych zwiększył świadomość studentów w zakresie ich potencjalnego wkładu w kształtowanie efektywnego zespołu opieki zdrowotnej.

Pilotażowe badania wpływu interdyscyplinarnych warsztatów dla studentów medycyny i pielęgniarstwa na ich współpracę w oddziale szpitalnym prowadzone były również przez Pedersena [35]. W badaniach udział wzięło 13 studentów medycyny i 12 studentów pielęgniarstwa, którzy wzięli udział w jednodniowym warsztacie, podczas którego w symulowanych warunkach oddziału szpitalnego studenci wspólnie w małej grupie doskonalili umiejętności komunikacyjne i pracę w zespole. Udział w warsztacie został oceniony bardzo wysoko, jako efektywny i przydatny w przyszłości do pracy zawodowej, zarówno przez studentów medycyny, jak i pielęgniarstwa.

W prowadzonych przez Krautscheid badaniach polegających na symulowaniu warunków pracy klinicznej, wykładowcy oceniali zdolności studentów pielęgniarstwa do skutecznego porozumienia się z lekarzem przez telefon w sytuacji nagłego zagrożenia utraty zdrowia lub życia przez pacjenta [36]. Efektem tych badań była ewaluacja programów kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i zmiany w strategii „nauczanie – uczenie się”, poprzez wprowadzenie standaryzowanego narzędzia kształtującego kompetencje i poprawiającego zdolności komunikacji klinicznej wśród studentów.

Celem badań Nadolskiego była ocena jakości współdziałania pomiędzy studentami III roku medycyny i pielęgniarzami podczas pracy klinicznej [37]. Badania prowadzono na Uniwersytecie Indiana wśród 268 studentów medycyny i 175 pielęgniarek pracujących w Szpitalu Uniwersyteckim w Indiana. Narzędzie badania stanowił kwestionariusz składający się z 7 elementów dotyczących współpracy interdyscyplinarnej oraz 9 elementów dotyczących czynników wywołujących stres w pracy zawodowej. W badaniach udział wzięło 68 studentów medycyny (25,4%) i 99 pielęgniarek (56,6%). Wyniki badań wykazały, że studenci medycyny najlepiej porozumiewali się ze swoimi pacjentami (średnia: 4,16), a najgorzej ocenili umiejętność komunikacji z grupą pielęgniarek (średnia: 2,98; $p < 0,01$). Badana grupa pielęgniarek najlepiej oceniała natomiast współpracę z innymi pielęgniarkami (średnia: 4,36), najgorzej natomiast z grupą studentów medycyny (średnia: 2,68; $p < 0,01$). Studenci medycyny (średnia: 1,56) cechowali się w badaniach Nadolskiego również wyższym niż pielęgniarki (średnia: 1,03; $p < 0,01$), poziomem wrażliwości w stosunku do pacjenta, co jest niezgodne z cytowanymi wcześniejszymi badaniami, w których to pielęgniarki cechowały się lepszym poziomem kompetencji komunikacyjnych. Jakość współdziałania pomiędzy studentami III roku medycyny i pielęgniarzami wymagała poprawy, ponieważ studenci medycyny w trakcie kształcenia przedklinicznego nie zdobywają doświadczenia w zakresie komunikacji z innymi członkami zespołu terapeutycznego i z pacjentami, celem zapewnienia im efektywnej opieki. Dodatkowo, różny poziom wrażliwości wobec pacjentów wpływać może negatywnie na jakość współdziałania pielęgniarek i studentów medycyny.

W badaniach Harvard'a również analizowano opinie studentów medycyny na temat współpracy interdyscyplinarnej w zespole terapeutycznym [32]. Jednakże w tych badaniach, w odróżnieniu od poprzednio prezentowanych, zorganizowano interdyscyplinarną konferencję naukową, w której udział wzięli studenci różnych specjalności. Celem tego interdyscyplinarnego spotkania była poprawa wiedzy i stosunku studentów medycyny do obszaru umiejętności i kompetencji posiadanych przez innych specjalistów związanych z ochroną zdrowia oraz przedstawienie korzyści, jakie można osiągnąć ze współpracy w zespole terapeutycznym [32].

