



Readiness of Postgraduate Health Sciences Students for Interprofessional Education

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Vafadar Z.¹ MSc,
Vanaki Z.* PhD,
Ebadi A.² PhD,
Seyyed Bagher Maddah S.³ PhD

How to cite this article

Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A, Seyyed Bagher Maddah S. Readiness of Postgraduate Health Sciences Students for Interprofessional Education. *Education Strategies in Medical Sciences*. 2014;7(5):301-308.

ABSTRACT

Aims Interprofessional education is a new approach to empower health sciences learners to provide comprehensive collaborative team care for promotion health consequences of the clients. This study was done aimed to evaluate the readiness of Health Sciences postgraduate students for Interprofessional education and learning.

Methods This cross-sectional study was done on 500 postgraduate students of different majors in health sciences using simple and achievable sampling in 2012-13. Data gathered using Readiness for Inter Professional Learning Scale (RIPLS) with the reliability 0.83. Data analyzed by SPSS 18 and descriptive statistics (mean and percent) and One-way ANOVA.

Findings The total mean of Health Sciences postgraduate students' readiness for Interprofessional education was above the average. There was no significant difference between professional groups in terms of readiness for Interprofessional education ($p>0.05$). But in the Nursing group the mean scores in all scale and subscales was more than other groups.

Conclusion Health Sciences postgraduate students' readiness for Interprofessional education is more than the average level.

Keywords Education; Learning; Health; Education, Graduate

*Nursing Department, Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

¹"Health Management Research Center" and "Medical-Surgical Department, Nursing Faculty", Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Management Department, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Management Department, Nursing Faculty, University of Welfare Sciences & Rehabilitation, Tehran, Iran

Correspondence

Address: Nursing Department, Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Gisha Bridge, Tehran, Iran

Phone: +98 2182883814

Fax: +98 2182883025

vanaki_z@modares.ac.ir

Article History

Received: June 28, 2014

Accepted: August 14, 2014

ePublished: November 22, 2014

CITATION LINKS

[1] The evidence base and recommendations for ... [2] Interprofessional education in ... [3] Interdisciplinary education and ... [4] Effective interprofessional teams ... [5] The Contact Hypothesis: An exploration of ... [6] Patient Safety Education: An Exploration of ... [7] A conceptual model for ... [8] Theories to aid understanding and implementation of ... [9] Attitudes toward interprofessional education ... [10] The development of a questionnaire to ... [11] Inter-professional education for ... [12] Interprofessional education: Has its ... [13] The evidence base and recommendations for ... [14] Promoting interprofessional ... [15] Shared learning in medical science education in ... [16] Viewpoints of medical and ... [17] The need for palliative care services in ... [18] Perspectives and experiences of ... [19] The experiences of nurses of ... [20] Interprofessional ethics education in ... [21] Integrating interprofessional education into ... [22] A best evidence systematic review of ... [23] Faculty perceptions of ... [24] The team builder: The role of ... [25] Reconsidering the team ... [26] Interprofessional undergraduate clinical ... [27] An introduction to teamwork: Findings from ... [28] Improving teamwork climate in ... [29] Interprofessional working is ... [30] Key factors in planning and ... [31] Interprofessional education; a response to ... [32] Interprofessional education and ... [33] Learning in interprofessional ... [34] An overview of continuing interprofessional ... [35] Interprofessional education ... [36] Toward a theoretical framework for ... [37] Theories, relationships and ... [38] Cross-cultural adaptation of ... [39] Attitudes of health sciences faculty ... [40] A longitudinal study of ... [41] Learning theories and ... [42] Readiness of postgraduate students of ... [43] Validating the Readiness for ... [44] Attitudes of students in medicine ... [45] The attitudes of Medical, Nursing and ... [46] Are senior UAE medical and ... [47] Attitude and readiness of ... [48] Allport's Intergroup Contact ... [49] Stereotyping as ... [50] Multiprofessional learning ...

آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای

زهره وفادار MSc

مرکز تحقیقات علوم سلامت* و گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران

زهره ونکی PhD*

گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

عباس عبادی PhD

گروه مدیریت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران

سادات سیدباقر مداح PhD

گروه مدیریت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

چکیده

اهداف: آموزش بین حرفه‌ای، رویکردی نوین برای توانمندساختن فراگیران علوم سلامت در جهت ارایه مراقبت تیمی، همکارانه و جامع به منظور ارتقای پیامدهای سلامت مددجویان است. این مطالعه با هدف بررسی آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش و یادگیری بین حرفه‌ای انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی - توصیفی در سال ۹۲-۱۳۹۱ روی ۵۰۰ نفر از دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی در رشته‌های مختلف علوم سلامت با نمونه‌گیری آسان و دردسترس انجام شد. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه سنجش آمادگی برای آموزش بین حرفه‌ای بود که پایایی آن ۰/۸۳ به دست آمد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 18 و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و درصد) و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین کلی آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای بالاتر از حد متوسط بود. بین گروه‌های حرفه‌ای از نظر میزان آمادگی برای آموزش بین حرفه‌ای، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). ولی با این وجود در گروه پرستاری، میانگین نمرات در کل مقیاس و در تمام زیرمقیاس‌ها از گروه‌های دیگر بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای بالاتر از حد متوسط است.