Badania prowadzono latach 2001-2004 w grupie 2005 studentów, w tym 615 studentów medycyny, pozostali uczestnicy to studenci kierunków związanych z naukami o zdrowiu. Spotkanie odbywało się w grupach składających się ze studentów reprezentujących różne kierunki studiów, w których analizowano poszczególne przypadki pacjentów – prowadzono wspólny wywiad oraz opracowywano plan opieki nad pacjentem. Przed i po każdym spotkaniu prowadzono badania ankietowe analizujące stosunek studentów medycyny do pracy w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym oraz do poziomu umiejętności i kompetencji ich kolegów studiujących na kierunkach związanych z naukami o zdrowiu. W badaniu udział wzięło łącznie 605 studentów (98,5% studentów wypełniło dwie ankiety). Wyniki wykazały istotny wzrost wiedzy studentów medycyny na temat umiejętności i kompetencji 10 innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, istotny wzrost postrzegania zalet wynikających z pracy w zespole terapeutycznym oraz jej istotności dla efektywnej opieki nad pacjentem.

W badaniach Scotta natomiast studenci reprezentujący kierunki związane z medycyną i naukami o zdrowiu przez dwa lata uczestniczyli w interdyscyplinarnych zajęciach fakultatywnych, podczas których istotnie zmieniło się ich postrzeganie kilku zagadnień związanych z ochroną zdrowia: potrzeby profilaktyki zdrowia i zapobiegania chorobom istotności nakładów finansowych na ochronę zdrowia, oraz wzrost świadomości studentów w zakresie potrzeb i oczekiwań pacjentów [27].

Whelan przeprowadził jedno z niewielu badań dotyczących opinii studentów dietetyki na temat współpracy w zespole interdyscyplinarnym [34]. Badani przez Whelan'a brali udział w warsztatach interdyscyplinarnych wraz ze studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa. Badania te miały charakter pilotażowy – wzięło w nich udział tylko 26 osób. Warsztaty obejmowały 7 wspólnych spotkań warsztatowych, dotyczących m.in. czynników warunkujących skuteczność komunikacji w zespole oraz obowiązujących w zespole terapeutycznym kwestii etycznych. Badani studenci po każdym spotkaniu wypełniali specjalnie przygotowany kwestionariusz (pytania otwarte oraz pytanie oceniane w skali Likerta). W przypadku wszystkich 7 spotkań studenci dietetyki pozytywnie ocenili udział w warsztatach interdyscyplinarnych. Podczas wspólnego spotkania ze studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa wśród studentów dietetyki istotnie wzrosło zainteresowanie wykonywaniem zawodów lekarza i pielęgniarki ($p < 0.014$). Badani studenci uznali również, że takie spotkanie interdyscyplinarne to bardzo pozytywne doświadczenie w cza-

sie kształcenia interdyscyplinarnego ($p < 0.036$). Podkreślali oni również istotną wartość warsztatów dla doświadczenia w kształceniu klinicznym. Jak podkreślają autorzy, niewielu studentów udzieliło odpowiedzi na pytania otwarte, co jest powszechnym problemem badań jakościowych, jednakże te odpowiedzi, które udało się zgromadzić wskazują na pozytywne doświadczenie kształcenia interdyscyplinarnego i konieczność wprowadzenia go do obowiązujących programów kształcenia [34].

Jednakże udział w kształceniu interdyscyplinarnym, jak pokazują wyniki badań uzyskane przez Pollarda nie zawsze wpływa na poprawę komunikacji wśród członków zespołu terapeutycznego [26]. Pollard w badaniach prowadzonych wśród brytyjskich studentów 10 kierunków związanych z opieką zdrowotną analizował wpływ udziału studentów w programach kształcenia obejmujących zagadnienia współpracy interdyscyplinarnej na ich postawy wobec pozostałych członków zespołu terapeutycznego. W badaniach udział wzięło 581 studentów, a badania były przeprowadzone trzykrotnie: bezpośrednio po rozpoczęciu studiów, podczas II roku kształcenia oraz w ostatnim roku studiów. Studenci odnosili się w ankiecie do 4 zagadnień: umiejętności komunikacyjnych i pracy w zespole, stosunku do kształcenia międzyzawodowego, postrzegania interakcji pomiędzy pracownikami opieki zdrowotnej i pracownikami socjalnymi oraz własnych relacji międzyzawodowych. Grupę kontrolną stanowiło 250 studentów, których kształcenie opierało się na tradycyjnych programach nie zawierających zagadnień współpracy interdyscyplinarnej.

Samoocena zdolności komunikacyjnych i umiejętności pracy w zespole w grupie studentów studiujących według nowoczesnych programów kształcenia interdyscyplinarnego nie wzrosła istotnie podczas studiów. Co więcej, istotnie obniżył się stosunek studentów do kształcenia interdyscyplinarnego, a udział w nowoczesnym programie związanym z kształceniem interdyscyplinarnym wpłynął pozytywnie wyłącznie na stosunek studentów do własnych kwalifikacji i pozytywnego postrzegania własnych kompetencji zawodowych [26].

Curran i wsp. przeprowadzili natomiast jedno z niewielu do tej pory opublikowanych, prezentowanych w piśmiennictwie światowym, badań dotyczące opinii władz uczelni na temat wprowadzenia do programów kształcenia studentów kierunków medycznych i związanych z naukami o zdrowiu zagadnień kształcenia interdyscyplinarnego [9,20]. W badaniach udział wzięli dziekani poszczególnych wydziałów oraz władze administracyjne uczelni. Osoby te reprezentowały różne specjalności: medycynę, farmację, pielęgniarstwo, fizjoterapię, pracowników socjalnych oraz terapeutów zajęciowych. W opinii władz uczelni skuteczne wprowadzenie IPE do programów kształcenia jest uzależnione od wielu czynników, m.in. takich jak: stosunku studentów do tego rodzaju kształcenia czy też stosunku władz dziekańskich i administracyjnych. W prezentowanych przez badanych opiniach nie wystąpiły różnice istotne statystycznie pomiędzy osobami reprezentującymi różne specjalności dotyczącymi IPE, jednakże głównymi barierami do wprowadzenia IPE były problemy logistyczne związane z zorganizowaniem w tym samym czasie zajęć dla studentów z różnych kierunków, jak również konieczność dostosowania programów kształce-

nia do IPE. Badani reprezentanci władz administracyjnych i dziekańskich byli jednak zgodni co to tego, że IPE powinno być wprowadzone do kształcenia jeszcze w czasie kształcenia w zakresie przedmiotów przedklinicznych [9,20].

Hall podkreśla, że wszystkie zawody medyczne tworzą własną kulturę zawodową określając wspólne wartości, zachowania, postawy i zwyczaje [30]. Kultury zawodowe rozwijają się wraz z rozwojem danej dziedziny nauki, ale wpływ na ich rozwój mają również np. czynniki historyczne, płeć czy też grupa społeczna. Doświadczenia zdobyte podczas kształcenia oraz proces socjalizacji zawodowej wpływają na wypracowywanie wspólnych wartości, stosunku do sposobu rozwiązywania problemów czy też nawet własnego sposobu komunikacji („żargonu klinicznego”). Proces socjalizacji zawodowej w zawodach medycznych wymaga również dostosowania do współpracy międzyzawodowej. Zdaniem Hall, analiza czynników kształtujących poszczególne kultury zawodowe w zawodach związanych z ochroną zdrowia mogą być przydatne w konstruowaniu skutecznego i efektywnego programu IPE [30].

PODSUMOWANIE

Analiza publikacji zawartych w światowym piśmiennictwie wykazała, że studenci reprezentujący kierunki studiów związane z medycyną i naukami o zdrowiu już przed podjęciem kształcenia w wyższej uczelni posiadają stereotypowy obraz osób wykonujących zawody medyczne. Studenci postrzegają relacje panujące w zespołach leczących jako hierarchiczne, a nie partnerskie, co wskazuje na brak już w tej grupie prawidłowych postaw wobec współpracy w zespole terapeutycznym. Ponadto, jest to temat dostatecznie opisany w światowym piśmiennictwie i nie wymaga dalszych badań.