کلیدواژه‌ها: آموزش؛ یادگیری؛ سلامت؛ تحصیلات تکمیلی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۵/۲۳

*نویسنده مسئول: vanaki_z@modares.ac.ir

مقدمه

آیچه امروز در حوزه سلامت دیده می‌شود، از یک سو تغییر الگوی بیماری‌ها، سالمندشدن جمعیت، روند روبه‌رشد بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده، ضرورت ارایه مراقبت‌های چندجانبه و پیچیده، تاکید بر

رویکردهای انسان‌گرایانه و جامع در مراقبت، رشد فزاینده علم و ظهور رویکردهای درمانی متفاوت و نوین، توسعه فناوری اطلاعات و دسترسی مردم به حجم زیادی از اطلاعات پزشکی و افزایش مشارکت مددجویان در فرآیندهای درمانی، و از سوی دیگر، بحران جهانی کمبود نیروی انسانی، افزایش هزینه‌های درمان، فراتر رفتن بیماری‌ها از مرزهای جغرافیایی، بیوتورریسم و جهانی‌سازی است. این شرایط، ضرورت تعاملات موثر بین حرفه‌ای و همکاری حرفه‌ها و حتی سازمان‌های مختلف را برای مقابله با نیازهای سلامتی جوامع، الزامی و اجتناب‌ناپذیر کرده است [۱-۳]. در واقع، نیازهای مراقبت سلامتی بشر امروزی بسیار پیچیده‌تر از آن است که یک تخصص یا یک گروه حرفه‌ای خاص به‌تنهایی بتواند پاسخگوی آن باشد، بلکه تیمی متشکل از حرفه‌های مختلف علوم سلامت با ارتباطاتی موثر، پیوسته و سازنده لازم است تا نیازهای فزاینده بشر در محیطی پیچیده و متاثر از عوامل مختلف مرتفع شود [۹-۴]. در همین راستا نیز سازمان‌های آموزش علوم سلامت، باید در جهت تربیت نسل جدیدی از فارغ‌التحصیلان که توانایی ایفای نقش به‌عنوان عضوی از تیم بین حرفه‌ای با تعاملاتی همکارانه، موثر، منعطف و سازگار را داشته باشند، فعالیت کنند و برای ارتقای سلامت نسل‌های آینده برنامه‌ریزی نمایند [۱۰].

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۳ در مورد فقدان توانایی ارایه مراقبت تیمی و موثر در فارغ‌التحصیلان رشته‌های مختلف پزشکی و بهداشتی و پیامدهای نامطلوب آن هشدار داد [۱۱]. سپس در اجلاس آلماتا در سال ۱۹۷۸، آموزش چندحرفه‌ای (MIE) را راهی برای بهبود عملکرد تیمی و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها مطرح کرد و یک دهه بعد در سال ۱۹۸۸ با گزارشی جنجالی تحت عنوان "یادگیری با هم به‌سوی کار با هم برای سلامت"، آموزش بین حرفه‌ای (IPE) را به‌عنوان بهترین راهبرد برای ارتقای ایمنی و کیفیت مراقبت‌ها و سلامت جوامع مطرح نمود و به‌کارگیری آن را در سازمان‌های آموزشی الزامی دانست [۹، ۱۲-۱۴].

اکنون بیش از ۳۰ سال است که این رویکرد آموزشی با گرایش فزاینده در سطح بین‌المللی به‌ویژه در کشورهای توسعه‌یافته اجرا شده و تحقیقات و دانش مرتبط با آن در حال توسعه و گسترش است. اما هنوز آموزش بین حرفه‌ای به‌طور رسمی در آموزش علوم سلامت در ایران راه نیافته است [۱۵]، شاید به این علت که هنوز شناخت دقیقی از این رویکرد آموزشی در نظام آموزش سلامت در ایران وجود ندارد و مطالعات اندکی نیز برای شناساندن آن به جامعه سلامت کشور انجام شده است [۱۶]. این در حالی است که جامعه ما نیز با چالش‌های عمده‌ای در زمینه کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها روبه‌رو است و از ضعف فرهنگ کار تیمی در حوزه سلامت به‌شدت رنج می‌برد [۲۰-۱۷].

آموزش بین حرفه‌ای شرایطی است که فراگیران دو یا چند رشته علوم سلامت با هم، از هم و درباره هم و در جهت ارایه مراقبت

محیط‌های بالینی ارابه داده است و برای توسعه هر چه بیشتر آموزش بین‌حرفه‌ای، کشورهای مختلف در مناطق شش‌گانه سازمان جهانی بهداشت را به کمک طلبیده و تاکید می‌دارد که اکنون زمان اجرا و توسعه آموزش بین‌حرفه‌ای به‌عنوان یک راهکار نوین در مقابله با چالش‌های ارابه خدمات بهداشتی و مراقبتی بیمارمحور فرا رسیده و ضرورت تغییر فرهنگ در سازمان‌های بهداشتی و آموزشی به سمت آموزش بین‌حرفه‌ای و همکاری و تعامل بین‌حرفه‌ای الزامی و اجتناب‌ناپذیر است [۳۶، ۳۷].

پارسل و بلیگ معتقدند برای اجرای موفق آموزش بین‌حرفه‌ای بایستی تغییرات ساختاری، سازمانی و نگرشی در سازمان‌های آموزش سلامتی ایجاد کرد. ولی تغییر نگرشی، زیربنایی‌تر و اساسی‌تر بوده و تغییر در دو عامل دیگر را نیز تحت کنترل دارد [۱۰]. موفقیت یک برنامه آموزشی علی‌رغم ساختار و محتوای آن به آمادگی، نگرش، احساس نیاز و درک دانشجویان از اهمیت و ضرورت آن بستگی دارد و اعتبار هر نظام آموزشی نیز به میزان انگیزش و یادگیری فراگیران آن وابسته است [۳۸]. از سویی، آمادگی و نگرش دانشجویان منعکس‌کننده درک آنها از واقعیت‌های جامعه یا تاثیرات برنامه‌های درسی پنهان و آشکار طی دوران آموزش است [۳۹، ۴۰].

یکی از سؤالاتی که ذهن بسیاری از محققان در حوزه آموزش سلامت را درگیر کرده است این است که آیا این رویکرد آموزشی با شرایط جامعه ما نیز قابل تطبیق است؟ آیا این رویکرد، پاسخگوی چالش‌های نظام سلامت در جامعه ما نیز خواهد بود؟ آیا بسترها و زمینه‌های آنها فراهم است؟ آیا جامعه دانشگاهی ما پذیرای این رویکرد هستند؟ بدیهی است که یکی از بسترهای مهم، تمایل، نگرش، زمینه‌های روانی و انگیزشی و آمادگی فراگیران است. زیرا مشتریان اصلی سازمان‌های آموزشی، فراگیران و هدف آموزش نیز یادگیری و تغییر پایدار و منسجم در نقشه‌های ذهنی، شناختی و هنجاری و عملکرد و رفتار آنان است [۴۱].

از این رو، این مطالعه با هدف کلی بررسی آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش و یادگیری بین‌حرفه‌ای انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه مقطعی - توصیفی در سال ۹۲-۱۳۹۱ روی ۵۰۰ نفر از دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی در رشته‌های مختلف علوم سلامت (مقاطع کارشناسی‌ارشد، دکترای تخصصی علوم پایه و بالینی و فلوشیپ کلیه رشته‌های تخصصی پزشکی) در سه سازمان مهم دولتی متولی آموزش علوم سلامت در ایران شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و ستاد کل نیروهای مسلح انجام شد. محیط پژوهش، دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، شهیدبهشتی و شیراز به‌عنوان نمایندگان

تیمی همکارانه و موثر و مبتنی بر مددجو آموزش ببینند [۲۱]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، آموزش بین‌حرفه‌ای، روشی است که در آن فراگیران حرفه‌های مختلف بهداشتی با هم و در یک دوره و یک مکان معین با هدف مهم ایجاد تعامل و مشارکت بین آنها در جهت ارابه خدمات موثر بهداشتی، پیشگیری، درمان، بازتوانی و بهبود بیماری‌ها و ارتقای سلامتی، آموزش می‌بینند [۱۳]. کانون مرکزی این رویکرد آموزشی، برقراری تعامل بین فراگیران و هدف آن توسعه دانش، مهارت، نگرش و صلاحیت‌های لازم در فراگیران، برای ارابه عملکرد تیمی و رفتارهای مناسب در محیط مراقبتی مشارکتی است [۱، ۲۲]. اصل زیربنایی این است که اگر دانشجویان رشته‌های مختلف در محیط‌های آموزشی در تعاملی منسجم و هدفمند، با هم و از هم یاد بگیرند و با نقش‌های هم آشنا شوند، برای کارکردن در یک محیط تعاملی سازنده در آینده آماده می‌شوند. آموزش بین‌حرفه‌ای با تاکید بر یادگیری از هم، با هم و درباره هم در جهت دستیابی به یک شناخت و درک متقابل، مسئولیت جمعی و هدف مشترک در بین تمام فراگیران علوم سلامت است [۲۳-۲۵]. به‌گونه‌ای که آنها را برای ارابه مراقبت تیمی همکارانه، ایمن، جامع و یکپارچه از بیمار و ارتقای پیامدهای مراقبت و درمان آماده و توانمند سازد [۳۱-۳۶]. مهم‌ترین پیامدهای تاییدشده این رویکرد در مطالعات تحقیقی، ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار، کاهش هزینه‌ها، کاهش مدت‌زمان بستری بیمار، کاهش اشتباهات و دوباره‌کاری‌ها، سوء ارتباطات، رفتارهای تدافعی و خصمانه، قالب‌های ذهنی منفی، کاهش تعارضات و تضادهای اخلاقی، ارتقای همکاری و عملکرد تیمی و رضایت بیمار و ارابه‌دهندگان خدمات است [۳۲-۳۴].

انجمن پزشکی ایالات متحده در گزارشی با عنوان "آموزش بین‌حرفه‌ای پلی به کیفیت" اعلام می‌کند که همه فراگیران حرفه‌های بهداشتی بایستی برای ارابه مراقبت مبتنی بر نیاز بیمار و به‌عنوان عضو یک تیم بین‌حرفه‌ای و با تاکید بر عملکرد مبتنی بر شواهد و رویکرد ارتقای کیفیت و دانش انفورماتیک آموزش ببینند. زمانی بیمار، مراقبت موثر، ایمن و باکیفیت را دریافت می‌کنند که اعضای حرفه‌های بهداشتی به‌طور موثری به‌صورت یک تیم با ارتباطات سازنده و درک متقابل نقش و احترام و اعتماد کار کنند. اگر چه شواهد فراوانی در حمایت از این شیوه آموزشی وجود دارد، ولی مراکز آموزشی کمتر آن را شناخته یا به‌طور موثری به‌کار گرفته‌اند [۳۵].

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹ با توجه به ضرورت اجتناب‌ناپذیر تربیت نسل جدید نیروهای مراقبت بهداشتی و برای یکپارچه‌سازی و انسجام‌بخشیدن به تلاش‌های پراکنده در توسعه آموزش بین‌حرفه‌ای در سطح جهانی، یک چهارچوب کلی را برای اجرای آموزش بین‌حرفه‌ای با تغییر در سه حوزه اساسی شامل سیستم‌های مدیریت آموزش سلامت، محیط‌های آموزشی و