Celem zapewnienia skuteczności organizowanych dla studentów spotkań interdyscyplinarnych, zagadnienia dotyczące IPE powinny być wprowadzane do programów studiów związanych z medycyną i naukami o zdrowiu już w pierwszych latach studiów, jeszcze przed podjęciem przez studentów kształcenia klinicznego. Wprowadzenie IPE do programów studiów może znacznie wpłynąć na poprawę jakości kształcenia w zawodach związanych z ochroną zdrowia.

Ponadto, ze względu na to, że prezentowane w światowym piśmiennictwie badania wskazują na pozytywne zmiany w postawach studentów wobec IPE bezpośrednio po ukończeniu zajęć interdyscyplinarnych, konieczna jest obserwacja zmian zachowań i relacji pomiędzy studentami reprezentującymi różne specjalności związane z medycyną i naukami o zdrowiu w odległym czasie. Zdaniem autorów niniejszej pracy, tylko taka obserwacja pozwoli na ocenę realnej skuteczności IPE.

PIŚMIENICTWO

1. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. World Health Organization, 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf [28.07.2010].
2. McCallin A, McCallin M. Factors influencing team working and strategies to facilitate successful collaborative teamwork. *NZ Journal of Physiotherapy*. 2009;37(2):61-7.
3. Ajjawi R, Higgs J. Learning to Reason: J of Professional Socialisation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2008;13:133-50.
4. Chakraborti C, Boonyasai RT, Wright SM, Kern DE. A Systematic Review of Teamwork Training Interventions in Medical Student and Resident Education. *J Gen Intern Med*. 2008;23:846-53.
5. Gotlib J, Białoszewski D, Lewandowska M, Doroszevska A, Durka M, Sopela M. Współpraca interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego – praca u podstaw czy idee- fixe?, W: Janowski K, Cudo A (red). *Człowiek chory - Aspekty Biospołeczne*. Lublin 2009. s. 145- 61.
6. Gotlib J, Białoszewski D, Cabak A, Barczyk K, Bauer A, Grzegorzczak J, Kulak W, Majcher P, Nowotny-Czupryna O, Płaszewski M, Prokopowicz K, Sierdziński J. Postrzeganie zawodu fizjoterapeuty przez studentów I roku studiów I stopnia polskich uczelni o różnych profilach kształcenia. *Fizjoterapia Polska*. 2009;2(9):109-21.
7. Gotlib J, Białoszewski D, Cabak A, Barczyk K, Bauer A, Grzegorzczak J, Kulak W, Majcher P, Nowotny-Czupryna O, Płaszewski M, Prokopowicz K, Sierdziński J. Analiza zmian postaw studentów fizjoterapii podczas studiów I stopnia w uczelniach o różnych profilach kształcenia wobec współpracy w interdyscyplinarnym zespole medycznym. *Zdr Publ*. 2010;120(3):247-52.
8. Brehm B, Breen P, Brown B, Long L, Smith R, Wall A, Warren NS. An interdisciplinary approach to introducing professionalism. *Am J Pharm Educ*. 2006;15:81-4.
9. Curran VR, Deacon DR, Fleet L. Academic administrators' attitudes towards interprofessional education in Canadian schools of health professional education. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):76-86.
10. Cooper H, Spencer-Dawe E, McLean E. Beginning the process of teamwork: Design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. *J Interprof Care*. 2005;19:492-508.
11. Dalley J, Sim J. Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation*. 2001;15:380-9.
12. O'Neill BJ, Wyness MA. Student voices on an interprofessional course. *Med Teach*. 2005;27(5):433-8.
13. O'Neill M, Hayward KS, Peterson T. Students' perceptions of the inter-professional team in practice through the application of servant leadership principles. *J Interprof Care*. 2007;21(4):425-32.
14. Lumague M, Morgan A, Mak D, Hanna M, Kwong J, Cameron C, Zener D, Sinclair L. Interprofessional education: the student perspective. *J Interprof Care*. 2006;20(3):246-53.
15. Pollard KC, Miers ME, Gilchrist M. Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health Soc Care Community*. 2004;12(4):346-58.
16. Barker KK, Bosco C, Oandasan IF. Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: findings from key informant interviews. *J Interprof Care*. 2005;19 (Suppl 1):166-76.
17. Hawk C, Buckwalter K, Byrd L, Cigelman S, Dorfman L, Ferguson K. Health professions students' perceptions of interprofessional relationships. *Acad Med*. 2002;77(4):354-7.
18. Rudland JR, Mires GJ. Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: implications for shared teaching. *Med Educ*. 2005;39(12):1255-6.
19. Gardner SF, Chamberlin GD, Heestand DE, Stowe CD. Interdisciplinary didactic instruction at academic health centers in the United States: attitudes and barriers. *Adv Health Sci Educ Theory Practice*. 2002;7(3):179-90.
20. Curran VR, Sharpe D, Forristall J. Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. *Med Educ*. 2007;41(9):892-6.
21. Turner P. The occupational prestige of physiotherapy: perceptions of student physiotherapists in Australia. *Aust J Physiother*. 2001;47(3):191-7.
22. Cooper H, Spencer-Dawe E. Involving service users in interprofessional education narrowing the gap between theory and practice. *J Interprof Care*. 2006; 20(6): 603-17.
23. Hind M, Norman I, Cooper S, Gill E, Hilton R, Judd P, Jones SC. Interprofessional perceptions of health care students. *J Interprof Care*. 2003;17(1):21-34.
24. 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. *J Interprof Care*. 2006;2(20):162-81.
25. Purden M. Cultural considerations in interprofessional education and practice. *J Interprof Care*. 2005;1(19):224-34.