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) به‌عنوان نماینده نیروهای مسلح و دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به‌عنوان نماینده وزارت علوم، تحقیقات و فناوری بود. با توجه به حجم بالا و پراکندگی وسیع نمونه‌ها، نمونه‌گیری به‌صورت آسان و دردسترس انجام شد. تعیین حجم نمونه‌ها براساس فرمول کوکران صورت گرفت.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از یک پرسش‌نامه دو بخشی انجام شد؛ بخش اول، اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، رشته و مقطع تحصیلی، سابقه کار آموزشی و بالینی و سابقه شرکت در برنامه‌های آموزش بین‌حرفه‌ای و بخش دوم، پرسش‌نامه سنجش آمادگی برای آموزش بین‌حرفه‌ای (RIPLS) بود. این پرسش‌نامه توسط پارسلی و بلیگ در دانشگاه لیورپول برای سنجش آمادگی فراگیران علوم سلامت برای آموزش بین‌حرفه‌ای طراحی و توسعه داده شده است [۱۰]. این ابزار که براساس تئوری یادگیری بزرگسالان و تئوری‌های روان‌شناختی اجتماعی تدوین شده [۳۸]، دارای ۱۹ گویه و سه زیرمقیاس است؛ زیرمقیاس همکاری و کار تیمی با ۹ گویه به اندازه‌گیری ابعاد درک اهمیت و اثربخشی کار تیمی و ارتباطات موثر بین‌حرفه‌ای می‌پردازد، زیرمقیاس هویت حرفه‌ای با ۷ گویه ارزش‌های حرفه‌ای، باورها و نگرش‌های مثبت و منفی که حرفه‌ها نسبت به خود و حرفه‌های دیگر دارند را اندازه‌گیری می‌کند و زیرمقیاس نقش‌ها و مسئولیت‌ها با ۳ گویه شامل شناخت افراد از نقش‌ها، مسئولیت‌ها و محدودیت‌های خود و حرفه‌های دیگر است. هر سه این زیرمقیاس‌ها عوامل اصلی شکل‌گیری یک آموزش بین‌حرفه‌ای موفق و موثر هستند. این ابزار براساس مقیاس پنج‌نقطه‌ای لیکرت از بسیار موافقم (۵) تا بسیار مخالفم (۱) امتیازگذاری می‌شود. بنابراین امتیاز در کل ابزار از ۱۹ تا ۹۵ و در زیرمقیاس همکاری و کار تیمی از ۹ تا ۴۵، در زیرمقیاس هویت حرفه‌ای از ۷ تا ۳۵ و در زیرمقیاس نقش‌ها و مسئولیت‌ها از ۳ تا ۱۵ متغیر است. ضمناً میانگین کلی ابزار (۴۷/۵) به‌عنوان نقطه برش یا حد متوسط متغیر آمادگی در نظر گرفته شده است. پایایی این ابزار در مطالعه اولیه توسط پارسلی و بلیگ، ۰/۹ گزارش شده است [۱۰]. این ابزار در سال ۹۰-۱۳۸۹ توسط ایرج‌پور و علوی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از نسخه اصلی ترجمه شده و روایی صوری و محتوای آن توسط نظرات خبرگان و پایایی (اعتبار درونی) آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ مورد تایید قرار گرفته است [۴۲]. رید و همکاران، به‌کارگیری ابزار RIPLS را در مقطع تحصیلات تکمیلی با مطالعه روی ۵۴۶ نفر اعتباریابی کرده و اعتبار و انسجام درونی آن را ۰/۷۶ به‌دست آورده‌اند [۴۳].

در این مطالعه نیز تایید پایایی با روش آزمون-بازآزمون با نمونه‌ای ۲۰ نفره از دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه شیراز انجام شد. پرسش‌نامه‌ها در دو نوبت به‌فاصله ۱۵ روز تکمیل شد و ضریب همبستگی بین نمرات ($r=0/89$; $p=0/01$) به‌دست آمد. برای

ارزیابی پایایی پرسش‌نامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۳ به‌دست آمد.

لازم به ذکر است با توجه به اینکه هنوز آموزش بین‌حرفه‌ای برای بسیاری از دانشجویان و حتی اساتید ناشناخته است، در ابتدای پرسش‌نامه یک تعریف مختصر از آموزش و یادگیری بین‌حرفه‌ای (مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت) ارائه شد. همچنین با توجه به تک‌حرفه‌بودن نظام آموزش سلامت در کشور و محدودبودن تجربیات حرفه‌ای دانشجویان در مقاطع کارشناسی و پایین‌تر، مطالعه فقط روی دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی که تجربیات بالینی و آموزشی بیشتری داشته و با چالش‌های بیشتری در محیط بالینی و آموزش مواجه بوده‌اند، انجام شد. نحوه جمع‌آوری اطلاعات با مراجعه حضوری و معرفی هدف تحقیق و کسب رضایت آگاهانه و سپس تحویل پرسش‌نامه به دانشجو و بازپس‌گیری آن مطابق با تمایل دانشجو بود. متعاقب مصوب طرح پژوهشی در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، مجوز لازم برای اجرای پژوهش در دانشگاه‌های علوم پزشکی صادر شد که متعاقب هماهنگی با معاونت آموزش و اداره حراست دانشگاه‌های تحت مطالعه و صدور معرفی‌نامه، محقق شروع به توزیع پرسش‌نامه و جمع‌آوری داده‌ها نمود.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 18 و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و درصد) و آزمون آماری تحلیلی (آنالیز واریانس یک‌طرفه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. با توجه به پراکندگی وسیع و متنوع‌بودن رشته‌ها، برای تحلیل آماری نمونه‌ها در سه گروه حرفه‌ای اصلی شامل گروه پرستاری، گروه پزشکی و گروه سایرین دسته‌بندی شدند. گروه پرستاری شامل تمامی گرایش‌های پرستاری در مقاطع ارشد و دکترا و گروه پزشکی شامل تمامی تخصص‌ها و فلو‌شیپ رشته‌های علوم پزشکی و گروه سایرین شامل انواع رشته‌های وابسته و پیراپزشکی از جمله، علوم پایه مانند میکروبی‌شناسی، آناتومی، فیزیولوژی، ایمونولوژی و علوم بالینی مانند مامایی، فیزیوتراپی، تغذیه، علوم آزمایشگاهی، آموزش بهداشت، بهداشت باروری، روان‌شناسی بالینی، مددکار اجتماعی، توان‌بخشی و سالمندان بود. لازم به ذکر است برای مقایسه بین گروه‌های حرفه‌ای، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف که متغیر اندازه‌گیری‌شده را دارای توزیع نرمال نشان داد و براساس آزمون لون نیز فرضیه برابری واریانس‌ها برقرار بود. از این رو از آزمون آماری پارامتری تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه بین گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

از ۵۰۰ پرسش‌نامه توزیع‌شده، ۴۲۰ پرسش‌نامه (۸۴٪) برگشت داده شد. ۲۳۱ نفر (۵۵٪) از شرکت‌کنندگان در مطالعه، مرد بودند. ۱۶۰ نفر (۳۸٪) از گروه پزشکی، ۹۲ نفر (۲۲٪) از گروه پرستاری و ۱۶۸

(مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت) نداشتند، اگر چه ۲۸۶ نفر (۶۸٪) سابقه آموزش موازی و مشترک (کناربه‌کنار) با دیگر حرفه‌ها را داشتند.

میانگین کلی آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای بالاتر از حد متوسط (۴۷/۵) بود. بین گروه‌های حرفه‌ای از نظر میزان آمادگی برای آموزش بین حرفه‌ای، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). اگر چه بین گروه‌ها تفاوت آماری وجود نداشت، ولی در گروه پرستاری، میانگین نمرات در کل مقیاس و در تمام زیرمقیاس‌ها از گروه‌های دیگر بیشتر بود (جدول ۱).

نفر (۴۰٪) از سایر رشته‌ها بودند. میانگین سنی دانشجویان ۳۲/۰۰±۵/۰۰ سال در دامنه‌ای بین ۲۳ تا ۵۰ سال بود. ۵۰ نفر (۱۲٪) در نیروهای مسلح، ۳۳۶ نفر (۸۰٪) در وزارت بهداشت و ۳۴ نفر (۸٪) در وزارت علوم بودند. ۲۰۲ نفر (۴۸٪) در مقطع کارشناسی‌ارشد و ۲۱۸ نفر (۵۲٪) در مقطع پی‌اچ‌دی، تخصصی و فوق تخصصی، همچنین ۷۶ نفر (۱۸٪) در رشته‌های علوم پایه و ۳۴۴ نفر (۸۲٪) در رشته‌های علوم بالینی تحصیل می‌کردند. ۳۲۸ نفر (۷۸٪) سابقه کار بالینی و ۱۵۱ نفر (۳۶٪) سابقه کار آموزشی داشتند (لازم به ذکر است که بعضی نمونه‌ها سابقه کار آموزشی و بالینی را توأم با هم داشتند). هیچ کدام تجربه آموزش بین حرفه‌ای

جدول ۱) مقایسه میانگین نمرات سنجش آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای به‌طور کلی و در تمامی زیرمقیاس‌ها بین گروه‌های حرفه‌ای شرکت‌کننده در مطالعه (تعداد=۴۲۰ نفر) با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه

پرستاران	پزشکان	سایر گروه‌ها	کل گروه‌ها	دامنه نمرات	سطح معنی‌داری
کل مقیاس سنجش آمادگی آموزش بین حرفه‌ای	۸۳/۳۰±۸/۱۰	۷۹/۳۰±۷/۸۰	۸۰/۱۰±۷/۶۰	۸۰/۸۰±۸/۶۰	۰/۴۳
زیرمقیاس همکاری و کار تیمی	۴۱/۲۰±۳/۴۰	۳۹/۶۰±۳/۷۰	۴۰/۰۰±۲/۸۰	۴۰/۲۰±۴/۶۰	۰/۴۴
زیرمقیاس هویت حرفه‌ای	۳۰/۱۰±۲/۵۰	۲۸/۲۰±۳/۰۰	۲۸/۵۰±۱/۸۰	۲۹/۰۰±۳/۸۰	۰/۷۸
زیرمقیاس نقش‌ها و مسئولیت‌ها	۱۲/۰۰±۲/۲۰	۱۱/۲۰±۱/۱۰	۱۱/۲۰±۱/۸۰	۱۱/۵۰±۱/۸۰	۰/۹۳

بحث

طبق یافته‌های این مطالعه که روی نمونه‌ای غیراحتمالی از هر سه سازمان متولی آموزش علوم سلامت در کشور انجام شد، میانگین آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای بالاتر از حد متوسط بود و این در تمامی زیرمقیاس‌ها نیز دیده شد. در مقایسه بین گروه‌های حرفه‌ای، تفاوت معنی‌دار آماری در میزان آمادگی دانشجویان حرفه‌ای مختلف وجود نداشت و یک انسجام و همانندی در میانگین کل و همچنین در تمامی زیرمقیاس‌ها بین هر سه گروه دیده شد. این یافته‌ها نشان‌دهنده وجود شناخت و درک مشترک و احساس نیاز و ضرورت در کل فراگیران نظام سلامت نسبت به آموزش بین حرفه‌ای است و گویای این مطلب است که بستر نگرشی و انگیزشی مناسبی برای تلفیق آموزش بین حرفه‌ای در نظام آموزش سلامت کشور و ارتقای همکاری بین حرفه‌ای وجود دارد. از سوی دیگر، میزان آمادگی بالای دانشجویان، منعکس‌کننده تاثیر واقعیت‌های درک‌شده جامعه، لمس چالش‌های محیط آموزشی و بالینی و تاثیر برنامه‌های درسی پنهان و آشکار و به‌خصوص نگرش‌های اساتید است.

در میان گروه‌های حرفه‌ای، گروه پرستاری میانگین بالاتری نسبت به گروه‌های دیگر داشت. از آنجایی که پرستاران بزرگترین گروه حرفه‌ای در نظام سلامت هستند و در خط مقدم ارائه خدمات

مراقبت سلامتی قرار دارند بیشتر با چالش‌های موجود در روابط بین حرفه‌ای درگیر هستند و اهمیت همکاری بین حرفه‌ای و کار تیمی برای ایفای نقش آنها حیاتی‌تر است. یافته مطالعه حاضر با بسیاری از مطالعات داخل و خارج کشور همخوانی دارد. در مطالعه ایرج‌پور و علوی، میانگین کل آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی برای آموزش بین حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۷۰/۴۷ به‌دست آمده است. این میزان در گروه پرستاری ۷۲/۱، در گروه پزشکی ۶۹/۸۳ و در سایر گروه‌ها ۷۰/۲۷ بوده است. همچنین بین متغیر آمادگی دانشجویان و متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، جنس، سابقه کار بالینی و آموزشی رابطه معنی‌داری یافت نشد [۴۲]. اگر چه میانگین مطالعه حاضر از میانگین به‌دست‌آمده در مطالعه ایرج‌پور و علوی بیشتر بود، ولی به‌طور قابل توجهی نسبت میانگین‌ها بین گروه‌های حرفه‌ای مشابه بوده و بیشترین میانگین مربوط به گروه پرستاری است. در مطالعه رز و همکاران در انگلستان، میزان آمادگی دانشجویان در همه گروه‌های پرستاری، پزشکی، فیزیوتراپی و کاردرمانی بالاتر از حد متوسط بوده و میزان آمادگی گروه پرستاری و کاردرمانی از گروه‌های دیگر به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده است [۴۴]. همچنین در مطالعه آریز و همکاران در مالزی، آمادگی دانشجویان پرستاری و داروسازی به‌طور معنی‌داری از دانشجویان پزشکی بالاتر بوده و این تفاوت در

مصالح اقتصادی وجود دارد. مطالعه مهرابی تحت عنوان بررسی جامعه‌شناختی روابط بین حرفه‌ای پرستار و پزشک در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهیدبهشتی نشان داد در هر دو گروه، فرآیند حرفه‌ای شدن طی سال‌های آموزش، اساسی‌ترین و مهم‌ترین متغیر تاثیرگذار بر روابط حرفه‌ای آتی آنان است. فرآیند آموزش فعلی سبب تقویت الگوهای ذهنی منفی و فرهنگ پزشک‌سالاری شده و در نتیجه، باعث بروز حاکمیت دو الگوی تعاملی وابستگی - استقلال و سپس فرودست - فرادست و کم‌رنگ شدن الگوی همکاری - مشارکت در بین این دو گروه حرفه‌ای می‌شود. محقق برای حرکت به سوی الگوی مشارکت - همکاری که بهترین الگو در نظام ارایه خدمات سلامت است، تغییر در فرآیند حرفه‌ای شدن دانشجویان با تغییر در رویکردهای آموزشی فرهنگی، توسعه تعاملات ساختاریافته بین حرفه‌ای، ساختیابی نقش‌ها و منزلت‌ها، همگرایی تلاش‌ها با همسوکردن اهداف و موازنه قدرت و مشارکت بین حرفه‌ای در تصمیم‌گیری‌ها را توصیه می‌کند [۲۰].

این مطالعه گرچه بیانگر آمادگی بالای دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای بود، ولی این فقط بخشی از زمینه‌ها و عوامل لازم برای اجرای آموزش بین حرفه‌ای در کشور است و لازم است مطالعات بیشتری صورت گیرد و مستندات و شواهد بیشتری در خصوص چالش‌ها و عوامل محیطی، سازمانی، آموزشی و بالینی برای اجرای آموزش بین حرفه‌ای در ایران جمع‌آوری شود تا الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای متناسب با جامعه ایرانی طراحی و تدوین شود. از طرفی، در این مطالعه گرچه سعی شد نمونه‌گیری از محیط‌های آموزشی متفاوت باشد، ولی سازمان‌های خصوصی آموزش سلامت مانند دانشگاه‌های آزاد اسلامی به‌علت محدود بودن رشته‌ها و متفاوت بودن برخی عوامل زمینه‌ای و محیط آموزشی، در مطالعه شرکت نداشتند و نمونه‌گیری نیز به‌روش غیراحتمالی بوده است. از این رو مطالعات بیشتری برای تعمیم یافته‌ها و تصمیم‌گیری‌های موثر در آموزش بین حرفه‌ای لازم است. با توجه به فراهم بودن زمینه انگیزشی و نگرشی مناسب در بستر دانشجویی و آمادگی بالای دانشجویان، مدیران برنامه‌ریزی نظام سلامت بایستی در جهت توسعه پایدار و داشتن نیروهایی توانمند برای پاسخگویی به نیاز سلامت نسل کنونی و آینده از هم‌اکنون به فکر طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای در نظام آموزش سلامت کشور باشند.

نتیجه‌گیری

آمادگی دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای بالاتر از حد متوسط است. با توجه به فراهم بودن زمینه انگیزشی و نگرشی مناسب در بستر دانشجویی و آمادگی بالای دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم سلامت برای آموزش بین حرفه‌ای، تلفیق آموزش بین حرفه‌ای در برنامه‌های آموزشی از

زیرمقیاس همکاری و کار تیمی بارزتر بوده است [۴۵]. الزبیر و همکاران در مطالعه خود در دانشگاه امارات متحده عربی، برای ابزار RIPLS با تحلیل عاملی سه زیرمقیاس همکاری و کار تیمی، هویت حرفه‌ای و مددجو محور بودن را تبیین کرده و نشان دادند که دانشجویان پرستاری نسبت به دانشجویان پزشکی آمادگی بالاتری به‌خصوص در زیرمقیاس همکاری و کار تیمی داشته‌اند [۴۶]. مطالعه علی‌زاده و همکاران نیز به‌منظور بررسی آمادگی و نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به یادگیری بین حرفه‌ای نشان داد گرچه نگرش مثبتی در دانشجویان پزشکی وجود دارد، ولی به‌علت شناخت محدود آنها از وظایف و نقش‌های خود و دیگر حرفه‌ها، برای ارتقای آمادگی باید آموزش‌های لازم در خصوص یادگیری بین حرفه‌ای به آنها داده شود [۴۷]. همچنین گروهی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی کرمان مطالعه‌ای را با هدف بررسی کلیشه‌های ذهنی دانشجویان پرستاری و پزشکی نسبت به یکدیگر و امکان‌سنجی اجرای آموزش بین حرفه‌ای در بین این دو گروه بزرگ حرفه‌ای انجام دادند. نتایج نشان داد اگر چه تمام دانشجویان با این رویکرد آموزشی موافق بودند ولی پزشکان با داشتن کلیشه ذهنی و باور به برتری پزشکان در ویژگی‌های حرفه‌ای نسبت به سایر حرفه‌ها، موافقت بیشتری نسبت به پرستاران داشتند. بیشتر موضوعاتی که دانشجویان برای این رویکرد آموزشی مناسب می‌دانستند شامل مهارت‌های کلینیکی، مهارت‌های ارتباطی و اخلاق حرفه‌ای بوده است. محقق تاکید دارد جدایی این دو حرفه طی دوران تحصیل، کلیشه‌های ذهنی منفی آنها را نسبت به یکدیگر تقویت کرده و کلیشه‌های ذهنی برتری‌طلبی و متمایز بودن، مانع مهمی برای ارایه عملکرد همکارانه تیمی در بالین است [۱۶].

در مطالعه حاضر، هیچ یک از نمونه‌ها سابقه شرکت در دوره آموزشی با مرکزیت تعامل بین حرفه‌ای را نداشتند، ولی (۶۸٪) سابقه آموزش مشترک و موازی یا کناربه‌کنار را با دیگر حرفه‌ها داشتند. طبق نظریه تعامل اجتماعی، یکی از پیامدهای منفی آموزش مشترک و موازی، تقویت قالب‌ها و الگوهای ذهنی منفی گروه‌های حرفه‌ای نسبت به یکدیگر است [۴۸]. طبق مطالعات، دانشجویان با قالب‌های ذهنی خاص نسبت به حرفه خود و دیگر حرفه‌ها وارد محیط آموزشی می‌شوند که معمولاً این قالب‌های ذهنی نیز نشأت گرفته از فرهنگ حاکم بر جامعه است [۴۹]. در آموزش‌های موازی و مشترک، هیچ تعامل روشن و هدفمندی بین فراگیران وجود ندارد و آنان صرفاً گیرنده‌های منفعل هستند. در این شرایط قالب‌های ذهنی منفی تقویت شده و چه بسا باعث بروز رنج و خشم درونی شود. تداوم این وضعیت به بروز تقابل‌های منفی در محیط واقعی بالینی منجر شده و زمینه همکاری و تعامل مثبت بین حرفه‌ای را مخدوش می‌سازد. در این شرایط بیشترین آسیب بر پیکر سلامت مددجویان و جامعه فرود خواهد آمد [۵۰]. متأسفانه آموزش‌های مشترک و موازی در بیشتر محیط‌های آموزشی به‌خاطر

- 12- Solomon. Interprofessional education: Has its time come. *J Phys Ther Educ.* 2010;24(1):3-4.
- 13- Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. The evidence base and recommendations for interprofessional education in health and social care. *J Interprofession Care.* 2006;20(1):75-8.
- 14- Barnsteiner JH, Disch JM, Hall L, Mayer D, Moore SM. Promoting interprofessional education. *Nurs Outlook.* 2007;55(3):144-50.
- 15- Irajpour A, Barr H, Abedi H, Salehi S, Changiz T. Shared learning in medical science education in the Islamic Republic of Iran: An investigation. *J Interprof Care.* 2010;24(2):139-49.
- 16- Garousi S, Garrusi B. Viewpoints of medical and nursing students regarding Medical and nursing professions: The first step in assessment of possibility of interdisciplinary training. *Strides Dev Med Educ.* 2012;9(1):25-33. [Persian]
- 17- Asadi-Lari M, Madjd Z, Akbari M. The need for palliative care services in Iran; an introductory commentary. *Iran J Cancer Prev.* 2008;1(1):1-5.
- 18- Vaismoradi M, Salsali M, Esmailpour M, Cheraghi MA. Perspectives and experiences of Iranian nurses regarding nurse-physician communication: A content analysis study. *Jpn J Nurs Sci.* 2011;8(2):184-93.
- 19- Kalantari S, Ghana S, Hekmatafshar M, Sanagoo A, Jouybari LM. The experiences of nurses of uncivil behaviors in Intensive Care Unit (ICU). *J Ethics Culture Nurs Midwifery.* 2014;1(1):47-56. [Persian]
- 20- Keshmiri F, Sohrabpour A, Farahmand Sh, Soltani Arabshahi K, Shahi F, Saleh N, et al. Inter-professional ethics education in team-based approach: Values and ethics development in inter-professional collaboration. *Iran J Med Ethic.* 2013;6(4):42-56. [Persian]
- 21- Barrett G, Greenwood R, Ross K. Integrating interprofessional education into 10 health and social care programmes. *J Interprofession Care.* 2003;17(3):293-301.
- 22- Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach.* 2007;29(8):735-51
- 23- Bennett PN, Gum L, Lindeman I, Lawn S, McAllister S, Richards J, et al. Faculty perceptions of interprofessional education. *Nurse Educ Today.* 2011;31(6):571-6.
- 24- Elisabeth C, Ewa P, Christine WH. The team builder: The role of nurses facilitating interprofessional student teams at a Swedish clinical training ward. *Nurse Educ Pract.* 2011;11(5):309-13.
- 25- Haidet P, Fecile ML, West HF, Teal CR. Reconsidering the team concept: Educational implications for patient-centered cancer care. *Patient Educ Couns.* 2009;77(3):450-5.
- 26- Jacobsen F, Fink AM, Marcussen V, Larsen K, Hansen TB. Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. *J Interprof Care.* 2009;23(1):30-40.
- 27- Cameron A, Rennie S, DiProspero L, Langlois S, Wagner S, Potvin M, et al. An introduction to teamwork: Findings from an evaluation of an interprofessional education experience for 1000 first-year health science students. *J Allied Health.* 2009;38(4):220-6.
- 28- Bleakley A, Boyden J, Hobbs A, Walsh L, Allard J. Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *J Interprof Care.* 2006;20(5):461-70.
- 29- Sherwin S. Interprofessional working is key to delivering quality PSHE. *Br J School Nurs.* 2009;4(2):93-5.

پذیرش بالایی برخوردار بوده و اثربخشی و پیامدهای مثبت آن قابل توجه خواهد بود.

تشکر و قدردانی: محقق بر خود لازم می‌داند که از مدیریت تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی شرکت‌کننده در پژوهش و همکاری صمیمانه آنها، همچنین مشارکت دانشجویان محترم تحصیلات تکمیلی تشکر و قدردانی نماید.

تاییدیه اخلاقی: مطالعه به تایید کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) رسیده است.

تعارض منافع: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مطالعه، بخشی از رساله دکترای تخصصی آموزش پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) است که با همکاری مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) اجرا شده است.

منابع

- 1- Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. The evidence base and recommendations for interprofessional education in health and social care. *J Interprof Care.* 2006;20(1):75-8.
- 2- Allen M, Macleod T, Zwicker B, Chiarot M, Critchley C. Interprofessional education in chronic non-cancer pain. *J Interprofession Care.* 2011;25(3):221-2.
- 3- Baldwin DC Jr, Baldwin MA. Interdisciplinary education and health team training: A model for learning and service. *J Interprof Care.* 2007;21(Suppl 1):52-69.
- 4- Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *J Contin Educ Health Prof.* 2008;28(4):228-34
- 5- Hean S, Dickinson C. The Contact Hypothesis: An exploration of its further potential in interprofessional education. *J Interprof Care.* 2005;19(5):480-91.
- 6- Spence J, Goodwin B, Enns C, Vecherya N, Dean H. Patient Safety Education: An Exploration of Student-Driven Contextual Learning. *J Nurs Educ.* 2012;51(8):466-70.
- 7- Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: the international classification of functioning, disability and health (ICF). *J Interprof Care.* 2006;20(3):235-45.
- 8- Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof.* 2009;29(3):178-84
- 9- Hertweck ML, Hawkins SR, Bednarek ML, Goreczny AJ, Schreiber JL, Sterrett SE. Attitudes toward interprofessional education: Comparing physician assistant and other health care professions students. *J Physician Assist Educ.* 2012;23(2):8-15.
- 10- Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ.* 1999;33(2):95-100.
- 11- Norman I. Inter-professional education for pre-registration students in the health professions: recent developments in the UK and emerging lessons. *Int J Nurs Stud.* 2005;42(2):119-23.

- and interprofessional education: A user's guide. *Learn Health Soc Care*. 2009;8(4):250-62.
- 42- Irajpour A, Alavi M. Readiness of postgraduate students of Isfahan University of Medical Sciences for inter professional learning. *Iran J Med Educ*. 2011;11(9):1050-6. [Persian]
- 43- Reid R1, Bruce D, Allstaff K, McLernon D. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: Are health care professionals ready for IPL?. *Med Educ*. 2006;40(5):415-22.
- 44- Rose MA, Smith K, Veloski JJ, Lyons KJ, Umland E, Arenson CA. Attitudes of students in medicine, nursing, occupational therapy, and physical therapy toward interprofessional education. *J Allied Health*. 2009;38(4):196-200.
- 45- Aziz Z, Teck LC, Yen Yen P. The attitudes of Medical, Nursing and Pharmacy students to inter-professional learning. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;29:639-45.
- 46- El-Zubeir M, Rizk DE, Al-Khalil RK. Are senior UAE medical and nursing students ready for interprofessional learning? Validating the RIPL scale in a Middle Eastern context. *J Interprof Care*. 2006;20(6):619-32.
- 47- Alizaeh M, Nasiri Partovi K, Ghani Afshord H. Attitude and readiness of medical students for interprofessional learning. *Strides in development of medical education Special supplement for 8th National Congress of Medical Education; 2007*. [Persian]
- 48- Bridges DR, Tomkowiak J. Allport's Intergroup Contact Theory as a theoretical base for impacting student attitudes in interprofessional education. *J Allied Health*. 2010;39(1):e29-33.
- 49- 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 Educ Today*. 2011;31(2):208-13.
- 50- Horsburgh M, Lamdin R, Williamson E. Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Med Educ*. 2001;35(9):876-83.
- 30- Reeves S, Goldman J, Oandasan I. Key factors in planning and implementing interprofessional education in health care settings. *J Allied Health*. 2007;36(4):231-5.
- 31- Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. Interprofessional education; a response to health system challenges. *Iran J Med Educ*. 2014;14(2):148-64. [Persian]
- 32- Priest HM, Roberts P, Dent H, Blincoe C, Lawton D, Armstrong C. Interprofessional education and working in mental health: in search of the evidence base. *J Nurs Manag*. 2008;16(4):474-85.
- 33- Hammick M, Olckers L, Campion-Smith C. Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Med Teach*. 2009;31(1):1-12.
- 34- Reeves S. An overview of continuing interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009;29(3):142-6
- 35- Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, Westberg S. Interprofessional education: Definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *Am J Pharm Educ*. 2009;73(4):59:1-8.
- 36- Barr H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. *J Interprofession Care*. 2012;27(1):4-9.
- 37- Hall P, Weaver L, Grassau PA. Theories, relationships and interprofessionalism: Learning to weave. *J Interprofession Care*. 2013;27(1):73-80.
- 38- Lauffs M, Ponzer S, Saboonchi F, Lonka K, Hylin U, Mattiasson AC. Cross-cultural adaptation of the Swedish version of Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). *Med Educ*. 2008;42(4):405-11.
- 39- Curran VR, Sharpe D, Forristall J. Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. *Med Educ*. 2007;41(9):892-6.
- 40- Curran VR, Sharpe D, Flynn K, Button. A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *J Interprof Care*. 2010;24(1):41-52.
- 41- Hean S, Craddock D, O'Halloran C. Learning theories