26. Pollard KC, Miers ME, Gilchrist M, Sayers A. A comparison of inter-professional perceptions and working relationships among health and social care students: the results of a 3-year intervention. *Health Soc Care Community*. 2006;(14) 6:541-52.
27. Scott SB, Harrison AD, Baker T, Willis JD. A interdisciplinary community partnership for health professional students: a service-learning approach. *J Allied Health*. 2005;34(1):31-5.
28. Makinen J, Peterson G, Nurmi R, Lonka K. Health care students' differing conceptions of expertise: a challenge for inter-professional care. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2007;12(4):441-55.
29. Aveyard H, Edwards S, West S. Core topics of health care ethics. The identification of core topics for Interprofessional education. *J Interprof Care*. 2005;19(1):63-9.
30. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005;(Suppl 1):188-96.
31. Skorupska A, Machowicz A. Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010; 18(1):53-9.
32. Horsburgh M, Perkins R, Cole B, Degeling P. The professional subcultures of students entering medicine, nursing, and pharmacy programmes. *J Interprof Care*. 2006;20(4):25-31.
33. Harvard DH, Tresolini CP, Davis WA. Can participation in a health affairs interdisciplinary case conference improve medical students' knowledge and attitudes? *Acad Med*. 2006;81(3):257-61.
34. Whelan K, Thomas JE, Cooper S, Hilton R, Jones SC, Newton T, O'Neill B, Gill EE. Inter-professional education in undergraduate healthcare programmes: the reaction of students dietitians. *J Hum Nutr Diet*. 2005;18(6):461-6.
35. Pedersen BD, Poulsen IK, Ringsted CV, Schroeder TV. Interprofessional communication and cooperation training in ward rounds for medical and nursing students: a pilot project. *Ugeskr Laeg*. 2006;25(168):2449-51.
36. Krautscheid LC. Improving communication among healthcare providers: preparing student nurses for practice. *IJNES*. 2008;5:40-5.
37. Nadolski GJ, Bell MA, Brewer BB, Frankel RM, Cushing HE, Brokaw JJ. Evaluating the quality of interaction between medical students and nurses in a large teaching hospital. *Med Educ*. 2006;25:6-23.

Informacje o Autorach

Dr n. o zdr. JOANNA GOTLIB – adiunkt, Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia. Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny; dr n. med. DARIUSZ BIAŁOSZEWSKI – kierownik; dr n. med. MONIKA LEWANDOWSKA – adiunkt, Zakład Rehabilitacji, Oddział Fizjoterapii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Adres do korespondencji

Joanna Gotlib
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel.: (022) 57 20 490, fax: (022) 57 20 491,
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl