

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

**SAĞLIK MESLEK GRUPLARI EĞİTİMİNDE  
MESLEKLERARASI EĞİTİM VE İŞBİRLİĞİNE YÖNELİK  
PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ**

**Bürge ATILGAN**

**Tıp Eğitimi Programı  
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA  
2023**



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

**SAĞLIK MESLEK GRUPLARI EĞİTİMİNDE  
MESLEKLERARASI EĞİTİM VE İŞBİRLİĞİNE YÖNELİK  
PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ**

**Bürge ATILGAN**

**Tıp Eğitimi Programı  
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Sevgi TURAN**

**ANKARA  
2023**

# SAĞLIK MESLEK GRUPLARI EĞİTİMİNDE ESLEKLERARASI EĞİTİM VE İŞBİRLİĞİNE YÖNELİK PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ

**Öğrenci: Bürge ATILGAN**  
**Danışman: Prof. Dr. Sevgi TURAN**

Bu tez çalışması 15.11.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Tıp Eğitimi Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** *Prof. Dr. Mustafa Turan*  
*TOBB ETÜ Eğitim ve Teknoloji Üniversitesi*

**Üye:** *Prof. Dr. Kezban Çelik*  
*TED Üniversitesi*

**Üye:** *Prof. Dr. Orhan Odabaşı*  
*Hacettepe Üniversitesi*

**Üye:** *Prof. Dr. Melih Elçin*  
*Springfield College*

**Üye:** *Doç. Dr. Meral Demirören*  
*Hacettepe Üniversitesi*

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

30 Kasım 2023

*Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN*  
Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”<sup>1</sup> kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.

o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir.<sup>(2)</sup>

o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmişti<sup>(3)</sup>

...../...../.....  
(İmza)

Bürge ATILGAN

<sup>1</sup> “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

<sup>(1)</sup> Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

<sup>(2)</sup> Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

<sup>(3)</sup> Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir \* Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* *Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sevgi TURAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

(İmza)

*Bürge ATILGAN*

## TEŞEKKÜR

Tıp eğitimi alanına girmem için beni yüreklendiren, desteğini, bilgisini, sevgisini esirgemeyen değerli Hocalarım Prof. Dr. İskender Sayek ve Prof. Dr. Gülşah Seydaoğlu'na,

Doktora eğitimim boyunca bilimsel katkılarıyla beni destekleyen, bilimsel tutumuyla rol model olan, her daim yanımda hissettiğim tez danışmanım Prof. Dr. Sevgi Turan'a,

Bana yıllarca yol arkadaşlığı ve hocalık yapan Doç. Dr. Gülşen Taşdelen Teker ve Doç. Dr. Barış Sezer'e,

Katkılarıyla çalışmamın niteliğini arttıran tez izleme komitesi üyeleri Prof. Dr. Mustafa Turan ve Doç. Dr. Meral Demirören'e,

Bu çalışma süresince daha yakından tanıyıp bilimsel katkı ve desteklerini aldığım Prof. Dr. Kezban Çelik'e,

Tez çalışmalarımı yürüttüğüm süreçte beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarım ve dostlarım Merih'e, Gökçe'ye ve Hatice'ye,

Doktora eğitimim ve asistanlık sürecim boyunca her alanda yol gösteren ve destek olan hocalarım Prof. Dr. Melih Elçin, Prof. Dr. Orhan Odabaşı, Öğr. Gör. Dr. Ece Abay ve Doç. Dr. Arif Onan'a,

Bu çalışmaya katılarak görüş ve deneyimlerini paylaşan değerli öğrenciler ve öğretim üyelerine,

Hayatım boyunca yanımda olan annem, babam ve kardeşime,

Koşulsuz sevgi dolu desteğini sürdüren sevgili eşim Hakkı'ya ve canım kızlarım Su ve Yaz'a teşekkür ederim.

## ÖZET

**Atılgan, B., Sağlık Meslek Grupları Eğitiminde Mesleklerarası Eğitim ve İşbirliğine Yönelik Paydaş Görüşleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Eğitimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2023.** Bu çalışmanın amacı sağlık alanı eğitiminin bileşenleri olan öğretim üyeleri ve öğrencilerin mesleklerarası işbirliği (MAİ) ve mesleklerarası eğitim (MAE) hakkındaki görüşlerinin incelenmesidir. Çalışmada bireylerin öznel algılarının gerçekçi ve bütüncül bir bakış açısıyla ortaya konmasına olanak sunan nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veriler, Ankara ilinde sağlık bilimleri alanında mezun veren üniversitelerden 47 öğretim üyesi ile derinlemesine; 35 son sınıf öğrencisiyle odak grup görüşmelerinden elde edilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde içerik analizinden yararlanılmıştır. Bulgular, katılımcıların ses kayıt deşifrelerinden yapılan içerik analizi sonucu çıkan temalar sınıflandırılarak oluşturulmuştur ve MAİ ve MAE'ye yönelik görüşler olarak iki ayrı bölüm olarak sunulmuştur. Katılımcılar sağlık meslek grupları arasında işbirlikli yaklaşımların ve ekip yaklaşımının hasta odaklı, nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti sağlayacağını savunmaktadır. Sağlık alanı öğrencilerinin iş birliğine yönelik bilgi, beceri ve tutum kazanması; bu kazanımları uygulanarak iş birliğini geliştirmeleri, ayrıca farklı meslek grupları arasındaki iletişimsizlik ve önyargının üstesinden gelmek için de mesleklerarası eğitimin önemli bir yol olduğu görüşü hakimdir. MAE uygulamalarına yönelik yönetsel destek ve uygun fiziksel koşulların sağlanması, öğretim üyelerinin değişime öncülük etmesi, ortak amaç ve hedeflerin farklı bölümlerle birlikte belirlenmesi, erken dönemden itibaren başlanması, öğrencilerin aktif oldukları birbirleriyle etkileşimlerine fırsat sunan öğretim yöntem ve teknikleri kullanılması, ortak yeterlikler ve ulusal hastalık yükü bileşenleri üzerinden içeriklerin belirlenmesi önerilmiştir. Sonuç olarak, MAE programlarına yönelik deneyimler zayıf olsa da öğrenciler ve öğretim üyeleri MAE programları hakkında oldukça isteklidir. Etkin ve sürdürülebilir MAE programları için öğrenciler ve öğretim üyeleri gibi sürecin paydaşlarının deneyim ve görüşlerinden yararlanılması, sağlık otoritelerinin, akreditasyon kuruluşlarının, sağlık alanı eğitimi ve meslek derneklerinin MAE programlarının yaygınlaşmasında itici güç olması önemlidir. Ayrıca MAE'nin fakülte programlarına dahil edilmesi, kabul edilebilir ve



sürdürülebilir olması için, gerekçeler, gerekli kaynaklar, motivasyonlar ve zorluklar dikkate alınarak sağlık profesyonellerinin eğitim gereksinimleri bağlamında ortak akıl yürütülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** mesleklerarası eğitim, sağlık alanı eğitimi, mesleklerarası işbirliği

*Bu tez çalışması, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi TDK-2020-18494 numaralı bilimsel araştırma projesi olarak desteklenmiştir.*

## ABSTRACT

**Atılgan, B., Stakeholders' opinions on Interprofessional Education (IPE) and Interprofessional Collaboration (IPC) in Health Professionals' Education, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Medical Education Program Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2023.** The aim of this study is to examine the views of faculty members and students, who are the components of health education, about interprofessional collaboration (IPC) and interprofessional education (IPE). Qualitative research method was used in the study, which allows the subjective perceptions of individuals to be revealed with a realistic and holistic perspective. The data are in-depth with 47 faculty members from universities in Ankara that have graduated in the field of health sciences; It was obtained from focus group interviews with 35 senior students. Content analysis was used in the analysis of the data obtained from the study. The findings were created by classifying the themes that emerged as a result of the content analysis of the participants' audio recording transcriptions and presented in two separate sections as opinions on IPC and IPE. Participants argue that collaborative and team approaches among healthcare professional groups will provide patient-oriented, qualified and safe healthcare. Gaining knowledge, skills and attitudes towards cooperation of students in the field of health; The opinion is that interprofessional education is an important way to develop collaboration by applying these gains and to overcome the miscommunication and prejudice between different professional groups. It was recommended that administrative support and appropriate physical conditions should be provided for interprofessional education practices, faculty members should lead the change, common goals and objectives should be determined together with different departments, starting from the early period, teaching methods and techniques that provide opportunities for students to interact with each other where they are active, and content should be determined based on common competencies and national disease burden components. As a result, although the experience with IPE programs is limited, students and faculty are highly motivated about IPE programs. For effective and sustainable IPE programs, it is important to benefit from the experiences and opinions of the stakeholders of the process, such as students and faculty members, and to be the driving force in the dissemination of the

IPE programs of health authorities, accreditation bodies, health education and professional associations. In addition, for MAE to be included in faculty programs, to be acceptable and sustainable, common sense must be exercised in the context of the local needs, taking into account the justifications, necessary resources, motivations and challenges.

**Key Words:** interprofessional education, health professionals education, interprofessional collaboration

## İÇİNDEKİLER

<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>iii</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b>	<b>iv</b>
<b>ETİK BEYAN</b>	<b>v</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ix</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b>	<b>xiii</b>
<b>ŞEKİLLER</b>	<b>xv</b>
<b>TABLolar</b>	<b>xv</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi	6
1.2. Kapsam	8
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>9</b>
2.1. Tanımlar	9
2.2. Multidisipliner İşbirliği, Mesleklerarası İşbirliği (MAİ) ve Uygulamaları	10
2.3. Mesleklerarası Eğitim	10
2.4. Mesleklerarası Eğitim ve Hasta Güvenliği	11
2.5. Mesleklerarası İşbirliği Yeterliklerinden Örnekler	12
2.6. Mesleklerarası Eğitim Strateji ve Yöntemleri	17
2.7. Alanda Yapılan Çalışmalar	18
2.7.1. Program Uygulama Örnekleri	18
2.7.2. MAİ ve MAE Uygulamalarına Yönelik Paydaş Görüşleri	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>25</b>
3.1. Çalışmanın Modeli	25
3.2. Çalışmanın Yeri	26
3.3. Çalışma Grubu	27
3.4. Veri Toplama Araçları	31
3.5. Verilerin Toplanması	32
3.5.1. Derinlemesine Görüşmeler	32
3.5.2. Odak Grup Görüşmeleri	33
3.5.3. COVID-19 küresel salgını sonrası yapılan görüşmeler	35

3.6. Verilerin Analizi	37
3.6.1. İnanırcılık (Credibility)	38
3.6.2. Aktarılabirlik/Transfer Edilebilirlik (Transferability)	40
3.6.3. Tutarlılık (Dependability)	41
3.6.4. Teyit Edilebilirlik (Confirmability)	41
3.7. Etik ve Araştırmaya Son Verme Ölçütleri	42
3.8. Sınırlılıklar	42
<b>4. BULGULAR</b>	<b>45</b>
4.1. Katılımcıların Bazı Özellikleri	45
4.1.1. Öğretim Üyeleri	45
4.1.2. Öğrenciler	46
4.2. Mesleklerarası İşbirliğine ve Mesleklerarası Eğitime Yönelik Görüşlere Dair Bulgular	46
4.2.1. Mesleklerarası İşbirliğine Yönelik Görüşler	47
4.2.2. Mesleklerarası Eğitime Yönelik Görüşler	125
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>265</b>
5.1. Mesleklerarası İş Birliğine Yönelik Görüşler	265
5.2. Mesleklerarası Eğitime Yönelik Görüşler	277
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>297</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>303</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>323</b>
EK 1: Öğretim Üyeleriyle Derinlemesine Görüşmelerde Kullanılan Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu	
EK 2: Öğrencilerle Odak Grup Görüşmelerinde Kullanılan Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu	
EK 3: Bilgilendirilmiş Onam Formları (Öğrenciler ve Öğretim Üyeleri)	
EK 4: Katılımcıların Özellikleri (Öğretim Üyeleri ve Öğrenciler)	
EK 5: Tez Çalışması Etik Komisyon İzni	
EK 6: Tez Çalışması Orjinallik Raporu	
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>345</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AAMC</b>	Association of American Medical Colleges
<b>AHEAD</b>	Amsterdam Health Education And Discovery
<b>AIPHE</b>	Mesleklerarası Sağlık Eğitiminin Akreditasyonu Projesi
<b>AÜ</b>	Ankara Üniversitesi
<b>BDP-ÇEP</b>	Beslenme ve Diyetetik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>BÜ</b>	Başkent Üniversitesi
<b>CAIPE</b>	Mesleklerarası Eğitimi Geliştirme Merkezi
<b>CIHC</b>	Canadian Interprofessional Health Collaborative
<b>ÇUÇEP</b>	Çocuk Gelişimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>DKT-UÇEP</b>	Dil ve Konuşma Terapisi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DUÇEP</b>	Mezuniyet Öncesi Diş Hekimliği Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>EczÇEP</b>	Mezuniyet Öncesi Eczacılık Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>ERGO-ÇEP</b>	Ergoterapi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>EUÇEP</b>	Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>FTRÇEP</b>	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>GÜ</b>	Gazi Üniversitesi
<b>HEPDAK</b>	Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği
<b>HUÇEP</b>	Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>HÜ</b>	Hacettepe Üniversitesi
<b>IOM</b>	Institute of Medicine
<b>IECEP</b>	Interprofessional Education Collaborative Expert Panel
<b>IPEC</b>	Interprofessional Education Collaborative
<b>MAE</b>	Mesleklerarası Eğitim
<b>MAİ</b>	Mesleklerarası İşbirliği
<b>OUÇEP</b>	Odyoloji Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>SABAK</b>	Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme ve

	Akreditasyon Derneği
<b>SHUÇEP</b>	Sosyal Hizmet Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>TEPDAD</b>	Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği
<b>UÇEP</b>	Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>YBÜ</b>	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

## ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Mesleklerarası işbirliğine dair yeterlikler	14
2.2. Mesleklerarası Arası Ekip Çalışması Yeterlilikleri	15
3.2. Araştırmada veri toplama süreci	36
4.1. Derinlemesine görüşmelere katılan öğretim üyeleri	45
4.2. “Kavramsal olarak mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodlar	48
4.3. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Kavramsal olarak mesleklerarası iş birliği” temasına ait kodların dağılımı	48
4.4. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Kavramsal olarak mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodların dağılımı	54
4.5. “Mesleklerarası iş birliği gereksinimi” temasına ait kodlar	60
4.6. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası işbirliği gereksinimi” temasına ait kodların dağılımı	60
4.7. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası işbirliği gereksinimi” temasına ait kodların dağılımı	65
4.8. “Çalışma koşullarında mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodlar	67
4.9. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Çalışma koşullarında mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodların dağılımı	67
4.10. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Çalışma koşullarında mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodların dağılımı	74
4.11. “İşbirliği yapılacak gruplar” temasına ait kodlar	81
4.12. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “İşbirliği yapılacak gruplar” temasına ait kodların dağılımı	81
4.13. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “İşbirliği yapılacak gruplar” temasına ait kodların dağılımı	89
4.14. “Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler” temasına ait kodlar	93
4.15. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler” temasına ait kodların dağılımı	94
4.16. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler” temasına ait kodların dağılımı	108
4.17. “Mesleklerarası iş birliğinin yararı” temasına ait kodlar	118
4.18. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası işbirliğinin yararı” temasına ait kodların dağılımı	119



4.19. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası işbirliğinin yararı” temasına ait kodların dağılımı	123
4.20. “Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim” temasına ait kodlar	126
4.22. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim” temasına ait kodların dağılımı	133
4.23. “Mesleklerarası eğitim deneyimi” temasına ait kodlar	135
4.24. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası eğitim deneyimi” temasına ait kodların dağılımı	136
4.25. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası eğitim deneyimi” temasına ait kodların dağılımı	151
4.26. “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodlar	159
4.27. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodların dağılımı	161
4.28. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodların dağılımı	180
4.29. “Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler” temasına ait kodlar	186
4.30. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodların dağılımı	186
4.31. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler kazanımları” temasına ait kodların dağılımı	218
4.32. “Mesleklerarası işbirliği rol/özellik/yeterlikleri” temasına ait kodlar	223
4.34. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler” temasına ait kodların dağılımı	244
4.35. “Mesleklerarası eğitim programı bileşenlerine yönelik öneriler” temasına ait kodlar	251

## TABLolar

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
1.1. Mesleklerarası işbirliği CEP yeterlikleri	3
2.1. Etkileşimli öğrenme türleri	17
2.2. Tıp ve hemşirelik öğrencileri için MAE'nin sağladığı olanaklar ve uygulama engelleri	22
3.1. Araştırmanın çalışma grubu ve veri toplama yöntemi	26
3.2. Araştırmaya dahil edilen üniversite ve fakülte/bölümleri	28
3.3. Derinlemesine görüşme yapılan öğretim üyelerinin dağılımı	29
3.4. Odak grup görüşmesi yapılan sağlık alanı öğrencilerinin dağılımı	30
4.1. Mesleklerarası iş birliği ve mesleklerarası eğitime yönelik görüşlere dair temalar	47
4.2. "Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları" temasına ait kodlar ve alt kodlar	160
4.3. "Mesleklerarası işbirliği rol/özellik/yeterlikleri" temasına ait kodlar ve alt kodlar	224
4.4. Katılımcılar tarafından uygulanması önerilen öğretim yöntem ve teknikleri (ifade sıklığına göre)	261

## 1. GİRİŞ

Sağlıkta güvenli, doğru ve uygun sağlık hizmet sunumu çabası modern çağın en önemli gelişmelerindendir. Günümüzde yaşam süresinin uzaması ve yaşlanan bir nüfusla, sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Doğru adımlarla tedavi edildiğinde birçok hastalık artık öldürücü değildir ve hastalar uzun süre birden fazla kronik hastalıkla yaşamlarını sürdürebilmektedir (1).

Modern çağda birçok şeyde olduğu gibi sağlık kavramı da değişim göstermiştir. 1948 yılında DSÖ sağlığı “sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali” olarak tanımlarken günümüzde nüfus yaşlandıkça ve hastalık paternleri değiştikçe sağlık alanının gereksinimleri karşılmasına yönelik eleştiriler yapılmıştır. “Sağlık” kavramının “sosyal, fiziksel ve duygusal zorluklar karşısında uyum sağlama ve kendi kendini yönetme yeteneği” olarak yeniden tanımlanması ihtiyacı duyulmuştur. Bu bakış açısı hastanın/bireyin güçlendirilmesi ve başa çıkma stratejilerine hakimiyetinin sağlanmasını da gerektirmektedir. Bu “sağlık” perspektifi, meslek profesyonellerinin sağlık alanındaki rolünü ve konumunu gözden geçirmenin gerekliliğini de yeniden düşündürmektedir (2). Sağlık alanında bilginin artışı, teknolojiye dayalı uygulamaların çoğalması, bilgiye ulaşma ve bilgi paylaşımı olanaklarının yaygınlaşması, sağlık çalışanlarından beklentilerin ve mesleki yeterliklerin yeniden tanımlanması, hasta haklarına vurgunun artması, sağlığın ve sağlık hizmetinin herhangi bir meslek veya uzmanlık alanları ile tek başlarına karşılanamaması ve mesleklerarası işbirliği tartışmalarını hızlandırmıştır (3). Bu bağlamda toplumun ihtiyacına göre mesleki rollerin yeniden tanımlanmasının, mesleki sınırları aşmanın ve birlikteliklerin önemi gündeme gelmiştir (4). Bu tartışmalar hem sağlık hizmet sunumunu hem de sağlık alanındaki eğitimleri değiştirmiş (3).

Günümüzde yeterliğe dayalı bir eğitim sürecinden geçen sağlık çalışanlarından beklenen hastalık değil, hasta odaklı sağlık hizmeti sunmalarıdır. Hasta odaklılığın temelinde güvenli, nitelikli, kaliteli, koruyucu ve bütüncül yaklaşım yatmaktadır. Tek bir meslek alanındaki tek bir bireyin sunduğu sağlık hizmetinin yerine meslek grupları

arasında işbirlikli yaklaşımlar ve ekip yaklaşımı sağlık hizmeti sunumunun geleceğinde giderek daha önemli bir rol oynayacaktır. Uzayan yaşam süresi, kronik hastalık prevalansının artışı, küreselleşme gibi değişimler de bireyden ziyade mesleklerarası ekip yaklaşımlarını çok değerli kılmaktadır.

IOM tarafından modern çağda sağlık hizmeti sunumunun karmaşık hale geldiğini, birden fazla sağlık hizmeti sunucusunun koordine olma ihtiyacının her zamankinden daha önemli olduğunu, gelecekte de ekip temelli bakım anlayışının güvenli sağlık hizmeti sunumunda oldukça önemli olacağı belirtilmektedir. Hasta güvenliğinin geliştirilmesi için kanıta dayalı uygulamaların hayata geçirilmesi, bilgi teknolojilerinin kullanımının en üst düzeye çıkarılması, ücretlendirmenin kalite iyileştirme ile uyumlu hale getirilmesi ve güvenlik kültürünün mesleklerarası eğitim yaklaşımları ile geliştirilmesi önerilmektedir (5).

Mesleklerarası işbirliği (MAİ), hastaya sağladığı bütüncül yaklaşım olanağı, tıbbi hatalardan arınık güvenli sağlık hizmeti sunumu potansiyeli ile günümüzde oldukça değer kazanan bir yaklaşımdır. İşbirlikli yaklaşımların hasta çıktılarını olumlu yönde etkilediğine ve maliyet etkinlik sağladığına dair kanıta dayalı araştırmalar vardır (6-11).

Tıbbi hataları ve bunun sonucunda ortaya çıkan zararları önlemede hem mesleki bilgi ve becerileri ifade eden teknik becerilerde, hem de iletişim, ekip çalışması, iş birliği, liderlik gibi teknik olmayan becerilerde yeterli sağlık profesyonelleri için değerlidir. Yapılan çalışmalarda da teknik olmayan becerilerin hataları önleme ve hatalardan öğrenme açısından temel yeterliklerden olduğu vurgulanmıştır (12, 13).

DSÖ, sağlık profesyonellerinin teknik olmayan becerilerini geliştirmenin bir yolu olarak 2010 yılında yayınladığı çerçeve programında mesleklerarası eğitimi dünyaya tanıtmıştır. Mesleklerarası eğitimi (MAE) “iki veya daha fazla meslek grubu öğrencisinin sağlık çıktılarını iyileştirmek ve etkili iş birliği sağlamak için birbirleri ile, birbirlerinden ve birbirleri hakkında öğrenmeleri” olarak tanımlanmıştır (14).

MAE, sağlık alanı öğrencilerini gelecekte sahada onları bekleyen mesleklerarası işbirlikli uygulamalar için hazırlar (15). MAE’de temel amaç üç aşamalı (threefold) olarak tanımlanır: “öğrencilerin iş birliğine yönelik bilgi, beceri ve tutum kazanması; bu kazanımları uygulanarak iş birliğini geliştirmeleri, hasta bakımı kalitesinin artması ve hasta güvenliğinin sağlanması”dır (16). MAE aynı zamanda sağlık meslekleri arasındaki iletişimsizlik ve önyargının üstesinden gelmenin önemli bir yoludur (17).

MAE’in öneminin, değerinin ve yararlarının farkında olunmasına rağmen sağlık alanı profesyoneli yetiştiren birçok fakültede eğitimler hala entegre edilmemiş programlarla, disiplinlerde izole bir şekilde, diğer alanlarla temasa ve etkileşime olanak sunulmadan düzenlenmektedir. Oysaki tüm hastalara güvenli sağlık hizmeti sunabilmek için sağlık alanı çalışanlarının eğitim süreçlerinin erken dönemlerinden itibaren bir arada olması, ekip uyumu ve iletişimi çok önemlidir. Ekip temelli bakımın hasta güvenliği ve kalitesini desteklediğini gösteren kanıtlar olmasına rağmen öğrencilerin lisans eğitimi süreçlerinde buna yönelik yaratılan biraradalık fırsatları yetersizdir. Türkiye’de MAE uygulamaları sağlık eğitim programlarında yeterince yer almamaktadır. Ancak sağlık profesyonelleri eğitim programlarının akreditasyon standartlarına (18-20) ve çekirdek eğitim programlarında (ÇEP) tanımlanmış yeterliklere bakıldığında MAE’ye yönelik yeterlikler ve standartlar olduğu görülmektedir (21-32).

**Tablo 1.1.** Mesleklerarası işbirliği ÇEP yeterlikleri

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi-Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) (21)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Birlikte hizmet sunduğu sağlık ekibi içinde, olumlu iletişim kurar ve gerektiğinde farklı ekip rollerini üstlenir.</li> <li>➤ Belirlenen amaçlar doğrultusunda ekip oluşturma, etkili ekip çalışması ve kişilerarası çalışma ilkelerini tanımlar.</li> <li>➤ Ekip içindeki rolleri belirler ve uygulanmasını sağlar</li> </ul>
Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) (22)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toplumsal sorumluluk bilinci ile sağlık ekibi ve diğer disiplinlerle iş birliği içinde araştırma, proje ve etkinliklerde yer alır.</li> </ul>
Beslenme ve Diyetetik	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Birlikte hizmet sunduğu sağlık ekibi içinde,</li> </ul>

Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (BDP-ÇEP) (23)	olumlu iletişim kurar ve gerektiğinde farklı ekip rollerini üstlenir. ➤ Belirlenen amaçlar doğrultusunda ekip oluşturma, etkili ekip çalışması ve kişilerarası çalışma ilkelerini tanımlar.
Çocuk Gelişimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇUÇEP) (24)	➤ Tıbbi tanısı olmayan fakat tıbbi tanı gerektirebilecek bir hastalığa veya bozukluğa sahip olma riski taşıyan çocukları tıbbi tanının konulabilmesi amacıyla ilgili birimlere yönlendirebilecek ve ilgili profesyonellerle iş birliği içinde transdisipliner çalışma prensiplerine uygun çalışır. ➤ Alanı ile bağlantılı diğer meslek gruplarındaki kişi ve kurumlarla iletişime girerek bilgilerini paylaşır, sorunları tartışarak öneriler sunar. ➤ Çocuk gelişimi alanında diğer disiplinlerle yapılan çalışmalarda sorumluluk alır ve görevini etkin bir şekilde yerine getirir.
Dil ve Konuşma Terapisi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DKT-UÇEP) (25)	➤ Hizmetlerin sunumunda diğer sağlık uzmanları veya başka uzmanlarla iş birliği yapma, sorumluluklarını yerine getirme
Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP) (26)	➤ Hizmet sunumunda diğer sağlık çalışanları ile iş birliği yapar.
Ergoterapi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ERGO-ÇEP) (27)	➤ İnterdisipliner takımlarla ve çalışma gruplarıyla başarılı şekilde çalışır.
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (FTRÇEP) (28)	➤ Bir fizyoterapist olarak meslektaşları ve farklı disiplinlerden profesyonellerle ekip içinde çalışır. ➤ Değerlendirme ve müdahale sürecinde ekip anlayışına sahiptir. ➤ Fizyoterapistlik kimliğini, bilincini ve mesleki otonomisini koruyarak disiplinlerarası iş birliği anlayışıyla sorumluluk alır.
Mezuniyet Öncesi Diş Hekimliği Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DUÇEP) (29)	➤ Meslektaşları ve ekip üyeleri ile etkili iletişim kurar. ➤ Sağlık hizmeti kapsamında ekip kurar, ekibin uyumlu çalışmasını sağlar ve ekibe liderlik eder. ➤ Birlikte çalıştığı ekibe, hastalarına ve meslektaşlarına saygı gösterir, empati kurar.
Mezuniyet Öncesi Eczacılık Eğitimi – Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EczÇEP) (30)	➤ Takım oyuncusudur ve ekip ruhu ile mesleğini uygular. Eczacı, iş arkadaşlarıyla iş birliği içindedir, profesyonel kişiliğe, yüksek değerlere, etik prensiplere ve tutarlı davranışlara ve saygınlığa sahiptir.
Odyoloji Ulusal Çekirdek	Ders programı içeriği:

Eğitim Programı (OUÇEP) (31)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sağlığa bütüncül yaklaşım (biyo-psiko-sosyal ve kültürel yaklaşım)</li> <li>➤ Hasta-merkezli, toplum ve hak temelli yaklaşım,</li> <li>➤ Hasta -merkezli, toplum ve hak temelli yaklaşım,</li> <li>➤ İletişim becerileri ve ekip çalışması</li> </ul>
Sosyal Hizmet Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (SHUÇEP) (32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sosyal hizmet alanları ile ilgili uygulamalarda karşılaşılan sorunları çözmek için bireysel ve ekip üyesi olarak sorumluluk alır.</li> <li>➤ Kurumlar arası ilişki, iş birliği ve eşgüdüm sağlama</li> <li>➤ Kurumlar arası ortak hizmet geliştirme</li> <li>➤ Meslekler-disiplinler arası iş birliğini sağlayabilme</li> </ul>

Türkiye’de yapılan çalışmalarda da MAE uygulamalarının yetersiz olduğu, MAE’ye önem verilmesi ve uygulama etkinliklerinin düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir (33-35). Benzer şekilde uluslararası alanda pek çok sağlık ve meslek kuruluşu da MAE’nin savuculuğunu yaparak, bu konuda yeterli çerçeveleri ve klavuzlar geliştirilmesine katkı sunmuştur (36, 37). IOM, AAMC ve DSÖ gibi kuruluşlar MAE’yi sağlık eğitimine dahil etme çabalarını desteklemektedir (5, 14, 38-41). Amerika Birleşik Devletleri’nde diş hekimliği, tıp, hemşirelik, eczacılık, fizik tedavi, psikoloji, halk sağlığı, sosyal hizmet gibi eğitim programları sürecinde akreditasyon kuruluşları MAE’yi zorunlu kılmaktadır (42). Kanada ise MAE yaygınlığı ve akreditasyonunda dünya lideri olarak kabul edilmektedir. 2007–2011 yılları arasında Mesleklerarası Sağlık Eğitiminin Akreditasyonu (AIPHE) projesiyle 10 yılı aşkın süredir sağlık ve sosyal hizmetler eğitiminde akreditasyon süreçlerine MAE dahil edilmiştir (43). Avustralya’da, 'mesleklerarası eğitim, öğrenme ve uygulama' dahil olmak üzere akreditasyona yönelik işbirlikçi yaklaşımları teşvik etmek için çalıştaylar ve bilimsel yayınlar yapmak için Sağlık Meslekleri Akreditasyon İş birliği Forumu kurulmuştur (44). Türkiye’de ise TEPEAD, akreditasyon kriterleri içinde “öğrencilere sağlık hizmet sunumunda mesleklerarası bir bakış açısı kazandırmış uygulamalara yer vermiş olma”ya gelişim standardı olarak yer vermektedir (18).

Sağlık alanı eğitiminde bütüncül yaklaşım sergilenmesi, tek disiplinli izole bir

yaklaşımdan ziyade ortak hedefler ve temalar doğrultusunda şekillendirilmiş disiplinler ve mesleklerarası yaklaşımla uygun içerikte eğitim programlarının düzenlenmesi çağın gereksinimidir (45-48). Bununla birlikte, MAE bazen iletişim ve ekip çalışması ile ilgili olarak olumlu tutum değişiklikleri yapamadığı için eleştirilmektedir. Olumlu tutum değişiklikleri için öğrencilerin uygun amaç ve hedeflerle hazırlanan yapılandırılmış eğitim programı tasarımlarına dahil edilmeleri ve anlamlı öğrenme etkinlikleri ile karşılaşmaları değerlidir (49, 50).

MAE programlarını geliştirmenin ve uygulamanın zorlukları da vardır. Ana sorunların eğitim programının zamanlaması (51), katı eğitim programları, alan savaşları, değer algısı eksikliği (52) ve en önemlisinin tutum engeli olduğu belirtilmektedir (53, 54). Ayrıca MAE'in etkinliğini ölçmenin zor ve zaman alıcı olduğu da vurgulanmaktadır (55). Bu zorluklara rağmen MAE'in sağlık profesyonelleri arasında güven yaratma ve iş birliği geliştirme için gerçekçi, uygulanabilir ve ulaşılabilir yol olduğu vurgulanmaktadır (14, 54, 56)

Etkin ve sürdürülebilir programlar için öğrenciler ve öğretim üyeleri gibi sürecin paydaşlarının farkındalığı, deneyimleri, görüşleri, tutumları ve algılarının ortaya çıkarılması ayrıca MAE'nin fakülte programlarına dahil edilmesi için, gerekçeler, gerekli kaynaklar, motivasyonlar ve zorluklar dikkate alınarak ülkenin gereksinimleri bağlamında ortak akıl ile MAE programları geliştirilmesi önerilmektedir.

### **1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi**

Bu çalışmanın amacı sağlık alanı eğitiminin bileşenleri olan öğretim üyeleri ve öğrencilerinin MAİ ve MAE hakkındaki görüşlerinin incelenmesidir.

Sağlık çalışanlarının mesleki yaşamlarında hizmet sundukları toplumda, olumlu bir değişim yaratabilmeleri için eğitim sürecinden itibaren işbirliği duygusu ve bilincini geliştirmeleri önemlidir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının yetkinliklerinin geliştirilmesinde en büyük sorumluluğu üstlenen sağlık alanı fakülteleri, günden güne önem kazanan MAİ konusunda da mezunlarına yetkinlik kazandırmak durumundadır



(36). Birçok ülkenin sağlık alanı öğrencilerinde mesleklerarası temel yetkinlikleri geliştirmek için programlar uygulamaya çalıştığı görülmektedir. Türkiye’de ise sağlık alanı profesyonellerini gelecekte işbirlikli uygulamalara hazır hale getirecek eğitim programları yeterli değildir. Ayrıca MAE konusunda yapılan çalışmalar (33-35) genellikle öğrencilerin hazırbulunuşluklarının değerlendirilmesi ile sınırlıdır. Programların geliştirilmesi ve bu kapsamdaki engellerin incelenmesi için sürecin paydaşlarından olan öğretim üyelerinin ve öğrencilerin MAE hakkında görüşlerinin derinlemesine incelendiği çalışmalara ihtiyaç vardır. MAE girişimlerinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için paydaşlar arasında eşgüdümlü bir çaba gerekmektedir ve bu bağlamda sürecin paydaşlarının, görüş ve önerilerinin analizi faydalı olabilir. Paydaşların MAE ve MAİ kavramlarını nasıl algıladıkları, bu konulardaki deneyimleri, görüş ve önerilerinin bilinmesi eğitim kurumlarının sağlık alanı eğitime yaklaşımını etkileyebilir, engellerin irdelenmesine, önerilerin tartışılmasına ve fakültelerde MAE programlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar başlatılmasına olanak yaratabilir. Bununla birlikte, hali hazırda devam eden MAE programlarının ise iyileştirilmesine ve öğrenilenlerin sağlık hizmet sunumu süreçlerinde uygulama ortamlarına yansıtılmasına katkı sunabilir.

DSÖ’nün (2010) yayınladığı MAE çerçeve programında ülkelerin, bölgelerin, kendine özgü doğası gereği, işbirlikli uygulama stratejilerini yerel ihtiyaç ve zorluklara göre düzenlemesi gerektiğini belirtmektedir (14, 57). Bu araştırma ile MAİ ve MAE’ye yönelik ortaya konacak paydaş görüşleri ile ülkenin ihtiyaçları bağlamında uygun amaç ve hedefleri içeren MAE programları geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına katkı sunması beklenmektedir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranacaktır.

- 1) MAE ve MAİ hakkında sağlık alanı öğretim üyelerinin görüşleri nelerdir?
  - i. MAİ ve MAE’i nasıl tanımlamaktadırlar?
  - ii. MAE uygulamalarına yönelik tutumları ve görüşleri nelerdir? Sağlık alanı çalışanlarının MAİ yeterliğini nasıl tanımlamaktadırlar?
  - iii. Sağlık alanında MAE programlarının geliştirilmesine ve uygulanmasına yönelik görüşleri nelerdir?

- 2) MAE ve MAİ hakkında öğrenci görüşleri nelerdir?
  - i. MAİ ve MAE’i nasıl tanımlamaktadırlar?
  - ii. Sağlık alanı çalışanlarının MAİ yeterliğini nasıl tanımlamaktadırlar?
  - iii. Deneyimledikleri MAE ve MAİ uygulamalarına yönelik görüş ve önerileri nelerdir?

## **1.2. Kapsam**

Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi sağlık alanında belirlenmiş bölümlerin (Tıp, Hemşirelik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Eczacılık, Diyetisyenlik,) öğretim üyeleri ve öğrencileri çalışmaya dahil edilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde sağlık hizmet sunumunda farklı meslek gruplarının birlikte çalışmalarına ve sağlık alanı eğitiminde farklı alan öğrencilerinin birlikte eğitim almalarına yönelik tanımlar, MAİ ve uygulamaları, MAE ve hasta güvenliği ilişkisi, MAİ yeterlikleri, MAE strateji ve yöntemleri kısaca açıklanmış ve yapılan bazı çalışmalar özetlenmiştir.

### 2.1. Tanımlar

**Sağlık meslek mensubu/sağlık profesyoneli:** Görevlerini, almış oldukları eğitim ve kazanmış oldukları bilgi ve beceriler doğrultusunda, verimlilik ve kalite gereklerine uygun, diğer çalışanlar ile birlikte ekip anlayışı içerisinde, multidisipliner yaklaşımla ve sağlık hizmeti sunumunun devamlılığı esasına bağlı olarak yapan bireylerdir (57).

**Sağlık hizmeti ekibi (Healthcare team):** Hasta veya birey merkezli sağlık hizmeti sunmak üzere farklı meslek gruplarından sağlık çalışanlarının koordinasyon ve saygı içinde, etkin, bilgi ve yetenekleri doğrultusunda birlikte sağlık hizmeti sunan bireylerden oluşan ekip (58).

**Ekip çalışması (takım çalışması/teamwork):** Sağlık hizmeti sunmak için birarada ve birbirine bağlı olarak görev yapan iki ve daha fazla sağlık profesyonelinin karşılıklı etkileşim ve iletişim içinde çalışmasıdır (59).

**Multidisipliner çalışma (multidisciplinary):** Bir meslek çatısı altındaki farklı disiplinlerden bireylerin bir hedef için bağımsız bir çaba içinde olmasıdır (60).

**Disiplinlerarası/İnterdisipliner (interdisciplinary):** Bir meslek grubu içindeki farklı disiplinlerden çalışanın ortak bir amaç için iş birliği içinde, birlikte çalışmasıdır (60).

**Mesleklerarası (interprofessional):** Ortak hedefler doğrultusunda farklı meslek grubundan kişilerin bir araya gelerek işbirliği içinde çalışmasıdır (60).

**Mesleklerarası işbirliği (interprofessional collaboration):** Sağlık hizmetini en optimum şekilde yerine getirmek için öğrenci, sağlık profesyoneli, hasta, hasta yakını ve toplumun etkili mesleklerarası çalışma ile iletişim ve etkileşimlerini geliştirme ve devam ettirmesidir (61).

**Mesleklerarası eğitim (interprofessional education):** İki yada daha çok meslekten kişinin işbirliği ve hizmet kalitesini arttırmak amacıyla birlikte, birbirlerinden ve birbirleri hakkında öğrenmeleridir (17).

## **2.2. Multidisipliner İşbirliği, Mesleklerarası İşbirliği (MAİ) ve Uygulamaları**

Multidisipliner iş birliği günümüzün karmaşık hastalıklarından gelişen ihtiyaçlarla farklı disiplinlerden çok sayıda sağlık profesyonelinin sağlık hizmeti sunmak için kendi mesleki geçmişi, protokollerine uygun ve kendi prosedürlerince hizmet sunmasıdır. Bu yaklaşımda sağlık hizmeti çoğunlukla bağımsız veya paralel bir bakış açısına sahip farklı disiplinlerin sağlık profesyonellerince kendi mesleki uzmanlıkları çerçevesinde sunulur (1). Bunun aksine, MAİ, ekip ruhu ile iş birliği içinde çalışan sağlık profesyonellerinin varlığını gerektirir. MAİ, mesleklerarası ekip temelli iletişimi, birlikte karar verme süreçlerini, ekip üyelerinin en iyi sağlık hizmetlerini sunmak için ortak bir sorumluluğa sahip oldukları ve mesleki uzmanlıklarını entegre ettikleri meslekler arası uygulamaların bütününe kapsar (1). MAİ, ideal sağlık sonuçları elde etmek için uygulayıcılar, hastalar, başvuranlar, aileler ve toplum ile etkili meslekler arası çalışma ilişkileri geliştirme ve sürdürmedir. İş birliği unsurları saygı, güven, birlikte karar verme gibi ortaklıkları içerir (61). MAİ, bilgi ve becerilerin sinerjik bir etkisine olanak veren sürecin bütününe ilişkin uygulamalar olarak tanımlanmıştır (62). İş birliği uygulamasının temel unsurları arasında sorumluluk, hesap verebilirlik, koordinasyon, iletişim, iş birliği, özgüven, özerklik, karşılıklı güven ve saygı sayılabilir (62). Bir diğer ifadeyle MAİ, ortak hedefi kaliteli hizmet sunarak hasta sonuçlarını iyileştirmek olan meslek gruplarının ekip olarak birlikte iş görmesidir. İşbirlikli etkileşimler, mesleki kültürlerin bir karışımını, birbirini tamamlamasını, sinerjisini yansıtır ve mesleki bilgi ve becerileri paylaşırken yaşanır (63, 64). Katılımcıların ekipteki rolü, açık iletişim, özerklik ve kaynakların eşit dağılımı gibi özellikler ekip işbirliğinin etkinliğini belirleyen bazı parametrelerdir (64). MAİ'nin zayıf olması hasta bakımının kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (65). Klinik çalışmalar cerrahi mortalitenin işbirliği ve ekip çalışması ile azaltıldığını göstermektedir (66, 67).

## **2.3. Mesleklerarası Eğitim**

MAE, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için gelecekte işbirliği içinde çalışması beklenen farklı meslek gruplarından öğrencilerin bir arada öğrenmesini kolaylaştıran bir yaklaşımdır. MAE, “iki veya daha fazla meslek mensubunun iş birliğini, sağlıkta ve sosyal bakımda hizmet kalitesini artırmak için bir araya geldikleri, birlikte birbirlerinden, birbirleri hakkında öğrenme durumları” olarak tanımlamıştır (17, 68). MAE’de ekip çalışması, rollerin ve sorumlulukların tanımlanması, iletişim, yansıtma, hasta/aile/toplum merkezli sağlık hizmeti, işbirlikli liderlik ve mesleklerarası çatışmaların çözümü gibi temel ana başlıklara göre içerikler geliştirilmesi önerilmiştir (14, 69).

Bireyin ve toplumun sağlığını, iyilik halini, sosyal bakımını geliştirmek için MAE değerlidir (70). MAE’nin klinikte işbirliğine dayalı çalışma üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu, hasta bakımını iyileştirdiği, tıbbi hata oranlarını azalttığı ve hasta güvenliğini sağladığı konusunda artan kanıtlar vardır (11, 37, 40, 46, 47, 53, 71-74).

#### **2.4. Mesleklerarası Eğitim ve Hasta Güvenliği**

IOM (1999) “To Err is Human: Building a Safer System (Her İnsan Hata Yapabilir; Daha Güvenilir Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak) adlı raporunda tıbbi hata kavramını “bir amacı başarmak için yanlış bir planı kullanma ya da planlanmış bir eylemi kasıtlı olarak ihmal ederek tamamlamak” şeklinde tanımlamıştır. Bu simgesel raporla sağlık sisteminde önlenemez zarar ve tıbbi hatanın kapsamı ilk kez belirtilmiş ve önlenemez zararlardan dolayı her yıl 44.000 ila 98.000 kişinin öldüğü vurgulanmıştır. Bu raporda ABD’de hastanelerde önlenemez zararın kapsamı açıklanmış ve sistemin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin geliştirmesi konusunda öneriler sunulmuştur. Hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyini geliştirmek için ulusal çapta araştırmalar yapılması, araçlar ve protokoller geliştirilmesi, hataları tanımlayabilmek ve öğrenmek adına zorunlu ve gönüllü raporlama sistemlerinin geliştirilmesi, hasta güvenliğine odaklı performans standartlarının belirlenmesi, hasta güvenliği programlarının oluşturulması gibi önemli öneriler yer almaktadır (75). Bunun hemen ardından Tıp enstitüsü (IOM) tarafından 2001 yılında “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (Kalite Uçurumlarını Aşmak: 21. Yüzyılda Yeni Bir Sağlık Sistemi)” adlı ikinci bir rapor yayınlanmıştır (5).

Bu raporda, sağlık hizmetleri mevcut hizmet sunumu yapısının hastaların ve ailelerin etkili, güvenli, etkin bir sağlık hizmet sunumu beklentisini karşılayamadığı belirtilmiştir. Bu nedenlerle, sağlık hizmet sunucularının hizmet sunumu yaklaşımlarını ve yapılanmalarını yeni hedeflere göre değiştirmeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Yayınlanan bu raporda sağlık sisteminin güvenli, etkili, hasta merkezli, verimli ve eşitlikçi bir şekilde yeniden yapılandırılması önerilmiştir. Bu iyileştirme hedeflerinin belirtilmesinin ardından, sistemin önemli ölçüde yeniden tasarlanması için ihtiyaç duyulan uygulamalar da yer almaktadır. Bunlardan biri de IOM'nin raporlarında yer alan MAE olmuştur (5, 38-40, 75). Brandt ve ark. IOM'nin yayınladığı raporlarda MAE'nin desteklenmesi ile sağlık alanı profesyonellerinin mezuniyet sonrasında işbirliği içinde çalışma konusunda yeterlik sağlayacağını belirtmiştir (76). IOM, mevcut sağlık hizmeti sunan çalışanların iletişim ve iş birliklerinin zayıf olduğunu, MAİ yeterliğinin üniversite eğitimi sürecinde kazandırılması gerektiğini belirtmiştir (40). Brandt, IOM raporunu doğrularcasına sağlık hizmet sunucuları arasında ekip çalışmasının olmadığını bunun olumsuz hasta çıktılarına neden olduğunu ve maliyeti artırdığını belirtmiştir (77). Hastanelerden bildirilen sentinel olaylarda, en sık not edilen temel neden, sağlık hizmeti sunucuları arasında iş birliği ve iletişim eksikliği olmuştur (71, 78).

### **2.5.Mesleklerarası İşbirliği Yeterliklerinden Örnekler**

MAE uygulamalarının öğrenme hedefleri mevcut mesleklerarası yeterlilik çerçevelerinden çıkarılmıştır. Sıklıkla başvuru Kanada Sağlık Mesleklerarası İşbirliği (Canadian Interprofessional Health Collaborative) ve Mesleklerarası Eğitim İşbirliği (Interprofessional Education Collaborative.) çerçeve programları olmuştur (37, 61). MAE için temel yeterlilikler beş tema halinde özetlenebilir:

1. Roller ve sorumluluklar
2. Etik uygulama
3. Çatışma çözümler
4. İletişim
5. İş birliği ve ekip çalışması

Mevcut eğitim teorilerince mesleklerarası öğrenme etkinliklerini planlarken,

öğrenme çıktılarının tanımlanması ve bunların eğitim programı ve ölçme değerlendirme ile uyumlu hale getirilmesi gerektiğini önerilmektedir (79). Değerlendirmenin yukarıda tanımlanan 5 temel temanın biri veya birkaçını çıktı olarak barındırması önemlidir.

İngiltere'deki sağlık düzenleyicileri, Genel Eczacılık Konseyi, Genel Tıp Konseyi, Hemşirelik ve Ebelik Konseyi, yeterlik standartlarında MAİ kavramına açıkça yer vermişlerdir (80-82). Bunun yanı sıra MAİ ile ilgilenen birçok araştırmacı ve kuruluş, işbirliği yeterliklerini tanımlamaya çalışmıştır. Barr (83), sağlık alanı uygulayıcıları arasında iş birliğine dayalı uygulama için bir dizi temel yetkinlik tanımlayan ilk yazardır. İş birliği yeterliklerini şu şekilde belirtmiştir:

- I. Bir bireyin rolünü ve sorumluluklarını başarılı bir şekilde açıklama yeteneği ile birlikte, diğer sağlık alanı çalışanlarına da açıklama yapma
- II. Kendi disiplininin sınırlarını tanıma, gözlemleme becerisi ve ihtiyaçları daha geniş bir bağlamda belirleme
- III. Başkalarının kendi mesleği ile ilgili rollerine, sorumluluklarına, yetkinliklerine ve sınırlarına saygı gösterme
- IV. Çeşitli müdahaleler sırasında hizmetleri değerlendirebilme, değişiklikleri etkileyebilme, standartları iyileştirebilme, problem ve çatışmayı çözebilme
- V. Karşılıklı ilişkiler kurma, diğer disiplinleri destekleme, onlara öğretme, onlardan öğrenme ve ilişkiyi sürdürebilme
- VI. Mesleklerarası vaka toplantılarını, ekip çalışmasını ve iletişim ağı kurmayı kolaylaştırabilme

Barr 'ı takiben, Kanada Mesleklerarası İşbirliği Sağlık Topluluğu yılında ulusal mesleklerarası bir yetkinlik çerçevesi yayınlamıştır (61). Bu çerçeve, öğrencilerin ve nitelikli sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, tutum ve değerlerini bütünleştirmesi bakımından değerlidir.

CIHC' nin vurguladığı altı alan:

1. Mesleklerarası iletişim
2. Hasta/aile/toplum merkezli bakım
3. Rollerin şeffaflığı
4. Ekip çalışması

5. İşbirlikli liderlik
6. Mesleklerarası çatışma çözümü olarak belirtilmiştir.

Bir başka mesleklerarası yeterlikler seti, Mesleklerarası Eğitim İşbirlikli Uzman Paneli (36) tarafından belirtilmiştir (Şekil 1).

1. Mesleklerarası ekip çalışması ve ekip temelli uygulama
2. Mesleklerarası iletişim uygulamaları
3. Mesleklerarası uygulamalar için değerler / etik
4. İşbirlikli uygulamada rol ve sorumluluklar



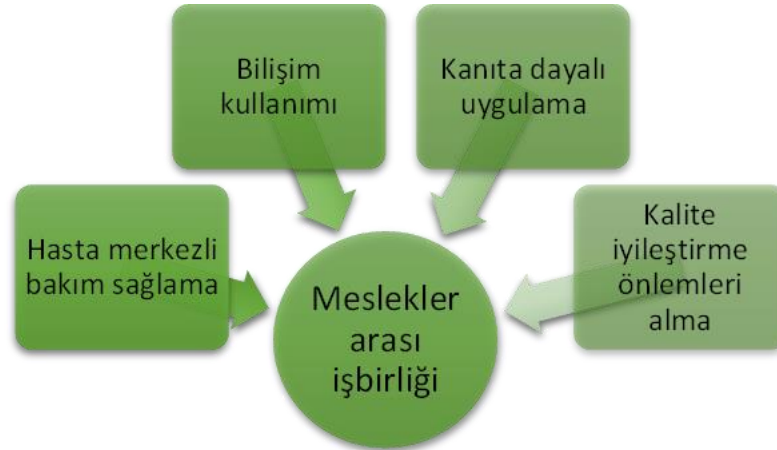
**Şekil 2.1.** Mesleklerarası işbirliğine dair yeterlikler (36)

Mesleklerarası işbirlikli uygulamalar düzenlerken, öğrencilerin geliştirmeleri gereken temel yeterlik ve yetkinlikleri belirlemek önemlidir. “Mesleklerarası İşbirliği İçin Temel Yeterlikler” için düzenlenen uzman paneli (36), temel içeriğin tüm sağlık alanı eğitim programlarına dahil edilmesini sağlamak için program geliştirme sürecine rehberlik etmiştir. Ayrıca, IOM, mesleklerarası ekip çalışması için dört yeterlik tanımlamıştır (Şekil 2.2) (40).

Bunlar:



- Hasta merkezli bakım sağlama
- Bilişim kullanımı
- Kanıta dayalı uygulamaların kullanılması
- Kalite iyileştirme önlemlerinin uygulanması



**Şekil 2.2.** Mesleklerarası Arası Ekip Çalışması Yeterlilikleri (40)

Thistlethwaite ve ark. (14), DSÖ projesi ürünü olarak literatürde meslekler arası eğitim için 21 yıl boyunca tanımlanmış öğrenme çıktılarını sistematik derlemelerinde paylaşmışlardır.

<b>Çıktılar/temalar</b>	<b>Alt temalar</b>
Ekip çalışması	Ortak hedeflerin önemini anlama Diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliğine yönelik bilgi ve beceri kazanma ve olumlu tutum sergileme Ekip lideri ve ekip üyesinin rol ve sorumluluklarını üstlenme Ekip çalışmasının önündeki engelleri anlama Çalışma ortamında diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliğini geliştirme Hangi profesyonellerin hangi zamanlarda ve neden kilit çalışanlar haline geldiğine dair analiz yapabilme Mesleklerarası bakım ve işbirliğine yönelik konferanslarını, ekip toplantılarını vb. kolaylaştırma Ekip dinamikleri ve güç ilişkilerini analiz etme İşbirliği yapma hesap verebilir olma
Roller ve	Sağlık profesyonellerinin farklı rolleri, sorumlulukları ve

sorumluluklar	<p>uzmanlık alanları hakkında bilgi sahibi olma ve anlama          Kendi mesleki rolünü anlama ve kendini mesleki olarak geliştirme          Mesleki roller, tutumlar ve becerilerle ilgili benzerlikler ve farklılıkları anlama          Mesleki sınırları anlama          Rollerle ilişkili yanlış anlamalara itiraz edebilme          Sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu hakkında bilgi sahibi olma          Hasta bakımı felsefesini anlama</p>
İletişim	<p>Diğer sağlık profesyoneli öğrencileriyle etkili iletişim kurma          Diğer meslek alanı profesyonelleri ile birlikte olabilme          Müzakere yapabilme ve çatışmayı çözümlenebilme          Bakım ve tedavi sürecine yönelik görüşlerini diğer meslek alanı uzmanlarıyla paylaşma          Diğerlerini ve ekip üyelerini dinleme          Birlikte karar verme          Mesainin başında ve sonunda etkin iletişim kurma (devir alma, devir teslim etme)          Farklı mesleklerin dil/terminoloji farklılığının farkında olma          Temel klinik bilgileri paylaşma (elektronik ortam aracılığıyla sağlık kayıtlarını diğer sağlık profesyonelleriyle paylaşma)</p>
Öğrenme ve yansıtma	<p>Ekibin gelişimine yönelik öğrenme ihtiyaçlarını belirleme          Yansıtma yoluyla ortak mesleki değer ve yararları belirleme          Akran desteği ile öğrenme          Ekip içindeki davranışlarına yönelik özeleştiri yapabilme          Meslekler arası öğrenmeyi klinik ortama aktarma          Kişisel önyargı ve basmakalıp görüşleri sorgulama</p>
Hasta odaklılık	<p>Mesleklerarası bakımda hastanın merkezi rolüne önem verme (hasta odaklı, hasta merkezli bakım sağlama)          Hizmet alanının (ve ailesinin/bakım verenlerin) bakış açısının anlama          Hasta yararı ve çıkarları için birlikte ve işbirliği içinde çalışma          Hasta güvenliği sorunlarının farkında olma          Hastanın ihtiyaçlarını anlama          Hastayı ekip üyesi olarak kabul etme</p>
Etik tutum ve davranış	<p>Diğer meslek alanı profesyonellerinin görüş ve fikirlerini anlama          Saygılı olma          Ekip çalışmasına yönelik etik sorunları anlama          Belirsizliklerle başa çıkabilme          Kendinin ve başkalarının kalıp yargılarını anlama          Diğer profesyonellerdeki farklılıkları, yanlış anlamaları ve</p>

eksiklikleri tolere edebilme  
Etik dışı davranışlara karşı çıkma (Whistle blowing)

## 2.6. Mesleklerarası Eğitim Strateji ve Yöntemleri

Öğrencileri, mesleki sosyalleşme ve ekip çalışmasının karmaşıklığına hazırlamanın bir yolu olarak mezuniyet öncesi süreçlerde MAE programları tavsiye edilmektedir (46-48). Öğrencilerin, etkili MAİ'nin, güvenli ve kaliteli bakımın sağlanmasına katkısını anlamalarını sağlamak için, dikkatlerinin yalnızca içeriğe değil, aynı zamanda öğrenme sürecine de çekilmesi gerekir. Birlikte karar vermeyi ve diğer ekip üyelerini dinlemeyi teşvik edecek şekilde birbirleriyle etkileşime girmelidirler. Eğitim programları düzenlerken öğrencilerin, tartışma, ortak karar verme ve birbirleriyle etkileşimlerine fırsat sunan yöntem ve stratejiler kullanılmalıdır.

MAE programlarında değişime dayalı (exchange based): gözleme dayalı (observation based), eyleme dayalı (action based), simülasyona dayalı (simulation based) stratejiler önerilmektedir (Tablo 1) (73).

**Tablo 2.1.** Etkileşimli öğrenme türleri (73)

<i>Öğrenme stratejileri</i>	<i>Örnekler</i>
Değişime dayalı	Tartışma, seminer, vaka çalışmaları, problem dayalı öğrenme oturumları
Gözleme dayalı	Gölge çalışmaları (work shadowing), hasta konsültasyonlarına katılım
Simülasyona dayalı	Rol play, deneyimsel grup çalışmaları, klinik beceri merkezleri kullanımı
Eyleme dayalı çalışmalar	İşbirlikli araştırma, probleme dayalı öğrenme, ortak araştırmaya katılma, proje geliştirme, kalite geliştirme, iş ortamında uygulamalar

Abu-Rish ve ark. (84), tarafından yayınlanan bir derlemede MAE'de kullanılan stratejiler sıklığına göre küçük grup tartışmaları, vaka analizleri, büyük grup etkinlikleri, klinik eğitim/hasta etkileşimi, yansıtma egzersizleri, simülasyon uygulamaları, toplum temelli projeler, e-öğrenme, aile/hasta/toplum ziyaretleri gibi uygulamalar olarak belirtilmiştir. Bu süreçte öğrenenin aktif olduğu ve işbirliğine olanak sunan yaklaşımların daha çok tercih edildiği görülmektedir. Eğitim içeriğinin

iyi hazırlanmasının yanı sıra sürecin de özenli bir şekilde yapılandırılması gerektiği belirtilmiştir. Eğitim sürecinde öğrencilerin diğer ekip üyeleri ile etkileşime girmesi, birlikte karar vermelerine olanak sunması eğitimin amacına ulaşması açısından oldukça önemlidir (46, 73).

## **2.7. Alanda Yapılan Çalışmalar**

### **2.7.1. Program Uygulama Örnekleri**

Bridges ve ark. (85), Amerika'daki üç farklı üniversitedeki MAE modellerini tanımlamışlardır. Modeller; kuramsal/didaktik anlatım, topluma dayalı deneyimler ve simülasyon uygulamalarından oluşmaktadır. Bu üç komponent işbirlikli uygulamalara olanak sağlayacak şekilde kurgulanmıştır. Hasta bakımı, profesyonelizm, hasta merkezli yaklaşım, mesleklerarası ekip oluşturma, liderlik ve iletişim becerileri, kanıta dayalı uygulamalar, hizmet sunarken öğrenme (service learning), kültürün sağlık hizmeti sunumu üzerindeki etkileri ve sağlıkta kalitenin geliştirilmesi gibi başlıkları içermektedir. Programlar öğrencilerin farklı görevlerde ve çeşitli seviyelerde işbirliği içinde çalışabildiklerini göstermiştir. Ortak hedefler etrafında geliştirilen mesleklerarası programlara erken dönemden itibaren maruziyetin önemine, programların değerlendirilmesinin çıktılarını güçlendireceğine, mentörlerin/öğretim üyelerinin istekliliği ve yönetsel desteğin gerekliliğine, öğrencilerin puanla ya da bir sertifika ile ödüllendirilmesinin motivasyondaki önemine değinilmiştir.

Amerika'da Virginia Commonwealth Üniversitesi'nde tıp, eczacılık, hemşirelik, sağlık hizmeti, sosyal bilimler ve sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin öncülük ettiği ve yönettiği, amacı toplum içinde MAİ'yi geliştirmek olan Inter Health Professionals Alliance (IHPA) kurulmuştur. Vander Wielen ve ark. (86) bu süreci vaka çalışması olarak kaleme almıştır. IHPA ile vurgulanan mesleklerarası hedefler: mesleklerarası bilgi ve becerilerin geliştirilmesi, mesleki rollerin netleştirilmesi, mesleklerarası iletişim ağlarının kurulması ve hasta bakımını iyileştirmek için tüm disiplinlerin kendi programlarında da iletişim, işbirliği ve ekip çalışmasının değerini geliştirmesi olarak belirtilmiştir. Bu çalışma pek çok sağlık alanı öğrencisinin, hasta güvenliği ve sağlık hizmet sunumu kalitesinin artırılması için MAİ'yi benimsemeye, hatta öncülük etmeye hazır ve istekli olduğunu göstermiştir (86).

Güney Carolina Üniversitesi, halk sağlığı, sosyal hizmet, tıp, eczacılık ve hemşirelik disiplinlerinden 500'den fazla öğrenciye başlangıç niteliğinde mesleklerarası bir modül programı uygulamıştır. Bu programda IECEP tarafından kabul edilen temel yeterlikler hedeflenmiştir. Program mesleklerarası temel yeterlikleri karşılamaya yönelik sağlık ve sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileri, sağlık sisteminin iyileştirilmesi, hasta güvenliği, kültürel yeterlilik, etik içeriklerinden oluşturularak öğrencinin etkileşimini sağlayan senkron ve asenkron çevrim içi oturumlarla yürütülmüştür. Mesleklerarası ekiplerle yürütülen etkinlikler (okumalar, vaka tartışmaları, etkileşimli egzersizler ve problem analizi) sayesinde bu modül, öğrencilere işbirlikli bakım, ekip çalışması gereklilikleri, kültürel yeterlik, sağlığın sosyal belirleyicileri, hasta bakımı ile ilgili psikososyal konular hakkında ekip çalışması ve iletişim becerileri, etik konular, sağlık eşitsizleri ve hasta güvenliği kavramı hakkında bilgi sağlamıştır. Öğrencilerin, modül kazanımlarını değerlendirmek için tasarlanan materyallerle çevrimiçi bir kurs sonu değerlendirmesi yapılmıştır ve sonuçlar öğrenme hedeflerinin karşılandığını göstermiştir. Değerlendirmeye ilişkin nicel veriler öğrencilerin modül programı hakkındaki nitel verileri ile de desteklenmiştir (87).

Irlich ve ark. (88), New Jersey Cooper Üniversitesi Şehir Hastanesi mesleklerarası ekip vizitleri modelini vurgulamaktadır. Odak noktası, diyabeti olan sağlığa ulaşımı zor olan hastalara sağlık hizmeti sunmaktır ve bu sayede 8-12 hastanın her biri için bir saat vakit ayrılmaktadır. Sağlık ekibinde, bir endokrinolog, klinik eczacılık öğretim üyesi, diyabet hemşiresi, bir tıp asistanı ve bir davranış uzmanı yer almaktadır. Eczacılık öğrencileri, bu grup vizitlerine katılarak, diğer meslek grupları ile tedavi planlarını oluşturma ve işbirliği yapma fırsatına sahip olmaktadır. Öğrenciler, diğer meslek grubu üyeleri ile etkileşime girer ve mesleklerarası ortak akıl yürüterek, hasta merkezli karar verme süreçlerine katılırlar. Ekibin her üyesi öğretim sürecinde aktif rol almaktadırlar. Program, mesleklerarası temel yetkinlikleri sağlaması bakımından etkili olarak değerlendirilmiştir (88).

Huls ve ark. (89), Hollanda Radbound Üniversitesi Tıp Merkezindeki zorunlu geriatri stajı sürecinde tıp öğrencilerinin bakımevlerinde ve hastane geriatri

kliriklerinde öğrenmeyi nasıl algıladıklarını araştırmışlardır. Yazarlar staj boyunca çoğu öğrenmenin hastane kliniklerinde gerçekleştiğini ancak bakımevi ortamlarının geriatri alanında yeterli kazanmaları için uygun bir öğrenme ortamı sağladığını savunmaktadırlar. Çalışmada öğrenciler öğrenme anlamında bakım evinin hastaneden üç açıdan farklı olduğunu belirtmektedir: mesleklerarası öğrenme ve işbirliği daha belirgindir, bakımevlerindeki sınırlı kaynaklar öğrencileri yaratıcı olmaya teşvik etmektedir, öğrenciler bakımevlerinde daha geniş özerkliğe sahiptir (89).

Kim ve ark. (90), meslekler arası işbirliğine dayalı bakımın, Kanada Britanya Kolombiyası'ndaki hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları için katkı sağladığını ve MAE'yi geliştirmeye yönelik daha çok uygulamaya gerek duyulduğunu belirtmektedir. Kanada Britanya Kolombiya Üniversitesinde öğrenciler tarafından yönetilen toplum odaklı uygulamalara olanak sunan öğrenci klinikleri bulunmaktadır. Bu klinikler, toplum sağlığı merkezlerinden köken almış ve sağlığa erişimi zor olan hastalara hizmet sağlama konusunda yetkilendirilmiştir. Bununla birlikte bu yapı MAE'ye olanak sunmaktadır. Burada öğrenciler, klinikteki çalışma ekibi ile birlikte yönetim planları hazırlamakta ve koordine bir şekilde hasta bakımı sunulmaktadır. Bu sayede, öğrencilere klinik yönetimde ekip çalışması, rol paylaşımı, profesyonel iletişim ve çatışma çözme konusundaki yeterliliklerini kullanma ve geliştirme fırsatı sağlanmaktadır. Bu programlar toplum ve hasta merkezli yaklaşımı ile öğrencilerin hangi meslek grubunun hastanın ihtiyacını karşılayacak bilgi ve beceriye sahip olmalarını ve planlamayı yapabilmelerini desteklemektedir. Kanada'da az sayıda öğrenci kliniği olsa da öğrenciler için anlamlı bir MAE deneyimi için kesinlikle bir araç olarak görölmektedir (90).

Ohio'da afet yönetimi ve triyaj teknikleri öğretimi için hazırlanan bir modölda sanal gerçeklik simölasyonu tasarlamak amacıyla etkileşimli medya çalışmaları öğrencileriyle son sınıf hemşirelik öğrencileri bir araya gelmiştir. Bu modöl beş haftalık bir sürede gerçekleştirilmiştir ve öğrenciler ders saatleri dışında birbirleriyle temas halinde kalmak için Google Dokümanlar, Google Grup ve Google Hangouts'u kullanmıştır. Modölün sonunda açık uçlu anket sorularına yönelik yanıtlar, bu öğretim stratejisinin iletişim ve işbirliği becerilerini geliştirdiğini göstermiştir. Öğrenme

deneyimine verilen yanıtlar, öğrencilerin MAE'ye, ekip çalışmasına ve bir öğrenme yöntemi olarak simülasyona ilişkin algıları ve tutumları anketle ölçülmüş ve oldukça olumlu bulunmuştur (91).

### **2.7.2. MAİ ve MAE Uygulamalarına Yönelik Paydaş Görüşleri**

#### **Öğrenci**

Horsburgh ve ark. (92)'nin birinci sınıf tıp, hemşirelik ve eczacılık öğrencilerinin mesleklerarası öğrenmeye yönelik tutum ve hazırbulunuşluklarının derslerin başlangıç haftasında anket ve Mesleklerarası Eğitime Hazırbulunuşluk Ölçeği (RIPLS) ile ölçüldüğü bir çalışmada öğrencilerin çoğunun olumlu tutum içinde olduğu belirlenmiştir. MAE'nin algılanan faydaları, daha iyi hasta bakımı, profesyonel çalışma ilişkilerinin gelişimi, etkili ekip çalışması olarak belirtilmiştir. Hemşirelik ve eczacılık öğrencileri, birlikte öğrenmenin bir sonucunun daha etkin ekip çalışması olacağını tıp öğrencilerinden daha güçlü bir şekilde belirtmişlerdir.

Curran ve arkadaşları (49), sağlık bilimleri öğrencilerinin mesleklerarası ekip olmaya ve MAE'ye karşı tutumlarını belirlemek ve bu tutumları etkileyebilecek öğrenci özelliklerini ortaya koymak amacıyla tıp, eczacılık, sosyal hizmetler ve hemşirelik öğrencileri ile anket ve ölçek kullanarak çalışma yürütmüşlerdir. Tıp ve hemşirelik öğrencilerinin mesleklerarası ekip çalışmasına yönelik tutumları arasında anlamlı bir fark gözlenmemekle beraber, her iki öğrenci grubu da mesleklerarası ekip olmaya yönelik olumlu tutumları eczacılık ve sosyal hizmet öğrencilerinden daha az olarak değerlendirilmiştir. Kız öğrenciler ve son sınıf öğrencilerinin mesleklerarası ekip çalışmasına ve MAE'ye yönelik anlamlı derecede daha fazla olumlu tutum ve hazırbulunuşluk bildirirken, MAE'ye ilişkin önceki deneyimleri olduğunu belirten öğrenciler, mesleklerarası ekip çalışmasına yönelik çok daha olumlu tutumlar bildirmiştir. Meslek, cinsiyet ve çalışma yılı hem mesleklerarası ekip çalışmasına hem de MAE'ye yönelik tutumlarla ilişkili özellikler olarak yorumlanmıştır.

#### **Öğretim Üyeleri**

Homeyer ve ark. (93)'nin tıp ve hemşirelik arasında işbirliğini sağlayacak programların nasıl en etkin şekilde tasarlanabileceğinin araştırdığı bir çalışmada 25 uzman ile Delphi yöntemini kullanarak nitel bir araştırma yürütülmüştür. Uzmanlar MAE sürecindeki engelleri ve kazanımları ortaya çıkartmışlardır (Tablo 2.2.). Ana bariyer, iki meslek alanı eğitim programının koordinasyonu ve harmonizasyonu olarak tanımlanmıştır. MAE'yi tıp ve hemşirelik öğrencileri için sürdürülebilir bir şekilde uygulamak için hem tıp fakültesi hem de hemşirelik fakülteleri tarafından kabul edilmesi ve onaylanması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu araştırmada ortaya konan olanaklar ve engeller Tablo 2.2'de özetlenmiştir.

**Tablo 2.2.** Tıp ve hemşirelik öğrencileri için MAE'nin sağladığı olanaklar ve uygulama engelleri (93)

---

### **Olanaklar**

Hasta merkezli bakımda meslekler arası düşünme ve hareket edebilmenin geliştirilmesi

Paylaşılan bilgilerin kalıcı öğrenilmesi

Bilgi ve bilgi alışverişinin teşviki

Karşılıklı anlayış geliştirmenin teşviki

Karşılıklı kabul

Birbirlerine saygı

Hiyerarşilerin azaltılması

Başarılı işbirliği için ön koşullar

Özel bilgi ve beceri

İletişim

Tıp ve hemşirelik mesleğinin özel rolleri ve görevleri

Diğer mesleğin bakış açısı ile bakabilme

### **Engeller**

Öğrenme içeriği seviyelerinin standardizasyonu

Farklı bilgi seviyeleri

Tıp ve hemşirelik müfredatının kronolojik uyumu

MAE derslerinin organizasyonu

Kişisel kaynaklar

Zaman kaynakları

Finansal kaynaklar

Tıp ve hemşirelik öğrencileri arasında karşılıklı saygı azlığı ve MAE için isteksizlik

Tıp öğrencilerinin hemşirelik öğrencilerine verdiği değerin düşük olması

**Kapasite, fiziksel koşullar ve yasal konular (öğrenci kapasitesi, ek ders saatleri gibi)**

---

Lash ve ark. (94), MAE uygulamasına yönelik algılanan yararları ve zorlukları ortaya çıkarmak amacıyla 19 maddelik bir anket ile farklı sağlık disiplinlerindeki



öğretim üyelerine, osteopatik tıp, eczacılık ve tıp asistan eğitimi programlarına sahip bir üniversitede uygulamıştır. Öğretim üyeleri genel olarak MAE'nin hasta sonuçları üzerinde yararları olduğu, bakım verimliliğini artırdığı, ekip temelli öğrenmeyi teşvik ettiği konusunda hemfikirdirler.

Lawlis ve ark. (95), derleme çalışmalarında, sağlık alanında MAE sürecindeki engeller ve çözüm önerilerini yönetsel (bakanlık, akreditasyon kurumları vb.), kurum (üniversiteler, fakülteler vb.) ve birey (öğretim üyeleri, öğrenciler, mezunlar vb.) olmak üzere üç ana paydaş başlığında yorumlamışlardır:

**Bariyerler:**

*Yönetsel;* yetersiz finansal kaynaklar, yüksek öğretim kurumlarında ve organizasyonlardaki değişiklikler,

*Kurumsal;* eksik/sınırlı finansal kaynaklar, eksik/sınırlı destek, öğretim üyesi gelişim programlarının yetersizliği, eğitim programlarına MAE'nin entegre edilmemesi, eğitim program takvimleri farklılıkları, program süre ve düzeyindeki farklılıklar, katı/yoğun eğitim programı, zorunlu programın yanı sıra ekstra düzenlenen eğitim programları, ölçme-değerlendirme farklılıkları,

*Bireysel;* öğretim üyelerinin tutumları, öğretim üyeleri için ödüllendirme olmayışı, öğretim üyelerinin ağır iş yüklerinin tanımlanması (öğretim ve idari dahil), diğer sağlık alanı meslekleri hakkında bilgi eksikliği, MAE kavramını anlayamama, algılanan değer eksikliği, öğrencilerin farklı öğrenme stilleri olması, mesleklerin birbirleriyle savaşları ve hiyerarşi algısı, mesleğe yönelik önyargı, diğer mesleklere saygı duyulmaması.

İncelenen makalelerde yukarıda belirtilen güçlükleri ortadan kaldırmak ve etkin MAE uygulamaları için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

*Yönetsel;* farklı yüksek öğretim kurum ve kuruluşlarının biraraya gelmesi, paydaş katılımı sağlanması, ortaklıklar kurulması ve paylaşılan hedeflerin belirlenmesi, yönetimin finansal destek sağlaması,

*Kurumsal;* kurumlar tarafından finansman desteği sağlanması, yükseköğretim kurumlarında MAE'ye yönelik organizasyon yapılarının geliştirilmesi, öğretim üyesi gelişim programları uygulanması,

*Bireysel;* öğretim üyesinin eğiticilik becerisi, eğiticinin istekliliği/rol modelliği, savunuculuk geliştirme, MAE'yi ve iş birliğini anlama, mesleklerarası vizyonunu geliştirme, konumdan, hiyerarşiden, disiplinden bağımsız olarak statüleri eşitlemedir (95).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın modeli, yeri, katılımcıların özellikleri, veri toplama araçları, veri toplama süreci, COVID-19 nedeniyle yapılan çalışma grubu değişikliği, veri toplama sürecinde yaşanan güçlükler ve üretilen çözümler, veri analizinde kullanılan yöntemler, etik konular ve araştırmacının rolü açıklanmıştır.

#### 3.1. Çalışmanın Modeli

Bu çalışmada bireylerin öznel algılarının gerçekçi ve bütüncül bir bakış açısıyla ortaya konmasına olanak sunan nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Farklı sağlık alanlarından öğretim üyeleri ve öğrencilerin deneyimlerinden yola çıkarak MAİ ve MAE'ye ilişkin bakış açıları ve önerileri incelenmiştir. Sağlık hizmet sunumu süreçlerini ve sağlık eğitimini temel alan bu anlamlandırma ve yorum sürecinde nitel araştırmalarda sıkça kullanılan fenomenolojik yaklaşımın uygun olduğu düşünülmüştür. Creswell (96), fenomenolojik araştırma deseninin bireylerin tecrübelerine dayandığı algılarını keşfetmek ve incelemek için kullanılan bir yaklaşım olduğunu savunmaktadır. Ayrıca fenomenolojik çalışmalara dair yaygın bir inanış, farklı ortamlardaki farklı insanların benzer özelliklere ve/veya bir fenomenle ilgili deneyimlere sahip olmalarının, bir fenomene yönelik benzer desenleri ortaya çıkaracağı yönündedir. Bu tasarım, fenomenle ilgili aynı nitelikleri paylaşan farklı bireyler arasındaki ortaklıkları veya kalıpları ortaya çıkarmak için güçlü bir desen olarak önerilmektedir (97, 98). Mevcut çalışma kapsamındaki katılımcılar (öğretim üyeleri ve öğrenciler) bazı temel özelliklerde ortak düzlemde ele alınabilir. Öncelikli olarak öğretim üyeleri ve öğrenciler için sağlık eğitiminin ve sağlık hizmet sunumunun önemli paydaşı olma özelliği buluşulan ilk düzlem olarak değerlendirilebilir. İkinc olarak öğrenci katılımcıların tümünün sağlık alanından ve son sınıfta olması öğrencilerin benzeştikleri nokta olarak ifade edilebilir. Bu ortaklıkların hepsinin altında yatan deneyimlerin özüne ulaşmakta fenomenolojik tasarımın amacına hizmet etmesi, çalışmanın deseni olarak seçilmesinin temel gerekçesidir. Mevcut çalışmada algılar, kişisel deneyimler, tutum gibi boyutlar etrafında MAİ ve MAE'ye dair görüşleri irdelerken farklı deneyimlerin ve bakış açılarının özüne ulaşılması amaçlanmıştır.

Araştırma soruları, çalışma grubu, veri toplama yöntemleri ve veri analizi arasındaki ilişki özet olarak Tablo 3.1.'de açıklanmıştır. Araştırma sorusunun bütün boyutlarını kapsayan açık uçlu soruların yer aldığı derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmeleri, küresel salgın öncesi dönemde yüz yüze; küresel salgının ilanıyla büyük ölçüde çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 3.1.** Araştırmanın çalışma grubu ve veri toplama yöntemi

ARAŞTIRMA SORUSU	VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	ÇALIŞMA GRUBU	VERİ ANALİZİ
1) MAE ve MAİ hakkında sağlık alanı öğretim üyelerinin görüşleri nelerdir? i. MAİ ve MAE’i nasıl tanımlamaktadırlar? ii. MAE uygulamalarına yönelik tutumları ve görüşleri nelerdir? Sağlık alanı çalışanlarının MAİ yeterliğini nasıl tanımlamaktadırlar? iii. Sağlık alanında MAE programlarının geliştirilmesine ve uygulanmasına yönelik görüş ve önerileri nelerdir?	Derinlemesine görüşme	Sağlık alanı öğretim üyeleri	İçerik analizi
2) MAE ve MAİ hakkında sağlık alanı öğrencilerinin görüşleri nelerdir? i. MAİ ve MAE’i nasıl tanımlamaktadırlar? ii. Sağlık alanı çalışanlarının MAİ yeterliğini nasıl tanımlamaktadırlar? iii. Deneyimledikleri MAE ve iş birliği uygulamalarına yönelik görüş ve önerileri nelerdir?	Odak grup görüşmesi	Sağlık alanı öğrencileri	

### 3.2. Çalışmanın Yeri

Çalışma, Ankara ilinde sağlık bilimleri alanında mezun veren üniversiteler ile

yürütülmüştür. Sağlık alanında bölüm çeşitliliği bulunan ve belirlenen bölümlerden mezun vermiş olan üniversiteler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kapsamda Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi çalışmada yer almıştır (Tablo 3.2.).

### 3.3. Çalışma Grubu

Merriam (99), fenomenolojik araştırmalarda zengin ve derinlemesine bilgi elde edebilmek için katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinin tercih edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda araştırmaya katılacak kişilerin belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme, maksimum çeşitlilik örnekleme, kolay ulaşılabilir örnekleme ve kartopu örnekleme bir arada kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu Tablo 3.2.'de belirtilen üniversitelerin Tıp, Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Eczacılık, Beslenme ve Diyetetik fakülteleri/bölümlerinin öğretim üyeleri ve öğrencileri oluşturmaktadır<sup>2</sup> (100). Bu bölümler sağlık ile ilgili uygulama alanlarında sağlık ekibi içerisinde sıklıkla yer alan meslek grupları olmaları nedeniyle çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilen üniversite, bölüm ve katılımcıların belirlenmesinde alan uzmanlarının önerileriyle bazı ölçütler belirlenmiştir.

- Çalışmanın yürütüldüğü kurumların belirlenmesinde ölçütler:
  - a) Ankara'da farklı sağlık alanlarına eğitim veren bir üniversite olma
  - b) Tıp Fakültesi, Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Eczacılık, Beslenme ve Diyetetik bölümlerine sahip olma<sup>3</sup> ve mezun vermiş olma

<sup>2</sup> Çalışmanın başında mezunlar da çalışma grubu içinde yer almıştır ancak mezunlarla yapılması planlanan görüşmeler küresel salgın kaynaklı sağlık hizmet sunumundaki iş yükünün artışı ve yaşanan psiko-sosyal olumsuzluklar nedeniyle araştırmaya sağlıklı şekilde katılım sağlanamadığından amaçlandığı biçimde gerçekleştirilememiştir. Mezunlara ulaşılmaya çalışılmıştır ancak odak grup görüşmeleri için ortak bir tarih ve saat planlanamamıştır. Tremblay ve arkadaşlarının (2021) vurguladığı gibi araştırmacı, salgın döneminde sağlık çalışanlarından araştırmaya katılmalarını isteme ve ısrarcı olmanın, çalışma grubunun sahada aktif çalışan kişiler olmaları ve salgın sürecindeki iş yüklerini de göz önünde bulundurarak, onları fazladan strese sokabileceğini ve mevcut bağlamda uygunsuz olacağını düşünmüştür (100). Ayrıca sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında salgın sürecinde meydana gelen değişim araştırma sorusu açısından mevcut bağlamın değişmesine neden olmuştur. Tez İzleme Kurulu üyeleri ile tartışılarak çalışmanın örneklemeden mezun grubunun çıkartılması uygun görülmüştür. Bu hususla ilgili olarak etik komisyon bilgilendirilmesi yapılmıştır. Saha çalışanlarının mesleklerarası iş birliğine yönelik deneyimleri mevcut sağlık sistemine yönelik zengin veriler sunacakken araştırmadan çıkartılmak zorunda kalınması önemli bir sınırlılık oluşturmuş, sahadan deneyim ve bakış açısını yansıtabilecek önemli bir paydaş grubu araştırma dışında kalmıştır.

<sup>3</sup> Ankara Üniversitesi'nde fizik tedavi ve rehabilitasyon, Ankara Yıldırım Beyazıt ve Başkent Üniversite'lerinde ise eczacılık bölümü bulunmamaktadır (Tablo 3.2.). Üniversitelerde bulunmayan bu bölümlerin temsili diğer üniversitelerden katılımcı sayısı artırılarak sağlanmıştır.

- Öğretim üyelerinin belirlenmesinde ölçütler:
  - a) Belirlenen üniversite ve bölümlerde öğretim üyesi olma
  - b) En az bir yıllık eğiticilik deneyiminin olması
- Öğrencilerin belirlenmesinde ölçütler
  - a) Belirlenen üniversite ve bölümlerde son sınıf öğrencisi olma (tıp 6. sınıf, eczacılık 5. sınıf, diğer bölümler 4. sınıf)<sup>4</sup>
  - b) Klinik staj yapmış olma

**Tablo 3.2.** Araştırmaya dahil edilen üniversite ve fakülte/bölümleri

BÖLÜMLER	HÜ	AÜ	GÜ	AYBÜ	BÜ
Tıp	√	√	√	√	√
Hemşirelik	√	√	√	√	√
Fizyoterapi ve rehabilitasyon	√	-	√	√	√
Eczacılık	√	√	√	-	-
Beslenme ve diyetetik	√	√	√	√	√

Katılımcıların belirlenmesinde öncelikli olarak belirlenen ölçütlere uyum göz önünde bulundurulmuştur. Sonrasında erişim kolaylığına dayalı nitel araştırmalarda sıkça kullanılan bir örnekleme tekniği olan kolay ulaşılabilir örnekleme tercih edilmiştir. Katılımcılar çalışma grubunun tümünü kapsayacak şekilde, ulaşılması ve bilgilerin toplanması kolay olduğu umulanlar arasından belirlenmiştir (98, 101). Katılımcıların belirlenmesinde kullanılan bir diğer örnekleme tekniği ise kartopu örneklemedir. Flick (102)'in belirttiği üzere araştırma konusuna yönelik en çok deneyime sahip olduğu düşünülen veya görüşülen diğer kişilere bu konuda başka kimlerden görüş alınabileceğine ilişkin danışma sonucunda yeni bağlantılar

<sup>4</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nin beslenme ve diyetetik bölümü, henüz mezun vermediği ve son sınıf öğrencileri olmadığı için, öğretim üyesleri araştırmaya dahil edilirken; öğrenci boyutu dışarıda bırakılmıştır

oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda, araştırmanın katılımcıları için belirlenen ölçütlere uyan ilk katılımcılar araştırmacının da öğrenim gördüğü ve o dönemde araştırma görevlisi olarak çalıştığı Hacettepe Üniversitesi'nden belirlenmiştir. Diğer üniversite öğretim üyelerine ise görüşülen öğretim üyelerinin ağı kullanılarak onların referanslarıyla ulaşılmıştır. Öğrencilerin belirlenmesinde ise öğretim üyelerinin görüşlerine başvurulmuştur ve onların önerileriyle öğrenci temsilcisi ya da eğitim süreçlerine ilgi duyan öğrenciler belirlenerek araştırmaya davet edilmiştir. Belirlenen öğretim üyeleri ile derinlemesine görüşmeler; öğrenciler ile ise odak grup görüşmeleri yapılmıştır. 47 öğretim üyesi ile derinlemesine görüşme (Tablo 3.3.); 35 öğrenci ile beş odak grup görüşmesi yapılmıştır (Tablo.3.4.).

**Tablo 3.3.** Derinlemesine görüşme yapılan öğretim üyelerinin dağılımı

BÖLÜMLER	HÜ	AÜ	GÜ	AYBÜ	BÜ
	<b>Katılımcı sayısı</b>				
Tıp	2	2	2	2	2
Hemşirelik	2	2	2	2	2
Fizyoterapi ve rehabilitasyon	2	-	2	2	3
Eczacılık	3	2	3	-	-
Beslenme ve diyetetik	2	2	2	2	2
TOPLAM	11	8	11	8	9

**Tablo 3.4.** Odak grup görüşmesi yapılan sağlık alanı öğrencilerinin dağılımı

Bölgümler	Üniversite	Dönem	Öğrenci sayısı	Odak grup öğrenci sayısı
Tıp	HÜ	VI	2	8
	AÜ	VI	1	
	GÜ	VI	2	
	AYBÜ	VI	1	
	BÜ	VI	2	
Hemşirelik	HÜ	IV	2	9
	AÜ	IV	2	
	GÜ	IV	2	
	AYBÜ	IV	1	
	BÜ	IV	2	
Fizyoterapi ve rehabilitasyon	HÜ	IV	2	8
	AÜ	IV	-	
	GÜ	IV	2	
	AYBÜ	IV	2	
	BÜ	IV	2	
Eczacılık	HÜ	V	2	5
	AÜ	V	2	
	GÜ	V	1	
	AYBÜ	V	-	
	BÜ	V	-	
Beslenme ve diyetetik	HÜ	IV	1	5
	AÜ	IV	1	
	GÜ	IV	1	
	AYBÜ	IV	-	
	BÜ	IV	2	



### 3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama amacıyla araştırmanın modeline uygun olarak derinlemesine ve odak grup görüşme tekniği tercih edilmiştir. Bu tekniklerin seçilmesinin temel nedeni olarak görüşmenin bireylerin deneyimlerine yönelik zengin ve derinlemesine veri sağlayabilen bakış açılarını ortaya çıkarmak için kullanılıyor olması gösterilebilir (103). Mevcut araştırmada veri toplama aracı olarak görüşme tekniğinin doğasına uygun yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılmıştır. Bu formlar oluşturulmadan önce konu ile ilgili literatür taraması yapılmış, araştırma konusuyla farklı açılardan benzerlikleri bulunan araştırmalar incelenmiştir. Bu ilk aşamadan sonra öğretim üyeleri ile derinlemesine görüşmelerde kullanılmak üzere “yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu” ile öğrencilerle odak grup görüşmelerinde kullanılmak “yarı yapılandırılmış odak grup görüşme formu” temel araştırma sorularını kapsayacak şekilde 9 sorudan oluşan ilk taslak oluşturulmuştur (Bkz. EK 1, EK 2).

Bir sonraki aşamada ise hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formları uzman görüşlerine sunulmuştur. Uzmanların belirlenmesi sürecinde araştırma konusu üzerine çalışmaları bulunan, MAE deneyimleri olan öğretim üyelerinin veya tıp eğitimi alanında en az lisansüstü derecesine sahip bireylerin tercih edilmesi temel ölçüt olarak kabul edilmiştir. Tıp eğitimi (3 kişi), hemşirelik (2 kişi) ve fizyoterapi ve rehabilitasyon (1 kişi) olmak üzere 6 sağlık alanı uzmanına yarı yapılandırılmış görüşme formunun ilk taslağı e-posta ile iletilerek görüş alınmıştır. Odak grup görüşme formları ise ek olarak araştırma dışında bırakılan ve son sınıfta olan iki tıp, bir hemşirelik öğrencisi tarafından gözden geçirilmiştir. Elde edilen dönütler doğrultusunda formlar yeniden düzenlenmiştir. İlk taslak derinlemesine görüşme formunda ve odak grup görüşme formunda yer alan katılımcılara yöneltilen MAİ yeterliklerini nasıl tanımladıklarına ilişkin soru katılımcıların yeterlik kavramını daha iyi anlayabilmelerini ve soruyu kolay yanıtlayabilmelerini sağlayabilmek için “3. Sizce sağlık alanı profesyonellerinin MAİ yapabilmeleri için hangi özelliklere/yeterliklere sahip olmaları gerekir?” olarak düzenlenmiştir. Alınan uzman görüşü ile öğrenci-öğretim üyesi etkileşiminin yanısıra öğrenci-öğrenci etkileşimi ve

öğretim üyesi-öğretim üyesi etkileşimi de soru formuna eklenmiştir. Bu bağlamda soru içeriği “6. MAE uygulamaları sırasında diğer sağlık alanı öğrencileri ve öğretim üyeleri ile bir arada olunuyor. Bu durumda etkileşim ve tutumlar sizce nasıl olabilir? Öğrenci-öğrenci; öğrenci-öğretim üyesi; öğretim üyesi-öğretim üyesi boyutlarıyla açıklayınız.” olarak düzenlenmiştir. Yapılan düzenleme sonrasında görüşme sorularının katılımcılar açısından anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek için öğrencilerle bir odak grup görüşmesi, belirlenen öğretim üyesi ile bir derinlemesine görüşme ön uygulama çalışması olarak yapılmıştır. Katılımcıların soruları cevaplarken sorun yaşadığı veya anlayamadıkları yerleri ifade etmesi istenmiştir. Görüşmelerin sonunda katılımcılar görüşme formunda bulunan soruların tarzı, içeriği ve kapsamına ilişkin olumlu görüş belirtmişlerdir ve ek önerileri olmamıştır. Pilot görüşmeler sonrasında görüşme sorularında değişiklik yapılmadığı için elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanması sürecinde ilk olarak Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonuna başvurularak izin alınmıştır. Ayrıca mevcut çalışma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne doktora tez önerisi olarak sunulmuş ve kabul edilmiştir. Bir sonraki süreçte araştırmanın yürütüleceği tüm üniversite ve fakültelerden resmi yazılı izinler alınmıştır.

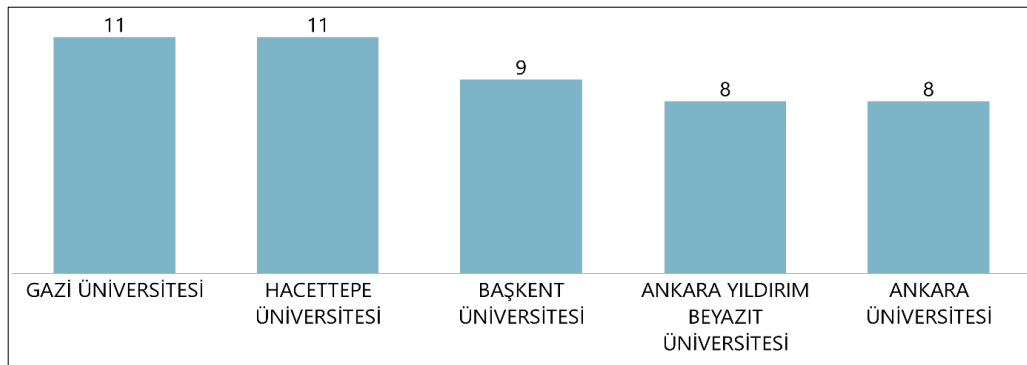
#### **3.5.1. Derinlemesine Görüşmeler**

Araştırmanın yürütüleceği üniversite ve fakülte/bölüm<sup>5</sup>lerde potansiyel katılımcı olabilecek kişiler araştırılmıştır. Belirlenen ölçütlere uygun kişilere elektronik posta yoluyla ulaşılmaya çalışılmıştır. E-postalara yanıt veren öğretim üyeleri ile telefon görüşmeleri yapılarak araştırma hakkında ön bilgilendirme (araştırmanın amacı ve yapılacaklarla ilgili) yapılmış, görüşme günü ve saati için randevu talep edilmiştir, ayrıca telefon görüşmeleri sırasında odak grup görüşmeleri

<sup>5</sup> “Hemşirelik”, Başkent, Gazi ve Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitelerinde Sağlık Bilimleri Fakültesine bağlı bir bölüm olarak yer alırken; Hacettepe ve Ankara Üniversitesi’nde fakülte olarak yer almaktadır. “Fizyoterapi ve Rehabilitasyon”, Başkent, Gazi ve Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitelerinde Sağlık Bilimleri Fakültesine bağlı bir bölüm olarak yer alırken; Hacettepe Üniversitesi’nde fakülte olarak yer almaktadır. Bu gerekçeler ile isimlendirme “fakülte/bölüm” olarak yapılmıştır.

için öğrenci önerileri de alınmıştır.

Öğretim üyesi katılımcılar ile görüşmelere başlamadan araştırmada etik ve gönüllülük esasına ilişkin, diledikleri an görüşmeyi bitirebilecekleri, istemedikleri soruları yanıtlamayabilecekleri, herhangi bir şekilde kimliklerini belli edecek bilgilerinin paylaşılmayacağı ve görüşmeler esnasında elde edilen verilerin gizli tutulacağı bilgisi paylaşılmıştır. Ayrıca her bir katılımcıdan görüşmeler esnasında ses kaydı yapılması ile ilgili izin istenmiş, tüm katılımcıların izin vermesiyle birlikte bütün görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Katılımcıların görüşmek istedikleri ortamlar ve uygun oldukları vakitler tercih edilmiş, böylece zaman ve mekân konusunda rahat hissetmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Yüz yüze görüşülen tüm katılımcılar mesai saatlerinde ve fakültelerindeki kendi odalarında görüşmeyi tercih etmiştir. Görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından alan notları alınmıştır. Toplamda 36 yüz yüze derinlemesine görüşme yapılmıştır. COVID-19 küresel salgını ile görüşmelere çevrimiçi ortamda devam edilmiştir. 11 derinlemesine görüşme ise çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Toplamda beş farklı üniversiteden 47 öğretim üyesi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır (Şekil 3.1).



**Şekil 3.1.** Araştırmaya katılan öğretim üyelerinin üniversitelere göre dağılımı

### 3.5.2. Odak Grup Görüşmeleri

Odak grup görüşmeleri için öğretim üyelerinin önerdiği öğrencilere telefonla ulaşılmıştır ve belirlenen ölçütleri karşılama durumları değerlendirilmiştir. Aynı zamanda araştırma hakkında ön bilgilendirme yapılmış ve görüşme yer, gün ve saat

bilgisi paylaşılmıştır.

Görüşmenin gerçekleştirildiği Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi toplantı salonu;

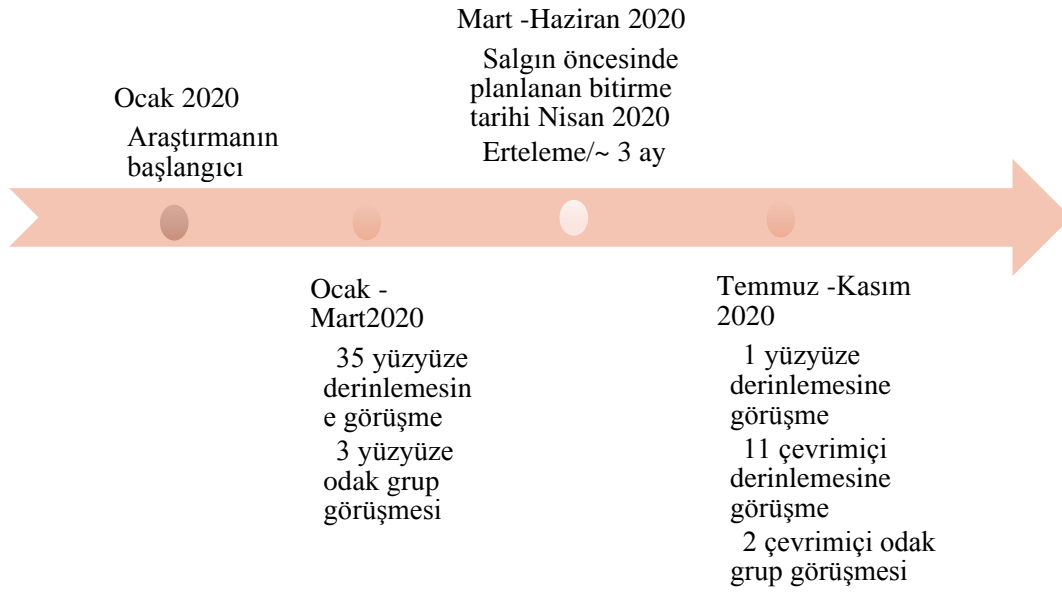
- Ses kayıt cihazı ve kamera
- Not defteri ve kalemler (katılımcılar ve araştırmacı için)
- Yarı yapılandırılmış görüşme formu
- Aydınlatılmış onam formları
- Katılımcı listesi
- U masa düzeni
- İkramlar hazırlanarak görüşme öncesinde düzenlenmiştir.

Öğrenci katılımcıların farklı üniversitelerden gelecek olması nedeniyle toplantı salonunu bulamama ihtimallerine karşı bina girişine yönlendirme panoları konulmuş ve güvenlik görevlilerine bilgi verilmiştir. Katılımcılar, araştırmacı tarafından karşılanmıştır, erken gelen katılımcılarla araştırma dışı konularda sohbet edilmiştir. Katılımcıların tamamlanmasıyla birlikte formal toplantıya geçilmiştir. Açılıştaki katılımcıların tümüne katılımlarından dolayı teşekkür edilmiş ve toplantının amacı kısaca aktarılmıştır. Bu esnada soruları da yanıtlanmıştır. Görüşme sürecinde cep telefonlarının kapatılması ya da sessize alınması rica edilmiştir. Katılımcılara, odak grup görüşmelerine başladıktan sonra araştırmadan ayrılmak istemeleri halinde verinin ayıklanması olanaksız olacağından, bu aşamadan sonra verilerin kullanılmasına izin vermemelerinin mümkün olamayacağı açıklanmıştır. Herhangi bir şekilde kimliklerini açığa çıkaracak bilgilerin paylaşılmayacağı ve görüşmeler esnasında elde edilen verilerin gizli tutulacağı bilgisi paylaşılmıştır. Ayrıca her bir öğrenciden görüşmeler esnasında ses kaydı ve seslerin hangi öğrenciye ait olduğunun ayırt edilmesinin mümkün olamayabileceği de göz önünde bulundurularak görüntülü kamera kaydı yapılması ile ilgili izin istenmiştir. Tüm öğrencilerin izin vermesiyle birlikte görüntülü ve sesli olarak kayda başlanmıştır. Odak grup görüşmesi soruları araştırmacı tarafından katılımcılara yöneltilmiştir ve her öğrencinin yöneltilen her bir soruyu yanıtlaması sağlanmaya çalışılmıştır. Görüşmede pasif kalan katılımcılarla göz teması kurularak ve isimleri ile hitap etmek yoluyla cesaretlendirilmeye çalışılmıştır.

Katılımcıların konu dışına çıkmaları durumunda, konuyu istenen yöne çekmek için bir toparlama ile yumuşak bir geçiş yapılmaya özen gösterilmiştir. Son bölümde ise toplantının kısa bir özeti yapılmış ve katılımcıların son sözlerini söylemelerine fırsat verilmiştir. Odak grup görüşmesi sırasında kısa alan notları alınmıştır. Toplamda yüz yüze üç odak grup görüşmesi yapılmıştır. COVID-19 küresel salgını ile görüşmelere çevrimiçi ortamda devam edilmiştir. İki odak grup görüşmesi ise çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Toplamda beş farklı üniversiteden 35 öğrenci ile beş odak grup görüşmesi yapılmıştır (Bkz. Tablo 3.4.).

### **3.5.3. COVID-19 küresel salgını sonrası yapılan görüşmeler**

11 Mart 2020 tarihinde küresel salgın ilan edilmiştir. O tarihe kadar 35 derinlemesine görüşme ve 3 odak grup görüşmesi yüz yüze olarak yapılmıştır. Küresel salgının ilanından itibaren yaklaşık 3 aylık sürede hiç görüşme yapılamamıştır. Küresel salgın sürecinde yapılan görüşmeler pandemi koşulları göz önüne alınarak katılımcıların isteğine bağlı çevrimiçi ya da yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Salgın döneminde öğretim üyeleri ile 11'i çevrimiçi, biri yüz yüze olmak üzere 12 derinlemesine görüşme; öğrencilerle iki çevrimiçi odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Nisan 2020'de bitmesi planlanan veri toplama süreci Zoom uygulaması kullanılarak 11 Kasım 2020'de tamamlanabilmiştir (Şekil 3.2.).



**Şekil 3.2.** Araştırmada veri toplama süreci

Görüşme günü ve yerleri, katılımcıların çalışma programlarına ve isteklerine göre düzenlenmiştir. Çevrimiçi yürütülen görüşmeler sadece katılımcı(lar) ve araştırmacının olduğu ortamda Zoom platformu üzerinden görüntülü yapılmış ve görüşmeler kayıt altına alınmıştır.

Görüşmeler öncesinde onam formları katılımcılara e-posta yoluyla birer Word belgesi olarak iletilmiştir. E-postada onamın imzalanması ve taratılması ya da varsa elektronik imza ile imzalanıp araştırmacıya e-posta ile iletilmesi rica edilmiştir. Tüm katılımcılar onamlarını yazılı olarak iletmediğinde görüşme öncesinde Gray ve ark. (104)'ün önerdiği gibi sözel olarak çevrimiçi onamları alınmıştır. Araştırmacı istenmeyen ziyaretçilerin gelmesini önlemek adına her görüşme için özel toplantılar oluşturmuştur. Odak grup ve derinlemesine görüşmelerde her zaman “bekleme odası (waiting room)” özelliği etkin olarak kullanılmıştır. Kaydın bulut üzerinde depolanmasından kaçınılmış bilgisayara kaydedilmiş ve yedeklenmiştir (105). Kayıt işlevini kullanırken, tüm katılımcıların onay verdiğiinden emin olunmuştur. Çevrimiçi görüşmelere başlamadan önce araştırma sürecinde ve görüşme formatında salgın nedeniyle yapılması gereken değişiklikler katılımcılara açıklanmıştır. Bazı katılımcıların internet desteğine ihtiyaç duyabileceği düşünülerek e-posta ile görüşmelere katılım için internet desteği önerisinde bulunulmuştur. Katılımcılar

herhangi bir destek talep etmemiştir. Görüşmenin başında katılımcılara çalışmanın amacı ve görüşme tekniğinde yapılan değişikliğin (çevrimiçi görüşme) gerekçesi açıklanmıştır. Katılımcıların sözlü onamları alınmıştır. Çevrimiçi platformun nasıl kullanılacağına dair (sanal el kaldırma, sesini kapatma, oturumdan ayrılma vb.) kısa bir eğitim verilmiştir. Ayrıca sırayla nasıl konuşulacağı, gizliliğin önemi gibi hususlar paylaşılmıştır. Katılımcılara “toplantıdan ayrılma (leave meeting)” sekmesinden istedikleri zaman toplantıdan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Yüz yüze görüşmelerde gerçekleştirilen ısınma süreçlerindeki gibi görüşme öncesi “Nasılsınız?” gibi sorularla etkileşim sağlanmış, güne ilişkin kısa sohbet yapılmaya çalışılmıştır. Moises (106)’in önerdiği üzere katılımcıların rahatlığını artırmak amacıyla her görüşmenin başında resmi olmayan bir konuşma ile yakınlık kurulmaya çalışılmıştır. Katılımcılar hazır olduğunda kayda başlanmıştır.

Odak grup görüşmelerinde araştırmacı tarafından kimin konuştuğuna dikkat edilmiş ve tüm katılımcıların görüş ve deneyim paylaşması için fırsatlar sağlanmaya çalışılmıştır. Çevrimiçi odak grup görüşmelerinde bazı katılımcıların suskun bazılarının baskın olduğu durumlarda, “Henüz deneyim ve görüş paylaşmamış biri konuşmak ister mi?” gibi sorular yöneltilmiştir. Son bölümde ise toplantının kısa bir özeti yapılmış, katılımcıların son sözlerini söylemelerine fırsat verilmiş ve ardından toplantı sonlandırılmıştır.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Mevcut araştırmada veri toplama evresinde görüşmeler esnasında elde edilen ses ve görüntü kayıtları deşifre edilerek yazılı hale getirilmiştir ve araştırmacı tarafından alınan görüşme notları eklenmiştir. Eldeki bu veri, içerik analizi ile çözümlenmiştir. Kodların oluşturulmasında tümevarımcı kodlama tekniği kullanılmıştır (107). Bu süreçte veriler dikkatle okunarak kuramsal çerçeveden de hareketle metinlerle ilişkili kodlar oluşturularak listelenmiş, kodlar gözden geçirilerek kategoriler oluşturulmuş ve gerekli ise üst bir kategoride birleştirilerek temalar oluşturulmuştur. Hazırlanan tema tablosu araştırma verileri ile tez danışmanının ve tez izleme komisyonu öğretim üyelerinin görüşlerine sunulmuştur. Gelen dönütler çerçevesinde tema, kod ve kategoriler yeniden düzenlenmiştir. Analizler sonucunda

elde edilen sonuçların tutarlılığını sağlamak için kodlayıcılar arası güvenilirlik hesaplanmıştır. Kodlayıcılar arası güvenilirlik, araştırmacının yapmış olduğu kodlamaların başka kodlayıcıların yapmış oldukları kodlamalar ile karşılaştırılması ile test edilmektedir (107). Bu çalışmada kodlayıcılar arası güvenilirliği sağlamak için araştırmacı tarafından kodlanan görüşmelerden biri tez danışmanı tarafından kodlanmış ve kodlayıcılar arası tutarlılık incelenmiştir. Bu doğrultuda araştırmacılar tarafından üzerinde uzlaşılan kod sayısının, toplam uzlaşılan ve uzlaşılamayan kod sayısına bölünmesiyle elde edilen bu güvenilirlik oranı, mevcut araştırmada iki farklı kodlayıcıdan elde edilen veriler doğrultusunda %84,61 olarak hesaplanmıştır. Verileri sistematik incelemeyi sağladığı ve görsel haritalamaya yardımcı olduğu için (96) verilerin kodlanmasında ve haritaların oluşturulmasında MAXQDA 2022 yazılımı kullanılmıştır. Bu yazılım, araştırmacı günlüğü tutulmasında ve verilere açıklamalar ekleme konusunda oldukça kullanışlı olmuştur. Bunun yanı sıra, kodların gözden geçirilmesi, verilerin saklanması, aratılıp geri getirilmesi, ilişkili kodlar arasında bağlantı oluşturulması, hatırlatıcı notlar alınması, içerik analizi yapılabilmesi, verilerin organize bir formatta gösterilmesi, sonuçların oluşturulması ve haritalama gibi konularda da kolaylık sağlamıştır.

İçerik analizi neticesinde bulguları desteklemek amacıyla katılımcıların görüşlerinden doğrudan alıntılara yer verilmiştir. Doğrudan alıntılarının sunumu sürecinde etik nedenlerle, katılımcılara ait kişisel veriler yerine her bir katılımcıya atanan kodlar (EK 4) kullanılmıştır.

### **3.6.1. İnanırcılık (Credibility)**

İnanırcılık kavramı nicel araştırmalarda kullanılan iç geçerliğin nitel araştırmadaki karşılığı olarak ifade edilebilir (99, 108). İnanırcılık, araştırma bulgularının gerçeklikle uyumu ile ilgilidir (109). Creswell (96), nitel araştırmalarda inanırcılığı sağlamada en az iki farklı geçerlik önlemi alınmasını önermektedir. Yıldırım ve Şimşek (108), araştırmalarda bulguların doğruluğunu değerlendirme amacına yönelik süreçte toplanan verilerin detaylı biçimde raporlanması ve sonuçlara nasıl ulaşıldığının açıklanmasının geçerliğin sağlanmasında önemli olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda araştırmacı günlüğü şeklinde tutulan defter ve kağıtlara not



alınarak, Google takvim uygulamaları kullanılarak kaydedilmiş ve araştırma raporunda araştırmada süreçle ilgili aşamalar atlanmadan aktarılmaya gayret edilmiştir. Nitel araştırmalarda inandırıcılığın sağlanmasında üçgenleme ile çoklu veri toplama yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir (98). Bu çalışmada veri kaynakları öğretim üyeleri ve öğrenciler olmak üzere çeşitlendirilirken, veri toplama yöntemi olarak odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşmeler kullanılarak üçgenleme yapılmaya çalışılmıştır. Veri toplama araçlarının geliştirilme, veri toplama ve analiz süreçleri, ilgili başlıklarda detaylandırılmıştır. Bir diğer geçerlik/inandırıcılık önlemi olarak bulguların sunumunda zengin ve yoğun betimlemeler kullanılmıştır. Aynı zamanda katılımcıların sayıları, üniversiteleri, fakülteleri, eğiticilik ve yöneticilik deneyimleri gibi özellikler EK 4’te detaylı olarak açıklanmıştır. Yin (110), araştırmada iyi bilinen araştırma yöntemlerinin tercih edilmesinin araştırmanın inandırıcılığına katkısı olduğunu dile getirmiştir. Araştırmada fenomenoloji deseninin tercih edilmesinde araştırmacının daha önce nitel araştırma dersi alması, nitel araştırma çalışmaya katılması ve aynı desende kurguladığı ve içerik analizi kullandığı çalışmalar bulunmasının motivasyon kaynağı olduğu söylenebilir. Yıldırım ve Şimşek (108), inandırıcılığı sağlamada araştırma konusu hakkında genel bilgiye sahip ve nitel araştırma yöntemlerinde uzmanlaşmış araştırmacılardan yapılan araştırmayı çeşitli boyutlarıyla değerlendirmelerinin istenmesinin önemine dikkat çekmektedir. Bu bağlamda benzer konuda deneyimli ve yüksek lisans tezi yapmış iki akran ve tez izleme komisyonunda yer alan 3 alan uzmanından araştırma sorularını geliştirme, araştırma desenini şekillendirme, analiz süreçleri ve raporlanmasında öneriler alınmıştır. Odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşmelerde kullanılmak üzere literatür ve uzman katkısı ile oluşturulan sorulara ilişkin tıp eğitimi, hemşirelik ve fizyoterapi ve rehabilitasyon alanından olmak üzere altı sağlık alanı uzmanından görüş alınmıştır. Bu görüşlerin, sorulacak soruların geçerliklerine katkı sağladığı düşünülmüştür. Görüşme sorularının katılımcılar açısından anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek için ön uygulama çalışmaları yapılmıştır.

İnandırıcılık için başvuru için bir diğer önemli parametre ise kodlayıcılar arası güvenilirliktir (111). Bu doğrultuda araştırmacılar tarafından üzerinde uzlaşılan kod

sayısı, toplam uzlaşılan ve uzlaşılmayan kod sayısının toplamına bölünmüştür. Elde edilen bu güvenilirlik oranı, mevcut araştırmada 2 farklı kodlayıcıdan elde edilen veriler doğrultusunda %84,61 olarak hesaplanmıştır. Miles ve Huberman (111), bu oranın %80'e yakın olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu bakımdan araştırmanın inandırıcılığı adına oldukça önemli bir ölçüt olan bu oranın yeterli düzeyde olduğu düşünülebilir.

### **3.6.2. Aktarılabirlik/Transfer Edilebilirlik (Transferability)**

Aktarılabirlik kavramı nicel araştırmalarda kullanılan genellenebilirliğin nitel araştırmadaki karşılığı olarak ifade edilebilir (98). Cresswell (96), nitel araştırmalarda aktarılabirliği sağlamanın bir yolu olarak yoğun betimleme, araştırma süreci ve katılımcılar hakkında detaylı bilgiler verilmesi olduğunu savunmaktadır. Leninger (112) ise örneklem seçiminde izlenen yöntemlerin tam olarak uygulanması ve araştırmayı etkileyen bağlamsal koşulların belirlenmesini aktarılabirliğin ölçütleri olarak açıklamaktadır. Mevcut araştırmada, yola çıkılırken danışman öğretim üyesi ve konuda uzman diğer bir öğretim üyesinin araştırma konusuna ilişkin yönlendirmesi olmuştur. Araştırma konusunun özgünlüğü araştırmacının motivasyonunu artıran en temel etmendir. Araştırmacı literatür taraması ile yapılmış olan ulusal ve uluslararası çalışmaları incelemiştir. Bir sonraki basamakta ise araştırma konusunun teorik çerçevesi ve konuya ilişkin yapılan çalışmalar özetlenmiştir. Sonrasında bir problem durumu belirlenmiştir. Problem durumuna ilişkin tez danışmanı ve tez izleme komisyonu öğretim üyelerinin dönütleri alınmıştır. Ardından önce araştırma soruları belirlenmiş; araştırma sorularına uygun olarak da nitel araştırma yöntemi belirlenmiştir. Bir sonraki aşamada ise araştırma yöntemine uygun olarak ölçüt örnekleme, maksimum çeşitlilik örnekleme, kolay ulaşılabilir örnekleme ve kartopu örnekleme teknikleri kullanılarak katılımcı grubu belirlenmiştir. Zengin veriye ulaşabilmek için görüşülen katılımcıların önerisiyle konuyla ilgili diğer katılımcılara ulaşılmıştır. COVID-19 küresel salgınıyla birlikte görüşme süreçleri çevrimiçi olarak yürütülmüştür. Görüşmelerin deşifresi Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Biriminden alınan maddi destek ile profesyonel bireylere yaptırılmıştır, görüşmelere protokol numarası verilmiştir. Elde edilen ham veri seti içerik analizine tabi tutulmuştur. Uzman görüşlerinden faydalanarak analiz evresi

tamamlanmıştır. Bu süreç gereç ve yöntem altında detaylandırılmıştır. Bulgular bölümünde ise araştırma sürecinde görüşmelerden elde edilen verilerden oluşturulan temalar altında katılımcılardan doğrudan alıntılar sunulmuştur.

Özetle mevcut araştırmada araştırmanın aktarılabilirliğini sağlamak adına araştırma sürecinin detaylı anlatımı, katılımcıların belirlenmesinde kullanılan örneklem yöntemi, katılımcı özellikleri, veri toplama yöntemleri, görüşme sayısı ve süresi, COVID-19 sürecinin araştırma sürecine etkileri gibi ayrıntılara ilgili başlıklarda yer verilmiştir.

### **3.6.3. Tutarlılık (Dependability)**

Yıldırım ve Şimşek (108), tutarlılık kavramının nicel araştırmalardaki güvenilirlik kavramına benzer olsa da insan davranışları durağan olmadığı için araştırmanın aynı ya da benzer gruba tekrar yapıldığında aynı sonuçlara ulaşmanın mümkün olamayacağını ifade etmektedir. Yazarlar, tutarlılığın veri toplama araçlarının oluşturulması, verilerin toplanması ve analiz süreçlerinin doğru ve güvenilir şekilde yürütülmesiyle sağlanabileceğini ifade etmektedir. Merriam (99) ise bir nitel araştırmacının tutarlılığını ya da güvenilirliğini sağlamak için kullandığı stratejileri üçgenleme, uzman incelemesi, araştırmacının konumunun açıklanması ve seyir defteri/araştırmacı günlüğü süreçleriyle sağlanabileceğini belirtmektedir. Bu araştırma kapsamında tutarlılığı sağlamak için veri kaynaklı üçgenleme ve veri toplama yönteminde üçgenleme yapılmış, ilgili başlıklarda araştırmacının konumu ve uygulamanın her bir aşaması detaylı bir şekilde açıklanmaya çalışılmıştır. Ek olarak süreçte kronolojik şekilde not tutulmaya gayret edilmiş ve Google takvim uygulaması ile MAXQDA 2022 yazılımının “seyir defteri (log-book)” özelliği araştırmacı günlüğü olarak kullanılmıştır.

### **3.6.4. Teyit Edilebilirlik (Confirmability)**

Nitel araştırmalarda nicel araştırmalardan farklı olarak nesnelliğin tam olarak mümkün olamayacağı, araştırmacının etkisinin hiç olmadığı bir yapıdan söz edilemeyeceği varsayılmakta ve bu nedenle araştırmacının tüm veri toplama araçlarını,

ham verileri, kodlamaları, süreç notlarını teyit edilebilmesi için saklaması önerilmektedir (108). Bu doğrultuda, araştırma sürecinde kullanılan veri toplama araçları, ham veriler, alınan notlar, analiz aşamasında yapılan kodlamalar ve analiz sürecinde alınan notlar araştırmacı tarafından saklanmıştır.

### **3.7. Etik ve Araştırmaya Son Verme Ölçütleri**

Araştırma öncesinde Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonuna araştırmanın kapsamı ve amacını belirten başvuru dilekçesi, onam formları (Bkz. EK 3), araştırmada kullanılacak yarı yapılandırılmış görüşme formları (Bkz. EK 1, EK 2) sunularak izin talep edilmiştir. Üniversite etik komisyonunun incelemesi sonucunda mevcut araştırma için gerekli izin alınmıştır. Sonraki aşamada araştırmanın yürütüleceği beş farklı üniversiteden resmi yazılı izinler alınmıştır. İzinlerin tamamlanmasıyla araştırmaya başlanmıştır. Araştırmanın başlangıç aşamasında katılımcılarla e-posta ile iletişim kurulmuş, araştırmayı kabul edenlerle telefon görüşmeleri yapılmış, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiş ve randevu düzenlenmiştir. Görüşmelere başlamadan önce araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu, araştırma raporunda gerçek isimlerin yerine kodlar kullanılacağı ve kişisel bilgilerin açıklanmayacağı, mahremiyetin her aşamada korunacağı açıklanmıştır. Bu bağlamda mevcut araştırmada her bir katılımcıya araştırmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı, herhangi bir neden belirtmeksizin, çalışmaya katılmaktan vazgeçtiklerini beyan etmeleri durumunda araştırmadan ayrılacakları araştırmayı isterlerse bırakabilecekleri ve istemedikleri soruları yanıtlama zorunlulukları olmadığı belirtilmiştir. Öğrencilere, odak grup görüşmelerine başladıktan sonra araştırmadan ayrılmak istemeleri halinde verinin ayıklanması olanaksız olacağından, bu aşamadan sonra verilerin kullanılmasına izin vermemelerinin mümkün olamayacağı açıklanmıştır. Katılımcılara çalışma sonuçlarının bir kopyasının iletilebileceği açıklanmıştır. Tüm açıklamalar katılımcılara görüşme öncesinde sözel ve yazılı olarak bildirilmiştir. Katılımcıların yüzyüze yapılan görüşmelerde yazılı onamları çevrimiçi görüşmelerde ise sözlü onamları alınmıştır. Tüm görüşmelerin gizliliği sağlanmıştır.

### **3.8. Sınırlılıklar**

Çalışmamızın başında eğitim ve hizmet sürecinin paydaşlarından olan öğretim üyelerinin, fakülte yöneticilerinin, öğrencilerin ve saha çalışanı mezunların MAİ ve MAE hakkında görüşlerinin derinlemesine ortaya konulması amaçlanmıştır. Ancak mezunlarla yapılması planlanan görüşmeler, küresel salgın kaynaklı sağlık hizmet sunumundaki iş yükünün artışı ve yaşanan psiko-sosyal olumsuzluklar nedeniyle araştırmaya sağlıklı şekilde katılım sağlanamadığından amaçlandığı biçimde gerçekleştirilememiştir. Mezunlara ulaşılmaya çalışılmıştır ancak odak grup görüşmeleri için ortak bir tarih ve saat planlanamamıştır. Salgın döneminde sağlık çalışanlarından araştırmaya katılmalarını isteme ve ısrarcı olmanın, çalışma grubunun sahada aktif çalışan kişiler olmaları ve salgın sürecindeki iş yüklerini de göz önünde bulundurarak, onları fazladan strese sokabileceğini ve mevcut koşullarda uygunsuz olacağını düşünülmüştür. Ayrıca sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında salgın sürecinde meydana gelen değişim araştırma sorusu açısından mevcut bağlamın değişmesine neden olmuştur. Tez İzleme Komitesi üyeleri ile tartışılarak çalışmanın örneklemeden mezun grubunun çıkartılmasına karar verilmiştir. Bu bağlamda çalışma grubundan mezunlar çıkarılarak sağlık alanı eğitiminin bileşenleri olan öğretim üyeleri, öğrencileri ve fakülte yöneticilerinin MAİ ve MAE hakkındaki görüşleri incelenmiştir. Bu hususla ilgili olarak etik komisyon bilgilendirilmesi yapılmıştır. Bu durum katılımcıların tümünün üniversitelerden olmasına neden olmuştur. Her ne kadar bugün modern üniversitenin görevleri eğitim-öğretim, temel bilimsel araştırmalar ve topluma hizmet şeklinde belirtilmekteyse de üniversitelerin, araştırma ve eğitim-öğretim motivasyonu daha ön planda, toplum ile teması saha çalışanlarına göre zayıftır. Saha çalışanlarının MAİ'ye yönelik deneyimleri mevcut sağlık sistemine yönelik zengin veriler sunacakken araştırmadan çıkartılmak zorunda kalınması ve tüm katılımcıların üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan üniversitelerden olması önemli bir kısıtlılık oluşturmuştur.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Bazı Özellikleri

#### 4.1.1. Öğretim Üyeleri

Derinlemesine görüşmelere katılan öğretim üyelerinin 38'i kadın, dokuzu erkektir. Katılımcıların altısı dekan, yedisi dekan yardımcısı, onu bölüm başkanı, biri bölüm başkan yardımcısı ve 23'ü ise fakülte veya bölüm yöneticisi olmayan öğretim üyeleridir (Şekil 4.1.).



**Şekil 4.1.** Derinlemesine görüşmelere katılan öğretim üyeleri

Mesleki deneyimleri 8-36 yıl; eğitimcilik deneyimleri 2-23 yıl, görüşmenin gerçekleştirildiği dönemde fakülte ya da bölüm yöneticisi olan 24 katılımcının o dönemki idari görev süreleri 4 ay-7 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların tamamına yakını akreditasyon süreçlerinde, eğitim programlarının düzenlenmesinde, uzmanlık derneklerinin eğitim komisyonlarında aktif olarak görev aldığını belirtmişlerdir.

Derinlemesine görüşmelerin 11'i COVID-19 nedeniyle Zoom uygulaması ile çevrimiçi olarak gerçekleştirilirken; 36'sı yüzyüze olarak öğretim üyelerinin fakülteodalarında gerçekleştirilmiştir. Çevrimiçi ortamda yürütülen görüşmelerin süresi 37-60 dk

aralığındayken; yüzyüze yapılan görüşmeler 41-100 dk arasında değişmektedir.

#### **4.1.2. Öğrenciler**

Odak grup görüşmelerine katılan öğrencilerin 29'u kadın, altısı erkektir. Odak grup görüşmelerinin üçü (tıp, hemşirelik ve fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencileri ile yapılan görüşmeler) yüzyüze olarak araştırmacının o dönemde çalıştığı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi toplantı salonunda gerçekleştirilirken; ikisi (eczacılık ile beslenme ve diyetetik öğrencileri ile yapılan görüşmeler) COVID-19 nedeniyle Zoom uygulaması ile çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Tüm görüşmelere son sınıf öğrencileri (tıp fakültelerinin altıncı sınıf; eczacılığı beşinci sınıf, diğer bölümlerin dördüncü sınıf öğrencileri) katılmıştır. Çevrimiçi ortamda yürütülen odak grup görüşmelerinin biri 62 dk diğeri 70 dk sürerken; yüzyüze yapılan görüşmelerin süresi 139-147 dk arasında değişmektedir. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nin beslenme ve diyetetik bölümü, henüz mezun vermediği ve son sınıf öğrencileri olmadığı için odak grup görüşmesinde bu bölümden öğrenci alınmamıştır.

#### **4.2. Mesleklerarası İşbirliğine ve Mesleklerarası Eğitime Yönelik Görüşlere Dair Bulgular**

Bulgular, katılımcıların ses kayıt deşifrelerinden yapılan içerik analizi sonucu çıkan temalar sınıflandırılarak oluşturulmuştur. MAİ ve MAE'ye yönelik görüşler olarak iki ayrı bölüm olarak sunulacaktır. MAİ'ye yönelik görüşler altı temada; MAE'ye yönelik görüşler de altı temada ele alınmıştır (Tablo 4.1.).



**Tablo 4.1.** Mesleklerarası iş birliği ve mesleklerarası eğitime yönelik görüşlere dair temalar

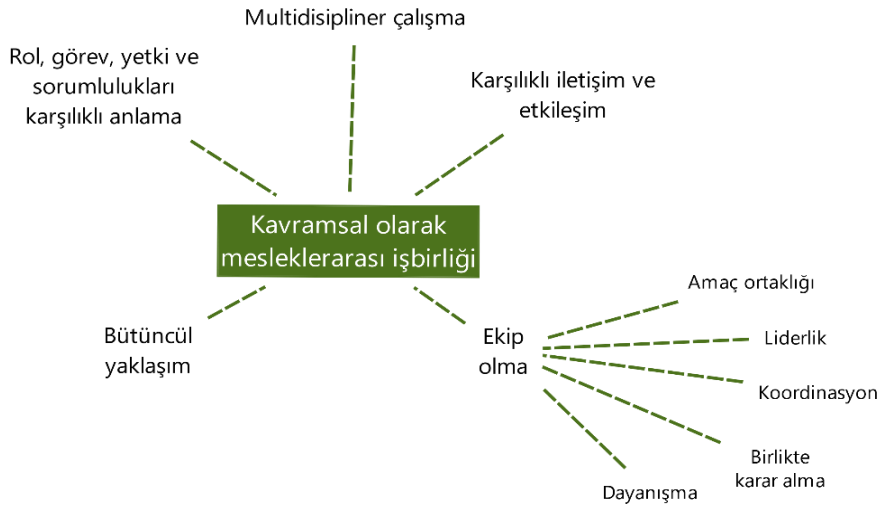
Mesleklerarası iş birliğine yönelik görüşler	Mesleklerarası eğitime yönelik görüşler
<b>Temalar</b>	
1. Kavramsal olarak mesleklerarası iş birliği	1.Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim
2. Mesleklerarası işbirliği gereksinimi	2.Mesleklerarası eğitim deneyimi
3. Çalışma koşullarında mesleklerarası iş birliği	3.Mesleklerarası eğitim uygulaması kazanımları
4. İş birliği yapılacak gruplar	4.Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler
5. Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler	5.Mesleklerarası iş birliği rol/özellik/yeterlikleri
6. Mesleklerarası işbirliğinin yararı	6.Mesleklerarası eğitim programı bileşenlerine yönelik öneriler

#### 4.2.1. Mesleklerarası İşbirliğine Yönelik Görüşler

Bu bölümde derinlemesine görüşmelere katılan öğretim üyelerinin ve odak grup görüşmelerine katılan öğrencilerin MAİ'ye yönelik görüşleri yer almaktadır. MAİ'ye yönelik ilişkin görüşler altı temada (Bkz. Tablo.4.1.); her bir tema ise beş ayrı meslek grubuna göre sınıflandırılmış olarak aktarılmıştır.

##### **Tema 1: Kavramsal olarak mesleklerarası işbirliği**

Bu temada, katılımcıların perspektifinden MAİ kavramına yüklenen anlamlar ve deneyimler üzerinden yapılan tanımlamalar yer almaktadır. MAİ kavramı “multidisipliner çalışma, karşılıklı iletişim ve etkileşim, ekip olma, bütüncül yaklaşım, rol, görev, yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama” olmak üzere geniş bir çerçevede tanımlanmıştır.



Şekil 4.2. “Kavramsal olarak mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodlar

### Öğretim üyelerinin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
▼ Kavramsal olarak mesleklerarası işbirliği						1
○ Multidisipliner çalışma	●			●	●	8
○ Karşılıklı iletişim ve etkileşim	●		●	●	●	10
▼ Ekip olma	●			●		4
○ Liderlik	●					1
○ Dayanışma	●			●		2
○ Birlikte karar alma					●	1
○ Koordinasyon	●	●			●	11
○ Amaç ortaklığı	●	●		●	●	18
○ Bütüncül yaklaşım	●		●			18
○ Rol, görev yetki ve sorumlulukları ka	●			●	●	6
Σ TOPLAM	29	12	12	13	14	80

Şekil 4.3. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Kavramsal olarak mesleklerarası iş birliği” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, “multidisipliner çalışma, karşılıklı iletişim ve etkileşim, ekip olma ve bütüncül yaklaşım” kodları ile tanımlanmıştır.

MAİ, alan uzmanlarının hastaları bir sistemle birbirlerine yönlendirmeleri sürecini kapsayan multidisipliner bir çalışma olarak yorumlanmıştır. Multidisipliner

çalışma ise her meslek alanının bireyin gereksinimleri doğrultusunda hizmet sunması olarak açıklanmıştır. Multidisipliner çalışmaya yönelik ifadelerde meslek alanlarının sınırlarının belirli olması, alanların birbirlerine müdahale etmemesi, etkileşim ve bilgi paylaşımı vurgusu öne çıkarılmıştır. Multidisipliner çalışmayı, kronik hastalıkların artışı, bilim ve teknolojideki ilerlemenin gerekli kıldığı vurgusu yapılmıştır. Hastalık tanı ve tedavisinde, ameliyathane süreçlerinde, yoğun bakımlarda ve hastaların eğitiminde birden çok disiplinin sürece dahil olmasının önemi dile getirilmiştir.

MAİ'nin karşılıklı iletişim ve etkileşim olduğu ifade edilmiştir. Temeli "saygıya" dayanan, "ast-üst" ilişkisinden ziyade "eşitlikçi" bir atmosferde sürdürülen etkileşimin tarafları karşılıklı olarak geliştireceği ve hasta çıktıları üzerine olumlu yansıtacağı vurgulanmıştır. MAİ, ekip olma ile ilişkilendirilmiştir. Ekip olma, farklı yeteneklere, deneyimlere sahip bireylerin belirli hedeflerde amaca yönelik çalışması olarak tanımlanmıştır. Ekip olmada amaç ortaklığı, koordinasyon, dayanışma ve liderlik öne çıkarılmıştır. Sağlık çalışanlarının ekip olarak "ortak amacının" insanın sağlığını iyileştirmek ve geliştirmek olduğu vurgulanmıştır. Ekip süreçlerinde görev tanımları doğrultusunda rol paylaşımının ve uyum içinde çalışmanın önemi belirtilirken, ekip içinde koordinasyonu, aktif katılımı sağlayan ve izleyen "liderlerin" önemine vurgu yapılmıştır.

MAİ tanımında insanı "bütünüyle değerlendirmenin" değerine ve bütüncül yaklaşıma iş birliği ile ulaşılabileceğine dikkat çekilmiştir. Günümüzde "paternalistik hekim merkezli yaklaşım" yerine "hasta odaklı yaklaşım"ın değerli olduğu, bu bağlamda hasta bakım hizmetinin yalnızca tanı koyma, tedavi etmekten öte insana dair "psikolojik, ekonomik ve sosyal süreçlerin" ele alınarak sunulması gerektiği, bunun da işbirliği ile mümkün olacağı vurgulanmıştır.

*Mesleklerarası işbirliği dediğimde ben doktor gözüyle baktığımda tek başıma hiç bir hastaya yeterli bir bakım yeterli bir hizmet yeterli bir destek sağlayamayacağımı düşünüyorum...Hiç bir zaman doktor takımın merkezi değil ki çok uzun yıllar biliyorsunuz bu paternalistik yaklaşımda **doktor her zaman merkezdeydi**. Ama son yıllarda şunu artık anlatmaya ve insanlara bunu*

*kavratmaya çalışıyoruz. Her şeyin merkezinde hasta var. Biz onun etrafına da ona bakım sağlamaya çalışan onu destekleme çalışanlar olarak bir ekibin içerisinde birer bireyiz...İşin çok fazla sosyoekonomik psikolojik boyutu da var. Bu kadar karmaşık bir sistemi bu kadar karmaşık bir başka büyük sistem içerisinde makro sistem içerisinde ele almak çok yoğun bir iş birliği gerektiriyor. (Tıp, profesör\_6)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, ekip olma ve bütüncül yaklaşım kodları ile tanımlanmıştır. Ekip olmada “amaç ortaklığı” ve “koordinasyon” öne çıkarılmıştır. Hemşirelik hizmetlerinin karmaşık ve birbirine bağlı olduğu ifade edilerek bunun da ekip çalışması, koordinasyon ve sistematik bilgi akışı ile yürütülebileceği ifade edilmiştir. Sağlık hizmet sunumunun nihai hedefinin sağlığın geliştirilmesi olduğu, tüm sağlık meslek gruplarının bu amaca hizmet etmek için birlikte çalışması MAİ olarak yorumlanmıştır. İşbirliği sürecinde ekip üyelerinin birbirlerini geliştirmesinin önemine vurgu yapılmıştır. Bazı öğretim üyelerince MAİ bütüncül ve hasta odaklı yaklaşım olarak ele alınmıştır.

*...aynı ülkü aynı amaç ya da benzer amaçlar doğrultusunda mesleki eğitim almış kişilerin hizmet ürün ya da bir amaç araştırma olabilir böyle bir amaçta mesleki ilkeler ve değerler ışığında kendi profesyonel bilgi yükü becerilerini kullanarak bu amaca hizmet edecek süreçlerde birbirleriyle bir arada olmaları, birbirlerini beslemeleri büyütmeleri ve bu amaca ulaşmaları. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, “karşılıklı iletişim ve etkileşim, ekip olma, hasta odaklı yaklaşım ve rol, görev yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama” kodları ile tanımlanmıştır.

MAİ, sağlık alanı profesyonellerinin “iletişim ve etkileşimi” olarak yorumlanmıştır. Bir öğretim üyesi, iş birliğinin bir “kültür” olduğunu ülkemizde ise

bu kültürün yaygın olmadığını ifade etmiştir. MAİ tanımına yönelik ifadelerin tamamına yakınında “bütüncül yaklaşım” vurgusu yer almaktadır. Geçmişte kabul gören “hekim liderliğinde” olunan tedavi odaklı anlayışın yerini “hasta merkezli” yaklaşımın aldığı vurgulanmıştır. Hastanın çevresiyle, kültürel yapısıyla, ailesiyle sosyal bir varlık olduğu ve hasta sağlığını etkileyen birçok bileşen olduğu ifade edilmiştir. MAİ, hastanın merkezde olduğu etrafında sağlık ve sosyal bilimler alanı mensuplarının yer aldığı bir tablo olarak tanımlanmıştır. Hastanın ihtiyaçlarını doğru belirleme ve sağlığını geliştirmek için “birlik olma”nın önemine değinilmiştir. Bazı tanımlarda ise farklı meslek alanı mensuplarının rol, görev, yetki ve sorumluluklarını karşılıklı anlaması ve bunları gözeterek birlikte çalışması olarak açıklanmıştır

*Yani sağlıkçıysanız eğer merkezde hasta varsa hasta odaklı hizmet vermek istiyorsanız hekiminden tutun hemşiresine, diyetisyenine, fizyoterapisti hatta bence o servisteyse servis çalışanları ya da hastayla ve birbirleriyle **iletişimde, etkileşimde olması**. Olması gereken her kim varsa bu meslek gruplarının bir arada her hastayla birebir özgün hastanın hedeflerine, isteklerine, ihtiyaçlarına yönelik hizmet vermesi. Ama **bu bir kültür bence** ve Türkiye’de bu tarz hizmet bu kültürde olan yer çok az. Yok demeyeyim haksızlık olur çok az bildiğim kadarıyla. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, profesör\_3)*

*Mesleklerarası işbirliğini ben ancak bu yıllarımda aslında ne kadar önemli olduğunu görüyorum. İlk zamanlar biz çalışmaya başladığımızda herkes birazcık daha kendini **ön plana** çıkıyordu, bence ve hastayı birazcık daha geri planda bırakıyorduk. Şimdi ama baktığımızda dünyanın her yerinde de böyle olduğunu düşünüyorum. Ortak hedefimiz var. Hasta. Ve dolayısıyla bunun için tek bir kişi yeterli değil çünkü onu oluşturan çok yapı var. **Yani sosyal bir varlık, kültürel bir varlık, ailesi var geçmişi farklı ve dolayısı etkilendiği çok şey var**. Biz onu tek yönlü düşündüğümüzde tek alanda çalışanlar olarak yeterli olmayabiliriz, olamayız. Çünkü çok ihtiyaçları var. O yüzden mesleklerarası işbirliği bu demek **insanı tam olarak** görebilmek demek. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, “multidisipliner çalışma, karşılıklı iletişim ve etkileşim, ekip olma ve rol, görev yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama” kodları ile tanımlanmıştır.

Eczacılık alanının ve eczacının yer aldığı işbirliklerinin multidisipliner olduğu ifade edilmiştir. Mutidisiplinerlik ise “disiplinlerin birbirlerinin alanına girmeden” sorumluluklarını yerine getirmesi olarak açıklanmıştır. Öne çıkan farklı tanımlamalarda ise MAİ'nin karşılıklı iletişim ve etkileşim olduğu vurgulanmıştır. İfadelerde “güvenli ilaç kullanımı” açısından eczacı ile hekim iletişiminin önemine dikkat çekilmiştir. Bir öğretim üyesi tarafından “hasta, hekim ve eczacı iletişimi”ne yönelik deneyim paylaşımı yapılmıştır. Güvenli sağlık hizmeti için sağlık sisteminin hastanın sağlık çalışanları ile iletişimini “kolaylaştırıcı” olması gerektiği vurgulanmış, iletişim problemlerinin mesleki “şövenizm”i besleyeceği ve bu durumun da ortak amaç olan nitelikli sağlık hizmeti sunumundan uzaklaştıracağı ifade edilmiştir.

İfadelerin bazılarında ise işbirliği, ortak amaç doğrultusundaki çıktının nitelikli olmasını sağlamak için ekip olma ve birlikte hareket etme olarak belirtilmiştir. Ekip olmanın beraberlik, paydaşlık, destek olma, dayanışma, birbirini geliştirme ve ekip ruhu gerektirdiği vurgulanmıştır. Ürün geliştirme, proje çalışmaları, laboratuvar deneyleri gibi bilimsel araştırma alanlarındaki işbirliklerine MAİ tanımı içinde sıklıkla yer verilmiştir. İlgi alanı ilaç tasarımı ve geliştirme uzmanı bir öğretim üyesi tarafından ekip olmanın önemi belirtilerek nitelikli ürün geliştirmede “biz” olmanın önemine dikkat çekilmiştir.

İşbirliğine yönelik bir başka tanımlama ise karşılıklı sorumluluk alma, iş bölümü ve sınırların tanımlanmasında uzlaşılması ve belirlenen sınırlar çerçevesinde birlikte saygıyla hareket edebilme olarak yapılmıştır.

*Mesleklerarası işbirliği ne demek bakın size bir olay anlatayım, buradan işbirliği ne değil onu anlayın siz. Yazın bir şey yaşadım bir antibiyotik kullanımı, onu anlatmam gerek. Aile hekimi kayıvalideme antibiyotik veriyor. Boğaz ağrısı falan var. Birden işitme kaybı geliyor, doktora gidiyor bu sefer kulak burun boğaza gidiyor o da siz yaşlılığa bağlı işitme kaybı yaşıyorsunuz diyor. Ama kayın validemin yaşadığı şoku size anlatamam yani birdenbire oldu diyor. O sırada da 3- 4 tane ilaç kullanıyor sadece antibiyotik değil birkaç tane ilaç daha var hepsini ben bir taradım taradıktan sonra dedim ki bu ilaç muhtemelen işitme kaybına neden oluyor ondan sonra ilacı keselim dedik, ilacı*

*kestikten sonra biraz biraz sonra açılıyor, düzeliyor ama hani bu tarz şeylerle çok karşılaşılıyor. Bunu doktora ilaç aldığınız eczacıya bildirmeniz lazım. Bunun kayıtlara geçmesi gerekiyor ki başkasının başına gelmemeli. Bunun için de **iletişim** gerekiyor, hem **sistemin** size kolaylık sağlaması gerekiyor, hastanın olumsuz bir durumda **eczacısına hekimine ulaşabilmesi** gerekiyor. Hem hastanın hem hizmet verenlerin iletişim içinde olması gerekiyor. Yani burda **hekim eczacılık hasta üçgeninde** aslında amaç hastanın iyi olması. Bakın hastanın yani hayatı değişiyor en ufak yanıfta ya da iletişimsizlikte, çok kötü. Böyle bir şey olabilir, işitme kaybı da gelişebilir, bu imkânsız bir şey değil, ama daha kötüsü de olabilirdi. Hasta bir ilaç hakkında problem yaşıyorsa eczacı da ile hekim de bunu bilmeli ki başkalarının başına da böyle birşey gelmesin. Çünkü atlayabilir hekim başka ilaçlarını sormamış olabilir ama **iletişim** olmak zorunda ancak o zaman bu **hatalar** yaşanmaz. Bence iş birliği tam da bu iletişim. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

*Meslekler arası iş birliği deyince ne olursa olsun bir projeyi yürütürken paydaş olmak diye algılıyorum ben bu bir laboratuarda yaptığımız deney de olabilir. Bir kitabın hazırlanması da olabilir ya da sağlık alanında yürüteceğiniz kişi ya da bireysel ya da kurumsal bir işi başarmak için yürüteceğiniz süreç de olabilir. Bunda bizimle ilgili olan ya da konuyla ilgili olan alandaki kişilerle beraber çalışmak **birlikte yol almak, birbirine destek vermek, daha iyiye ulaşabilmek için birbirini geliştirmek, ürünü birlikte daha iyiye taşımaya çalışmak** olarak algılıyorum ben meslekler arası işbirliğini. (Eczacılık, dekan, profesör\_7)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyelerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, “multidisipliner çalışma, karşılıklı iletişim ve etkileşim, ekip olma, bütüncül yaklaşım, rol, görev yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama” kodları ile tanımlanmıştır.

MAİ, farklı disiplinlerden ilgili alan uzmanlarının bilimsel araştırma ve proje geliştirme süreçlerinde multidisipliner çalışması olarak yorumlanmıştır. İşbirliklerinde “sınır” ve “sorumluluklar”ın önemine vurgu yapılmıştır. MAİ “etkileşim içinde olma” olarak da yorumlanmıştır.

MAİ’ye yönelik yapılan tanımlarda “amaç ortaklığı” ifadesine sıklıkla yer verilmiştir. İş birliğinde, ekip yaklaşımıyla, koordinasyon, uyum ve sinerji ile ortak hedefe ulaşılabileceği ifade edilmiştir. Uzun yıllar nutrisyon destek ekibinde çalışmış, zengin iş birliği ve klinik deneyimi olan bir öğretim üyesi MAİ’yi “aynı ruhla, inançla” ortak bir noktada buluşabilmek olarak; kronik hastalarla çalışan bir başka öğretim üyesi ise işbirliğini hasta yararı için meslek gruplarının “fikir paylaşımı” yapması ve “birlikte karar vermesi” olarak yorumlamıştır. MAİ’de, rol, yetki ve sorumlulukların bilinmesi ve o doğrultuda karşılıklı saygı ile çalışılmasına da vurgu yapılmıştır.

*Birbiri ile koordine bir şekilde çalışması anlamına geliyor. Yani bir hekim hastaya tanı koyarken diyetisyen beslenme tedavisini verebilmeli hemşire diğer işlemleri yapabilmeleri fizyoterapist arkadaşımız fiziksel anlamdaki tedaviyi uygulayabilmeli psikolojik olarak da psikolog yani bunların hepsi bir ekip halinde birlikte koordine uyumlu şekilde çalışması benim aklıma geliyor. Siz bana bu soruyu sorduğunuz zaman bu çok önemli zaten. Neden, çünkü sağlık hizmet sunumu bunu gerektiriyor. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)*

*Aynı amaç için uğraşmak, ortak noktada buluşabilmek derim ortak bir hedefte ortak bir noktada aynı ruhla inançla buluşabilmek diye niteliyorum yani yaşadıklarım doğrultusunda da bunu söylüyorum size. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_6)*

### Öğrencilerin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp O.	Hemşirelik O.	Fizyoterapi O.	Eczacılık O.	Beslenme O.	TOPLAM
▼ Kavramsal olarak mesleklerarası işbirliği						0
Multidisipliner çalışma		●		●		2
Karşılıklı iletişim ve etkileşim			●		●	2
▼ Ekip olma		●		●		2
Liderlik	●					2
Dayanışma				●	●	3
Birlikte karar alma	●		●			2
Koordinasyon						0
Amaç ortaklığı	●		●	●		4
Bütüncül yaklaşım		●	●			3
Rol, görev yetki ve sorumlulukları ka	●		●		●	4
Σ TOPLAM	6	4	6	4	4	24

Şekil 4.4. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Kavramsal olarak mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri



Tıp fakültesi öğrencilerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri “ekip olma ve rol, görev yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama” kodları ile tanımlanmıştır.

İfadelerde ortak amacın hastanın iyilik halini sağlamak ve korumak olduğu, bu doğrultuda biraraya gelinerek “fikir alışverişi” yapma ve “ortak karar alma”nın iş birliği olduğu vurgulanmıştır. Ekip olma süreçlerinde liderliğe değinilmiştir. Bir öğrenci, ekibin en donanımlı kişisinin “hekim” olduğunu ve ekibin “daimî lideri ve yöneticisinin” hekim olması gerektiğini savunurken, bir diğer öğrenci duruma göre “farklı meslek üyelerinin” ekip lideri olduğu birlikte çalışma süreçlerini işbirliği olarak tanımlamıştır. Bir öğrenci tarafından iş birliği, sorumlulukların farkında olma ve “görevden kaçmama” olarak yorumlanmıştır.

*İşbirliği hedefe yönelik bir ekip olacak, ekiplerin başında da bir kişi olacak. Ama aynı zamanda ben bu kişilerin de bir **doktor düzeyinde** olması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü sağlık dediğiniz zaman; bu ekibi yöneten ben bir doktor olması gerektiğini düşünüyorum. Hani tamam fikir alışveriş olmalı evet karşıdaki fikirler değerlendirilmeli ama bu süreci yöneten bir kişi olması gerektiğini düşünüyorum ve bu kişininde bir doktor olması gerektiğini düşünüyorum ben şahsen. Çünkü **en donanımlı kişi hekim** olacak ekipte. (Tıp, öğrenci\_8)*

*Hani sonuçta yani ben doktor olarak daha **üstün** ve **hepsinin** lideri değilim. Farklı zamanlarda farklı kişilerin ekibe liderlik etmesi gerekir. Hani ekip üyelerinin de hep birlikte doğru liderlik altında çalışabilmesi diye düşünüyorum. Örneğin bir ne bileyim mesela bir durum vardır resüsitasyonda diyelim ben ekip lideriyim ama hani başka birşeyde onda daha iyidir FTRci ya da hemşire, o'dur lider. (Tıp, öğrenci\_7)*

***İşbirliği şu bence, herkesin kendi sorumluluğunun farkında olması görevini yerine getirmesi.** Mesela bazı insanlar daha çok sorumluluk alır ve her şeyi o yaptıkça hani yaptıkça **işi kitleme** olayı vardır ya işte onun olmaması gerekiyor. Hani noluyor bu sefer o kişi tükenmişlik yaşıyor. Ama iş birliği sürecinde herkes sorumluluğunun farkında olursa; aslında daha organize bir şekilde yürüyecek, bu kadar kimseyi yormayacak tüketmeyecek bir şekilde gidebilir diye düşünüyorum. (Tıp, öğrenci\_3)*

### Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, “multidisipliner çalışma, ekip olma, bütüncül yaklaşım” kodları ile tanımlanmıştır.

Bir öğrenci tarafından MAİ metaforik bir örnekle multidisipliner çalışma olarak açıklanmıştır. Bir meslek grubunun hastaya sağlık kazandırmada yetersiz olacağı ifade edilerek bireysellikten, tek disiplinli yaklaşımdan öte multidisipliner bir birliktelik gerekli olduğu vurgulanmıştır. Bir öğrenci tarafından ise iş birliği, “takım olma” olarak yorumlanırken; bir diğeri “hasta odaklı yaklaşımın” doğal sonucu olarak ifade edilmiştir. Klinik ortamlardaki mesleklerarası çatışmalar “meslekler savaşı” olarak adlandırılmıştır. Hemşirelik mesleğinin “ezilmesinin” hemşireleri hasta odaklı olmaktan ziyade daha çok “savunmacı ve alan koruma çabasında” olan bir meslek grubuna dönüştürdüğü ifade edilmiştir.

***Multidisipliner bir yaklaşımla bir hastaya bakım diyebilir miyiz? Biraz örneği somutlaştırmak istiyorum; mesela bir yemek hazırlayacak olalım ama bu yemeğin öncesi var mesela o sebze yiyecek için bunun öncesi var, onun önce ekilmesi var sonra büyümesi sonra toplanması gerekli. Bunu topladıktan sonra bir satışa çıkması gerekli ve satışa çıktıktan sonra alınması gerekli ve bir profesyonel tarafından bunun yapılması gerekli. Ama uzman bir yemek hazırlamak isterse gerçekten mutfakta da ayırdığımız gibi mesela soslardan sorumlu başka bir kişi vardır, o yemeğin sosunu başkası yapar. Aynı şekilde yemeğin ve kendisi ve eti pişirmek için uzman olan başkası vardır ve sebzeleri yine başkası da yapar, meyve işini başkası yapar. Somutlaştırdığımız zaman aslında bu şekilde olması lazım. Bir kişi bir işi hemşire olarak tek başımıza yapamayız ya da hekim tek başına yapamaz ya da herhangi bir meslek grubu **tek başına yapamaz**. Aslında bunu ortak görüp herkesin bir şekilde yapması gerektiği mesela o ete marinasyon yapılmazsa et sadece et olarak kalır. Evet hasta üzerinden konuşacak olursak hasta **iyileşir** tamam ama iyileşmek demek **sağlıklı olmak mıdır?** Yani bir hastayı tek başınıza iyileştirirsiniz belki o an ama **sağlıklı olmasını sağlayamazsınız.**” (Hemşirelik, öğrenci\_4)***

*Aslında önceliğin **hasta olması**, ego değil ya da ne bileyim hani kimin üste çıkması şeklinde değil. Bu nedenle hastayı odak olarak aldığımızda ve hastanın iyiliği için uğraştığımızda aslında zaten doğal olarak birleşiriz nasıl diyeyim ekip çalışması oluşacağını düşünüyorum ama çoğu insan bu şekilde düşünmüyor. Kliniklere çıktığımızda **meslekler savaşında** bizim mesleğimiz böylesine eziliyorki yok işte bizim derdimiz ben ezdirmeyeyim kendimi gard almalyım oluyor. Yani önceliğiniz bu oluyor. O şekilde olduğundan hastalar biraz daha **geri plana** itiliyor. (Hemşirelik, öğrenci\_6)*

### **Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, “karşılıklı iletişim ve etkileşim, ekip olma, rol, görev yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama” kodları ile tanımlanmıştır.

MAİ'nin temelinde iletişim olduğu ifade edilmiş, etkin ve sürdürülebilir sağlık hizmet sunumu için farklı sağlık alanı profesyonelleri ile iletişim halinde olmanın önemine vurgu yapılmıştır. Meslekler arasındaki iletişim problemlerinin hastalarda “tedavinin tamamlanamamasına” neden olacağı yorumu yapılmıştır.

Sağlık meslek gruplarının “ortak amacının” en iyi hizmeti sunmak olduğu vurgulanmış ve iş birliği “ekip olma” olarak ifade edilmiştir. Ayrıca MAİ, “aynı masa etrafında” oturan profesyonellerin “fikir paylaşımı, birlikte karar alma süreçleri” olarak yorumlanmıştır. Görüşmede vurgulanan bireyin “her yönüyle sağlığını geliştirme” ve “yaşam kalitesini artırma” ifadeleri ise bütüncül yaklaşım olarak ele alınmıştır.

MAİ kavramı, farklı meslek grubunun alanına girmeden “kendi rol ve sorumluluğunu yerine getirme” olarak da tartışılmıştır. Yetkin olunmayan bir alanda, hastayı alan uzmanına “yönlendirmek” iş birliği olarak açıklanmıştır. Saygı ve farklı bakış açılarına açık olmanın önemine değinilmiştir.

*İletişim temelli olduğunu düşünüyorum. Yine bizim bize öğretilenlerden bir tanesi doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist bunların her birinin **iletişim** içerisinde olması gerektiği. Bu iletişimde bir noktada bozukluk veya aksaklık olduğu zaman **tedavi kesinlikle yarım kalıyor**. Hani ben doktordan haberdarım, doktor hemşireden haberdar değil bu sefer iletişim aksıyor çünkü hani hemşire sonuçta hastaların ilaçlarından sorumlu yani ilaç almak zorunda olan hastalar için diyorum. (Fizyoterapi, öğrenci\_3)*

*Bence mesleklerarası işbirliğinin her alanda alanında uzman kişilerin kendi meslekleri kendi eğitimleri doğrultusunda fikirlerini beyan etme **ortak bir yargıya karara varmaları hani siz örneğin işte bir diyelim aynı masada***

*oturuyoruz bir doktor var fizyoterapist var bir hastabakıcısı var psikiyatrist var diyetisyen var odyolog pek çok meslek grubu var. O alanda uzman olduğu için o alana giriyor ben buyum gereken şey bu herkes için evet fikir sahibiyiz ama farklı alanlarda uzmanım böyle olunca hani **bu masanın etrafında oturup bir hasta hakkında ortak karara, bir yargıya varabilmemiz hastayı beraber takip edebilmemiz.** (Fizyoterapi, öğrenci\_5)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencilerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, “multidisipliner çalışma ve ekip olma” kodları ile tanımlanmıştır.

Multidisipliner çalışma, ürün geliştirme ve ürünün piyasaya sürülmesi süreçlerinde farklı disiplinlerin yer alması olarak ele alınmıştır. Ekip olma ise bütünü parçaları olma, birbirini tamamlama, amaç ortaklığı, yardımlaşma ve dayanışmak olarak açıklanmıştır. İşbirliğinin geliştirilen ürünü daha “güvenilir” hale getireceği vurgusu yapılmıştır. Bir öğrenci, farklı meslek grupları ile projeler yürüttüğü sağlıkta iş birliği platformu deneyimini paylaşmıştır.

*İş birliği bence şu dayanışmak, yardımlaşmak... Siz kimyagerle mühendis ile çalışmazsanız iyi bir ürün ortaya koyamazsınız. Burada herkes katkıda bulunursa daha **güvenilir** bir şey çıkar tabiki her zaman ortaya o yüzden çok önemli bence. (Eczacılık, öğrenci\_1)*

*İş birliği için şunu söyleyeyim sağlıkta iş birliği diye bir platform var belki duymuşsunuzdur mesela ben o platformdayım hatta bir start up'ım var. Bence tam da sizin sorduğunuz soruya uygun. Burda hem bilgisayar mühendisi hem doktor hem eczacı hem biyolog var. Örnek olarak vereceksek **ekip olarak** iş birliği içinde çalışıyoruz sağlığı geliştirmeye yönelik projeler geliştiriyoruz çünkü hepimizin ortak kaygısı **amacı** sağlıkta bir şey başarmak bir iş ortaya koymak. (Eczacılık, öğrenci\_2)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAİ kavramına yönelik ifadeleri, “karşılıklı iletişim ve etkileşim, ekip olma ve rol, görev yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama” kodları ile tanımlanmıştır.

Karşılıklı iletişim ve etkileşim, bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için meslek

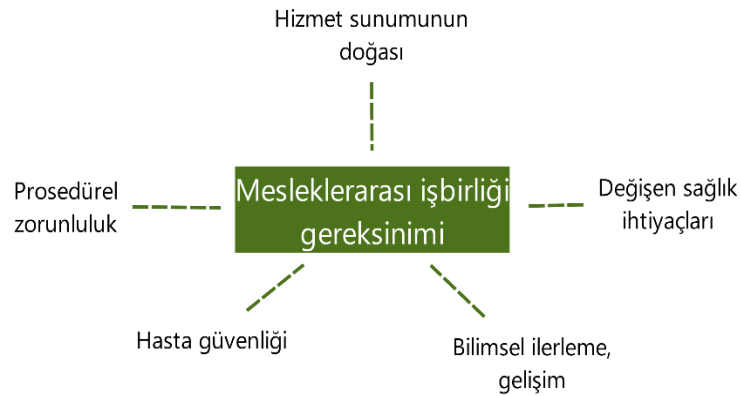
gruplarının “bilgi alışverişi” yapması olarak açıklanmıştır. Birbirini “destekleme” ve birbirinin “eksiği kapatma” ifadeleri ise dayanışma olarak ele alınmıştır. “Ego” yerine, “Size nasıl yardımcı olabilirim?” diyebilmenin iş birliğinde önemli olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca MAİ, farklı meslek gruplarının birbirini tanması, bireylerin kendi sınırlarının farkında olması ve hizmet verilen kişinin yararının gözetilerek gereksinim halinde farklı bir meslek grubundan “görüş alınması” olarak açıklanmıştır.

*Bence sağlık alanındaki meslekler bir şeye hizmet ediyor sonuçta bir amaca hizmet ediyor en yüksek olarak daha verimli olacak şekilde farklı mesleklerin etkileşerek yani **bilgi alış-verişi** yaparak **birbirlerini destekleyerek eksiklerini kapatarak** belki de bu hizmeti en verimli yüksek performansta ve etkili olarak karşı tarafı da danışanı, hastayı hoşnut bırakacak şekilde tabi ki memnun olacak şekilde ihtiyacın karşılanmasını sağlayan bir iş birliği yani mesleklerarası işbirliği bence ben böyle diyebilirim. (Beslenme, öğrenci\_4)*

*Bence bu çok önemli yani **bilgi yarıştırmaktan ego savaşlarından** daha ziyade birbirimize **destek olmak, dayanışmak demek**. Burada çok önemli yani bence herşeyi ben bilirim değil de karşıdakine **size nasıl yardımcı olabilirim** diyebilmek diye düşünüyorum.” (Beslenme, öğrenci\_5)*

## Tema 2: Mesleklerarası işbirliği gereksinimi

Bu temada, katılımcıların MAİ’ye duyulan gereksinime yönelik görüşleri paylaşılmıştır. MAİ gereksinimi, “hizmet sunumunun doğası, değişen sağlık ihtiyaçları, bilimsel ilerleme, gelişim, hasta güvenliği ve prosedürel zorunluluk” kodları ile tanımlanmıştır.



Şekil 4.5. “Mesleklerarası iş birliği gereksinimi” temasına ait kodlar

### Öğretim üyelerinin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
▼ MİB gereksinimi						0
• Hizmet sunumunun doğası	●	●			●	15
• Değişen sağlık ihtiyaçları	●	●	●		●	8
• Bilimsel ilerleme, gelişim	●	●	●			5
• Hasta güvenliği	●					2
• Prosedürel zorunluluk		●	●			5
Σ TOPLAM	12	9	6	0	8	35

Şekil 4.6. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası işbirliği gereksinimi” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAİ gereksinimine yönelik ifadeleri “hizmet sunumunun doğası, değişen sağlık ihtiyaçları, bilimsel ilerleme, gelişim ve hasta güvenliği” kodları ile tanımlanmıştır.

Sağlık hizmet sunumu süreçlerinin “zorunlu” olarak birliktelik, ekip çalışması gerektirmesi hizmet sunumunun doğası kodu olarak açıklanmıştır. Çalışma ortamlarından deneyimlerle “yalnız başına” iş görmenin olanaksız olduğu; farklı meslek gruplarından sağlık profesyonelleri ve aynı meslek grubundan bireyler ile iş birliğinin önemi vurgulanmıştır. Ameliyatlardan sonraki bakım süreçleri de dahil tüm cerrahi aşamaların işbirliği gerektirdiği ifade edilmiştir. Acil sağlık hizmeti sunumunda “tedavinin sürekliliğinin” sağlanabilmesi için işbirliğinin önemine vurgu yapılmış ve acil ortamının “günlük rutini” içinde işbirliğinin varlığına değinilmiştir.

Kronik hastalıkların artışının, engellilik gibi dezavantaj yaratabilecek durumların, ulusal hastalık yüklerinin farklılaşmasının mesleklerarası işbirliğini zorunlu kılması değişen sağlık ihtiyaçları olarak açıklanmıştır. Yaşanan değişimin işbirliği kültüründe “bireysellikten ekip olmaya” doğru bir geçiş gerektirdiği ifade edilmiştir.

Teknolojik gelişmelere, dijitalleşen çağa uyum için işbirliği gereksinimi bilimsel ilerleme, gelişim kodu ile tanımlanmıştır. Geçmişteki sağlık hizmet sunumu süreçleri ile günümüz koşulları karşılaştıran bir öğretim üyesi, “...*doktorun eline çanta alıp köy köy dolaştığı zamanlarda değiliz.*” ifadesiyle hekimin bireysel olarak yarar sağladığı zamanların geride kaldığını vurgulamıştır.

Sağlık hizmetinin tıbbi hatalar olmadan sunulması için işbirliği gereksinimi ise hasta güvenliği olarak açıklanmıştır. Sağlık hizmet sunumu süreçlerinin “düşmeler, yanlış kan transfüzyonları ve yanlış ameliyatlar” gibi farklı tıbbi hatalarla karşılaşılabilme riskleri barındırdığı ifade edilmiştir. Bu risklerin azaltılması, multisistemik hastalıkların yönetilmesi ve “geri dönüşsüz” sonuçlar alınmaması için MAİ’nin önemli olduğu ifade edilmiştir.

*Cerrahi alanda **bağımsız değilsiniz.** Birçok branşa **mahkumsunuz.** En basitinden ameliyathaneye gittiğinizde uyumayan hastayı ameliyat edemezsiniz. Bi kere hiçbir hastayı **tek başınıza ameliyat edemezsiniz.** Size mutlaka yardım etmesi gereken bir hemşire ekibinin olması gerekiyor. Mutlaka yine size yardım eden bir teknisyen ekibin olması gerekiyor. Mutlaka size yardım eden bir asistan ekibinin olması, anestezi ekibinin olması gerekiyor. Bazen kardiyolojinin, ameliyathanede olması gerekiyor. Radyoloji çağırıyoruz. Dolayısı ile mesleklerarası işbirliği benim yaşadığım **hayatın her alanında var...** Yoğun bakımda serviste **postop takipler** önemli. Bütün bunların iyi gitmesi için çok güçlü olması gereken bir hemşirelik sisteminizin olması gerekiyor.” (Tıp, profesör\_8)*

*Hasta acile o anda ketozla geldi diyabet tanısı verdiniz. Ondan sonra da insülin tedavisi başlayacaksınız. O hasta için eğitim için eğitim hemşiresine ulaşmanız, diyetisyene ulaşmanız gerekir. Dolayısı ile bir hastanın sorununu o başvuruda çözebilir olmanız için iş birliğini anında kurmanız lazım. Ama şu da bir yaklaşım bu işbirliksiz bir yaklaşım, işte sizin tanınız diyabet insülin başlanacak bir hafta on gün sonra ne zamana randevu alırsa hadi git diyabet tedavisine başla da diyebilirsin. Ama o anda o hasta için **belirsizlik yaratıyorsun, ucu açık bırakıyorsun.** Yani o hasta diyetisyene gider mi? gitmeyebilir...**Ulusal hastalık yükünde, eskiden bulaşıcı olan hastalıklar şimdi kronik hastalıklara dönünce deminki bahsettiğim gibi hastayı tek***

*yönetemezsiniz. İşbirliğine mecbursunuz. O nedenle de bu kültürü canlandırmak lazım. (Tıp, dekan, profesör\_1)*

*O koordinasyonun sağlanması özellikle de kronik hastalık yönetiminde çok önemli. Hastanede yatan hastalarda tabi başka riskler oluyor. Onun için her alanda kişilerin sağlık hizmeti içerisinde farklı riskleri oluyor. Düşmeler, yanlış transfüzyonlar, hatta ameliyatlar. Bu risklerin minimuma indirgenmesi için de etkin iletişim iş birliği hasta odaklı hasta merkezli bakım her zaman için çok önemli. (Tıp, profesör\_6)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAİ gereksinimine yönelik ifadeleri “hizmet sunumunun doğası, değişen sağlık ihtiyaçları, bilimsel ilerleme, gelişim ve prosedürel zorunluluk” kodları ile tanımlanmıştır.

Sağlık hizmet sunumunun birçok profesyonel alanı barındıran, iyi yapılandırılması gereken “karmaşık bir sistem” olması hizmet sunumunun doğası olarak açıklanmıştır. Sağlık hizmet sunumunda niteliğin işbirliği ile sağlanabileceği vurgusu yapılmıştır.

Nüfusun yaşlanması, yaşam süresinin uzaması, insanların tedavinin ötesinde sağlıklı olma beklentisi, hastalık yerine hasta kavramının gündemde olması, değişen sağlık ihtiyaçları olarak açıklanmıştır. Çalışma ortamlarında bazı sağlık çalışanlarının işbirliğine dirençli olsalar da değişen sağlık ihtiyaçlarının işbirliğini gerekli kıldığı vurgulanmıştır. Bilim ve teknolojiye hızlı gelişmelerin de sağlık ve mühendislik alanını biraraya getirdiği tartışılmıştır. Çalışma ortamlarındaki uygulamaların ve yasal düzenlemelerin yönlendirdiği işbirlikleri ise prosedürel/yasal zorunluluk olarak açıklanmıştır. Hemşirelerin ilaç uygulamalarında “hekimin istemiyle” hareket etme zorunluluğu buna örnek olarak paylaşılmıştır.

*Öyle bir dönemde yaşıyoruz ki, bilim ve teknoloji çok hızlı geliyor, sağlıkla ilgili bir alanda uğraşılıyor olabilirsiniz ama teknoloji ile ilgili bir çalışmanız, bir projeniz bir dersiniz, varsa, örneğin mühendislik fakültesinin herhangi bir birimi ile de iş birliğine girmelisiniz, amaç belirleyici...hemşirelik bağımsız işlevleri olmasına rağmen hekime bağımlı birtakım işlevleri de olan bir meslek, örneğin ilaçların en basit örnek ilaçların uygulanması olabilir. Hekim istem vermeden ya da reçete vermeden hemşire herhangi bir ilaç uygulayamaz.*



(Hemşirelik, dekan, profesör\_3)

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğretim üyelerinin MAİ gereksinimine yönelik ifadeleri “değişen sağlık ihtiyaçları, bilimsel ilerleme, gelişim ve prosedürel/yasal zorunluluk” olarak tanımlanmıştır.

Mesleklerin çalışma alanlarının çeşitlilikler göstermesi, tedavi edici hizmetlerin yanısıra koruyucu yaklaşımların ve sağlığın sürdürülebilirliği kavramlarının önem kazanması değişen sağlık ihtiyaçları olarak açıklanmıştır. Bilime katkı sunma, bilimsel ilerleme ve gelişim için akademik işbirliklerinin önemine değinilmiştir. Bir öğretim üyesi yazar ekibinde hekim olmadan araştırmayı yayımlatamadıklarını dile getirerek bu durumun akademik alanda zorunlu/zorla işbirliğine neden olduğunu eleştirel bir dille ifade etmiştir.

İfadelerde genişçe yer verilen bir başka MAİ gerekçesi ise yasa ve yönetmeliklerle çerçevesi çizilen yasal zorunluluklardır. Fizyoterapi alanındaki uygulamalar, yasa ve kuralların fizyoterapistleri “hekime bağlı” çalışmaya zorunlu bırakması prosedürel/yasal zorunluluk olarak ile açıklanmıştır. Mevcut algoritmaların ve yasaların “mecbur bırakılmışlık” durumu yarattığı vurgulanmıştır. Fizyoterapistin hekimin hazırladığı plan dışına çıkamaması “mesleki özerklik sıkıntısı” olarak ifade edilmiştir.

*Bizim biraz her şeyde birlikte çalışmaya **mecbur da bırakılmış** durumumuz da var. Birçok sağlık alanında çalışan sağlık bilimleri çatısı altında çalışan birçok alanda olduğu gibi mesleki özerklikle ilgili de sıkıntılar yaşıyoruz. Yurt dışında böyle değil Avrupa örneği ya da farklı Amerika, Kanada, Avustralya da bu böyle değil. **Mesleki özerlikler** ilgili çok ciddi sıkıntılarımız var. Mesela o ülkelerde hasta gelir değerlendirirsin fizyoterapi açısından değerlendirirsin ve tedavi programı yazar ve ona göre tedavi edersiniz. Burada biz hekimle çalışmak zorundayız. **Hekim hastayı gönderiyor. Hekim planını yazıyor ve onun dışına çıkamıyoruz.** (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doktor öğretim üyesi\_4)*

*Araştırmalarda da bizim için **zorunlu iş birliği** gerekiyor. Yani araştırmada hasta grubunu alıyoruz sadece doktor ortopedist var fizyoterapist var. Yani buna hiç de hemşirenin eli değmedi mi bunu ne bileyim oradaki sağlık profesyonellerinden destek alınmadı mı? Muhakkak ki vardır. Alındı ama bunlar akademik çalışmayan insanlar diye hep **ignor ediliyor** aslında bu doğru da değil sonra makaleleri gönderdiğinizde emin olun ilk baktıkları şey o kişilerin içinde bir ne bileyim doktor var mı ama tabii doktor koymadığınızda o yayın asla yayın olmuyor. Bir de böyle de bir durum var yani sistemde herkes tüm **yönetmelik** onlar üzerine kurulu olduğu için **akademik alan** da onlar üzerine. Yani bir hekim olmadan bir çalışmayı yayınlamayabilirsiniz ama bir **fizyoterapist olmadan** yayınlatabilirsiniz. Bir hemşire olmadan çok rahat yayınlatabilirsiniz. **Hekim olman her şeyi yapman için yeterli oluyor** ama hekim olmazsan tüm araştırmayı **emek emek sen de yürütsen yazsan yeterli değil**. Mutlaka yanına bir hekim alman gerekiyor. Bu da işte bu **hiyerarşi** dediğimiz şeyi kıramamamızdan kaynaklanıyor. Dünya da da bu var. Ama ne oldu bu biraz daha dikkat ederseniz multidisipliner çalışmalarla kırılmaya başladı. İş birliği kültürü oluşmaya başladı ama bizde hala **mecburiyetten kaynaklı bir iş birliği** var. Bizim çok fırın ekme yememiz lazım. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

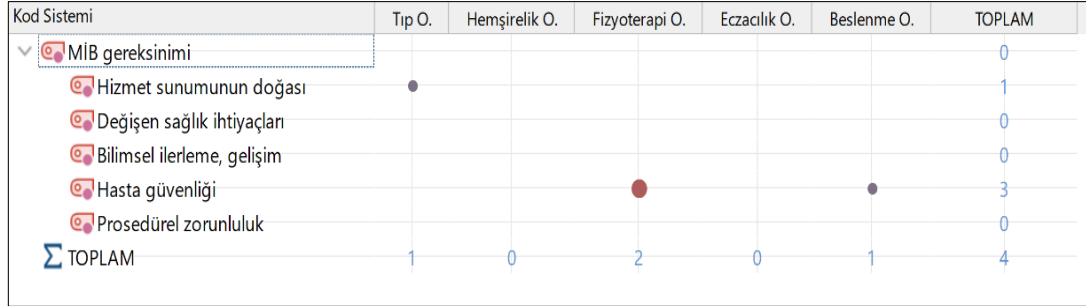
### **Beslenme ve diyetetik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyelerinin MAİ gereksinimine yönelik ifadeleri “hizmet sunumunun doğası ve değişen sağlık ihtiyaçları” kodlarıyla tanımlanmıştır. İnsan sağlığının sözkonusu olduğu tedavi ve sağlığı geliştirme süreçlerinde işbirliğinin gerekli olması hizmet sunumunun doğası olarak açıklanmıştır. Önceki yıllarda sahada yaygın olan hekimin diyetisyen görüşüne başvurmadan beslenme sürecini yönlendirmesi anlayışının geçmişte kaldığı ifade edilmiştir. Günümüzde değişen sağlık ihtiyaçları ve bakış açıları nedeniyle işbirliklerinin sahada daha fazla gözlendiği vurgulanmıştır.

*Biz bunu yani derslerde hep söylüyoruz, benim şahsen öğrenciliğim yıllarında birazcık ondan da bahsedeyim. Ben 98 de geldim buraya 2003'te mezun oldum derste hep şey söylerlerdi yani **kliniğe staj yaparken birtakım zorluklar göreceksin**. Yani genelde hani hekim ne yapardı işte orderi yazardı diyetisyenin hiç fikrini sormazdı. Benim gözlemlediğim. Bu diyeti yaz gönder hastayı derdi ama yani o dönemden bu dönemi düşünsek bir yani 15 senelik süreç içerisinde bence bizim hastanemiz özellikle, dışarılarda staj yapan öğrencilerimiz de var, oradan da geri dönüşler alıyoruz, öğrencilerle*

*görüşmemiz, oralarda da ilerlemeler var. Ama çok büyük yol kat ettiğimizi düşünüyorum. Artık çağımız iş birliğini gerektiriyor. İhtiyaçlar değişti bakış açıları gereksinimler değişti. (Beslenme, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_9)*

### Öğrencilerin görüşleri



**Şekil 4.7.** Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası işbirliği gereksinimi” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin MAİ gereksinimine yönelik ifadeleri “hizmet sunumunun doğası” koduyla tanımlanmıştır. Sağlık hizmet sunumunun organizasyonel süreçlerinde pek çok meslek alanının yer aldığı vurgulanmıştır.

*Benim de aklıma bir şeyler geldi. Yani özellikle zaten tanı sürecinde hani bir radyolog olmadan, orada bu işte çekimleri yapan teknisyenler olmadan yine aynı şekilde o hastanın kanlarını götüreren biri olmadan ve orada onları işleyen laboratuvar teknisyenleri olmadan hiçbir şey yürümüyor. Ben böyle zaten bazen düşününce; **sağlık hizmeti sunumu süreci** bu yani çok **devasa bir organizasyon istiyor** gerçekten. Yani yüzlerce insan bir kişinin sağlığı için aslında bir şekilde uğraşmış oluyor. Ama yani bu süreci şey yapmak; planlayabilmek ve onu kurmuş bir sistematik hale dönüştürmüş olmakta gerçekten büyük bir iş. Yani herhangi bir hastanenin organizasyonu, böyle bir hizmeti yürütebilmesi bayağı şey geliyor bana yani. Mucizevi bile geliyor yani. (Tıp, öğrenci\_7)*

### Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri

Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAİ gereksinimine yönelik ifadeleri “hasta güvenliği”nin sağlanması için ortak çalışma

olarak tanımlanmıştır. Farklı sağlık alanı profesyonelleriyle yapılacak işbirliklerinin ve bilgi alışverişinin doğru kararlar almaya ve doğru ilaç uygulamalarına katkı sağlayacağı belirtilmiştir. Bu ifadeler hasta güvenliği olarak kodlanmıştır.

*Niye iş birliği yapıyoruz şöyle doktor hastasından haberdar olmak istiyor çünkü onun tedavisini o takip ediyor belki ona göre bir ilaç ayarlaması yapacak...Belki ameliyat kararı verecek ya da **ilacını değiştirecek**. Ya da başka bir şey çıkacak. Belki **vermemesi gereken** bir uygulama olduğunu görecektir uygulamadan vazgeçecek. (Fizyoterapi, öğrenci\_6)*

*Mesela ameliyat durumu oluyor hani ameliyata karar vermeleri gerekiyor. En son bir hasta için doktor bizden yardım istemişti test yapılması için. Onun sonucuna göre hastayı ameliyata alıp almamaya karar verecekti. Mesela bu şekilde bir iş birliğinin olması gerekiyor hani doktor bizden haberdar olmalıydı diye böyle bir şey bu hastanın ameliyatı ya olmayacaktı girecekse eğer ameliyata belki **ameliyattan çıkma şansı** düşük olacaktı. Eğer böyle bir iletişimimiz olmasaydı o hastanın tedavi alma şansı olmayacaktı. Ama iş birliği sayesinde hastaya doğru şeyler uygulandı. Yani belki de **hayati kurtuldu** öyle düşünmek lazım. Yani sonuçta yüksek riskli ve yaşlıydı. (Fizyoterapi, öğrenci\_4)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAİ gereksinimine yönelik ifadeleri “hasta güvenliği” kodu ile tanımlanmıştır. Meslek grupları arasında iletişim olmaması halinde yapılan hataların “zincirleme” devam edebileceği belirtilmiştir.

*Ben de şu şekilde düşünüyorum yani meslek özellikle belli bir yerde çalışan meslek gruplarını şöyle düşünüyorum **domino taşları** gibi ya **birisi yanlış yaptığında** sonrasının haberi yoksa o yanlış sonuna kadar gider yani birisinin fark etmesi gerekiyor ki o yanlış sonrası doğru mesaj gitsin gibi düşünüyorum ben hepsi birbirleriyle bağlantılı ve hepsi birbirini etkiliyor bir şekilde öyle düşünüyorum. Doğru, nitelikli bir hizmet sunumu sağlar diye düşünüyorum.” (Beslenme, öğrenci\_3)*

### **Tema 3: Çalışma koşullarında mesleklerarası işbirliği**

Bu temada, işbirliği yapılan çalışma alanlarına yönelik görüş ve deneyimler paylaşılmıştır. MAİ yapılan çalışma alanları, “hastane ortamı, birinci basamak sağlık hizmetleri, yaşlı bakım alanları, rehabilitasyon, özel eğitim merkezleri, okullar, toplu beslenme sistemleri, serbest eczacılık alanı, bakanlık/kamusal alan, akademik

çalışmalar, ürün geliştirme” kodları ile tanımlanmıştır.



Şekil 4.8. “Çalışma koşullarında mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodlar

### Öğretim üyelerinin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
Çalışma koşullarında mesleklerarası işbirliği						0
Hastane ortamı	●	●	●	●	●	35
Birinci basamak sağlık hizmetleri	●	●	●	●	●	8
Yaşlı bakım alanları	●	●	●	●	●	4
Rehabilitasyon süreçleri	●	●	●	●	●	2
Özel eğitim merkezleri	●	●	●	●	●	7
Okullar	●	●	●	●	●	0
Toplu beslenme sistemleri	●	●	●	●	●	8
Serbest eczacılık alanı	●	●	●	●	●	2
Bakanlık/kamusal alan	●	●	●	●	●	4
Akademik çalışmalar	●	●	●	●	●	10
Ürün geliştirme	●	●	●	●	●	6
Σ TOPLAM	16	12	29	9	20	86

Şekil 4.9. Öğretim üleriyle derinlemesine görüşmelerde “Çalışma koşullarında mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp Fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “hastane ortamı, birinci basamak sağlık hizmetleri” kodları ile tanımlanmıştır.

Mezunların hastane ortamında acil sağlık hizmet sunumunda, klinik uygulamalarda, hasta takip ve tedavi süreçlerinde, yoğun bakım hizmetleri ve ameliyathane ortamlarında işbirliği yapacakları dile getirilmiştir. Klinik servislerde hekim “order”ı ile sürdürülen bir işleymden bahsedilirken, acil servislerde ve yoğun bakımlarda iş birliğinin ve ekip olmanın hastanın yaşamı için kritik olduğu ifade edilmiştir. Bir diğer iş birliği alanı ise birinci basamak sağlık hizmetleri olarak açıklanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan deneyimli hemşirelerle iş birliğinin ve dayanışmanın önemi vurgulanmıştır.

*Yani yatan hasta servisleri dışında belki bu mesleklerarası işbirliği ve meslek arası iş birliğinin güçlendirmesi **acil servislerde, yoğun bakımlarda ameliyathanelerde** özellikle çok önem arz ediyor. Bunların hepsi de önemli işlemler yapılan kısımlar. Belki yatan hasta servislerinde iş biraz daha şeye kalıyor. **İşte doktor order eder biz yerine getiririz.** Ben gittiğimde tek de bazı şeyleri tespit edebilirim kâğıda yazarım başkası bakar ama yoğun bakımda zaten **arena usulü** sürekli birliktesiniz hastanın genel durumu kötüleştiğinde de sadece kâğıda yazmak değil işte, zaman yok ekip olmanın getirdiği bir şey. **Ekip olamazsan hasta ölür** bu kadar net. (Tıp, doçent\_6)*

*Şimdi ASM’lerden bahsedelim işte hastaya atıyorum bir şekilde bir koruyucu yaklaşım yapmamız gerekiyorsa yine hemşireyle çalışacaksınız bir şekilde, destek alacaksınız. Yillardır orada çalışan bir kişinin deneyimi belki sizin kapıdan girdiğiniz bir yerde size çok fazla şey kazandıracak. Ekip olacaksınız birlikte çalışacaksınız **dayanışabilmeniz** önemli. (Tıp, dekan, profesör\_1)*

### Hemşirelik bölümü/fakültesi öğretim üyeleri

Hemşirelik bölümü/fakültesi öğretim üyelerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “hastane ortamı, birinci basamak sağlık hizmetleri, yaşlı bakım alanları ve akademik çalışmalar” kodları ile tanımlanmıştır.

Mezunların hastane ortamında, klinik uygulamalarda, yoğun bakım hizmetleri ve ameliyathanelerde işbirliği yapacakları ifade edilmiştir. Hemşirelerin yeni mezun hekimlere kliniğe uyum süreçlerinde destek oldukları belirtilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, işbirliği gerektiren ve hemşirelerin özellikle hekimlerle birlikte çalıştıkları alanlar olarak ifade edilmiştir. Bir öğretim üyesi tarafından mezunlara yönelik dile getirilen “*huzurevlerinde birlikte çalışacaklar*” ifadesiyle yaşlı bakımı süreçleri de MAİ yapılacak bir alan olarak vurgulanmıştır. Sağlıkta dönüşüm süreçleriyle toplum sağlığı hizmetlerinde hemşirelerin daha az yer almasından ve hemşirelerin “*yardımcı sağlık personeli, hekim dışı sağlık personeli*” gibi ifadelerle tanımlanmasından duyulan rahatsızlıktan bahsedilmiştir. İşbirliğinin sağlık hizmet sunumunun yanı sıra proje çalışmaları ve araştırma süreçlerinde de önemli olduğu belirtilmiştir..

*Yoğun bakım ortamları önemli orada iş birliği yapmanız gerekiyor. Aslında hemşire her zaman iş birliği yapmak durumunda. Bireysel çalışacağı bir ortam var mı diye düşünüyorum, bence yok...Yeni mezun hekimlere de çok destek oluyoruz özellikle yoğun bakımlarda” (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_8)*

*Çalışma alanları çok farklı yani. Şimdi temel sağlık hizmetleri dikkate aldığınızda hemşirenin rolü çok büyük. **Toplum sağlığı** hizmetlerinde birinci basamak hizmetlerinin dönüşümüyle hemşire **yardımcı sağlık personeli hatta hekim dışı sağlık personeli** gibi bir konuma getirildi hemşirelerin birinci basamakta çalışma alanları da işte koruyucu hizmetlerdeki rolleri sınırlandırıldı. Oralarda **hekimlerle** çalışıyorlar daha çok.” (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2)*

*İş birliği deyince yani **proje çalışması** da olabilir, **araştırma** olabilir, ortak kongre, seminer, olabilir, dolayısıyla mesleklerarası işbirliği sanki hastanede olacak gibi düşünülse de genellikle birbirine yakın uğraşlar olsa da ben sadece hizmet sunumu olarak düşünmek istemiyorum. Sonuçta bir proje geliştirirsiniz  **faydası yine hastayadır.** (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü/fakültesi öğretim üyeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü/fakültesi öğretim üyelerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “hastane ortamı, birinci basamak sağlık

hizmetleri, yaşlı bakım alanları, rehabilitasyon, özel eğitim merkezleri, akademik çalışmalar ve ürün geliştirme” kodları ile tanımlanmıştır.

Mezunların hastane ortamında acil sağlık hizmet sunumunda, klinik uygulamalarda, yoğun bakımlarda, hasta takip ve tedavi süreçlerinde iş birliği yapacakları ifade edilmiştir. Hastane ortamında “hekim ağırlıklı” bir işbirliğinden söz edilmiştir. Hekimlerin fizyoterapistlere hasta yönlendirmesi ve taburculuk süreçlerinde fizyoterapistlerin görüşlerine başvurulması iş birliğine örnek verilmiş, multidisipliner vizitler, konsultasyon ve konseyler de işbirliği ortamları olarak belirtilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri de işbirliği alanı olarak tanımlanmıştır. Hasta ya da sağlıklı bireyler açısından koruyucu yöntemlerin işbirliğiyle geliştirilmesi ve uygulanması gerektiğine dikkat çekilmiştir. Birinci basamakta aile hekimlerinin bireylerin fizyoterapi ihtiyacını değerlendirme konusunda yetkinliklerinin geliştirilmesinin önemi, fizyoterapist ve diğer sağlık alanı profesyonellerinin birinci basamakta yer almasından duyulan memnuniyet dile getirilmiştir.

Huzurevleri ve yaşlı bakım merkezleri gibi alanlardaki işbirliklerinin önemi vurgulanmıştır. Yaşlı bakım merkezlerinde sağlık profesyonelleri arasındaki “bilgi alışverişi”yle yaşlı bireyin problemini çözmeye yönelik, yarar sağlayıcı uygulamalar yapılabileceği ifade edilmiştir. Rehabilitasyon süreçleri bir diğer iş birliği alanı olarak tanımlanmıştır. Sosyoekonomik koşulların ve işbirliğinin rehabilitasyon sürecine etkisine dikkat çekilmiştir. Özel eğitim merkezlerinde de farklı sağlık alanı profesyonellerinin birarada çalıştığı ifade edilmiştir. Bir öğretim üyesi özel eğitim merkezlerini işbirliği yapılmasının elzem olduğu ancak ticari zihniyet, ağır çalışma koşulları ve özlük hakları sorunlarının yaşandığı yerler olarak değerlendirmiş ve bu merkezlerde çalışanların değer görmemesinin ekip olma motivasyonunu engellediğini dile getirmiştir.

İşbirliğinin akademik çalışmalarda, araştırma, ürün geliştirme ve tasarım süreçlerinde önemli olduğu, özellikle mühendislerle geliştirilen işbirliklerinin verileri daha objektif sunmayı ve nitelikli ürün geliştirmeyi sağladığı ifade edilmiştir.

*Mesela biz hep çalışırız, **hekimler buraya hasta gönderir.** Fizyoterapistin ona*



*yarar sağladığını bilir ama fizyoterapisti yüz yüze tanımaz, kendi karar verir yollar. Fizyoterapistin **kim olduğunu bilmez yolda görse tanımaz** ama yine de hani bu da bir iş birliği mi bilmiyorum. Hastanede yatan hastalara **konsültasyon** hizmeti de veriyoruz biz. Hastanın durumunu **konseylerde multidisipliner vizitlerde konuşmak** olabilir. (Fizyoterapi, dekan yardımcısı, profesör\_7)*

*Yani aslında bu yetişkin olsun çocuk olsun geriatrik bireyler olsun bunların herbirinde yapılan sağlık hizmeti uygulamalarında yine mesleklerarası işbirliği içindeyiz. Yani bir **geriatrik olguya** sadece hemşireler ya da doktorlar bakmıyor. Onların işte mobilizasyonları ev içindeki bakımlarında da artık fizyoterapistler var. Huzur evlerinde işte grup egzersizlerine alınmaları şunların bunların hepsinde yine bütün sağlık profesyonelleri bir arada dolayısı ile belli bir bölüm diyemem bence sağlığın her alanı **sağlıklı olan grup** içinde geçerli bu arada yani **hasta grup** için değil sağlıklı bireylerinde ele alınması koruyucu yöntemlerin geliştirilmesi de toplumsal hizmetlerin işte **halk sağlığı programları** gibi işlemlerde de bir arada çalışmak zorundayız. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

*Özel serebral palsy ya da down merkezi gibi merkezler var. Psikologla da görüşüyorsun. İşte sosyal hizmet uzmanıyla da ya da işte çocuk gelişimci ile de görüşüyorsun. ...Ama hani **para odaklı olan zaten değer görmediğini** düşündüğün bir yerde **ekip içinde çalışma motivasyonu** sağlamak da olanaklı değil. **Özlük hakları** gerçekten çok zayıf. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, profesör\_3)*

***Araştırma geliştirme** konusunda yaptığımız fakat en farklı bizim için **mühendislerin** bu işin içine inmiş olması. O anlamda kıymetli, iş birliğini onlarla yapıyoruz, diğer sağlık çalışanlarıyla zaten ister istemez yapıyoruz. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, profesör\_2)*

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri, “hastane ortamı, serbest eczacılık alanı, bakanlık/kamusal alan, ürün geliştirme” kodları ile tanımlanmıştır.

Hastane ortamında yapılan işbirliklerinde klinik eczacı ve hekim işbirliği öne çıkarılmıştır. Yatan hastalarda ilaç dozu ayarlaması yapılması, tedavinin izlenmesi ve

gerektiğinde değiştirilmesi konularında işbirliğine dikkat çekilmiştir. Türkiye’de klinik eczacılığın yeni geliştiği vurgulanmıştır. Eczacılık mezunlarının eğiliminin eczane açmak yönünde olduğuna değinilmiştir. Serbest eczacılık alanında paydaş olarak tanımlanan hasta, hasta yakını ve hekimlerle iletişim ve işbirliğinin önemi vurgulanmıştır. Kurum eczacılarının ise ruhsatlandırma, kalite kontrol gibi süreçlerde farklı meslek grupları ile çalıştığı vurgulanmıştır. Endüstride çalışacak eczacıların ise farklı disiplinlerle kalite kontrol ve araştırma geliştirme süreçlerinde işbirliği yapacağı ifade edilmiştir.

*Aslında hani ondan bahsettim en başta eğer bir hastane klinik eczacı için orada mutlaka hekim de oluyor, hemşirede olur işte fizyoterapist işte o alanda çalışan o daha da aktif bir süreç yatan hasta. Eczacı bir klinik eczacı ise klinikte **yatan hasta** ile ilgili mesela **doz ayarlaması** bazen o işte terapötik aralık dediğimiz aralıktaki şeylerin doz ayarlaması çok önemli, takibi çok önemli. Orada **ilaçların etkileşimleri** söz konusu olabilir hekim bunu atlayabilir. Ama hani zaten klinik eczacılık dediğimiz meslek grubunun da bence **Türkiye’de uygulaması yakın zamanda** oldu ama bu dünyada zaten hep yıllardır uygulanan bir şey dolayısıyla yani bunu takip etme açısından da oldukça önemli, böyle bir şey olduğu anda devreye girip önerisini yapıp ona göre tekrar **bir araya gelip konuşularak** hemen **uygun tedaviye** geçilebilir, ilaç değişikliği gerekebilir, ilaç değişikliği gerekiyorsa yine aynı şekilde de devreye girerek durumu söyledikten sonra farklı bir yol çizilebilir. Yani bence bu **yatan hasta** için daha da **kritik** bir önem taşıyor. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

*Mezunlarımızın **ne kadar çabalasak** da büyük kısmı eczane açıyorlar. Eczane açmak demek **reçete karşılamak** demek yani. Raftan ilaç alıp vermek değil de o ilacın nasıl **güvenli kullandığını** anlatmak demek...hastalar bir paydaş, bunun dışında reçete yazan hekimler paydaş, ilacı kullananlar ya da ilacı her zaman hastane şey hasta almaz. Tedarikçileri vardır yani aile bireyi çoluk çocuk, dolayısı ile de onlar da paydaş grubu, onlarla iş birliği yapılmalı. (Eczacılık, dekan, profesör\_7)*

***Kamu kurum eczacıları** da şimdi kurumda **ruhsatlandırma** alanında olabilir. Yine **kalite kontrol** çalışıyor olabilir. Orada da farklı meslek gruplarıyla istatistikte olabilir, bilgisayar mühendisleri olabilir. Kurum eczacıları da bu şekilde farklı meslek grupları ile iş birliği içinde çalışmak zorunda. Çünkü birbirinin eksliğini tamamlamak zorunda. **Endüstri** eczacıları ise çalıştıkları birime göre **kalite kontrol bölümünde** olabilir. **Arge** de olabilir. Çalıştıkları birime göre farklı meslekler ile örneğin kimyacılar, biyologlar la analitik*

*kimyacılar la iş birliği içinde çalışmak zorunda.” (Eczacılık, dekan yardımcısı, profesör\_6)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü/fakültesi öğretim üyeleri**

Beslenme ve diyetetik bölümü/fakültesi öğretim üyelerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “hastane ortamı, birinci basamak sağlık hizmetleri, toplu beslenme sistemleri, bakanlık/kamusal alan, akademik çalışmalar, ürün geliştirme” kodları ile tanımlanmıştır.

Hastane ortamında diyetisyen ve hekim işbirliğinin olması gerektiği belirtilmiştir. Çoğu zaman hekim ve diyetisyen arasında iletişim problemleri yaşandığı, hekimin diyetisyenin rolünü de üstlendiği vurgulanmıştır. Diyetisyenlerin öneminin farkında olan hekimlerin ise işbirliğine yöneldiği ifade edilmiştir.

Toplu beslenme sistemleri, diyetisyenlerin işbirliği yapmaları gereken bir başka alan olarak tanımlanmıştır. Satın alma, menü hazırlama, büyük mutfakların işletilmesi gibi süreçlerde aşçı, garson, kurum yöneticisi gibi farklı iş kollarından bireylerle iş birliği içinde çalıştıkları ifade edilmiştir. Toplu beslenme sistemlerinde “kimseyi büyük veya küçük görmeden” iletişim kurulması gerektiği vurgusu yapılmıştır. Proje, araştırma ve ürün geliştirme süreçlerinde de işbirliğinin önemine değinilmiştir.

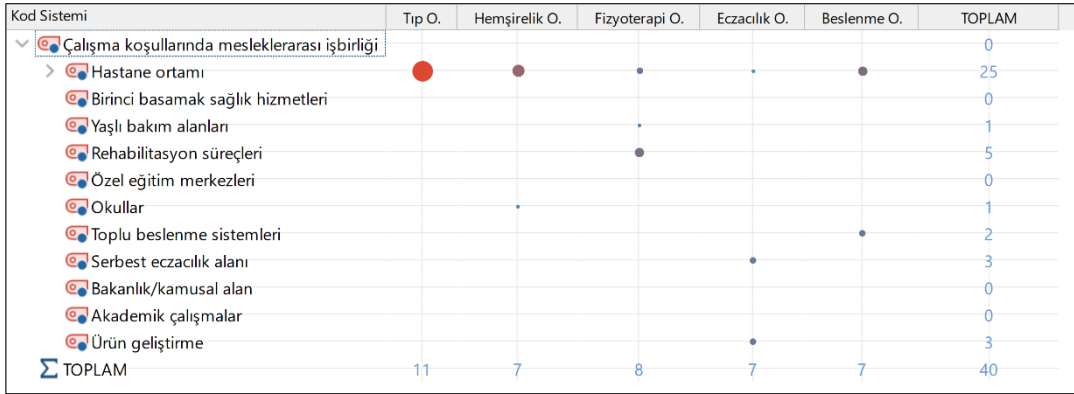
*Aşçılarla, garsonlarla, satın almada mesela orada belki bir menü planlarken hastanenin sadece hasta diyeti anlamında hizmet vermiyorlar. **Hastane menüsünün** planlanması işte özel diyet yemeklerin çıkarılması, bunların satın alınması, satın alma sürecinde hazırlanma sürecine kadar geçen süreçte kimler görevli ise bu kişilerle iletişimde iş birliğinde olacaklar.” (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_2)*

*...aslında şöyle klinikte çalışan diyetisyenleri bekleyen **doktorlarla iş birliği** içinde olmaları. Ama çoğu zaman bu olmuyor. Ancak hani **diyetisyenin yaptığı işin önemini bilen bir tıp doktoru iş birliğine yanaşiyor**. Çoğu zaman kliniklerde **iletişimde problem** olabiliyor. İşte mesela hastanın beslenmesi yönlendirilecek ama burada mesela doktor devreye girip **kendi önerilerini** verebiliyor. Aslında bu iş tamamen buradan mezun olan bir **diyetisyenin yapması gereken** bir iş. Orda iş birliğinin olması gerekiyor.” (Beslenme,*

bölüm başkan yardımcısı, doçent\_9)

TÜBİTAK olabilir. **Projelerin** işte sanayi ile ilgili projeler var. **Ürün geliştirme** alanında çalışan arkadaşlarımız var şimdi ben hepsini tabii hatırlayamıyorum bir anda. Onlar tamamıyla besin firmalarında ya da özel beslenme ürünü satan firmalarda çalışıyorlar.” (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)

### Öğrencilerin görüşleri



Şekil 4.10. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Çalışma koşullarında mesleklerarası işbirliği” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “hastane ortamı” kodu ile tanımlanmıştır.

Hastane ortamında klinik uygulamalarda, hasta takip ve tedavi süreçlerinde, yoğun bakım hizmetleri süreçlerinde iş birliği yapıldığı ifade edilmiştir. Hemşirelerin klinik uygulamalar süreçlerinde hekimlere “yardımcı” olduğu belirtilmiştir. Yoğun bakım servisleri, işbirliğinin sistematik bir şekilde sürdürüldüğü, çok sayıda meslek grubunun emeğinin yer aldığı alan olarak tanımlanmıştır. Karar verme süreçlerindeki MAİ’ye farklı yorumlar yapılmıştır. Bazı öğrenciler, yapılan ortak vizitler ve birlikte karar alma süreçlerine yönelik işbirliği deneyimlerini paylaşırken; bazı öğrenciler ise karar vermenin “doktorlar üzerinden” yürüdüğünü, hastaya yapılacak tedavi uygulamalarının hemşirelere “order” ile iletildiğini ifade etmişlerdir.

Bir öğrenci, poliklinik ortamında “...kimseye laf anlatmak zorunda değilsin..” diyerek servis ortamının polikliniğe göre daha yoğun işbirlikleri gerektirdiğini, tercihinin ise servis yerine poliklinikte çalışmak olduğunu belirtmiştir.

*Endokrin serviste bence en önemli paydaşlardan biri diyetisyenler. **Diyetisyenlerin** özellikle diyabet hastalarına doğru bir diyet hazırladıklarından emin olmak istiyoruz. Çünkü protein oranı bir anda azıcık yüksek oldu mu şekerleri düşüyor, insülininizi düzenlememiz gerekiyor. Genelde **vizitlere** onlar da katılıyorlar bizimle. İşte her gün kalori alımını hocalarımız, biz, diyetisyenlerle beraber tartışıyoruz. Ona göre insülin ayarlanıyor. Yine **hemşire** hanımlar da yanımızda oluyor. Onlar da ona göre işte orderların verilmesini ve hani tedavinin uygulanmasında bize destek oluyorlar. Bu şekilde iletişim kuruyoruz onlarla. Yani **vizitte** beraber konuşarak veya **beraber karar vererek** işte kalorinin ayarlanmasına, karbonhidrat düzeyine. Bu şekilde yapıyoruz bizde. (Tıp, öğrenci\_4)*

*Tanı tedaviye **karar verme doktorlar üzerinden** yürüyor. Ama tedavinin yapılması ve tedavinin hani hastaya uygulanması sırasında daha çok; **hemşire hanımlardan ve özellikle teknisyenlerimizden** yardım alıyoruz. Mesela diyelim ki; kan şekeri takibi yapılacak. Bunu aktif olarak yapmıyoruz. Biz bunu iletiyoruz; şunu şunu şu şekilde **işte yapılması rica olunur order şeklinde**. (Tıp, öğrenci\_3)*

*Bence servis o konuda yani aslında en işbirliğini görmemiz gereken yer. Ama en bizi zorlayan noktalar olduğu için belki de hani ben mesela **serviste çalışmayı hiç sevmiyorum**. Çünkü polikliniğe gittiğinizde; işte hasta geliyor, öyküsü alıyorsun. Asistanla uzmana danışıyorsun, uzman seni yönlendiriyor. O geliyor, bakıyor. Eksiği varsa tamamlıyor. **Hastayı yolluyorsun**. İşte **tek yapman gereken şey; kan alma hemşiresine yönlendirmek. Kimseye laf anlatmak zorunda değilsin**. (Tıp, öğrenci\_7)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “hastane ortamı ve okullar” kodları ile *tanımlanmıştır*.

Kadın hastalıkları ve doğum stajı sırasında yaşanan bir doğumhane

deneyiminde “hiyerarşi”nin olmadığı bir ortamda “ebelerin doktorlara” eğitim verdiğine tanık olmaktan duyulan memnuniyet ve işbirliğinin sunulan hizmetin niteliğini artırdığı dile getirilmiştir. MAİ düzeylerinin hastaneler ya da klinikler arasında farklılık gösterdiği belirtilmiştir. İşbirliğinin zayıf olduğu yerlerde hemşire-hekim çatışmasına şahit olunduğu ve tarafların “hatayı birbirinin üzerine atma” ve “suçlu arama” davranışı sergilediği, hastanın öncelenmemesinden duyulan üzüntü ve şaşkınlık dile getirmiştir. Doğumhane ve ameliyathaneler de işbirliğinin yoğun olarak gözlemlendiği alanlar olarak tanımlanmıştır. Kliniklerde “hiyerarşik düzen”in hissettirildiği ifade edilmiştir. Ameliyathanelerin ise hiyerarşi barındırmadığını gözlemlemekten duyulan memnuniyet ifade edilmiştir.

Okullar, öğretmenlerle işbirliği yapılan bir iş birliği alanı olarak tanımlanmıştır. Öğretmenlerden alınan bilgiler doğrultusunda planlama ve uygulamalar yapıldığından bahsedilmiştir.

*Kadın doğum stajında **doğumhanede hemşire ebe işbirliği** içerisindeydi ve intörn arkadaşlar, doktorlar da vardı doğum sırasında ve ben şunu da gözlemlerim **hani ebelerin doktorlara o doğum anında eğitim verdiğini** de gördüm bir **hiyerarşi yoktu** ve bu benim hoşuma gitmişti. Aslında bu işte iş birliği yapınca **kaliteli ve iyi bir hizmet** sunduğunu da gözlemlerim. (Hemşirelik, öğrenci\_3)*

*Tabi bazıları bu **klinikten kliniğe** de değişebilir, **hastaneden hastaneye** de değişebiliyor. Bunların **hiç olmadığı** mesela hekimlerin sadece bir grup hani kendi aralarında toplandığı, hemşirelerin kendi aralarında sadece kendilerinin bir arada oldukları yerler de gördüm. Bu konuda da sıkıntı yaşadıklarına da şahit oldum ve orada da **hekimle bir hemşire tartışması yaşanmıştı**. Orada da bir hata vardı ve **herkes o hatayı birbiri üzerine atma, kendini temize çıkarma** gibi bir şey olmuştu ve meslek grupları arasında da hatayı kabullenmek değil de yine bir başkasına yüklemek şeklinde olduğunu gördüm ve bu çok korkunç gelmişti bana. Düşünsenize tamam bir hata var ama olan hastaya oluyor yani eğer o hatayı düzeltmeye çalışsalar birlikte olay büyümeyecek ama herkes **suçlu arama derdinde** ve **hasta aslında kimsenin umrunda değil**. Bu gerçekten **korkunç**. (Hemşirelik, öğrenci\_4)*

***İşbirliğini** klinikten **ameliyathane** kısmını çok daha yoğun bir şekilde gördüm. Klinikte belki hekim ilişkisi daha yoğunken diğer meslek grupları*

*daha azken hani ameliyathanede teknikerden işte ekibe kadar hepsinin daha böyle sıkı bir iş birliği içerisinde olduğunu gördüm ve şunu söylemek istiyorum, ameliyathanede **hiyerarşik düzenin olmadığını gözlemledim** en azından. Orada bu sistemin olmadığını görmek beni ciddi anlamda mutlu etti çünkü klinikte hani gittiğimiz yerlere bakınca az çok bu **hiyerarşik düzeni çok hissediyoruz**, hissettiriyorlar bize bir şekilde. Hemşire olduğumuz için de sanki orada olmamız **istenmiyor gibi**. (Hemşirelik, öğrenci\_2)*

*Baştan **okulda öğretmenlerle iş birliği** içerisine giriyorduk psikolojik danışman ve rehberleriye. Çünkü okul sadece sağlıklı öğrencilerin olduğu değil, kaynaştırma eğitim programında özel eğitim, özgün öğrenme güçlüğü olan çocukların da olduğu bir kurum. Bu süreçlerde ilk olarak onlardan kimler olduğu hakkında ne gibi tanılar var okuldan veya uyum programları oluyor diğer göçmen çocuklarla ilgili. Psikolojik danışmanlık rehberleriyle öğretmenleriyle konuşma fırsatımız toplanma fırsatımız oldu. **Bilgiler alıyoruz** daha çok onlardan. Sonrasında yapacağımız şeyleri onlardan aldığımız bilgiler doğrultusunda gerçekleştiriyoruz. (Hemşirelik, öğrenci\_8)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “hastane ortamı, yaşlı bakım alanları ve rehabilitasyon süreçleri” kodları ile tanımlanmıştır.

Bir öğrenci staj yaptığı hastanede hekim ve fizyoterapistlerin birarada vizit yaptıklarını, hastayı tartıştıktan sonra tedaviyi birlikte düzenlediklerini ifade etmiştir. Hastaya fizik tedaviye yönelik uygulamalar yaptırırken ihtiyaç halinde sağlık personeli desteği aldıklarını paylaşmıştır.

Hastayı “yönlendirme” rehabilitasyon süreçlerinde işbirliği olarak ifade edilmiştir. Fizyoterapistlerin rehabilitasyon hizmeti sunarken tespit ettikleri sağlık problemleri hastaları ilgili birimlere yönlendirdiği; hekimlerin de gereksinimi olan hastaları fizyoterapistlere yönlendirdiği belirtilmiştir. Huzurevleri ise hemşirelerle işbirliği yapılan bir ortam olarak açıklanmıştır. Huzurevlerindeki yaşlı bireylerin hemşire takiplerinin fizyoterapi uygulamalarına yön verdiği “...hemşire geliyor ateşini ölçüyor ben ona göre hastayı tedaviye alıyorum veya hastayı tedaviye almıyorum” sözleriyle ifade edilmiştir.

*Biz ilk önce başta doktorlarla iletişim halindeyiz, önümüze geldiği zaman doktor ona teşhisi koyduktan sonra ona bakıp gözlemledikten sonra bizimle iletişime geçiyor ve tedavi aşamasında doktorla beraber iş birliği içerisindeyiz ve gittiğim hastanede her gün vizit yapılıyor ve vizitlere **fizyoterapistler de katılıyor** ve doktor soruyor bu hastaya ne yaptın ne tür bir tedavi uyguladın ve nasıl bir sonuç aldın. O sonuçlara göre tedavi programını **doktorla beraber** şekillendiriyoruz, bunun dışında hastayı mesela fizyoterapistler kaldırıyor yürütüyor egzersizlerini yaptırıyoruz ve sağlık çalışanları mesela koridordaki **sağlık çalışanlarından** yardım alıyoruz eğer hasta ağır bir hastaysa bu şekilde destek alıyoruz. (Fizyoterapi, öğrenci\_5)*

*Bizde benzer şeyi kardiyo rehabilitasyon ünitesinde yapıyoruz orda hastalar için yani çok önemli yer kapsayan şey var risk faktörü eğitimi diye bu risk faktörü eğitimi işte hastada risk faktörü olarak gördüğümüz şeyleri yönlendiriyorduk. Mesela çoğu hastada vücut indeksi 25’in üstünde olduğu için çoğunu **diyetisyene yönlendiriyorduk**, biz aerobik egzersizi öneriyoruz yaptırıyoruz biz ünite de yaptırıyoruz. Ev programı olarak da veriyoruz. Ama*



*beslenmede bir şeyleri düzenlemeyince kendine maalesef istediğimizi elde edemiyorduk. (Fizyoterapi, öğrenci\_8)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencilerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “ilaç temini, ürün geliştirme, serbest eczacılık” kodları ile tanımlanmıştır.

Hastanede ilaç temini diğer meslek grupları ile işbirliği gerektiren bir süreç olarak açıklanmıştır. Bir öğrenci hastane stajında hekimlerle “hiç” iletişimi olmadığını ifade ederek ilaç temininde yalnızca hemşireler ile iletişim kurduklarından bahsetmiştir. Eczanelerde staj yapan öğrenciler, reçetelerde karşılaştıkları problemlerde hekimlerle iletişim kurduklarını ifade etmiştir. Hekim dışında herhangi bir sağlık çalışanı ile temas etmediklerini vurgulamışlardır.

Endüstri ve araştırma geliştirme alanları eczacıların sağlık alanı dışındaki profesyonellerle işbirliği halinde çalıştığı alanlar olarak belirtilmiştir.

*Normalde diğer hastanelerde depo oluyormuş hani o depoda bütün eczacılar o depoda duruyormuş. Ama X Hastanesine yeni gelen sistemde her katta bir tane eczacı odası oluyordu biz orda duruyorduk. Oraya o yüzden hemşireler geliyordu. Bu yüzden en çok iletişimimiz hemşirelerle idi. **İlaç teslimini** onlara yapıyorduk. **Doktorlarla hiç iletişimimiz olmadı** diyebilirim, onlar bizlere hemşireler aracılığıyla ulaşıyorlardı. (Eczacılık, öğrenci\_3)*

*Diğer meslek gruplarını **hiç görmedik** ki hocam. Sadece eczacıyla olan şeyler aklıma geliyor sadece onda da hani fikir ayrılığına düştüğümüz oluyordu...o bazen daha ticari düşünebiliyor ama hani ben o şekilde düşünmüyordum her defasında ayrılıklar oluyordu yani.” (Eczacılık, öğrenci\_1)*

*Endüstrideyken de şöyle **Ar-Ge** alanındaydım ve orda daha çok kimyagerlerle birlikteydim...sonuçta bir üretim olduğu için **mühendislerle ve kimyagerlerle** birlikteydim. (Eczacılık, öğrenci\_5)*

## Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAİ yapılan çalışma alanlarına yönelik ifadeleri “hastane ortamı ve toplu beslenme sistemleri” kodları ile tanımlanmıştır.

Hastane ortamında farklı sağlık alanı mensuplarıyla iletişim kurulduğundan bahsedilmiştir. Staj döneminde “ezilmeme”, mesleğin “bilinirliğini, tanınırlığını” artırma çabasında olduğu vurgulanmıştır. Kurum stajları sırasında mutfak çalışanlarıyla iş birliği deneyiminden bahsedilmiştir.

*Yani en çok **doktor** ve tabi **hemşirelerle** iş birliği yapıyoruz bir hastanın durumunu son durumunu öğrenmek için diyetin değişip değişmediğini öğrenmek için ya da beslenmesinin olup olmadığını öğrenmek için bile hani doktorlarla ve bulamazsak hemşireler de bilgili oluyor bu konuda en çok onlarla iletişime geçiyoruz. Onun dışında bir hastane için bence hastane içinde çalışan her türlü meslek grubuyla bir iş birliği yapıyoruz çünkü hani bizim de bir **bilinirliğimiz ve tanınurlüğümüz** olması gerektiğini düşünüyorum hani hastane içinde çalışma ortamımızda bu nedenle de danışmada oturan çalışan bir kişi bile çok önemli insanlar sorduğunda mesela daha kolay bir şekilde tarif edebilir bize yönlendirir yani bu bile bence de hani hastane içinde yaptığımız iş birliği olarak geliyor bana. (Beslenme, öğrenci\_5)*

*Onun dışında bir de kurum stajım oldu X’de orda zaten mutfakta hem aşçılarla hem garsonlarla hem yer firma mutfağıydı zaten firmanın diğer çalışanlarıyla gıda mühendisleri vardı işte bölge şefleri vardı **bir sorun olduğunda yine iletişime** geçiyordum bir şekilde hem sorunları onlara iletiyordum ya da sorularımı soruyordum aşçılarla ve garsonlarla da aynı şekilde yani bir ortamda çalıştığımız ortamdaki herkesle genellikle bir **iş birliğinde** bulunduğumu söyleyebilirim. (Beslenme, öğrenci\_4)*

### Tema 4: İş birliği yapılacak gruplar

Bu temada, çalışma alanlarında işbirliği yapılması gereken gruplara yönelik görüş ve deneyimler paylaşılmıştır. İşbirliği yapılacak gruplar “sağlık profesyonelleri, sağlık alanı dışı profesyoneller, hasta ve hasta yakını, karar vericiler, dernekler ve üniversiteler” kodları ile tanımlanmıştır.



Şekil 4.11. “İşbirliği yapılacak gruplar” temasına ait kodlar

### Öğretim Üyelerinin Görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Eczacılık D.	Fizyoterapi D.	Beslenme D.	TOPLAM
İşbirliği yapılacak gruplar						0
• Sağlık profesyonelleri	●	●	●	●	●	63
• Sağlık alanı dışı profesyoneller	●	●	●	●	●	56
• Hasta ve hasta yakını	●	●	●	●	●	10
> • Karar vericiler	●	●	●	●	●	8
• Dernekler	●	●	●	●	●	2
• Üniversiteler	●	●	●	●	●	1
Σ TOPLAM	29	40	24	28	19	140

Şekil 4.12. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “İşbirliği yapılacak gruplar” temasına ait kodların dağılımı

Katılımcılar tarafından dile getirilen tıbbi sekreter, sağlık memuru, EKG teknisyeni, dil ve konuşma terapisti, diş hekimi, diyetisyen, ebe, hasta bakıcılar, ergoterapist, fizyoterapist, odyolog, hekim, klinik psikolog, ameliyathane teknikeri, podolog, dil ve konuşma terapistleri, laboratuvar teknisyeni, fizyoterapi teknikeri, *sağlık profesyonelleri*; hukukçu, sosyal hizmet uzmanı, mühendis, bilişim uzmanı, sağlık ekonomisti, sosyal çalışmacı, iletişim bilimci, güvenlik ve kolluk güçleri, santral görevlileri, 112 şoförü, çocuk gelişim uzmanı, biyoistatistikçi, işletmeci, dil gelişimi uzmanı, kimyager, biyolog, pazarlamacı, muhasebeci, insan kaynakları

uzmanı, patent avukatı, gıda mühendisi, çocuk gelişim uzmanı, biyoistatistikçiler, işletmeciler, dil gelişimi uzmanları kimyagerler, gıda mühendisleri, biyologlar, pazarlamacılar, muhasebeciler, satış temsilcileri, işletmeciler, insan kaynakları uzmanları *sağlık alanı dışı profesyoneller*; sağlık birimleri ve hastane yöneticileri, politika yapımcılar, *karar vericiler*; meslek ve hasta dernekleri *dernekler*; dekanlar ve üniversite yöneticileri *üniversiteler* olarak ele alınmıştır.

### **Tıp fakültesi öğretim üyeleri**

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin işbirliği yapılması gereken meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri, sağlık alanı dışı profesyoneller, hasta, hasta yakını ve karar vericiler” kodları ile tanımlanmıştır.

Hekimlerin çalışma alanlarında işbirliği yapmaları gereken sağlık meslek grubu olarak en sık dile getirilen “hemşireler” olmuştur. Bununla birlikte “laboratuvar teknisyenleri, tıbbi sekreterler, sağlık memurları, EKG teknisyenleri, diyetisyenler, fizyoterapistler, ortez protez teknisyenleri, acil tıp teknikerleri, odyologlar, diş hekimleri, klinik psikologlar, eczacılar” iş birliği yapılması gereken meslek grupları olarak yer almıştır. İşbirliği yapılacak meslek gruplarının hizmetin sunulacağı bölge ve hizmet basamağına göre farklılaşacağı belirtilmiştir.

Hekimlerin çalışma alanlarında işbirliği yapmaları gereken bir diğer grup “sağlık alanı dışı profesyonelleri” olarak tanımlanmıştır. İşbirliği yapılacak sağlık alanı dışı meslek grubu olarak en sık “hukukçular” dile getirilmiştir. Yanı sıra, “sosyal hizmet uzmanları, mühendisler, bilişim uzmanları, sağlık yönetimi alanı mensupları, sağlık ekonomistleri, sosyal bilimciler, sosyologlar, iletişim bilimciler, güvenlik güçleri, santral görevlileri, 112 şoförleri” iş birliği yapılması gereken sağlık alanı dışı meslek grupları olarak ifade edilmiştir. Tıp alanında “toplumu anlamak için” sosyal bilimcilere ihtiyaç duyulduğu; hekimin “insana dair, amacı insan olan” ekiplerin parçası olması gerektiği vurgulanmıştır.

Bir öğretim üyesi tarafından hasta ve hasta yakınları da işbirliği yapılması gereken gruplar olarak dile getirilmiştir. Bir diğer grup karar vericiler olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmet sunumun “sürekliliğinin sağlanması”nda kurum yöneticileri ile; “afet” gibi beklenmeyen durumlarda bakanlık düzeyinde politika yapımcılar ve yerel yönetimlerle işbirliğinin önemi vurgulanmıştır.

“Yine **hemşirelik** mesleği sağlık meslek grubudur. Ama yine bir ayrı bir meslek grubu hekimlerle hemşireler bunların birebir çalışması. Hemşireler ve doktorlar ayrılmaz bir meslek grubu oldukları için bunların bir arada çalışması yine birbirlerine eğitici, öğretici ve iş birliği faaliyetlerinde bulunması. Yine tıp hekimleri ile **beslenme ve diyetetik bölümlerinin** bir arada çalışması bunlara örnek olabilir. Fizyoterapistler dediğimiz gibi hekimin görmesi hastayı tedaviye yönlendirmesi ve bu tedavinin yürütücüsü olarak da **fizyoterapistlerin** çalışması. Yine aynı şekilde **odyologlar** la olabilir. Psikologlarla psikiyatristlerin veya işte çocuk hekimlerinin özellikle **nörologların** çok belirgin iş birliği halinde olması.” (Tıp, dekan yardımcısı, doçent\_5)

“...İyi hizmet sunmanız için **mühendislik** ve tıp gibi hatta daha ötesinde **sosyal bilimler** ve tıp alanındaki etkileşimin mutlaka çok iyi olmasını gerektiriyor. Yani **örneğin toplumu anlamak için bir iletişimci, sosyolog**...Yani bir üniversite hastanesinde üçüncü basamak mantığı gibi değil, diğer mesleklerle zaman zaman saha açısından düşündüğümüzde bir interaksyonu olacak **hükümet yetkilisi** ile elbette olacak **örneğin hani bir salgın çıktığında. Mesela deprem olduğunda ben böyle bir olay yaşadım, Kocaeli’de de onun için kriz masası sorumlusu** ile iletişim kuracak **askerle** iletişim kuracak. Çünkü bazen bir **yönetim** aniden değişebiliyor. Yani **devlet erkinin temsiliyeti yerelde neyse orada bulunduğunuz yere göre sağlık müdürü** olabilir ki en çok o ama yerine göre göreve **Kaymakam** geçebilir ya da **askeri erk** geçebiliyor hani öyle bir di sasterda (afet) bu tip şeyler olabiliyor.” (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_3)

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi öğretim üyelerinin çalışma alanlarında işbirliği yapılması gereken meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri, sağlık alanı dışı profesyoneller, hasta, hasta yakını ve karar vericiler” kodları ile tanımlanmıştır.

Hemşirelerin çalışma alanlarında işbirliği yapmaları gereken sağlık profesyonelleri olarak en sık dile getirilen meslek grubu “hekimler” olmuştur. Yanı sıra ifadelerde, “fizyoterapistler, diyetisyenler, ortez-protez teknikerleri, eczacılar, diş hekimleri, klinik psikologlar”, iş birliği yapılması gereken meslek grupları olarak öne çıkmaktadır.

Hemşirelerin “sağlık ekibinin çekirdeğini” oluşturduğu ve ekip üyelerini “biraraya getirip organize eden” taraf oldukları dile getirilmiştir. Bakım olmadan tedavinin tek başına yeterli olamayacağının altı çizilerek hemşirelerin öncelikli işbirlikçilerinin hekimler olduğu, iki meslek grubunun birlikte çalışmak zorunda olduğu vurgulanmıştır.

Hemşirelerin çalışma alanlarında işbirliği yapmaları gereken sağlık alanı dışı profesyoneller olarak en sık dile getirilen meslek grubu “sosyal hizmet uzmanları” ve “öğretmenler” olmuştur. Yanısıra ifadelerde “mühendisler, güvenlik güçleri, iş sağlığı ve güvenliği uzmanları, hukukçular,” işbirliği yapılması gereken sağlık alanı dışı meslek grupları olarak yer almaktadır.

Hasta ve hasta yakınları, işbirliği yapılması gereken gruplar olarak dile getirilmiştir. Hasta ve yakınlarının da dahil olduğu işbirliğinden “karmaşık ilişkiler sistemi” olarak söz edilmiştir. Bir diğer işbirliği yapılacak grup karar vericiler olarak açıklanmıştır. Hasta bakımının kalitesini artırmak için “yöneticiler” ve “politikacılar” ile işbirliğine değinilmiştir. Bir öğretim üyesi tarafından “meslek dernekleri” ve “hasta dernekleri”, işbirliği yapılması gereken güçlü taraflar olarak ifade edilmiştir.

*...hekimler, bir takım araç, gereç, yöntem ve benzeri yöntemlerle ve bilgisini kullanarak bilgi ve becerisinin tıbbi tanıyı koyabilir, tıbbi tanı doğrultusunda tedavi de planlayabilir tedavi uygulanmasına yönelik önerilerini istemlerini yazabilir. Ama **bakım olmadan da tedavi tek başına yeterli değil**...öğrencilerimizin mezun olduklarında en öncelikli iş birliği içine girmeleri gereken meslek grubu **hekimler**, bence hekimler için de **hemşireler**. Birbiri olmadan olmaz, birlikte çalışmak zorundalar.” (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)*

***Aile bireylerinin her biriyle** bölgesinde yaşayan çocuklar her yaştan bireyler. **Hastalarla** sağlıklılarla bir arada bulunacak dolayısıyla orada da farklı daha geniş daha **karmaşık bir ilişkiler sistemi** içerisine girecek.” (GÜ Yeter, Pos. 8)*

*Bir de meslek dernekleri var. Onun yanı sıra büyük gücü olduğunu düşündüğüm hasta dernekleri var. Bilgilendirmeler yapıyorlar destek*

*sistemleri oluşturmuyorlar. Onların iş birliği çok önemli ben vakıfların, derneklerin, sivil toplum kuruluşlarının iş birliğinin çok değerli olduğunu düşünüyorum.” (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin çalışma alanlarında işbirliği yapılması gereken meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri, sağlık alanı dışı profesyoneller, hasta, hasta yakını ve karar vericiler” kodları ile tanımlanmıştır.

Fizyoterapistlerin işbirliği yapmaları gereken sağlık profesyonelleri olarak en sık dile getirilen meslek grubu ortopedi, fizik tedavi, kadın hastalıkları ve doğum, nöroloji, üroloji alanlarında, psikiyatri “uzman hekimleri” olmuştur. Yanı sıra ifadelerde “hemşireler, konuşma terapistleri, diyetisyenler, acil tıp teknisyenleri, protez ortez teknisyenleri, klinik psikologlar, fizyoterapi teknikerleri” iş birliği yapılması gereken sağlık alanı meslek grupları olarak öne çıkmaktadır. Farklı meslek gruplarının uygulamalar sürecinde birbirlerinden haberdar olmaması durumu “kaos” olarak nitelendirmiştir. Yapılan iş birliklerinin hastaya ve hastanın gereksinimlerine göre şekillendiği belirtilmiştir.

Fizyoterapistlerin işbirliği yapmaları gereken sağlık alanı dışı profesyonelleri olarak en sık dile getirilen meslek grubu “sosyal hizmet uzmanları” ve “özel eğitim öğretmenleri” olmuştur. Yanı sıra ifadelerde “mühendisler, çocuk gelişimi uzmanları, biyoistatistikçiler, dil gelişimi uzmanları” işbirliği yapılması gereken diğer meslek grupları olarak öne çıkmaktadır. Engelli ya da fizyoterapi gereksinimi olan çocukların ailesiyle, sosyal çevresiyle, öğretmenleriyle işbirliği yapılmasının önemine dikkat çekilmiştir. Süreçten ailenin de etkilendiği, bu bağlamda pedagog ve aile terapistleri ile de işbirliği gerektiği vurgulanmıştır. Sporcu sağlığı alanında çalışan bir öğretim üyesi tarafından karar verici pozisyonda olan hastanedeki idarecilerle işbirliğinin önemi vurgulanmıştır.

*Bir şeyler yaparken de birbirinden haberdar olmazsa herkes birbirinden o zaman da bir **kaos** ortaya çıkıyor ve bazen de engeller ortaya çıkabiliyor. Demin dediğim örnekte olduğu gibi **hemşire doktor** haricinde çok aklımıza gelmeyen enteresan mesleklerle de iş birliği yapmak zorunda kalıyoruz. Örneğin bir mesela **beslenme, diyet uzmanı**, bir sporcu ile çalışıyoruz biz sporcu, egzersiz ve antrenman programı kullanırken ya da bir yaralanma sonrası iyileşmesi sürecinde rehabilitasyon programı hazırlanırken besin, beslenmesi aslında yaralanma iyileşmesi için çok önemli hale geliyor. Bizim yaptığımız iş kadar önemli hale geliyor ve dolayısıyla örneğin ondan yardım alsak çok daha iyi bir şekilde hastayı sporcuyla iyileştirme şansımız olacak, performansını artırma şansı olacak. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_6)*

*Şimdi engelli çocuklarla çalışıyorsan tamamen fizyoterapi dışında bir **aile, aile yakınları, anne baba**, onların içinde bulunduğu psikolojisi, engelli ailesi olmak yani ülkemizde ya da dünyada... Kardeşi, komşusu bence gittiği yerler yani **sosyal çevresi, öğretmeni**, çünkü özel eğitim farklı yerlerde veriliyor. Onlarla iş birliği içerisinde olmak zorundasın...çünkü buralar sağlık da olsa, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı. **Öğretmenler var pedagoglar, aile terapistleri**. Çünkü ailelerin de sadece çocuk değil, kendi ilişkileri de etkileniyor. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

*Benim çalışma alanım spor. Spor takımlarında her şeyin başında teknik direktör aynı zamanda idari direktör olarak çalışıyor. Aslında bir bakıma **teknik direktör** istemezse mesela fizyoterapisti o takımda istemezse teknik direktörle **ilişkiniz** iyi değilse, fizyoterapist orada kalamaz **idari ilişkiler** de devreye giriyor bu sefer. Hastanede de benzer şekilde idareciler sağlık idarecileri de var, onlar da sağlık idaresi eğitimi alıp geliyor bu çok ayrı bir iş aslında. **Hastane yöneticileri** var. Bu kişilerle de iş birliği yapabiliyor olmak lazım. Ben kendi işimi yaparım deyip çekilemezsiniz.” (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_6)*

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin çalışma alanlarında işbirliği yapılması gereken meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri, sağlık alanı dışı profesyoneller, hasta, hasta yakını ve dernekler” kodları ile tanımlanmıştır.

Eczacıların çalışma alanlarında işbirliği yapmaları gereken sağlık profesyonelleri olarak en sık dile getirilen meslek grubu “hekimler” olmuştur. Yanı



sıra ifadelerde “hemşireler, diyetisyenler, fizyoterapistler, eczane teknikerleri” işbirliği yapılması gereken sağlık alanı meslek grupları olarak öne çıkmaktadır. Bir katılımcı tarafından diyabetik bir hasta olgusu üzerinden hekim, diyetisyen ve eczacı işbirliği örneği paylaşılmıştır.

Eczacıların çalışma alanlarında işbirliği yapmaları gereken sağlık alanı dışı profesyonelleri olarak en sık dile getirilen meslek grubu “kimyagerler” olmuştur. Yanı sıra ifadelerde “biyologlar, pazarlamacılar, muhasebeciler, satış temsilcileri, işletmeciler, insan kaynakları uzmanları, patent avukatları” işbirliği yapılması gereken sağlık alanı dışı meslek grupları olarak öne çıkmaktadır.

COVID-19 salgın sürecinde görüşülen bir öğretim üyesince o dönemde yaşanan ilaca erişim problemine değinilerek eczacıların “hayati önem arz eden” ilaçların üretiminden hastaya ulaştırılmasına kadar olan süreçlerde farklı meslek gruplarıyla işbirlikleri yapmalarının önemine vurgu yapılmıştır.

Hasta yakınları, eczacılık mesleği dernekleri ve farklı meslek gruplarının dernekleri de işbirliği yapılması gereken paydaş grubu olarak ifade edilmiştir. Eczacıların, araştırma kurumlarıyla, üniversitelerle ve buralarda çalışan araştırma süreçlerine katkı sunan farklı meslek gruplarıyla işbirliği yaptıkları belirtilmiştir.

*Normal semt eczanelerinde de genellikle **sağlık personeli, aile hekimleriyle iş birliği yapmaları gerekebiliyor. Onun dışında hastanelerde tabii ki bütün sağlık personeliyle iş birliği gerekebilir. Doktorlar, hemşireler, diyetisyen, fizyoterapist bunlar olabilir. Sonuçta her mesleğin kendine göre bir aldığı eğitim var. Örneğin mesela bir diyabet hastasını düşünürsek, diyabet hastasına diyetiyle ilgili bir eğitim verebilir diyetisyen. Yeni bir insülin veya oral antidiyabetik bir ilaca başlayanaksa bunun reçetelenmesi tanının konması yine hekim tarafından gerçekleşir. Yine eczacı da hastaya insülin kullanma eğitimini verebilir veya hastanın ilaçla ilgili sorularına da yardımcı olabilir. Sadece hastanın değil diyetisyenin hekimin ilaçla ilgili sorularını yanıtlayabilir, vakayı onlarla tartışabilir. (Eczacılık, öğretim üyesi, öğretim görevlisi \_5)***

*...yine eczanelerde ilaç depolarıyla sürekli iletişim halinde olması gerekir.*

*Şimdi Coviddan dolayı da birçok ilaca hani insanlara ulaşamayabiliyor. **Hayati önem arz eden ilaçların ulaşılabilirliğini** sağlamak için iş birliği yapmak gibi. Eczacılar orada da yani ilacın üretiminden, dağıtımına ve hastaya ulaşımını, hasta üzerindeki etkisine kadar süreçte birçok meslekteki kişilerle iş birliği yapmalılar. (Eczacılık, öğretim üyesi, öğretim görevlisi \_5)*

*Eczacı şapkamla birlikte **Ankara eczacılar odası** ve **Türk Eczacıları Birliği** ile Ankara'daki ya da Türkiye'deki tüm eczacı odalarına kayıtlı olan eczacılar benim paydaşımdır. Kendi derneklerimiz ya da farklı meslek gruplarının dernekleri de bu süreçte iş birliği yapılacak taraflardır.” (Eczacılık, dekan, profesör\_7)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri**

Beslenme ve diyetetik öğretim üyelerinin çalışma alanlarında işbirliği yapılması gereken meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri, sağlık alanı dışı profesyoneller, hasta, hasta yakını, karar vericiler ve üniversiteler” kodları ile tanımlanmıştır.

Diyetisyenlerin çalışma alanlarında işbirliği yapmaları gereken sağlık profesyonelleri olarak en sık dile getirilen meslek grubu “hekimler” olmuştur. Yanısıra ifadelerde “hemşireler, eczacılar, sağlık memurları”, iş birliği yapılması gereken sağlık alanı meslek grupları olarak öne çıkmaktadır. Diyetisyenliğin toplum sağlığına yönelik alanında ise aile hekimleri ve halk sağlığı uzmanlarıyla “dirsek dirseğe” çalışma vurgulanmıştır.

Diyetisyenlerin çalışma alanlarında işbirliği yapmaları gereken sağlık alanı dışı profesyonelleri olarak en sık dile getirilen meslek grubu “gıda mühendisleri” ve “aşçılar” olmuştur. Yanı sıra ifadelerde “veteriner hekimler, mutfak çalışanları, ev ekonomistleri, psikologlar, gıda endüstrisi çalışanları, ziraat mühendisleri” işbirliği yapılması gereken sağlık alanı dışı meslek grupları olarak öne çıkmıştır.

Hasta, hasta yakını ve sağlıklı bireyler, diyetisyenlerin işbirlikçileri olarak açıklanmıştır. Çocuk beslenmesi alanında uzman bir öğretim üyesi tarafından çocuk hastanın yakınıyla işbirliğine vurgu yapılmıştır. Bakanlık ve üniversite ortaklıkları kapsamında gerçekleştirilen işbirlikleri olduğu ifade edilmiştir.

**Hekimlerle** mutlaka bir işbirliği içerisinde olmak zorundalar. **Hemşirelerle** yani aklınıza gelen aslında tüm sağlık personeli ile mutlaka bir iş birliği çerçevesinde kendi faaliyetlerini yürütmek durumundalar ve zorundalar. **Eczacıyla** örneğin gibi ya da **sağlık memuruyla** da bulunan herkese aslında az ya da çok mutlaka iş birliği içerisinde olacaktır. Saha bizim çok geniş mesela. Toplum sağlığıyla ilgili bir alanınız var, dolayısıyla **halk sağlığı uzmanlarıyla** hep dirsek dirseğe çalışmak durumundalar. Aile **hekimleri ile çalışmak** durumundalar. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_7)

**Hasta, hasta yakını** olabilir. Biz **çocuk, pediatri ile ilgilenenler** için de hasta ve hasta yakını biraz daha önemlidir. Çünkü çocuklar ufak olduğu için de onlar da hani bir anlamda iletişim de kuramıyorsunuz. Ama çocuğa bakan çocuğun bakımından sorumlu kişi kimse eğer primer onla da iş birliği halinde oluyorsunuz...Bunun dışında bakanlıklar da çalışıyorlar. **Bakanlıklarda** işte bu plan politikaların oluşturulması, ilgili daireler de aktif rol alıyorlar. Oradaki kişilerle ve oradaki çalıştıkları için diğer **üniversitelerde çalışan kişilerle** de iletişim halinde oluyorlar. Yani hem yönetici hem de projelerin yürütülmesinden başta sonuçta **Sağlık Bakanlığı** da birçok projeyi üniversitelerin iş birliğiyle ortaklığıyla yapıyor, o anlamda o tarz kişilerle işbirlikleri oluyor.” (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)

### Öğrencilerin görüşleri

Kod Sistemi	Tip O.	Hemşirelik O.	Fizyoterapi O.	Eczacılık O.	Beslenme O.	TOPLAM
İşbirliği yapılacak gruplar						0
• Sağlık profesyonelleri	●	●	●	●	●	19
• Sağlık alanı dışı profesyoneller	●	●	●	●	●	10
• Hasta ve hasta yakını						0
> Karar vericiler						0
• Demekler						0
• Üniversiteler						0
Σ TOPLAM	10	4	9	3	3	29

**Şekil 4.13.** Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “İşbirliği yapılacak gruplar” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp Fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri ve sağlık alanı dışı profesyoneller” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık profesyonelleri

olarak en sık dile getirdikleri meslek grubu “hemşireler” olmuştur. Yanısıra ifadelerde “acil tıp teknikerleri, psikologlar, diyetisyenler, fizyoterapistler, hasta bakıcılar” iş birliği yapılan sağlık meslek grupları olarak öne çıkmaktadır.

Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık alanı dışı profesyonelleri olarak dile getirdikleri meslek grupları “sosyal hizmet uzmanları ve polisler” olarak öne çıkmıştır.

*İşte hemşireler ile işte hani acil tıp teknikerleri de önemli. Özellikle bizim hastanede teknisyenler de sürece oldukça katılıyorlar. Ancak hep beraber olunca bir şey yürüyebiliyor. Birisi bu düzeni planlıyor, öbürü onun başka bir şeyini yapıyor, bir yazısını yazıyor en basitinden, onu bir yere yolluyor, hemşire hanım işte gidip tedaviyi veriyor, intörn bu sırada bir şeylere yardımcı oluyor bir şekilde. (Tıp, öğrenci\_7)*

*“Psikiyatri servisinde psikologlarla, sosyal hizmetler uzmanları ile çalışılıyor. Bizlere onlar da katılıyorlar. Psikologlar, nöropsikolojik testlerini yapıyorlar hastaların. İşte sosyal hizmetler uzmanı çalıştığı yere gidip, onlar hakkında bilgi ediniyor. Bizde bunlar da konuşuluyor, bunlar da tartışılıyor. Hani bizim normalde hastadan veya da hasta yakınlarının edinemeyeceğimiz bilgileri; diğer çalışma grubundaki insanlardan öğrenebiliyoruz bu şekilde. (Tıp, öğrenci\_5)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencilerinin çalışma alanlarında iş ,birliği yaptıkları meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri ve sağlık alanı dışı profesyoneller” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık profesyonelleri olarak en sık dile getirdikleri meslek grubu “hekimler” olmuştur. Yanısıra ifadelerde “ameliyathane teknikerleri, diyetisyenler” işbirliği yapılan sağlık meslek grupları olarak öne çıkmaktadır.

Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık alanı dışı profesyonelleri olarak dile getirdikleri meslek grubu “öğretmenler ve psikolojik

danışmanlar” olmuştur.

*Ameliyathane teknikerleri işte hekimler, cerrahi hekimler, sterildeki ekipler hep bir ekip içerisinde. Evet daha çok ameliyathanede bunu gözlemliyoruz. (Hemşirelik, öğrenci\_4)*

*Ama en az sanırım hiç görmeden mezun olacağım bölüm sanırım eczacılık. Hekimlerle çok iş birliği içerisindeyiz daha çok. Bunun dışında diyetisyenlerle de ben iş birliği hani oluyordu mesela bizim diyabet hastaları olsun onların diyet listelerine göre. Sonuçta hani hemşire de beslenmeyi kontrol ediyor bir bakıma, besin gereksinimlerini sağlıyor hastaların. (Hemşirelik, öğrenci\_6)*

### **Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencilerinin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri ve sağlık alanı dışı profesyoneller” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık profesyonelleri olarak en sık dile getirdikleri meslek grubu “hekimler” olmuştur. Yanısıra ifadelerde “hemşireler, hasta bakıcılar, ortez-protez teknikerleri, ergoterapistler” işbirliği yapılan sağlık meslek grupları olarak öne çıkmaktadır. Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık alanı dışı profesyonelleri olarak dile getirdikleri meslek grupları “medikalçiler” olmuştur.

*Rehabilitasyon merkezinde staj yapıyorum, hasta geldi başı felan döndü direkt hemşireler geliyorlar tansiyonunu ölçüyorlar eğer düşük falansa tip dediğimiz masaya yatırıyoruz daha sonra yavaş yavaş kaldırıyoruz hemşire ile iş birliği yapıyoruz daha sonra hastalar ağrırsa yardım diye bağırdığımızda hasta bakıcıları falan geliyorlar beraber masaya kaldırıyoruz beraber sandalyeye oturtuyoruz yani her zaman bir iş birliği içindeyiz. Özellikle çarşamba günleri de doktorlar geliyor ziyaret yapıyorlar mesela geçen haftadan bu haftaya nasıl bir ilerleme olduğunu gözlemliyorlar bu hastaya ne yapabiliriz diye konuşuyoruz doktorlarla beraber. (Fizyoterapi, öğrenci\_5)*

*...en çok kullandığımız hastalarda ortez-protez bunun için de sürekli ortez işiyle uğraşan sağlıkçılarla da iş birliği içerisindeyiz.” (Fizyoterapi, öğrenci\_3)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencilerinin çalışma alanlarında işbirliği yapılması gereken meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri ve sağlık alanı dışı profesyoneller” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık profesyonelleri olarak dile getirdikleri meslek grubu “hekimler” ve “hemşireler” olmuştur. Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık alanı dışı profesyonelleri olarak dile getirdikleri meslek grubu “kimyagerler” ve “mühendisler” olmuştur.

*İlaçların raporlarında veya reçetelerinde ilaç çeşitlerinin eksikleriyle bazı sıkıntılar olduğu zaman **tıp doktoru hekimlerle** temas kurduğumuz zamanlar oldu. (Eczacılık, öğrenci\_1)*

*En çok iletişimimiz **hemşirelerle**di. İlaç teslimini onlara yapıyorduk. Doktorlarla hiç iletişimimiz olmadı diyebilirim... (Eczacılık, öğrenci\_2)*

*Endüstrideyken de şöyle Ar-Ge alanındaydım ve orda daha çok **kimyagerlerle** birlikteydim hani sağlık çalışanı olup olmadığını bilmiyorum ama sonuçta bir üretim olduğu için **mühendislerle** ve **kimyagerlerle** birlikteydim. (Eczacılık, öğrenci\_3)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları meslek gruplarına yönelik ifadeleri “sağlık profesyonelleri ve sağlık alanı dışı profesyoneller” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği yaptıkları sağlık profesyonelleri olarak dile getirdikleri meslek grupları “hekimler, hemşireler ve fizyoterapistler” olmuştur. Hekim ile diyetisyen iletişiminin hekimlerin hastaları diyetisyenlere yönlendirmelerine katkı sağladığı ifade edilmiştir.

*Özellikle mesela yaptığımız bölüme göre değişiyordu mesela her hafta değişiyordu bir sirkülasyon halindeydik endokrindeyken **endokrin doktorlarıyla** çok iyi iletişim halinde olmamız gerekiyordu ya da metabolizmada staj yaparken bazen anlaşılabilir oluyor attıkları konular, farklı*

*kısaltmalar kullanıyorlar arıyorsun soruyorsun (Beslenme, öğrenci\_5)*

*Alım satım işleriyle uğraştığımız için ordaki **insan kaynaklarıyla** olsun ya da ne bileyim **aşçıyla garsonla** ordaki personelle hepsiyle iletişimimizin iyi olması gerekiyordu hepsiyle de bir şekilde işi yürütebiliyorduk yani gerisi de önemli hastanedeki tüm çalışanlar.” (Beslenme, öğrenci\_2)*

### **Tema 5: Mesleklerarası iş birliğini etkileyen faktörler**

Bu temada, MAİ’yi etkileyen faktörlere yönelik görüş ve deneyimler paylaşılmıştır. MAİ’yi etkileyen faktörler, “mesleki kimlik, rol algısı, toplumsal imaj, kurumsal yapı, yasa ve yönetmelikler, istihdam, ekonomi, alan koruma, mesleki eğitim süreci, iletişim becerisi, kişilik özellikleri” kodları ile tanımlanmıştır.



**Şekil 4.14.** “Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler” temasına ait kodlar

### **Öğretim üyelerinin görüşleri**

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
☐ Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler						0
☐ Mesleki kimlik, rol algısı	•	•	•	•	•	25
☐ Toplumsal imaj	•	•				11
☐ Kurumsal yapı		•	•		•	12
☐ Yasa, yönetmelikler, sınırlar, sorumluluklar	•	•	•		•	23
☐ İstihdam, ekonomi, alan koruma	•	•	•		•	17
☐ Mesleki eğitim süreci	•	•	•		•	16
☐ İletişim becerisi			•	•	•	5
☐ Kişilik özellikleri		•				4
Σ TOPLAM	19	42	26	3	23	113

**Şekil 4.15.** Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAİ’yi etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “mesleki kimlik, rol algısı, toplumsal imaj, yasa, yönetmelikler, sınırlar, sorumluluklar, istihdam, ekonomi, alan koruma, mesleki eğitim süreci” kodları ile tanımlanmıştır.

Mesleki kimlik, rol algısı; “hiyerarşi, doğal liderlik algısı, tıp hegemonyası, aşırı özgüven, mesleğini sevme, hastaya değer verme, rol çatışması” kavramları ile açıklanmıştır. Hekimin “hiyerarşi” ve “doğal liderlik” algısının diğer meslek grupları üzerinde baskın (hegemonik) bir yaklaşıma dönüşebileceği ifade edilmiştir. Bu algının oluşmasında “erkek egemen” zihniyetin etkili olduğu vurgulanmıştır. Liderliğin sorumluluk gerektirdiği, hizmet sunumunda temel amacın hastanın iyiliği ve güvenliği olduğu, liderlik becerisinin eğitim sürecinde kazandırılması gerektiği vurgulanmıştır. Yetkin olunmayan bir konuda “hakimmiş gibi davranma” ve “aşırı özgüven”in tehdit unsuru olduğu vurgulanmıştır. Mesleki kimlik algısının bir diğer bileşeni “mesleğini sevme” ve “hastaya değer verme” olarak ifade edilmiştir. Mesleğini seven, hastaya değer veren, hasta için sorumluluk hisseden hemşirelerin iş birliğine açık olduğu, hekimlere destek olmak için fazladan sorumluluk aldığı bu “iyi niyet”in yasal sorunlara da neden olabildiği vurgulanmıştır.

MAİ’yi etkileyen bir diğer bileşen “toplumsal imaj” olarak tanımlanmıştır. Toplumsal imaj, toplumun mesleklere yönelik algısı olarak ele alınmıştır. Hekimlerin toplumun gözünde hemşirelere göre daha fazla “takdir aldığı, kahramanlaştırıldığı”;



hemşirelerin ise “yardımcı” olarak görüldüğünden söz edilmiştir. Toplumun bu bakış açısıyla da “egosu yüksek” hale gelen hekimler ile çalışmanın hemşireler için zor olduğu vurgulanmıştır.

MAİ’de sınır ve sorumlulukların açık olarak belirlenmesinin önemi vurgulanmıştır. Mesleklerin görev tanımları içinde “birbirlerine karşı sorumluluk tanımlarının” yapılmasının işbirliği zemini yaratacak bir “yatay eksen” sağlayacağı ifade edilmiştir. Mesleklerin sınırlarının net olarak belirlenememesiyle oluşan “gri zonlar”ın çatışma yarattığı vurgulanmıştır. Sağlıkta karar verme süreçlerinde “egemen” grubun “hekimler” olduğu ifade edilmiştir.

MAİ’yi etkileyen bir diğer faktör, “alan koruma çabası” olarak ele alınmıştır. Mesleklerin yetki ve sınırlarındaki belirsizlikler ile mesleklerin kesişen rollerinin çatışma yarattığı “fizyoterapist-hekim” ve “diyetisyen-hekim” ilişkisi örnekleri ile vurgulanmıştır. Bir öğretim üyesi tarafından yaşanan bu çatışmalar “güç savaşları” olarak ifade edilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin mesleki eğitimi işbirliğini etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmıştır. Alınan eğitimin niteliği, mesleki alan yeterliği, kişinin ekip olmaya yönelik bilgi ve becerisi, diğer sağlık profesyonelleri ile eğitim alma durumunun işbirliğini etkilediği vurgulanmıştır. Değinilen bir diğer unsur ise aşırı uzmanlaşmadır. Aşırı uzmanlaşmanın “bütünü görememeye” neden olduğu ifade edilmiştir. Cerrah olmanın “yarı tanrılık” olarak algılandığı, bu algıda öğrencinin eğitim sürecinin ve eğitim ortamındaki deneyimlerinin etkili olduğu vurgulanmıştır. Eğitim sürecinde birlikte çalışılan ortamlar sağlanmasının bireyleri mezun olduktan sonraki işbirlikli çalışma ortamlarına hazırlayacağı ifade edilmiştir. Değişimin sağlanmasında ve sürdürülmesinde, ekip olmada ve karşılıklı güven ilişkisinin oluşmasında “alanında yetkin” olmanın önemine de dikkat çekilmiştir. Ekip olma, eğitimle kazanılan bir “beceri” olarak ifade edilmiştir.

*Bizde iş birliği kavramı **kategorize edilme** ile eşdeğer ve bu kategorizasyon da bir sıralamaya bağlı. Bir zincirin halkalarından ziyade işte **yukardan aşağıya***

başlar. Evet yukarıdan aşağı bir sıralama ile gidiyor. Bunu en çok üniversitede asistanlık sırasında hissetmiştim. Tabirimi mazur görün lütfen. Hemşirelerle it dalaşı yapıyorduk, sen onu yapacaksın, ben onu yapmayacağım. İşte sen benim üstüm değilsin işte ben buranın sorumlusuyum. Bu tamamen **erkek egemen** bir topluluk içerisinden gelmemizden, tamamen hayatımız boyunca ekip anlayışını bir lider olarak düşünüyoruz, diğer herkes altımızda ve **söylediklerimiz yapılacak.** (Tıp, doçent\_9)

Bu **hiyerarşik** yapı eğer kişinin kafasında vazgeçilmez bir noktada olursa bu sefer zaten bu iş birliği biraz daha farklı bir noktaya taşınabilir. Tabi ki bir ekibin içinde lider olan, lider olması gereken işi yönetecek olan bir kişinin olması kadar doğal bir şey yok. Ama **o liderlik vasfını** biraz daha farklı yerlere taşıdığınız zaman bu sefer bu diğer gruplar üzerinde bir **hegemonya**. Onun için burası bence önemli hem bu işte rol alan eğitimci hem bu işi tetikleyen yöneticilerin bunu gözetmesi lazım. **Eğitim sırasında** bu mesajların verilmesi lazım. Burada çok ince bir çizgi var aslında. Yani sonuç olarak herkesin yeterliliği ve yetkinliği belirli, herkesin tek hedefi var nedir **o hastanın iyiliği ve güvenliği**. Bu yoldan çıktığınız zaman kimse birbirinin üzerinde hani "**ben bu işin lideriyim benim dediğim olacak**" dememeli. İşte demin söylediğimiz gibi herkesin birikimine saygı gösterecek. Liderlik yapmak farklı bir şey, "**herkesin üzerindiyim ben, güç sahibi benim**" diye bakmak ayrı bir şey. (Tıp, dekan, profesör\_1)

Bazen hemşireler **görevi olmamasına rağmen** birçok işi yapıyorlar. Yurt dışında hemşire hekim arasında bir unvan da var hani bizim burda isimleri sadece öyle geçmiyor. Ama günlük pratik içerisinde o eğitimi spontan olarak almış oluyorlar. Yıllar içerisinde. 10 yıllık hemşire eğer meslekte çok **hevesliyse, mesleğini seviyorsa, hasta için sorumluluk hissediyorsa** ise eğer, zaten sizinle de işbirliği yapıyor, sizin işinizi azaltmak için uğraşılıyor, iyi niyetten dolayı yapıyor. Tabii bu **yasal çerçevelerde** çok zorluk yaratabiliyor bazen. Onların başını belaya sokabiliyor. (Tıp, profesör\_8)

Hemşireler için bizle çalışmanın çok zor olduğunu düşünüyorum. Şöyle ki; son derece halk tarafından **takdir edilen, egosu yüksek** bir meslekle hep onların astı olarak görünen pozisyonda yardımcı pozisyonda çalışmak zorundasınız. Ne yaparsanız yapın takdir edilmeniz çok zor. Mesleğinizde ne kadar başarılı olursanız olun dönüp dolaşıp **yardımcı pozisyonda** başarılı oluyorsunuz. Ama diyelim siz o mesleğin en iyisisiniz en iyi yaparsınız ama hak ettiğiniz takdiri alamıyorsunuz. Çünkü yanınızda öyle bir meslek var ki hem mesleğin erbapları tarafından hem de halk tarafından **ilahlaştırılmış. Bir kahramanlaştırılmış** meslekle yan yana çalışıyorsunuz. (Tıp, profesör\_8)

İşbirliğini yaralayan noktalar olabiliyor. Burada mesleklerin arasında bazen

*belirlediğimiz sınırlarda **gri zonlar** oluyor, o intersectionlardan sapmalar olabiliyor. Bu da bu sefer iki işbirliği yapacak meslek grubu arasında bir takım **çekişmelere** yol açıyor. Bu da hani çok üst düzeyde yaşanan çekişmeler küçük çalışma alanlarına yansımaya başlıyor...Gri zonlarda alanlarında güç savaşları deyim ben. (Tıp, dekan, profesör\_1)*

*Genel tabloyu genel tabloya zaten biraz önce de söylediğim gibi şu anda aktif olarak **Sağlık Bakanlığı** yapısına baktığımızda da benzer bir şey görüyoruz. Nedir o, sağlıkla ilgili kararların tamamı **hekimler tarafından** veriliyor. Şimdi iş böyle olunca aslında konuşulacak çok da tartışılacak bir şey yok. Baştan bir **egemen grup** var. ...Herkesin bir görev tanımı olsa herkes o görev tanımı içerisinde **birbirine karşı olan sorumlulukları** tanımlansa belki iş hani dikey eksenden yatay eksene gelecek. Yani böyle bakıyorum o yüzden de daha bunun daha oturduğunu düşünmüyorum. (Tıp, doçent\_9)*

*İş birliği için **eğitimde de birlikte vakit geçirmek gerekiyor**. Bizde ilk üç yıl zaten hiç klinik deneyim yok. Diğer mesleklerle karşılaşma gibi bir imkân da yok. 4-5. yılda hastaneye çıktıktan sonra da stajlar sırasında bile öğrenciler çok fazla hekim dışı meslek gruplarıyla karşı karşıya kalmıyorlar. Ama 6. yıl yani intörlük hayatlarında son sınıf öğrencileri iken klinik uygulamalara daha ağırlıklı giriliyor belki orada karşılaşıyor. (Tıp, doçent\_9)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “mesleki kimlik, rol algısı, toplumsal imaj, kurumsal yapı, yasa, yönetmelikler, sınırlar, sorumluluklar, istihdam, ekonomi, alan koruma, mesleki eğitim süreci ve kişilik özellikleri” kodları ile tanımlanmıştır. İfadelerde çoğunlukla hemşire-hekim iş birliği örneklerine yer verilmiştir.

Mesleğe yönelik algıların MAİ’yi etkilediği ifade edilmiştir. Mesleki kimlik, rol algısı; “ötekileştirme, doğal liderlik algısı, üstünlük algısı, güvensizlik” olarak açıklanmıştır. Hekimlerin hemşireleri “kendinden olmayan” olarak gördüğü ifade edilmiştir. Hemşirelerin, “hekim dışı ve yardımcı sağlık personeli” olarak nitelendirilmesinin “aşağılayıcı, onur kırıcı olduğu ve biat barındırdığı” vurgulanmıştır. Sağlık meslek gruplarında “güç savaşları, mutlak liderlik ve üstünlük” anlayışının hasta odaklılıktan uzaklaştıracağı ve hastaya zarar verebileceği

belirtilirken; bir diğerk meslek grubunu tanımamanın ve o meslek grubunun yeterliklerinin farkında olmamanın o gruba yönelik “güvensizlik” ve o grupla işbirliğı engeli yarattığı vurgulanmıştır.

MAİ’yi etkileyen bir diğerk bileşen “toplumsal imaj” olarak tanımlanmıştır. Toplumsal imaj, “güç dengesi, toplumdaki iş birliğı kültürü, toplumun mesleklere yönelik algısı ve toplumsal cinsiyet” olarak ele alınmıştır. Mesleklerin toplum tarafından algılanan güç farkının işbirliğini etkilediğı vurgulanmıştır. Farklılıkların ötekileştirilmediğı toplumsal yapılarda sağlık meslek grupları arasında işbirliğinin gözlemlendiğı ifade edilmiştir. Ayrıca, toplumun hemşireleri tanımaması, rol ve sorumluluklarının farkında olmaması, yalnızca temel bazı klinik becerilerin uygulayıcısı olarak görme eğilimi de toplumsal imaj belirleyicisi olarak ele alınmıştır. Bir diğerk vurgu toplumsal cinsiyet rolleri üzerine yapılmıştır. Kadın ağırlıklı bir meslek grubu olan hemşirelerin karar süreçlerine dahil olamadığı, son yıllarda sayıca artan erkek hemşirelerin “çocuk doğurmaması” nedeniyle yönetim kademelerinde daha çok yer aldığı ve daha çok tercih edildikleri vurgulanmıştır. Erkek hemşire sayısındaki artış, kadın hemşire istihdamı açısından “tehdit” olarak değerlendirilmiş ve bu durumun kadın hemşirelere “evlerine dönme” riski yaratabileceğinden duyulan kaygı dile getirilmiştir.

MAİ’yi etkileyen bir diğerk faktör ise “kurumsal yapı” olarak ele alınmıştır. Kurumun amacı, öncelikleri ve kurumsal kültürün işbirliğinde belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Sağlık sistemi ve kurumun sağlık hizmet sürecinin “hasta odaklı” olmasının sağlık meslek gruplarını işbirliğı yapmaya ve işbirliğini sürdürmeye motive edeceği vurgulanmıştır.

“Yasa, yönetmelikler, sınırlar ve sorumluluklar”ın MAİ’yi etkilediğı vurgulanmıştır. Yönetmeliklerin açık olmaması, görev tanımlarının, sorumlulukların ve sınırların anlaşılammaması nedeniyle meydana gelen “belirsizliklerin” çatışmaya yol açtığı yönünde ifadeler öne çıkmıştır.

MAİ'yi etkileyen bir diğer faktör ise “istihdam, ekonomi, alan koruma” olarak ele alınmıştır. İş bulma kaygısının, rant ve çalışma alanını bir diğer meslek grubuna kaptırmama çabasının mesleklerarası çatışmaya neden olduğu vurgulanmıştır. Bir öğretim üyesince işbirliğinin ekonomik olarak “dezavantaj” yaratabileceği şeklinde bir algı olduğunun altı çizilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin “mesleki eğitim süreci”, işbirliğini etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmıştır. Alınan eğitimin niteliğinin, bireylerin mesleki alan yeterliğinin, ekip olmaya yönelik bilgi ve becerilerinin mesleklerarası işbirliğini etkilediği dile getirilmiştir. Karşılıklı “güven” ilişkisinin inşa edilebilmesi için bireylerin kendi alanlarında donanımlı ve yetkin olmasının önemi vurgulanmıştır. Son olarak, sağlık meslek profesyonellerinin üniversiteye kadarki yaşamıyla da şekillenen “kişisel özelliklerinin” işbirliği açısından önemli olduğu dile getirilmiştir.

*Mesela yardımcı sağlık personeli kavramı günümüzde de çok duyuyoruz bunu. Hekim dışı sağlık personeli ya da yardımcısı. Bu ne kadar saçma bir şey. Hekim yüceleştiriliyor hadi onu bir tarafa ayıralım. Öbür tarafta hekim dışı sağlık personeli kavramı ne kadar aşığılayıcı onur kırıcı. Sanki bir meslek grubuna diğer meslek grupları **biat** edecek. Böyle bir şey söz konusu olamaz. Onlar için yokuz biz. Toplum için birey için hasta için varız hepimiz. Aslında hekimlerin de varoluş nedeni o. Hemşirelerin de fizyoterapistlerin de varoluş nedenleri o. **Ama ayrıştırıcı bir dil olduğu** sürece, bizi diğer olarak gördükleri sürece ekip zihniyetiyle iş birliği zihniyetiyle çalışmak mümkün mü? (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_1)*

*Genelleyecek olursak iş birliğinin çok da iyi olduğunu söyleyemem çalışma ortamlarında... burda X'de hastaneye gittiğim zaman yani yıllardır kliniğe çıksam da oradaki sorumlu doktor bana günaydın demez. Ben aslında oradaki öğrencilerin hocasıyım. Oradaki intörn öğrenci de günaydın demiyor, benim öğrencim de orada gördüğü birine günaydın demiyor, ya da birlikte çalışmaya dair bir zihinsel bir yapıları yok, sadece bedenlen aynı ortamı paylaşan bağımsız kişi olarak düşünüyorlar kendilerini aslında. **Kendinden olmayan ona anlam ifade etmiyor. Power distance** 'tan (Güç mesafesi) etkilenir ki bizim de power distansı yüksek olan ülkelerden biriyiz. Ülkenin yapısı, doktorun ve hemşirenin toplumdaki rolleri imajları bunların hepsini düşündüğünüz zaman yetiştiriliş biçimi, eğitim sistemi, bazı şeyleri de değiştirmek biraz zor. Çünkü*

**kültürü** değiştirmekle ilgilidir. Bu mesleklerarası işbirliğinin yoğun gözlemlendiği yerler İskandinav ülkeleri, İngiltere. Baktığımız zaman özelliklerine zorla yaptırılmak bir yana, bir yandan da zaten kültürleri bunu yapmaya çok müsait, yani farklılıkları ötekileştirmeden birlikte olmaya, toplumun her alanında kadın, erkek, evde, eş ve anne işte iş yerinde hepimiz eşit ve benzer değerlere sahip olunca işbirliği yapmak daha. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)

Çok fazla çatışma oluyor, iletişim çatışmaları inanılmaz çok oluyor hatta akluma şöyle bir örnek geldi bir hekimle bir hemşire arkadaşımız ciddi çatışma yaşadı o zaman yönetimdeydim ben. Hekim arkadaşımız bir order vermiş işte sabaha kadar saat başı idrar alıp teste göndereceksiniz diyor neyse hastaya böyle yazmış, hemşirede de diyor ki ben bunu yapamam diyor. Yapmam gerekmiyor çünkü hastaya zarar verir ama o da diyor ki ben hekimim diyor ben order verdiğim zaman senin yapman gerekir. **Güç savaşı**. Diğer arkadaşlarla da ilgili çok ciddi sıkıntılar çıkıyor, hani yönetimde de kaldım ama böyle bir güç savaşı olduğu zaman herkes ellerinde hangi güç varsa bu gücü kullanmaya çalışıyor. Yani sonuçta bu ortaya çıkıyor, **hasta zarar görüyor**, sabaha kadar idrar yani saat başı idrar alınır mı hastadan. (Hemşirelik, dekan yard., profesör\_436)

Hekim her zaman lider değil yani ya da hemşire de öyle. Lider dediğiniz kişi her zaman **mutlak lider** olamaz zaten. Öncelikler duruma göre değişmektedir. Hepimiz bu bakım verdiğimiz ya da hizmet ettiğimiz bireylerin iyiliği için çalışıyoruz. Hani siz kendinizi hep üstün olarak görürseniz orada **odağı** kaybedersiniz. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_1)

Şimdi tabii ki çok hani bazı kalıplar vardır bu kalıpları biz yıllardır mesleğin içinde olduğum için kendi mesleğim için tabii ki söylüyorum değiştiremediğimiz. Şimdi dışarıdan diğer disiplinlerden ya da işte halktan birine desenez ki hemşire ne yapar? Hemşirenin görev tanımı nedir? enjeksiyon yapar, tansiyon ölçer, onun dışında bir hemşirenin başka ne vizyonu vardır, başka nasıl bir görev tanımı vardır, bunu sağlıkçılar bile tanımıyor. Bugün bir kliniğe gitseniz işte o klinikte çalışan bir hekime bile sorsanız mesleğin görev tanımını bilmiyor. Bu da bizim mesleğimizin önünde aslında en büyük engellerden biri **toplumun hemşireye yüklediği anlam**.” (Hemşirelik, bölüm başkanı, doçent\_5)

Bakın çok ilginç bir şey daha söyleyeceğim size; **toplumsal cinsiyet** nasıl etkili oluyor? Biz artık erkek hemşire de mezun ediyoruz biliyorsunuz artık mesleğe dahil onlar da. Şöyle bir şey gözlemliyorum bu tamamen benim gözlemlerimle hani bunun üzerinde çalışmadım, çalışma yapmadım, belki bundan sonra

sayıları çoğalınca yapabilirim belki böyle bir şey; kendilerini hekimlere daha yakın görüyorlar ben öyle gözlemliyorum. **Toplumun erkeğe yüklediği rolü** orada görüyorsunuz anlatabiliyor muyum ve daha çok mesela asistanlarla ya da işte intörnlerle falan daha çok birlikte görüyorsunuz, şakalaşıyorlar, daha tercih edilen oluyor erkek hemşireler. Çok daha yakın ilişki içindeler hekimlerle. **Bütün yönetici** hemşireler erkek olacak. Bunları almakla yine iyi mi ettik kötü mü ettik diye de düşünüyorum yani. Şimdi özel hastaneler özel sektör kesinlikle erkek hemşire tercih edecek ve erkekleri yönetici pozisyona getirecek. Çünkü **erkekler doğurmuyor** yani bir aile sorumluluğunu almıyor. Dolayısıyla daha çok yani gerçekten kısa bir süre sonra kadın hemşireler ne yazık ki **evlerine dönecek** gibi bir his var içimde böyle bir şey var. Gözlemlerim bana öyle söylüyor. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_1)

Ben sistemin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Yani sisteme girdiğiniz zaman sistem hizmet verilen grubu **hastayı önemsiyorsa bütüncül bakışa** yönelik bir şey kurgulamaya uğraşıyorsa o zaman o sisteme girenler her kim olursa olsun bir süre sonra adapte doluyor ve kurumun amaçlarına hedeflerine yönelik çalışabiliyorlar... Yani **kurum kültürü, kurumun amacı ve kurumun önceliklerini** neye öncelik vermiş ve yapıyı bu öncelikler doğrultusunda oluşturabilmiş mi. Kurum olarak ben insana önem veriyorum diyorsun, sonra gelen insanı oradan oraya gönderiyorsun, savruluyor, belki gitmiyor gönderdiğin yere ve sen o kişiyi o düzensizlikte izlemiyorsun, kaybediyorsun herşey yarım yamalak kalıyor. Böyle bir sisteme girdiğinizde sizde bir süre sonra o davranışları ediniyorsunuz. (Hemşirelik, dekan yard., profesör\_4)

Ama gene bizde en önemli sorunlardan bir tanesi mesleklerin **sınır ayrımları** da çok iyi tanımlanmamış aslında yönetmeliklerde hani kim hangi işi yapmalı ve hangi işi yapmamalı kısmı da biraz net değil. O yüzden o kesişmeler sınır ihlalleri gibi algılanabiliyor çok **çatışmalar yaşanabiliyor** ve o yüzden de hani o sınırların çok net belirlenmesi gerekiyor bence. Bazen yönetmeliklerdeki **belirsizlikler** çatışmaya zemin hazırlıyor diye düşünüyorum. O yüzden gözden geçirilmesi gerekiyor. Çünkü belirsiz kuralların, çatışmanın üzerine işbirliğini inşaa etmek mümkün olmuyor. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_9)

Bazen hani bazı alanlardaki **iş bulma endişesi** nedeniyle derneğe gelen sorunlar mesela en son teknikerlerle ilgili sorun yaşıyoruz. Diyaliz teknikerleri diyaliz hemşirelerinin o alandan çıkarılmasını, kendilerini o alan da kalmasını istiyor..şimdi aynı talepler misal ameliyathane teknikerleri, acil tıp teknisyenleri, teknikerleri, anestezi teknisyenleri, teknikerleri gibi farklı

*alanlarda da karşımıza çıkıyor, dolayısıyla da bunları aslında bir tehdit olarak algılayabiliyoruz. Bu iletişimi **bir iç barışı huzuru bozan** bir şey. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2)*

*Yeterli olması eğer mezun olduktan sonra ise bu olay mesleğine ilişkin bilgisi ve yetkinliğinin olması gerekiyor...Yani benim sana **güvenebilmem** için senin bana güvenebilmen için benim işte aldığım eğitimin bir standardının olması gerekir **eğitim farklılıkları** bu ile iş birliğini sınırlayan şeylerden biri çünkü. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)*

***Ekip bilinci** çok önemli, bilinç için de mezun olmuyor çoğu meslek mensubu daha **bireysel** mezun oluyor, böyle bir **eğitim almıyor**. Ben kendi içinde aynı özeleştiriyi yapabilirim. Hani birçok meslek grubunu tanımadan sadece kendi mesleğini tanıyarak ve kendi bilgi becerisiyle mezun oluyor, sonra bir ekip olarak çalışması gereken bir yere giriyor, ortama giriyor ve oraya alışması o ekip iletişimini nasıl bir **alaylı olarak** öğreniyor yani onu temelden gerçekten doğru öğrenerek gidemiyor oraya ve eğer bozuk bir düzenin içine girdiyse de bozuk bir şekilde yetişiyor. Sağlıklı bir yetiştirme olmuyor. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_9)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “mesleki kimlik, rol algısı, kurumsal yapı, yasa, yönetmelikler, sınırlar, sorumluluklar, istihdam, ekonomi, alan koruma, mesleki eğitim süreci, iletişim becerisi” kavramları ile tanımlanmıştır.

Mesleki kimlik, rol algısı; “hiyerarşi, egolar, hafife alma” olarak açıklanmıştır. Sağlık profesyonelleri arasında sosyal ilişkilere de yansıyan “hiyerarşi” olduğu dile getirilmiştir. Hasta yararının birinci öncelik yapıldığı takdirde “mesleki egolar”ın törpülenebileceği vurgulanmıştır. Meslek gruplarının birbirlerini tanımamalarının, bir meslek grubunca yapılan klinik uygulamaların öneminin farkında olmamalarının ön yargılara, karşı tarafı “hafife alma, değersizleştirme” eğilimine neden olduğu belirtilmiştir. Kurumsal yapının iş birliğine etkisine yönelik olarak ise kurum kültürünün, kurumun işbirliğine yönelik tutumunun ve izlemin işbirliği yapma ve sürdürmeye motive edeceği ifade edilmiştir.

Bu gruba göre mesleklerarası işbirliğini etkileyen bir diğer faktör



yönetmeliklerdeki tanımlamalardır. Fizyoterapi mesleğine yönelik yönetmeliklerin “yorumu açık” olduğu görüşü hakimdir. Yönetmeliklerdeki belirsizliklerin anlaşılır hale getirilmesi, fizyoterapistlerin bağımsız çalışmaya yönelik “yetkilerinin genişletilmesi” ve sağlık meslek gruplarının mesleki yetki, görev, sorumluluk ve sınırlarının “net olarak tanımlanması” gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı düzeyindeki karar vericilerin hekimlerden oluştuğu belirtilerek bu durumun “şövenizme” neden olduğu ve hekim olmayan meslek grupları “lehine” kararlar alınmasına engel olduğu vurgulanmıştır.

Özellikle görece yeni olan sağlık meslek gruplarının birbirlerinin yerine çalıştırıldığı ifade edilmiştir. Bu durumun fizyoterapist ve diyetisyenlerde alanını koruma ve savunma kaygısı yarattığı vurgulanmıştır. Mesleki eğitim “alanında uzman olma” olarak ele alınmış ve karşılıklı güven ve hasta güvenliği açısından mesleki yeterliğin önemine değinilmiştir. “İletişim becerisi” için doğru iletişimde ortak dil kullanımının önemli olduğu ifade edilmiştir.

*İnsanlar arasında mesleki anlamda özellikle sağlık popülasyonunda bir hiyerarşi var. Bu sosyal ilişkiye de yansıtılabiliyor çoğu zaman. .” (Fizyoterapi, öğretim üyesi, profesör\_2)*

*X kurumunda biz bunu yapıyorduk. Mesela hekim de vardı, hemşire de vardı, sosyal hizmet uzmanı vardı, fizyoterapist vardı, diyetisyen vardı ve biz orada kurullar yapıyorduk. Gelen hastayla ilgili her birinin tek tek epikrizi okunuyordu. Herkes söz alabiliyordu. Bu hastada ne yapabiliriz? Ona yönelik de zaten iki haftada bir ya da haftada bir emin değilim tekrar toplanıp her hastayı tekrar konuşuyorduk. Yapılamaz mı yapılabilir ama orada **kurum kültürü** önemli...Türkiye'deki genel yaklaşım ne oluyor çarpıtma, mış gibi gösterme kısmı var. **Hani kurumsal olarak inanarak** yapılırsa bu değişim bence çok daha faydalı olur diye düşünüyorum. **Yani kurum kültürünün oluşması gerektiğini düşünüyorum ve sürekli gerçek olan bir denetim mekanizması.** (Fizyoterapi, bölüm başkanı, profesör\_3)*

*Şöyle şeylerle çok karşılaşıyoruz: ‘Hocam sizin yaptığınız şey o kadar değerli ki. Fizyoterapist az sizin gibi bunları bilen. Biz hemşire arkadaşlara bunları öğresek de bunları yapıverseler” yani en sonunda fizyoterapist arkadaşım da şey demişti ‘vallahi ben de çok becerikliyim, sizin oraya gelsem de bana bir*

*cerrahi öğretseniz de ben bu hastalara basit cerrahi neyse onu yapsam' demişti. 'Ben sizin ne demek istediğinizi anladım' deyip kapattı cerrah da. Bu kadar **hafife alma, değersizleştirme** eğilimindedeler. (Fizyoterapi, dekan yardımcısı, profesör\_7)*

*Sorun çok bizde. Bazı mesleklerin meslek tanımı bile yeni yapılmış durumda. Yani yönetmeliklerde bazı şeyler **yorumu açık**. Yani hatta yapılmamış bile bazısı açıkta hala. Dolayısı ile çok dediğim gibi birbirinin içine giren birbirine müdahale eden alanlar biz aslında ve sorun çıkıyor. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, profesör\_2)*

*Bir fizyoterapistin yaptığı bir şeyi fizyoterapi teknikeri de yapabiliyor. Ergoterapist de yapabilir. Protez ortez teknikeri ya da 4 yıllık okul mezunları var, onların yetki ve sorumlulukları ile ilgili veya hemşirelerin yaptığı bir şey daha doğrusu bizim yaptığımız birşey hemşireler tarafından yapılıyor dolayısıyla böyle çok fazla **birbirine girmiş durumda**. (Fizyoterapi, dekan yardımcısı, profesör\_7)*

*Bazı şeylerin sınırlarını alanlarını çizmek zor olabiliyor yani o mu yapsın bu mu yapsın diye. Yani Türkiye'de biraz böyle alan genişletme şeyleri var yani. Bence her mesleğin öğrencilerine ya da mezunlarına kazandırdığı becerilerle haklar eşit değil. O nedenle de hep bunu kim yapsın **çatışması** var. Yani kâğıt üzerinde ben yapayım benim kaşem imzam olsun **ben kazanayım ama pratikte sen de yapsan olur** olabiliyor. (Fizyoterapi, dekan yardımcısı, profesör\_7)*

*Birlikte çalışınca bazen o zaman pasta bölünüyor, biz pastayı bölmeyi pek sevmeyiz **yani herkes büyük dilimleri sever**. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

*Tıp eğitiminin böyle bir derdi yok sonuçta çok yüzyıllardır yapılan belki binlerce yıldır yapılan çok kabul görmüş, toplumda da bir belirli bir yeri olan bir meslek ama diğer sağlık meslek mezunları çok yeni ona göre yani tıpa göre çok yeni ve çok yer oluşturmaya çalışıp Türkiye'de de sürekli olarak birbirlerinin yerine kullanılan meslekler var. Yani işte atıyorum hala birçok merkezde acil tıp teknisyeni, fizyoterapi teknikeri olarak kullanılıyor ya da fizyoterapi teknikerini fizyoterapist gibi kullanıyorlar. Ya da işte ne bileyim biz eski yıllarda benim staj yaptığım yıllarda gittiğimizde oradaki çalışan kat personeli bile fizyoterapi yapıyordu yani. Dolayısıyla da özellikle bizim mesleğimiz için ciddi bir **koruma refleksi** gelişmiş, **ben diyetisyenlerde** de görüyorum bunu. Bir de mesela daha teknik iş yapanlarda ya da işte **birbirlerinin yerine kullanılabilen** mesleklerde de biraz böyle hani farklı şeyleri de öğrenebilme farklı olma açlığı gelişiyor. (Fizyoterapi, öğretim üyesi,*

doçent\_8)

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAİ'yi etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “mesleki kimlik, rol algısı, iletişim becerisi” kodları ile tanımlanmıştır. Mesleki kimlik, rol algısı; “hiyerarşi ve farkındalık” olarak açıklanmıştır. Sağlık alanında yaygın bir hiyerarşi olduğu, bunun multidisipliner çalışmalarla önlenemediğine dair görüşler sunulmuştur. Klinik eczacılık alanının yeni duyurulduğu ve hekimlerin bu alanın farkına yeni vardıkları ifade edilmiştir. İletişim becerisi ise ortak bir terminoloji kullanılması olarak açıklanmıştır. Uygulamalar sürecindeki meslek grupları arasında “aynı dili” konuşabilmenin işbirliği açısından önemi vurgulanmıştır.

***Meslekler hiyerarşisinin** ne yazık ki sağlık alanında olduğunu düşünüyorum. Günümüzde biraz daha bu şey oldu, kırıldı ama öncesinde bu multidisipliner çalışmaya çok açık değildi Türkiye o yüzden de bir hiyerarşi söz konusuydu bu en temelde karşılaşacakları şey o hiyerarşinin hangi basamağında yer alacaklarını bilmeleri idi ama günümüzde bunu **multidisipliner çalışmalar** artık sadece araştırma bazında değil, uygulamalarda da ağırlık kazandığı için mesleki sorumluluklar tanımlandığı sürece hani bir kısıtlılık olmayacak o mesleki hiyerarşi bir tık geride kaldı. (Eczacılık, öğretim üyesi, profesör\_8)*

*Mesela bir araya geldiğimizde **aynı dili** konuşamıyoruz. Öğrenciler ondan çok yakınıyorlar ve eczacıların birçoğu bu iş birliğini çok önemsiyorlar. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyelerinin MAİ'yi etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “mesleki kimlik, rol algısı, kurumsal yapı, yasa, yönetmelikler, sınırlar, sorumluluklar, istihdam, ekonomi, alan koruma, mesleki eğitim süreci, iletişim becerisi” kodları ile tanımlanmıştır.

Mesleki kimlik, rol algısı; “hiyerarşi, üstünlük düşüncesi, mesleği sevmek, mesleğe aidiyet hissetme, kabul görme” olarak açıklanmıştır. Üniversite sınav

sisteminin hiyerarşiyi beslediği, diyetisyenliği isteyerek kazanan öğrenci sayısının az olduğu, çoğunun tıp isterken puanı yetmediği için diyetisyen olduğu ifade edilmiştir. “Üstünlük” algısının ise meslekler arasında çatışmaya yol açtığı ifade edilmiştir. Diyetisyenlerin özellikle “hekimler” tarafından kabul görmediği vurgulanmıştır.

MAİ’yi etkileyen bir diğer faktör ise “kurumsal yapı” olarak ele alınmıştır. MAİ’nin sağlanması için beslenme ve diyetetik anabilim dallarının hastane içinde yer almasının önemine değinilmiştir. Kurum içinde işbirliği kültürünün oluşturulması ve sürdürülmesinin hasta yararı açısından önemi vurgulanmıştır.

MAİ’yi etkileyen bir diğer faktör “yasa, yönetmelikler, sınırlar, sorumluluklar”dır. Hemşire ve diyetisyenlerin kesişen rollerinin problem yarattığı vurgulanmıştır. Diyetisyenlik mesleğine yönelik yönetmeliklerdeki görev tanımlarının açık hale getirilmesi ve sınırlarının belirlenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca diyetisyenliğin ve diyetisyenliğe ilişkin meslek yasalarının diğer sağlık alanlarına göre daha yeni olmasının mesleğin tanınmamasına ve öncelik verilmemesine neden olduğu belirtilmiştir.

“İstihdam, ekonomi ve alan koruma çabası”, MAİ’yi etkileyen faktörler olarak ele alınmıştır. Beslenme alanında artan işsizlikten bahsedilmiş ve birçok sağlık alanı profesyonelinin “rant” için beslenme alanına dahil olmaya çalıştığı vurgulanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin “mesleki eğitim süreci”, işbirliğini etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmıştır. Alınan eğitimin niteliği, mesleki alan yeterliği, ekip olmaya yönelik bilgi ve becerisinin işbirliğini etkilediği vurgulanmıştır. Beslenme ve diyetetik bölümlerinin çoğalmasının eğitimde kaliteyi düşürdüğü ifade edilmiştir. İşbirliğinin eğitim sürecinde kazanılması gerektiği ifade edilmiştir. “İletişim becerisi” sağlık meslek gruplarının karşılıklı iletişim kurdukları takdirde birbirlerinin önemini anlayacakları belirtilmiştir. Aynı meslek grubundan bireylerin de iletişiminin önemine dikkat çekilmiştir.

*Bu sınav sisteminin üniversite başlangıçtaki **sınav sisteminin** de yarattığı bir böyle bir **hiyerarşik** bir şey oluyor ve mesela oluştuğu içinde o kişilerle aralarında problem yaşıyor. Okul zamanında burada bile yaşıyor. Hani*

işte bu da ileride de probleme yol açabiliyor. Zaten mesleki süreçte de bu sıkıntıları yok mu? Yani herkes kendinin diğer meslek grubundan **daha iyi veya daha önde** olduğunu düşünüyor ve ona göre davranıyor. Bu süreçte bir araya gelip iş birliği yapma olayı olmuyor. Ama üniversite sisteminde veya şöyle deyim yani kişiler işte hemşire, hemşireliği isteyip hemşire olsa. Diyetisyen aynı şekilde. Tamam ben diyetisyen olmak istiyorum diyen diyetisyenlerimiz de var ama çoğunluğu **tıp isteyip de puanı yetmeyenler**. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)

Özellikle hekim camiası tarafından **kabul edilme oranımız** çok düşük oldu. Çünkü zaten biz bunu yapıyoruz zaten bizim önceliğimiz diyetisyenle ilgili işler değil. Zaten bizde ebeler hemşireler var ve bu işi onlar yapıyor diyerek yaklaşık bu kadar bir süreyi geçirdim ben yaklaşık 15 yıl... Bugün için baktığımda Bakanlıkta çalışan diyetisyen arkadaşların daha fazla iş yapabildiğini ama yine göreceli olarak **meslekler arasında bir çatışmanın** ve ben **daha üstünüm ben** işte daha iyi biliyorum bu işi ben de yapıyorum. (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)

Sağlık çalışanıyla en basitinden mesela bir Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde işte fizyoterapi, hemşirelik, beslenme daha hani birazcık daha iç içe olduğumuzu düşünüyoruz. Ama buna rağmen mezun olduğunda gene hemşirelerle çok büyük problemler yaşayan diyetisyenlerle karşılaşıyoruz. Çünkü **hemşire bakım hizmetini verirken diyor ki diyetisyen bakmadı**, onun için onu da ben devraldım. Veya ben bunu da vereyim, şunu da yapayım. **Yani biraz görev tanımlarının iç içe girmesi**. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_1)

Mesleklerarası işbirliği anlamında bu ekip çalışması olan yerlerde ekipteki **kişilerin görev ve sorumluluklarını net olarak belirlenmemiş**. Dolayısıyla tabii ki hani çok iyi ekiplerde, herkes bunu biliyor ve ona göre uyguluyor ama bazen hani diyetisyenin görev yetki sorumluluğuna **girilen yerler** oluyor. Diyetisyen biraz daha teknisyen düzeyinde kalıyor. Orada iyi bir şey bekleyemezsiniz. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_2)

Beslenme belki **çok kolay rant yapabilen bir konu** mesleğim açısından baktığımda. **Mesleki etiğe** çok fazla bu ülkede uyulmadığını düşünüyorum ben. Neden? Çünkü işte dahiliye uzmanı olmuş kişi hani örnekleri var **ama kalkıyor bi yerde çıkıyor beslenme anlatıyor, beslenmeyle ilgili tarifler veriyor**. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_2)

Şu anda neredeyse **yüz bölümde** açılmış durumda bu da tabii ki **niteliksiz**

elemanlar yetişmesine de, yani öğrencilerin yeterliklerinin de düşmesine sebep oldu, neden düşmesine sebep oldu çünkü bunları yetiştiren hocalar zaten yetersiz. Bir kişinin yetişme süresi belli, belli bir aşamaya kadar gelmesi gerekiyor. Ya çok hızlı büyüme bu niteliği düşürdü. Hem iş bulamıyorlar hem nitelik düştü... Herkes yetkilerini sınırlarını yapacağı müdahalenin boyutunu çok iyi bilmeli ve **yanındaki de boyutlarını sadece kendinin değil mesela hemşire ne yapmalıydı diyetisyen de bilmesi gerekiyor. Diyetisyen sadece kendi bildiği ile gittiği zaman diğerlerinin de ona ne kadar yaklaşır ne kadar onlara yardımcı olabileceği konusunda bilgisi de olmayabilir. O iş birliği dediğiniz olayın aslında okulda da verilmesi gerekiyor.** (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)

**Karşılıklı iletişim** olacak yani bir şeyi tek taraflı yapmanız mümkün değil. Hemşire diyor ki ben hekimin verdiği orderlara göre düzenledim sana gerek yok. Ne demek sana gerek yok. Yani onun mutfaktan çıkışını onun hastaya ulaşıp ulaşmadığını, kontrol etmesi gereken diyetisyen. Hemşire demiyor ki işim başımdan aşkın zaten yetişemiyor. Hemşirenin bir yere kadar onu yapması lazım. Yani işte görev tanımları içiçe geçmiş ama **iki taraflı iletişim kursalar rahatlayacaklar** diye düşünüyorum. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_1)

### Öğrenci görüşleri

Kod Sistemi	Tıp O.	Hemşirelik O.	Fizyoterapi O.	Eczacılık O.	Beslenme O.	TOPLAM
☐ Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler						0
☐ Mesleki kimlik, rol algısı		●	●	●		21
☐ Toplumsal imaj		●			●	10
☐ Kurumsal yapı	●	●	●		●	29
☐ Yasa, yönetmelikler, sınırlar, sorumluluklar		●				3
☐ İstihdam, ekonomi, alan koruma			●			7
☐ Mesleki eğitim süreci	●	●		●		18
☐ İletişim becerisi	●	●	●		●	18
☐ Kişilik özellikleri		●				1
Σ TOPLAM	27	47	18	6	9	107

Şekil 4.16. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp Fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin MAİ’yi etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “toplumsal imaj, kurumsal yapı, mesleki eğitim süreci” olarak tanımlanmıştır.

Hekimler, diğer meslek grupları ve toplumla sosyalleşmeyen “kapalı” bir sağlık meslek grubu olarak ifade edilmiştir. Bu durumun hekimlere yönelik “önyargılara” neden olduğu vurgulanmıştır.

Kurumsal yapı içinde, kurumun işleyişi, intörn hekimlerin görev ve sorumluluklarının tanımlanması ve kurumun intörn hekime verdiği değer MAİ’yi etkileyen faktörler olarak ele alınmıştır. İntörn hekimlerin görev ve sorumluluklarının klinikler ve servisler arasında farklılaştığı ifade edilerek rol belirsizliklerinin “çatışmalara” neden olduğu vurgulanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin “mesleki eğitim süreci”, işbirliğini etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmıştır. Alınan eğitimin niteliği, bireyin mesleki alan yeterliği ve ekip olmaya yönelik bilgi ve becerisi işbirliğinde etkili faktörler olarak değerlendirilmiştir.

İletişim becerisine MAİ’yi etkileyen faktörler arasında yer verilmiştir. İletişim problemleri sonucunda çatışma yaşandığı ifade edilmiştir. “Birine iş yaptırmanın zor olmasından dolayı” sağlık çalışanlarıyla iletişim kurmaktan kaçındıklarını ve işleri kendilerinin yaptığını belirtmişlerdir.

***Çok kapalı bir ekibiz aslında... Yani hani bu şekilde kapalı devam ettiğimiz sürece zaten sürekli eleştiri alıyoruz, insanların lincine de uğruyoruz aslında. Yani aslında bizim hayatımızı da açmanız lazım. Yani sadece ders değil farklı etkileşim yerleri ile bunu açmak lazım. Onlar açısından değil, bizim için çok daha iyi olabilir. Yani hem diğer mesleklerin hem toplumun bize önyargısı var. Önyargının nedeni bizim yıkamamız. Çünkü biz kendi içimizde kapalı bir ekibiz ve bu böyle gidiyor, ömür boyu böyle gidiyor. Ben hani bir doktorun ya da bizim hocaların sosyal hayatta farklı bir sağlık çalışanı ile arkadaş olduğuna da rastlamadım. Yani böyle olunca da kötü önyargılar da hep büyüyor büyüyor ve bu yansımaları giderek de daha kötü olacak gibi. (Tıp, öğrenci\_4)***

*Böyle iyi ki varlar iş birliği yapıyoruz diyebileceğim nokta; düşünüyorum 8 ayda çok da yok. Yani zaten biri bir şeyi yapamadığı zaman sürekli biz yapıyoruz. İşte periferik yayma, bir tane posta var zaten; posta ya var ya yok ya çay içmeye gitmiş ya hiç bitmeyen sigara molasında. Periferik yaymayı indir. **Bütün gün böyle yok hasta tartışmamış yok eğitilmiş yok.** Hekimlik görevim olarak; 6 sene o periferik yaymayı taşımak için okumuşum gibi. (Tıp, öğrenci\_3)*

*Yani bence birincisi; kurum içinde görev tanımlarının net olmaması. Burada da zaten en büyük güçlük bu. Hani şu kişi şu görevi yapar kim neyi ne kadar yapacak? Ne noktada duracak? Ve diğer kişiye neyi nasıl paslayacak. Bunun tam bir belli olmaması ve bunun işte bireysel şekillerde suistimal edilmesi. Yani işte bu benim işim değil deyip, çıkıp gitmek. Böyle şeylerin yaşanması en büyük problemlerden biri oluyor. (Tıp, öğrenci\_5)*

*Bir de diğer arkadaşların da anlattıklarından bir şekilde hepimiz intörlükte olumsuz deneyimler yaşamışız belli ki. Ve bu bizim içten içe duvarlar örmemize neden olmuş. Eğer böyle bir eğitim alsaydık belki daha farklı olurdu hani olaylar çatışmaya dönüşmeden çözülebilirdi. (Tıp, öğrenci\_1)*

*Diğer biri, zaten işte iletişim kurmaktaki yetersizlik olabilir. İşte birbirini anlamamak, birbirinin yani nelerle uğraştığını anlamamak, ne kadar değer verdiğini o duruma, o durumun ne kadar önemli olduğunu; karşıya anlatamamak ya da onun anlamaması gibi problemlerde en büyük güçlerden biri oluyor. (Tıp, öğrenci\_7)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri**

Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin MAİ'yi etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “mesleki kimlik, rol algısı, toplumsal imaj, kurumsal yapı, yasa ve yönetmelikler, mesleki eğitim süreci, iletişim becerisi, kişilik özellikleri” olarak tanımlanmıştır.

Mesleki kimlik, rol algısı; “hiyerarşi, üstünlük algısı, düşük benlik algısı” olarak açıklanmıştır. Kendilerini, klinikte doktor viziti sırasında “ayak altında dolaşmamaları” gereken, doktor geçerken “kenara çekilmeleri ve susmaları” gereken bir meslek grubu olarak değerlendirmişlerdir.

MAİ'yi etkileyen bir diğer bileşen “toplumsal imaj” olarak tanımlanmıştır. Toplumsal imaj, “değersiz görülme, toplumsal cinsiyet ve medya etkisi” olarak ele alınmıştır. Üniversite sınav puanının toplumun zihnindeki hiyerarşiyi belirlediği ifade edilmiştir. Bir öğrenci, hemşireliği kazanması nedeniyle yakınlarının kendine yaşattığı değersizlik hissini “travma” olarak ifade etmiştir. Toplumsal imajı şekillendiren bir bileşen ise toplumsal cinsiyet olarak ele alınmıştır. Toplumun geleneksel, ataerkil yapısının, kadın ağırlıklı bir meslek grubu olan hemşireliğin hekimliğe göre daha geri planda kalmasına neden olduğu vurgulanmıştır. Medyanın da toplumsal imaj



belirleyicisi olduğuna değinilmiştir. Hemşirelerin medyada “aşağılandığı” ve “seks objesi” olarak tasvir edildiği yorumu yapılmıştır.

MAİ’yi etkileyen bir diğer faktör ise “kurumsal yapı” olarak ele alınmıştır. Kurumsal yapı içinde, kurumun işleyişi, kurum kültürü ve kurumun öğrenciye verdiği değer mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörler olarak ifade edilmiştir. Kurumsal alışkanlıkları ve dinamikleri değiştirmenin zor olduğu ve kurumların değişime “direnc” gösterdiği vurgulanmıştır. Öğretim üyelerinin klinik dinamiklerden haberdar olmadıkları ve doğru olanın savunuculuğunu yapmanın tehdit unsuru olarak algılanabildiği ifade edilmiştir. Kurumdaki hiyerarşi kültürünün öğrencileri hem hemşire hem de öğrenci olmaktan dolayı “değersiz” hissettirdiği vurgulanmıştır. Hiyerarşi barındırmayan, mesleklerarası iletişimin olduğu ortamlarda klinik deneyimler yaşamanın mutluluk verici ve motive edici olduğu paylaşılmıştır.

MAİ’yi etkileyen bir diğer faktör “yasa, yönetmelikler, sınırlar, sorumluluklar”dır. Mesleklerin görev tanımlarının açık hale getirilmesinin, sınırlarının belirlenmesinin işbirliğine açık, olumlu bir çalışma atmosferi sağlayacağı dile getirilmiştir. Ayrıca çalışma ortamındaki denetim mekanizmalarının yetersiz olması ve hemşirelerin görev tanımındaki işleri bir başka meslek grubunun yapabiliyor olması eleştirilmiş, bunların sonucu olarak mesleklerarası “çatışma” yaşandığı ifade edilmiştir.

Mesleki eğitim süreci de işbirliğini etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmıştır. Alınan eğitimin niteliği, bireyin mesleki alan yeterliği, lise ya da üniversite mezunu olması, öğrenme sorumluluğunu alması iş birliğini etkileyen parametreler olarak tartışılmıştır. Bir öğrenci, düşük benlik algısını eğitim sürecindeki “susturulma” ile ilişkilendirirken, tıp fakültesi öğretim üyelerinin öğrencilerini hemşirelere karşı “önyargılı” yetiştirdiğini düşündüğünü dile getirmiştir.

Aynı ya da farklı sağlık meslek grubundan sağlık profesyonellerinin iletişiminin önemine dikkat çekilmiştir. “Nazik ve kibar” olmanın tarafları motive

edeceği ifade edilirken mesleki statünün “bağırma”yı meşrulaştırmaması gerektiği vurgulanmıştır. Bir diğer üzerinde durulan ise duyuşsal özellikler ve işbirliği ilişkisi olmuştur. “Yalan söyleme” gibi etik dışı davranışları olan bireylerin işbirliği yapamayacağı vurgulanmıştır.

*Bizde klinikte hekim vizit olacağında işte intörnler, stajyerler hocalarla hekim vizit yapacakmış. Hemşirenin bize doktorların viziti var **ayak altında dolaşmayın dediğine** bile şahit oldum. (Hemşirelik, öğrenci\_7)*

*Bir de bir şeyler demek istiyorum, **düşük benlik algısı** da bence bunda etkilidir. Ne kadar çok aldığımız eğitimde mesela iyileşiyoruz diyoruz ama hâlâ düşük benlik algısına sahibiz. Gerçekten **doktordan çekinen**, doktor gelirken kenar çekilen ya da susan bir grubuz. (Hemşirelik, öğrenci\_9)*

*Bu sadece üniversite eğitimiyle olmamalı, toplumun bilinçlenmesi açısından da güzel bir başlangıç olabilir. Çünkü kafalardaki bu hiyerarşik düzen **toplumdan temelleniyor** çünkü yetiştirilme tarzımız işte bu YGS LYS süreçlerimizdeki bu puan sisteminin iyi puanı alan yer **mesleki olarak en iyi yerededir** şeklinde bir algı var. (Hemşirelik, öğrenci\_5)*

*Biraz da **geleneksel** bir yapıdan geldiğimizden dolayı. Biraz daha hekim **erkeğin fazla olduğu**, hemşirenin ise **kadının ağırlıklı** olduğu bir meslek grubu. Ailemize döneceksek topluma dönecek olursak **ataerkil** bir toplumuz, erkek önde kadın geride. Bundan dolayı hemşirelik camiası diğer şekilde diyetisyenler de kadın ağırlıklı ve diğer hekim mesleği dışında çoğu meslek kadın ağırlıklı olduğu için biraz daha **altta geride** tutuluyor. (Hemşirelik, öğrenci\_9)*

*Bence **medya etkili**. Çünkü daha çok seks objesi olarak da görülüyor. Çok yakın zamanda bir reklamda sonra başka bir klipte hemşire kıyafeti ile seksi görünüm verilmeye çalışıldı. Dizilerde hep yapılıyor. (Hemşirelik, öğrenci\_1)*

*Mesela sempozyumlara çalıştaylara katıldığımızda eğitimle ilgili hep bir **pembe gözlüklerle bakan** ve her şeyin çok güzel olduğunu söyleyen hocalarımız var. Bence **hocalar da klinikten birhaber**. Klinikte doğru bildiğini konuşursan ve oradaki düzene **ters bir laf edersen** o klinikten bu kliniğe atılırsın. (Hemşirelik, öğrenci\_3)*

*Biz sadece doğal olarak X Hastanesin’i görüyoruz yani birkaç dönemdir başka hastanelere çıkıyoruz biz ama biz staja başlamadan önce biz de şöyle bir slayt*

hazırlandı işte bölüm başkanından en alt kademeye kadar, **hiyerarşik** bir düzenle kişilerin fotoğraflarıyla gerçekten bir slayt hazırlandı. **Bunu görürsen yol vereceksin** kenarda bekleyeceksin asansöre binmeyeceksin ondan önce ya da onlar varsa sen asansör kullanmayacaksın ki asansörde surf bir hocayla karşılaşıldı mesela bütün okul ayağa kalktı. Bize asansör kullanmak yasaklandı. Bir arkadaşımızın ayağı alçıda yani ona bile zor zor asansör kullanma izni aldık. O kadar düşünün. O kadar hiyerarşik bir sistem içerisindeyiz ki biz hangi kademeyiz, en altta mıyız yoksa en alta bile değil miyiz? Bu yapılanmada nasıl bir **değer hissedebilirsiniz ki? Ben kast sisteminin çok dışında olduğumuzu düşünüyorum hem hemşiresiniz bir de öğrencisiniz.** (Hemşirelik, öğrenci\_5)

Hemşirelerin bence doktorlarla hiçbir şekilde iş birlikleri yok hani sadece şey oluyordu mesela işte sorumlu hemşire doktorların vizitine katılıyor gerekli bilgileri hemşireden alıyorlar. O kadar. İş birliği bu mudur, sorumlu hemşirenin hastanın tansiyonu **120/80 dediğinde işbirliği mi yapmış oluyorsun** bence değildir. (Hemşirelik, öğrenci\_2)

Mesela biz eğitim sürecimizde atıyorum yaşadığım zorluklarla **susturuluyoruz** hocalarımız bize destek çıkmıyor falan diyoruz. Bunlar mesela bizde gerçekten **düşük benlik saygısı** geliştiriyor olabilir ya da mesela tıp eğitimi alan insanların bazıları bu konuda çok fazla önyargılı olduklarını işbirliğine yanaşmıyorlar. Acaba mesela öğrencilerine verdiği eğitimle de bunu aşıyor olabilirler. Ben bir tez çalışmada şey okumuştum 1950'lerin Londra'sında falan işte hekimlerin asla ve asla hemşirelerle hiç konuşmadıklarını, bütün isteklerini yazılı bir şekilde bildirdiklerini filan mesela hani acaba burada hekimler de öğrencilerine bunu aşılıyarak veriyor olabilirler mi ondan kaynaklı bize karşı **önyargılı** insanlar yetişiyor olabilirler mi? (Hemşirelik, öğrenci\_2)

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAİ'yi etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “mesleki kimlik, rol algısı, istihdam, ekonomi, alan koruma, mesleki eğitim süreci, iletişim becerisi” olarak tanımlanmıştır.

Mesleki kimlik, rol algısı; “diğer meslek grubunu görmezden gelme, güvenmeme, küçük görme, mesleğe verilen değer” olarak açıklanmıştır. Bazı hekimlerin kendi içlerinde işbirliği yapsalar da fizyoterapistleri görmezden

gelebildikleri; bazı hekimlerinse hastalarını fizyoterapistler ile birlikte izledikleri ve birlikte karar aldıkları ifade edilmiştir. Birlikte karar alma davranışı “kendi mesleğine verilen değer” ile ilişkilendirilmiştir. Paylaşılan deneyimlerde hekimlerin fizyoterapistlerin bilgisine güvenmedikleri sıklıkla dile getirilirken bir öğrenci diğer sağlık alanı profesyonellerince fizyoterapistlerin yaptıkları işin “hafife alındığını” belirtmiştir.

MAİ’yi etkileyen faktörlerden biri istihdam ve sınırların belirlenmesi olarak açıklanmıştır. Bazı kliniklerde fizyoterapistlerin sorumluluğunda olan uygulamaların farklı meslek gruplarınca yapılması eleştirilmiş ve “tehlikeli” bulunmuştur. Sınırların net tanımlanmamasının mesleklerarası çatışmaya neden olduğu vurgulanmıştır.

Mesleki eğitim süreci de işbirliğini etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmıştır. Bireyin mesleki alan yeterliği ve hastaya doğru yönlendirmeler yapması iş birliğini etkileyen parametreler olarak tartışılmıştır. Bir diğer değinilen ise iletişim becerisidir. İletişim becerisi, “yazılı iletişim, dönüt ve açık iletişim” olarak açıklanmıştır. Sağlık çalışanları arasında karşılıklı açık iletişimin önemine değinilmiştir. Hekimlerin hastaya dair bilgileri fizyoterapistlerle eksik paylaşımlarından ve fizyoterapistlerden gelen bilgiye kapalı olmalarından, dönütleri “açık arama” olarak algılamalarından yakınılmıştır. İletişim problemlerinin yanlış tedavi uygulamalarıyla sonuçlanabileceği ve hastaya zarar verebileceği belirtilmiştir.

*Şunu fark ettim ki bir stajımda bir doktor, nerdeyse her gün gelip hastaları kontrol edip hani nasılsınız nasıl ilerleme kaydediyor musunuz nasıl gidiyor diye direk hani mesela doktor kendisi yerinde gözlemlerdi. Hastayla fizik tedavi alanında orda konuşurdu bizimle orada konuşurdu. Nasıl ilerleme kaydettiğini hasta fizyoterapist doktor birlikte değerlendirirdik. **Bunu yapan doktorlar daha iyi.** Ankara’daki stajımda şey gördüm. Hastanede ben staj yaptığımda evet doktorlar arasında büyük bir iş birliği var mesela hem romatoloji hem ortopedi başka doktorlar birbirleriyle çok yakın ilişkiler ama mesela bizi **görmezden gelebiliyorlardı** kağıt üstünde hastayı yollayıp egzersiz vermemizi isteyebiliyorlardı. Doktordan doktora çok değiştiğini hani biraz da bence **kendi mesleğine verdiği** değerle de ilişkili diye düşünüyorum. (Fizyoterapi, öğrenci\_4)*

*Bi hastada iyileşme gördüğümüzde ya da gerileme kötüleşme gördüğümüz zaman olmaması gerek diyoruz, ben yazdıysam uygulanacak diyen hekimlerde çoğunlukta maalesef...fizyoterapist şimdi zaten doktor kabul etmeyecek diyor ve hiç iletişime girmiyor. Bizim gerçekten çok uzun bir ay iki ay nörolojide üç ay dört ay belki bir yıl aldığımız gördüğümüz hastalar oluyor artık tüm hikayesini biliyoruz. Neyi yapabiliyor neyi yapamıyor. Devam edebilecek desteği var mı? **Ama hala bize siz ne anlarsınız** gibi yaklaşıyor maalesef. (Fizyoterapi, öğrenci\_6)*

*Bizde herkes fizyoterapistlerin işini yapabilir algısı o kadar hani hoş olmayan bir durum ki aslında hem o kişinin en temeline bakıldığında işine emeğine sağlıklı bir yaklaşım olmuş oluyor. (Fizyoterapi, öğrenci\_1)*

*Hastaya ne yapılacağını yazıp bize yolluyor. Sıcak ajanları yazıyor ama hastaya yönelik ayrıntılı bir tanı yok hastanın şikâyeti yok hiçbir **bilgi paylaşımı yok bizle**. Hastayla konuşuyorsun bi fark ediyorsun ki hasta kanser hastası sıcak uygulama yapılmaması gerekiyor. Doktor direkt sıcak ajanların hepsini yazmış. Kanser hastasında sıcakın uygulanması çok doğru bir yaklaşım değil. Ama hastayla yeterince **iletişim kurmayınca** hasta yanlış tedavi alıp zarar görebiliyor. Biz tespit edince bunu biz paylaşsak da doktor mesela kendinin **açığını bulmaya çalışıyormuşuz** gibi algılayabiliyor. (Fizyoterapi, öğrenci\_3)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencilerinin MAİ’yi etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “mesleki kimlik, rol algısı ve mesleki eğitim süreci” olarak tanımlanmıştır.

Mesleki kimlik, rol algısı; “hiyerarşi, üstünlük algısı” olarak açıklanmıştır. Bazı meslek grubu üyelerince hiyerarşinin ve “emrivaki” davranmanın doğal kabul edildiği ifade edilmiştir. Klinik eczacı ile hekim çatışmalarına yönelik duyuların klinik eczacılık tercihi yapmalarını engellediği vurgulanmıştır. Mesleki eğitim süreci de işbirliğini etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmıştır. Mevcut eğitim sürecinde ekip olmaya yönelik eğitim almadıklarını, bazı ödevlerin ekip çalışması gerektirmesine rağmen gruba verilen ödevin yalnızca bir öğrenci tarafından yapıldığı ve grubun diğer üyelerinin katkı sunmadan puan aldığı dile getirilmiştir. İşbirliğine yönelik eğitim almanın iş birliği yapabilmek açısından önemli olduğuna değinilmiştir.

*Çok genelleme yapmak doğru değil ama bazı meslek gruplarının kafasında kurguladıkları bir **hiyerarşi** var buna göre de kendisinin diğer meslek gruplarına karşı **emrivaki tavır takınabileceğini** düşünüyor bu da kopukluğa neden oluyor ondan dolayı iş birliğinde güçlükler doğuruyor. (Eczacılık, öğrenci\_1)*

*Eczacılıkta bence öğrenciler arasında da hocalar arasında da bir iş birliği yok mesleklerarasıysa hiç görmedim yani açıkçası. Çünkü anca iş birliğimiz şöyle olurdu öğrencilikte bir ödev olur yani o da 5 senede 1-2 tane birlikte yaptığımız ödev olur totalde onu da bir kişi yapar diğerleri de not alır o kadar. Mezun olduktan sonra da iş birliği yapabilen olur mu bilmiyorum **buna yönelik bir eğitim alsak belki çok farklı olabilirdi** ama yok almadık. (Eczacılık, öğrenci\_3)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAİ'yi etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri “toplumsal imaj, kurumsal yapı ve iletişim becerisi” olarak tanımlanmıştır.

MAİ'yi etkileyen bir diğer bileşen “toplumsal imaj” olarak tanımlanmıştır. Toplumsal imaj, “eşitsizlik” olarak ele alınmıştır. Üniversite sınav puanının toplumun zihnindeki hiyerarşiyi belirlediği ve “sınıfsal bir fark” yarattığı ifade edilmiştir. Toplumun hekimleri diğer sağlık çalışanlarından ayrı konumlandırımları “eşitsizlik” olarak açıklanmıştır.

MAİ'yi etkileyen bir diğer faktör ise “kurumsal yapı” olarak ele alınmıştır. Kurumsal yapı içinde, kurumun işleyişi ve sağlık hizmet sunumu dinamiklerine yer verilmiştir. Kurum içindeki işbirliğinin bölümler arasında farklılık gösterdiği ifade edilmiştir. Kurumların işleyişinden ve sağlık hizmet sunumu dinamiklerinden kaynaklanan olumsuz ve olumlu staj deneyimleri paylaşılmıştır. Bir hastanede, diyetetik hekimlerin karar verdiği, diyetisyenlerin gereksinim halinde “hekime ulaşamadıkları” vurgulanmıştır. Bir başka kurumda hekimlerin kalabalık olmamak için diğer sağlık çalışanlarını vizite dahil etmedikleri ifade edilmiştir. Mesleklerarası iletişimin ve işbirliğinin olduğu olumlu klinik deneyimler de paylaşılmıştır.

İletişim becerisi “üslup, hastayı anlama ve yazılı iletişim” olarak açıklanmıştır.

Hastanın hastalığına yönelik algısı ve psikolojisinin sağlık hizmet sunumu ortamının atmosferini etkilediği ifade edilmiştir. Sağlık çalışanlarının hastayı anlama yönünde çaba göstermelerinin uygun üslupla iletişim kurmalarının önemine değinilmiştir. Sağlık çalışanları arasındaki bir diğer iletişim biçimi olarak yazılı iletişimden bahsedilmiştir. Karşılıklı iletişimin ve “fikir alışverişinin” motive ediciliği vurgulanmıştır.

*Bütün meslekler eşit görünmüyor sonuçta bir hastanede beyaz önlük giyen herkes **doktor** zannediliyor mesela ama hani puanlama üniversiteye girişimizden de itibaren belirleniyor aslında bir **sınıf farkı** gibi tıp öğrencileri daha yüksek puan alıp giriyor tabi ki diğerleri daha düşük puan alıyorlar hani bu da **toplumda bir ayrı görme** farklı bakmaya neden oluyor **meslekler arasında bir eşitsizliğin oluşmasına neden oluyor** diye düşünüyorum.” (Beslenme, öğrenci\_1)*

*İş birliği olayı **hastaneden hastaneye** ya da **bolümden bölüme** de **değişiyor**. Bir de bazı doktorlar ya da hemşireler hani yorgun olabiliyor belki o gün çok fazla işi oluyor o zaman hani biz de stajyer olduğumuz için sorduğumuz soruyu çok fazla önemsemeyip geçiştirebiliyor cevabını alamayabiliyoruz böyle şeyler yaşıyor açıkçası ama hani ben kişiden kişiye de değiştiğini düşünüyorum çünkü az da olsa bazı örnekler de gördüm hani hem **bilgi alış-verişi yapıyorlar doktorla ya da hemşirelerle** bu şekilde yürüyen yerler de gördüm. (Beslenme, öğrenci\_2)*

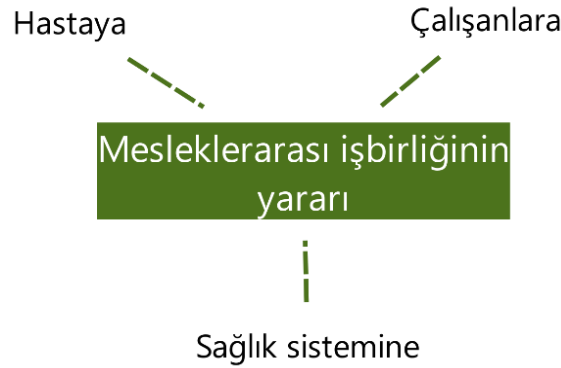
*X Hastanesinde de staj yapmıştım bu sene içinde orda mesela şöyle bir hastanede genel bir sistem oturtulmuştu **diyetleri doktorlar** sisteme giriyordu ve hani bu hem doktorlara bir kendi işlerine bir **ekstra külfet** oluyor yani **ekstra iş** çıkmış oluyor onlara. Hem de bu zaten en başta **bizim işimiz** yani bir hastanın diyetini belirlemek ama X Hastanesinde böyle değildi doktorlar diyeti sisteme giriyorlardı diyet ona göre gidiyordu. Diyetisyen sadece ara öğünün doğru gönderilip gönderilmemesi gibi konularda söz sahibi olabiliyordu. Bir de yanlış birşey farkettiğinizde **doktora ulaşmak da kolay olmuyordu** ve biz onu aradığımızda çoğu zaman bulamıyorduk bu da çok zorluklara yol açıyordu yani **yanlış diyet** gidiyordu hastaya ya da gitmemesi gereken bir şey gidiyordu ve bunu doktor giriyordu ama siz yanlış düzeltmek için uğraşıyorsunuz ve doktora **ulaşamıyorsunuz**. Eminim **atlanmış çok şey olmuştur**. (Beslenme, öğrenci\_4)*

*İş birliğini sağlamada bazı durumlar oluyor bu mesela bence doktor ve diyetisyen vizitlerinin ayrı ayrı yapıyor olmasından da kaynaklanıyor doktorlar kalabalık ekip olarak dolaşıyorlar hani bu ekipte bazen hani daha fazla kalabalık olmasın diye işte başka kimseyi istemiyorlar mesela yani başka sağlık çalışanlarını istemiyorlar. X’de ben de X’de staj yapmıştım orada birlikteliğe çok değer veriyorlar, doktorlarla birlikte de vizite gittiğimiz oluyordu genel cerrahi bölümünde bu hani çok faydalı oluyordu hastanın durumunu hem o anda tartışabiliyorduk ilk ağızdan bilgiyi alıyorduk zaten hem de hani doktor hani farklı bir şey düşünüyorsa o da bize danışabiliyordu sorabiliyordu hani bunların aynı anda olması bile aslında iş birliğinin yürütülmesi demek. Hastaya tek ağızdan öneri yapılıyordu, beslenmesi birlikte planlanıyordu. Hem tedavide hem de sağlığın geliştirilmesinde bence çok katkılı oluyordu. (Beslenme, öğrenci\_3)*

*Doktor diyetisyenden şey istiyordu bu hastaya diyet yazın. Diyetisyene talepte bulunuyordu fakat bilgi bu kadar. Diyet yazmanın temelindeki mesela boyu, kilosu gibi bilgiler diyetisyene gelmiyordu ben orda staj yaparken ben orada gidip hastaya sormaya çalışıyordum ama hasta ameliyattan çıkmış ben bunu öğrenmeye çalışıyorum. Bilgi paylaşımı zayıftı. (Beslenme, öğrenci\_5)*

#### **Tema 6: Mesleklerarası iş birliğinin yararı**

Bu temada, MAİ’nin yararına yönelik görüş ve deneyimler paylaşılmıştır. Mesleklerarası iş birliğinin yararı “çalışanlara, hastaya ve sağlık sistemine” kodları ile tanımlanmıştır.



**Şekil 4.17.** “Mesleklerarası iş birliğinin yararı” temasına ait kodlar

### **Öğretim üyelerinin görüşleri**



Kod Sistemi	Tip D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
☑ Mesleklerarası işbirliğinin yararı						0
> ☑ Hastaya	●	●	●	●	●	17
> ☑ Çalışanlara	●	●	●	●	●	16
> ☑ Sağlık sistemine						3
Σ TOPLAM	11	7	5	2	11	36

**Şekil 4.18.** Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası işbirliğinin yararı” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyeleri, MAİ'nin yararına yönelik ifadeleri “hastaya ve çalışanlara” yönelik tanımlamışlardır. Hastaya yararı, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti olarak açıklanmıştır. MAİ'nin “hasta güvenliğini artıracak”, yaşanabilecek olumsuzlukları ve “malpraktis” riskini azaltacak ifade edilmiştir. İşbirliği olmadığı durumlarda hastaya sunulan sağlık hizmetinin “hasta memnuniyetini” sağlamada yetersiz kalacağı belirtilmiştir.

MAİ'nin çalışanlara yararı ise “iş yükünü azaltma, tükenmişliği önleme, çalışan ilişkilerini iyileştirme ve olumlu bir çalışma atmosferinin sağlanması” olarak açıklanmıştır.

*Hastanın güvenliği açısından da önemli. Yani işte asistanlık için de keza aynı şekilde. Sonuçta altı yılı bitirdikten sonra gelip bir araştırma görevliliğine başladığınız zaman cerrahi branşta olsun, dâhili branşta olsun bu iş birliğini kuramazsanız **hasta açısından büyük tehditler** doğabilir. Kendiniz açısından da büyük tehditler doğabilir. Özellikle malpraktis açısından. Hem bu hasta lehine daha iyi bir hizmet hem de daha **güvenilir** bir yaklaşım oluyor. Birbirimizi zaten desteklediğimiz sürece de yaşanacak **olumsuzluklar daha aşağı doğru iner**. Hangi platform olursa olsun. (Tıp, dekan, profesör\_1)*

*Bir yardımcı hizmetlinin yaptığı işle doktorun yaptığı iş yeri gelir aynı değerde olur. Çünkü bir hastanın eğer bakımını yapmazsanız işte yatağını değiştirmesiniz, tuvaletini pis tutarsanız sizin verdiğiniz o sağlık hizmetinin de o hastanın gözünde bir **kıymeti olmaz**. (Tıp, profesör\_6)*

*Belki şimdi çok konuşulmaya başlandı gene son yıllarda aslında sağlık sisteminde çalışan insanların çok tükenmişlikleri var artık. Tükenmişlik sendromundan bahsediyoruz gülüyorlar asistanlar doktorlar öğretim üyeleri yani mesleklerarası işbirliğinin aslında bu **tükenmişliği de azaltabilecek***

*ortamı daha neşeli daha keyifli bir hale gelmesini sağlayabilecek, insanların tutumlarını iyileştirebilecek bir fırsat sağlayacağını da düşünüyorum. Bu da çok konuşuluyor artık son dönemde işte iş yerindeki neşeyi arttırmak yani iş yerindeki neşe düzeyi ile ciddi bir ilişki olduğu gösterildi. Yani siz bütün gün somurtarak mutsuz bitmiş bir şekilde geldiğiniz bir iş yerinde bu hem çalışma arkadaşlarınıza yansıyor hem hastaya yansıyor. Onun için o mesleklerarası işbirliğinin de etkileşimin iş yerindeki neşeyi ve keyfi de yükseltebileceği fırsat olduğunu düşünüyorum. (Tıp, profesör\_6)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri MAİ'nin yararını “hastaya, çalışanlara ve sağlık sistemine” başlıkları ile tanımlamışlardır. Hastaya yararı, “hasta güvenliği”nin sağlanması ile açıklanmıştır. Sağlık meslek grupları arasındaki iletişim problemlerinin tıbbi hatalara neden olduğu belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarına “deneyim paylaşımı” fırsatı sağlaması ve “iş yükünün” azalması yönünde yarar sağlarken; sağlık sistemine yarar ise “kaynakların etkin kullanımı”nın sağlanması ve “hizmetin nitelikli ve kesintisiz yürütülmesi” olarak açıklanmıştır.

*Bazen kopukluklar oluyor. Bu da hani özellikle **tıbbi hatalar, hasta güvenliği** çalışan güvenliği boyutuyla bakıldığında çalışmalarda da özellikle hani bu **iletişim problemlerinden**, meslekler arası iletişimdeki kopuklukların aksaklıkların **hasta güvenliğinde** ciddi sonuçları olduğu vurgulanıyor, biz de yaşıyoruz. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2)*

*Kendi başınıza bir iş yapmaya kalktığımız zaman **kaynaklarınız kısıtlı olur**, bilginiz yeterli olmayabilir, beceriniz yetkin gelişmemiş olabilir, tek başınıza bir işi yapmaya kalktığınız zaman ve hiçbir başka bir disiplin ekip üyesiyle iletişime geçmeden, aşırı özgüven ve içe kapalılık hastaya **zarar** da verebilir. Evet o nedenle bu son derece yanlış, sakıncalı. İşbirliğiyle kaynakların etkin kullanılmasını sağlarsınız, **deneyim paylaşırsınız öğrenirsiniz, kendinizi de karşınızdakileri de geliştirirsiniz, iş yükünüz de azalır hem de hastaya güvenli hizmet sunarınız.** (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)*

*Özellikle hizmetin kalitesinin artırılması için hizmetin **kesintisiz aksamadan** yürümesi ve ortaya çıkabilecek sorunlar, özellikle **yanlış uygulamalar tıbbi hataların** ortadan kaldırılması için gerekli olan süreç olarak düşünüyorum. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin mesleklerarası işbirliğinin yararını “hastaya ve sağlık sistemine” başlıkları ile tanımlamışlardır. Hastaya yararı, “tıbbi hatanın önlenmesi, hasta güvenliği ve tedavi süresinin kısalması” olarak açıklanırken; sağlık sistemine yararı ise “maliyet etkinliğini sağlama” yönünde olmuştur.

*“Nasıl ki cerrah bir ameliyat sırasında crosscheck (doğruluğunu kontrol etme) yapıyor eğer cerrah o titizliği yapmazsa ne oluyor hemen bir hasta güvenliğini tehdit eden bir durum oluyor değil mi. Yanlış taraf, yanlış cerrahi, yanlış teknik, yok yanlış malzeme kullanılması, yok enfeksiyon şu bu. Aynı şey burası için de geçerli. İş birliği olmazsa sistemin bir yerinde olan bir hata mutlaka devam ediyor.”* (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)

*“Hani üç ay belki de iyileşemeyecek hani yaralar iyileşmeyecek, belki reamputasyona gidecek falan yani multidisipliner çalışmak demek aslında cost efektif (maliyet etkin) de bir şey yani maliyeti düşüren de bir şey.”* (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doktor öğretim üyesi\_4)

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAİ'nin yararını “hastaya ve çalışanlara” başlıklarında tanımlamışlardır. MAİ'nin hasta hakkında “tam ve doğru bilgi edinme”yi sağlayacağı ifade edilmiştir. Çalışanlara “mesleki doyum” olarak yansımaları ise bir diğer yarar olarak belirtilmiştir.

*Yani herkesin farklı bir gözü var...hasta bazen atlayabiliyor, çünkü herkese derdini en başından anlatmak zorunda kalıyor. O yüzden hani o notların alınarak bir araya gelinerek hastayla ilgili tartışılması gerekir. Hasta tam anlattığını düşünüyor olabilir, söylediğini zannetmiş olabilir. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

*İnsanların ben merkezli değil, de tamamen hani eğer mesleğini düşünüyorsa hastaya yönelik, işte o alanda hangi sağlık ekibinde kimler varsa, onlarla mutlaka birlikte olması gerekir. İş birliği yalnızca hastaya değil yani bu kendisine de bir dönüş olacak. Mesleki doyum dediğimiz şeyi de yaşamak lazım, daha fazla yararlı olabilecekken niye daha az yararlı olsun. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

## Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri

Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri, MAİ'nin yararını “hastaya ve çalışanlara” başlıkları ile tanımlamışlardır. Hasta yararı, “hastanın tedaviye uyumunu artırma ve bilginin hastaya doğru olarak aktarılabilmesi” olarak açıklanmıştır. İşbirliği yapılmaması durumunun hastanın anlamasında güçlüğe yol açacağı ifade edilmiştir. MAİ'nin çalışanlara yararı ise “iş yükünü azaltma, çalışan motivasyonunu sağlama, birbirlerinden öğrenme” olarak ele alınmıştır.

*Ne kadar sık görürseniz hastayı sahiplenirseniz **başka bölümlere de danışsanız hasta sahiplenildiğini hissediyor ve o tedaviye uyumu da artıyor. Ben bu tedaviye uyumla ilgili bayağı bir araştırdım, en zor ve güncel konulardan bir tanesi. Yani orada temel tedaviye uyumsuzluğun temel nedeni klinik atalet dedikleri şey ve klinik ataletin temel nedeni de sağlık çalışanın kendisi. Kendini güncellememesi, rehberleri izlememesi, tutarlı, uyumlu bilgiyi, **diğer alanlarla iş birliği yapmaması.** Hastanın uyumsuz olmasının nedeni **sağlık çalışanın kendisi** yüzde 50 bu neden. Yüzde 30 hastanın kendisi, yüzde 20 de işte sistemle ilgili falan şeyler. Dolayısıyla hastayı dinlemek de çok önemli, doğru yönlendirmeleri yapmak da. Aslında herkesi dinlemek önemli hastayı da **diğer sağlık çalışanlarını** da. **Yani iletişim çok önemli**, birlikte konuşacaksınız herkes gerekçesini ortaya koyacak. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)***

*İş birliği yaparlarsa karşılıklı olarak birbirlerinin işlerini çok kolaylaştırabileceklerini düşünüyorum. Yani işte diyetisyen bir öneride bulunduğu hekime, hekimin en azından o alanı düşünüp bir de onu takip etmesine **gerek kalmayacak** ya sürekli hastanın beslenme durumu ile ilgili ona feedback verecek, bu açıdan bir rahatlığı var **iş yükünün** dağılımı var. Diyetisyen açısından şöyle bir kolaylık olacak. Belki hastanın klinik durumuyla ilgili sadece dosyadan okumayıp ekiple konuşacak, fikir alışverişi olacak. Çünkü genelde dosyadan okumayla gidiyor karşı taraf da iletişime açık olmadığı için soramıyor ancak bu kadar düzeltme sağlıyorum diyor. Hani klinik durumla ilgili gidişat hakkına kafasında soru işareti olmayacak, yani o da yaptığı işten emin olacak, işini iyi yapacak bu yüzden de **motivasyonu artacak.** (Beslenme, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_9)*

## Öğrencilerin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp O.	Hemşirelik O.	Fizyoterapi O.	Eczacılık O.	Beslenme O.	TOPLAM
▼ Mesleklerarası işbirliğinin yararı						0
> Hastaya	●	●	●		●	11
> Çalışanlara	●	●	●	●	●	9
> Sağlık sistemine						0
Σ TOPLAM	5	5	4	1	5	20

**Şekil 4.19.** Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası işbirliğinin yararı” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencileri MAİ'nin yararını “hastaya ve çalışanlara” başlıkları ile tanımlanmıştır. Hastaya yararı, “tıbbi hatanın” ve “gözden kaçma” durumunun önlenmesi olarak açıklanmıştır. Sağlık çalışanlarına yararı ise “iş yükünün azalması” ve “zaman kazanma” olarak ele alınmıştır.

*Özellikle çocuk yoğun bakımında çalışırken; hemşireler ve postalarla beraber, postalar hasta bakıcı olarak tanımlanıyor bizde. Çalışırken bir hastanın **bizim farketmediğimiz, bizim belki gözden kaçırdığımız şeylerini; bu hastanın çekimlerinde olabilir, solunumundaki sıkıntılar olabilir veya bir hastanın bası yaralarını, bizim görmediğimiz onları bize iletirlerdi ve ona göre müdahale ederdik, hani biz böyle yapmıştık daha önce, hani onların sayesinde atlamiyorduk** yoksa gözden kaçabilirdi. (Tıp, öğrenci\_7)*

*İletişim ağını her şekilde aktif tutmak gerekiyor. Bu kendi aralarında da geçerli. Sadece hani doktor- hemşire ya da sadece doktor- teknisyen değil; kendi aralarında da. Mesela ilk hasta geldiği zaman genellikle işte acil tıp teknisyeni arkadaşlar gidiyorlar. İlk şikâyeti nedir hastanın? İşte alerjisi var mıdır? Ameliyat olmuş mudur? Böyle genel bir özgeçmiş gibi. Bizim hani bize bir ön bilgi şeklinde bir bilgi alıyorlar. **Bizi aslında baya rahatlatıyor aslında böyle ufak bir hazırlık oluyor bize.** Biz hastayı görmeden az buçuk bir kâğıdın üstünde bile olsa; kafamızda bir şeyler şekillenebiliyor. İşte karın ameliyatını olmuştur, alerjisi vardır gibi. Kafamızda bir şeyler oluşarak yaklaşıyoruz en azından. Hani böyle hazırlıksız yakalanmamış oluyoruz. **Süreç de hızlı oluyor.** (Tıp, öğrenci\_4)*

### Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri, MAİ'nin yararını “hastaya ve

çalışanlara” başlıkları ile tanımlamıştır. Hastaya yararı, “fayda sağlama”; sağlık çalışanlarına yararı ise “mesleki doygunluğun arması, mesleki aidiyet, motivasyon ve iş yükünde azalma” olarak açıklanmıştır.

*Yara bakımında gerçekten yara bakımında meslekler arası iş birliğini gördüm. Hekimler vardı intörn arkadaşlarımız vardı sağlık hizmetini ekip anlayışıyla veriyorsan çok iyi bir şekilde hizmet veriyorsun **bundan hasta fayda görüyor.** (Hemşirelik, öğrenci\_6)*

*Tek başınıza olduğumuzda çok yoruluyoruz ama hani hekim ve iş birliği olduğu bir ortamda çok rahat ediyoruz. **Hem psikolojik olarak daha rahat ediyoruz hem de bedensel olarak daha rahat ediyoruz** çünkü herkesin o hastadan haberi var. Bir şekilde yanlışı da varsa bunu düzeltmeye de herkes açık ve daha iyisine de açık fikirler olabiliyor. (Hemşirelik, öğrenci\_9)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri MAİ'nin yararını “hastaya ve çalışanlara” başlıkları ile tanımlamıştır. Hastaya yararı, “hasta güvenliği ve fayda sağlama”; sağlık çalışanlarına yararı ise “mesleki doygunluğun artması, mesleki aidiyet, motivasyon, zaman kazanma ve iş yükünde azalma” olarak açıklanmıştır.

*Huzurevinde olsun veya da yoğun bakımda hastanın refakatçisi yanında olmadığı zaman oradaki sağlık çalışanlarından hasta hakkında ben bilgi alıyorum. Mesela hasta ajite diyor bana ve huzurevinde hastayı yürüteceğimde diyor ki bu hasta yorulduğu zaman kendini bırakır ayakta duramaz ben bilerek ona göre kendimi ayarlıyorum. Hasta evet kendini bırakacakmış demek ki benim ona ayrı bir özen göstermem ve onu tutmam kavramam gerekiyor. Ve aslında ne oluyor **hasta düşmemiş** oluyor. Ben o kişilerden o bilgiyi almasaydım ne olurdu? Hastayı belki de istemedim de olsa düşürürdüm. (Fizyoterapi, öğrenci\_3)*

*Her alanda çalışan insanların hastaya bakış açısı farklı olabilir. Hani ben egzersiz yönünden daha iyi değerlendiriyorum hastayı yani nesi bozuk yani yürüyüşünde ne bozukluk var atıyorum. Hemşireler **farklı bir bakış açısıyla** yaklaşıyor doktorlar farklı ve şöyle olduğunu düşünüyorum **zaman kaybı olmuyor** aslında. (Fizyoterapi, öğrenci\_8)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencileri, MAİ'nin yararını “çalışanlara” kodu ile tanımlanmıştır.

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAİ'nin yararına yönelik ifadeleri “hastalara ve çalışanlara” yararı başlıkları ile tanımlanmıştır. Hastaya yararı, “hasta güvenliği ve fayda görme” olarak ele alınmıştır. Domino taşları benzetmesi ile işbirliğinin olmadığı koşullarda hatanın fark edilemeyebileceği vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarına yararı ise “çalışma motivasyonu ve özgüven artışı” olarak ele alınmıştır.

*Ben de şu şekilde düşünüyorum yani meslek özellikle belli bir yerde çalışan meslek gruplarını şöyle düşünüyorum **domino taşları gibi** ya **birisi yanlış yaptığında** sonrasının haberi yoksa o yanlış sonuna kadar gider yani birisinin fark etmesi gerekiyor ki o yanlış sonrası **doğru mesaj** gitsin gibi düşünüyorum ben. Hepsi birbirleriyle bağlantılı ve hepsi birbirini etkiliyor. (Beslenme, öğrenci\_2)*

*Biz iç hastalıklarında örneğin staj yaparken çoğu hastanın besin tüketiminde zorluk yaşadığını fark ettik **doktorlarla hemşirelerle görüştük** geriye dönük tüketim kaydı hazırladık yeterince pratik enerji alamadığını ve enteral ürün başlattığımızda kilo artışı gözlediğimiz bir sürü hasta oldu yani aslında ilaçların da değiştirilmesine gerek kalmadan sadece beslenmesinde yapılacak düzenlemelerle bireyin hem sağlık durumu hem kilo alımı olumlu yönde etkilendi. Burada iş birliği yaptığımız için **hastalar fayda gördü**. (Beslenme, öğrenci\_5)*

*X'deyken bir **servis doktoru** gelip bana karbonhidrat sayımının nasıl yapıldığını sormuştu mesela bu çok hoşuma gitmişti yani stajyer olmama rağmen bana danışmıştı benden bilgi almıştı. Hani bence gerçekten bu iş birliği işte birlikte iş yapma birinin sana gelip birşeyler danışması senin de **çalışma şevkini, kendine güvenini artırıyor**. (Beslenme, öğrenci\_3)*

#### **4.2.2. Mesleklerarası Eğitime Yönelik Görüşler**

Bu bölümde derinlemesine görüşmelere katılan öğretim üyelerinin ve odak grup görüşmelerine katılan öğrencilerin MAE'ye yönelik görüşleri yer almaktadır. MAE'ye ilişkin görüşler altı temada; her bir tema ise beş ayrı meslek grubuna göre sınıflandırılmış olarak aktarılmıştır.

## Tema 1: Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim

Bu temada, katılımcıların perspektifinden MAE kavramına yüklenen anlamlar ve deneyimler üzerinden yapılan tanımlamalar yer almaktadır. MAE kavramı “birlikte öğrenme, alan uzmanından öğrenme, karşılıklı rol ve sorumlulukları öğrenme, deneyimleme, birbirlerinden öğrenme, yaparak/yaşayarak öğrenme, amaç ortaklığı” kavramları ile tanımlanmıştır.



Şekil 4.20. “Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim” temasına ait kodlar

## Öğretim üyelerinin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
▼ Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim						0
> Birlikte öğrenme	●	●	●	●	●	20
Alan uzmanından öğrenme	●		●	●	●	14
Karşılıklı rol ve sorumlulukları öğrenme		●		●		2
Birbirlerinden öğrenme	●	●				6
> Yaparak/yaşayarak öğrenme	●	●				3
Amaç ortaklığı	●			●		4
Σ TOPLAM	16	11	6	9	7	49

Şekil 4.21. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim” temasına ait kodların dağılımı

## Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAE kavramına yönelik ifadeleri “birlikte öğrenme, alan uzmanından öğrenme, birbirlerinden öğrenme, öğrenme, aktif öğrenme,



amaç ortaklığı” kodları ile tanımlanmıştır.

Birlikte öğrenme, farklı meslek gruplarının üyeleri ile “iletişim, aktif öğrenme, etkileşim ve ekip çalışması” kavramları ile açıklanmıştır. “Hizmet sürecindeki iş birliğinin eğitim ortamındaki hali” olarak da belirtilmiştir. Birlikte öğrenme sürecindeki grup çalışmalarında “bireysel sorumluluğun” önemine dikkat çekilmiştir. Birbirlerinden öğrenme ise, aynı ortamda çalışan bireylerin “karşılıklı bilgi ve beceri paylaşımı” ifadeleriyle dile getirilmiştir. Paylaşımın tarafları geliştireceği vurgulanmıştır.

Öne çıkan bir diğer kavram ise alan uzmanından öğrenme olmuştur. MAE, konunun alanda bilgisi, becerisi ve deneyimi yüksek meslek grubu üyelerince “aktarılması” olarak açıklanmıştır.

Yaparak/yaşayarak öğrenme ise “hizmet sunumu süreçlerinde öğrenme” veya “gerçek/gerçeğe yakın senaryolarla öğrenme” kavramları ile açıklanmıştır. “Deneyimsel ve katılımcı bir eğitim” vurgusu ön plandadır. Bir öğretim üyesi tarafından intörlükte hizmet sürecinde yer alan farklı meslek gruplarıyla birlikte öğrenmelerin farkında olunmadığı vurgulanmıştır. Sağlık eğitiminde amacın “hasta odaklılık” olduğu, bu bağlamda mezun olmadan önce eğitim sürecinde bir araya gelmenin önemine değinilmiştir.

*Mesleklerarası eğitim dediğimizde aslında biraz önce konuştuğumuz şeylerin (mesleklerarası işbirliği) **hizmet boyutundan eğitim boyutuna taşınmasından bahsediyoruz işbirliği içinde **birlikte öğrenme** diyebiliriz. (Tıp, profesör\_6)***

*Farklı meslekteki kişilerin mesela işte doktor, hemşire, fizyoterapist ve sağlık alanından kişilerin birlikte eğitim almaları, eğitim alırken de **etkileşime girmeleri, iletişim** kurmaları gibi düşünmek lazım. (Tıp, profesör\_7)*

*Birçok metabolizma kliniğinde sadece bu işe bakan hemşireler vardır. Bunlar eğitilidir bu konuda...Mesela bu sempozyumlarda infüzyon eğitimleri olur ve bu infüzyon eğitimlerinde yan dal uzmanlarımıza yani bu bizim metabolizma konusunda yan dal uzmanlarımıza **hemşireler ders anlatır**. Bence bu bir*

*mesleklerarası eğitimidir. Bunun dışında hastalıkları da biz onlara anlatırız. Mesela beslenme uzmanlarımıza diyetisyenlerimize kliniğe ilk başladıklarında biz onlara bizim hastalıklarımız nasıl hastalıklardır bizde onları anlatırız. (Tıp, dekan yardımcısı, doçent\_5)*

*Yani mesleklerarası eğitimde bir hekimin bir hemşireden öğreneceği çok şey olduğunu düşünüyorum. Bir hekimin diyetisyenden çok şey olduğunu. Keza onların da bir hekimden öğreneceği çok şey olduğunu biliyorum. Bilgiyi paylaşmanın her iki tarafı da geliştireceğine inanıyorum. Ben ilk dikiş atmayı bir hemşireden öğrendim. 45 yaşındayım. 20 yıldır neredeyse ameliyat yapıyorum. Hala da öğreniyorum onlardan bir şeyler. Mutlaka ben de öğretmişimdir birçok şeyi...Dolayısı ile **karşılıklı olarak** öğrenmek bence. (Tıp, profesör\_8)*

*Bence **aktif bir eğitim süreci**, senaryolar vakalar üstünden vakada birlikte çözüme ulaşmaya çalışma olabilir. O süreçte kolektif **ekip çalışması** yapmaları olabilir. Ya da sahada gerçek hastalarla kolektif uygulamalar da olabilir. Tabi burada herkes **sorumluluğunu** en iyi şekilde yerine getirecek. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_3)*

*Sağlık bilimlerimiz var, işte diğer üniversitelerden **farkımız o**. Hepsi şey bunlar aslında sağlık hizmetinde **aynı amaç** uğruna birlikte çalışan bölümler. Ama eğitimlerini ayrı alıyorlar, ayrı ayrı alıyorlar, binalar ayrı, programlar ayrı ve hocalar oradan oraya gidiyor. Hâlbuki sonra da diyorsunuz ki siz onlara hani siz aslında bir ekipsiniz. Yani birlikte çalışacaksınız ama sanki hani birbirinden haberi olmayan yabancı yabancı insanları bir araya getiriyor gibi oluyorsunuz mezun olduktan sonra. (Tıp, dekan, profesör\_2)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAE kavramına yönelik ifadeleri “birlikte öğrenme, birbirlerinden öğrenme, rol ve sorumlulukları öğrenme, aktif öğrenme, amaç ortaklığı” kodları ile tanımlanmıştır.

Birlikte öğrenme “iletişim, etkileşim ve ekip çalışması” olarak tanımlanmıştır. Farklı sağlık alanı profesyonellerinin birbirlerini tanımaları, ekip olmayı öğrenmeleri, mezuniyet sonrasında birlikte çalışma kültürünü geliştirebilmeleri için birlikte, birarada öğrenmenin önemi vurgulanmıştır. Ortak eğitim etkinliklerinin önemine değinilmiştir. MAE'nin, farklı bir disiplinden öğretim üyesinin farklı meslek grubuna

ders vermesi olmadığının altı çizilmiştir.

Yaparak/yaşayarak öğrenme ise farklı meslek grubundaki öğrencilerin sınıf ortamında biraraya pasif olarak ders dinlediği bir eğitimin ötesinde “uygulamalarla, gerçek/gerçeğe yakın ortamlarda öğrenme” olarak açıklanmıştır. Öğretim üyeleri, birlikte alınan ortak derslerin ve beraber öğrenme fırsatlarının “yetersizliğine” dair özeleştiriler yapmıştır.

*Mesleklerarası eğitim kısıtlı bir anlayışla farklı meslek gruplarına farklı mesleğe mensup öğretim üyelerinin ders vermesi şeklinde başladı. Halen de bu konuda bununla ilgili bir yanlış kavrayış olduğunu düşünüyorum, şunu demek istiyorum, bir tıp fakültesi öğretim üyesinin gelip buraya anatomi dersi anlatması, mesleklerini eğitim olmuyor. O nedenle bunu düzeltmek için örnek veriyorum bana göre mesleklerarası eğitim birbirine yakın, özellikle yine uğraşların yalnızca ilgili uğraşların öğretim üyelerinin öğretim üyeleri tarafından farklı dersler alması değil, birbirine yakın uğraşta disiplinlerde eğitim gören öğrencilerin mümkün olduğunca aynı ortamdan iletişim ve etkileşim içinde olarak eğitime devam etmeleridir... çoğu zaman aynı yollardan geçtiğiniz yüz yüze baktığınız insanları yıllarca tanımıyorsunuz ve işte mezun olduktan sonra iş yaşamına başladığınızda hasbel kader aynı klinikte çalışmaya başlamışsınız tanımaya başlıyorsunuz, bu çok sıkıntılı bir durum mümkün olduğunca ortak dersler olmalı... Bu temel bilimlerden de çıkmalı, daha etkileşimli uygulamalara yönelik olmalı ve mümkün olduğunca gerçek yaşamı anımsatacak gerçek yaşamı çağrıştıracak içeriklerle zenginleştirilmeli. (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)*

*İlk gördüğüm zaman çok heyecanlandım çünkü ilk uygulama örneğiymi benim için. Çok yüksek aşamadan başlayan bir harika bir örnekti. Böyle bir şey daha önce hiç duymamıştım. Böyle bir şeyin hayata geçirilmiş olmasına inanmadım, bizim bunu hayata geçirebilecek olabilmemize dair heyecan duydum. Günümüze kadar her şeyi okudum. Tanıma gelecek olursak birden çok mesleğin bir arada öğrencilerin bir arada olduğu, birbirlerinden birbirleriyle birbirleri hakkında öğrenmeleri diyebiliriz. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)*

*Bizde mesela öğrenci daha sonra birlikte çalışacağı meslek mensuplarını tanıma fırsatı bulmuyor. Sadece hocayı tanıyor bir kişi olarak farklı meslek grubundan. Onun dışında bir etkileşimi yok ancak mesleklerarası eğitim*

*dediğimde işte eczacılık öğrencisi hemşirelik öğrencisinin birlikte bir etkileşimini **birbirlerinden öğrenmesini** ifade ediyor bana göre. (Hemşirelik, profesör\_6)*

### **Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAE yönelik ifadeleri “birlikte öğrenme ve alan uzmanından öğrenme” kodları ile tanımlanmıştır.

Birlikte öğrenme, “beraber çalışma sinerjisinin” yaratılabilmesi için eğitim etkinliklerinde birlikte olma, “klinik becerilerin” bir arada öğrenilmesi olarak açıklanmıştır. MAE kavramı, yaygın şekilde alan uzmanından öğrenme olarak algılanmıştır.

*Mesleklerarası eğitim demek sadece lisans eğitiminde verilen dersleri aynı anda sınıftaki birçok öğrenciye vermek de değil. Aynı zamanda bazı **klinik becerilerin** birlikte öğretilmesi de olabilir. Çünkü bu öğrenciler sonuçta mezun olduktan sonra klinik hayatlarında o klinik becerilerini uygularken diğer sağlık profesyonelleri de olacak dolayısı ile çalışmadan beraber öğrenmeden nasıl meslek hayatlarına geçtiklerinde birlikte çalışma sinerjisi yaratabilecekler bunu görmeleri önemli. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

*Ben **bir başka meslek mensubunun** eğitim sürecinde destek olabiliyorsam eğer, aslında kendi mesleki yeterliliğimi anlatmak üzere gidiyorum oraya yani biz mesela hemşirelik bölümünden bize bir öğretim üyesi gelip atıyorum ilk yardım dersleri verebiliyor. Beslenmeden biri gelip beslenme ilkeleriyle ilgili veriyor, sosyal hizmet ten biri gelip sağlık hizmetleri rehabilitasyonunu **anlatabiliyor**, bence bu mesleklerarası eğitim. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_8)*

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAE kavramına yönelik ifadeleri “birlikte öğrenme, karşılıklı rol ve sorumlulukları öğrenme, amaç ortaklığı” kodları ile tanımlanmıştır.

Birlikte öğrenme, sağlık profesyonellerinin lisans döneminde aynı ortamda

birarada öğrenme etkinlikleri ile “birbirini tanıma”, “ekip olmayı deneyimleme” ve “tartışarak öğrenme” ifadeleriyle açıklanmıştır. Birlikte öğrenme fırsatları ile birbirini tanıyan meslek grubu üyelerinin karşılıklı rol ve sorumlulukların farkına varacağı ifade edilmiştir.

*Mesleklerarası eğitim öğrencilerin lisans eğitiminde belirli bir mesleki eğitime tabii olan kişilerin farklı meslek grupları ya da aynı süreçten geçen kişilerle **bir arada öğrenme ortamı** içerisinde bir arada olmaları, birbirlerinin iş görev tanımları, yaptıkları şeyler ve sonrasında ilerde ne gibi işlerin içerisinde olacaklarının eğitim süreçlerinde **deneyimlendiği** uygulamalardır. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_3)*

*...Ekipte yine ortak amacımız var. Bu amaç doğrultusunda herkes birbiriyle paylaşımda bulunuyor. İş bölümü yapılıyor gerekirse birbirlerine destek olunuyor. **Berber tartışarak öğreniyor.** (Eczacılık, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_5)*

*...aldığı eğitim farklı alanlarda, hepimizin görev tanımları biraz farklı ama ortak noktamız insan. Öyle olunca hastaya yönelik şeylerde eğitim ortaklaşa sürdürülebilir. Örneğin tanı koyarken ben yokum, hekim var ya da ilgili laboratuvar testlerinin yapılması, yorumlanması konusunda diğer bilimler var dolayısıyla tanı koyarken ortak değiliz belki. Ama eczacı olarak ben ne zaman ortak noktayı paylaşıyorum onunla tedavi planının oluşturulması ve tedavinin sürdürülmesi kısmında. O yüzden hani hastaya dokunduğumuz **o ortak nokta** ne ise **eğitimleri de beraber olmalı.** (Eczacılık, öğretim üyesi, profesör\_8)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyelerinin MAE kavramına yönelik ifadeleri “birlikte öğrenme ve alan uzmanından öğrenme” kodları ile tanımlanmıştır.

Birlikte öğrenme “etkileşim, farklı bölümlerle ortak ders alma” olarak ifade edilmiştir. Farklı sağlık alanı profesyonellerinin birbirlerinden haberdar olmaları birbirlerini tanımaları için “birlikte, etkileşimli, ortak, uygulamalı” dersler yürütülmesinin önemi dile getirilmiştir.

Öne çıkan bir diğer kod ise alan uzmanından öğrenme olmuştur. Öğretim

üyelerinin tamamına yakını konunun alanda bilgisi, becerisi, bakış açısı ve deneyimi yüksek meslek grubu üyelerince “aktarılması” olarak açıklanmıştır.

*Mesleklerarası eğitimde de aslında öğrencilerin bu eğitim sürecinde, yani okurken lisans eğitimleri süresince **birbirlerinden haberdar olmaları** ve birbirlerinin ne yaptıklarının farkında olmaları, birbirlerine temas etmeleri, **etkileşim kurlmaları**, belki ortak dersler almaları ya da farklı birimlerden ortak ders almaları. (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)*

*Mesleklerarası eğitim dediğim de aslında yani bir arada birlikte uygulamaya yönelik birçok şeyi hani bu teorik anlamda olmayabilir ama **uygulamaya yönelik** birçok şeyin bir arada tartışıldığı dersler ya da modüller benim aklıma geliyor. Bu işte alanımız hep sağlık olduğu için oradan örnek veriyorum. (Beslenme, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_9)*

*Algım şu yönde, mesela diyetetik alanında ben obezite ile ilgili eğer bir konu anlatacaksam eğer yani eğitim öğretim çerçevemde sadece diyetisyen bakış açısıyla veya tıbbi beslenme tedavisine yönelik değil, aynı zamanda bunun psikolojik yönü veya işte diğer disiplinlerin bakış açısıyla bu bize ne getiriyor? Biz nasıl davranmalıyız ya da hangi farklı yönlerden bakabiliriz? Anlatabileceğimiz ama bunu **diğer disiplinlerden gelecek hocalarımızın tecrübeleri ve bilgileri** ve bakış açılarını da yansıtabileceğiniz bir eğitim sistemini kurgulamak yani sadece benim kendi alanımdaki kişilerin o eğitim öğretimi yürütmesinden ziyade farklı disiplinlerden kişileri de işin içerisine katacağım bir eğitim sistemi planlamam. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_7)*

*Mesleklerarası eğitim deyince yani **alan dışından verilen eğitimi** kastediyorsunuz herhalde. Yani işte biz mesela beslenme diyetetik bölümündeyiz ama bizim bazı derslerimize gıda mühendisinden hocalar geliyor. Ya da işte temel derslerinize üniversitenin temel bilimler alanında olan hocalar yürütüyor. Mesleki eğitim dediğimizde aslında farklı alanlar, hani beslenme, diyetetiğin temas içerisinde olduğu diğer alanlarda kişiye katabileceği bilgiler alarak aklıma geliyor. (Beslenme, bölüm başkan yardımcısı, doçent\_9)*

### **Öğrencilerin görüşleri**

Kod Sistemi	Tıp O.	Hemşirelik O.	Fizyoterapi O.	Eczacılık O.	Beslenme O.	TOPLAM
▼ Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim						0
> Birlikte öğrenme	●					3
Alan uzmanından öğrenme				●		1
Karşılıklı rol ve sorumlulukları öğrenme	●		●			3
Birbirlerinden öğrenme						0
> Yaparak/yaşayarak öğrenme	●					1
Amaç ortaklığı					●	1
Σ TOPLAM	5	0	2	1	1	9

**Şekil 4.22.** Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin MAE kavramına yönelik ifadeleri “birlikte öğrenme, karşılıklı rol ve sorumlulukları öğrenme ve alan uzmanından öğrenme” kodları ile tanımlanmıştır.

Birlikte öğrenme, eğitim ortamlarında bir arada olmayla ifade edilmiştir. Konferanslar ve sunum etkinliklerinde meslek grubu üyelerinin birlikte yer alması MAE olarak örneklendirilmiştir. MAE programına katılmış ve kavrama aşına olan bir öğrenci tarafından ise etkileşim, yaşayarak öğrenme, karşılıklı rol ve sorumlulukları anlama ifadeleriyle tanımlanmıştır

*Bir de **hizmet içi eğitimler** geldi aklıma hani. Mesela atıyorum; hemşireler hemşirelere işte mesela kadın doğumdan örnek vereyim. Mesela ben kadın doğum yaparken, kadın doğumda mesela bir süt dersi ile ilgili bir konferans vardı. Bunun için işte **başhemşire ki, asistan hani hep birlikte mesela konferanslara** gönderiliyorlardı. Böyle eğitimlerden geldi yani aklıma. Bir arada bir konfrensa gitmek mesela. (Tıp, öğrenci\_6)*

*Aslında şöyle; meslek tanımını bilmek öncelikle. Yani kendi mesleğimizin hem diğer mesleklerin tanımına **görevlerine sorumluluklarının ne olduğuna hâkim olup**, o meslek grubu ile aslında hangi noktalarda bir arada olacağınızın eğitiminin verilmesi gibi bir şey canlandı gözümde. Yani mesleklerarası derken bu başta kendi mesleğimizi, karşımızdaki kişinin mesleği ile çalışacağımız, yapacağımız bir çalışma için ise; onunla ilgili eğitim. Yani o meslek grubunu ben kendi mesleğime entegre ederek nasıl ortak bir iş yapacağım. Onun eğitiminin hem bana hem diğer meslek grubuna verilmesi (Tıp, öğrenci\_2)*

Öğrencilikten itibaren başlayarak mesleklerin birbirleri ile eğitim alarak

*beraber çalışarak interaksiyon halinde ilerideki yapacakları beraber çalışarak kendin görev, sorumluluk ve yetilerini görmek, karşı tarafın görev, sorumluluk ve zorluklarını görmek ve bunları iki taraf tarafın da **yaşayarak birlikte deneyimlenmesi**, yani sanki **gerçek hayattakinin simülasyonu** gibi bir şey. (Tıp, öğrenci\_8)*

### **Fizyoterapi fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizyoterapi fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAE kavramına yönelik ifadeleri “karşılıklı rol ve sorumlulukları öğrenme” kodu ile tanımlanmıştır. Farklı sağlık meslek gruplarının birbirlerinin meslek tanımı, görev, rol, sorumluluk, sınırlarını öğrenmesine yönelik düzenlenen eğitim etkinlikleri MAE olarak yorumlanmıştır.

*Bence şu demek: kendi bölümüm dışında da diğer bölümlerin ne yaptığını öğrenmek yani fizyoterapistin ne iş yaptığını öğrenirken hemşirenin de ne yaptığını öğrenmek, doktorun ne yaptığını, teknikerin ne yaptığını ya da hastabakıcının ne yaptığını öğrenmek bunların sınırlarının **kendi sınırlarımızın farkında olmak** için bir eğitim almak. (Fizyoterapi, öğrenci\_4)*

*Bizim slaytlarımızın çoğunda bir tablo vardır. Ortada hasta çevresinde diğer meslek gruplarının yazılı olduğu. Yani bu birçok kez gösteriliyor yani birinci sınıftan beri özellikle de ilk bu mesleğe adım attığımızdan itibaren. Ve bu **mesleklerin tanımları öğretiliyor** bize yani kimler iş yapar ne kadarından sorumludur yani beraber çalışmanın çok önemli olduğunu vurgulanıyor. Mesleklerarası eğitimin bu olduğunu düşünüyorum. (Fizyoterapi, öğrenci\_7)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencilerinin MAE kavramına yönelik ifadeleri “alan uzmanından öğrenme” kodu ile tanımlanmıştır.

*Şöyle bir şey olabilir sanki bizde de var aslında üniversitemizde yani bir anatomi derslerinde tıp fakültesindeki hocalardan dinliyoruz şunun gibi, öğreneceğimiz şeyle o mesleğin **bilgi sahibi kişisinden öğrenmek** gibi ve onlarla iletişimde olmak gibi olabilir. (Eczacılık, öğrenci\_3)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAE kavramına yönelik ifadeleri “amaç ortaklığı” kodu ile tanımlanmıştır. MAE, amacın ortak olduğu eğitim

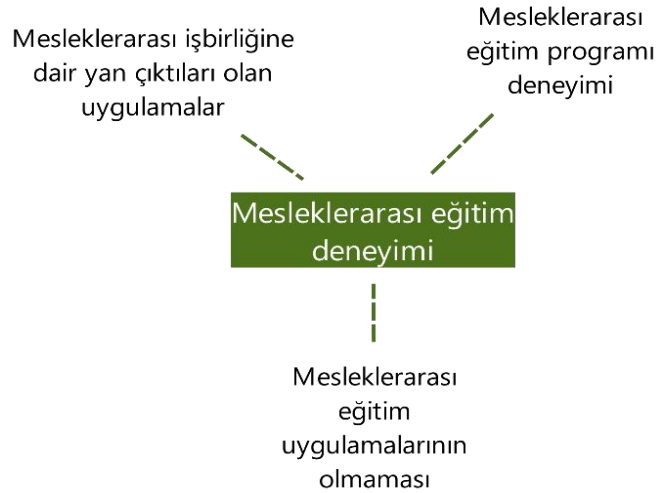


etkinliklerinde bir arada öğrenim görme olarak ifade edilmiştir. “Ortantasyon” ve “ilk yardım” ortak amaçlı eğitim etkinlikleri olarak örneklendirilmiştir.

*“Sağlık çalışanları açısından böyle herkesin bilmesi gereken ortak şeyler enfeksiyon durumu enfeksiyon durumunda ne yapılması gerekiyor bu tarz eğitimler geliyor benim aklıma **ortak bir çatı** altında farklı departmanlarda çalışan insanlar için bilinmesi gereken en basit düzeyde ortak bilgiler geldi. Mesela bu en basitinden iş güvenliği iş sağlığı güvenliği ya da riskler neler bu tarz şeyler olabilir ya da atıyorum biz staja başlarken toplu halde tüm bölümler tüm staj yapacak bölümler toplanılıp verilmişti **oryantasyon gibi** bu tarz eğitimler, atıyorum **ilk yardım tarzı** olabilir yani bu bence.” (Beslenme, öğrenci\_4)*

## Tema 2: Mesleklerarası eğitim deneyimi

Bu temada, katılımcıların MAE deneyimleri yer almaktadır. Öğretim üyeleri ve öğrencilerin perspektifinden MAE kavramına yüklenen anlamlar ve deneyimler üzerinden yaptıkları tanımlamaların ardından araştırmacı tarafından mesleklerarası eğitim tanımı yapılmıştır (14). Katılımcıların bir kısmı bu eğitim yöntemini ilk kez duyduklarını, araştırmaya ve uygulamaya yönelik motive olduklarını ifade etmişlerdir.



Şekil 4.23. “Mesleklerarası eğitim deneyimi” temasına ait kodlar

## Öğretim üyelerinin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
▼ Mesleklerarası eğitim deneyimi						0
☑ Mesleklerarası işbirliğine dair yan çıktılar olan uygulamalar			●	●	●	43
☑ Mesleklerarası eğitim programı deneyimi				●	●	22
☑ Mesleklerarası eğitim uygulamalarının olmaması	●		●	●		28
Σ TOPLAM	13	11	25	25	19	93

**Şekil 4.24.** Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası eğitim deneyimi” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAE deneyimleri, “MAİ’ye dair yan çıktılar olan uygulamalar, MAE programı deneyimi, MAE uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır. MAİ’ye dair yan çıktılar olan uygulamalar, “uygulamalı eğitim süreçlerindeki birliktelikler, haftalık vizitler, otopsiler, konseyler” farklı alandan öğrencilerin “biraraya gelip tartışmaları” olarak açıklanmıştır.

*Bizim metabolizma kliniğinde oluyor. Dediğim gibi biz bütün vizitlerimize haftalık vizitlerimize hem stajyer öğrenciler, beslenme diyetetik stajyerleri, tıp öğrencileri **bir arada tartışarak** veya **konseylerimizde** yine tartışarak bunları bir araya getirmeye çalışıyoruz. Bu birçok bölümde oluyor diyemem. Ama sayısı **az olmakla** birlikte tabii ki bunlar oluyor. (Tıp, dekan yardımcısı, doçent\_5)*

*Adı mesleklerarası eğitim olmasa da bir miktar karşılıyor. Akreditasyon sürecinde ben bizim ara raporlarımızda verdiğimiz örnekleri söyleyim. Bizim Metabolizma Kliniği'ndeki örnekleri veriyoruz biz. Yani bizim vizitlerde ve şeylerde polikliniklerde birlikte çalıştıklarından hastaları birlikte gördüklerini. Çocuk beslenmesi metabolizmada yine obezite, erişkin, endokrin, metabolizmada, Obezite Poliklinikleri'nde **birlikte çalıştıklarını** söylüyoruz. Yine adli tıp özellikle hukuk fakültesi öğrencileri ile Adli Tıp kurumunda birlikte otopsi izledikleri bunları da örnek veriyoruz. Adli tıp kurumuna gidiyor bizim öğrencilerimiz. **Orada Hukuk Fakültesinin öğrencileri** ile birlikte izliyorlar **otopsileri**. Bunu örnek veriyoruz. Yani bizim verebildiğimiz örnekler fizik tedavi bölümünden yine fizyoterapiyle hemşireler ve fizik tedavi hocalarının öğretim üyelerinin bir arada olduğu ve bunlara intörnlerin de katıldığı veya dönem 5 öğrencilerinin de katıldığı eğitimler, vizitler oluyor. (Tıp, dekan yardımcısı, doçent\_5)*

Bir üniversitede farklı alan öğrenci ve öğretim üyeleri ile yürütülen “hiyerarşi olmadan yapılan büyük eğitim vizitleri” ile hastane kalite koordinatörlüğü ve tıp fakültesinin işbirliğinde mezuniyet öncesi tıp eğitimde yürütülen “mesleklerarası işbirliği ve hasta güvenliği programı” deneyimleri paylaşılmıştır. Eğitim programının öğrenciye sunduğu kazanımların yanısıra klinik çalışanlarına verilen geribildirimlerle hizmet sürecine sunduğu katkı ve hasta memnuniyetine ilişkin çıktıları dile getirilmiştir.

*Mesleklerarası işbirliği ile ilgili seçmeli olan ders artık zorunlu oldu. Amaç hasta güvenliğini, bu hastanede deki işleyişi, kimin ne yaptığını, yaşanan yerde öğrencilerin **gözlemlemesini** tanımasını sağlamak. Dönem 2 ve 3'te ki dönem 3'te biraz daha güçlendirildi işin içine hastane çalışanları, kalite koordinatörlüğü, klinikler de girdi. Mesleklerarası işbirliği ve hasta güvenliği ile ilgili bir ders haline geldi. Bu tabii şu yönden de önemli. Öğrenci kliniğe gittiğinde kliniği **hasta güvenliği parametreleri** açısından değerlendiriyor. Öğrenci, rutinde yapılan bir şeyin daha farklı yapılmasını **önerebiliyor**. Tabii öğrenci den gelen geri bildirimler, orada işi yürüten hizmet veren ekibin olaya **farklı bir bakış açısıyla** bakmasını da sağlıyor. Burada gördüğümüz gibi aslında eğitim **tek taraflı değil**, öğrenci hastaneye de kazanç sağlıyor. Hastanenin hizmet kalitesi artıyor. (Tıp, dekan, profesör\_1)*

*Her hafta bir gün mesleklerarası işbirliğini hem sağlamak ve hastaya olumlu etkilerini yansıtmak için hem de bir eğitim ortamı sağlamak için **büyük vizit** dediğimiz vizitler yaparak başladık. Biraz önce bahsettim doktor, hemşire, fizyoterapist, eczacı, diyetisyen hep beraber haftanın bir günü tüm hastalarımızı görüyoruz. Öğrencilerle beraber intörnlerimiz orda oluyor, dönem 4 öğrencilerimiz belirli günlerde geliyor. Elbette diğer bölümlerin öğrencileri de oluyor. Fizyoterapist stajyer arkadaşlar zaten sürekli servisimizde olur. Hemşire stajyerlerimiz çok yoğun bir zaman geçiriyorlar serviste onları mümkün olduğunca bu sürece dahil etmeye çalışıyoruz. Klinik eczacılıktan uzmanlık öğrencilerimiz geliyorlar. Beraber oluyorlar onun için zengin bir eğitim ortamı sunuyordu o vizitler. Herkes fikrini rahatça **hiyerarşi olmadan** söylüyor tartışıyor. Tartışmalarla tabii herkes iş birliğinin önemini anlıyor, yaşıyor. Hastalar da çok **memnun oluyor, güvenleri** artıyor. (Tıp, profesör\_6)*

*Hasta güvenliği ilkelerini biz teorik olarak zaten anlatıyoruz. Uygulamaları olarak da dönem 3 öğrencilerimize vakalar verip çözümlenmelerini yapmalarını istiyoruz. Ve orda o ilkeleri vaka boyutunda tartışıyoruz. Serviste bir kontrol*

*listesi ile beraber dönem 3 öğrencilerimizin gezdiği bir eğitim saatimiz de var. Bu hasta güvenliği ilkelerinin olması gereken nedir ve olması gerekenden sapmalar var mı diye servislerde gözlemleyebileceği bir ortam yaratmaya çalışıyoruz. Geliştirdiğimiz bir **kontrol listemiz** var. Hastanın kimlik bilekliği takılı mı? Düşmemesi için gerekli önlem alınmış mı? Tıbbi atıklar uygun şekilde bertaraf ediliyor mu? vs gibi temel hasta güvenliği ilkelerimizi içeren bir gözlem listesi veriyoruz ellerine. Öğrencileri belirlediğimiz servislerde sorumlu hemşirelerimizin gözetiminde odalara dağıtıyoruz. O odalarda stajyer hemşirelerle beraber gözlem yapıyorlar. Daha çok küçük yaşta aslında bir **başka meslek mensubu ile nasıl çalışabileceklerini** birinin gözünden kaçanı diğerinin nasıl yakalayabileceğini birbirlerine klinik ortamda nasıl destek olabileceklerini o şekilde gözleme şansları oluyor. Olumlu bir eğitim modülü olduğunu düşünüyorum. Çünkü küçük yaşlarda bu kavramlara alıştırlarsa işte biraz önce bahsettiğim o **hiyerarşik sınırların yıkılması, ön yarguların yıkılması** daha mümkün. Aslında hepimizin **ortak bir gaye** için bir ekip içerisindeki bireyler olduğumuzu algılatmaya çalışıyoruz. Bunun kuruma da katkısı oluyor hastaya da. Yani bir hata tespit edildiğinde servis sorumluları ile iletişime geçiliyor ve anında **düzeltiliyor**. (Tıp, profesör\_6)*

Fakültelerinde MAE uygulamalarının yapılandırılmış olarak yer almadığını ifade eden öğretim üyelerince bu durum, “eksiklik” ve “gereklik” olarak açıklanmıştır. Bir fakülte yöneticisi tarafından MAE programlarını geliştirme çabaları aktarılmıştır. Kurum içinde eğitim ve araştırmada iş birliklerinin güç birliği sağlayacağı ifade edilmiştir. “Amaç ve hedeflerin ortak olarak belirlendiği uygulamalı, modüllerle öğretimin” olması gerektiği vurgulanmıştır.

*Bunu biraz oluşturmak zor diye düşünüyorum, yani tam bunu karşılıyor mu emin değilim. Mesela doktorların, mesela birçok sağlık alanındaki eğitimlere hekimlerin destek vermesi var, örneğin diyetisyenliğin oraya gidiyoruz diyetisyenin dersine gidiyoruz dış hekimin dersine gidiyoruz fizyoterapistlerin dersine gidip fizik tedavici doktorlar gidiyorlar. **Farklı öğretim üyesi ile oradaki eğitilenler** temas kurabiliyorlar. Ama mesleklerarası eğitim deyince tam **bunun karşılığında çok emin değilim**. Çünkü orada eğitilen grubu tek bir branş oluyor. Yani mesela doktor eğitmen olarak görev alıyor ama yanında tıp öğrencilerini de götürüp de bir **etkileşim ortamı sağlamadığı** takdirde tam olarak mesleklerarası eğitim karşılması olmayabilir. (Tıp, profesör\_7)*

*En önemli özellik şu aslında ve en dikkat çekici nokta şöyle demek lazım birincisi biz tıp fakültesi müfredatları içerisinde ÇEP’in içerisinde mesleklerarası işbirliği ilgili herhangi bir **programımız yok**, bunu vermiyoruz*

*bu büyük bir eksiklik. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_4)*

***Yeterli değil aslında yok.** İntörnlükte belki yani şey olarak var. Kuramsal zaten yok yeterli değil de tek tük belki **yapılandırılmış olmadan** intörnlükte var. Hani o böyle biraz işte asistan bir şey diyor. Hoca bir şey diyor sorumlu hemşire bir şey diyor. Öyle öğrenilen ve yapılandırılmamış olan intörnlükte var. Yani yeterli değil. Hani iş birliği eğitimine odaklanarak bir şey yapmadık. (Tıp, dekan, profesör\_2)*

*Ben mesela yeni rektörümüze onu önerdim. Yani öyle bir şey olsun ki sağlık alanının bir koordinatörlüğü olsun komisyonu olsun. Tıptan hocalar öncülük edebilir. Bu komisyon kurumsal düzeyde **hem eğitim ortaklığı hem araştırma ortaklığı hem yüksek lisans doktora ortaklığı gibi alanları** geliştirebilir. Çünkü o hep böyle **ayrı ayrı** hareket ediyoruz. Hâlbuki bir araya geldiğimiz zaman birbirimizin kullanacağımız **bir dolu gücümüz fikrimiz** olacak. Hani herkes sadece kendi işine bakıyor şu anda. Halbuki ortak olması gerekiyor. Bence mesela roller belirlenir, rollere göre o rollerin gerektirdiği **ortak amaç ve hedefler** belirlenir, kuramsal ve **uygulamalı** ortak eğitimler düzenlenir. Bir modüler yapı olabilir ama mutlaka ortak. (Tıp, dekan, profesör\_2)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAE deneyimleri, “MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar, MAE programı deneyimi, mesleklerarası eğitim uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilerin staj süreçlerinde katılma fırsatı buldukları “disiplinlerarası eğitim toplantıları, uygulamalı eğitim süreçlerindeki birliktelikler; hizmet içi eğitimler, öğrenci topluluğu etkinlikleri, farklı alan eğiticileri ile temas, alan dışı seçmeli dersler” yapılandırılmış bir eğitim modeli olmasa da farklı meslek grupları ile iletişim, etkileşim ve birbirlerini tanıma fırsatı sunduğu için yan çıktıları MAİ olan eğitim uygulamaları olarak yorumlanmıştır.

*Birlikte eğitim yok yani şu örnekleri verebilirim. Hani eğitim açısından aslında bizim uygulamalarımızda eğitimimiz içinde ve biz uygulamaları hastanede*

yapıyoruz ve çok sınırlı da olsa öğrenci diğer meslek gruplarıyla iletişim **kurmak zorunda kalıyor** ama genellikle hemşirelik stajlarında öğrenci, hemşire, orada çalışan hemşire ile daha çok birlikte ve bizim öğretim elemanlarımızla, diğer mesleklerle orada çalışan hemşire kadar çok iç içe geçmiyor. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi \_9)

Genelde bize de hizmet içi eğitimleri de **her meslek kendi içinde yapar**, mesela hemşireler kendi hizmet içi eğitimlerini yürütür, hekimler kendi makale, sunumlar, hizmet içi eğitimleri ama hastanemizde bazı birimlerde çocuk derslerini yürütüyorum, o alanlara çıkıyorum. Bazı birimler bunu disiplinler arası yapıyor. Yani o klinikte çalışan herkes eğitime katılıyor ve herkes bu konuda görüş bildiriyor. Çalışanlar için, öğrencilerin de katılımına izin veriyorlar hani ona bağlayacaktım. Böyle olunca öğrenci **o iletişimi ve diğer meslekleri de tanıma fırsatı** buluyor...Aslında bu bizim müfredatımızda yer alan bir şey değil ama uygulama alanının avantajı ile **mesleklerarası iletişimi ve iş birliğini gözlemleyebiliyor** ve yaşayabiliyor. Ama eğer onu yapmayan bir klinikse bunu görmüyor öğrenci ve diğer mesleklerle iletişimi ve etkileşimi çok daha kısıtlı oluyor. O yüzden müfredatımızda var mı dersiniz **yok aslında**. Ama **uygulama alanının doğası gereği karşılaşılabiliyor ve öğrenebiliyor**. Planlanmamış bir eğitim oluyor aslında. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi \_9)

Öğrencilerin bir arada olduğu bir eğitim programı yok. Şöyle var **topluluklar** içinde mesela topluluk etkileşimleri oluyor bizim hemşirelik topluluğumuz geçen yıl sağlıkta şiddetle ilgili olarak bir aktivite düzenlemişti, biz fakültenin diğer alanlarını tıp fakültesini de davet ettik bisiklet topluluğu ile hani beyaz balonlu ve şiddet afişleri oluşturduklar aynı zamanda işte stant açtılar orada farkındalık oluşturmaya çalıştılar. Girişimlerimiz bunlarla sınırlı. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör \_2)

Bir üniversitede “farklı alan öğrencileri ile birarada yürütülen eğitim etkinlikleri” MAE uygulamaları olarak açıklanmıştır. Programların geliştirilmesi ve uygulanması süreçlerinde fakülteler arası işbirliğinin önemine değinilmiştir. Eğitimde simülasyon uygulamalarının, standart hasta kullanımının, öğretim üyeleri arasındaki işbirliklerinin, “Simülasyon ve Mesleklerarası İşbirliği Anabilim Dalı” kurulmasının MAE uygulamalarının yaygınlaşmasında etkili olduğu ifade edilmiştir. MAE uygulamalarının yıllar içinde farklı alan öğretim üyeleri ile temastan farklı alan öğrencileri ile etkileşime doğru evrimsel bir süreçle geliştiği belirtilmiştir.

*Biz nasıl başladık. Danışmanı olduğum doktora öğrencim şu anda öğretim*

üyeyi olan bir meslektaşımın tez çalışmasıyla başladı. Konusu da simülasyon uygulamaları ve sanal hasta kullanımıydı. Yavaş yavaş **simülasyon ve standart hasta tekniğini** kendi öğrencilerimizin eğitiminde uygulamalarında kullanmaya başlamamız da bir şeylerin tetikleyicisi oldu diye düşünüyorum. Simülasyon uygulamalarımızı ...'nin laboratuvarlarında gerçekleştirdik. Elbette derslik ve laboratuvar kapasitemizin yetersizliğinden de kaynaklandı ama öğrencilerimizin oraya gidip oradaki laboratuvar koşullarını görmeleri, farklı bir anabilim dalındaki öğretim elemanlarıyla iletişime, etkileşime girmeleri yavaş yavaş aslında diğer öğrencilerle tıp öğrencileri ile de iletişime geçmeye başlamaları ve işte hemşirelik esasları ile başlayan bu süreci giderek diğer derslere de **yayılmaya**, iç hastalıkları, cerrahi hastalıkları hemşireliği, doğum, kadın sağlığı hemşireliği ve nihayet psikiyatri hemşireliği. Aslında müfredatımızdaki bütün meslek dersleri bir ikisi hariç bütün meslek dersleri için biz tıp bilişimi ile ortak yöntemleri simülasyonu kullanmaya başladık. Çok yararlandık ama tek taraflı yararlanmak etkili bir iş birliği değildir, çift taraflı olması gerekir. Bizim de öğretim elemanlarımızın gerektiğinde destek vermesi mümkün olabilirdi yani bir standart hastaları kendi öğrenci eğitimimizde hem lisans hem lisansüstü eğitimimizde standart hastaları ve simülasyonla ilgili alt yapıyı koşulları kullanırken, aynı zamanda bundan yararlanan öğretim elemanlarımız da bu **iş birliğini geliştirmeye başladılar** ... Şimdi biliyorum ki bizim öğretim elemanlarımız da örneğin tıp fakültesine ve diğer mesleklerin diğer uğraşlarının çeşitli derslerine eğitime gidiyorlar ya da simülasyon uygulamalarını birlikte gerçekleştiriyorlar, gösteriyorlar aynı şey bizim fakültemizde de gerçekleşiyor. Ama henüz daha mesleklerarası işbirliğine dayalı bir eğitimin **tam oturmadığını** öğrencilerin yeterince biraraya gelemediğini düşünüyorum, o yüzden tam anlamıyla bir mesleklerarası eğitim yapıyoruz iddia edemem. Ama yine de başladığını sürecin **gelişme aşamasında** olduğunu düşünüyorum. (Hemşirelik , dekan, profesör\_3)

Eskiden de yine bir şekilde mesela ne yapmaya çalışıyorduk? bir konu alan uzmanını dersimize davet ediyorduk, hoca ve öğrenci etkileşimi oluyordu, mesela bugün de geldi bir avukatımız öğrencilere dersini anlattı iki farklı meslek etkileşti ama öğrenciler bir arada değiller, o yüzden buna mesleklerarası eğitim diyemem. Sizin de bildiğiniz o tanımı karşılamıyor sadece etkileşim farklı alan öğretim üyesi ile öğrenci arasında oluyor. Tıp fakültesine biz gidiyorduk mesela sizin öğrencilerinize gidiyorduk, işte bir şeyler anlatmaya başladık yavaş yavaş olacak şeyler bunlar. Meslekler arası eğitim olmayabilir, mesleklerarası ne olabilir belki bir miktar etkileşim olabilir. Bir sonraki aşamasında işte simülasyonlar yaptık. Diyelim ki hemşire hekim senaryosu var ama simülasyona sadece tıp öğrencileri giriyor.

*Çözümlemeyi hemşirelikten hocalarla yapıyor. Hemşirelik öğrencileri yok. Öğrencilerle hemşire olarak sadece ben etkileşime geçiyorum, karşımda sadece tıp fakültesi öğrencisi var. Hemşirelik öğrencisi ile bir etkileşimi yok. **Çözümlemelerde yeri dolmuyor** hemşire adına konuşuyoruz. Sonra bir adım daha ileri taşındık ne oldu **birlikte simülasyon** uygulamalarına girdiler. Lisans düzeyinde iki öğrenci grubu yani hemşirelik öğrencileri ve tıp fakültesi öğrencileri ki daha çok meslek olsa tabii ki daha çok memnun oluruz. Bir araya geldiler simülasyon uygulamasına girdiler ilk defa, öğrenciler orada birbirine bulaştı, **o floralar dokundu** birbirlerine. Bizim için çok başarılı değildi ama yaptık, yaptık yani ilki yapabilmek çok önemliydi. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)*

Bazı fakültelerde ise MAE'nin olmayışı, öğretim üyelerince “eksiklik” ve “gerekliklik” olarak açıklanmıştır. Öğrencilerin “ayrı ayrı” yetiştirildiği bir eğitim sisteminin olduğu ifade edilmiştir. Öğretim üyeleri arasında da sosyal birlikteliklerin ve akademik iş birliklerinin zayıf olduğu belirtilmiştir. Sağlık bilimleri fakültesi çatısı altındaki öğretim üyeleri ve öğrencilerin aynı ortamı paylaşıyorlar da birbirleri ile yeterince temas etmediği vurgulanmıştır.

*Mesleklerarası eğitim ile **çok ideal ve çok güzel** bir şeyden söz ediyorsunuz tabii ki. Yani keşke olabilse ama bizde yok. Ayı ayrı yetiştirip sonradan bir araya getirdiğiniz zaman anca bu kadar olabiliyor bu model ancak bu kadar işliyor. Şimdi bizim mevcut sağlık eğitimiyle ilgili bölümlerde benim bildiğim böyle bir örnek yok, keşke olabilse. Bırakın onu aynı çatı altında mesela sağlık bilimleri fakültesi aynı çatı altında işte bizde beslenme, fizyoterapi, sosyal hizmetler, hemşirelik bu bölümler var. Öğrenciler aynı çatı altında dahi birbirleriyle **iletişim ve etkileşim hâlinde değiller**. Yani işte hocalar da kendi aramızda işte **arkadaşlık dostluk birlikte çalışma durumumuz da söz konusu değil** hâlbuki yani bir proje yapsak hepimizin birden bakacağı o kadar çok ayak var ki ama işte o düzen o sistem **ne yazık ki yok**, o kültür yok. Dolayısıyla bunu genç gruplara da bu anlamda çok fazla yansıtamıyoruz herhalde. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_1)*

### **Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Fizik tedavi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAE deneyimleri, “MAE'ye dair yan çıktıkları olan uygulamalar, MAE programı deneyimi, MAE uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır.



“Farklı alan eğitimcileri ile temas, üniversitenin/seminer sempozyumları, seçmeli derslerde bağlam dışı birliktelikler, doktora, master süreçlerindeki ders alma ve araştırma iş birlikleri, lisans dönemindeki bitirme projeleri, klinik ortamlarda ve saha stajlarında farklı sağlık çalışanları ile temaslar, öğrenci kulüplerindeki etkileşimler ve ders içeriklerinde iş birliğinin önemine değinilmesi” MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar koduyla açıklanmıştır.

***Sempozyum tarzı** şeylerimiz var, beraber yaptığımız hani bu da bir eğitim süreci olarak düşünürsek eğer yani sadece ders alma, derslik olarak değil ama hani mesela hani öyle düşündüğüm için mesela **ortak sempozyumlarımız** var. Mesela oraya işte hekim kendi gözüyle, hem hastalıkla ilgili bilgi veriyor, biz fizyoterapist olarak anlatıyoruz, hemşeriler bakımla ilgili süreçleri anlatıyor şeklinde yani ancak sempozyumlarda. Lisanstaki formal eğitim programlarında böyle oturumlar yok. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_1)*

*Bizde alan **dışı seçmeli dersler** oluşturuldu. O seçmeli dersler çerçevesinde ama sadece işte bizim fakülteye ait değil, yani diğer fakültelerden de öğrenciler seçebiliyor. Böyle bir şey olabilir sadece diye düşünüyorum. Hani belki onun mesleklerarası eğitime katkısı olabilir. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, profesör\_2)*

***Direk eğitim programı içerisinde yok.** Hani sonuçta bu eğitimimizin bir parçası değil ama biz **projeler yaptırıyoruz**, bitirme projeleri yaptırıyoruz öğrencilere. Ya da yüksek lisans öğrencilerine **tez yaptırıyoruz** mesela benim yüksek lisans öğrencisinin bir tanesi tezi bir aplikasyon. Dolayısıyla bir başka tez öğrencisiyle birlikte çalışıyor. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_8)*

*Kliniklerin olması bir avantaj ama bu fakültenin içindeki diğer programlarla teması çok sağlamıyor. **Daha çok hastanedeki diğer sağlık personeli ile teması** sağlayabiliyor biryerde. Yani hemşire orada ne yapıyor ne biliyor, işte servisin diyetisyeni nasıl iş yapıyor? Onu görebiliyoruz, sadece onu. **Ama formal yapılandırılmış bir şey yok** . (Fizyoterapi, öğretim üyesi, profesör\_2)*

*Fakültelerin bir sürü **sosyal kulübü var** ve o kulüplere de hemen hemen her bölümden öğrenciler üye. İletişimleri bir şekilde oluyor. **Kampüste iç içe oldukları için aynı binada olmaları** aslında bence bir nebze onların iletişimi için iyi bir fırsat diye düşünüyorum. Ama bu birbirlerinin **mesleki farkındalığını oluşturmuyor.** (Fizyoterapi, bölüm başkanı, profesör\_3)*

*Farklı branşlardan dediğim gibi hekimler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk gelişimciler de işte dil gelişimciler gibi bir sürü alan olabilir, engelli öğretmenleri, özel eğitim öğretmenleri gibi bir sürü alanla birlikte çalışacaklar ve bunları biz gösterirken derslerde de hep böyle bir şematize ediyoruz... Tam sizin tanımınıza uymuyor çünkü öğrenciler diğerleri ile biraraya gelmiyor. **Biz kendi öğrencimize anlatıyoruz sadece.** (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_8)*

MAE programının olduğu bir üniversiteden bir öğretim üyesince “farklı alan öğrencileri ile birarada yürütülen klinik beceri eğitimleri” MAE uygulaması deneyimi olarak açıklanmıştır. Dersin seçmeli olduğu ve farklı alandan öğrencilerin beceri eğitimleri sürecinde birbirlerine geribildirim verdikleri ifade edilmiştir. Öğretim üyesi dersi “*tutkala*” benzeterek öğrenmeleri entegre etmeye katkı sunan bir ders olduğunu vurgulamıştır.

*Şimdi bizim bu dersi yürütme şeklimiz iki türlü. Hala da tam istediğimiz gibi de değil. Bir tanesi lisans seçmeli dersi. Kendi bölümüm içinde sadece benim bölüm öğrencilerimin aldığı. Ama bu dersin 14 haftasının ilk 2-3 haftasında biz bir şekilde programları uyuşturup tıp öğrencileriyle, işte hemşirelik bölümünün öğrencileriyle, dış hekimliği bölümü öğrencileriyle **bir klinik beceri eğitiminde** bir araya getiriyoruz. Böylece o klinik beceri eğitimi atıyorum bir enjeksiyon uygulaması işte maket bir kol üzerinde hem dış hekimliğinden hem hemşirelikten hem işte eczacılıktan veya fizyoterapiden 4-5 öğrenci o maketin etrafında birbirlerine öğreterek bir enjeksiyon uygulaması yapıyorlar. Daha sonra **birbirlerinin hatalarını düzeltiyorlar**. Birbirlerine önderlik ederek sıra ile uygulamalarını gerçekleştiriyorlar. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

*Bu dersin tutkal olduğunu düşünüyorum. Yani hepimiz bir parça koyuyoruz öğrenciye ama bunu **yapıştırarak şey** bu. Yani bu olmadan dünyanın en iyi anatomisini de versen fizyolojisini de versen ya da fizyoterapiye özel core (çekirdek dersleri) de versen hiç bir şey ifade etmez. Öğrenci onları birleştiremez. Öğrencinin bunları **birleştirdiği tek derstir** bence (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

Bazı okullarda ise MAE'nin olmayışı, öğretim üyelerince “eksiklik” ve “gerekliklik” olarak açıklanmıştır. “Farklı disiplin öğrencilerinin birbirlerini tanımaması, birbirlerinin, yeterliklerini, rol ve sorumluluklarını bilmemesi, eğitimlerin

farklı binalarda devam etmesi, öğretim üyelerinin birbirlerinin derslerinin içeriklerinden haberdar olmaması ve kendi alanlarında aşırı uzmanlaşmalarının içe dönük olmaya neden olması” eksiklik olarak öne çıkarılmıştır. MAE uygulamalarının multidisipliner çalışmalar için önemli ve gerekli olduğu vurgulanmıştır.

***Bizde yok.** Ben mesela 3. sınıfta girdiğim ortopedik rehabilitasyonda sosyal hizmet uzmanı ne iş yapar dediğimde bana bakıyor 130 tane öğrenci. 3. Sınıfa gelmesine rağmen bir sosyal hizmet uzmanının **ne iş yaptığını bilmiyorsa** biz zaten uzak kalmışız diğer mesleklerden. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, profesör\_3)*

*Maalesef alan dersleri içinde yok. Bildiğim kadarıyla yok. Yani sosyal derslerde belki İngilizcede Ü tarihte o tarz derslerde bir araya geliyor olabilirler ama benim bildiğim alan dersi içerisinde maalesef böyle bir birliktelik hiç ne tıp ne de sağlık alanındaki diğer birimler ile böyle bir **birliktelik yok.** (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doktor öğretim üyesi\_4)*

*Sağlık bilimlerinin farklı branşları aslında birbirlerinden **çok kopuklar. Farklı binalarda okuyoruz** aynı zamanda sadece kendi içimizde özelleşmişiz **dışarıda neler olduğuna odaklanmıyoruz**, oysaki hep diyoruz ki multidisipliner çalışmalıyız. Siz ekipsiniz. Multidisipliner tedavi yaklaşımları uygulayın. Ama işe gerçekten eğitim boyutundan bakınca daha **lisanstan** böyle beraber başlarsa iş **multidisipliner ekip olabilir.** Ama şu anda hocalar düzeyinde bile **kimse kimsenin ders programını bilmiyor.** (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAE deneyimleri, “MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar, MAE programı deneyimi, MAE uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır.

“Uzmanlık eğitiminde klinikte farklı meslek grupları ile birlikte çalışma, seçmeli derslerde bağlam dışı birliktelikler, üniversitenin/seminer sempozyumları, iletişim ve halkla ilişkiler temalı dersler” MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar koduyla açıklanmıştır.

**Klinik eczacılık** koordinatörlüğü **lisansüstü** düzeyi için bizim eczacılıkta uzmanlık sınavı ile kazanan öğrencilerimizin burada 105 saatlik bir eğitim programı var. Teorik eğitim. Eğiticilerimiz var onların koordinasyonunda ben görevliyim. Daha sonrasında bu teorik eğitim bittikten sonra öğrencilerimizi biz X Hastanesi Kliniklerine yönlendiriyoruz. Kliniklerde değişik bölümlerde stajlara katılıyorlar ve orada da tabii **işte sağlık mensuplarıyla bir arada olmuş oluyorlar**. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)

**Klinik eczacılık** ve **işte fitofarmasi uzmanlığı** gibi iki alanımız var aslında burada tam bir mesleklerarası işbirliği yapacak eczacılar yetişiyor. ... şu anda geri dönüşlere baktığımız zaman öğrencilerimizden lisansüstü bize çok pozitif anlamda geri dönüş yaptıklarını görüyoruz yani hekimlerin bizim uzmanlık öğrencilerimizi bilgisinden çok güzel yararlandıklarını. İlacın **işte farmakolojisi, farmakinetiği, farmakodinamiğini çok iyi biliyorlar etkileşimleri biliyorlar** çünkü sadece yoğunlaştıkları konu da bu. Pek çok klinik çalışmaları inceliyorlar potansiyel problemleri öngörebiliyorlar. (Eczacılık, dekan yardımcısı, doçent\_4)

Çekirdek eğitim programında yeterliliklerde, mesleki yeterliliklerde mesleklerarası işbirliğine yatkınlık tan bahsediliyor. Türk Eczacılar Birliği'nde deontoloji tüzüğünde hem meslek içi hem mesleklerarası işbirliğinin öneminden bahsediliyor ama bunlar hep en ideal ortamlarda olması gereken şeyler olarak tanımlamıyor ama **eğitim süreçlerinde buna yönelik bir durum yok ya seçmeli dersler temelinde olan şeyler var zorunlu derslerde de bir şekilde eğer eğiticiler akademisyenler kendi eğitim programların içinde bir şekilde sıkıştırabiliyorlarsa oluyor**. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_3)

Şimdi şu ana kadar yoktu ama bu seneden itibaren dediğimiz gibi 7 saatlik modüller şeklinde üniversitemizin katkısı ile **yeni seçmeli dersler** açıldı. Bu dersler üniversite bazında açıldığı için ister dış hekimliğinde öğrenci, tıptan, öğrenci hatta yani sağlıkla ilgisi olmayan çünkü modüller çok farklı. İşte gıda alanında var ekonomi alanında var. Yabancı dil var. Öğrenci istediği modülden istediği dersi seçebilecek ve bu modüllerden seçtiğinde de **farklı fakültelerden öğrencilerle bir arada bu dersi alacak**. (Eczacılık, dekan yardımcısı, profesör\_6)

Bir kongre düzenliyoruz, ... öğrencilerimiz bu konuda çok faaller ve diğer meslek grupları ile bir araya gelmek istiyorlar aslında. Ve bu kongrelerin **odak noktası** genellikle **sağlık** oluyor. Yani bu sağlık camiasından herkesin, hem **işte fizyoterapi, dış hekimliği, beslenme diyetetik, hatta geçen gün ben öğrencilere katılım durumlarını sordum ile hangi fakülteler var diye mühendislik hukuk**

*bile varmış. Dolayısıyla bu üç dört günlük süreç içerisinde **öğrenciler birbirleriyle temas ediyorlar** ama tabii sizin tanımladığınız gibi bir eğitim programı gibi değil. Orada birlikte dinliyorlar birbirlerini tanıyorlar, tartışıyorlar. Bu şekilde derneklerin, meslek örgütlerinin de etkinliklerinin farklı meslekleri biraraya getirebilmek adına fırsat yaratabilmek açısından değerli bence. (Eczacılık, dekan yardımcısı, doçent\_4)*

MAE programının olduğu bir üniversitede, eczacılık fakültesi öğrencilerinin ve tıp fakültesi öğrenciler ile iş birliğini ve iletişimi geliştirmeye yönelik yürütülen MAE deneyimi olarak açıklanmıştır. Eğitimde simülasyon uygulamaları kullanımının ve uygulamalara farklı alan öğrencilerinin birlikte katılmalarının eğitimin niteliğini geliştirdiği vurgulanmıştır.

*Yaklaşık son dört senedir bizim **eczacılık** öğrencilerimizle **Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'ndaki Eczane Hizmetleri Programı'ndaki öğrencileri** bir araya getiriyoruz. Sahada bir arada çalışacak iki meslek grubu olan bu öğrencileri **eczane işletmeciliği** diye bir dersimiz var, orada da yine temel eczacılık uygulamaları temel eczane uygulamaları diye bir ders var ikisi de bizim anabilim dalımızın yürüttüğü dersler bu nedenle bu iki derste öğrencileri bir araya getirme şansımız oluyor. **Simülasyon uygulaması** yapıyoruz temel **iletişim becerilerine** odaklanarak mesleklerarası işbirliği ve simülasyon merkezindeki eczaneler laboratuvarında **standart hasta görüşmelerinde** bu iki meslek grubunun bir arada olduğu. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_3)*

*Tıp üçüncü dönem öğrencileri alıyordu, ilk seçmeli olarak bu derste mesleklerarası dersinde tek bildikleri eczacı profilinin serbest eczacı olduğuydu. Yani mahalledeki eczacıyı biliyor ve onu da sadece reçetesini verdiği, ilaçlarını aldığı biliyor. Yoksa **bir eczacı nedir, ne yapar, neyi bilmelidir** ya da **ondan nasıl bir hizmet bekleyebilir bilmiyor** ... Bir de önce simülasyonlara sadece kendileri (tıp öğrencileri) giriyordu çözümlenmeye biz giriyorduk. Şimdi **eczacılık öğrencileri ile** giriyorlar. Tek yapılan simülasyonda hani topu atıyor duvara çarpıyor dönüyor bir şekilde, ama şimdi **tenis oynanıyor**. (Eczacılık, öğretim üyesi, profesör\_8)*

Bazı öğretim üyeleri ise MAE'nin olmayışını “eksiklik” ve “gereklik” olarak açıklamıştır. Yurtdışında MAE programı gözlemi olan bir öğretim üyesince sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, zamanı etkin kullanma, öğrencileri ekip olarak çalışacakları ortamlara hazırlayabilme açısından MAE'nin gerekli olduğu

vurgulanmıştır.

*Şu anda bizde bildiğim kadarıyla yok. Ama ben bunu yurtdışında doktora eğitimi yaptığım sırada hani görmüştüm böyle bir ders vardı. Hocalar da bunu çok önemsiyorlardı. Her fakültenin bir sorumlu hocası vardı bu eğitimde. O hocalar bir araya gelip toplantılar yapıyorlardı ve bunları öğrencilere ders olarak uygulamasını yapıyorlardı. Ben zaten o şekilde duymuştum bu konuyu çok da ilgimi çekmişti. **Türkiye'de benim bildiğim eczacılık eğitiminde böyle bir şey yok.** Aslında biz de yapmalıyız. Üniversitemizde de olmasını çok isterdim. Yapılması gerektiğini de düşünüyorum. **Sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırabilmek için daha kısa zamanda daha çok iş yapabilmek, birtakım aksaklıkların veya eksikliklerin giderilmesi açısından öğrencilerin hayata, ekip olarak çalışacakları ortamlara daha iyi hazırlanması açısından böyle bir programın gerçekten olabileceğini düşünüyorum.** (Eczacılık, öğretim üyesi, öğretim görevlisi \_5)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyelerinin MAE deneyimleri, “MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar, MAE programı deneyimi, MAE uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır.

“Farklı alan eğiticileri ile temas, uygulamalı eğitim süreçlerindeki birliktelikler, saha stajları, öğrenci topluluğu etkinlikleri, lisans mezuniyet tezleri, seçmeli derslerde bağlam dışı birliktelikler, üniversitenin/seminer sempozyumları” farklı alandan öğretim üyeleri ve/veya öğrencilerle bir araya gelinen MAİ’ye birliğine yönelik yan çıktıları olan uygulamalar olarak açıklanmıştır.

*Yani çok fazla olduğunu söyleyemem **yani işte dediğim gibi gelen hocalar var tıp fakültesinden ilk aşama olarak ama onun dışında klinikteki vakalarını alırkenki temaslari dışında öyle çok da bir arada olmaları gibi şey yok yani burada. Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki öğrenciler her halükârda işte topluluklar var mesela topluluklarda beraber yer alıyorlar. Bu da bir fırsat ama tıp fakültesi öğrencilerinin diğer sağlık öğrencileriyle bir aradalığı bence daha kısıtlı.** (Beslenme, bölüm başkanı, profesör \_1)*

*Bizim açtığımız dersleri öğrenciler **seçmeli** olarak alabiliyorlar. Bu da o boyuta girer gibi sizin söylediğiniz? Şöyle bir şey var orada, mesela hemşirelik*

bölümünde beslenme dersi var. **Biz o gidip o dersi onlara anlatıyoruz.** Yani öğretim üyesi esasında onların öğrencisiyle temas kuruyor ama öğrencilerin bir araya geldiği bir eğitim etkinliği yok. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)

Bizim **secmelilerimiz tıp fakültesine de** açıldı. O seçmeli derslerden hem dönem ikiler hem dönem 3'lere biz destek veriyoruz. Bir tanesi temel beslenme ile ilgili. Beslenme ile ilgili eğitim alıyorlar. 3 sınıfta dönem üçte klinik beslenmede temel yaklaşımlar diye bir ders alıyorlar. (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)

Bizim açıkçası öyle bir etkinliğimiz yok. Yalnız işte **kulüpler** vasıtasıyla mesela şu anda yani alt katta kanser farkındalığıyla ilgili bizim beslenme topluluğu'nun yapmış olduğu kanserle ilgili bir farkındalık, diğer arkadaşlarıyla **diğer bölümdeki arkadaşlarıyla** bunu paylaşmaya çalışıyorlar. Hani en büyük en böyle somut size verebileceğim paylaşım bu. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)

Bizde böyle eğitim etkinlikleri yok. Sadece teorik anlamda işte **diğer disiplinlerden hocalarımızdan destek istediğimiz** eğitimimize katkı verdikleri durumlar var. Ama onun haricinde belki **stajlarımız** olabilir. Çünkü **stajlar, sahada yapılan uygulamalar** esnasında da onlardan sorumlu olanlar zaten meslek grupları var. Yani başta diyetisyenler var ama onun haricinde iş birliği içerisinde olduğu diğer meslek grupları da var. O esnada ancak **uygulamalı eğitim** sırasında iş birliği sağlanabiliyor. Ama onun haricinde hani **sosyal etkinliklerimiz** var. Yani onları da işin arasına katarsanız. Mesela en azından kendi fakültemiz içerisindeki farklı disiplinlerin **topluluklarla** bir arada yaptığı **sosyal etkinlikler** olabiliyor. **Seminerler** olabiliyor gibi. Bunlarda aslında bir eğitimin parçası diye düşünüyoruz. Ama eğitim öğretimin içerisinde birebir bu program ile müfredatın içerisinde işte hani uygulama stajlar ve teorik bazı derslerin dışında çok etkin yaptığımız bir durum yok. Şimdi yeni yeni kendi müfredatımıza eklediğimiz **alan dışı seçmeli derslerimiz** var. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_7)

MAE programının olduğu bir üniversitede, “tıp fakültesi ve beslenme ve diyetetik bölümündeki öğrencilerin iş birliğini geliştirmeye yönelik yürütülen simulasyon uygulamaları” MAE deneyimi olarak açıklanmıştır. Programın öğrencilikten itibaren iki meslek grubunun birbirini tanınması, karşılıklı yeterliklerin ve sorumlulukların farkında olması ve birbirine destek olma kültürünün gelişmesi

amacıyla oluştuğu ve yarar sağladığı belirtilmiştir.

*Yani farklı alanlardan farklı uzmanlık alanlarından olan kişilerin bir araya gelip işte ben hep hasta üzerinden vereceğim örneğimi o tedavide etkin bir şekilde yer alması lazım. Bunun içinde kişilerin **öğrenciliğinden itibaren birbirini tanıması** lazım. Zaten bu program oluşturulurken ilk amaç da oydu. Birbirimizi hekimlerle **birbirimizi tanıyalım** yani bir beslenme diyetetik **bölümü öğrencisi ne eğitim alıyor. Hangi aşamalardan geçiyor.** Daha sonra da işte birlikte kliniğe çıktığımızda ya da hasta başında olduğunuzda birbirimize **nasıl destek olabiliriz** ya da kimin yetkisi, kimin sorumluluğu onun farkında olmaları amacıyla oluştu. Bence çok **yararlı oldu** çünkü hani tabii ne zaman oldu bir herhalde 6 yıl falan olmuştur ya da beş yıl olmuştur. (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)*

*Tıp fakóltesi dönem 3 lerle birlikte bizim de 4. sınıf öğrencileri son sınıf öğrencilerimiz geliştirilen senaryolar üzerinden **standart hasta görüşmeleri** yapıyorlar. Orada aslında bir arada bir hastayı değerlendiriyorlar. Daha sonrasında bir hafta sonrasında videoları eğitmen eşliğinde izleniyor ve **çözümleme** yapılıyor. Aslında öğrenci orada ne yapsa daha doğru olurdu böyle yaklaştı mı daha iyi yoksa değer mi diye tartışıyoruz.*

***Başka yaptığımız hiçbir yer yok.** Klinikte bir yerlerde karşılaştıkları noktalar var ama onlar ders değer zaten karşılaşırlarsa karşılaşıyorlar. Dolayısıyla tıp fakóltesinin dersi dışında benim bildiğim yok şu an. (Beslenme, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_9)*

MAE'nin olmayışı, bazı öğretim üyelerince “eksiklik” ve “gerekliklik” olarak açıklanmıştır. Bir öğretim üyesince, düzenlenen sempozyumlara farklı alan öğrencilerinin ilgi duymadığı, etkinliklerin diğer alan öğrencilerin de ilgisini çekecek şekilde planlanması gerektiği ifade edilmiştir.

*Ders olarak bilmiyorum ben olmadığını düşünüyorum ama mesela biz **sempozyum** gibi toplantılar yapıyoruz. Ya böyle iki günlük bir günlük oluyor. Ya da işte sempozyumda değer ünlü diyetisyenleri çağırıyoruz. İşte alanında yok ne de bilim alanında iyi olan, bu işi götüren hocalarımızın çağırıyoruz. Diğer üniversitelerden hocamız diyetisyenler derneğini çağırıyoruz buraya herkesin gelmesi açık. Tabii gelen kim oluyor genelde diyetisyenler. Hemşire ya da FTR öğrencileri pek **ilgilenmiyor.** Genelde herkes kendi alanında iyi olmak istediği için başarı istediği için **kendi alanlarındaki** etkinliklere katılmayı tercih ediyorlar. Belki kendini ait hissetmiyor. Ama yapmak gerek*



diye düşünüyorum. Sempozyum onun için de **çekici kılınabilir**. Herkesin birbirinden öğreneceği birşey elbette var. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)

### Öğrencilerin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp O.	Hemşirelik O.	Fizyoterapi O.	Eczacılık O.	Beslenme O.	TOPLAM
▼ Mesleklerarası eğitim deneyimi						0
• Mesleklerarası işbirliğine dair yan çıktılar olan uygulamalar	●	●	●	●	●	20
• Mesleklerarası eğitim programı deneyimi	●			●	●	4
• Mesleklerarası eğitim uygulamalarının olmaması	●	●	●	●	●	8
Σ TOPLAM	10	4	7	6	5	32

**Şekil 4.25.** Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası eğitim deneyimi” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin MAE deneyimleri, “MAİ’ye dair yan çıktılar olan uygulamalar, MAE programı deneyimi, MAE uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır.

“Meslek derneklerinin etkinlikleri, üniversitenin/bölümün kongre/seminer/sempozyumları, öğrenci topluluğu etkinlikleri, klinik ortamlarda farklı alan öğrencileri ile temaslar ve hizmet içi eğitimler” öğrencilerin katıldığı MAİ’ye dair yan çıktılar olan uygulamalar olarak açıklanmıştır.

Hasta/meslek dernekleri tarafından düzenlenen etkinliklere birlikte katılımın birbirlerinin rol ve sorumluluklarını anlama için fırsat yarattığı belirtilmiştir. Farklı sağlık alanı profesyonelleriyle ortak temalarda düzenlenen seminer, sempozyum ve kongre gibi etkinliklerdeki birliktelik deneyimleri paylaşılmıştır. Öğrenci topluluklarının ve öğrenci temsilciliklerinin farklı alandan öğrencilerle temas kurmayı sağladığı ve bu etkileşimin klinik ortamda da devam ettiği ifade edilmiştir. Bir diğer deneyim ise hizmet içi eğitimlerdir. Tüm sağlık alanı çalışanlarını yakından ilgilendiren COVID-19’a yönelik düzenlenen bir eğitimde biraraya geldiği, farklı

konularda bu tür etkinliklerin yaygınlaşması gerektiği belirtilmiştir.

*Şizofreni Dernekleri Federasyonu her sene kongre düzenler. Kongrede işte **toplum ve şizofreni** konusu oluyor. Psikiyatri tedavisinde bulunan tüm paydaşlar bir arada bulunuyor ve bu paydaşların eğitim alan kesimi de bulunuyor tabii ki. Orada işte psikiyatride yüksek lisans yapan hemşireler öğrencileri, psikoloji öğrencileri, tıp eğitimini alan öğrenciler, PDR öğrenciler işte sosyal hizmetlerde okuyan öğrenciler, birçok alandan insan vardı. Hepimiz de bir araya gelip; hani bu konunun hakkında konuşmuştuk. **Yani daha önce psikolog, sosyal hizmet uzmanı ne yapar hiç bilmiyorken onların yaklaşımlarının nasıl olduğunu görme imkânım olmuştu** aslında ne kadar bir arada olmamız gerektiği ama ne kadar **birbirimizden uzak olduğumuz hakkında** da çok fazla konuşmuştuk. (Tıp, öğrenci\_2)*

*Bizde üniversitede **sağlıkta hukuk** başlıklı bir **seminer** olmuştu. Oraya hem hocalarımızdan katılanlar oldu. Hem hemşirelerden katılım oldu. Öğrenci olarak biz de katılmış olduk, hemşirelikten de öğrenciler vardı diye hatırlıyorum ama çok etkileşimimiz olmadı. (Tıp, öğrenci\_4)*

*Mesela bizim konsey vardı. Temsilciler konseyi. Bu kampüsün tamamıyla kurduğumuz kampüsün konseyi...öğrencileriyle görüştüğümüz işte üniversitenin işte etkinlikleri, şenliklerini planladığımız o şekilde bir etkileşimimiz oldu. Daha sonra yani **çok karşılaştık tabii hastanede** çalışırken. Özellikle ben dönem 4 iken; onlar da dönem 4 oldukları için hastanede çalışıyorlar. Tabii çoğu mezun oldu şimdi. O zaman yani hastanede de **sohbet etme, sosyal etkileşim** şansımız oldu karşılaştığımızda. Yani ama ders kapsamında biraraya gelme şeklinde olmadı. (Tıp, öğrenci\_7)*

*Benim mesela 6 yıllık eğitim hayatımda **ilkkez;** corona çıktıktan sonra **toplantı yaptılar** coronavirüs hakkında. İşte enfeksiyon hocası bilgilendirme yaptı çocuk enfeksiyon hocası. Yani tıklım tıklım doluydu ve hani işte birlikte çalıştığım **hemşireler, birlikte çalıştığım işte postalar yani hepsi katıldı. İntörnler geldi. Asistanlar geldi.** Yani o ortam belki **çok daha erken sağlansaydı;** başka konular üzerine çok daha mükemmel bir sistem olabilirdi. Hani bir birlik var o konuda ve insanlar bunu merak ediyor ve her aslında oradakilerin hepsi sağlık çalışanı ve halkı bilgilendirilecek düzeydeki insanlara yetkin bilgi veriliyor orada. Hani en iyi bunu aktarabiliriz gibi geliyor eğitim sürecinde de. **Yani korona dışında da gündeme getirilmesi gereken pek çok sağlık çalışanını ilgilendiren bir sürü konu** var bu tarz eğitim etkinlikleri ile düzenlenebilecek. (Tıp, öğrenci\_5)*

Fakültesinde yürütülen MAİ dersine katılan öğrencilerce üçüncü sınıfta seçmeli olarak alınan ve farklı alandan öğretim üyelerinin katıldığı bu ders yönelik

deneyimlerini paylaşmıştır. O dönemde programda farklı alanlardan öğrencilerin yer almadığı vurgulanmış, programın gelinen noktadaki halinde farklı bölüm öğrencileri ile uygulamalar yapıldığı belirtilerek bunun daha yararlı olacağı ifade edilmiştir.

*Biz dönem 3 iken seçmeli bir ders almıştık. Şimdi belki zorunlu olmuştur. Bilmiyorum. Mesleklerarası iş birliği dersiydi. Bir tek o var hani aklıma gelen. Orada **böyle farklı alandan öğrenciler yoktu**. Tam bir mesleklerarası eğitim denemez belki çünkü farklı fakültelerden hocalar gelip kendilerini işte kendi bölümlerini anlatmıştı. Hani şimdi sanırım diğer bölümlerin öğrencileriyle de farklı uygulamalar yapıyorlar. **Daha iyi olmuş**. (Tıp, öğrenci\_8)*

MAE'nin olmayışını bazı öğrenciler, “eksiklik ve gereklilik” olarak açıklanmıştır. Bir öğrenci tarafından, ortak amacın insan sağlığı olduğu, bu bağlamda farklı meslek gruplarının birbirlerinin görevlerini bilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Öğrenci bu konuda özdeğerlendirme yaparak kendi eksikliğini dile getirmiştir.

*Aslında hepimizin ortak amacınızın insanın sağlığı olduğunu net bir şekilde öğrendiğimiz **birlikte birşey olmuyor bizim eğitimimizde**. Yani erken eğitimle verilirse bu daha net olur. Mesela şimdi üniversitede beraber olarak yaptığımız hiç birşeyimiz yok. Olmadığı için de hani sanki bizim amacımız sağlık da işte fizyoterapistin ne bileyim psikoloğun amacı başka gibi. Aslında hepimiz **aynı şey için toplanmış bulunuyoruz** hastane ortamında, başka ne amacımız olabilir ki düşününce. Yani hasta için. Ama biz birbirimizi tanıyor muyuz hayır hiç yani. Birkaç ay sonra mezun olacağız ben **bilmiyorum şu an onlar ne iş yapar**. (Tıp, öğrenci\_3)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAE deneyimleri, “MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar, MAE uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır. “Alan dışı seçmeli dersler ve öğrenci topluluğu etkinlikleri” öğrencilerin katıldığı mesleklerarası işbirliğine dair yan çıktıları olan uygulamalar olarak açıklanmıştır.

***Seçmeli dersler var**. Farklı fakültelerden farklı dersler alabiliyorsun ama ben böyle yeterince etkili olduğunu düşünmüyorum. Seçmeli ders hocaları da bunu çok önemsemiyorlar mesela açıkçası. **Sanki olması lazımmiş da olmuş** gibi.*

(Hemşirelik, öğrenci\_3)

*Ekstradan da biz diğer sağlıkla ilgilenen fakültelerdeki öğrencilerle iletişime geçip sempozyumlar falan yapabiliyoruz ama **toplulukla** falan yani informal.*  
(Hemşirelik, öğrenci\_2)

MAE'nin öğrenciler, “eksiklik ve gereklilik” olarak açıklanmıştır. Farklı meslek grubu öğrencileri ile yapılacak eğitim etkinliklerinin olmasının yarar sağlayacağı vurgulanmıştır.

*Aslında hani açıkçası buraya gelmeden ben biraz bakmıştım biraz neler olabilir falan diye. Yani eğitimimiz sırasında biz mesela dördüncü sınıfta kliniğe falan da çok çıkıyoruz. Ben mesela tıp eğitim alanlarında ya da diğer meslek gruplarında da biz yaşa gelmiş, biz kadar klinik deneyime sahip insanların bir arada hep birlikte bir ortamda vaka çalışması, hasta tartışma gibi yöntemlerle yapılabileceğini düşünüyorum. **Ama var mı dersiniz yok.** Yalnızca olsa iyi olur diyebileceğim birşey. (Hemşirelik, öğrenci\_9)*

### **Fizyoterapi fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizyoterapi fakültesi/bölümü olmayışını bazı öğrencilerinin MAE deneyimleri, “MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar, MAE uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır.

“Staj süreçlerinde oryantasyon eğitimleri, üniversitenin/bölümün kongre/seminer/sempozyumları, öğrenci topluluğu etkinlikleri, staj süreçlerinde ve klinik ortamlarda farklı alandan sağlık çalışanları ile temas” öğrencilerin katıldığı MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar olarak açıklanmıştır.

*Ben yalnız şehir hastanesinde staja başlarken bütün meslek gruplarının stajyerlerini bir yere topladılar ve bize kimden nasıl yardım alabileceğimizi ve hastane ortamında nasıl çalışmamız gerektiği hakkında bir eğitim verdiler **oryantasyon** gibi. Orda hemşirelik odyolog, terapist, bunların bütün stajyerleri vardı, eğitime böyle bir örnek verebiliriz. (Fizyoterapi, öğrenci\_8)*

***Başka öğrencilerle bir arada olduğumuz olmadı.** Mesela beslenmeyi beslenme bölümünde diyetisyen hocamız anlatmıştı ya da hemşirelerden almıştık. Öğrencilerden daha çok **hocalarla temas ettik.** Hani o dediğiniz eğitim modeline uyar mı belki kısmen. (Fizyoterapi, öğrenci\_2)*

*Ben şunu söyleyebilirim, mesela hastane içinde, ünitelerde yok o yüzden mesela ya poliklinikte ya da herhangi bir özel eğitim merkezinde, hani özel yerlere öğrenci olarak gittiğimiz için her iki haftada bir ya da her ayda bir belki değişikliğimiz oluyor. Öyle olduğu için iki haftada bir **yeni kişilerle iletişim** kuruyoruz. Öyle olduğu için çok fazla çalışanla iletişimdeyiz hani olmak zorundayız düşünüyorum. Öğrenci olmasa da çalışanlarla. (Fizyoterapi, öğrenci\_4)*

MAE'nin olmayışı, bazı öğrencilerce “eksiklik, problem ve gereklilik” olarak açıklanmıştır. Bir öğrenci, özdeğerlendirme yaparak farklı meslek grupları ile iletişim konusundaki eksikliği ile getirmiş ve mezun olmadan öğrenmeyi “umduğunu” ifade etmiştir.

*Benim ilk dönem stajım ortopediydi **ben hastaneye hiç gitmedim** o yüzden hastanede bir hemşire ya da yoğun bakımda bir hemşire ne yapar nasıl çalışır veya ben onla nasıl iletişim kurarım ya da doktorla çalışma **nasıl olur bilmiyorum**. Mezun olmadan öğreneceğim diye umuyorum. Vizitler nasıl oluyor hani doktorlar nasıl yaklaşıyor hiç bilmiyorum. Son sınıfa geldim son dönemdeyim ve ben bunları bilmiyorum. Bu bence eksik, bu bir problemdir. (Fizyoterapi, öğrenci\_7)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAE deneyimleri, “MAİ'ye dair yan çıktıları olan uygulamalar, MAE uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır. “Öğrenci topluluğu etkinlikleri ve sosyal etkinlikler” öğrencilerin katıldığı mesleklerarası işbirliğine dair yan çıktıları olan uygulamalar olarak açıklanmıştır.

*Bir araya geldik hani kendi adıma ama öyle **sağlık anlamında tartışacağımız bir ortam değil** bu hani daha çok sosyal alanda. Konferanslarda da hani geldiysem de bilmiyorum belki gelmişizdir ama hani temasımız olmadı...ben tiyatro topluluğundaydım orda tabiki herkes vardı hemşiresi vardı dişçisi vardı mühendisi vardı ama **konuştuğumuz şey tiyatroydu** hani biz sağlık alanıyla ilgili konuşmadık hiç. (Eczacılık, öğrenci\_1)*

MAE uygulamalarının yapıldığı bir üniversiteden katılan öğrencilerce, “eczacılık hizmetleri bölümlerindeki öğrenciler ile eczacılık fakültesi öğrencilerinin simülasyon uygulamaları” MAE deneyimi olarak belirtilmiştir. Simülasyon uygulamasının ardından yapılan çözümleme oturumlarının disiplinlerce ayrı yürütüldüğü belirtilmiş, çözümlemede birlikte yer almanın daha yararlı olacağı ifade edilmiştir.

*Bir simülasyonla eğitimimiz olmuştu orda **eczane teknisyeni** arkadaşlarımızla bir araya gelmiştik. Bir de oyuncularla anlaşmışlardı hasta rolü yapanlar bir de **simülasyon ortamında** eczanemiz vardı. Hasta geliyor biz teknikerle iş birliği içindeyiz hasta geldiğinde nasıl davranacağız işte bizim bir de bir yönetici pozisyonumuz olduğu için teknikere nasıl davranacağız gibisinden bir **simülasyon** uygulamamız olmuştu. Videoya çekilmişti daha sonrasında izleyip tartışmıştık. **Ama tartışmayı** onlarla yapmadık kendi içimizde yaptık. Onlar da kendi içlerinde yaptı büyük bir ihtimalle. Ama o zaman da demiştik **asıl birlikte de tartışsak** daha iyi olurdu. (Eczacılık, öğrenci\_4)*

MAE'nin olmayışı bazı öğrencilerce, “eksiklik ve gereklilik” olarak açıklanmıştır. Staj dönemlerinde kendilerinden iş birliğini öğrenmeleri beklense de stajyerken dikkate alınmadıkları ve farklı meslek grupları ile etkileşim kuramadıkları belirtilmiştir. Vaka tartışmalarının sınıf ortamında tek disiplinin öğrencilerinin katıldığı şekilde yapılması eleştirilimiş ve kinik ortamlarda tıp fakültesi öğrencileri ile birarada yürütülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

*Arkadaşlarım var yani ama hepsiyle **sosyal ortamda** çok denk geliyorum ama okul hayatımda hani fakülte içerisinde denk gelmiyoruz açıkçası. Çünkü bizim eczacılık fakültesi zaten ayrı **bir tek eczacılık öğrencileri var** kimseyi tanıma şansınız yok ancak fakülteden dışarı hani yurttan vs arkadaşımız oluyor ama okul içerisinde yok. Okul dediğim gibi **tek başına bir binada**. (Eczacılık, öğrenci\_2)*

*Bence de **iş birliği açısından çok yetersiz** olduğunu düşünüyorum eğitimimizin yani mesela o eczane hani “simülasyon yapıldı” demişti Eczacılık, öğrenci\_4. öyle şeyleri vaka olarak da yapabiliydik mesela klinik dersleri aldık biz klinik eczacılık dersleri aldık orda mesela vaka sunumlarını hani gelip sınıfta yapmak yerine hekimlerle tartışabiliydik tıp öğrencileriyle mesela 5.-6. Sınıftaki öğrencilerle **tartışabiliydik** ancak o zaman **somutlaştırdı bizim için**. (Gazi Üniversitesi)*

### Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAE deneyimleri, MAİ'ye dair yan çıktıları olan uygulamalar, MAE uygulamalarının olmaması" kodları ile tanımlanmıştır.

“Sağlık alanıyla ilgili ve sağlık alanı dışı konularda seçmeli dersler” öğrencilerin katıldığı MAİ'ye dair yan çıktıları olan uygulamalar olarak açıklanmıştır. Öğrenci topluluğu etkinlikleri ve sosyal etkinlikler öğrencilerin katıldığı MAİ'ye dair yan çıktıları olan uygulamalar olarak örneklendirilmiştir.

*Ben şunu örnek verebilirim çok aslında **meslekle alakalı değil** ama bizim ilk sınıflarımızda **aynı fakültede olmamızın avantajıyla da** hemşireler fizyoterapistler ve diyetisyenler birlikte hani çok basit eğitimler almıştık fiziksel aktivite hakkında bir dersimiz vardı bu hani ana bir ders değildi yani **seçmeli bir dersti** fiziksel aktivite ile ilgili vardı iletişimle ilgili ve bir tane daha ilgili vardı **sanatla** ilgili. (Beslenme, öğrenci\_1)*

Odak grup görüşmesine MAE uygulamalarının yapıldığı bir üniversiteden katılan öğrenciler tarafından, tıp fakültesi öğrencileri ile beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin simülasyon uygulamalarına yönelik deneyim paylaşılmıştır. Teorik bilginin işbirliği ile pratiğe döküldüğü bir eğitim deneyimi olarak yorumlanmıştır. Birlikte katılan simülasyon uygulamasının ardından yapılan çözümleme oturumlarının da birarada yürütüldüğü ifade edilmiştir.

Bence **standart hasta ile olması da çok önemliydi** ben anlatmak istiyorum bir hastanın yanına girdik tip 1 diyabetliydi ve içerde bir kadın vardı genç yaşlardaydı bize normalde teorikte öneriyoruz evet “şu öğünü yemen gerekiyor şunu yememen gerekiyor” orda ağlamaya başladı ben hiç çikolata yemeyecek miyim diye o an biz ne yapacağımızı şaşırdık açıkçası teoriyi pratiğe dökme açısından çok önemli olduğunu düşünüyorum. Birlikte ne yapabilirizi uygulayarak gördük. (Beslenme, öğrenci\_3)

Hocam bizim geçen staj dönemimizde tıp fakültesi 3. Sınıf arkadaşlarla birlikte staj kapsamında katıldığımız bir eğitim vardı **bir vakanın yanına girdik yani o gerçek bir vaka değil simulasyondur**. Birlikte ve birbirimizin bilgilerini sınırlarını görerek hastayı paslayarak vaka başında tartışma yaptık sesli olarak bir videoya kaydedildi sonra bunu **o arkadaşlarla birlikte** hocalarımızla

birlikte izleyip üzerinden tartıştık neyi nasıl yapmalıydık gibisinden bunu örnek verebilirim ben. (Beslenme, öğrenci\_3)

MAE'nin olmayışı bazı öğrenciler tarafından, “eksiklik ve gereklilik” olarak açıklanmıştır. Diğer meslek grupları ile temas etmeden mezun oldukları ve X Üniversitesi'nde yürütülen uygulamanın ilgi çekici olduğu ifade edilmiştir.

Ben bizim okul adına konuşacak olursam **kat kat şeklinde bütün bölümler birbirlerinden ayrılmıştı** sağlık çalışanları hiçbir şekilde ortak noktada buluşmuyordu kimseyle **hiçbir dersimiz ortak değildi** hani sadece hani tarihi beden eğitimi bölümüyle aldık ama o sayılmaz diye düşünüyorum şu anda bu durumda onun dışında hiçbir sağlıkla ilgili dersimiz başka bir sağlık çalışanı meslek grubuyla ortak ya da birarada değildi bu şekilde bir araya getirilen etkinlikler de olmadı. **Ben üniversitede sağlık alanından kimseyle temas etmeden mezun oldum.** (Beslenme, öğrenci\_2)

Yani X Üniversitesi'nde yapılan çok hoşuma gitti özellikle eğitim zamanından başlayıp meslek hayatına doğru **ilerleyen bir birliktelik** meslek grupları içinde gerçekten hani düşününce **çok mantıklı** bu zamana kadar neden olmadığını merak ediyorum. **Keşke** bizim de böyle olanağımız olsaydı. (Beslenme, öğrenci\_2)

### **Tema 3: Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları**

Bu temada, katılımcıların MAE uygulamalarının kazanımlarına yönelik görüşleri yer almaktadır. Kazanımlar, “öğrencilere, hastalara ve topluma, öğretim üyelerine, sağlık sistemine, fakülte/üniversiteye ve meslek alanına” kodları ile tanımlanmıştır.





**Şekil 4.26.** “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodlar

**Tablo.4.2.** “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodlar ve alt kodlar

<p><b>Öğrencilere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Roller ve sorumlulukları anlama</li> <li>- Ekiyle çalışma becerisi</li> <li>- Farklı bakış açısı kazanma</li> <li>- Önyargı geliştirmeme/empati kurma</li> <li>- Hasta odaklılık/hasta güvenliği farkındalığı</li> <li>- İletişim becerisi</li> <li>- Öz güven kazanma</li> <li>- Sosyalleşme</li> <li>- Akademik/bilimsel gelişim</li> <li>- Etik tutum geliştirme</li> <li>- Karşılıklı saygı</li> <li>- Önyargısızlık/empati</li> <li>- Problem çözme becerisi</li> <li>- Liderlik becerisi</li> <li>- Savunuculuk geliştirme</li> <li>- Mesleki tatmin/doyum</li> <li>- Ortak dil geliştirme</li> <li>- Yöneticilik becerisi</li> </ul>	<p><b>Öğretim üyelerine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Öğretim üyeleri arasında etkileşimi arttırma</li> <li>- Farklı bakış açısı kazanma</li> <li>- Farlı meslekleri tanıma/iş birliği geliştirme</li> <li>- Değer/kabul görme</li> <li>- İş yükünde azalma</li> </ul>
<p><b>Hastalara ve topluma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yarar sağlama</li> <li>- İlgiyi hissetme/mutluluk duyma</li> <li>- Kendini güvende hissetme</li> </ul>	<p><b>Fakülte/üniversiteye</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestij/tanınırlık</li> <li>- Kaynakların etkin/ortak kullanımı</li> <li>- Sosyal güvenilir olma</li> <li>- Sağlık politikalarını yönlendirme</li> <li>- Model/örnek olma</li> <li>- Eğitimin niteliğinin artması</li> <li>- Nitelikli hizmet sunumu savunuculuğunu geliştirme</li> </ul>
<p><b>Sağlık sistemine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sağlık hizmetinde niteliğin artması</li> <li>- Sağlık harcamalarının düşmesi</li> <li>- Çalışanların iş doyumunun/motivasyonunun artması</li> <li>- Etkin zaman yönetimi</li> <li>- Sağlıkta şiddette azalma</li> <li>- Güvenli sağlık hizmeti sunumu</li> <li>- Tıbbi hataların azalması</li> </ul>	<p><b>Meslek alanına</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesleki imaj</li> <li>- Tanınırlık</li> </ul>

### Öğretim üyelerinin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
↳ Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları						1
↳ Öğrencilere	●	●	●	●	●	122
↳ Hastalara ve topluma	●	●	●	●	●	24
↳ Sağlık sistemine	●	●	●	●	●	22
↳ Öğretim üyelerine	●	●	●	●	●	12
↳ Fakülte/üniversiteye	●	●	●	●	●	6
↳ Meslek alanına	●	●	●	●	●	6
Σ TOPLAM	41	66	37	21	28	193

**Şekil 4.27.** Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAE uygulamalarının kazanımlarına yönelik ifadeleri “öğrencilere, hastalara ve topluma, öğretim üyelerine ve sağlık sistemine” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilere yönelik kazanımlar, “roller ve sorumlulukları anlama, ekiple çalışma becerisi, farklı bakış açısı kazanma, hasta odaklılık/hasta güvenliği farkındalığı, iletişim becerisi, özgüven kazanma, sosyalleşme, akademik/bilimsel gelişim, etik tutum geliştirme, liderlik ve yöneticilik becerisi” olarak açıklanmıştır.

MAE ile öğrencilerin birlikte çalışacakları ortamlara gitmeden birbirlerini tanıma, mesleklerin önemini anlama ve görevlerini öğrenme fırsatı bulabilecekleri vurgulanmıştır. Bir diğer üzerinde durulan kazanım ise “ekiple çalışma becerisi”dir. MAE’nin ekip olmaya ve birlikte çalışmaya yönelik “olumlu tutum” geliştirmeye olanak sağlayacağı vurgulanmıştır. Süreçte yer alan farklı alan öğretim üyelerinin öğrencilerle temasının öğrencilere farklı bakış açısı kazandıracağı belirtilmiştir. Yanısıra, sağlık hizmet sunumunun nihai hedefinin insan sağlığını geliştirmek olduğunu anlamayı, bu bağlamda hastayı “bütüncül olarak değerlendirebilme” becerisi kazanmayı sağlayacağı vurgulanmıştır. Görünen klinik problemin tek disiplince ele alınmasından öte farklı meslek gruplarıyla işbirliği yapıldığı takdirde “hasta odaklılığın” sağlanacağı dile getirilmiştir. MAE uygulamalarının sağlık çalışanları arasındaki iletişimi olumlu yönde geliştireceği ifade edilmiştir. Mesleklerarası eğitim

süreçlerinin kriz yönetimi süreçlerindeki ekip iletişimine ilişkin deneyim kazandıracağı vurgulanmıştır.

Öğrencilik döneminde farklı meslek grupları ile yapılacak klinik uygulamaların bireylerde “mesleki kimlik gelişimine, özgüven kazanmaya ve sosyalleşmeye” katkı sunacağı vurgulanmıştır. Birbirleriyle sosyalleşen öğrencilerin karşılıklı “akademik gelişimlerinin ve üretkenliklerinin” gelişeceğini altı çizilmiştir. Kliniklerde nutrisyon, diyaliz gibi mevcut ekiplerin içinde yer almayı deneyimlemenin, eğitim vizitleri ve vaka tartışmalarına birlikte katılmanın birbirlerinden öğrenme ve birbirlerini “tamamlama”yı sağlayacağı ifade edilmiştir. Ayrıca farklı meslek grubu üyelerinin birbirlerini tanımalarının, birbirlerinin rol ve sorumluluklarından yeterliklerinden haberdar olmalarının “karşılıklı saygı”yı geliştireceği vurgulanmıştır. Kişinin ekibin üyesi veya lideri olması gereken durumları ayırdedebilmesini sağlayacağı da belirtilmiştir. Bir ifadede laboratuvar hizmetleri “mutfağa” benzetilmiştir. Hekimin yönetici rolüne vurgu yapılarak yönetici olmanın mutfağı bilmeyi gerektirdiği yorumu yapılmıştır.

***Birlikte eğitimler olursa gerek öğrenim çıktısı açısından yeterlikler açısından bir de hani nihayetinde meslek çıktısı açısından, yani hekim hemşireyle olan ya da diğer meslekler açısından baktığınız zaman ileri ki yaşantılarında çok daha düzeyli bir disiplinler arası etkileşim olacağı, daha iyi bir ekip üyesi olacakları kesin. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_3)***

*Mesleklerarası temasla bir hemşirenin, diyetisyenin bir tıp öğrencisine verebileceği çok şey olduğunu düşünüyorum. Keza bir hekimin de bir hemşirelik öğrencisine bir diyetisyen öğrencisine öğretebileceği çok şey olduğunu düşünüyorum. Hiçbir şey öğrenemezlerse birbirlerinden **beraber çalışmayı iş yapmayı öğrenirler.** (Tıp, profesör\_8)*

*Artı bu onlara bir **özgüven** de verecektir, birbirini tanır aslında kimsenin kimseden üstün olmadığını, sorumlulukların farklılaştığını görür. Önlük, forma neyse onları giymek, hastanede birlikte dolaşmak, **ekip olmanın** gücünü görmek. Kendim için düşünüyorum ben ilk üç yıl kendimi hiç tıp öğrencisi gibi hissetmemiştim. Yani sanki okula gidiyormuş gibi gelmişti. (Tıp, profesör\_8)*

***İkincisi dostluklar gelişir. O dostluklar gelişirken aslında akademik yanlarda** geliyor. Ve bunlar birlikte çok hoş projeler yapabilirler. Birlikte proje*

*ortaklıkları geliştirebilirler. Hiçbir yerde yapılmamış şey olan kendi üniversitelerine özgü yenilikçi modeller geliştirebilirler. Yani **bilimsel** anlamda da üretkenliğe katkısı olur. (Tıp, dekan, profesör\_2)*

*Birbirlerinin görevlerine ve kişiliklerine de mesleklerine **saygı geliştirecekler** bu çok önemli. Evet eğitim sürecinde ilişkileri ve mesleklerini görevlerini bilirlerse ve çalışırken onların fonksiyonları konusunda çabaları, bilgileri konusunda da **bilgi sahibi** olurlarsa daha fazla **saygı** duyarlar. (Tıp, profesör\_7)*

*Bir kere herkes ortak mutfağa hâkim olur yani hani şeydir ya hekim aslında **laboaratuvar**da kimin ne yaptığını bilmez. Hemşirelik açısından baktığımızda o da kararlara dahil olmaz. Birlikte eğitimde ne biliyim ölüm konusunda nasıl bilgi veriliyor ya da saha açısından **hekim mutfağı daha iyi kavrayabilir**. Çünkü bizim diğer dediğimiz branşlar biraz daha hani **hekimin yönetici** olduğunu o rolün biçildiği ve aslında o rolü benimsediği evet tabi doğal olarak bir süre sonra **mutfaktan kopabileceği** ben ona mutfak diyorum aslında eğer mutfağı **bilmezseniz yönetemezsiniz**. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_3)*

Hastaların/toplumun kazanımları, yarar sağlama, güvende ve ilgiyi hissetme olarak ifade edilmiştir. Meslek gruplarının birbirlerinin uygulamalarına yönelik bilgi sahibi olmalarının ve iletişim kurmalarının hastanın süreçten “fayda sağlaması” açısından önemine değinilmiştir. Farklı meslek gruplarının dahil olduğu eğitim vizitlerinde ekiple değerlendirilen hastaların kendilerini “güvende” ve “kendileriyle ilgilenildiğini” hissettiği, “mutluluk” duyduğu dile getirilmiş, hasta memnuniyetinin de ekibe pozitif olarak yansıdığı ifade edilmiştir.

*İşin teorik kısmı var bir de pratik kısmına da aslında bizim her gün yaptığımız **klirik vizitler** hasta ziyaretleri mesleklerarası eğitim için çok güzel fırsat sunuyor. Ben hep şunu hissetmişimdir. Bir vizit sırasında vizitte doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist klinik eczacı ve hatta hasta görevlisi hizmetlisi hep beraber orada olduğumuzda bir hasta bundan **çok büyük bir mutluluk duyuyor**. Çünkü hasta kendisi ile **ilgilenildiğini hissediyor, kendini güvende** hissediyorve aslında o ekip de eğitim sırasında bunu fark ediyor işte hastayla ilgilenilmesi **pozitif geri dönüş** yapıyor ekibe. (Tıp, profesör\_6)*

Sağlık sistemine yönelik kazanımlar, “sağlık hizmetinde niteliğin artması, sağlık harcamalarının düşmesi, etkin zaman yönetimi ve güvenli sağlık hizmet

sunumu” olarak açıklanmıştır. MAE uygulamalarının öğrencilerin yanısıra mevcut sağlık hizmet sunucularının da gelişimine katkı sağladığı, dolayısıyla hizmetinin kalitesinin arttığı ifade edilmiştir. “Sağlık ekonomisine” katkı ise mesleklerarası eğitimin bir diğer kazanımı olarak ele alınmıştır. Farklı sağlık alanı öğrencilerinin katıldığı simülasyon deneyimlerinin gerçek yaşamda resüsitasyon gibi hız gerektiren müdahalelerde hasta sağkalımını artırırken, müdahalenin “güvenilir ve standarda uygun” yapılmasını sağladığı vurgulanmıştır.

*Öğrenci kliniğe gittiğinde kliniği **hasta güvenliği parametreleri açısından değerlendiriyor. Öğrenci, rutinde yapılan bir şeyin daha farklı yapılmasını önerebiliyor. Tabi öğrenciden gelen geri bildirimler, orada işi yürüten hizmet veren ekibin olaya farklı bir bakış açısıyla bakmasını da sağlıyor. Burada gördüğünüz gibi aslında eğitim tek taraflı değil, öğrenci hastaneye de kazanç sağlıyor. Hastanenin hizmet kalitesi artıyor. (Tıp, dekan, profesör\_1)***

*Çıktuları, bir sürecin ilerlemesi daha **hızlı ve doğru** oluyor, yine bir resüsitasyon örneği vereyim mesela daha öncesinde simülasyon laboratuvarında hemşire ile hekimi bir araya getirdiğimiz sağlık personelinin hasta yönlendirme personelini bir araya getirdiniz yönettiğiniz bir resüsitasyonun gerçek hayatta yönetmeye başladığınız zaman bir defa daha önceki pratik tecrübe burada **süreci hızlandırıyor** bir. Nelerin ne zaman yapılması gerektiğinin zamanlaması daha kolay oluyor iki. Hasta üzerinde düşünürseniz Hastadan alacağınız **sağ kalım oranı daha artıyor, daha iyi oluyor cevabı bu 3. yani iş kılavuzlara göre daha güvenli ve standart** gitmiş oluyor. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_4)*

Öğretim üyelerine yönelik kazanımlar, öğretim üyeleri arasında etkileşimin artması, farklı bakış açısı kazanma ve eğiticinin gelişimi olarak olarak açıklanmıştır.

*Bundan yaklaşık 4,5 ay kadar önce bizim üniversitenin içerisinde Adli Hemşirelik Kongresi yapılmıştı. Orada ben bir oturum başkanıydım konu şeydi, yüksek güvenli hastaneler. Yanda var bir de bizim yüksek güvenli psikiyatri hastanesi var onlarla bir hemşire hanım yurtdışı deneyimlerini anlattı. Orada hekim, hemşire ilişkileri nasıl olduğunu anlattı falan ben de bir şey sordum. Dedim ki oranın acil servisi var mı? Ben de o gözle baktım oradaki hastanın göğüs ağrısı olduğunu kim bilecek a hocam bunu hiç düşünmedim dedi. Yani farklı mesleklerle bir arada olmak eğiticinin de **kendini geliştirmesini sağlıyor. Farklı bakış açıları kazanıyorsun.** Kongrelerin de eğitim ortamlarına dönüşmesi bu anlamda çok değerli. Bir anlamda mesleklerarası eğitim. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_4)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAE uygulamalarının kazanımına yönelik ifadeleri “öğrencilere, hastalara ve topluma, öğretim üyelerine, sağlık sistemine, fakülte/üniversiteye ve meslek alanına” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilere yönelik kazanımlar, “roller ve sorumlulukları anlama, ekiple çalışma becerisi, farklı bakış açısı kazanma, etik tutum geliştirme, hasta odaklılık/hasta güvenliği farkındalığı, iletişim becerisi, özgüven kazanma, sosyalleşme, akademik/bilimsel gelişim, etik tutum geliştirme, problem çözme becerisi, liderlik becerisi, savunuculuk geliştirme, mesleki tatmin/doyum” olarak ifade edilmiştir.

MAE ile öğrencilerin birlikte çalışacakları ortamlara gitmeden birbirlerini tanıma, mesleklerin önemini anlama ve görevlerini öğrenme fırsatı bulabilecekleri ve birbirlerinin öğrenmelerine katkı sunacakları vurgulanmıştır. Farklı mesleklerle “iç içe geçen, kesişen, örtüşen alanları ve sınırları anlamalarını geliştireceği” belirtilmiştir. En fazla üzerinde durulan kazanım ise ekiple çalışma becerisidir. MAE'nin ekip olmaya ve birlikte çalışmaya yönelik olumlu tutum geliştirmeye olanak sağlayacağı vurgulanmıştır. Mevcut eğitim koşullarında ekip olmanın “informal” olarak klinik deneyimlerle öğrenildiği dile getirilirken, bunun istenmeyen ve standardizasyondan uzak bir yaklaşım olduğunun altı çizilmiştir

MAE'nin bir kazanımı etik tutumun gelişimi olarak açıklanmıştır. Öğrencilerin birbirlerini tanıdıkça, bir arada oldukça birbirlerinin önemini anlayacağı ve “mesleki şövenizm”in gelişmeyeceği vurgulanmıştır. Ayrıca MAE uygulamalarının, “paylaşılan liderliğe” ve hasta güvenliğine yönelik bir farkındalık sağladığı da ifade edilmiştir.

Eğitimde birliktelik ile hastanın bütünüyle değerlendirilmesinin önemini kavranabileceği vurgulanmıştır. İşbirliğinin önemli bir aracı olarak ele alınan iletişim becerileri, MAE'nin bir kazanımı olarak açıklanmıştır. İletişimsizliğin kişilerde özgüvensizlik ve anksiyeteye neden olduğu ifade edilirken, MAE uygulamalarıyla

geliştirilen iletişimin, “sosyalleşme”ye ve “kişilik gelişimi”ne sağlayacağı olumlu katkıya değinilmiştir. MAE uygulamalarının birlikte problem çözmeye yönelik becerileri geliştireceği vurgulanmıştır. Öğrencilerin sahaya gittiklerinde iş birliğini yaygınlaştıracaklarına, “değişim unsuru/ajanı” olacaklarına dair görüşler ise savunuculuk alt kodu ile tanımlanmıştır. Farklı meslek alanı mensuplarının birbirlerini tanımaması ve güven eksiklikleri “motivasyon azaltıcı” olarak ele alınırken, MAE uygulamalarının kişide “mesleki doyum” sağlayacağı ifade edilmiştir.

*Öğrenci katkısı bir kere **kişisel gelişim sosyal açıdan** açısından katkısı olduğunu düşünüyorum. Ayrıca farklı bir disipline mensup farklı bir disipline özgü olarak eğitim alan ya da farklı disipline mensup bireylerle iletişime geçtiği zaman hem kendi vereceği hizmet alanıyla ilgili belirsizlikleri, çakışan yönleri, **görev, yetki, görev ve sorumluluk bağlamında bunları anlar. Yani birbirini üzerine kayan alanları, geçişleri keskin olmayan belirsiz sınırların farkına varmasını sağlar. Bu hem aynı zamanda kendi yetkinliklerinin ve kendi sahip olduğu bilgi, beceri ve sınırların da farkına varmasını sağlar, bunun şöyle bir avantajı olabilir: her zaman hizmette **siyah ve beyaz alanlar** yoktur. **Keskin sınırlar yoktur.** Bazen bunların birbiri üzerine kayabildiği, bazen belirsiz olduğu ara geçişler olabilir olmak zorundadır. İletişim, etkileşim zaten böyle bir şey, bu anlamda iş birliği de başka türlü gelişemez aslında o nedenle **mesleki şövenizm** denilen benim bu şekilde adlandırdığım bu olgu ancak böyle kırılır, buna yönelik eğitim ile kırılabilir kişinin **özgüveni gelişebilir.** (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)***

*Aslında çok büyük katkısı olur tabii birlikte öğrenmenin hem bizim mesleğimize katkısı çok fazla hem de diğer mesleklere. Çünkü ben eminim ki diğer meslekler de çalışmaya başladığı alanlarda hangi meslek diğer elemanlarının ne iş yaptığını ve hangi düzeylerde birlikte çalışacaklarını, nasıl karşılıklı etkileşim ve bilgi alışverişi yapacaklarını çok da iyi bilmiyor. O yüzden de böyle bir fırsat olsaydı aslında tüm meslekler için ekip çalışması çok daha önceden öğrenilirdi ve çalışma hayatındaki o **çömezlik stresi** çok daha fazla azalırdı. Çünkü çok az önce söyledim sorun çok büyük, aslında **çok informal** bir öğrenme oluyor ve eğer o klinikteki o ekip içi iletişim kötüyse orada yetişen öğrenci de hemşire veya da diğer meslek grupları da o **kökten gelen olumsuzlukla yetişiyorlar** ve onu da farklı yerlere taşıyorlar. Deneyimle sistemin içinde öğrenme değil daha **standardize bir belki ekip anlayışı** yerleşirdi. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi \_9)*

***Mesleki şövenizm** denilen benim bu şekilde adlandırdığım bu olgu ancak böyle kırılır. (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)*



*Yani şöyle olabilir; meslekler birbinin önemini daha iyi kavramış olur belki ve bütün meslek üyeleri profesyonelleri, hocaları herkesi her meslek grubundan hoca orada olacağı için sadece **kendi mesleğinin önemi yarışına** girmez düşünüyorum yani pastadaki herkesin payını ve bütünü olarak görmüş olur öğrenci o anlamda. Tıp fakültesinin eğitiminde hekim neredeyse ilahlaştırılıyor yani öyle bir şeyle ego ile dolarak geliyor. Ben de kendi mesleğimin çok önemli olduğunu vurgulayarak anlatıyorum derslerde. Dolayısıyla da hani siz **ikiniz birlikteyken güçlünüz** mesajını alamamış oluyor iki taraf da yani ama eğer böyle bir organizasyon yapılmış olsa, böyle bir eğitim sistemi olmuş olsa öğrenci grubu bunların hepsinin önemli olduğunu öğrenecek, **çatışmalar olmayacak motivasyonları** da artacak belki yani bu anlamda. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_1)*

Hastaların/toplumun kazanımları, yarar sağlama, güvende ve ilgiyi hissetme olarak ifade edilmiştir. Farklı meslek gruplarının “toplum içinde” birlikte yaptığı eğitim uygulamalarında hastaların kendilerini güvende hissettiği ve memnuniyet duyduğu ifade edilmiştir. Öğrenenler açısından da yaşanan olumlu eğitim deneyimlerinin farklı çalışma ortamlarına iletişim ve iş birliğinin devam ettirilmesi olarak yansıdığı vurgulanmıştır.

*Ben öğrenci iken 2005 yıllarında falan biz halk sağlığı stajı, Kızılcahamam Çeltikçi Köyünde her cuma günü bir proje gibi bir kapsamda halk sağlığı ev ziyaretleri yapıyoruz. Evdekilerin sağlık sorunlarını belirliyoruz. Ona tıp fakültesiyle öğrencileriyle koordineli olarak gitmiştik. Yıllar önce bir arada gittik, çok güzeldi **hep aklımda o kaldı** bunlar. Ondan sonra bir daha öyle bir şey olmadı. Onların intörnleri gelmişti. Tıp Fakültesinde halk sağlığı stajındaydılar, mesela bir eve gidiyoruz ben hemşire gözüyle bakıyorum o doktor gözleri bakıyor ilaçlarına bakıyor tabii kendi sorumlukları çerçevesinde öğrenciyiz hepimiz ve o deneyim aklımda kaldı hiç unutmam, çok güzel bir deneyimdi ve insanlara da **çok yararlı olduğumuzu düşünüyorum** ben orada, çok memnun olmuşlardı. Yani bir kere **kendi evlerinde kendi ortamlarında olmanın rahatlığı** çok farklı oluyor kendilerini anlatmak için. İlaçlarını not almıştık sonra hocalara danışmıştık. Hatta sonrasında beraber gittiğimiz intörnle yoğun bakımda çalıştık mezun olduktan sonra da. Onla **yoğun bakım iletişimimiz de çok farklı oldu**. İletişimimizde o yaşadığımız halk sağlığı deneyiminin etkisi çok büyük oldu. Şimdi keşke devam etseydi bizim öğrencilerimiz içinde ama bu aile hekimliği sisteminin getirilmesi, halk sağlığı*

*uygulamalarının geri plana atılması. Biz çok şanslıymışız şimdi düşününce. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_8)*

*Mesela ben sana istediğimi **rahatlıkla söyleyebileceğim** bir sorun olursa ve sen bunu olgunlukla karşılayacaksın kendini geliştireceksin. Döneceğiz sorunlara beraber bakacağız, **hasta iyi olacak, hasta yakını iyi olacak** güven duyacak. Yani basit iletişimlerde bile bir sürü olumlu sonuç doğuracak. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)*

Sağlık sistemine yönelik kazanımlar, sağlık hizmetinde niteliğin artması, sağlık harcamalarının düşmesi, çalışanların iş doyumunun/motivasyonunun artması, güvenli sağlık hizmet sunumu ve etkin zaman yönetimi olarak açıklanmıştır. Sağlık sistemine yönelik kazanımların uzun vadede ülke ekonomisine ve gelişmişlik düzeyine olumlu katkı sağlayacağı, hastaların sağlık sistemine güvenini artıracığı vurgulanmıştır.

*Yani sonuç olarak ülke olarak baktığımızda sağlık bakımı kalitesi **gelişmişlikle** çok ilişkili. Yani gelişmiş ülkelerin zaten neden gelişmişlik düzeyleri çok yüksek sağlıkları eğitimleri çok iyi. Hani burada birlikte yapılan eğitimlerle iş birliğini sağlıyoruz o da **hasta bakım kalitesini** etkileyecek, sonuç olarak uzun vadede gelişmişliğe de katkısı olacak. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_8)*

*Tabii mesleği bir tarafa bırakalım, multidisipliner çalışma anlayışı tabii ki en başta **hastanın kalite, yani sağlık hizmetinin kalitesini artıracak, maliyet etkililiği** artıracak. Nasıl artıracak, çünkü mükerrer şeyler olmayacak. O iletişim akışı olacak. Meslekler birbirini tanıyacak, belki de daha fazla bilimsel çalışmalar, daha fazla multidisipliner çalışmalar ortaya çıkacak. Bunda ülke genelinde bakarsak herhalde **ülke ekonomisine** bile katkısı olacak gibi diyebiliriz. Hasta verilerindeki çıktıları iyileştirecek, hani mesleki profesyonelliği artıracak. (Hemşirelik, bölüm başkanı, doçent\_5)*

*İletişim kalitesi ve bakım kalitesinin de tabii ki arttırması. Çünkü birçok işi birlikte yürütüyoruz ve o etkileşim ve iletişim olmadığı zaman iş birliği olmadığı zaman birçok sorunlar yaşanıyor. **Hatalar olabiliyor.** Mesela biz en fazla hekimler en fazla tedavi alanında birleşiyoruz mesela işte orderlarda yapılan istem tedavi sistemlerinde yapılan birtakım sıkıntılarda hemşirenin ve hekimin iyi iletişim ve iş birliğinin olmaması **hastaya yansıyor. Yanlış ilaç uygulaması ya da doz uygulaması** gibi sorunlar, o yüzden de eğitim daha profesyonelce olursa hasta da yarar görecektir diye düşünüyorum. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_9)*

*Türk sağlık sektöründe çok sıkıntılı süreçler yaşanıyor. Yani en önemli şeylerden biri aslında **stresi azaltması, iş yükünü azaltması** herkesin karşılıklı yarar sağlaması. Win-win. Sağlık çalışanın stresinin ve işinin kolaylaşması ama bu zaten direk hasta bakımına yansıyor yani o iş kolaylaşması da şey değil, daha kolay ve çabuk yapmak değil o stres yüzünden yaşanan çatışmalar ne kadar azalırsa bütün sağlık çalışanları kendi işini daha çok yapabilir ve daha sağlıklı daha iyi yapabilir. **Zaman yönetimi** daha iyi olur. Zaman yönetimi açısından da aslında mesleklerarası işbirliği çok önemli çünkü az önce dediğim gibi birbiriyle ortak alanları olan kişi de aynı şeyleri farklı yerlerde aynı şekilde yapabiliyorlar ve tekrarlar oluyor. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi \_9)*

Öğretim üyelerine yönelik kazanımlar farklı bakış açısı kazanma, farklı meslekleri tanıma/iş birliği geliştirme, değer/kabul görme olarak açıklanmıştır. Farklı alan öğrencileriyle biraraya gelmenin öğrencilerin yanısıra öğretim üyeleri için de geliştirici, motive edici olduğu vurgulanmıştır. Hemşirelerin tıp fakültesi öğrencilerine verdiği beceri eğitimlerinin sonuçlarının klinik ortamlara olumlu olarak yansıdığı ve hemşirelerde “kabul görme” olarak algılandığı ifade edilmiştir.

*Geçen dönem başladığımız bir şey var sosyal psikiyatri, yüksek lisans programı var psikiyatri hemşireliği ders koymuşlar zorunlu ve uygulamalı koymuşlar. Katılan arkadaşlar sosyologlar, psikologlar var değişik gruplardan şimdi ben çok şaşırdım, seçmeli olsa anlarım da zorunlu koyulmuş bana yönlendirdiler ben şimdi psikiyatri hemşireliğini bilmeyenlere ne anlatacağım diye düşünürken çok zevkli geçti. Hem onlar öğrendi hem ben öğrendim. Birbirlerine kendi alanlarını anlattılar. **Farklı bakış açıları** kazandık. En son birlikte çalışmak için bir model geliştirin diye ödev verdim. Kendi meslekleriyle diğer meslekler ilgili inceleme yaptılar ortak noktaları neler, nerelerde nasıl çalışılabilir birlikte ne yapılabilir. Bunları hazırladılar. Ben de ilk defa böyle bir deneyim yaşadım ve **çok hoşuma gitti**. (Hemşirelik, dekan yard., profesör\_4)*

Fakülte/üniversiteye yönelik kazanımlar, prestij/tanımlılık, kaynakların etkin/ortak kullanımı, sosyal güvenilir olma ve model/örnek olma olarak açıklanmıştır. İş birliği yapabilen, “fark yaratan” mezunlar vermenin işverenler ve öğrenciler açısından daha çok “tercih edilen” bir kurum haline getireceği vurgulanmıştır.

*Mesela bizim üniversitenin ben kesinlikle böyle bir ama iyi yerleşmiş, böyle bir*

*eğitim sistemine her döneme entegre edilmiş şekilde multidisipliner bir ders anlayışı koyarsa tabii ki üniversitenin **prestiji** artacak. **Tercih edilebiliritesi** artacak, **ögrenci kalitesi artacak**, bizim mezunlarımız işe daha fazla tercih edilecek. Okulumuzun bu ÖSYM'ye göre işte taban puanını tavan puanını artıracak. Birçok artısı olacak. Yani bize prestij getirecek. (Hemşirelik, bolum başkanı, doent\_5)*

*Eğitim açısından da elbette ki, farklı disiplinlerin sahip olduğu gerek fiziksel altyapı ve koşullar, olanaklar, **gerekse insan gucu** birbirinden karşılıklı bir şekilde yararlanmak **zenginleştirir kurumları** bunu sadece fakultem için söylemiyorum, tıp bilişimi veya fizik tedavi veya sosyal hizmetler mi, eczacılık mı, ne duşunursek ki fark etmez kurumları zenginleştirir nitelikli mezun verir fakülteler, **örnek olur**, mezunu fark yaratır. (Hemşirelik, dekan, profesor\_3)*

Meslek alanına yönelik kazanımlar, toplumun gözünde “olumlu mesleki imaj” ve “tanınırlık” olarak açıklanmıştır.

*Belki bizim toplumun gözünde **imajınızı değiştirecek**. Tanınırlık anlamında değiştirecek tabii ve bunlar gerçekten... Hemşirenin yalnızca bakım veren olmadığının soylenenini yerine getiren bir meslek grubu olmadığı daha anlaşılacak. Daha **olumlu bir mesleki imaj** sağlayacak diye duşunuyorum. Tabii ki hani ülkesel bazda bile baktığımızda birçok şeyin uzun vadede katkıları olabilecek. (Hemşirelik, bolum başkanı, doent\_5)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bolumu ogretim üyeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bolumu ogretim üyelerinin MAE uygulamalarının kazanımına yönelik ifadeleri “ogrencilere, hastalara ve topluma, ogretim üyelerine, sağlık sistemine ve meslek alanına” kodları ile tanımlanmıştır.

ogrencilere yönelik kazanımlar, roller ve sorumlulukları anlama, ekleple çalışma becerisi, farklı bakış açısı kazanma, etik tutum geliştirme, özgüven kazanma, sosyalleşme, akademik/bilimsel gelişim, problem ozme becerisi ve savunuculuk geliştirme ifadeleri ile açıklanmıştır.

MAE uygulamalarının farklı meslek grubu üyelerinin birbirlerinin yeterliklerini, çalışma alanlarını, govlerini anlama ve birbirlerini tanıma fırsatı sağlayacağı vurgulanmıştır. Bir diğer kazanım “deneyimleyerek” ekip olmanın

öğrenilmesi olarak ifade edilmiştir. Farklı bakış açısı kazanınımı ise “geniş perspektiflerden” bakma ve “her yönüyle değerlendirme” olarak ele alınmıştır.

Paylaşılan eğitim ortamlarında yaşanan sosyal ilişkilerin, paylaşımların ve iletişimin farklı mesleklere karşı “empati” ve “değer verme” gibi etik tutum ve davranışları geliştirdiği ifade edilmiştir. “Önyargı, ötekileştirme, aşağılama, rekabet, gözünde büyütme, defans geliştirme” davranışlarının ve “eziklik, değersizlik” algısının MAE ile önüne geçilebileceği savunulmuştur.

Mesleki yaşamda karşılaşılabilecek sorunları önceden deneyimleme problem çözme becerisi ile ilişkilendirilmiştir. MAE uygulamalarını deneyimleyen öğrencilerin sahaya gittiklerinde farklı mesleki topluluklar içinde ya da karar verici pozisyonlarda yer alarak “değişim unsuru/ajanı olacaklarına” dair görüşler belirtilmiştir.

*Katkısı muhteşem olurdu **farklı bakış açılarını** görürlerdi öğrenciler. Yani tek başına aldıkları eğitimin her şey olmadığını farklı bir bakış açısıyla da eğitim şeklinin aslında kalite ve farkındalık ve farklı bakış açısı katabileceğini görürlerdi. Bunu ben nerede yaşadım? Finlandiya Erasmus programına gittiğimizde orada geriatrik rehabilitasyon kursu vardı ama tesadüfen İspanya grubu 5 ülkeden üniversite öğrencilerini getirmiş onlar **ergoterapi öğrencisi** de getirmiş ve **interaktif derslerimiz** oldu... Sizin bakış açınız her ne kadar geniş perspektifte olsa da aslında meslek belli bir meslek grubundaysanız **o meslek adına at gözlüğüyle** bakmış oluyorsunuz ister istemez. Ya da tek gözünüzle bakmış oluyorsunuz. Yanınızda hemşirelik eğitimi almış biri olursa 2 gözünüz oluyor. Bir ergoterapist olursa 3 gözünüz oluyor. Yani başınızın her tarafında gözlerle bütün 360 dereceyi görebilir hale geliyorsunuz. Bu tür eğitim veren bir yer Türkiye’de benim bildiğim yok. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, profesör\_3)*

*Daha **sıcak bir iletişim** kuruyorlar arkadaş oluyor bende mesela ingilizce hazırlık okudum Hacettepe’de bütün öğrenciler beslenme diyetetik bölümündendi nerdeyse sınıfta ben mesela hep böyle beslenme diyetetiğe karşı ilgili oldum onun için belki onun da etkisi vardı belki, bak şimdi konu açıldığı için ilk defa düşünüyorum yaşantımda bir yeri vardır her zaman. Diyetetik denemiyordu diyetetik demek böyle büyük bir şey göstergesiydi genel kültür göstergesiydi öyle bir dönemdi. Ben daha hazırlıkta beslenme diyetetik nediri canlı kanlı görmüş oldum. **Arkadaşlıklarımız** devam etti **birbirimizin ne***

*yaptığımı süreç içinde öğrenir olduk. Bu bana çok şey kattı tabii mesleği tanıma veya daha sonra spor fizyoterapisinde çalıştığım zaman beslenmenin veya işte yaralanma sonrası beslenme, iyileşmede beslenme. Başkası mesela “ne olacak” falan derken bunların daha **değerli ve gerekli** bir bilim olduğunun ben o zamanlardan beri farkındaydım. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_6)*

*Transdisipliner çalışmayı lisans seviyesine indirmiş oluruz. Yani bence mükemmel olur. Çünkü zaten bence sorun da o. Hani kimse birbirinin ne yaptığını bilmiyor. Ön yargıları kırılır. Çünkü birtakım ön yargılar var. Bazı mesleklerin diğer meslekleri **ötekileştirmesi, aşağılaması** vs de var. Ya da **gözünde fazla büyütmesi**, abartması bu da var. Ne yaptıklarını bilmedikleri için çoğu zaman aslında. **Ön yargıları** kırılır en baştan öyle düşünüyorum. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, profesör\_2)*

*Öğrencilikte aslında herkes bunu anlayabilirse bu insanların bir kısmı **yasa koyucu** olacak ilerleyen dönemde bunu görebilmeleri çok önemli. Yani bir şekilde yetişen nesiller Sağlık bakanlığında çalışacak, belki bir kısmı başbakanlıkta bir sürü işler yapabilecekler, hatta da meslek örgütlerinde en önemlisi meslek örgütlerinde yer alacaklar, böylece işte Türk Tabipler Birliğinde, Fizyoterapi Derneğinde ne bileyim, Diyetisyenler Derneğinde gibi o tip yerlerde olacak insanlar olacaklar ya da o tip yerleri oluşturan kişiler olacaklar. **Değişimi beraber savunacaklar, beraber mücadele edecekler.** Beraber hareket edebilir olacaklar. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_8)*

Hastaların/toplumun kazanımları, yarar sağlama olarak açıklanmıştır. Meslekelerarası eğitim uygulamalarının sağlık alanı profesyonellerinin birbirlerinin çalışma alanlarından ve yeterliklerinden haberdar olarak “hastaları doğru yönlendirmelerle” yarar sağlayacağı ve toplumun da sağlık düzeyini yükselteceği vurgulanmıştır.

*Mesela birçok meslek mensubu bizim ne iş yaptığımızı bilmiyordu. ben öğrenci iken özellikle mesela işte biz bununla ilgili bir çalışma yaptık dedi ki, fizyoterapi bilimine bakış açısı diğer sağlık meslek mensuplarının bu yayınlandı. Dedik ki biz hani soralım biliyor musun? biz ne iş yapıyoruz, fizyoterapist ne iş yapıyor. **Çoğu bize doğru cevap veremedi.** Hekimlerin bile çoğu, ki en çok çalıştığımız grup çoğu bize cevap veremedi. Bu açıdan aslında herkesin ne iş yaptığını bilip doğru hastayı **doğru noktaya** yönlendirip doğru noktalarda **güvenli ilerlemesini** sağlamak açısından çok çok önemli inanılmaz... O kadar çok yanlış yönlendirme oluyorki hastanın zarar gördüğü... **Toplum sağlığını** da yükselttikleri bir noktaya gelecektir.*

*(Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_8)*

Sağlık sistemine yönelik kazanımlar, sağlık hizmetinde niteliğin artması olarak açıklanmıştır.

*En azından aynı ortamda bulunmak, aynı ortamda ders almak bu bile çok etkili olabilir. Sonuçta multidisipliner çalışma bilinci oluşturulabilir. Bunlar yapılırsa eğitimde, bu defa sahaya çıktıkları zaman yani daha **kaliteli bir hizmet**, daha kaliteli bir hani baktığımızda tedavi, rehabilitasyon hani ne dersiniz bunun adına bunlar sunulabilir. Böylece hastaya daha etkin bir hizmet sunulur. Sonuç olarak da toplum daha sağlıklı, daha bilinçli, daha huzurlu bir toplum olur. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_1)*

Öğretim üyelerine yönelik kazanımlar farklı bakış açısı kazanma olarak ifade edilmiştir. Farklı alan öğrencileriyle biraraya gelme deneyiminin öğretim üyesinde bütüncül bakış ve gelişime dair farkındalık yarattığı ifade edilmiştir.

*Bir eğitimci olarak tabii ki bana katkı sağlayan bir durum. Daha **bütüncül bakmaya** gerek duydum, **farklı noktalardan** bakmam gerektiğinin ve bunun üzerinde kendimi **geliştirmem gerektiğinin** farkına vardım. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_6)*

MAE'nin yaygınlaşmasının meslek alanına kazanımı “beraber yükselme” olarak ifade edilmiştir.

Bu tez bağlamında çok önemli bir konuya değindiğinizi düşünüyorum. Benim de farkındalığımı artırdı, sorular gerçekten düşündürücü ve farkındalık artırıcıydı. Gerçekten özellikle bizim gibi meslek mensupları için çok önemli, çok kıymetli bir şey bu, meslekler arası iş birliği ve eğitimin yaygınlaşması. **Çünkü böyle böyle yaygınlaştığı sürece tüm meslek grupları birbirini ezmek yerine beraber yükselecek.** Hem mesleki olarak yükselmeye olanak sağlarken **toplum sağlığını** da yükselttikleri bir noktaya gelecektir. O nedenle bunların yaygınlaşması adına yapılabilmesi adına. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_8)

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAE uygulamalarının kazanımlarına

yönelik ifadeleri “öğrencilere, hastalara ve topluma, öğretim üyelerine, sağlık sistemine ve meslek alanına” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilere yönelik kazanımlar, “roller ve sorumlulukları anlama, ekiple çalışma becerisi, etik tutum geliştirme, farklı bakış açısı kazanma, sosyalleşme ve problem çözme becerisi geliştirme” kavramlarıyla ifade edilmiştir.

MAE uygulamaları ile öğrencilerin birbirlerini tanıma, mesleklerin önemini, görev ve sınırlarını anlama fırsatı bulabilecekleri vurgulanmıştır. Paylaşılan eğitim ortamlarındaki yaşanan sosyal ilişkilerin, dostlukların, paylaşımların ve iletişimin sürdürüleceği, “ön yargıyı engelleyeceği” ve “üretkenliğe” katkı sunacağı ifade edilmiştir. Ayrıca farklı bakış açılarının meslekleri beslemesi ve çatışma durumlarının yönetiminin deneyimlenmesi ve öğrenilmesi açısından etkili olacağı dile getirilmiştir.

*Tıp fakültesi ya da hemşirelikte okuyan arkadaşlar eczacılıktan mezun olan eczacı bireylerin sadece ilaç sağlayıcı olarak tanırken esasında eczacıların mezun olduktan sonra neler yapabileceğini bizim için anlatmak için bir fırsat olarak görüyorum. Aynı şekilde diğer meslek gruplarının çizgisinin ya da sınırının ne kadar olduğunu da bence bu eğitimler sırasında Eczacı Fakültesi öğrencileri anlıyor...mesleklerarası eğitim programına dahil olan mezunlarımız ya da diğer fakültelerin mezunları böyle bir iş kolu olduğunu (eczane teknikerliği) biliyor olarak mezun olacaklar. (Eczacılık, dekan, profesör\_7)*

*Bir kısmı -her iki tarafın da geribildirim formlarında var- "ön yargılarımızı yenmemizi sağladı, böyle donanımlı bir meslek grubu varmış" diyor mesela eczacılık fakültesi öğrencisi. "ben de eczane açacak olursam eğer böyle bir yeterlilik arayacağım, birlikte çalışacağım kişide". "Alıştığımız gibi işte yıllardır bu işi yapan kişi değil benimle aynı dili konuşabilecek, böyle bir şey yapacağım ya da eczane teknikerliği programı öğrencileri de bizi hep daha farklı algılayacakları düşünüyorduk ama çok yardımcı ve destek oldular". Birbirlerinin aslında tamamlayıcı olduklarını gördüklerini anlıyorum o geri bildirim formlarından da o anlamda da yine Eczacılık Fakülteleri bir eczaneyi yönetmenin aslında sadece hasta ile olan etkileşim ya da oradaki ilaçlarla olan bilgisinin yeterliği değil, aynı zamanda bir insanla da birlikte çalışmak bu konuda yönetmenin evet ekip olmanın ne demek olduğunu biraz daha iyi algıladıklarını söylüyorlar, hem stajlarda bunu çok fark edemiyorlar. Zaten başlarında bir mesul müdür eczacı olduğu için ama orada (simulasyon ortamında) sanki kendi eczanelerinde olduklarını işlerin aslında çok daha görüldüğü kadar kolay olmadığını fark ettiklerini söylüyorlar. (Eczacılık,*



*öğretim üyesi, doçent\_3)*

*Sahaya gitmeden de tabii bir farkındalık oluşur. Belki de o **ön yargular** başta kırıldığı için bazı noktalarda fikir alışverişi yapılması gerektiğinde. Bu daha kolay aşılabılır çünkü **eğitim sürecinde çatışmayı çözmeyi öğrenir**, daha kolay sağlambir iletişim kurulur, daha sağlıklı bir sonuca varılabilir eğer bir problem varsa ortada onu çözmeye yönelik. (Eczacılık, dekan yardımcısı, doçent\_4)*

Hastaların/toplumun kazanımları, yarar sağlama olarak açıklanmıştır. Öğrenci kazanımlarının gelecekte doğru yönlendirmelerle hastaya da yansıtacağı dile getirilmiştir.

*Dediğim gibi herkes birbirini anlayacak herkes bir bütünün parçası olduğunun hasta için orada olduğunun farkında olacak. Herkes görev ve sorumluluklarını bilecek, öneri gerekiyorsa öneri veya yapılması gereken ne ise o şeyi herkes kendi alanıyla ilgili olan şeyi yapacak. Diyecek ki işte bu alandaki alandaki işte hocamız veya arkadaşımız böyle bir şey olmasını öneriyor ya da burada böyle bir durum ortaya çıktı bunu dikkate almamız gerekir gibi mutlaka **hastaya yönelik de anlamlı olumlu çıktılara doğru gider diye düşünüyorum.** (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

Sağlık sistemine yönelik kazanımlar, sağlık hizmetinde niteliğin artması ve etkin zaman yönetimi olarak açıklanmıştır. Yurt dışında MAE uygulamalarını gözlemlemiş olan bir öğretim üyesince sağlık sistemindeki aksaklık ve eksikliklerin giderilmesi açısından MAE uygulamalarının önemi vurgulanmıştır.

*Üniversitemizde de olmasını çok isterdim. Yapılması gerektiğini de düşünüyorum. Sağlık hizmetlerinin **kalitesini** arttırabilmek için daha kısa zamanda daha **çok iş yapabilmek**, birtakım **aksaklıkların veya eksikliklerin** giderilmesi açısından öğrencilerin hayata, ekip olarak çalışacakları ortamlara daha iyi hazırlanması açısından böyle bir programın gerçekten olabileceğini düşünüyorum. (Eczacılık, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_5)*

Öğretim üyelerine yönelik kazanımlar farklı bakış açısı kazanma olarak açıklanmıştır. Tıp fakültesinden lisansüstü ders alan bir öğretim üyesince farklı alandan insanlarla birarada olma deneyimi hem öğrenen hem eğitici olarak farklı bir

bakış açısı kazanma olarak algılanmıştır.

*Benim için halk sağlığına gitmek çok **farklı bir bakış açısı** yarattı. Şimdi ben laboratuvar temelli çalışıyorum esasen. Ama böyle bir tanımlayıcı çalışmanın ne kadar önemli olduğunu öğrendim. Halk sağlığı bakış açısını, araştırmalarını öğrendim. Ve şimdi mesela kendi çalışmalarım da mutlaka hani öyle parçalar koymaya çalışıyorum. Tez öğrencim var mesela yine gıda mühendisi olarak geldi biz onla da toksikoloji eğitimi alıyor, mesela gıda toksikolojisi gibi çalışalım istiyoruz. Ama mesela mutlaka bir kısmına da bir epidemiyoloji yanına odaklanalım istiyoruz. Aslında bu **benim için belki mesleklerarası eğitimi** diyebilirim. Farklı bölümlerden öğrenciler vardı bize, **farklı bakış açısı** kazandırdığına inanıyorum. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1 Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

MAE'nin meslek alanına kazanımı farklı sağlık meslek grupları tarafından "kabul görme, mesleğe yönelik olumlu imaj ve tanınırlığın artması" olarak ele alınmıştır.

*Bunun temellerini dediğim gibi aslında lisans düzeyinde de atılması lazım koordinatör olduğumdan bahsetmişim. Şimdi hastane ortamına gidildiğinde ben bizim iki alanda eczacılıkta uzmanlıkla ilgili bir fitofarmasi bir de klinik eczacılık programlarımız var. Klinik eczacılıktaki öğrencilerimiz daha kolay kabul gördüler ama fitofarmaside böyle birazcık **değişebiliyor hekimlerin yaklaşımı**, dolayısıyla aslında **kabullenme nasıl desem biraz zorlaşıyor**, eğer bu lisans düzeyinde bunun temelleri atılmış olursa ve bunun gerekliliği anlatılırsa bence daha kolay bir zeminde başlanmış olur ve ilerisi için de daha başarılı sonuçlar elde edilebilir **fitofarmasi de kabul görür** diye düşünüyorum. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

### Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri

Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyelerinin MAE uygulamalarının kazanımına yönelik ifadeleri “öğrencilere, hastalara ve topluma, öğretim üyelerine, sağlık sistemine ve fakülte/üniversiteye” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğrencilere yönelik kazanımlar, roller ve sorumlulukları anlama, ekiple çalışma becerisi, farklı bakış açısı kazanma, akademik/bilimsel gelişim, iletişim becerisi, etik tutum geliştirme ve ortak dil geliştirme olarak ifade edilmiştir.

Öğrencilerin birlikte çalışacakları ortamlara gitmeden birbirlerini tanıma, mesleklerin önemini anlama ve birbirlerinden öğrenme fırsatı bulabilecekleri vurgulanmıştır. İfadelerde “sağlığın sosyal boyutu”nu ele alan meslek alanlarının görev, rol ve sorumluluklarından haberdar olmanın doğru yönlendirmelerle hasta yararına olanak sunacağına altı çizilmiştir.

Bir diğer üzerinde durulan kazanım ise ekiple çalışma becerisidir. MAE'nin ekip olmaya ve birlikte çalışmaya yönelik olumlu tutum geliştirmeyi sağlayacağı vurgulanmıştır. Mevcut eğitim süreçlerinde ekip olmanın sahada deneyimlenmesi “geç kalınlık” olarak değerlendirilirken; MAE deneyimlerinin sahaya “adaptasyon”da kolaylaştırıcılık sağlayacağı ve ekip olmaya yönelik “kültür” oluşturacağı ifade edilmiştir. Biraradallığın öğrencilere farklı bakış açısı kazandırmasının yanısıra akademik gelişime katkı sunacağı da belirtilmiştir. Bir diğer kazanım olarak belirtilen iletişim becerisi, “hastayla” ve “farklı sağlık alanı profesyonelleri” ile iletişim olarak ele alınmıştır. MAE uygulamalarında kullanılan simülasyon yönteminin iletişim becerisinin gelişimi üzerine katkısı dile getirilmiştir. MAE ile “üstünlük kurma”nın önüne geçilmesi ve ortak dilin geliştirilmesi de kazanımlar arasında yer almıştır.

*Yani olumsuz olacağını hiçbir şekilde düşünmüyorum. Kesinlikle olumlu katkısı olacaktır. Ve çok daha erken dönemde **beraber çalışmayı ve işbirliğini öğreneceklerdir**. Şu anda **sahada öğrenmeye** çalışıyorlar. Yani sahada birbirlerini keşfetmeye çalışıyorlar. Tabi **geç kalınmış** oluyor. Ama mesela düşünün yani her meslekte iyinin ve kötünün olabileceğini göstermek adına yani çünkü hiçbir zaman her şey bembeyaz her şey simsiyah bir dünyamız yok yani. İster istemez griler de olacağı için hani o grilerin de olabileceğini onlarla*

*da çalışmak durumunda kalacağımızı da görmeleri açısından da gerekli. Yani düşünsenize şimdi siz hoca olarak bir ödev verdiniz o vakayı tıp öğrencisi, hemşire bizim öğrencimiz beraber hazırlayacaklar. Bir tanesinin eksikliğini diğerleri kapatmak durumunda kalacaklar. Çünkü birinin hatasından olumsuz özelliğinden hepsi etkilenecek. **Ekip** olmak böyle birşey. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_1)*

*Katkısı kesinlikle olur çünkü farklı alandan birinin kendi yaptığı işe **bakış açısını görmüş** olacak. Kendi bilgisini de bu işin içerisine koymuş olacak. Aynı zamanda da farklı bir bakış hissedilecek yani işte geriatrik beslenmede mesela işte bir tıp doktorunun yaklaşımı ne olur? Bir beslenmecenin yaklaşımı ne olur ya da işte orada bulunan bir fizyoterapist'in bakış açısı ne olur onu görür hem kendi **akademik** altyapısı **da gelişmiş olur** mutlaka faydası olur. (Beslenme, bölüm başkan yardımcısı, doçent\_9)*

*Geleceğe şöyle olur. Şimdi tabii baştan olacağı için bir kere herkes nerede ne yapabileceğini bilir **sorumluluk sahibi olur**. Kimse kimseye çok fazla **karışmaz** ama burada şunu da önemli öğrenmek gerekir birbirine sorumlulukları anlayınca **üstünlük kurmanın** da önüne geçilmiş olur. Yani aslında çok konuşacak şey var ama hani bunlar kasıtlı. Dolayısıyla bunları engelleyebilirsiniz, bunların önüne geçmiş olursunuz. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)*

Hastaların/toplumun kazanımları, yarar sağlama olarak açıklanmıştır. İfadelerde topluma ve bireylere yönelik yarar, “sağlığın geliştirilmesi” ve “tedavi başarısı” olarak yer almıştır.

*İlerideki daha sonraki aslında da **sağlık alanına** da katkı var. Yani **bireysel** sağlığın geliştirilmesi ve korunması düzeyine de **toplumsal** anlamda da çok büyük katkısı olacak. Hani biz hep mesleki anlamda böyle bir iş birliği bakımından da planlıyoruz ama bu inanın gerçekten **sağlığın geliştirilmesinde** de çok büyük toplumsal anlamda katkısı olabilecek süreç. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_1)*

Sağlık sistemine yönelik kazanımlar, sağlık harcamalarının düşmesi ve etkin zaman yönetimi olarak açıklanmıştır.

*Belki sağlık harcamalarının ciddi olarak azalması, eğer etkin bir **tedavi***

*uygularsınız süreç kısılacak hem işte işgal yatak işgal oranları azalacak, ekonomiyeye sağlık harcamalarına katkı sağlar her anlamda. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_4)*

Öğretim üyelerine yönelik kazanımlar, öğretim üyeleri arasında etkileşimi artırma, farklı bakış açısı kazanma, farklı meslekleri tanıma/iş birliği geliştirme, iş yükünde azalma ifadeleriyle açıklanmıştır. MAE uygulamaları kapsamında farklı alan eğitimcileri ile biraraya gelmenin öğrencilerin yanısıra öğretim üyeleri için de geliştirici ve motive edici olacağı, etkileşimi artıracığı vurgulanmıştır. Örtüşen konuların birlikte öğrenilmesinin öğretim üyelerinin iş yükünü azaltacağı ve ortak bir dil kullanmayı sağlayacağı vurgulanmıştır.

*Güzel olur (öğretim üyelerinin birbiri ile etkileşimi), bu da farklı şeyler oluşturur yani besler sizin şimdi mesela kendi müfredatınız da eksik olan bir nokta da o görürsünüz onların **bakış açısıyla** bakarsınız. Belki siz kendi müfredatınızı ona göre düzenlersiniz, belki farklı çalışmalar yaparsınız **temasınız artar**. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_4)*

*Zaten o kadar **drift** o kadar birbirinin içine geçmişki artık her şey. Ayrıştırmak ne kadar anlamlı? Yani herhalde yani benim işlediğim gıda hijyeni konusunu konusunun aynısını örneğin gıda alanında bir gıda mühendisi arkadaşım da işte hijyen konusunu meselesini şimdi ben de burada işliyorum besin hijyenini hem aynı şeyleri ile dersin kesinlikle yani sizde de (tıp) mesela dezenfektanlar var dezenfektanlar. Sizde de enfeksiyon komitesi'nin asıl konusu vs. yani aslında baktığımızda birbiri içerisinde geçen ve aynı yoğunlukta verdiğimiz şeyler var. O yüzden de belki bu mesleklerarası eğitim program yükümüzü bile azaltabilir. Niye çünkü bir başka öğretim üyesi başka bir yerde aynı şeyi anlatıyor. Aynı anda buradaki de anlatılıyor. Hani güçlerimizi birleştiresek **hem ortak dil gelişir hem iş yükü azalır**. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_7)*

Fakülteye/üniversiteye yönelik kazanımlar prestij/tanırlık ve eğitimin niteliğinin artması olarak açıklanmıştır. MAE uygulamalarında kullanılan öğretim yöntemlerinin akreditasyon süreçlerine katkısı dile getirilmiştir. Farklı alan öğretim üyelerinin birbirleriyle temasının artmasının ise eğitimde “nitelik artışı” ile sonuçlanacağı vurgulanmıştır.

*Bunun bize mesela **kurum** olarak çok büyük katkısı oldu. Biz mesela*

akreditasyon sürecine girdik belki bahsetmiştir X Hoca yani yakında da alacağız ve 15 güne kadar da belgemiz geliyor. Kendi derneğimizin ulusal akreditasyon alacağız ve ondan sonra uluslararası akreditasyona başvuracağız ve bizi beslenme diyetetik camiasından olmayan insanlar değerlendirdi. Bizim için aslında çok zordu eğitim programının değerlendirilmesi. Ama **mesleklerarası simülasyon uygulaması** yaptığımız ders çok küçük bir ders gibi gözükmesine rağmen eğitim modelleri içerisinde bundan bahsettiğimizde bile onların bile hani **aklını başından aldı** aslında. Ve bunu dedik ki biz sadece yani kendi öğrencilerimiz için yapmıyoruz bunu meslekler arası iş birliği çerçevesinde yapıyoruz. Bize de çok büyük katkısı oldu o yüzden çok teşekkür ediyoruz. (Beslenme, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_9)

Birlikte projeler üretebilirsiniz siz de anlarsınız çünkü onların da ne yaptığını, sizin müfredatınızın eksik olduğu noktayı görürsünüz o tamamlayıcı bir noktadır. **Eğitiminin kalitesi** artar. Birlikte bir proje üretirsiniz birbirinizin müfredatını geliştirirsiniz. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_4)

### Öğrencilerin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp O.	Hemşirelik O.	Fizyoterapi O.	Eczacılık O.	Beslenme O.	TOPLAM
▼ Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları						0
> Öğrencilere	●	●	●	●	●	32
> Hastalara ve topluma			●			2
> Sağlık sistemine	●	●			●	4
> Öğretim üyelerine						0
> Fakülte/üniversiteye						0
> Meslek alanına						0
Σ TOPLAM	15	7	9	3	4	38

Şekil 4.28. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin MAE uygulamalarının kazanımlarına yönelik ifadeleri “roller ve sorumlulukları anlama, ekiple çalışma becerisi, farklı bakış açısı kazanma, hasta odaklılık/hasta güvenliği farkındalığı, sosyalleşme, etik tutum geliştirme” kodları ile tanımlanmıştır. MAE’ye yönelik en çok üzerinde durulan kazanım, etik tutum geliştirme olmuştur. “Önyargı, ötekileştirme” davranışlarının MAE ile önüne geçilebileceği dile getirilmiştir.

*Baştan birlik fikri ekip olma bilinci oluşur bir kere. Birlikte bir şeyleri hani bu şey gibi hani daha küçük yaştan alıştırma gibi hani birlikte, sonuçta birlikte*

*çalışmayı öğreniriz.” (Tıp, öğrenci\_2)*

*“Birde onların bakış açısını yani kendi aramızdaki **bakış açısı farklarını daha kolay anlayabiliriz biz de farklı bakış açısı kazanırız** diye düşünüyorum. Neyi, ne kadar beraber yaptık? Ne kadar ayrı yaptık? Ben niye öyle düşündüm o neden öyle düşündü? (Tıp, öğrenci\_4)*

***Ortak bir amacımız olduğunu** anlarız aslında. Yani ortak bir amacımız var. Aslında hepimizin amacı da aynı şey. Mesela sağlık konusunda amacımız sağlık vermek, şifa vermek, hastanın iyilik halini sağlamak. Hepimiz **aynı amaç doğrultusunda** gidiyoruz. Ama hepimizin görev sorumlulukları farklı ve herkesin bu sorumlulukların bilincinde ve sorumluluklarını yerine getirerek amaca ulaşabileceğimizi anlamamızı sağlar. (Tıp, öğrenci\_7)*

*Aslında bir arada eğitim aynı zamanda birbirimizi **sosyal anlamda geliştirmek** açısından da bize ortam sunar. (Tıp, öğrenci\_1)*

*Ben birbirimize karşı olan **önyargılarımızı kırmamız** açısından da çok faydalı olacağını düşünüyorum. Yani bizim sonuçta bir gözlemimiz var. Şu anda son sınıfa geldik. Biz bu gözlemimizi ister istemez özellikle de olumsuz yönlerini alt sınıflara aktarıyoruz. Bize de kendi gözlem ve deneyimlerini işte üst dönemler asistanlar aktarıyor. Hepimiz **çok ciddi bir önyargıyla** bir noktaya geliyoruz. Aynı şekilde eminim ki; onlarda doktorların ne kadar **egoist** olduklarını düşünerek yaşıyorlar birçok farklı bölümden insan. Aslında bunu kırmamız açısından çok önemli olduğunu düşünüyorum. Hem onlar bizi tanıyacak hem biz onları tanıyacağız. (Tıp, öğrenci\_5)*

Sağlık sistemine yönelik kazanımlar, çalışanların iş doyumunun/motivasyonunun artması ve sağlıkta şiddetin azalması olarak belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının sosyal anlamda temaslarının artmasının çalışma ortamının “gerilimi”ni düşüreceği ve sağlık alanı profesyonellerini toplumun gözünde farklılaştıran bir “sınıfsal ayırım”ın yaşanmaması için öneminden bahsedilmiştir.

*Aslında bir arada eğitim aynı zamanda birbirimizi **sosyal anlamda geliştirmek** açısından da bize ortam sunar. Yani aslında söylediğim şey açısından da faydalı olur diye düşünüyorum. Hem ortamın gerilimi düşer herkes bir arada olunca. **İnsanların çalışma motivasyonu artar.** (Tıp, öğrenci\_4)*

*Mesela sağlıkta şiddetten bahsediyoruz. Sağlık çalışanlarının hepsi bir arada olsa birbirini daha iyi anlasa, daha bütün ekip gibi görünsek; **sağlıkta şiddet** bile dolaylı olarak azaltır. Çünkü bence şiddetin de temelinde iletişim, ekip*

*olamama problemleri ve doktorların sanki farklı bir sınıf olarak algılanmasının etkisi var. (Tıp, öğrenci\_8)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAE uygulamalarının kazanımlarına yönelik ifadeleri “roller ve sorumlulukları anlama, farklı bakış açısı kazanma, hasta odaklılık/hasta güvenliği farkındalığı, özgüven kazanma ve etik tutum geliştirme” kodları ile tanımlanmıştır. MAE ile hemşirelik öğrencilerindeki “düşük benlik ve küçümsenme algısı”nın yerini “değer ve kabul görme”ye bırakacağı vurgulanmıştır.

*Toplumun önyargılarını kırar diyebilirim bizim ne iş yaptığımızı toplum da anlar. Ben bir örnek vererek söylemek istiyorum; bazen mesela sınavlarıma falan evde çalışıyordum ailemle birlikte ve sesli çalışmayı severim. Böyle onlar duyunca diyorlar ki aa sen gerçekten doktor gibi eğitim alıyorsun yani neler öğreniyorsun ve burada şeye bağlanıyorlar hani X Üniversitesi mesela Türkiye'nin hemşirelik alanında en iyi üniversitelerinden “aa size X bu eğitimi veriyor. Yoksa diğer üniversitelerde bu yoktur” falan mantığındalar. Halbuki öyle değil biz çok donanımlı olarak yetişiyoruz. Eğer birlikte eğitim fırsatlarımız da olursa gerçekten toplum da hekimler de hemşireliğin sadece tansiyon ölçmek işte nabız bakmak olmadığını **anlamış olur**. (Hemşirelik, öğrenci\_3)*

*Çünkü insanlar farklı farklı ve ne zaman konuşsak bir olaya en basit bir olaya baksak farklı sonuçlar çıkarabiliyoruz ve hani gerçekten hiçbirimizin fark etmediğini, solunumu duran çocuğu da fark edebilir, **odağımız hasta** olur bu bilinçte oluruz. Onun için kimsenin kimseyi **küçümsenmeyip** aslında herkesin **eşit şartlarda** yer aldığı işte sen bu işin patronusun değil de herkes hasta için var herkes birbirini **tamamlamalı** bilinciyle bir vaka tartışması yapılırsa herkesin birbirinin mesleğine daha çok saygı duyacağını herkesin orada olma amacının hasta olduğunu anlayacağını düşünüyorum. (Hemşirelik, öğrenci\_4)*

*Böyle bir şey uygulamaya geçerse yani öğrencilikte iş birliğini öğrenmemiz açısından iyi olur **bende düşük benlik saygısı gelişmez en azından**. Çünkü ben şu anda bir doktorla nasıl iş birliği yapabilirim bunu gerçekten bilmiyorum ve 4 ay sonra işe başlayacağım. Ama ne yapacağımı bilmediğim için statü olarak kendini yüksekte gören hekimin beni ezmesine izin vermiş olacağım, **çünkü ben hocalarımın susmayı öğrendim**. (Hacettepe Üniversitesi)*



*Bence varlığımızı kabul ederler diye düşünüyorum biz çünkü hastanede görünmez bir elemanız. Sadece hekimin dediğini yapan bir grubuz. O sorunca cevap veren sormayınca susan. Hatta bazen sadece onun istediği cevabı veren. Biz olmazsak işlerin yarım kalacağını kabul edenler de var ama biz olmasak da işlerin yürüyeceğini zanneden hekim daha çok maalesef. Belki onlar bizim varlığımızı **kabul eder** diye düşünüyorum. (Hemşirelik, öğrenci\_7)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAE uygulamalarının kazanımlarına yönelik ifadeleri “roller ve sorumlulukları anlama, ekiple çalışma becerisi, akademik/bilimsel gelişim, etik tutum geliştirme” kodları ile tanımlanmıştır.

MAE uygulamalarının farklı sağlık grubu üyelerinin birbirini tanıma ve anlamasını, saygıyı ve bakış açılarını geliştireceği, “karşılıklı güven” sağlayacağı, yaratılacak akran eğitimi fırsatları ile akademik gelişimi destekleyeceği vurgulanmıştır.

*Şimdi hem hasta açısından yani ona kattığımız şeyler açısından fazla açısından çok büyük fayda olacağını düşünüyorum. Hem de şöyle herkes birbirinin ne yaptığını bilirse duyacağı saygı daha önemli olur. Az önce arkadaşım da bahsetti ya hemşire “ne yapıyorsunuz ben zaten yapıyorum” diye söylüyor, yine doktorlar yani mesela şöyle problem var bizim ekibimizde doktor order veriyor ne yapılacağını söylüyor ne kadar uygulanması gerektiğini söylüyor bitti. Ama yani bunlara karar vermesi gereken kişi biziz. Biz bunun eğitimini de alıyoruz okulumuz boyunca. Ama bizim **birşey bilmediğimizi sanıyorlar**. Bu anlamda herkes birbirinin ne yaptığını bilirse hem **iş yükü azalmış** olacak hani gerek duymaz hani düzeyimizi öğrenmiş olunca doktor **güvenir**. Hani hastaya zarar vermeyeceğimizi bilir. Hem bu yüzden zaman kazanmış oluruz hem de yani birbirimize saygı duymayı öğrenmiş oluruz. Zaten bu durumdan en karlı çıkacak olan **hasta** olur. Genel olarak mutluluk yani. (Fizyoterapi, öğrenci\_3)*

*Benim oda arkadaşlarım sosyal hizmetlerde okuyorlar Ankara üniversitesinde. Ben de bilmiyordum yani onlarla tanışana kadar bu meslek ne yapıyor. Onlar da bizim farkımızda çok değiller. Mesela biz tanışmasaydık benim aldığım bir hastayı sosyal yönden **destekleyecek kişilerin onlar olduğunu bilemezdim**, benim hastaya maksimum yarar sağlamak için yine onlarla da iş birliği içinde*

*olmam gerekiyor ve hani sizin dediğiniz gibi işte mesleklerarası bir eğitim olsa oda arkadaşım olmasa da ne iş yaptıklarını öğrenirdim. Yani şu an sırf oda arkadaşım diye biliyorum. (Fizyoterapi, öğrenci\_4)*

*Hani az önce şeyden bahsettik **meslekler arası iş birliği** daha doğrusu kimse kimseyle beraber çalışayım mantığında değil. Şimdi en temelde aslında hani biz bunlardan yakınıyoruz ama bunları hiç lisans eğitimimiz içindeyken **eğitim hayatımıza yerleştirmiyoruz**. Örneğin bir örnek veriyorum bizim bir dersimiz var. Vaka oluyor vakayı her yönden ele alarak bütün fizyoterapi öğrencileri olarak tartışıyoruz. Aslında hakkıyla tartışabilmek hekim psikolog şu bu lisans eğitiminde olsa. Geniş kapsamlı olarak böyle bir çalışma yapılıp herkes bir arada şimdi ben kendi fikrimi söyleyeceğim demek ki böyle bir noktada hekim böyle yaklaşıyor, psikiyatrist böyle yaklaşıyor, ben böyle yaklaşıyorum. Şimdi bunu görüp böyle deneyimledikten sonra iş yaşantımda hem hastaya bakışında hem meslek hayatıma bakışında bu benim için daha yararlı olur. Bahsettiğimiz sıkıntılar ilerde olmaz en azından birbirimizi tanıyacağız gerçekten birbirimizi **taniyacağız** ve **saygımız, bakış açımız gelişecek**, yardım isteyeceğiz yorumunu alacağız. Sonraki o problemlerde yaşanmayacak. Keşke bence böyle bir şey olsa. (Fizyoterapi, öğrenci\_8)*

Hastalara/topluma yönelik kazanımlar, yarar sağlama olarak açıklanmıştır. MAE uygulamalarıyla yanlış tedavi uygulamalarının önüne geçilebileceği vurgulanmıştır.

*Hem böylelikle şey de olabilir **yanlış yapılabilir** uygulanan her türlü tedavinin de önüne geçilebilir. Bu şekilde önceden haberdar olacağız ve kim ne yapıyor öğrenmiş ve biliyor olacağız. (Fizyoterapi, öğrenci\_8)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencilerinin MAE uygulamalarının kazanımlarına yönelik ifadeleri “iletişim becerisi, etik tutum geliştirme” kodları ile tanımlanmıştır. MAE uygulamalarının farklı meslek gruplarının birbirlerine “danışma kültürü”nü geliştireceği ve “hiyerarşi” yerine “ekip olma becerisi” ve “saygıyı” artıracığı vurgulanmıştır.

*Bence bu eğitimlerle **danışma kültürü** dediğimiz kültür de oluşabilir çünkü hani böyle tereddüte düşüyoruz acaba bunu sorsam ne der bunu önersem nasıl tepki verir diye düşünüyoruz mesleğimizi uygularken daha çekingen olmak*

*yerine daha önce tecrübe ettiğiniz bir şey olduğunda daha rahat hani diğer meslek gruplarına danışabiliriz, onların fikirlerini alabiliriz bu sayede. (Eczacılık, öğrenci\_3)*

*Bir arkadaşımız hiyerarşi demişti meslek için mesleklerde ben öğrencilik döneminde birbirimizle iletişim kurarsak ilerdeki zamanlarda o **hiyerarşi** diye bir şey kalmayacak ekip olarak bir şey yapmayı artık zaten geçmişi öğrendik ilerde bunu uygularız bence öyle bir şey kalmaz diye düşünüyorum. (Eczacılık, öğrenci\_5)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAE uygulamalarının kazanımlarına yönelik ifadeleri “roller ve sorumlulukları anlama, ekiple çalışma becerisi ve farklı bakış açısı kazanma” kodları ile tanımlanmıştır. Sağlık sistemine yönelik kazanımlar ise sağlık harcamalarının düşmesi olarak ifade edilmiştir. MAE uygulamalarının farklı sağlık alanı üyelerinin birbirlerini anlamasını geliştireceği, “karşılıklı güven” sağlayacağı ve sağlık ekonomisine katkı sunacağı vurgulanmıştır.

*Bence en büyük katkısı tıp öğrencileri beslenme diyetetik öğrencilerinin nasıl ders işlediğini neler öğrendiğini görür farkında olurlar ya da biz fizyoterapistlerin oluruz bu şekilde gerçekten de **ortak bir amaç** için uğraştığımız şeylerin hepimiz **farkına varırız** ileriki çalışma hayatımızda da bunun bilinciyle adım atarız her durumda diye düşünüyorum. (Beslenme, öğrenci\_2)*

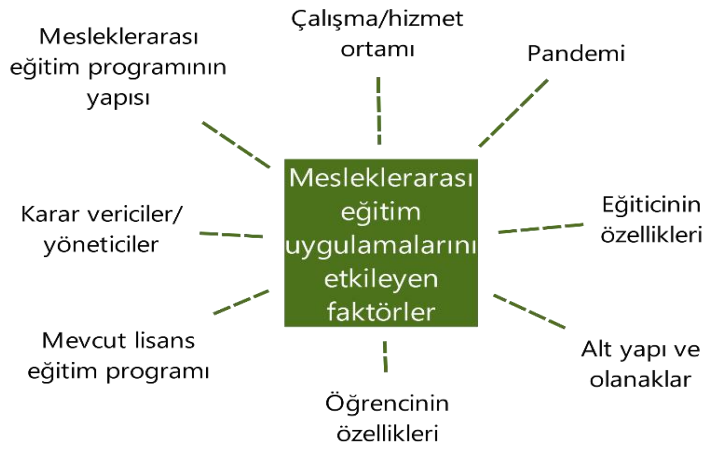
*Tüm meslek gruplarının çok önemli yeri var hem de bilgi de çok önemli her meslek grubunun **farklı bilgileri** var ve bunu o alanda en iyi şekilde kullanmak için karşıdaki meslek grubuna da katkı sağlamak için size **güvenmesi** için, ekip olabilmek için kendimizi geliştirmemiz gerektiğini de gördüm yani bu şekilde. Bu bölüm bana çok şey kattı. (Beslenme, öğrenci\_3)*

*Arkadaşımın bahsettiği örnek birlikte vaka çözümü bence güzel bir şey çünkü benim göremediğim bir şeyi karşıdaki tıp öğrencisi farklı bakış açısıyla hani görür ve onun söylediği şey bana belki daha sonrasında çok şey katabilir bu şekilde de bakmayı öğretebilir ya da söylediğim şey hani onun verdiği bir ilaç beslenmesini çok etkileyecek ya da benim yazdığım beslenme programı aslında ilaç kullanmamasını sağlayacak bu şekilde hani ortak bir şeyler yaparsak hem **ekonomik** açıdan da iyi olur hani **sağlık açısından hizmet açısından** bence çok*

daha güzel şeyler yapılabilir ortak çalışırsak bu şekilde. (Beslenme, öğrenci\_5)

#### Tema 4: Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler

Bu temada, katılımcıların MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri yer almaktadır. Sıklığa göre, “eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, öğrencinin özellikleri, mevcut lisans eğitim programı, karar vericiler/yöneticiler, MAE programının yapısı, çalışma/hizmet ortamı, pandemi” kodları ile tanımlanmıştır.



Şekil 4.29. “Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler” temasına ait kodlar

#### Öğretim üyelerinin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Eczacılık D.	Fizyoterapi D.	Beslenme D.	TOPLAM
▼ Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler						0
> Eğiticinin özellikleri	●	●●	●	●	●	151
> Alt yapı ve olanaklar	●	●	●	●	●	67
> Öğrencinin özellikleri	●	●	●	●	●	58
> Mevcut lisans eğitim programı	●	●	●	●	●	41
> Karar vericiler/yöneticiler	●	●	●	●	●	31
> Mesleklerarası eğitim programının yapısı	●	●	●	●	●	18
> Çalışma/hizmet ortamı	●	●	●	●	●	11
> Pandemi	●	●	●	●	●	3
Σ TOPLAM	52	108	57	75	88	380

Şekil 4.30. Öğretim üyeleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarının kazanımları” temasına ait kodların dağılımı

#### Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere

yönelik ifadeleri; eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, öğrencinin özellikleri, mevcut lisans eğitim programı, MAE programının yapısı, çalışma/hizmet ortamı, pandemi” kodları ile tanımlanmıştır.

Görüşlerin önemli bir kısmı eğitici özellikleri üzerinde toplanmıştır. Eğiticilerin özellikleri; eğiticilik becerileri, mesleki kimlik/rol algısı (eğitici), çalışma yoğunluğu, diğer alan eğiticileri ile ilişkiler, iş birliği kültürü, MAE deneyimi kavramları ile açıklanmıştır. İfadelerde eğiticilik becerileri “motivasyon, yönlendirme ve rehberlik, rol model olma” özellikleri ile tanımlanmıştır. Eğiticilerin MAE uygulamalarının önemine ve gerekliliğine inanması, eğiticilik rollerine değer vermeleri motivasyon; klinik ortamlarda olumlu eğitim atmosferi yaratmaları, diğer sağlık alanı uzmanlarıyla iletişim ve iş birliğinde örnek olmaları rehberlik ve rol modellik ile açıklanmıştır. Öğretim üyelerinin hiyerarşi ve üstünlük algısı ön yargı, kendini ispat çabası, taraf olma, alan koruma, yardımcı sağlık personeli algısı, mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklanmıştır. Sağlık hizmet sunumu süreçlerindeki hiyerarşi kültürünün eğitim programlarının geliştirilmesi aşamalarında da devam edebileceği ifade edilmiştir. Öğretim üyelerinin çalışma yoğunluğu, MAE uygulamalarını etkileyen bir diğer faktör olarak belirtilmiştir. “Performans sistemi” nedeniyle eğitim ve hizmet sunma rollerinde “karmaşa” ve “kaygı” yaşadıkları ifade edilmiştir. Tıp fakültesi öğretim üyelerinin diğer alan öğrencilerine ders desteği verdiği, ancak tıp fakültelerinde de diğer bölümlerden “ders almaya” ihtiyaç olduğu dile getirilmiştir. MAE uygulamalarında deneyimli bir öğretim üyesi ise eğiticiliğin “gönüllülükle” devam ettiği bunun da sürdürülebilirlik ve yönetebilirlik açısından zorluk yarattığını vurgulamıştır. Bir diğer vurgulanan nokta eğiticinin iş birliği kültürü olmuştur. Eğiticinin “birlikte iş yapmayı bilmesi”nin MAE uygulamaları açısından önemi dile getirilmiştir. Ayrıca, öğretim üyeleri arasında yaşanan çatışmaların öğrencilerin farklı bölüm rotasyonlarının “eksik” kalmasına ve eğitim açığına neden olduğu vurgulanmıştır. MAE eğitim uygulamalarında deneyimli olmanın ders tasarımında kolaylaştırıcı olacağı ancak kritik olanın öğretim üyesinin “gereksinim hissetme”si ve “eğitim alması” olduğu belirtilmiştir.

*Nasıl ortaöğretimde iyi bir öğretmenin pedagojik formasyonuna bakıyoruz,*

*eğiticilerin bu uygulamaları yapma konusunda çok ciddi bir **eğitici gelişim motivasyonunun** olması lazım yani eğitimde de bir profesyonel olmaları lazım yoksa o öğrencilerle de harmoniyi yakalamak zor olabilir geçişler olabilir. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_3)*

*Burda tabii ki özellikle öğretim üyelerinin çok yapıcı bir davranış sergilemesi gerekiyor. Çünkü **rol model en önemli şey** eğitimde. Pratik eğitimde siz ne kadar söylerseniz söyleyin çocuklara bunları teorik derslerde anlattıysanız anlatın rol model olmadığı sürece o hiçbir şey ifade etmiyor. Burada bir öğrenci çıkıp da ya şu hocamız vizit yapıyor ama yanında ne hemşire oluyor ne de diyetisyen oluyor demek ki bir doktor tek başına her şeye yetebilir kanısına sahip olursa o zaman bunu yıkmak çok zor. Ama orda öğrenci görse ki bak bir vizit yapılıyor ve konsültan orda önce hemşirenin görüşünü soruyor sonra diyetisyenin peki şimdi bu hastanın diyetini düzenleyelim diyor. Fizyoterapistte dönüp bu hastayı bir an önce ayağa kaldırmamız lazım nasıl destekleyeceksiniz diyor onun görüşünü alıyor işte bu çok güzel bir eğitim ortamı sunuyor hem de o öğrencinin benimseyebileceği bir **rol model** oluşturuyor. (Tıp, profesör\_6)*

*Meslekler arasında maalesef ki çatışmalar olabiliyor hem **hocalar** hem öğrencilerde olabilir yani nasıl diyeyim onu. **Hiyerarşik bir fark** hissedilebiliyor bu hocalar arasında da var. **Kendini üstün görme** gibi durumlar olabiliyor olmasa bile diğer taraf mesela karşı tarafın kendini üstün göreceği ön yargısıyla iletişime başladığı için maalesef böyle problemler var tabii ki öğrencilik düzeyinde böyle bir eğitim olsa belki bu problemler günümüzde yaşanmamış olabilirdi. (Tıp, profesör\_10)*

Alt yapı ve olanaklarda; mesafe, fakülte/hastane koşulları, öğrenci sayıları, öğretim üyesi sayılarına yönelik görüşler öne çıkmıştır. Sağlık alanları bölümlerinin farklı yerleşmelerde yer almasının “ulaşım”, “zaman yönetimi” ve “ekonomik” açıdan zorluklar yarattığı vurgulanmıştır. Hastane ve fakültenin eğitim ortamlarındaki fiziksel koşulların da MAE uygulamalarını etkileyeceği ifade edilmiştir. Kapsamlı hastanelerin “karmaşık yapısı” dezavantaj olarak ele alınırken; akademik birimler açısından “zengin” olması avantaj olarak değerlendirilmiştir. Öğrenci sayıları ile eğitim ortamlarının alt yapısı arasında dengesizlik belirtilerek, öğrenci sayılarının fazlalığı MAE uygulamaları açısından dezavantaj olarak ele alınmıştır. Bu durumun eğitsel olanaklardan yararlanmayı zorlaştırmasının yanında hastalar için de enfeksiyon riski yarattığı ifade edilmiştir.

*Fakültelerin birbirine mesafesi de çok önemli mesela bizim fakültemiz bir kampüs değil, şu anda biz fizyoterapinin, sağlık meslek yüksek okullarının, diş hekimliğinin derslerini temel bilimlerden öncelikle hocalarımızı gönderiyoruz. Hocamızın orada 8- 10 dersi var, 10'u 10 geçe diş hekimliğinde dersi var şimdi hocamız ya buradaki dersi eksik yapıp gidecek, kendi aracıyla gidecek, ulaşım da sağlayamıyoruz... **45 kilometre yol gidecek** ben bunun ulaşımını sağlayamıyorum, yemeğini sağlayamıyorum, harcadığı ulaşım masrafını geri parasını ödeyemiyorum. Üstüne üstlük biz 4 yıldır 5 yıldır hatta ders ücreti de veremiyoruz. Ders ücreti de yok, ama öğretim üyesine diyoruz ki sen öğretim üyesisin gideceksin. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_4)*

*Bizim yüz yüze eğitimler sırasında sadece öğrenciler ve biz öğretim üyesi baş başa kaldığımız da bile küçük odada 40 kişiye eğitim vermeye çalışıyoruz. Teorik eğitimi veririz bir şekilde ama pratik de **hasta başına kırkının da girmesi** imkânsız hastanın odasına yani dolayısıyla mümkün olduğunca bölmeye çalışıyoruz Bölerek almaya çalışıyoruz o da hem zaman kaybı hem de emeği arttıran bir faktör dolayısıyla şu koşullar da diğer lisans öğrencileriyle başka bir meslek lisans öğrencileriyle bir araya gelip eğitim almaları **çok zor** gibi ama şartlar böyle olmasaydı nasıl olurdu? Büyük ihtimalle birbirlerinden de daha o sırada lisans eğitimi sırasında bu pratik olarak da işbirliğini öğrenmeye başlayacaklardı. (Tıp, profesör\_10)*

*Ortam uygun mu onu da değerlendirmek lazım. Tıp fakültelerinin ortamı veya diğer fakültelerin ortamı uygun mu mesela hemşirelik, diş hekimliği, fizyoterapi, tıp öğrencilerinin bu tür sağlıkta iletişim dersini ortak verdiğimiz düşünelim mesela, bunun için **ortamlar uygun mu?** Şimdi aslında şey öğrenciler için söylüyorum, onların en önemli şey büyük grup eğitimleri olur. Bu sorun şu anda tıp fakültelerinin **kontenjanları** mevcut sınıflarının oturak sayılarından çok daha fazla...Mesela biz 4.,5. sınıflarda gördüğüm, 5. sınıflarda 30 kişilik staj eğitimleri veriyoruz, orada daha çabuk etkileşiyoruz. 30 da az bir sayı değil. İdeali 12-16. Maksimum 20 yani ne kadar zorlasan 20 ama biz mesela küçük gruplarda bile bir **u masa eğitimini** yapamıyoruz. Yüz yüze gelmelerini sağlayamıyoruz çocukların **yeterli fiziki ortam** yok ve **gruplar kalabalık**. Bir de diğer öğrenciler olursa... (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_4)*

*Yani bir fiziksel zorluklar olabilir. En başında bunu düşünelim. Fiziksel ortam yani dar alanlarda 10 kişi 15 kişi bir hasta bakım ziyareti yapmak bir **vizit yapmak** bir eğitim yapmak gözle görünür elle tutulur yani işin bir **fiziksel zorlukları** olacak. İki tabi bazen özellikle enfeksiyon kontrol önlemlerini gözetmek bazı ortamlarda çok **kalabalık olmamak** gerekiyor. Bu aslında çok*

*sekteye uğratan bir durum olabiliyor. Şöyle bir servis düşünün hastanız var ve sıkı temas izolasyonunda ve yanına sadece o hastaya birebir ilgilenen kişinin girmesi gerekiyor ki **enfeksiyon** başka alanlara yayılmasın bu gibi günlük hayatımızda bizi zorlayan şeyler olabiliyor. İşte o hastanın yanına kesinlikle öğrencilerin girmesini istemiyoruz. Stajyerlerin girmesini istemiyoruz tabi ki o hastanın vereceği eğitimden mahrum kalıyor. Bence öyle bir zorluk var. Fiziksel ve enfeksiyonel zorluk. (Tıp, profesör\_6)*

Öğrencilerin özellikleri; mesleki kimlik, rol algısı ve öncelikler kavramları ile açıklanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin kendilerini mesleki konum açısından diğer sağlık alanı öğrencilerine göre “farklı bir statüde” görmeleri, “hiyerarşi, üstünlük, otorite algılarının eğitim ortamına olumsuz yansması” mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklanmıştır. Öğrencilerin öncelikleri mesleklerarası uygulamalarını etkileyen bir diğer faktör olarak ifade edilmiştir. “Not alma” ve “ders geçme” kaygısının dersin öğrenme hedeflerinden daha önemli olarak algılandığı vurgulanmıştır.

*Şimdi bence bunun Türkiye'de öğrencilikten bile başlayarak bir statü farkı yansıyor herkese yansıyor. Eğer bu eğitimcileri öğrencilere kör olarak tanımlatırsanız mesleklerinin ne olduğunu söylemeden tanıtırırsanız bence sıkıntı olmaz ama siz de biliyorsunuz tıp fakültelerinin içerisinde biyoloji mezunu ama biyoloji doktorası yapıp tıpta biyoloji dersini veren ya da veteriner hekim olup farmakolojide ders veren hocalar var. Öğrencilerden şöyle bazen şikâyetler geliyor hocam o işte **doktor olmadığı için bize anlatamıyor** diyor. Aslında onun doktor olmadığını bildikten sonra problem başlıyor. Buradaki eğitimciler öğrencilere kör olarak tanıtılırsa sıkıntı yok evet ama kör olarak tanıtılmazsa maalesef toplumdaki **sosyal statü** farkı her yere yansıyor buraya da yansır. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_4)*

*Aslında bir araya geliyorlar. Diş hekimliği öğrencileri, çene cerrahisi öğrencileri rotasyona geliyor ama etkin oluyor mu tartışılır onlar için **amaç not almanın ötesine geçemeyebiliyor**. (Tıp, profesör\_8)*

Mevcut lisans eğitim programının yoğunluğunun MAE uygulamalarına yer açma zorluğu yarattığı ifade edilmiştir. Birbirinden bağımsız olarak devam eden eğitim programlarının MAE uygulamalarına olanak yaratacak şekilde uyumlandırılmasının yoğun emek gerektireceği vurgulanmıştır. MAE programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında “karar vericiler ve yöneticilerin tutumunun” ve “liderliğinin” önemli rol oynadığı belirtilmiştir.



*Farklı alanlardaki kişileri eş zamanlı olarak bir araya getirmek ve zaman yaratmak da bence problem yani çünkü müfredat olarak yani öyle bir zaman ayarlayacaksınız ki diyorum bu tıp müfredatına da uyacak, fizyoterapinin de müfredatına, diyetisyenin de mesela neden olacak hem öğrenci açısından hem de eğiticiler zamanları açısından uyacak bir planlama, zaman planlaması önemli ve tabii bir de hani altyapı, mekân, planlaması önemli, yani nerede teoriyle başlayacaklar da pratiği olacak. Pratiğin de üzerinde gösterilecek bir maketi var bir ne biliyim simülasyon için cihaz mı olacak başka bir şey olacak yani bunları herhalde planlamak gerekir tartışma ortamı planlamak gerekli mekan olarak küçük grup olacak böyleceğiz yani, **ciddi bir organizasyon** süreci ciddi bir kafa yorma süreci hem zaman açısı, hem altyapı açısından, hem mekan açısından. (Tıp, profesör\_7)*

*Genelde bir araya gelen gruplar değil. Biz program geliştirirken genelde tıp alanından farklı hocalarla bir araya geliyoruz. İlk başta farklı öğretim üyelerini biraraya getirmek de zor, tedirgin olacaklardır. Ama yine amaç iyi anlatılırsa. Ne beklendiği ve akıllarına yatarsa bu a evet ya bu çok iyi olur diye buna inanırlarsa olur. Ama her zaman hani bir yüzde 5 vardır. Ne olursa olsun karşı olan, anlamsız bulan, itirazı olan bir eğitici grubu her zaman olacak. Orada da işte hani böyle yine hep benim önemseydiğim eş statü sağlanması emniyetli bir tartışma ortamı sağlanmasında orada onları **yönetenlere iş düşüyor**. (Tıp, dekan, profesör\_2)*

MAE uygulamalarında kullanılacak öğretim yöntem ve tekniklerinin amaca ulaşmadaki önemi vurgulanmıştır. Küçük gruplarda planlanan eğitim etkinliklerinin “karşılıklı etkileşim”e olanak sağlarken büyük grup eğitim etkinliklerinde “kümelenme” ve “ayırışma”nın devam ettiği belirtilmiştir. MAE uygulamaları konusunda deneyimli bir öğretim üyesince programın çok bileşenli ve “sarmal” yapısı gereği sürdürülebilirliğinin zorluğuna değinilmiştir.

*Yani kompleks bir iş bence çok basit bir iş değil şimdi. İşte bir hemşire işte bir diyetisyen bir araya gelsin üç fakülte iş birliği yapsın bir modül olsun işte çocuklar burada ortak eğitim böyle söylemesi kolay gözükse bile aslında uygulamada çok **karmaşık bir iş sarmal bir modül içerisinde bile bu programın uygulamasının ne kadar zor olduğunu biz gördük**. (Tıp, profesör\_6)*

Hastane ve çalışma ortamlarında ekip çalışmasını gözlemleyen öğrencilerin MAE'nin önemine inançlarının artacağı vurgulanırken; çalışma ortamının iş birliğini

yansıtılmamasının eğitimle bir uyumsuzluk ve çelişki yaratacağı, tıp eğitiminin “fantazi” olarak algılanmasına yol açacağı ifade edilmiştir. Öğrencilerin yanısıra sağlık çalışanlarının da iş birliğine ve ekip çalışmasına yönelik eğitimler alması gerektiği belirtilmiştir. Çalışma ortamlarında hastane çalışanlarının “daimî statüde”, tıp fakültesi öğrencilerinin ise “geçici” olarak değerlendirildiği ifade edilmiş bunun da bazı karar süreçlerinde yanlılığa neden olduğu vurgulanmıştır.

Pandemi nedeniyle uzaktan eğitim yapılan zaman diliminde görüşülen bir öğretim üyesince pandemi koşullarının MAE uygulamalarının yapılmasını “imkânsız” kıldığı ifade edilmiştir.

*Mutlaka katkısı olurdu ama biraz da **imkânsız** gibi şu dönemde. Hem pandemi hem pandemi dışında da biraz imkânsız kontenjanlar çok fazla. (Tıp, profesör\_10)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri; eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, öğrencinin özellikleri, mevcut lisans eğitim programı, karar vericiler/yöneticiler, MAE programının yapısı, çalışma/hizmet ortamı kodları ile tanımlanmıştır.

Eğiticilerin özellikleri; eğiticilik becerileri, mesleki kimlik/rol algısı (eğitici), çalışma yoğunluğu, iş birliği kültürü, diğer alan eğiticileri ile ilişkiler, MAE deneyimi, diğer meslekleri tanıma kavramları ile açıklanmıştır. İfadelerde eğiticinin eğiticilik becerileri; “motivasyonu, yönlendirme ve rehberliği, rol modelliği, iletişim becerileri” şeklinde dile getirilmiştir.

Eğiticinin “heyecanı, öğretme isteği, değişime inancı, gönüllülüğü, zaman ayırması ve çabası” motivasyon kavramıyla tanımlanmıştır. MAE programlarını geliştirme ve sürdürmenin “zorluklardan yılmamak” ile mümkün olabileceği ifade edilmiştir. Bazı öğretim üyelerinin eğiticilik konusundaki düşük motivasyonları eleştirilmiştir. Bir diğer ele alınan konu ise eğiticinin alanında yetkinliğidir. Eğiticinin

donanımı ve alan hakimiyetinin öğrencilerin diğer alanlara “alışmasını” ve “güven” duymasını sağladığı vurgulanmıştır.

Farklı meslek grubu öğrencilerinin biraraya geldiği uygulamalarda öğretim üyelerinin rehberliğinin eğitimin amacına ulaşması ve keyifli hale gelmesinde önemli olduğu dile getirilmiştir. Eğiticilerin farklı alan öğretim üyeleri ile, öğrenci ve çalışanları ile kurdukları olumlu iletişim ve etkileşimin öğrencilere rol model olma açısından önemine değinilmiştir. Mesleki şövenizm, hiyerarşi, üstünlük algısı ise mesleki kimlik ve rol algısı olarak açıklanmıştır. Ortak eğitim alanlarında tıp fakültesi öğrencilerine pozitif ayrımcılık yapıldığı ifade edilmiş, hekimler tarafından tıp fakültesi dışındaki sağlık alanı öğrencilerine “üstten” yaklaşılması eleştirilmiştir.

Öğretim üyelerinin çalışma yoğunluğu MAE'nin önünde bir engel olarak ifade edilmiştir. Öğretim üyelerinin akademik çalışma yapma zorunluluklarının, yüksek lisans doktora öğrencilerine yönelik sorumluluklarının, kurumsal beklentilerin, artan öğrenci sayılarının çalışma yoğunluğunu artırdığı ve MAE'ye zaman ayırmayı engellediği dile getirilmiştir.

MAE uygulamalarını etkileyen bir diğer faktörün ise eğiticinin iş birliği kültürü olduğu görülmektedir. Eğiticinin açık olması, liderlik ve ekip olma anlayışına sahip olması iş birliği kültürü ile açıklanmıştır. MAE uygulamalarına “iş birliğine inanan” ve “işbirliği kültürünü benimseyen” insanların öncülük etmesi gerektiği savunulmuştur. Yanı sıra öğretim üyelerinin birbirleri ile iletişimi ve etkileşimlerinin “sınırlı, kısıtlı” olduğu da vurgulanmıştır. Eğiticisinin farklı alan öğretim üyeleri ile temasını gözlemlemeyen öğrencinin benzer şekilde davrandığı ifade edilmiştir. Farklı alan eğiticileri ile çalışma deneyiminin önemine değinilerek, öğretim üyelerinin “kendi başlarına ders anlatma”ya alışık olduğu, eğitimlerle gelişime ihtiyaç duyulacağı dile getirilmiştir. Ayrıca, öğretim üyelerinin farklı sağlık alanlarını tanımaları, onların rol ve sorumluluklarının, öğrenci yeterliklerinin farkında olmaları MAE uygulamalarını etkileyen bir diğer faktör olarak açıklanmıştır.

Hayata geçirmek kolay değil ama benim bu işte bahsettiğim o ilk merkezdeki çok **heyecan duyduğum** şeyi görünce bizde yapmalıyız dedim, nasıl yapabileceğinize dair oradaki bunu ilk kez hayata geçirmiş kişilerle görüşmeler yaptım, dünyada da ilk yapanlardan biri, öncüsüdür bunun. .... Yeter ki **cesur olun, peşini bırakmayın** dediler. Yapmak kolay bir süreç değil, adım adım olacak **zorlukları**, belki kazanımlarından çok daha fazla. Kazanımlarını yıllar sonrası da göreceksin ama sen hep bir şeyi mecburen birilerine dikte ediyormuş gibi olacaksın. **Yılmayacaksan** gir dediler. Hani bazen şaşırduğım zamanlar da oluyor ama onları düşündüğüm zaman rahatlamaya çalışıyorum. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)

**Yetkinliğiniz önemli** eğer yetkinseniz durumu iyi yönetiyorsanız, iyi bir eğiticiyseniz o zaman sorun olmuyor. Zaten normalde de yani öğrenciler şey yapar hocaları ilk başta ölçerler. Sonra iki taraf da birbirine **alışıyor, güven sağlıyor**. Ama dediğim gibi eğiticinin **donanımı, eğiticilik becerisi** önemli. (Hemşirelik, dekan yard., profesör\_4)

İkincisi anlayışların değişmesi lazım. Mesleklerarası iş birliğine her disiplinin öğretim üyesi aynı bakış açısıyla bakmıyor. Buradan işte bence çok sıkıntılı ve çözümlenmesi gereken konu bu **mesleki şövenizim** anlayışının kırılması gerekiyor. Hiçbir meslek tam bağımsız değildir. Olamaz olursa da kısıtlı bir hizmet sunar, bunun kırılması, anlayışların değişmesi gerekiyor. (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)

Aklıma şey geldi kim bizim buradaki laboratuvarımız beceri laboratuvarımız aslında bu amaçla kuruldu tıp fakültesine. Ama her bölüm gelsin ortak kullansın gerçekten de her bölüm gidip ortak kullanıyoruz. Hep başı çekmek isteyenler var özellikle de bu tür kişiler **hekim** ve oranın da başındaki de hekim. Ne yapıyor malzemeler hemşire gelince bitiyor ya da farklı bölümlere gelince. Tıpa gelince dolu dolu malzeme çıkarıyorlar depolardan. Onlar bizden bir ders için katkı istediklerinde koşa koşa gidiyoruz, biz onlardan ders katkısı istiyoruz binbir rica ile, herkes için söylemiyorum ama bu oluyor. ...Daha geriye gidip ailede başlayan eğitimin "**sen doktor olamıyorsan ne olduğunun hiçbir önemi yok**" gibi bir anlayışın bir kenara bırakılması gerekir. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_8)

Öğretim üyelerinin birbirleri arasındaki **iletişiminin** ve **etkileşiminin** mesleklerarası işbirliği bağlamında aslında **sınırlı, kısıtlı** olduğunu düşünüyorum. Örneğin biz kendi öğrencilerimize eğitim veriyoruz. Tıp fakültesi öğretim üyeleri kendi öğrencilerine eğitim veriyor: temel bilimler hariç öğrencilerin birbirleriyle etkileşimi bağlamında biraz önce söylediğim gibi mesleklerarası eğitimin tam olarak oturmamış olması nedeniyle henüz bu

*etkileşimin çok kısıtlı olduğunu düşünüyorum, bir araya gelmedikleri için kendi öğrencilerimizin birbiriyle iletişimine etkileşimi de olmuyor. **Hocasından görmüyorsa** kendi de yapmıyor. (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)*

*...Biraz hocalar **ön yargılı** gelebiliyorlar başta. Hani “hemşirelik öğrencisine acaba ne anlatmam gerekiyor? Hangi kapasite ve müfredat sınırlarını nasıl çizmem gerekiyor?” Ama öğrencilerimizin ilgilerini, kapasitelerini **gördükçe**, “biz hemşirelik öğrencilerini çok beğeniyoruz” diye hep dönüşler oluyor. Bence karşılıklı memnuniyetin öğrencileri de olumlu motive ettiğini düşünüyorum. Onların da belki birbirini **tanımaya da ihtiyacı var**. Bilgi düzeyini çok bilmediği için ön yargılı da gelebiliyor. (Hemşirelik, bölüm başkanı, doçent\_5)*

Alt yapı ve olanaklar; mesafe, fakülte/hastane koşulları, öğrenci sayıları ve öğretim üyesi sayıları kavramlarıyla tanımlanmıştır. Sağlık alanları bölümlerinin “hastaneden uzak”, kampüslerin ayrı yerlerde olmasının, ulaşım zorluğu ve zaman açısından uygulamalı eğitim süreçlerini olumsuz etkilediği, engellediği vurgulanmıştır. Bir diğer MAE uygulamalarını olumsuz etkileyen faktör olarak ise hastane ve fakültenin eğitim ortamlarının donanımsal eksiklikleri olarak dile getirilmiştir. Artan öğrenci sayıları ve öğretim üyesi yetersizlikleri de sorun olarak ifade edilmiştir.

*Belli bir mekân olarak mesela hani bütün grupları bir araya getirmek zor çünkü mesela uygulama laboratuvarını kullanırken bile sadece bizim öğrencilerimiz **sığabiliyorlar**. Biraz sayı fazla olduğunu biz de çok zorlanabiliyoruz yani birlikte çalışmaya uygun şekilde düzenlemiş alanlar var, videolarda görüyoruz kongrelerde. Belki farklı konular için bir organizasyon yapılabilir, hiç mi aşılmayacak şey bence değil. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2)*

*Bunun yanı sıra bizim hala yerleşik ve tam donanımlı bir **Simülasyon laboratuvarımız** yok. Yıllar önce çabalarımızla çok yüksek donanımlı bir simülâtör aldırık. Bir önceki okulumuzda bu donanım vardı. Ama şu an işte mikrofon sistemi vesaire görüşme odalarının olduğu tam donanımlı bir laboratuvarımız yok. Dolayısıyla simülasyona nereden geldik? hani Simülasyona dayalı bir eğitimle gitmeliyiz mesleklerarsı eğitimde, eğer tamam simülasyon yoksa belki klinikte bunları yapabiliriz gibi düşünelim. Klinikte de*

*afiliye olduğumuz hastaneler yok. Bir üniversite hastanemiz yok. Dolayısıyla aynı zamanda da öğrenci sayılarımız çok yüksek. (Hemşirelik, bölüm başkanı, doçent\_5)*

*Tabii kalabalık gruplar eğer olursa yine kalabalık alanlarda evet planlamak çok zor, yine fiziki koşullar mesela ben buraya hem tıp fakültesi hem hemşirelik öğrencilerini alamam bizim okulda genelde sınıflar böyle amfiler var ama amfiler de işte, planlanması lazım. Yani herkes etkileşim kurabilir hale getirilmeli. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_8)*

Öğrencilerin özellikleri; mesleki kimlik, rol algısı, yeterlik farkı (program farkı), kültürel yapı ve kuşağın özellikleri kavramları ile açıklanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin ve hekimlerin egolarının “şişirilmiş”; hemşirelik öğrencilerininse “bastırılmış” olduğu ifade edilmiştir. Meslek tercihlerinin sınav puanına göre yapılmasının, öğrencinin meslek alanını benimsemesini ve “mesleki aidiyet” duymasını engellediği dile getirilmiştir. Bir diğer değinilen ise “yeterlik farkı” olmuştur. Farklı programlardaki ve farklı sınıftaki öğrencilerin nasıl bir araya getirileceği soru işareti yaratmıştır. Kültürel yapı ve kuşağın özelliklerinin MAE uygulamalarını etkilediği dile getirilmiştir. Kuşağın özellikleri ise MAE uygulamaları açısından dezavantaj olarak “bireyselleşme, yalnızlaşma ve aşırı teknoloji kullanımı” ifadeleriyle açıklanırken; avantaj olarak ise “hak arama, hataya karşı çıkma, öğrenmeye yönelik motivasyon ve inanç, etkileşime açıklık” olarak ifadelerde yer almıştır.

*“Yani baktığımızda hepimizin eksikleri var, ülke olarak zaten böyle bir sıkıntımız var, bu yargıların olması, eğitime, yeniliğe açık olmamak zorluk. Öğrenci tıp fakültesi öğrencisi egosu çok yüksek geliyor, tanrı olarak geliyor hemşirelik fakültesi öğrencisi de egosu çok düşürülmüş olarak geliyor kendini çok önemsiz ve değersiz hissediyor ve sağlık alanında baktığın zaman “doktor söylesin, ben yapayım” falan. Onu güçlendirmek gerekir ama böyle bir ortama girdikleri zaman aslında birbirlerine benzer noktaları olabileceklerini de görüyorlar, birbirlerinin farklı noktalarını takdir etmeyi de öğreniyorlar bu gibi.” (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)*

Mevcut lisans eğitim programlarının yoğunluğunun ve “teorik yük”ün MAE uygulamaları açısından zorluk yarattığı ifade edilmiştir. Alanların birbirinden bağımsız olarak devam eden eğitim programlarının yapısal farklılıklarının

uyumlandırılmasının zorluğu dile getirilmiştir.

*Bir kere zorlukların en başında her disiplinin kendi **yüklü müfredatı** geliyor. ...Öğrencilerimiz **çok yüklü ağır** bir programdan geçiyorlar, geçmek zorundalar, bir kere pratik olarak dersi açıp oturtmak ve farklı disiplinlerin öğrencileriyle birlikte o dersten yararlanmasını sağlamak pratik olarak birtakım kısıtlılıklar içeriyor.” (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)*

MAE uygulamalarına etki eden faktörlerden “yöneticilerin tutumu, kurum desteği/vizyonu, yasalar/kurallar/akreditasyon, finansal zorluklar” karar vericiler/yöneticiler koduyla tanımlanmıştır. Projelerin hayata geçirilmesinde üniversite ve fakülte yönetimlerinin desteğinin, değişime ve yeniliğe açıklığının önemi vurgulanmıştır. “Yönetime yakın olma”nın ve öğretim üyelerinin “titri olarak güçlü” olmalarının kolaylaştırıcı etkisine dikkat çekilmiştir. MAE'nin uygulanması için bir “zorunluluk” olması gerektiği, akreditasyonun da bu uygulamaların yaygınlaşmasında kolaylaştırıcı olacağı vurgulanmıştır. Mali yetersizliklerin ise simülasyon merkezleri gibi donanım gerektiren eğitim ortamlarının düzenlenebilmesi için engel yarattığı ifade edilmiştir.

*Dediğim gibi her aşamada **maddi manevi** her aşamada desteklenirse çok güzel sonuçlar ortaya çıkacaktır. Kesinlikle kurumun bunun **gerekliliğine inanması** gerekiyor, bunu da tabii bunu yapacak hocaların hem **titri olarak bence güçlerinin** olması gerekiyor, hem **yönetime yakın** olmaları gerekiyor, son dönemde artık bu da biliyorsunuz gündemde. Birçok şey olması gerekiyor. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_7)*

*Yani söyledim ya bi kere **yönetimsel engel** ile çok karşılaşılabilir. Çünkü hepimizin bir müfredat programı var ve bu müfredatı bizim değiştirmemiz gerekiyor. Şimdi biz mesleklerarası eğitim yapacağız desek bazı kişiler çok dirençli hiçbir şey değişmesini istemiyorlar, ... **yeniliğe açık birçok kişi olsa da üst hocaların yeniliğe kapalı olması** engellenebiliyor öyle bir engel çıkabilir yönetimsel anlamda. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_8)*

*Öğrencilerin başını kaşıyacak vakti yok. Özellikle bir arada çalışan iki meslek mensubuyuz hekim hemşire. Bu Covid sürecinde de görüyoruz. Olamamışız. Onu görüyoruz. Birlikte çalışamamışız birlikte öğrenememişiz birlikte iş birliği kuramamışız onu görüyoruz. Herkes kendi programıyla meşgul ama kimsenin ekstra bu sahaya nasıl yansiyacak biz nasıl mezunlar vereceğiz ve bunlar*

*birlikte nasıl çalışacak öyle bir kaygımız maalesef yok. Muhtemelen **akreditasyon** programlarının bize kazandıracağı bazı şeyler olacak bunlardan biri de bu tür eğitimler olabilir akreditasyon sürecine giriyoruz. (Hemşirelik, profesör\_6)*

MAE uygulamalarında kullanılacak öğretim yöntem ve tekniklerinin etkileşimi sağlamadaki önemi vurgulanmıştır. “Birlikte sosyal sorumluluk projeleri planlama ve uygulamanın, toplum içinde etkinliklerin, öğrenme, etkileşim, mesleklerarası iletişim gibi kazanımlarının yanısıra bu yöntemlerin topluma olan yararına dikkat çekilmiştir.

*Şimdi bizim bazı derslerimizi fakültenin ya da üniversitenin öğrencileri alabiliyor. Bunlar mesela ilk yardım dersi veriyorum, ben toplumsal cinsiyet dersimiz var sağlık politikaları gibi dersler. İşte odyolojide yer alanlardan öğrenciler hani sınıf içinde genelde grup halinde oturuyorlar çok etkileşim olmuyor. Ama en büyük etkileşimi ben daha çok bu **sosyal sorumluluk projeleri** ya da farkındalık işte etkinlikte topluluklar aracılığı ile olduğunu görüyorum ya da hazırlık aldılarsa bir arada olduğunu görüyorum. Mesela, halk oyunları topluluğunda bizim çok öğrencimiz vardı spor topluluklarında bu arada orada diğer alanlardan da var, maksimum etkileşim. Yani sizin anlattığınız ders olduğu zaman bir etkileşim kurma durumunda olmuyor **kendi üretecekleri ortaya koyacakları bir şey oldu** olduğunda oluyor. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2)*

Hastane ve çalışma ortamlarındaki “yoğunluk ve ön yargının eğitim açısından dezavantaj yarattığı ve öğrencinin kendini “ispat ve savunma” çabasına girmesine yol açtığı ifade edilmiştir. Fakültede öğrenilenlerle hizmet ortamındaki dinamik ve kuralların zaman zaman uyuşmadığı bunun da öğrencide çelişkiye ve çatışmaya neden olduğu ifade edilirken; eğitim ve hizmet ortamının uyumu için “hastane ve okul iş birliği”nin önemini altı çizilmiştir.

*24 saat nöbet tuttuğun zaman işler değişik olabiliyor. Çünkü **yoğunluk** ve benzeri çok faktör var, birlikte hasta tartışmayı zaman kaybı olarak algılayabiliyor. Yetiştirmesi gereken işler var. Ama gerçekten pes edip, bunu kabul edip "doktorların hepsi böyle zaten burunları beş karış havada" demek yerine ben **inisiyatif alıp** gidip günaydın demeyi, uğraşmayı tercih ediyorum. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_10)*

*Gerçekler şu ki ben de mezun olduğum zaman ben de bunu yaşadım böyle bir **güç savaşı** oldu yani meslek grupları arasında güç savaşı oluyor, hele de yetkin*



*olduğunuz konuda bu benim alanım ve buna ben karar veririm dediğiniz anda hayır her Şeye ben karar veririm diyen bir grup varsa o zaman bu sıkıntı yaratabiliyor, mezunlarımız da bu sıkıntıyı yaŐayabilirler ki uygulamada da biz bu çok görüyoruz, hastaneye çıkartıyoruz, uygulamaya bir Şey öğretiyoruz. ... bizde tabii kimi zaman bu problemleri konuŐup halledebiliyoruz ama kimi zaman halledemediğimiz oluyor ve öğrenciyi klinikten çektiğimi biliyorum. Böyle bir gerçeklik var. Yani ama ğrenci bunu anlıyor bir mücadele içine gireceğini biliyor, hayatı boyunca hep **kendini ispatlamak zorunda** kalacağı bir meslekte olduğunu anlıyor. Artık o biraz tabii öğrencilerin kendi donanımlarına kişiliklerine, mücadele glerine bağlı oluyor tabii kim nasıl **baş ederse**. (Hemşirelik, dekan yard., profesr\_4)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü ğretim yeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü ğretim yelerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, öğrencinin özellikleri, mevcut lisans eğitim programı, karar vericiler/yöneticiler ve çalışma/hizmet ortamı” kodları ile tanımlanmıştır.

Eğiticilerin zellikleri; eğiticilik becerileri, meslekli kimlik/rol algısı (eğitici), çalışma yoğunluğu, iş birliği kültürü, diğer alan eğiticileri ile ilişkiler ve diğer meslekleri tanıma ile açıklanmıştır. Eğiticilik becerileri eğiticinin “motivasyonu ve rol modelliği” ifadeleriyle dile getirilmiştir. Eğiticilerin istekliliği, enerjisi, değişim yaratma arzusu, motivasyon; diğer sağlık alanı uzmanlarıyla iletişim ve eğiticilerin farklı meslek alanı mensuplarına yönelik tavırları ise rol modellik kavramları ile tanımlanmıştır. Eğiticinin mesleki üstünlük, hiyerarşi ifadeleri mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklanmıştır. Tıp alanı mensuplarının kendilerini diğer sağlık meslek gruplarından üstün görme eğilimleri eleştirilmiştir. Tıp fakültesi ğretim üyelerinin diğer fakültelerin dersine girme konusunda motive olmadığı, heyecan duymadığı belirtilmiştir. Tıp lisans derslerine farklı bölümlerin ğretim üyelerinin de girmelerine olanak yaratılmasının, temel bilim akademik kadrolarında tıp dışı sağlık alanı profesyonellerinin daha fazla yer almalarının tıp alanının mesleki üstünlük algısını kıracağı ifade edilmiştir. MAE uygulamalarını etkileyen bir diğer faktör

öğretim üyelerinin çalışma yoğunluğu kavramıyla açıklanmıştır. Zaman bulamamanın ve meşguliyetin MAE'nin “yük” ve “yeni bir icat” olarak görülmesine neden olduğu olmuştur. Eğiticinin ekip olarak çalışma deneyiminin MAE uygulamaları açısından önemi dile getirilmiştir. Farklı alan öğretim üyeleri arasındaki olumlu ilişkilerin öğrenciler arasındaki ilişkilerin de belirleyicisi olduğu ve öğrencinin güven duymasını sağlayacağı ifade edilmiştir. Alan koruma kaygısı da MAE uygulamalarını etkileyen bir faktör olarak ele alınmıştır. Tıp öğrencilerinin ve öğretim üyelerinin fizyoterapistleri “tehdit” olarak algıladığı ifade edilmiştir. Öğretim üyelerinin farklı sağlık alanı öğrencilerinin yeterliklerinin farkında olmaları gerektiği ifade edilmiştir.

*...veya ne oluyor işte en büyük sıkıntılardan biri yapılamamasına dair anlattığımızda mesleklerarası eğitime herkes çok şey pozitif hadi yap deyince hadi pratik edelim hadi yap deyince ay şimdi şeyi nasıl şey yapacağız. Hani “şimdi **düzeni bozmayalım** öbür döneme düşünelim” gibi hep bir **boş vermişlik ileriye atma** çünkü neden zaman yönetiminde de sıkıntımız var çünkü **zaman yönetimi** olmadan gerçekleştirilebilecek bir şey değil bu yani bu ciddi öğrenci işlerinde ayrıca bir şey ayrılması gereken mesai ayrılması gereken bir iş belki de her bölümün **bölüm başkanlarının oturup öğrenci işlerindeki idari personelle oturup** bu müfredatları ortaya çıkarıp tek tek içinden kurgularını yapacakları bir iş bu. Bu yani bir hocanın bireysel çabalarıyla olacak bir şey değil. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

*Öğretim üyesi de çalışanı da **bezgin**, yani işte her sektörde ya farklı şiddete uğruyorlar ya **paradan mударipler**, yani maddi sıkıntıları var ya **çalışma koşullarını sevmiyorlar** yani ya da benim burada yaşadığım deneyimler o. Hiç mutlu olan görmedim ben. Ya da çok nadir görüyorum. Sürekli suçlamalar. Dolayısıyla herkes bir kendini kurtarma, bir ön plana çıkma, bir hayatta kalma savaşı içerisinde. O yüzden ilk önce bizi **ikna etmek** lazım. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

*Başka bölümün öğrencilerinin olduğu derse gelirken koşturarak geliyoruz açıkçası ilk defa kendi bölümüm dışında birilerine bir şey anlatmanın getirdiği bir gurur var işin aslı. Düşünün ben bundan **gurur duyuyorum**. Acaba benim bölümüme kendi bölümü dışında birilerine bir şey anlatmak üzere gelen tıp hocası da **aynı gururu hissediyor mu** bunu da bir ünlem olarak koymak isterim ben zannetmiyorum. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

*Sadece şöyle oluyor, yine burada geliyoruz şu konuya, siz şu eğitimi verin dediğimizde (tıp alanından bir öğretim üyesine) ben sadece “kendi meslek*

*mensuplarından başkasına vermem” gibi bir durum oluyor. Çünkü Türkiye’de kötüye kullanım çok fazla olduğu için böyle birtakım şeyler oluyor. Yani bunun neyine ne işine yarayacak diyenler oluyor “bunu öğretsem, ne yapacak ki” ya da bunu öğretsek şimdi bunu kullanmaya kalkabilir gibi yanlış anlaşmalar sürekli gerçekleşebiliyor. Ya da “ben bunu öğretmeyim de işte bunlar bunu öğrenmesin de yapmaya kalkmasın” gibi böyle birtakım hani şey yaklaşımla gereksiz bir **kendi alanını korumacı yaklaşımlar** olabiliyor. Yani mesleğinin elinden alınacağı gibi. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_8)*

Alt yapı ve olanaklar mesafe, fakülte/hastane koşulları, öğrenci sayıları kavramlarıyla tanımlanmıştır. Sağlık alanları bölümlerinin “tıp fakültesi ve hastaneden uzak” olmasının, öğrenci izlemi, ulaşım zorluğu ve zaman açısından uygulamalı eğitim süreçlerini olumsuz etkilediği, engellediği vurgulanmıştır. Mesafenin “motivasyon kaybına” neden olduğu belirtilmiştir. Sağlık bilimleri fakültesi kapsamındaki bölümlerde ortak bina ve sosyal ortamlar sayesinde öğrenci temasının sağlanabildiği ancak diğer sağlık alanı fakültelerinin ayrı olmasının etkileşimi, paylaşımı ve iş birliğini engellediği vurgulanmıştır. Simülasyon merkezi donanımının önemine değinilmiştir. Öğrenci sayılarının fazlalığı ise MAE uygulamaları açısından dezavantaj olarak ele alınmıştır. Öğrenci sayıları ve eğitim ortamlarının alt yapısı arasında uyumsuzluk olduğu dile getirilmiştir.

*Bir de en büyük şey zorluk işte zaman **mekân** ayrılıkları. Özellikle, sağlık bilimleri olup fizyoterapi bölümü olarak tıp fakültesi ve hastaneden çok uzak olmamız bizim için çok büyük dezavantaj tabii. Yani ben mesela kliniğine giden öğrencinin başında değilim. Hani **öğrencimi takip edemiyorum**. Öğrencim beni göremiyor. Benim hasta aldığımı bilmiyor. Yani o yüzden çok büyük dezavantajları var. Yani işte bunlarda hep o dediğim yönetsel destekler, maddi, uzaklık, zaman ve mekân bunların hepsi de etkileyecektir. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_1)*

*İkinci problem bu kadar öğrenciyi koyacak şube sınıf pratik uygulamalar çünkü tıptaki hoca bana diyor ki bana 30 öğrenci getir birlikte öğrensinler. Ben 30 öğrenci getiriyorum hocanın da bir 30 öğrencisi var biz o 60 öğrenciyi düşünün o küçük grup odalarında o eğitimi vermeye çalışıyoruz. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

Öğrencilerin özellikleri, mesleki kimlik, rol algısı, motivasyon ve kültürel yapı kavramları ile açıklanmıştır. Fizyoterapi öğrencilerinin klinik becerilerde kendilerine özgüvensizliği mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklanmıştır. Motivasyon ise gereksinim hissetme ile ilişkilendirilmiştir. Öğrencilerin işlerine yarayacağını düşündükleri şeyleri öğrenmeye motive oldukları ve keyif aldıkları vurgulanmıştır. Toplumun mesleğe yönelik bakışı, toplumsal yargılar, değer biçme ifadeleri, kültürel yapı kavramıyla tanımlanmıştır.

***Gereksinim hissetmeleriyle ilgili aslında. Şimdi mesela diyabetli bir hasta olgusu aslında çok gerçek. Herkesin ailesinde etrafında diyabetli var. Belki onlara dokunabilecek bir konu olduğu zaman onlara yaşamlarında kullanabilecekleri bir şey olduğu zaman ilgi duyarlar. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doktor öğretim üyesi\_4)***

*Bunu (meslerarası eğitim uygulamaları) bir angarya olarak görüyor aslında. Ama biz buraya (tıp fakültesine) geldiğimizde öğrencideki o **motivasyonsuzluğu** görünce çok üzülüyoruz. Çünkü ben kendi dersimden lisans, lisanüstü dersimden, zamanımdan, iş yükümden ayırıp burada bu derslere geliyorum ve öğrenci sadece yoklamanın hatırına o derste bulunmak zorunda olduğunu söylüyor ve dersin sonunda bir memnuniyetle çıkıyorlar ama onları derste kazanmak içinde ayrıca bir 15 dakika harcıyoruz. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

***Kavga** ediyorlar bizim bir kere bizim başımıza geldi alt üst olayı yani öğrencilerde de var. Hiyerarşik bir yapı var. Bu **toplumun** sana belki çizdiği ya da öyle öğretilen de o. Yani 6 yıl gelmesi 6 yıllık fakülte mezunu olmakla dört yıllık mezunu olmak. 2 yıllık 4 yıllık mezunu olmak. Özel yetenekle almayan bölümlerin böyle bir sıkıntısı var. Maalesef ki **yargılar** var insanların istedikleri değil **toplumun ya da ailenin ya da öğretmenin ya da o sana biçtiği değer** önemli. Bizim zamanımızda 2-3 meslek vardı doktorluk, mimarlık, öğretmenlik yani ki öğretmenlik daha bir geri sınıflarda kabul ediliyordu bir sınıf ayrımı vardı. **Etiket ayrımı** hala var bence hala yansıyor. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

Mevcut lisans eğitim programlarının yoğunluğunun, zaman probleminin ve “teorik yük”ün MAE uygulamaları açısından zorluk yarattığı ifade edilmiştir. Öğrenci merkezli, öğrencilerin sosyalleşmesine olanak sağlayacak program düzenlemeleri önerilmiştir. Alanların birbirinden bağımsız olarak devam eden eğitim programlarının yapısal ve öğretim yöntemi açısından farklılıklarının uyumlandırılmasının zorluğu dile

getirilmiştir. Bölümler arası programların birbirinden bağımsız olarak yapılandırılmasının öğrencilerin farklı bölümlerin seçmeli derslerini seçip katılmalarına engel yarattığı ifade edilmiştir.

*Zamanlamada problem çıkıyor o kesin. Şu anlamda çünkü dersler çok yoğun öğrenci ile yapacak olsak mesela bizim programımız için söylüyorum, hani onlara ne zaman bir zaman bulacağız, onu yaptıracağız. Yani belki diğer derslerle ilgili müfredatla ilgili değişiklik yapmak zorundayız ama **zamanlama** problem olabilir. Çünkü hemşirelik bölümleri de öyle çok farklı, bizim sistemlerimiz de. Beslenme bölümünde de öyle (GÜ Deran, Konum 34)*

*Şimdi burada nasıl öğrenci merkezli düşüneceğiz. Yani eğitim sistemimizin **köklü bir şekilde değiştirmemiz** lazım. Eğitim sistemi bir kere tamamen yanlış. Öğrencinin **sosyalleşmesi lazım**. Gidin kulüpler var. Birçok muhteşem kulüpler olmayabilir ama bir tanesi girin orada insanlarla tanışın. Yani fırsatınız varsa gidin yurtdışına gidin bilmem ne programı arayın, tarayın ve Avrupa Birliği programlarıyla bilmem ne yani. Ben bu konuda çok desteklerim öğrencileri. Yani ben sosyal olmasını çok istiyorum. Çünkü hayat bundan ibaret değil. Bu, dersten, işten ibaret değil. Eğer böyle vizyonunuz geniş olursa işinizde de bir şekilde başarılı olursunuz. Bence bu sistem ama **sistem kökten yanlış**. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doktor öğretim üyesi\_4)*

*Aslında lisans eğitiminde baştan bu kurgular daha doğru bir şekilde yapılırsa farklı meslek gruplarının da ön fikirleri alınsa belki de bazı şeyleri aynı şeyleri devamlı öğretiyorsak bu kesişen noktalarda biraz daha sadece bizim alana özel çünkü müfredatlarımız **çok yoğun**. Bu kadar yoğunluğu taşıyor kaldırmıyor sistem. Öğrenci 4 yıl boyunca bu **teorik bilginin altında eziliyor**. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

MAE uygulamalarına etki eden faktörlerden yöneticilerin tutumu, kurum desteği/vizyonu, yasalar/kurallar/akreditasyon, finansal zorluklar ise karar vericiler/yöneticiler kavramıyla tanımlanmıştır. Yeni programların hayata geçmesinde kurum yöneticilerinin liderliğinin, yönetsel olarak personel ve finans desteğinin önemi dile getirilmiştir. Sağlık alanı fakültelerinin “mesleklerarası işbirliği yapabilen mezun” vermeyi kurumsal amaç olarak belirlemesi gerektiği vurgulanmıştır. Mezuniyet sonrasında farklı sağlık alanlarında yandal olanaklarını artıracak yasal düzenlemelerin yapılması gerektiği belirtilmiştir.

*Bu zorluklarımız hani şu anki şeyler bir de bizim yaşadıklarımız şunlar oluyor. **Yönetimsel desteğin yetersiz** olduğu durumlar olabiliyor ve burada şu an bunu biraz biz tabii sağ olsun hocalarımız destek oluyor ama mesela bilgi, beceri ve hani özellikle bu düzeydeki ekip üyelerinin bir araya gelmesinde uygun bilgi becerideki kişilerin bir araya gelmesinde **zorluklar** yaşanabiliyor, **personel eksikliği** özellikle hani olabiliyor. Hani o alandan mesela bir eğitim verilse ya da işte beraber ortak bir şeyler yapılması için belki de o alandaki kişilere öğretim üyelerine ulaşılamayabilir.” (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_1)*

Hastane ve çalışma ortamlarındaki hiyerarşinin dezavantaj yarattığı ve öğrenciyi hayal kırıklığına uğrattığı ifade edilmiştir. Fakültede öğrenilenlerle hizmet ortamındaki dinamik, kültür ve kuralların uyuşmamasının öğrencide çelişkiye ve çatışmaya neden olduğu vurgulanmıştır. Çalışma ortamında farklı meslek gruplarının birbirlerine ihtiyaç duyarak uyum içinde çalıştığı; eğitim ortamlarında ise birlikte çalışma kültürünün zayıf olduğu ve eğitimlerin izole yürütüldüğü ifade edilmiştir.

*Geçenlerde Erasmus öğrencilerimizle bir görüşme yaptık ve şu kelimeyi kullandı o kadar hoşuma gitti ki, yurt dışına gidince dedi ben şunu gördüm dedi. 2. sınıf öğrencisi ve hemşirelikte okuyor, ben dedi “doktorla konuşabiliyorum, onunla aynı masada yemek yiyebiliyorum ve fikrimi söyleyebiliyorum ve bu yadırganmıyor. Bizim ülkemizde böyle bir şey yok ki tabii aynı kefiye koyamam hani ama hani senin hep üstün var. Çünkü bizde ben senden üstünüm ben doktorum gibi bir algı var hayır sen kendi görevini yapıyorsun, ben kendi görevimi yapıyorum. Ama ben buraya gelince çok afalladım dedi bizde neden böyle bir sistem yok” dedi. Bunlar çok önemli. Sen bunu **ne kadar söylersen söyle** ya da ne kadar dersini verirsen ver seminer veriyoruz eğitim veriyoruz bir yerden sonra da **uygulamaya geçmeyince** de verdiğin **eğitimle gerçek hayat uyuşmayınca** da onların bir anlamı olmadığını düşünüyorum. Evet, yani işte uluslararası olmaya çalışıyoruz Bolonya diyoruz işte farklı doktora süreçleri ya da master süreçlerinde biz uluslararası olmaya çalışıyoruz ama **sen hastanede çalıştığın insanla aynı yemekhanede yemiyorsan** o zaman seminerlerin hiçbir önemi olduğunu düşünmüyorum. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri; eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, öğrencinin

özellikleri, mevcut lisans eğitim programı, karar vericiler/yöneticiler, MAE programının yapısı, çalışma/hizmet ortamı kodları ile tanımlanmıştır.

Eğiticilerin özellikleri; eğiticilik becerileri, mesleki kimlik/rol algısı (eğitici), çalışma yoğunluğu, iş birliği kültürü ve MAE deneyimi kavramları ile açıklanmıştır. İfadelerde eğiticilik becerileri eğiticinin “motivasyonu, alanda yetkinliği ve donanımı, rol modelliği olarak yer almıştır. Eğiticilerin MAE uygulamalarının önemine ve gerekliliğine inanması, araştırmanın yanısıra eğitimde de iş birliğine ve birlikte çalışmaya açık olmaları motivasyon olarak ele alınmıştır. Eğiticinin alanında yetkin olmasının farklı alan dinleyicileri tarafından kabul görmesi için önemi ifade edilmiştir. Diğer alan eğiticileri ile iletişim ve iş birliğine öğrencilerin tanıklık etmeleri rehberlik ve rol modellik kavramları ile açıklanmıştır. Farklı alandan öğretim üyelerinin birbirlerine yönelik tutumlarının öğrencilere örnek ve öğrenci davranışlarında belirleyici olacağı ifade edilmiştir. Öğretim üyelerinin “üstünlük, ön yargı/yargı, kabul etme, kabul görme, alan koruma”ya yönelik ifadeleri mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklanmıştır. Fakülte yöneticisi olan bir öğretim üyesince, temel bilimler dışındaki tıp fakültesi bölümleri ile eczacılık alanının etkileşiminin zayıf olduğu belirtilmiştir.

MAE uygulamalarını etkileyen bir diğer faktör öğretim üyelerinin çalışma yoğunluğu kavramıyla açıklanmıştır. Öğretim üyelerinin klinik ve idari sorumluluklarının olduğu, eğitimde her bir değişimin “yük” olarak algılanacağı ifade edilmiştir. Eğitim uygulamalarının MAE konusunda deneyimli öğretim üyelerinden oluşan bir anabilim dalı koordinasyonunda yürütülmesi önerilmiştir. Birlikte çalışma kültürü zayıf olan, bireysel çalışmaya alışmış öğretim üyelerinin ortak eğitim programlarının geliştirilmesi süreçlerinde programı kendi ilgi alanları doğrultusunda yönlendirme çabaları nedeniyle “çatışmalar” yaşanabileceği vurgulanmıştır. MAE deneyimi değinilen bir başka nokta olmuştur. MAE konusunda eğitici deneyiminin olmamasının süreci anlama ve ortak paydada buluşabilmek için zorluk yaratabileceği ifade edilmiştir.

*Başka bir şey, biz şöyle düşünüyoruz yani netice itibariyle belki şunu söyleyebiliriz, iş birliği var, evet özellikle akademisyenler arasında bir **araştırma konusu** olduğu zaman iş birliği oluyor ama tabii bizim bunları mutlaka eğitime yansıtmanız gerekiyor. Kimse başka bir öğretim üyesini kendi alanına almak eğitime dahil etmek istemeyebiliyor... Bizde bunun yalnızca araştırmaya değil **eğitime daha çok yansıtması** gerekiyor, bir öğretim üyesi olarak konuşursam. (Eczacılık, dekan yardımcısı, doçent\_4)*

*Biz kendi anabilim dallarımız içinde bile bazen **yetki paylaşım problemleri** yaşayabiliyoruz. Bunun diğer meslek gruplarında daha büyük yansımaları olan negatif anlamda bir şey olur. O yüzden ve bu tarz şeylerin daha çok konuşulması, daha çok dile getirilmesi ve yapılan ortaya çıkan işlerin ne kadar güzel olduğunun sergilenmesi ile evet belki bu **ön yargılar kırılabilir**. (Eczacılık, dekan yardımcısı, doçent\_4)*

*Ben buna şey olabilir genellikle bunu tıp fakültesindeki hocalarımız düzenlediği için biz katılıyoruz ama farklı bir bölüm düzenlese katılırlar mı diğer hocalar bilmiyorum. Mesela bizim yaptığımız meslek içi ya da mesleklerarası etkileşim eğitimi olsa **tıp fakültesinden hiçbir hoca gelmez** buraya daha çok biz temel bilimcilerle daha iyi anlaşıyoruz. Bu bakımdan eğitim konusu söz konusu olduğunda işte halk sağlığından tutun tıp etiğine ya tıp tarihi onlar beraber bir de tıp eğitimi ve bilişimi mi oluyordu sizin departman yani yine biz sizlerle paydaş olmalıyız. (Eczacılık, dekan, profesör\_7)*

*İSG (İş Sağlığı ve Güvenliği) eğitimine biz bir müfredat hazırlığı için gittik. Çok çok farklı yerlerden hocalar var vesaire, müfredatı hazırlamak için o kadar çok konuştuk ki, çünkü hepimizin önceliği çok farklı. Aslında programı hazırlarken evet, herkes böyle en güzel olsun, en iyisi olsun diye istiyor ama herkesin **öncelikleri ve ilgi alanı farklı** ilgi alanın neyse hayattaki en önemli şey o olmuş gibi oluyor. Yani o anlamda siz bunu koyalım, eğitime diyeceksiniz ama öbürü hayır öbürünü koyalım diyecek hep böyle oluyor. Ya bu kötü niyet değil çok iyi niyetle ve herkes bakan bu çok önemli bunu kesin alması lazım öğrencinin dediği noktada iyi niyet öğretim üyelerinin arasında **çatışmaya dönüşebiliyor**. Bu sefer bu durum bölümlerin kutuplaşmalarına ve alanlar üzerinden meslekler üzerinden eleştirilere dönüşebiliyor. Bu da bence **beraber iş yapma kültürümüzün** olmamasından geliyor. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

Alt yapı ve olanaklar; mesafe, fakülte/hastane koşulları, öğrenci sayıları kavramlarıyla tanımlanmıştır. Sağlık alanları bölümlerinin tek kampüste olması sosyal paylaşımlar açısından da avantaj olarak görülürken, eczacılık-endüstri alanları iş



birliğinin önemine değinilerek endüstri alanında eğitim veren fakültelerle aynı yerleşkede olmaya gereksinim duyulduğu belirtilmiştir. Bir öğretim üyesince eğitim ortamlarının alt yapısının MAE uygulamalarına uygun olması için büyük konferans salonları sağlanabileceği ifade edilmiştir. Bir diğer değinilen konu ise öğretim üyesi sayıları olmuştur. Eczacılık fakültelerinin sayıca artışına karşın yetkin öğretim elemanı sayılarının yetersiz olduğu ifade edilmiştir. Bazı kurumlarda ise her sağlık alanı bölümünün var olmadığından bahsedilmiştir. Koşulları uygun olan kurumlarda mesleklerarası eğitim uygulamalarının yürütülmesinin mümkün olabileceği belirtilmiştir.

*Yani fiziksel olanaklar bir kere önemli. Biz şu anda örneğin ... tıpla, diyetisyenlikle fizyoterapi ile bir arada bir şey yapalım desek ya da diş hekimliği ile, o kadar dağınığız ki, herkesin ekstra bir de zaman emek harcayıp bir yerden biryere taşınması gerekiyor. Bu bir kere bir sıkıntı, aynı atmosferi solumak adına bir arada olmak önemli. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

*Tıp fakültelerinde ya da diğer sağlık bilimleri ile ilgili fakültelerde durum daha belki çok vahimdir ama 51 tane eczacılık fakültesi var, 51 tane eczacılık fakültesinin kaçında yeterli öğretim elemanı var, biz diyemiyoruz ki 15 fakülte dışındaki fakültelerde evet, her alanla ilgili yetkinliğe sahip bir öğretim elemanı var diyemiyorken hadi bir de hem bizim **bu işi yürütecek kişilerde** eksiklik olacak. Orada bu ortamı sağlayabilecekler mi? Eczacılık özeline konuşacak olursak eczacılık fakültesi var, tıp fakültesi yok ya da diğer sağlık meslek mensuplarının bir araya gelebilecekleri yer yok. Hani ülke genelinde bir standardizasyon mümkün gibi görünmüyor, o yüzden **kurumsal bazda uygulamalar** olursa olur. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_3)*

Öğrencilerin özellikleri; mesleki kimlik, rol algısı, motivasyon, yeterlik ve program farkı, öncelikler kavramları ile açıklanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin eczacıları danışabilecekleri bir meslek grubundan öte “reçete edilen ilacı veren kişi” olarak algıladığı ve bunun da bir ön yargı oluşturduğu ifade edilmiştir. İhtiyaç ve merak duyma motivasyon ile ilişkilendirilmiştir. Öğrencilerin tecrübe yaşamadığı konuları somutlaştırma problemi yaşadığı ifade edilmiştir. Bir öğretim üyesince öğrencilerin üniversiteye girişteki yüzdelerdeki farka değinilmiştir. Birlikte

eğitimlerde düşük yüzdelerdeki öğrencilerin anlamalarının zor olabileceği vurgulanmıştır. Bir diğer üzerinde durulan ise öğrencilerin not alma öncelikleridir. Mesleklerarası eğitim uygulamalarının öğrencinin notla sınındığı bir yapıda olmasından ziyade öğrencilerin isteyerek katılacağı şekilde geliştirilmesi önerilmiştir.

*Tıp fakültesi öğrencisinde yanlış bir ya da yersiz bir önyargı oluyor işte “eczacı ne iş yapıyor ki bu zaten eczacı yerinde durmuyor” ki düşüncesi hâkim yada hekim adayları ilaçla ilgili herhangi bir kafalarına takılan soru da ya da bilmedikleri herhangi bir konuda eczacıya danışabileceklerinin çok da farkında olmuyorlar. Onlara göre eczacı eczanede reçete edilen ilacı veren kişi. Bilmiyor olmak ve onun **önyargısı** ile belki yaklaşıyor. Kendi gözlem ve tecrübelerine göre bir profil oluşturmuş oluyorlar ve o da ne yazık ki çoğunlukla uygun olmayan bir yerde oluyor onu biraz **kırmaya çalışıyoruz**. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_3)*

*Yani öğrenciler arası bir şey de olabilir tabii ki tıp öğrencileri **yüzde 1'lik dilimdeki** öğrenciler. Yani onlar o kadar farklı. Hani belki eczacılık, tıp ve dış hekimliği belki kaldırabilir ama daha diğer meslek gruplarında aynı dersleri aynı ölçüde öğrencilerin kaldırabileceğini pek sanmıyorum. (Eczacılık, dekan yardımcısı, profesör\_6)*

*Bir de nota dönüşün istemiyor öğrenci not kaygısı yaşıyor yani onu bir ekstra krediyle gelen not kaygısı olarak değil ama bu hani bir **workshop gibi** yapılsa isteyerek katılır öğrenci. Eğer bu eğitimde eğitimin sonunda bir not olacaksa bu bir kredi olacaksa vesaire bu **buna böyle mutsuz girecekler** diye düşünüyorum ve **geçilmeyi bekleyen bir ders** olarak algılayacaklar ama hani bu hem bir sosyal etkinlik olursa, eğlenirken öğrenirlerse iyi iletişim, etkileşimler sağlarsak, periyodik, bir seferlik değil ama periyodik eğitimler şeklinde olursa ona katılımın daha istekli ve yüksek olacağını düşünüyorum. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

Mevcut lisans eğitim programlarının çok yoğun olduğu ve programların yapısal ve zamansal farklılıklarının öğrencileri biraraya getirmede zorluk yaratabileceği dile getirilmiştir.

*Bir de yoğunluk. Eczacılık müfredatı **çılınlar gibi** çok korkuyoruz...Yani haftadaki uygulama dersi saati çok fazla, onun dışında teorik dersi çok fazla, ezberi çok fazla ve 5. sınıf olduğu zaman aslında denildi ki, hani bu 5 sınıf bir intörlük gibi hani stajı olsun evet bir dönem intörn gibi ayrıldı staj dersi olarak fakat diğer dönemde de o 4 sene hiç ayrılmayıp üstüne tekrar ders konulup seçmeli dersler yapılıyor. **Çok yoğun** yani program. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

Mevzuatlarda iş birliği vurgusunun yer almasının kurumların mesleklerarası eğitim uygulamalarına yönelik motivasyonunu artıracığı ifade edilmiştir.

***Mevzuat** anlamında belki düzenlemeler zorunluluklar olsa zaman içerisinde gündeme gelecektir bu konu. Ben bilmiyorum, şu anda mevzuatta böyle bir zorunluluk var mı, yol gösterecek olan. Eğer mevzuat sağlık sistemi size bu zorunlu iş birliği şöyle olacak böyle olacak demiyorsa eğitime de motivasyon olmuyor. Dünya Sağlık Örgütü'nün eczacı tanımında mesleklerarası işbirliğine yatkınlıktan bahsediyor. Yerel **mevzuatta** buna ne kadar yer verildiğini bilmiyorum. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_3)*

MAE uygulamalarında kullanılacak öğretim yöntem ve tekniklerinin etkileşimi sağlamadaki önemi vurgulanmıştır. Amfi derslerinin etkileşim sağlamada yetersiz kalacağı ifade edilirken; “eğlenerek öğrenme” sağlayacak şekilde düzenlenen sürekliliği olan sosyal etkinlikler ve öğrenci topluluğu etkinliklerinin yararına dikkat çekilmiştir. Bu programların gönüllü katılımlarla yürütülmesinin fayda sağlayacağı ifade edilirken; zorunlu olmasının ise “kulağa kar suyu kaçırma” açısından önemi vurgulanmıştır.

*Yani tabii ki şöyle amfiye sokup bu şudur deyip anlatıp çıkartıyorsan bu kesinlikle hiçbir **etkileşim yaratmayacak**. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

*Bu hem bir **sosyal etkinlik olursa, eğlenirken öğrenirlerse** iyi iletişim, etkileşimler sağlarsak, periyodik, bir seferlik değil ama periyodik eğitimler şeklinde olursa ona katılımın daha istekli ve yüksek olacağını düşünüyorum. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

Çalışma ortamlarındaki dinamiklerin MAE'ye duyulan gereksinimler açısından belirleyici olduğu ifade edilmektedir. Türkiye'de serbest eczacılık ön plandayken; yurtdışında eczacının reçete yazma yetkisinin bulunması, aile eczacılığı ve klinik eczacılığın yaygın olması nedeniyle MAE uygulamalarına gereksinim olduğu ve yaygınlaştığı ifade edilmiştir.

*Yurt dışında serbest eczacılık anlamında da sistem çok farklı mesela, çok ciddi*

*bir mesleklerarası iş birliği, eğitim süreçleriyle ilgili çok güzel şeyler yapıyorlar çünkü onlarda serbest eczacılık uygulamaları da çok farklı. Oradaki mesleklerarası iş birliğine **meccur kalış** var o yüzden de mesleklerarası eğitimde eczacılık örnekleri çok. **Reçete yazma yetkisinin** olduğu bölgeler var. Klinik eczacılık uygulamaların ya da aile eczacılığı olarak nitelendirebileceğimiz ASM'lerde (Aile Sağlığı Merkezleri) eczane gibi, bizdeki ASM gibi birimlerde eczacıların görev alması, aile eczacısı gibi çok farklı uygulamalar var. Öyle olunca da eğitim süreçlerinde buna yer veriliyor. Bizimki biraz daha **izole** kabul edildiği için belki de eğitime de yansımabiliyor. Bir de aslına bakarsanız yani pek çok kişi "eczacı bir sağlık personeli midir?" diye sorulduğunda **acabası** oluyor çünkü eczacı serbest eczacı ve sadece eczanede duracak bir kişi olarak algılanıyor. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_3)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyelerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri; eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, öğrencinin özellikleri, mevcut lisans eğitim programı, karar vericiler/yöneticiler, MAE programının yapısı, pandemi" kodları ile tanımlanmıştır.

Eğiticilerin özellikleri, eğiticilik becerileri, meslekli kimlik/rol algısı (eğitici), çalışma yoğunluğu, iş birliği kültürü, diğer alan eğiticileri ile ilişkiler, alan koruma kaygısı, MAE deneyimi ve diğer meslekleri tanıma kavramları ile açıklanmıştır. İfadelerde eğiticilik becerileri "eğiticinin motivasyonu, alanda yetkinlik ve donanımı, yönlendirme ve rehberliği, rol modelliği ve iletişim becerileri olarak dile getirilmiştir.

Eğiticilerin MAE uygulamalarını sahiplenmesi, çaba göstermesi motivasyon olarak açıklanırken; çıkar odaklılık, statükocu yaklaşım, geleneksel eğitim yöntemlerine bağlılık, gelişime açık olmama ise motivasyonu engelleyici riskler olarak tanımlanmıştır. Alanında yetkinliğin de önemine dikkat çekilmiştir. Akademisyenlerin "hızlı" olarak bir yerlere gelmesi alan yetkinliğini tehdit edici olarak değerlendirilmiştir. Öğrenme sürecinde öğretim üyesinin öğrenciyi anlaması ve rehberlik yapmasının öğrencinin motivasyonunda önemli olduğuna değinilmiştir. Bir diğer üzerinde durulan ise rol modellik olmuştur. Öğrencilerin iş birliği becerilerinin

geliştirilmesinde eğitimcilerin iş birliğine yönelik tutum ve davranışlarının önemine dikkat çekilmiştir. Öğretim üyelerinin iletişim becerileri de eğitimcilik becerileri kapsamında ele alınmıştır. Eğiticinin bilgi aktarma becerisi ve güven sağlaması iletişim becerisi ile ilişkilendirilmiştir.

Öğretim üyelerinin ön yargı/yargı, hiyerarşi ve üstünlük algısı, taraf olma, alan koruma çabaları mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklanmıştır. Hiyerarşiye dayalı kültürün ve önyargıların farklı disiplinlerin dahil olduğu eğitim programlarının sürdürülebilmesini olanaksız hale getirdiği vurgulanmıştır.

MAE uygulamalarını etkileyen bir diğer faktör öğretim üyelerinin çalışma yoğunluğu kavramıyla açıklanmıştır. Eğitim dışındaki idari sorumluluklar ve akademik gerekliliklerin zaman aldığı ifade edilmiştir. Öğretim üyelerinin beraber çalışabilme ve yeniliğe açık olma özellikleri ise iş birliği kültürü kavramıyla açıklanmıştır. Diğer alanı “kabul etmeme ve değer vermeme” iş birliği açısından tehdit olarak görülmüştür.

Yanısıra öğretim üyelerinin birbirleri ile iletişimi ve birbirlerini tanımalarının öğrencilerin olumlu öğrenme deneyimleri için önemli olduğu vurgulanmıştır. Bir diğer neredeyse tüm beslenme alanı öğretim üyelerince üzerinde durulan ise alan koruma kaygısı olmuştur. Diyetisyenlik alanı öğretim üyelerinin farklı meslek gruplarından öğretim üyelerinin yer aldığı kongrelerde “sorgulandıkları, test ediliyormuş gibi hissettikleri, davetleri tehdit olarak algıladıkları” ve bu kaygılardan dolayı “ön yargılı, güvensiz ve temkinli oldukları” vurgulanmıştır. Ayrıca, farklı alandan öğrencilerle biraraya gelme deneyimleri olmaması, diğer alanları ve öğrencileri tanımamaları halinde kendilerini eğitim ortamlarında “güvensiz, huzursuz” hissedecekleri ifade edilmiştir.

*Şimdi bizim o kadar çok sıkıntı var ki Çünkü eğer olursa hangi bölüm olduğu önemli değil, **kişisel şeyler** de ön plana çıkabiliyor açıkçası. Orada herkesin bu işi nasıl diyim yani ne olursa olsun her şeyde herkesin bir **çıkartı** olması gerekiyor. Yani o işi daha böyle şey yapabilmesi için yani **sahiplenmesi için***

onla ilgili onu çekecek bir şey olması lazım. Çünkü bizde hani bu tarz işbirliğine falan kimse girmek istemez veya girse ne oluyor **iş birilerine kalıyor**. Yani bu süreçte de hiyerarşik olarak en alttakine kalır. Üsteki bu işlere girmez adı yazar görünür orada ama kendi yoktur. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)

Bazı öğretim elemanları her ne kadar akademik ve bilimsel olmasına rağmen **statikocu** tavır sergilerler çok **gelişmeye açık olmayan sürekli muhalif** grupla karşılaşabilirsiniz. İyileştirmenin çok gerekli olmadığını gelenekselci yaklaşım sergileyenler ile ilgili sıkıntı yaşayabilirsiniz. Yani bazı hocalarınıza powerpoint kullandırmaya bile ikna edemiyorsunuz yani sadece tahta kullanmak isteyen o jenerasyondan gelmiş hocalar var. Bunu sağlamak zorundalar şimdi size Z kuşağı geldi hocaların kendini geliştirmesi zorunluluğu var bu da çok önemli yani bizim de **kendi gelişimimizi sağlayacak eğitimi almamız** lazım bu eğitim modelleri olabilir, eğitim yöntemleri ölçme değerlendirme her yönden hiçbir şey sabit kalmıyor hiçbir şey statik değil dinamik dolayısıyla işte gelenekselcilerin biraz yenilikçilerle çatışması olabilir diye düşünüyorum öğretim elemanlarında böyle bir şey yaşanabilir. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_4)

Şimdi şurasını artık ülkemizde son zamanlarda başka problemler de ortaya çıktı. **Çok hızlı bir yere gelen akademisyenler var**, yani şekil olarak titri'si var ama içi yok. Yani bu tarz problemler şimdi daha da başka kaoslara yol açmaya başlıyor. Çünkü dediğim gibi bir işi yapabilmen yürütebilmen için **niteliğin** tecrüben olması lazım. Şimdi burada şöyle bir sıkıntıda var yani o kişi ile tamam ama üniversitelerde bu iş baştan başlıyor. Yani tüm düzenin, okuldaki **yönetsel düzeninin** çok iyi nitelikli olması lazım. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)

Şuna da şahit oluyorum gittiğim toplantılarda. Mesela bir diyetisyen sunum yaparken veya işte bir hemşire arkadaşımız veya fizyoterapi oradan alanla ilgili biri arkadaşımıza çıkıp, **çok fazla eleştiri verdiğini** de görüyorum. Yani bu tabii ki bilim tartışacağız ama bazen de böyle kişilerin **yapıcı olmaktan ziyade sabote** etmek de olabiliyor. Aslında belki o anda o alana katkı vermek istiyor ama katkı verirken aslında o sunumu sabote ettiğini de fark etmiyor. Çünkü bir de şu da var bir şey yapmak çok zor bir ilişki kurmak çok zor. Ben sizinle bu **iletişimi kurarken, ilişkiyi** yaparken konuşurken bakın ne kadar zaman geçti bu güveni sağlamak için. Ama yıkmak çok kolay. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)

...ortak paydayı biz nasıl geliştirebiliriz den ziyade **en önemli benim alanım, daha ön planda olsun gibi bakış açısıyla** yaklaştığı için o tarz ortak

*programlar çok başarıya ulaşmıyor. Genelde çok zor oluyor. **Sürdürülebilirliği** mümkün olmuyor. Bizim mesela tıp fakültesine de bir ortak yüksek lisans programımız var. İşte ortak paydaşlar olarak başladık ama çok verimsiz gidiyor. Çünkü herkes kendi alanı açısından daha baskın olmaya çalışıyor. Maalesef öyle bir sıkıntı var. (Beslenme, bölüm başkan yardımcısı, doçent\_9)*

*Ya şöyle ben onun çok olacağını düşünmüyorum. Bahsettiğiniz tarzda bir eğitimin. Çünkü bir meslek ünvanımız var, özellikle de hani diyetisyenler de bu biraz daha katı. Neden? **Çünkü bu konuda çalışan çok fazla insan olduğu için hani herkes beslenme konusunda önerilerde bulunduğu için işte hiçbir eğitimi olmayan bir yaşam koçu diye ortaya çıkmış bir kişi bile insanların sağlığıyla oynayabildiği için çok daha katı bir tutumumuz var. Onlar heryerde ama bizim kendi öğrencimiz iş bulamıyor. Hani ben beslenme diyetetik açısından değerlendirdiğim zaman mesleklerarası eğitim ya da iş birliğine kapalı olduğunu söyleyebilirim alanın. Çünkü o zaman şöyle bir durum ortaya çıkacak işte diyelim ki başka bölümden biri geldi buradan ders alıyor. Diplomasını bu alanda işte hangi unvan altında alacak. Bizim alanımızı korumacı bir yaklaşımımız var. Bu **risk** olarak algılanacak bizim alanda. (Beslenme, bölüm başkan yardımcısı, doçent\_9)***

Alt yapı ve olanaklar; mesafe, fakülte/hastane koşulları, öğrenci sayıları kavramlarıyla tanımlanmıştır. Sağlık alanlarında eğitim alınan yerler ile staj yapılan yerler arasındaki uzaklık, üniversitedeki sosyal olanakların azlığı, kantin gibi ortak alanların ve eğitim ortamlarının kapasite yetersizliğinin farklı alan öğrencilerinin birbirleriyle etkileşimlerini ve sosyalleşmelerini kısıtladığı vurgulanmıştır Eğitim ortamlarına dair olanakların fakülte yönetimlerinin doğru planlama ve paylaşımları ile etkin olarak kullanılabilmesi ifade edilmiştir.

Öğrenci sayılarının fazlalığı mesleki becerilerin gelişimi ve MAE uygulamaları açısından dezavantaj olarak ele alınmıştır. Eğitim ortamlarında yeterli maket donanımı olmaması nedeniyle öğrencilerin girişimsel işlemleri “birbirleri üzerinde” gerçekleştirdiği ifade edilmiştir. Tıp ve diyetisyenlik alanının öğrenci sayıları arasında fark olmasının birlikte yapılan oturumların planlanmasında zorluklar yaşattığı vurgulanmıştır.

*İyi olacağını bile düşünsek yapmak için 150 kişi var hemşirelikte, hangi salonu bulup da bir araya getireceksiniz bizim öğrencilerle. Kendileri bir salon bulamıyorlar ki yani normal derslerini yapmakta salon bulamıyoruz biz. Ki üstüne bizim 60-70 kişi de bizim öğrenciler var. Bunları bir araya getirmek bir sıkıntı. İşte şu anda mesela bizim herhangi bir kampüs için konuşalım yani bizim yaşadığımız sıkıntı diğer üniversitelerden aslında çok daha büyük. **Herhangi bir sosyal tesisimiz de yok, aşağıda kantini gördüyseniz işte orası. Başka hiçbir yer yok.** Ya orada da 10-20 tane sandalye var, bitti 21. kişi ayakta. Hani öğrenciler de burada vakit geçirmek zaten istemiyorlar. Bir araya da gelemiyorlar **etkileşime hiç giremiyorlar.** Yapacak hiçbir şey yok. Oturacakları bir kahve içecekleri sosyal alan sıfır. Hani bunlar da etkiliyor. Aslında üniversitelerin kampüs olmasının bir amacı da bu sizin bahsettiğiniz iş birliği için bir araya gelme ve birbirlerini tanıma da değil mi? Ama biz bunu hiç yapamadık. Bizim öğrencilerimiz hiç yapamadı. Etlikteyken de orada sadece sağlık bilimleri vardı. Yabancı dillerde zaten çok büyük oranda yurt dışından gelen öğrenciler var, hiç kimseyle etkileşime geçemiyorlardı. Yani **öğrenci geliyor derse giriyor, çıkıp gidiyor.** (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)*

*Üstesinden nasıl geliriz aslında yani bizim aslında mesela fiziki mekânımız yetersiz diyoruz ya yani yer yok mu da biz gitmiyoruz düşündüğünüzde aslında olan **imkânları da çok etkili kullanamıyoruz** gibi geliyor. Yani **etkin bir plan planlama** ile neden olmasın ki? Yani hem fiziki koşulların etkin planlanması hem müfredatın iyi planlanması, birazcık planlama konusunda bizim eksiklerimiz var. Yani var olan imkânları ya da olanakları en verimli şekilde kullanma noktasında her **öğretim üyesinin bence her öğrencinin, her yöneticinin bir eksiği var.** (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_7)*

Öğrencilerin özellikleri; mesleki kimlik, rol algısı, motivasyon, yeterlik farkı, kültürel yapı, öncelikler, istihdam kaygısı ile açıklanmıştır. Diyetisyenlik öğrencilerinin çoğunun tıp ya da diş hekimliği bölümünü hedeflerken puanları nedeniyle beslenme ve diyetetik bölümüne yerleştiği bu durumun da çekişme yarattığı ifade edilmiştir. Öğrencilerin “alana sahip çıkma” kaygısı ile MAE’ye yönelik önyargılarının olacağı ifade edilmiştir. Motivasyon ise gereksinim hissetme ile ilişkilendirilmiştir. Öğrencilerin isteyerek katıldıkları eğitim etkinliklerinde öğrenmeye motive oldukları ve keyif aldıkları vurgulanmıştır. Alan dışından olan öğretim üyelerinin derslerinin “önemsenmemesi” eğiliminden de söz edilmiştir. Mesleklerarası eğitim uygulamalarının etkinliği açısından öğrenci yeterliklerinin ve



bilişsel düzeylerinin gözönünde bulundurulmasının önemine dikkat çekilmiştir. Öğrencilerin üniversiteye giriş puanlarının hiyerarşi kültürü yarattığı ve ön yargıları beslediği vurgulanmıştır. “Bu bizim dengimiz değil” zihniyetinin MAE uygulamalarıyla kırılacağı ifade edilmiştir. Öğrencilerin öncelikleri bir diğer mesleklerarası uygulamaları etkileyen faktör olarak ifade edilmiştir. “Not alma” ve “ders geçme”ye dersin öğrenme hedeflerinden daha çok öncelik verildiği vurgulanmıştır. Beslenme alanı öğrencilerinde istihdam, iş bulma ve değer görmeme kaygısının motivasyon kaybı yarattığı, farklı mesleklerdeki bireylerin beslenme alanına dahil olmasını “mesleğe tecavüz” olarak algıladıkları, diğer alanlara karşı agresif ve ön yargılı oldukları vurgulanmıştır.

***Doktor olmak istiyor işte doktor olamadım. İşte diş hekimi olamadık en sonunda diyetisyen olduk diyor. Belli bir hep hedef doktorluk zaten. İlk yazdıkları sağlıkla ilgili olduğu için puanı yetmemiş bu branşa gelmiş. Şimdi bizim branşa yetmeyen de işte diyelim ki başka bir meslek. Şimdi oradakilerin hep hedefinde bizinkilerin olduğu noktadır. Böyle bazı çekişmeler de oluyor. Yani bunlar kendileri aslında bir araya gelmekte de sorunlar oluşturuyor. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)***

***Bizim kendi öğrencimizin, yani benim kendi tecrübem kesinlikle bir ön yargısı ve bir direnci var. Yani aman mesleğim elimden gitmesin aman bilgiyi paylaşmayım. Hani bunun sınırlarını nasıl çizebiliriz. Herkesin bu noktada birleşmesi gerekir ki kimse birbirinin sahasına etik kuralın dışında etik ihlali yapmadan katkı verebilsin. Yoksa hakikaten yani şuanadaki durumu düşündüğümüzde piyasadaki ya da işte akademik anlamda düşündüğümüzde her noktada aslında herkes bide kendi mesleğimizle ilgili belki bu hassasiyet var bizde. Çünkü beslenme o kadar ortak bir konu ki herkesin ilgi duyabileceği bu çok normal bir şey. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_7)***

***Öğretim üyesi açısından baktığımızda. Evet, bu anlamda yük fazlalaşacak. Yani öğrenci sayısından kaynaklı hem bir yük fazlalaşacak hem de öğrencinin algılama veya kapasitesiyle de ilgili durumlar olacak. Bilişsel algılama düzeylerinde farklılık yaşayacağım için anlatmak istediğimi ya da kendi öğrencilerime asıl kendi kesime anlatmak istediğimi belki farklı gruba aynı şekilde anlatamayacağım. Algı düzeyi anlamında biraz farklılaşma olacağı için bir. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_7)***

*Ya şimdi mesela bu şöyle bir şey yani ast üstle yani hiyerarşik olarak bakarsak, puanlama sırasına göre işte mesela dış hekimliği belki değil işte diyetisyenlerle bir araya geldiğinde ya “bunlar bizim dengimiz değil” mantığı ile bakabilirler olaya. Hani bunu ilk başta kıramayız bir **kültür** bu. Ne kadar biz kabul etmesek de bu böyle. Ama şu olabilir işte bir araya geldikten sonra mesela beslenme ile örnek verelim süreçte bir tıp öğrencisi beslenmeden bir öğrencinin **desteğini** gördüğünde iş birliğinin, birlik olmanın değerini anlar. O zaman başlayabilir ama direk olarak en başta mutlaka **önyargular** olacak. Ya da belki bir arada olmak bile isteyeceklerini sanmıyorum. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_5)*

*Mesleklerine **bir başka işte hekimi bir başka biyologu bir başka yani hani adını koyamayacağımız kadar farklı disiplinlerinde el attığı düşüncesindedir. İstihdam, değer görmeme** kaygıları var. Birazcık bu konuda o ön yargıları silmek lazım. Bir farkındalıkları var ama çok olumlu olduklarını düşünmüyorum bu noktada. (GÜ Saniye, Konum 6)*

Mevcut lisans eğitim programlarının çok yoğun olduğu ve programların yapısal ve zamansal farklılıklarının öğrencileri biraraya getirmede zorluk yaratabileceği dile getirilmiştir. Bir öğretim üyesince öğrencilerinin MAE uygulamalarına katılabilmeleri için kendi dersini “feda ettiği” ifade edilmiştir.

*Yani bence eğer söylediğim gibi yani en büyük engel **uygun öğrenciyi uygun tarihlerde bir araya getirebilmek**. Çünkü herkes yani ben şeyi bilmiyorum mesela fizik tedavide nasıl işleniyor? Fizik tedavinin işte dersleri arasında ne var mesleklerarası eğitim için oradaki hangi sınıftaki düzeyin öğrencileri uygun? ders programlarının yoğunluğu nasıl? hani bunu bilmiyorum. **Mesela bizim 3. sınıf öğrencilerinin programları çok dolu birçok ders alıyorlar.** Bologna sistemi nedeniyle. Çocuğu ekstra bir şeye alabileceğiniz bir yer yok. Alabilmeniz için kendi dersinizin süresinden feragat etmeniz gerekiyor. Kendi dersim açısından konuşursak, yetişkin hastalarda beslenme tedavisini öğretmem gerekiyor çocuğa, diyeti öğretmem gerekiyor hani burada bence çok büyük sıkıntı var. Kendi dersimden de vazgeçemem. Biz bir iki öğretim üyesi bir sene **feragat edip**, yani o saatlerde serviste durmasınlar mesleklerarası eğitim için bu uygulamaya girsinler diye aslında feda ettik kendi dersimizi. (Beslenme, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_9)*

MAE uygulamalarına etki eden faktörlerden “yöneticilerin tutumu, kurum desteği/vizyonu, yasalar/kurallar/akreditasyon, finansal zorluklar” karar vericiler/yöneticiler kavramıyla tanımlanmıştır. Kurum yöneticilerinin MAİ ve

MAE'ye önem ve destek vermesinin programların uygulanabilirliğini artıracakı vurgulanmıştır. Kalite yönetimi ve akreditasyon süreçlerinin öğretim üyelerine ve kuruma vizyon kazandırdığı, paydaşlık ve iş birliğinin önemini anlamayı sağladığı ifade edilmiştir. Akreditasyon çalışmalarında yer alan öğretim üyelerinin MAE gibi yenilikçi uygulamalarda daha motive olacağı vurgulanmıştır. Eğitim programının yapısının etkilerine de değinilmiştir. Farklı alan öğretim üyelerince yürütülen derslerin ve seçmeli derslerin öğrenciler tarafından yeterince önemsenmediği vurgulanmıştır.

*...kalite yönetim süreçleri ve akreditasyon çerçevesinde şimdi bunun gereklerinin daha çok farkındayız. O yüzden de hani tabii ki işte görev ve sorumlulukların çizgileri belli olduğu sürece, net kim ne yapacak, nerede ne zaman, hangi çerçevede ve ne ile yapacak bir yere konulduğu sürece hiçbir problem olacağını düşünmüyorum. Bunların çok iyi irdelenmesi, konuşulması gerekir. O yüzden de öğretim elemanları ya da öğretim üyelerinin bakış açısı şu dönem için söylersem eğer çok daha olumlu kucak açıcı olacaktır diye düşünüyorum. Bundan 5 yıl önce böyle düşünmüyorduk ama. Çok yol kat edildi. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör \_7)*

Çalışma ortamları hastane ve toplum sağlığı merkezleri olarak ele alınmıştır. Hastanede staj süreçlerinde beslenme alanı öğrencisinin vizitlere katılmadığı, hasta bilgisine ulaşamadığı vurgulanırken tıp fakültesi öğrencilerinin ulaşabiliyor olması çalışma ortamındaki “hiyerarşi ve ayırım”ın mesleklerarası eğitime etkisi olarak açıklanmıştır. Beslenme alanı öğrencilerinin sahada gerçekleştirdiği toplum sağlığı stajlarında ise hastanenin aksine orada çalışan hekim ve hemşirelerle iletişimlerinin güçlü olduğu ifade edilmiştir.

*Hekim grubu vizit yapıyorsa orada çalışan diyetisyenle de bizim öğrencilerimiz vizit bitince hastanın başında bilgi paylaşımında bulunabiliyorlar. Ama bizim öğrencilerimizin de aktif olarak vizite katıldığı bir şeyi gerçekleştiremiyoruz. Yine dediğimiz gibi bir hiyerarşi var ya. O hiyerarşinin dahilinde maalesef ki vizite katılsa da istediğini öğrenci söyleyemiyor. Ya da şöyle oluyor mesela hastayla ilgili diyelim ki intörn açıp dosyasını okuyabiliyor sistemden. Ama bir diyetisyen olan arkadaş stajyer diyetisyen olan arkadaş maalesef ki orada hastanın bilgilerine işte anamnezi nedir neler yapılmış bunu göremiyor. Ya bu konuda mesela mesleklerarası öğrencilikten bile başlayan birtakım ayırmlar var...Bizim yazın toplum sağlığı stajlarımız oluyor. Orada böyle bir sorunla*

*karşılaşmıyoruz. Orada daha hatta bir iş birliği var yani hekim hemşire ebe öğrenciler de oralara geldiği için toplum sağlığı stajı bağlamında daha güzel bir iletişim var. Ama ne zaman ki hastaneye gidiyorsunuz öğrenci olarak diğer meslek gruplarıyla bile bizim meslekte beslenme ve diyetetikte bir adım daha geride bırakılıyor öğrencilerimiz. Bu neye yansıyor? İşte bir sonraki çalışmalara maalesef negatif yönde imaj olarak da yanlış oluyor. (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)*

Pandemi nedeniyle uzaktan eğitim yapılan zaman diliminde görüşülen bir öğretim üyesince pandemi koşullarında eğitim uygulamalarının yapılmasının “olanaksız” olduğu ifade edilmiştir.

*Ama nasıl olur bilemiyorum. Çünkü uzaktan eğitimler verirken bir hani ders kaydettik yaptık. Benim çoğu öğrencimin bazen de bir bilgisayarı yoktu işte internetleri yoktu sıkıntı yaşadı. Dolayısıyla da bu daha temel dersleri görmede de sıkıntı yaşanırken hani bir araya gelip de bir şey yapabilmeleri bence şu dönemde olanaklı değil. Evet artık o kadar etkileşimimizi kaybettik ki kendi öğrencimiz dahi göremiyoruz ki farklı öğrencileri bilmiyorum. Ben kendi dersim için diğer hocaları bilemem direk yüz yüze başlamasını isterim. Klinik uygulamanın online değil kesinlikle yüz yüze çünkü ders anlatırken uygulama anlatıyorum. Kimi zaman ders içinde uygulama giriyoruz uygulama içinde derse giriyoruz. (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)*

### Öğrencilerin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp O.	Hemşirelik O.	Fizyoterapi O.	Eczacılık O.	Beslenme O.	TOPLAM
▼ Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler						0
> Eğiticinin özellikleri	●	●				5
> Alt yapı ve olanaklar	●	●		●		8
> Öğrencinin özellikleri		●	●	●	●	6
> Mevcut lisans eğitim programı	●	●	●	●		5
> Karar vericiler/yöneticiler		●				3
> Mesleklerarası eğitim programının yapısı	●		●			4
> Çalışma/hizmet ortamı		●		●		2
● Pandemi						0
Σ TOPLAM	9	13	6	4	1	33

**Şekil 4.31.** Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler kazanımları” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri; eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, mevcut lisans eğitim programı ve mesleklerarası eğitim programının yapısı” kodları ile tanımlanmıştır.

Eğiticilerin özellikleri; eğiticilik becerileri, diğer alan eğiticileri ile ilişkiler kavramları ile açıklanmıştır. İfadelerde eğiticilik becerileri kapsamında kriz durumlarında eğiticinin yönlendirme ve rehberliğinin önemi dile getirilmiştir. Bir diğer değinilen nokta eğiticilerin diğer alan eğiticileri ile ilişkileri olmuştur. “Çekişmeler ve çok başlılık” olduğu ifade edilmiştir. Alt yapı ve olanaklar ise mesafe ve fakülte/hastane koşulları kavramlarıyla tanımlanmıştır. Sağlık kampüsünün olmaması ve öğrenci sayılarının fazlalığı MAE açısından dezavantaj olarak değerlendirilmiş uygun eğitim ortamlarının oluşturulması ve simülasyon gibi öğretim tekniklerinin kullanılmasının yüksek maliyetli olacağı ifade edilmiştir. Hali hazırda alanların birbirinden bağımsız olarak devam eden eğitim programlarının MAE uygulamalarına olanak yaratacak şekilde yapılandırılmasının düzey farklılıkları ve eğitim sistemi farklılıkları nedenleri ile zor olacağı vurgulanmıştır. MAE uygulamalarında kullanılan öğretim yöntemlerinin hedefe ulaşmada önemli olduğu “didaktik ders” formatının etkileşim sağlamada yeterli olamayacağı ifade edilmiştir. Ayrıca öğrenme hedefi ile ders içeriği uyumunun sağlanması konusunda öğretim üyesine sorumluluklar düştüğü vurgulanmıştır.

*İşin içine katılan insan sayısı arttıkça herkesi bir noktada birleştirmek giderek zorlaşacaktır. Bir de mesela bir tek anabilim dalında bile hocalar arasında çekişmeler, çok başlılık varken hepsi nasıl birlikte birşey geliştirecekler. (Tıp, öğrenci\_5)*

*... farklı yerlerdeyiz. Yani dış hekimliği bize uzak ya da hemşireliğin binası bambaşka bir yerde. Yani eğitim döneminde birbirimizi tanımıyoruz bile, asla yüz yüze gelmiyoruz. Yani sizin en azından göz aşinalığınız oluyordur birbirinize, Bizse hastanede her şeye sıfırdan başlıyoruz. (Tıp, öğrenci\_6)*

*Bir de bunu ders ve didaktik eğitim formatında verdiğiniz zaman; karşıdaki insanlarda ders olarak görüp, hani sadece bir saat birlikte ders gördük bitti. Hadi dağlalım olur ve etkileşim sıfır olur. Yani amfide didaktik noktasına gelirse hiçbir işe yaramaz. Eğitim amacından sapar. (Tıp, öğrenci\_7)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri; eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, öğrencinin

özellikleri, mevcut lisans eğitim programı, karar vericiler/yöneticiler ve çalışma/hizmet ortamı” kodları ile tanımlanmıştır. Eğiticilerin özellikleri; eğiticilik becerileri, alan koruma kaygısı kavramları ile açıklanmıştır. İfadelerde eğiticilik becerileri kapsamında rol modelliğın önemi dile getirilmiştir. Öğretim üyelerinin birbirleri ile yaşadığı anlaşmazlıkların öğrencilere olumsuz olarak yansıdığı dile getirilmiştir. İfadeler ile davranışlar arasındaki tutarsızlık ve uyumsuzluk eleştirilmiştir. Eğiticilerin alan koruma kaygısı ve öğrencilere bu doğrultuda verilen mesajlar da MAE uygulamalarını olumsuz etkileyen bir faktör olarak ele alınmıştır.

Alt yapı ve olanaklar; mesafe ve fakülte/hastane koşulları kavramlarıyla tanımlanmıştır. “Farklı kampüslerde ve binalarda” eğitim alan öğrencilerin iş birliğinin ötesinde birbirlerini dahi tanımadıkları ve hiç görmedikleri vurgulanmıştır. Öğrencilerin özellikleri, mesleki kimlik ve rol algısı kavramı ile açıklanmıştır. Öğrencilerin karşılaşılan bir olumsuzlukta kendilerini farklı, daha üst bir konumda algılamaları “*burnu havada tavır takınma (Hemşirelik, öğrenci\_6)*” olarak ifade edilmiş ve MAE açısından tehdit olarak nitelendirilmiştir. Mevcut lisans eğitim programında yer alan grup çalışması deneyimlerinin öğrencileri MAE uygulamalarına hazırlayacağı belirtilmiştir.

Karar vericiler/yöneticilerin sağlayacağı kurumsal iş birliklerinin, tüm öğrencileri sahiplenmelerinin ve yenilikçi eğitim uygulamalarına bütçe ayrılmasının önemi vurgulanmıştır. Hastane ortamında deneyimlerin “motivasyon kaybı” ile sonuçlanabileceği dile getirilmiştir. Hastane çalışanlarının stajyer hekimlere yaklaşımı ile hemşirelik öğrencilerine yaklaşımlarının aynı doğrultuda olmadığı, stajyer hekimlerin daha çok kabul görürken hemşirelik öğrencilerinin “fazlalık ve parazitmiş gibi hissettikleri” vurgulanmıştır.

*Hocam en basiti kendi fakültemiz içinde bile anabilim dalları birbirleriyle çalışmıyor bunu biz de biliyoruz. Bu durum öğrenciye kadar yansıyor. Arkadaşımın dediği gibi toz pembe hayal olarak kalıyor. Görmeyi gerçekten istiyoruz ve bazı hocalarımız gerçekten **çok iyi rol model oluyor ama çoğunluğa bakınca böyle olmadığını görmek** yani hocalarımız da bize bunu anlatıyor ama kendi yaptıklarınca tamamen tutarsızlık. (Hemşirelik, öğrenci\_7)*

*Diş hekimliği farklı, eczacılık farklı, tıp farklı hemşirelik zaten bambaşka bir yerde. Onun için bir arada hiç değiliz onun için sadece hastanede denk gelirsek o yüzden de iş birliğini bırakın **birbirimizi tanımıyoruz görmemişiz bile.** (Hemşirelik, öğrenci\_4)*

***Hiyerarşik düzende evet çok fazla vardı özellikle ilk iki sınıfta diyeyim.** Klinikte asla bir yer edinmiyorduk herkesin bir şeyi vardı **stajyer doktorlar gelir onlar karşılanır,** hani biraz şey olacak ama **bir çöp kutusunun bile yeri bellidir** ama hemşirelik öğrencisi **parazit gibi algılanır, yerimiz yoktur** bu çok sıkıntı yaşatmıştı bize. Çünkü şöyle düşünüyorum **yani bir yere ait olmazsan orada ne kadar tutunabilirsin motive olabilirsin** onun için mesleki hayatımda ilk 2 yılım biraz benim çok kötü geçti hani hiç hayalimdeki gibi değildi. Sonra 3 ve 4'te kendimi biraz daha toparlamaya başladım ve hani dedim ki kendime olan saygımdan dolayı hem bu işi en iyi yapmalısın çünkü bu işi sen yapacaksın dedim ve daha çok sıkı sarıldım. Diğer meslekleri geçtim tamam **onlar zaten bizi istemiyor,** stajersin mesela hemşireler oluyor ama iş yükünü azalttığımız hâlde bize **fazlalıkımız** gibi davranıyorlar hani diyorsun ki benim gelecekteki meslektaşım bana niçin böyle davranıyor? Bu benim en çok ağırıma gidiyor çünkü **diğer meslek grupları beni o kadar ilgilendirmiyor** ama gelecekteki benim aynı yerde olacağım belki takım arkadaşı olup nöbet emanet edeceğim insanın bana bu şekilde davranması biraz onur kırıcı oluyor. (Hemşirelik, öğrenci\_7)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri; öğrencinin özellikleri, mevcut lisans eğitim programı ve mesleklerarası eğitim programının yapısı” kodları ile tanımlanmıştır. Öğrencilerin özellikleri, mesleki kimlik ve rol algısı kavramı ile açıklanmıştır. Çalışma ortamında yaşanan çatışmaların, rekabetin, hiyerarşi kültürünün ve diğer meslek alanına karşı üstünlük çabasının öğrenciler arasında da yaşanabileceği ifade edilmiştir. Sağlık alanındaki lisans eğitim programlarının yapılarının farklılığı ortak dersler oluşturabilmek açısından zorluk olarak ifade edilmiştir. MAE uygulamalarının küçük gruplarda yürütülmesinin daha etkin olacağı vurgulanmıştır.

*Bir şey öneri sürdüğümde mesela **saygı duyulmayabilir**. Benim dediğim daha doğru diyen birisi çıkabilir. “Yanlış diyorsun” ya da “benim dediğim olur” gibi doktor fizyoterapistle söyleyebiliyor. Ne kadar çok olmasını istemesek de nasıl sağlık sektörü içerisinde **hiyerarşi** varsa bu o küçük grubun düşüncelerine yansır. Burda hem hoş olmayan durumlar yaşanabilir yani. Saygı yoksunluğu olabilir. (Fizyoterapi, öğrenci\_6)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencilerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri; alt yapı ve olanaklar, öğrencinin özellikleri ve mevcut lisans eğitim programı kodları ile tanımlanmıştır. Diğer sağlık alanı öğrencileriyle sosyal yaşamda ve yurt ortamlarında tanışıklıklar ve arkadaşlıklar yaşanırken eğitim ortamlarında herhangi bir birliktelik yaşanmadığı ve bunun nedeninin ise “farklı binalar” olduğu ifade edilmiştir. Öğrencilerin özellikleri, mesleki kimlik ve rol algısı kavramı ile açıklanmıştır. Hastane ortamında hekim ve tıp öğrencilerinin diğer alanlara karşı üstünlük çabasında olabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca mevcut lisans eğitim programının yoğun olduğu, planlama ve düzenleme gerektiği ifade edilmiştir.

*Benim sosyal hayatta var arkadaşım liseden tıp okuyor beşinci sınıf, eniştem dış hekim sürekli zaten ben iletişimde oluyorum ondan dolayı çok tanıdığım biyolog olan yine arkadaşlarım var yani ama hepsiyle **sosyal ortamda** çok denk geliyorum ama okul hayatımda hani fakülte içerisinde denk gelmiyoruz açıkçası. Çünkü bizim eczacılık fakültesi zaten ayrı bir tek eczacılık öğrencileri var kimseyi tanıma şansınız yok ancak fakülteden dışarı hani yurtda vs arkadaşımız oluyor ama okul içerisinde yok. Okul dediğim gibi **tek başına bir binada**. (Eczacılık, öğrenci\_3)*

*Hocam bir de eğitim programlarının **yoğunluğuyla** alakalı yani bütün bir düzenleme gerektiği için çok güzel bir düşünce ama bana biraz sanki imkânsız gibiymiş gibi de geldi şu an bahsettiğiniz şey çünkü hani Hacettepe’de normal bir ders programını bile doğru dürüst yapabilmek için sürekli dekanlıkla çatışıyoruz bir de hani diğer meslek gruplarının işin içinde olacağı bir programı kim nasıl yapar. Yani **çoğunluğu memnun etmek** bence zor olacak diye düşünüyorum yani tabii ki herkeste olmaz ama çoğunluk memnun olmayabilir gibi geldi bana. Yani çok iyi **planlamak** gerekir. (Eczacılık, öğrenci\_2)*



### Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin öğrencilerinin MAE uygulamalarını etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri öğrencinin özellikleri kodu ile tanımlanmıştır. Öğrencilerin özellikleri, mesleki kimlik ve rol algısı kavramı ile açıklanmıştır. Multidisipliner ortamlarda diğer alanlara karşı üstünlük çabasında olunabileceği ifade edilmiştir.

*Mesela ben beslenmeci bir arkadaşım ile konuşurken bizim birincil önceliğimiz beslenme olduğu için ikimiz de ortak paydada buluşuyoruz ama daha böyle bir multidisipliner bir ortamda herkes kendini **en önemli kendiymiş** gibi görürse o bir sorun yaratır. (Beslenme, öğrenci\_3)*

### Tema 5: Mesleklerarası işbirliği rol ve yeterlikleri

Bu temada, katılımcıların MAİ'ye dair roller, özellikler ve yeterliklere yönelik görüşleri yer almaktadır. Sıklığa göre, “iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi, alanında uzman, yaşam boyu öğrenen, iş birliğine açık, eğitici, değişim yaratan” kodları ile tanımlanmıştır.



Şekil 4.32. “Mesleklerarası işbirliği rol/özellik/yeterlikleri” temasına ait kodlar

**Tablo.4.3.** “Mesleklerarası işbirliği rol/özellik/yeterlikleri” temasına ait kodlar ve alt kodlar

<ul style="list-style-type: none"> <li>● İletişimci           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etkili iletişim kurma/sürdürme</li> <li>- Empati kurma</li> <li>- Geribildirim alabilme/verebilme</li> <li>- Dışa dönüklük/sosyal olma</li> <li>- Açık fikirli olma</li> <li>- Etkin dinleme</li> <li>- Önyargısızlık</li> <li>- Sözsüz iletişim kodları kullanma</li> <li>- Sözel iletişim kurma</li> <li>- Yazılı iletişim kurma</li> <li>- Güncel iletişim araçlarını kullanma</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ekip üyesi           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Roller ve sorumluluklara uygun davranma</li> <li>- Liderlik yapabilme</li> <li>- İşbirliğine açık</li> <li>- Paylaşımçı olma</li> <li>- dayanışma</li> <li>- Çatışmayı yönetebilme/problem çözme</li> <li>- Uyum sağlama</li> <li>- Güven duyma</li> <li>- Akıl yürütme</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Değer sahibi           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saygılı olma</li> <li>- Mesleğini sevmek</li> <li>- Eşitlik anlayışına sahip olma</li> <li>- Etik ilkelere bağlılık</li> <li>- Hasta odaklı olma</li> <li>- Tevazu</li> <li>- Hasta ve yakınlarına değer verme</li> <li>- Hümanist olma</li> <li>- Özveri</li> <li>- Bilimsel doğruluktan yana olma</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Yaşam boyu öğrenen           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sürekli mesleki gelişime açık olma</li> <li>- Araştırmacı olma</li> <li>- Yeniliklere ve teknolojiye açık olma</li> <li>- Özdeğerlendirme yapabilme</li> </ul> </li> <li>● Değişim yaratan</li> <li>● Yönetici</li> <li>● Alanında uzman</li> <li>● Eğitici</li> </ul>

## Öğretim üyelerinin görüşleri

Kod Sistemi	Tıp D.	Hemşirelik D.	Fizyoterapi D.	Eczacılık D.	Beslenme D.	TOPLAM
▼ Mesleklerarası işbirliği rol/özellik/yeterlik						0
> İletişimci	●	●	●	●	●	76
> Ekip üyesi	●	●	●	●	●	80
> Değer sahibi	●	●	●	●	●	30
Alanında uzman	●	●	●	●	●	32
> Yaşam boyu öğrenen	●	●	●	●	●	26
Yönetici	●			●		11
Eğitici	●	●		●	●	9
Değişim yaratan			●		●	6
Σ TOPLAM	67	57	67	35	44	270

Şekil 4.33. Öğretim üleriyle derinlemesine görüşmelerde “Mesleklerarası işbirliği rol/özellik/yeterlikleri” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğretim üyeleri

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin MAİ rol/özellik/yeterliklerine yönelik ifadeleri; iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi, alanında uzman, yaşam boyu öğrenen, yönetici ve eğitici kodları ile tanımlanmıştır.

Etkili iletişim kurma/sürdürme, geribildirim alabilme/verebilme, sözel iletişim kurma, yazılı iletişim kurma, güncel iletişim araçlarını kullanma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır. Etkin iletişimin ekip üyeleri ve hasta ile iletişimde karşılıklı güven sağlayacağına, dinleme ve sözsüz iletişim kodlarının önemine vurgu yapılmıştır. Hasta güvenliği açısından sözel iletişimde doğru anlamamanın onaylanması için tekrar yönteminin, geribildirim alıp verebilmenin önemine altı çizilmiştir. Geribildirimlere kapalı olmanın tıbbi hatalara zemin hazırlayacağı ve “facia” ile sonuçlanabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca dijitalleşen çağda iletişimde sosyal medyanın ve teknolojinin uygun ve doğru kullanımının önemine dikkat çekilmiştir.

*Evet öncelikle **iletişimlerinin** çok iyi olması gerekiyor. İlk beşte gelen şey etkili iletişimdir. Etkili iletişim dediğin zaman burada işin bir kaç boyutu var. Birincisi tabi ki **insani normlarda bir iletişim**. Biraz önce bahsettiğim gibi hiyerarşik kaygılarla kimsenin ötelenmediği işte daha alt seviyede görülmediği*

*aynı şekilde herkese aynı saygıyla hitap edilen bir insani bir boyutu var. Onun dışında tıbbi bir anlamdaki bir etkin iletişim var. Burada da örneğin bizim bir sözel iletişim kodumuz vardır. Yani bir doktor bir hemşireye bir ilaç istemi söylerken bunun belirli kuralları vardır. O hemşire o ilaç istemini kabul ederken de belirli kurallar dâhilinde bu ilaç istemini kabul eder ve sonrasında uygular. **Hasta güvenliği** için etkili iletişim bu işin başında geliyor. Hem sosyal hem de tıbbi anlamdaki etkin iletişim ilk başta geliyor. (Tıp, profesör\_6)*

*Tabi şöyle örnekleri duymuşsunuzdur görüyorsunuzdur. İşte muhteşem bir doktor harika, o bilgiyi uygulamıyor, iletişim kanalı yok ya da her şeyi biliyor olmasına rağmen umursamıyor kurallara uymak istemiyor. Başkasını kendi işine karıştırmak istemiyor. Geri bildirim kabul etmiyor. Geri bildirim de çok önemli bir parçası işin. Çünkü mesleklerarası işbirliğinin en önemli çıktılarında birisi **tıbbi hataların önlenmesi**. O nedenle o ekibin içerisindeki bir birey bir **geri bildirim kabul etmiyorsa** bu da tabi tıbbi hatalara zemin sağlayan bir faktör oluyor. Şöyle olaylarla karşılaşıyoruz. ...Bunun için karşılıklı etkileşimdeki o **geri bildirim alma kabul etme** bunu profesyonel bir şekilde karşılama kendisine ve bilgisine yapılmış bir hakaret gibi değil de parantez içerisinde sadece bir yapıcı eleştiri olarak karşılamak çok çok önemli elbette. (Tıp, profesör\_6)*

Roller ve sorumluluklara uygun davranma, liderlik yapabilme, paylaşımcı olma dayanışma, çatışmayı yönetebilme/problem çözme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır. Sağlık çalışanlarının hastalara ve birbirlerine karşı yasal sorumluluk, görev ve sınırlarına yönelik bilgi sahibi olmalarının, rol ve sorumluluklarına uygun davranmalarının önemine değinilmiştir. Ekip içinde sorunlara yönelik akıl yürütebilme, sorumluluk alma, yol gösterme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler liderlik kavramıyla ele alınmıştır. Ekip içi dayanışma “birbirini tamamlama” olarak ifade edilmiş; problem çözme becerisi, kriz ve çatışma yönetimi de ekip üyesi olmak için gerekli beceriler olarak paylaşılmıştır.

*Şimdi sahada baktığımız zaman farklı alanları da düşündüğümüzde bizim zamanımızda da şimdi ihtisas yapma aşamasına gelenlerde bir kere çok iyi bir, **kendi özlük haklarını bilmeleri** gereken, hukuku çok iyi bilmeleri gereken, aslında **çalışan hukukunu** sahada da keza bu çok daha önemli...Yasalar neyi neyle sınırlıyor hekimin hakkı, ne **hastaya karşı** yükümlülükleri neler? Hasta kim? gibi hani o noktalarda mutlaka hani bizde bunu hep adli tıp hocalarımızdan aldığımız bilgilerle sahaya hazırlamaya çalışıyoruz, bunlara*

*hâkim olmalılar. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_3)*

*Keza yine pratisyen hekim olarak daha ücra bir yerde çalıştığı, zaman ya da tek sorumlu olduğu zaman yine adli hekimlik konusunda yapabileceği ya da işte işte bir savaş durumu olduğunda sınırda çalıştığı zaman işte bir göç durumu olduğunda salgın olduğunda hani konunun diğer meslekler ile iş birliği nasıl yapacaklar, bu süreçte **herkesin rolü ne bilmeleri** gerekir. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_3)*

*Kim ne iş yapar? **Kimin sorumluluğu** nedir? Bunu bilebilmeleri çok önemli. Sadece tıp fakültesi için böyle söylemiyorum, diğer sağlık alanlarından örnekler de verebilirim. Yani bir diyetistenlik öğrencisi ya da bir diyetisyenin medikal tedavinin hangi boyutuna kadar katkı vereceğini, hangi noktadan sonra kendi alanı- tabi ki içiçe geçmiş alanlar, zonlar var- ama bazen o yeterlik ve yetkinliklerin ötesine geçtiğimiz zaman da demin söylediğim **kural aşılmış** oluyor. Bu sefer de **hasta güvenliği açısından** tehlikeler olabiliyor. Mesleklerarası işbirliğini iyi işletebiliyorsanız hastaya farklı mesajlar gitmez. O nedenle yani yeterlik derken herkesin **görevinin ne olduğunu** bilmekle başlamak lazım. (Tıp, dekan, profesör\_1)*

*Onun dışında liderlik mutlaka gerekiyor. Yani dediğim gibi acilde tek başınızınız başka yani sonuçta biz aslında doktor yetiştirdiğimiz için yani bir ekip çalışması olacak illaki bu saydığım birçok alandaki kişi ile bir ekip çalışması yapacak burada doktor genelde biraz daha ekip lideri konumunu da oluyor ama onlarla sürekli önemli bir iletişiminin olması gerekecekken. Onların görev ve sorumlulukların iyi tanımlanmış olması. Onların görev ve sorumluluklarını biliyor olması gerekecek ki bu liderliğini yürütebilsin yani kişisel ilişkiler açısından **sorun çözücü, sorumluluk alan, yol gösterici bir pozisyonun olması gerekiyor**. İletişiminin iyi olması gerekiyor ama onların rol ve sorumluluklarını da bilmesi gerekiyor ki bunu yönetebilsin diye düşünüyorum. (Tıp, profesör\_7)*

Saygılı olma, eşitlik anlayışına sahip olma ve etik ilkelere bağlılık özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir. Meslek grupları üyelerince saygıya dayalı iletişim ile yürütülen sağlık hizmetinin daha doğru ve güvenli olacağı ifade edilmiştir.

*Davranış. Karşısındakinin her zaman bir insan olduğunu unutmamalı. Bir en önemlisi bu. İkincisi karşıdakinin mesleğine, hastaya katkısı olacak bir kişi olduğunu unutmamalı. Yani iş birliğini iyi yaparsa bu hem kendisini hem de **hastaya zarar vermemesi** açısından çok önemli. Yani bir hemşireye siz*

*orderınızı verirken bile bu **davranışınız** o karşıdaki kişinin davranışını ve sizin verdiğiniz orderı uygulamasını çok etkiler. O yüzden her zaman **insanca davranmak** karşıdaki **insana, saygı**. (Tıp, dekan yardımcısı, doçent\_ 5)*

Mesleki bilgi becerilere, alanında donanımlı yeterliklere sahip olmanın ekip içinde kabul görme ve ekip üyesi olarak etki yaratmada önemli olduğu vurgulanmıştır.

*Birtakım becerilere sahip olması gerekiyor insanların. Yani siz eğer deneyimsiz **bilgi ve becerisi** yetersiz ya da umursamaz bir doktorsanız iletişiminiz ne kadar iyi olursa olsun o ekip içerisinde çok fazla bir fonksiyon gösteremezsiniz. Onun için **tıbbi yetkinlik yeterlilik sahibi olmak** da çok çok önemli. (Tıp, profesör\_6)*

Araştırmacı olma, sürekli mesleki gelişime, yeniliklere ve teknolojiye açık olma ve özdeğerlendirme yapabilme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler yaşam boyu öğrenen rolü kapsamında ele alınmıştır. Bilginin gelişimi ve değişiminin hız kazandığı ifade edilerek “araştıran” olmanın bireyi ve ekibi besleyeceği yorumu yapılmıştır. Teknolojinin yaygın kullanımına uyum sağlama yolunda gelişimin önemine değinilmiştir. Özdeğerlendirme ise, bireyin kendisini tanıması, analiz etmesi olarak tanımlanmıştır.

***Bilimsellik için araştıran yanının** olması lazım. Ki bu da aslında özünde iletişimini yani diğer mesleklerle ve de liderlik ve işbirliği gücünü ekip üyesi olarak güçlü bir ekip üyesi olmasını besleyen bir şey hani birinci şart olduğunu düşünmüyorum ama **besleyici** olacağını düşünüyorum, ekibe de olumlu yansıtacağını düşünüyorum. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_3)*

*Belki sürekli mesleki gelişime açık olma bunların içerisinde önemli bir rol oynuyor. Çünkü tıp çok dinamik bir alan 3-4 sene önce bildiğiniz şey şimdi yanlış olduğunu ya da daha önce tabu kabul edilen bir şeyin şu an da tıbbın bir gerçeği olduğu kavramını da bilmemiz lazım. Onun için **mesleksel gelişim**, dediğim gibi yapıcı eleştirilere açık olmak, bunları kabul etmek **bilimsel bilginin değişebileceğini** ve bu nedenle pratik uygulamamız da ki bazı uygulamaların değişebileceğini kabul etmek bunlar hepsi önemli. Bir anda aklıma gelenler bunlar. (Tıp, profesör\_6)*

*Her hekimin **iletişim** için de **teknolojiyi çok iyi kullanması** gerektiğini düşünüyorum. Yani günümüz artık dijital çağı. Bu pandemiden sonra da ben aynı Fransız İhtilalı ya da İstanbul Fethi gibi bir çağın kapanıp yeni bir çağın açıldığını düşünüyorum. Bunda ismi de ne dersiniz deyin, **dijital çağı** olacaktır, elektronik çağı olacaktır vesaire vesaire. **Teknolojiyi iyi kullanmak** gerekiyor.*

*Her hekimin bir teknoloji kullanımı konusunda kendisini geliştirmesi lazım. (Tıp, profesör\_8)*

*Bilmediğinizde **bilmediğinizi de kabul etmemiz** lazım. Hani bilmede basamaklar var ya bilinçsiz yetersizlikten başlayıp bilinçsiz yeterliliğe kadar giden bir süreç var ya onun farkında olmanız lazım. Bence “bilmiyorum” demek bir meziyet. Olumlu bir meziyet tabii **öğrenmeye açık olmak da** bir meziyet. Öğrenci mesela bazen soru soruyor, o kadar iyi bildiğim bir konuda bir anda duruyorum ben bunu şu anda bilmiyorum ama mutlaka sana dönüp söyleyeceğim diyorum. Bilmediğimizi söylemekte bir şey çünkü öğrenme eylemi ömür boyu devam eden bir iş, yani insanlar kendilerine samimi olmalı. Kendisine **samimi dürüst** olan insan herkese samimi dürüst olur bence bu da **işbirliğinin temeli** bence. (Tıp, dekan yardımcısı, profesör\_4)*

Öğretim üyeleri ifadelerinde liderlik ve yöneticilik kavramlarını içiçe kullanmıştır. Hekimler, “ekibin başı, yöneticisi, daimî lider, order veren, amir, yönlendiren” olarak tanımlanmıştır.

***Hekimler, her zaman herkesin lideridir.** Hekimlik müessesesinde gittiğiniz her yerde siz bir fikir liderisiniz insanlar ağzınızın içine bakıyor olacak, bunun için de onlarla çok iyi işbirliği kurmanız lazım. Dolayısıyla iyi yönetebilmemiz lazım. Çevrenizdeki insanları iyi yönetmeniz lazım. Sahaya gidince fizyoterapist bulacak FTR uzmanı belki bulamayacak? 8 ay anestezi teknisyeni ile çalıştım. Anestezist yoktu. Onların da patronu bendim. Onlar uyutuyordu hastayı. Tüm sorumluluğu ben alıyordum. Yönetemezsem nolacaktı? (Tıp, profesör\_8)*

*Bir kere hekim olarak daha çok gittikleri yerlerde **amir** olarak çalışacaklar. Birçok meslek grubunun belki amirleri olacaklar, o yüzden onların eğitimlerine çok önemli katkılarda bulunacaklar. Mesela bir ebenin hemşirenin Eğitimi'nde hekim olarak sorumlu olabilecekler. Bunun dışında belki bu ebelerden hemşirelerden öğrenecekleri tabii bunların kendilerinin de özellikle yeni mezunların deneyim ve yetkinlik açısından da öğrenecekleri şeyler olacak. Yani daha çok hekimler gittikleri yerlerde **tabii amir** oluyorlar hakikaten öyle. Yani birçok şey de mesela hekimler onlara gösterebiliyor gösterme şeyleri var şansları var. Bir de yönlendirme tabii ki hekim her zaman **order verir** mesela hemşireye olsun diyetisyene olsun bir psikoloğa olsun order verir. Fizyoterapiste aynı şekilde order veriyor. Onlar o şekilde yani yönlendirme açısından mesleklerarası işbirliği çok önemli. Bunun dışında*

*dediğim gibi eğitim açısından önemli. Örnekler vermeme ister misiniz? Mesela bir aile sağlığı merkezine gittiğinde hekim yeni gelen hemşireye veya ebeye topuk kan almayı öğretebilir, yani anlatabilir. Hemşire yine aynı şekilde damar yolu takma konusunda deneyimlerini aktarabilir. Order verip bu tedaviyi verme konusunda işbirliği yapabilirler. Ben bunun gibi örnekler sayılabilir. (Tıp, dekan yardımcısı, doçent\_ 5)*

Eğitici rol, bireye, aileye, çocuğa, topluma, ekip üyelerine “anlatabilme, bilgi ve deneyim paylaşma” olarak açıklanmıştır. Hekimliğin öğretme yükümlülüğü gerektirdiği, her hekimin bir “öğretmen” olduğu düşüncesi paylaşılmıştır. Eğitici rol kapsamında toplumu tanımanın ve toplumun gereksinimlerine uygun hitabet ile uygun iletişimin önemine dikkat çekilmiştir.

*Akademisyen olmanız bile gittiğiniz yerde mutlaka hitap etmeniz gerekecek topluluklar olacak. Çünkü siz gittiğiniz yerde bir fikir liderisiniz, hekimsiniz. İnsanların gözünde yeriniz farklı. Öğretmen, hekim bunların hep yerleri farklıdır. Bunlar kutsal mesleklerdir. Hekim olmak aynı zamanda size de **öğretmen olmayı** da üstünüze yükümlü kılar. Çünkü ne kadar istemezseniz istemeyin öğretmenliği her hekim aslında bir **öğretmendir**. **Çocuğa** eğitim verir **aileye eğitim verir, ekibine eğitim verir**. Bununla yükümlüsünüz görevlerinizden bir tanesi... Herkese anlatabilmektir size de anlatabilmektir bana da anlatabilmektir **hemşiresine teknisyenine de anlatabilmektir**. Sokaktan geçen vatandaşa da hasta yakınına da ekip arkadaşına da onun **anlayacağı** dil ile hastalığını ya da o tedaviyi anlatabilmektir. O yüzden öğrencinin ben hitabet yeteneğinin yüksek olmasını isterim. **Hepsi birer öğretmen**. (Tıp, profesör\_8)*

### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAİ rol/özellik/yeterliklerine yönelik ifadeleri; iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi, alanında uzman, yaşam boyu öğrenen ve eğitici kodları ile tanımlanmıştır.

Etkili iletişim kurma/sürdürme, geribildirim alabilme/verebilme, açık fikirli olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır. Hasta ve çalışan güvenliği için sağlık çalışanları arasındaki iletişimin önemine vurgu yapılmıştır. Stres altındayken iletişimin sosyal yaşamdaki süreçten farklı olduğuna, bu bağlamda bireylerin zayıf ve güçlü yönleri ile kendilerini tanımlarının önemine



değinilmiştir. Farklı fikirlere, eleştirilere açık olma ve geribildirim alabilmenin de önemli olduğu vurgusu yapılmıştır.

*Hasta güvenliği, çalışan güvenliği boyutuyla bakıldığında çalışmalarda da özellikle hani bu iletişim problemlerinden, mesleklerarası iletişimdeki kopuklukların aksaklıkların hasta güvenliğinde ciddi sonuçları olduğu vurgulanıyor, biz de yaşıyoruz. İşbirliği için hasta güvenliği için önce iletişim kurabilmesi önemli sağlık çalışanlarının. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2*

*Tabi kişilik özellikleri de mutlaka ama iletişim bilgisi mutlaka işte hastayla iletişimi olsun diğer mesleklerle olan ilişkiler olsun bunlarla ilgili bilgileri olması lazım. **Stres yönetimini** iyi bilmesi lazım özellikle saha çalışanı için iletişim aynı zamanda **stres altında iletişim** anlamında çok özellikli bir iletişim çünkü pazarlamacının da bir iletişimi vardır. Farklı koşulları var onun ya da ne bileyim komşunuza herhalde sosyal yaşantıda da bir iletişiminiz vardır ama o iletişim stres altında bir iletişim. Dolayısıyla onu iyi yönetmek **kendini tanımak eksiklikleri ve zayıflıklarıyla güçlü yanlarıyla** kendini tanımak gerekiyor. (Hemşirelik, profesör\_6)*

Roller ve sorumluluklara uygun davranma, liderlik yapabilme, paylaşımcı olma dayanışma, çatışmayı yönetebilme/problem çözme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır. Sağlık çalışanlarının birbirlerinin rol ve sorumluluklarının farkında olmalarının doğru zamanda doğru meslek alanlarıyla işbirliği yapılmasına katkı sunacağına dikkat çekilmiştir. “Bireysel çıkar ve ego” yerine “hasta yararının” öncelenmesi ve bu bağlamda işbirliğine açık olmanın önemine vurgu yapılmıştır. Öğrencilik döneminde meslek gruplarını tanıma ve ekip olmayı deneyimleme fırsatlarının yetersiz olduğu dile getirilmiştir. Ekip içi dayanışma “birbirini destekleme ve besleme” olarak ifade edilmiş; stres yönetimi, öfke kontrolü, problem çözme becerisi, kriz ve çatışma yönetimi de ekip üyesi olmak için gerekli özellik ve beceriler olarak paylaşılmıştır.

*Ama hani **mesleki kimliklerin, mesleki sorumlukların farkında olmak önemli.** Kendi mesleki yeterliliğinin farkında olmak çok önemli. **Sorumluluk bilincinin gelişmiş olması çok önemli.** Çünkü hani kendi sorumluluk bilinci olduğunda nerede ne noktada bir başka ekip elemanına gereksinim olduğu ya da hangi noktada işte ne zaman ne şekilde onlarla iletişime geçmesi gerektiğini de*

*bilebiliyorlar (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör\_2)*

*Belki bir şeyler daha ekleyebilirim. Meslek gruplarını tanıması yani diğer meslekleri de tanıması çok önemli sadece kendi mesleğini değil hani diğer kişi de görevi nedir ne yaptılar sınırları nedir diye bunu da ben kendi kliniklerimde çok gördüm mesela. Kişi kendi mesleğini biliyor ama merak edip ya karşısındaki iş tanımı, görev tanımı nedir? Bu meslek neyi yapar, neyi yapması, sınırları nedir ona da bakmak lazım ki hani hangi alanlarda ne işbirliği yaparız. (Hemşirelik, dekan yard., profesör\_4)*

***İşbirliğine açık olması lazım, yani bireysel çıkar yerine hasta yararına bir şey olması gerekiyor. Yani kişinin bunu kendi egosunu tatmin etmek yerine o hasta için ne yapabiliriz. Ben kendim ne yapabilirim, farklı meslek grubu ne yapabilir, bunun çok iyi kişinin benimsemiş olması gerekiyor. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_8)***

*Alanın özelliği nedeniyle duygularına da hâkim olabilen, **öfke kontrolü olabilen** ve **stres yönetimi** iyi olan insanların olması gerekiyor. Ben biraz hastane temelli konuşuyorum daha çok hastanede çalıştım ve klinik deneyimim de hastanede olduğu için hani stres yönetimi ve duyguların kontrolü bence çok önemli özelliklerden bir tanesi. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi\_9)*

Saygılı olma, mesleğini sevme, eşitlik anlayışına sahip olma, etik ilkelere bağlılık, hasta ve yakınlarına değer verme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir. Saygı duymanın “zorunluluk” olduğu; mesleğini sevmenin, mesleki aidiyet hissetmenin ve insana değer vermenin işbirliğinin temelini oluşturduğu ifade edilmiştir. Sağlık alanı çalışanlarının egosentrik tutumu eleştirilirken, etik değerlere bağlılık ve eşitlik ilkesinin benimsenmesinin önemi vurgulanmıştır.

*Öncelikle bir **mesleki olgunluk ve mesleği gerçekten benimsemiş olmak** ilkeleriyle, felsefesiyle mesleği benimsemiş olma ve orada bulunmayı istemesi çok önemli. Bunu tabii ki eğitimciler şekillendiriyoruz ama eğitim sistemimizin de buna çok katkısı var işte çocuklar isteyerek geliyor istemeyerek geliyor. (Hemşirelik, profesör\_6)*

*Bir ikincisi hizmet verdiği **insana önem vermesi değer vermesi**, eğer insana önem vermiyorsan zaten sıfır başka hiçbir şey öğretmeye gerek yok, (Hemşirelik, dekan yard., profesör\_4)*

*Sağlık alanında çalışan insanların büyük bir genelinin **ego** problemi de oluyor sağlıklı iletişimin ve işbirliğinin götürebilmesi için eşitlikten yana olması gerekiyor. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi \_9)*

Mesleki bilgi becerilere sahip olmanın, alanında donanımlı yeterliklere sahip olmanın ekip içinde kabul görme ve ekip üyesi olarak etki yaratmada önemli olduğu vurgulanmıştır. “Bilginin gücünün” bireylerin özgüveni artıracacağı; order verilen olmaktan öte “değişim yaratan” olmayı sağlayacağı vurgulanmıştır.

*Bence öncelikle bir **bilgi birikimlerinin** ve sonrasında bilginin gücüyle gelen **özgüvenlerinin** olması gerektiğini düşünüyorum. İşbirliği yapabilmeleri için. Çünkü bir ilaç uygulamasında doktorla birlikte çalışıyorlar, belki uygulamaması gereken bir ilaç, belki bazı komplikasyonları olacağını düşünüyor, bununla ilgili yeri geldiğinde ben bu ilacı şu yüzden uygulamıyorum diyebilmeli bunu açıklayabilmeli yani yeterince **donanıma sahip** olmalı. (Hemşirelik, doktor öğretim üyesi \_7)*

*Bilgi düzeyi bilgi den gelen güç yine araştırmacı olmak. Ekip de bulunduğu ortamda değişim yaratabilmek rutinin dışında, uygulanan değil de rutinin dışına çıkıp, ekiple de işbirliği yaparak oraya bir değişiklik getirebiliyorsan ve bunu kanıtlaya biliyorsan işte orada **kabul edilir** oluyorsun. (Hemşirelik, bölüm başkanı, doçent \_5)*

*Bilimsel bakış açısıyla yaklaşacak **donanımda** olacak ki orada diyecek ki evet ben bunu bu şekilde yapıyorum ya da yapmıyorum diyecek, bunun nedeni budur diye kanıt temelli yani işte bilimsel bilgiyle kendini ispat edecek, ancak o zaman sadece **order verilen olmaz**. (Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör \_1)*

Sürekli mesleki gelişime açık olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler yaşam boyu öğrenen rolü kapsamında ele alınmıştır. Bilginin değişiminin hız kazandığı, kullanılan yöntem, araç ve gereçlerin farklılaştığı ifade edilerek “öğrenmeye, yeniliğe açık, bilgi ve beceriyi sürekli güncel tutma”nın önemine vurgu yapılmıştır. “Değişim ajanı olmak” için kanıta dayalı uygulamalar ve “bilginin gücü”nü kullanmanın değerli olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca “Hem öğretici hem öğrenen olacak (Hemşirelik, profesör \_6)” ifadesiyle eğitici rolün önemine de değinilmiştir.

*Bana göre bakımda özellikle kullanılan yeni teknikler, araç gereçler, yöntemler, bunlar hakkında da bilgilerini **güncellemesi** gerekiyor çünkü sürekli kendini yenileyen bir dönemden geçiyoruz ve yani yeniliğin değişimin sonu yok, bilgiler ve beceriler sürekli güncellenmeli bu sadece mesleki bilgi ve beceri değil, aynı zamanda bakıma yönelik hemşirelik için söyleyecek olursak bakıma yönelik bütün kullanılan araç gereçler teknolojik anlamda, bunlarla da bu açılardan da kendini **yenilemeli güncellemeli** yöntemlerde de yenilik olabilir örneğin geleneksel ağız bakımı yönteminden çok basit olarak söz edersek, bizim zamanımızda benim öğrenciliğim de ağız bakımında kullanılan tek solüsyon sodyum bikarbonatlı solüsyon, yüzde 5'lik fakat günümüzde ağız bakımına yönelik o kadar çok çeşitli ürün üretildi ki, tekniklerde artık daha böyle kanıta dayalı olarak değişime uğradı, dolayısıyla kendini yenileyebilen **güncelleyebilen, yeniliğe açık, bilgi ve becerisini sürekli güncel tutma.** (Hemşirelik, dekan, profesör\_3)*

*Bilimsel background (arka plan) çok önemli çünkü artık mesleklerde **bilimsel kanıta dayalı uygulamalar**, yani **değişim ajanı olmak** diye bir şey var ya değişim ajanı olmak ve burada da işte o bilgiden gelen gücü çok iyi kullanmak gerekiyor. (Hemşirelik, bölüm başkanı, doçent\_5)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyeleri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin MAİ rol/özellik/yeterliklerine yönelik ifadeleri iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi, alanında uzman, yaşam boyu öğrenen, değişim yaratan kodları ile tanımlanmıştır.

Etkili iletişim kurma/sürdürme, empati kurma, dışa dönüklük/sosyal olma, etkin dinleme, ön yargısızlık özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır. Meslek grupları arasındaki iletişimin hastaya “doğru teşhis” konması ve yarar sağlamada önemli olduğu vurgulanmıştır. Hastaya, meslektaşına ve farklı meslek grubundan olanlara yönelik “olması gereken kadar” empati kurmanın önemine dikkat çekilmiştir. Ayrıca dışa dönük olmanın, sosyal ilişkilerin ve iyi bir dinleyici olmanın değerli olduğu düşüncesi paylaşılmıştır.

*Ama eğer **doğru ve etkili iletişim becerilerine** sahip olmadan biz bu mezunları verirken sistem içine girdiklerinde hasta ile ilgili problemleri **nasıl çözeceklerini** bilmezler. Yani kimi zaman bu dosyada **okuyamadıkları bir yazı***

*bile olabilir veya hastada gözlemledikleri tanısında olmayan ama kendi klinik değerlendirmelerinden çıkardıkları ve **artı bir teşhise götürecektir** bir durum da olabilir. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_5)*

*Empati önemli şeylerden biri, **hastaya da kendi meslektaşına da farklı meslektenden olana da** empati. Tabii empati dozunda olmalı. Yani ben doz kelimesini çok severim, her şey sınırında güzel. Aşırı empati kurarsan bu sefer olumsuz etkilenmeye başlıyor. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

Roller ve sorumluluklara uygun davranma, liderlik yapabilme, işbirliğine açık olma, paylaşımcı olma/dayanışma, çatışmayı yönetebilme/problem çözme, güven duyma ve akıl yürütme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır. Sağlık çalışanlarının rol ve sorumluluklarının farkında olmak, “nerede duracağını, kimden destek alacağını bilmek ve uygun davranmak” yeterlik olarak vurgulanmıştır. Bu yeterliğin kazanılmaması halinde “çatışmalar, hiyerarşiler ve ekip olamama”nın yaşanacağı ifade edilmiştir. Liderlik ise ekibe “saygı duyma, özeleştirme yapabilme ve otokontrol sağlayabilme” olarak ifade edilmiştir. Ekip olmanın işbirliğine açık olmayı, bilgiyi paylaşmayı ve dayanışmayı gerektirdiği ekibe “güven ve bağlılık” duymanın değerli olduğu belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarının birbirlerinin rol ve sorumluluklarının farkında olmalarının doğru zamanda doğru meslek alanlarıyla işbirliği yapılmasına katkı sunacağına dikkat çekilmiştir. “Bireysel çıkar ve ego” yerine “hasta yararının” öncelenmesi ve bu bağlamda işbirliğine açık olmanın önemine vurgu yapılmıştır. Öğrencilik döneminde meslek gruplarını tanıma ve ekip olmayı deneyimleme fırsatlarının yetersiz olduğu dile getirilmiştir. Ekip içi dayanışma “birbirini destekleme ve besleme” olarak ifade edilmiş; stres yönetimi, öfke kontrolü, problem çözme becerisi, kriz ve çatışma yönetimi de ekip üyesi olmak için gerekli özellik ve beceriler olarak paylaşılmıştır.

*Bir de yine aynı şeyleri söyleyeceğim diğer mesleklerin görevlerini ne yaptıklarını kesinlikle biliyor olman lazım. Yani farkındalık ayrı. Çünkü farkındalık yetmeyecektir. Sen **nerede duracağını nereden kimden destek alacağını bilmeli** ve uygulamalısın da. Onu yok sayıp onun alanına girersen bu sefer de **çatışmalar, hiyerarşiler, ekip çalışmasının oluşmaması,***

*üstünlük kavgası o zaman çıkmaya başlar. Ama mesela bunları doğru sınırlarda yaparsan hep tekrar ettiğim kelimeler tekrara giriyorum ama evet. Çünkü bence hayatın kuralı doğru sınırlar, doğru çizgiler, herkes **haddini ve sınırını bilirse** hiçbir sıkıntı olmaz. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

***Hep lider olmak istersen** bazen sıkıntılar yaşayabilirsin. Ekibe saygı duyan ama liderlik özelliği de olan. Çünkü multidisiplin diyorsan herkes o anda ekip lideri olmazsa kendinin kaçınılmaz lideri olacak. Yeri geldiğinde **kendini eleştirecek hani otokontrole** gidiyor olması lazım. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

Saygılı olma, mesleğini sevme, eşitlik, adalet, eşitlik anlayışına sahip olma, etik ilkelere bağlılık, tevazu, bireye değer verme ve hümanist olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir.

*Hangi alanda çalışıyorsan senin oradaki görevi fizyoterapist olarak engelli çocuğun hareket alanını açmaksa. Sen onu yaparsın. Ama hareket alanı tek senin iyi olmanla açılmaz. Çünkü onun etkileştiği çevre var. Çevreyi de katman lazım. Onun gereksinimi bilgi olur, hareket olur, destek olur, yönlendirme olur, yönlendirebilmek de bence çok önemli çünkü bazı insanlar yönlendirme de yapmıyor ben yeterim mantığı. Ama herkes her şeye yetmeyebilir. Bu sınırlarda senin için burası daha iyi olacaktır ya da bu tedavi gereksizdir ya da onun yerine bunu deneyelim. Bence iyi insan olmak demek bu sadece fizyoterapist olmak tüm teknikleri bilmek demek değil. Birazcık daha senden iyi olma bekleyen ve senin yetkinliğine inanan **insanın ihtiyaçlarına yanıt verebilmek**. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent\_9)*

Mesleki bilgi becerilere, alanında donanımlı yeterliklere sahip olmanın bireylerin “özgüvenini” artıracak ve “karşılıklı güven” ilişkisini geliştireceği ifade edilmiştir. Fizyoterapi alanının diğer mesleklere göre yeni olmasından kaynaklı toplumda bu meslek alanına yönelik önyargı olduğu, fizyoterapistlerin alan uzmanlıkları ve donanımları ile bu önyargının üstesinden gelebilecekleri ifade edilmiştir.

*Mesleki yeterliği olmazsa de olmazsa olmaz. Bu sefer dengeler değişir. **Karşılıklı güven** gelişebilmesi için alanına hâkim olması gerek...Varolmak için bu güveni mesleki yeterlikle kazanmaya çalışmak zorundayız. Bir sıfır geriden başlıyoruz. Yani hiçbir kimse hekime gittiği zaman “ya bu beni anlar mı?” diye diye düşünmüyor ama şimdi fizyoterapist, beslenme, psikolog da*

*acabalar oluşuyor. Dolayısıyla negatifliği nötr hale getirmek için 00-a geri getirmek için **mesleki yeterliğinin** olduğunu kanıtlaması gerekiyor. Öğrencinin öncelik kendine kanıtlaması gerekiyor ki **özgüveni** olsun sonra da paydaşlara kanıtlaması gerekiyor, işini çok iyi mesleğini çok iyi bilmesi gerekiyor. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent\_6)*

Güncel bilgiyi takip etme ve özdeğerlendirme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler yaşam boyu öğrenen rolü kapsamında ele alınmıştır. “bilgi ve beceriyi sürekli güncel tutma”nın “güven duyulan” olmayı sağlayacağı ifade edilmiştir. Çalışılan ortamı analiz etme, gereksinimleri öngörebilme, değişimi önerebilme ve öncülük etme ifadeleri değişim yaratan rolü ile tanımlanmıştır.

*Aslında akademik ve klinik bilgi harmanlamak gerekir. Yani yine altını çizerek söylüyorum, yaşam boyu eğitim onu asla bırakmamaları gerekir. Çünkü sağlık alanındaki ister tıp olsun ister sağlık bilimleri alanındaki diğer branşlar olsunlar, çok dinamik, sürekli güncellenen, yenilenen verilerle bir şekilde ilerleyen bilim dalları. Dolayısıyla öğrencilerin de bunu mezun olduktan sonra da güncelliklerini bir şekilde takip etmeleri gerekiyor. Son sınıfta biz bunun eğitimini öğrencilerimize mümkün olduğunca veriyoruz. Güncel bilgiyi takip etmeleri lazım. Yoksa güven duyulan biri olamaz ne hasta tarafından ne de diğer meslek grupları tarafından. (Fizyoterapi, öğretim üyesi, doktor öğretim üyesi\_4)*

*Bence kendi çalıştıkları yerdeki sistem neyse öncelikle onu **analiz etmeleri** lazım. Ama bu sistem neyse ona uymaları gerektiğini ben düşünmüyorum açıkçası, aldıkları eğitimle donanımla **değiştirebilirler**. Hani multidisipliner yaklaşımın ideal olduğuna inanıyorsa bu yaklaşımı istiyorsa bir şekilde eğer şansı varsa bunu **bilinçlendirebilir, öngörebilir, önerebilirler** daha doğrusu. Bunun farkında olacak bu donanımda mezun olmuş olacak nereden mezun olduysa. Çalıştığı kurumdaki yetkililer bunu ya da diğer çalışanlar da illa yetkilinin kabul etmesi şart olmayabilir...Ama öncelikli olarak bunun farkında değişim yapabilecek mezunlar olmaları lazım. Ben öyle düşünüyorum...Değişime **isteklilik** olması lazım. Yani zoraki olacak bir şey değil. Önemi biliyor olması ve mücadele etmesi. Çıktılarını çok iyi, net görebiliyor olması lazım. Bunları gördükçe çalıştığı kurumdakilerle paylaşıyor ya da yansıtıyor raporluyor olabilmesi lazım ki çıktılar sadece sözel de değil hastaların sözlerinde ifadelerinde değil yazılı belge haline de gelebilir. (Fizyoterapi, bölüm başkanı, profesör\_3)*

### **Eczacılık fakültesi öğretim üyeleri**

Eczacılık fakültesi öğretim üyelerinin MAİ rol/özellik/yeterliklerine yönelik ifadeleri; iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi, alanında uzman, yaşam boyu öğrenen, yönetici ve eğitici kodları ile tanımlanmıştır.

Etkili iletişim kurma/sürdürme, sözsüz iletişim kodlarını kullanma ve sözel iletişim kurma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır. İletişim becerisinin eğitimle kazanıldığı vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının işbirliği yapması gereken sağlık alanı üyelerine ulaşmanın yollarını biliyor olması ve bu bağlamda çaba göstermesinin önemi ifade edilmiştir. Sözlü iletişimin yanısıra “mimik kullanımı, gülyüz, göz teması” gibi sözel olmayan iletişim kodlarının kullanımının iletişimdeki önemine değinilmiştir. Yanısıra “ortak ve doğru terminoloji kullanımı” da iletişimin temel gerekliliği olarak tanımlanmıştır.

*Şöyle bir şey öncelikle bence iletişime açık olması lazım. Yani insanları karakterleri de çok farklılık gösterebiliyor. Yani şimdi siz çok konuşkan olmayan bir insansanız konuşmak istemezsiniz. Ama sizi öyle bir ben aslında bunların hepsinin **eğitimle** olduğuna inanıyorum. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

*Mesela gülümsemek çok önemli bir şeydir bence göz teması kurmak çok önemli bir şey ikili ilişkide ben bütün yolları açacağını düşünüyorum tabii **doğru terminolojiyi** kullanmak oda bunlar esasında iletişimin temel gerekliliği gibi geliyor o yüzden hani mesleklerarası işbirliği yapacaksak her şeyden önce iletişim gerekiyor. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

Roller ve sorumluluklara uygun davranma, liderlik yapabilme, işbirliğine açık olma, paylaşımcı olma/dayanışma ve çatışmayı yönetebilme/problem çözme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır. Sağlık çalışanlarının mesleki kimliklerinin, rol, sorumluluk ve sınırlarının farkında olması ve uygun davranması yeterlik olarak vurgulanmıştır. Olası sorunları öngörme, hataları dile getirme, hataların düzeltilmesi için sorumluluk alma ve harekete geçme, liderlik yapabilme, ekibe destek olma ve dayanışma özellikleri ekip üyesi rolü koduyla tanımlanmıştır.



*Örneğin orada yanlış giden müdahale edilmesi gereken bir durum varsa bunu söyleyebilmeli. Yani **sorumluluk alabilmeli, düzeltmeye çalışmalı, olası sorunları öngörebilmeli** diğer kişilere **destek** olabilmeli diye düşünüyorum. (Eczacılık, öğretim üyesi, öğretim görevlisi \_5)*

Saygılı olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler, değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir. Saygılı olmanın sosyal olma ve iletişim becerileri ile de ilişkili olduğu ifade edilmiştir.

*Yeterlikleri iyi bir iletişime sahip olmaları gerekir ve saygı duymaları gerekir. Karşısındaki kişiler nereden mezun olursa olsun bir lisans eğitimi almış kişi. Dolayısıyla saygı ve iletişimin çok başarılı olması gerektiğini düşünüyorum, bu da **sosyallik** ile ilintili bir şey. Bunları bu üç önemli **sosyal olmak, iletişim ve saygılı olmak** diye düşünüyorum. (Eczacılık, dekan, profesör\_7)*

Mesleki bilgi ve becerilere, alanında donanımlı yeterliklere sahip olmanın “karşılıklı güven” ilişkisini geliştireceği ifade edilmiştir. İşbirliğinin sağlanabilmesi için bilginin yanısıra ve “pratik becerinin” gerektiğine, bilgiyi “gerçek hayata” transfer edebilmenin önemine değinilmiştir. Meraklı, istekli, araştırmacı olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler yaşam boyu öğrenen rolü kapsamında ele alınmıştır.

*Ben aslında bilimsel olarak yetkinliğinin de iyi olması gerektiğine inanıyorum. Çünkü öyle olmadığı zaman zaten farklı bir meslek grubuyla bir araya gelip bir şey tartışabilmesi bir şeyin altına elini koyması mümkün değil. Zaten orada **güven sağlayamazsınız** güven oluşmazsa da işbirliği olmaz. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_1)*

*Alanlarında donanımlı olmaları gerekiyor. Çünkü bilgi olmadan işbirliğinde bir katkı sağlayabilmeleri söz konusu olamaz. O nedenle **pratik becerilerin** de edinilmiş olması lazım. Çünkü genelde öğrencinin hep yaşadığı şey şu okulda bir sürü ders alıyorlar. Ama uygulamalarda **gerçek hayatta** sıkıntılar yaşanabiliyor. Bilgisini kullanmayı da bilmeli. (Eczacılık, öğretim üyesi, öğretim görevlisi \_5)*

*İşbirliği için istekli olması lazım motive olması lazım, meraklı, istekli, araştırmacı olması gerekir. Yani ben bu ders notunu öğrenciye sadece bunu onu bu notları okuyup bana yeterli dememesi lazım. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_2)*

Serbest eczacılık alanında liderlikten farklı olarak yöneticilik rolünün ön planda olduğu ifade edilmiştir. Eczacıların, eczanede personelinin çalışma şartlarının düzenlenmesine yönelik sorumluluklarının olduğu belirtilmiştir.

*Serbest eczacılıkta işte yönetim becerisine sahip olabilme becerisine sahip olması gerekiyor liderlikten daha farklı olarak. Eczane içerisinde serbest eczacıların karşılaştıkları çok farklı sorunlar olduğunu gözlemliyoruz ya da ortaya konan çalışmalar var. Son dönemlerde eczanedeki personelle ilgili **molaların düzenlenmesi, fazla mesai ücretlerinin ödenmesi**, bununla ilgili işin **mevzuat kısmı** ve günün 11 saatini birlikte geçirmek zorunda oldukları haftanın 6 günün 11 saati birlikte birebir temas halinde oldukları bir **ekibi yönetmek** gerekiyor o anlamda onların çalışma şartlarını düzenlemek, maaş anlamında da böyle hizmet sunumu anlamında da böyle onu yönetebilmek. (Eczacılık, öğretim üyesi, doçent\_3)*

Eğitici rol, hastaya, hasta yakınına, sağlık çalışanlarına “ilaçlar konusunda danışmanlık verme” olarak açıklanmıştır. Bilgi aktarımının iletişim becerisinin ötesinde “eğiticilik becerisi” gerektirdiği vurgulanmıştır.

*Benim alanım danışmanlık hizmeti de sunmak yani ilaçla ilgili gerek hasta ve hasta yakına gerekse hekim ya da diğer sağlık çalışanlarına **ilaç konusunda danışmanlık**, danışmanlık hizmeti sunumunu da kapsıyor benim işim, dolayısıyla bu hizmeti sunabilmek için hem bilgiye doğru şekilde erişebiliyor doğru yorumlayabiliyor ve doğru şekilde **aktarabiliyor** olmam lazım. O yüzden hani iletişim becerisinin yanısıra güncel bilgiye erişim, özümleme ve yorumlama önemli. Bir de tabii aktarma o iletişimden de öte birşey eğiticilik. (Eczacılık, öğretim üyesi, profesör\_8)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğretim üyeleri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğretim üyelerinin mesleklerarası işbirliği rol/özellik/yeterliklerine yönelik ifadeleri; iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi, alanında uzman, yaşam boyu öğrenen, eğitici ve değişim yaratan kodları ile tanımlanmıştır.

Etkili iletişim kurma/sürdürme, empati kurma, geribildirim alabilme/verebilme, dışa dönüklük/sosyal olma, etkin dinleme, önyargısızlık, sözsüz iletişim kodlarını kullanma, sözel iletişim kurma ve yazılı iletişim kurma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır. Etkin iletişim

kurma ve sürdürme için uygun ifade, duruş, mimik ve iletişim yöntemlerinin seçiminin önemine değinilmiştir. Karşılıklı güven, anlayış geliştirme, empati ve iletişimin hem sağlık çalışanları hem hastalar ile olan işbirliğinde önemli olduğuna vurgu yapılmıştır. Eleştiriye açık olma, sosyallik ve girişken olmanın önemi vurgulanmıştır. Sözlü iletişimin yanısıra yazılı iletişimin önemine vurgu yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının doğru karar verebilmeleri açısından birbirleriyle bilgi paylaşımı ve yazılı iletişimin önemli olduğu ifade edilmiştir.

*Mesleki eğitimi yanında kişisel özellikleri açısından da iletişime açık olması gerekiyor. Biraz sağlık çalışanlarının şeyinin yüksek olması lazım sosyal IQ sunun bence biraz **empati yeteneklerinin**, birazcık daha yüksek olması gerekiyor ki bazı şeylerde karşılıklı iletişimlerini daha iyi yapabilsinler. Ama dediğim gibi süper bilgili olur, ama hiç iletişim yeteneği yoktur, çünkü iletişim farklı bir şey. Yani birini mesela diyetisyenlik de karşınızdakini ikna edebilmeniz güven verebilmeniz çok önemli. Çünkü bir süreci başlatıyorsunuz. Bu 50 yıldır olan alışkanlığını değiştirmeye çalışıyorsunuz gibi şeylerde **karşılıklı güvenin, empatinin ve iletişimin** de işte buna bağlı olarak kuvvetli olması lazım. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_1)*

Roller ve sorumluluklara uygun davranma, işbirliğine açık ve paylaşımcı olma dayanışma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır. Sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluk ve haklarına yönelik bilgi sahibi olmalarının önemine değinilmiştir. İşbirliğine açık olmanın kişisel özelliğin ötesinde “mesleklerarası eğitimle” kazanılabileceği vurgulanmıştır.

*İş birliği yapabilecek insan bence kişisel özellikleri var, onlardan bahsedeceğim ama bir kere bu konuda **işbirliğine açık** olması lazım. Bu kişisel özellikten öte birşey bunun için bir **eğitim alması** şart. Yani işbirliği yapabilmesi için mesleklerarası eğitim alması önemli bence bir eğitimi görmesi alması lazım. Buna hani ufak da olsa büyük de olsa bir kapının açılması gerekiyor, fırsat sunulması gerekiyor. (Beslenme, öğretim üyesi, öğretim görevlisi\_9)*

Saygılı olma, mesleğini sevmeye, eşitlik anlayışına sahip olma ve tevazu özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir. Mesleğini sevmeye, meslekle barışık olma ve aidiyet hissetmenin önemine değinilmiştir.

diğer sağlık meslek alanlarından bireylere değer vermenin ve etik değerler çerçevesinde hareket etmenin önemi vurgulanmıştır.

*İkincisi kişi okulda zaten ders eğitim alıyor **mesleğini sevmeli, sahip çıkmalı.** Bir de kişi kendiyle mesleğiyle **barışık olmalı, aidiyet hissetmeli.** (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)*

*Ya bir kere kişilik anlamında tam olmaları gerekiyor. Bu ne demek? Yani kişinin **mesleğine sahip çıkması**, mesleğinin tavırlarını çocuk yani ailenin verdiği eğitimle başlıyor bence. Yani aile öyle bir eğitim vermeli ki ne yaparsa yapsın kendini ne çok büyük görmeli ne küçük görmeli. Çünkü çocuk bu egoyla yâda bu bu şekilde yetişirse benim gördüğüm izlemlediğim, çevresinde de herkesi **küçük görebiliyor.** (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)*

*Örneğin şunu hiçbir zaman demeyeceksiniz. “Bunu en iyi ben yaparım bunu benden başka kimse bilmez” demeyeceksiniz. Ama siz kendi mesleğinizin **etik değerleri** içerisinde olanları da haklı olarak düzgün bir dille savunarak o insanlarla bilgiyi paylaşarak yolunuza devam edeceksiniz (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_2)*

Mesleki bilgi becerilere, alanında yeterliklere sahip olmanın “özgüven sağlayacağı, karşılıklı güven” ilişkisini geliştireceği, bireyi ekip içinde “kabul gören, sözü dinlenen” konumuna getireceği ifade edilmiştir.

***Bilgisi de ne kadar sağlam olursa birleşirse zaten siz ekipte parlıyorsunuz. Zaten size şunu söylemiyor kimse aman işte hani zaten yine bildiğini yapar böyle de olmuyor. Bir dinleyelim bakalım ne diyecek fikri vardır. Hani sizden gelecek olan cevabı merakla bekliyor.** (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)*

Sürekli mesleki gelişime açık olma, araştırmacı olma, yeniliklere ve teknolojiye açık olma ve özdeğerlendirme yapabilme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler yaşam boyu öğrenen rolü kapsamında ele alınmıştır. Araştırmacı olmanın, doğru bilgiye ulaşma becerisinin “karşılık güven” ve iş birliğinde “sürdürülebilirlik” sağlayacağı vurgulanmıştır. Beslenme alanının dinamik olduğu yeniliklere açık olmanın, teknoloji, medya kullanımının, görsel ve yazılı iletişim araçlarıyla toplum ve diğer meslek alanları ile etkileşim sağlamanın önemli olduğu ifade edilmiştir. Eğitici rol, gebelere, yaşlılara, özel durumu olan bireylere, hasta yakınlarına, sağlık alanı

çalışanlarına, yerel yönetim ve okul gibi paydaşlara “danışmanlık, eğitim verebilme ve farkındalık yaratabilme” olarak açıklanmıştır. “Farkındalığı yüksek, durumları analiz eden ve değişim vizyonuna sahip olma” ise değişim yaratan rolü olarak açıklanmıştır.

*Beslenme zaten çok dinamik bir bilim sürekli değişiyor. Bugün işte önerdiğimiz yapılan çalışmalarda değişebiliyor. Açık olmak lazım, (Beslenme, öğretim üyesi, profesör\_3)*

***Araştırmacı, sorgulayıcı, eleştirel olmak** da iş birliğinde **güveni, sürdürülebilirliği** sağlamak için önemli. Yani “bizden biri bir sunum istediklerinde” diyorlar, “mezun olduğumuzda, gittiğimiz birimlerde biz hani bu konuyu görmedik, demeyiz her şeyi çünkü görmüş olmamıza imkân yok ama biz o konuyu nasıl toparlayıp anlatıp mesleğimiz adına karşı tarafa sunacağımızı öğrendik” diyorlar. Bence çok güzel bir şey yani bilgiye ulaşım nasıl hazırlayacağını bilmeleri güzel bir şey. Tabi bu sizi de **güven duyulan** biri yapıyor. (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)*

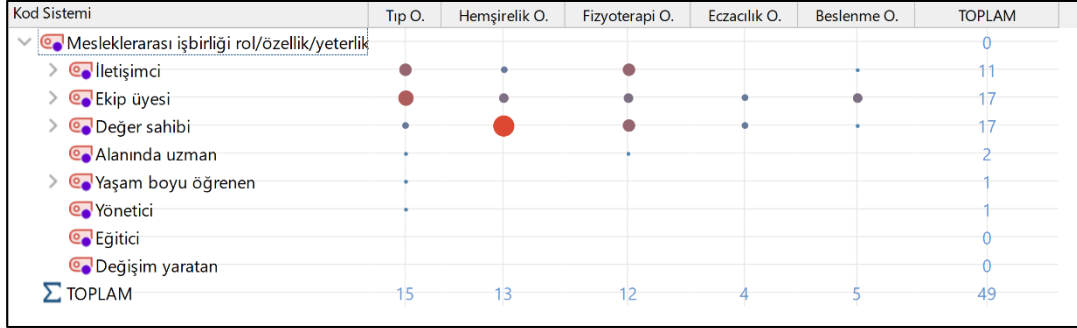
*Besin diyorsan her yerde var olmak durumundasınız. Onun için herkesle etkileşim içinde olması lazım mesela **medya, medya ile etkileşim** içinde olacaksınız, siz bilgiyi nasıl vereceksiniz bilgiyi öğrenmek bir yana bilgiyi vermek de çok önemli. Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması yapıldı, toplumun bazı sorunları olduğunu biliyoruz, beslenme sorunlarını, çıkacaksınız, insanlara anlatacaksınız. Nerede? Mutlaka medyayı kullanmamız lazım. **Görsel yazılı mutlaka iletişim araçlarını** kullanması lazım. Aslında öğrencinin mezun olduğunda odasında oturmayacağını bilmesi lazım. (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_4)*

*Onun dışında bence bu da çok önemli sahaya çıktığında iyi bir **eğitmen** olmak gerekir. Yani yeri gelir işbirliği yaptığın yapacağın kişileri **eğitebilmen** de gerekir. Mesela sağlıkta birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalıştığını düşünürseniz hasta boyutunda kişiler **gebeler** gelebilir, **yaşlılar, özel durumu olan bireyler** gelebilir, **yakınları** gelebilir.... (Beslenme, bölüm başkanı, profesör\_4)*

*Biz şimdi müfredat değişikliği de yapacağız çok içe kapanık bir eğitim modeli çok doğru bir eğitim modeli değil. Yani **sadece kendi mesleğinize yönelik eğitim almak** çok doğru değil, **dünya insanı yetiştirmek** lazım yani etrafında olup bitenin **farkında** mı? Kendi disiplini dışında disiplinlerle de **temas ediyor***

*mu, etrafında olup bitenler hakkında bir bilgi sahibi mi, yorumlayabiliyor mu. Değişim yaratabilecek bir vizyonu var mı? (Beslenme, öğretim üyesi, doçent\_8)*

### Öğrencilerin görüşleri



Şekil 4.34. Öğrencilerle odak grup görüşmelerinde “Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler” temasına ait kodların dağılımı

### Tıp fakültesi öğrencileri

Tıp fakültesi öğrencilerinin MAİ rol ve yeterliklerine yönelik ifadeleri iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi, alanında uzman, yaşam boyu öğrenen ve yönetici kodları ile tanımlanmıştır.

Etkili iletişim kurma/sürdürme, empati kurma, geribildirim alabilme/verebilme ve dışa dönüklük/sosyal olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır. Sosyal becerilerin, geribildirimlere açık olmanın, farklı sağlık meslek grubu üyelerinin yaşadığı mesleki ve sosyo-ekonomik zorlukları anlamının önemine değinilmiştir.

*Bir de bir şeyden bahsetmişken; sosyal yetilerimizde bence iyi durumda olması gerekiyor. Yani kendi mesleğimizin zorluklarını biliyoruz, kendi çalıştığımız alanın zorluklarını biliyoruz. Ama bizimle çalışacak olan diğer meslek gruplarının zorluklarında her zaman çok haberdar olamıyoruz. Hani bu konuda **empati yapabilmemiz**, onlarla yeri geldiğinde buradaki gibi bir toplantı yapıp konuşabilmemiz; onların da yaşadığı zorlukları **dinleyebilmemiz** gerekiyor. (Tıp, öğrenci\_4)*

Roller ve sorumluluklara uygun davranma, liderlik yapabilme ve uyum sağlama özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele

alınmıştır. Sağlık çalışanlarının mesleki sorumlulukları ve görev tanımları hakkında bilgi sahibi olmanın, o doğrultuda hareket etmenin önemine değinilmiştir. Hekimler “komut ve order” veren, hastaya yapılan işlemlerde sorumluluğu olan karar vericiler olarak değerlendirilmiş ve liderliğin hekimin görevi olduğu ifade edilmiştir. Liderlik becerisinin kazanılması için eğitim gerektiği ve liderin ekip üyeleriyle doğru iletişiminin hasta açısından yarar sağlayacağı olacağı vurgulanmıştır. Ayrıca ekibe yeni katılma süreçlerinde ortama uyum sağlamanın önemine değinilmiştir. Saygılı ve özverili olma, özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir.

*Başından beri bahsettiğimiz; aslında herkesin bir sorumluluk bilinci ve görev tanımlarını bilmesi ve diğer personellerin, diğer sağlık çalışanlarının da görev tanımlarını bilmesi ona uygun hareket etmesi esasen bu kişilerde gerekli olan bence temel yetilerden biri. (Tıp, öğrenci\_6)*

*Ben konuşmalara şöyle bir şey ekleyebilirim. Bence bizim burada bahsettiğimiz liderlik zaten “biz bir grubun başı olalım, herkes bizim arkamızdan gelsin” şeklinde olmamalı. Ama biz yine grupta birlikte olalım iletişim kuralım. Ama tabi yine de hani bir biz bir komut, order verdiğimiz zaman yapılsın. Yani sonuçta diyelim ki, bir arrest geldi. Biz o arreste basarken; o hemşire hanımlar o adrenalini yapmazsa, yürümez iş yani. Ama bunun hani tamam görev tanımları olmalı. Herkes bir takım halinde çalıştığını bilerek bunu yürütmeli. (Tıp, öğrenci\_2)*

*Bunun dışında olduğun yerde uyum sağlayabilmek bence çok önemli. Çünkü küçük bir yere gittiğiniz zaman; zaten oranın kurulu düzenini siz çok fazla değiştirebilecek bir pozisyonda olmayacaksınız. Sizin zaten orada çalıştığınız ekibiniz; belki 20- 30 yıldır orada çalışan, oradaki küçük ilçedeki herkesi tanıyan, belki bütün teyzelerin, amcaların hastalıklarını size sayılabilecek düzeyde insanlar olacak. Onlarla iyi iletişim kurmayı öğrenmek de önemli ve oraya uyum sağlamayı öğrenmek de bence önemli olacak. (Tıp, öğrenci\_8)*

*Konu sağlıksa eğer çok büyük bir özveri. İkincisi, saygı. Yani gerçekten herkesin ciddi, gerekirse kendinden vereceğinin farkında olması lazım. Yani memuriyet değil oradaki mesele ve bunu bütün sağlık çalışanlarının bilincinde olması lazım. İkincisi de, herkesin birbirinin yaptığı işe; saygı duyması lazım, gidilen her yerde. Yani benim için bu ikisi önemli diye düşünüyorum. (Tıp, öğrenci\_1)*

Mesleki bilgi becerilere sahip olmanın, alanında donanımlı yeterliklere sahip olmanın bireyi ekip içinde “saygı duyulan, sözü dinlenen” konumuna getireceği ifade edilmiştir. Ekip üyelerine “laf geçirebilmek” ve “kritik durumları yönetebilmek” için alan uzmanlığının önemi vurgulanmıştır.

*Mesela biz genelde şimdi pozisyon olarak acillerde çalışacağız ileride periferde. Mesela biz arrest geldiğinde; bir entübasyon yapılması gerektiğinde her ne kadar hemşire bilgili olsa da sen yapmak zorundasın...**Oradaki en bilgili insan sensin ve oradakileri senin yönetmen gerekiyor.** Tabi onun için de **kendimizi geliştirmemiz** gerekli. O insanlara **laf geçirebilmek için** bilgili olmamız şart. Yani öyle bir durumda yönetebilmeliyiz o acil durumu belki biraz soğukkanlı olup. O süreçten sonra da bize **saygı duyacaklarını** düşünüyorum. Çünkü doktor olan sensin. Yani böyle olduğunu düşünüyorum daha doğrusu periferde zorluk yaşamamak için. (Tıp, öğrenci\_3)*

Özdeğerlendirme yapabilme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler yaşam boyu öğrenen rolü kapsamında ele alınmıştır.

*Sanırım böyle kendinin ne kadar **hangi konuda yeterli olduğunu bilmek de önemli.** Yani yeterli olmadığı noktada artık başka şeyleri de devreye sokabileceğin zamanı tartmak da önemli olabilir. (Tıp, öğrenci\_2)*

Kurumsal idarecilik ve yöneticiliğin yıllardır hekimler tarafından yapıldığı, oysaki hekimin tedavi süreçlerinin primer sorumlusu olduğu yönetim faaliyetlerinin sağlık yönetimi uzmanlarınca sürdürülmesi gerektiği fikri savunulmuştur.

*Burada ben biraz normatif bir duruma geleceğim. Aslında sağlık sistemleri içerisinde acaba **yönetmesi gereken kişi doktor mudur?** Yoksa doktor sadece tedavi sürecinin derlenmesini mi yönetir...Bu konuda bir miktar aslında tartışmamız gerekebilir. Mesleklerarası işbirliğinde doktor evet **tedavinin** Türkiye şartlarındaki primer yönetici kişisi bunun dışında sağlık sisteminde esasen birçok yerde yöneticisi. Fakat üniversitelerimizde artık bir miktar daha herkesin kendi müdürlüklerinin olması, herkesin başhekim değil de hastane müdürlüklerine bağlı olmasıyla beraber ortaya çıkan **sağlık yönetimi** ve sağlık yönetiminde bunu düzenlemesi açısından bir çatı oluşturmasında nasıl söylenir doktorun üzerindeki bir görevi, yüzyıllardır gelen bir görevi aslında kendi üstlerine almış gibi duruyor. Evet. Doktor tedavi sürecinin primer noktası. Bu konuda gerçekten haklıyız. Ama bu diğer sağlık çalışanlarının görev ve **sorumluluklarının yönetilmesi** doktorun görevi midir? Yoksa başka bir noktada başka birinin görevi midir? Bence öyledir, o bence birazcık tartışılabilir. (Tıp, öğrenci\_3)*



### **Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencileri**

Hemşirelik fakültesi/bölümü öğrencilerinin mesleklerarası işbirliği rol ve yeterliklerine yönelik ifadeleri iletişimci, ekip üyesi ve değer sahibi kodları ile tanımlanmıştır. Etkili iletişim kurma/sürdürme, empati kurma ve anlayışlı olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır.

***Empati, anlayışlı olmalı** bence karşıdakinin durumunu da yani kendisini ifade etmesini ya da sıkıntılı bir süreçteyse onu anlamalı ya da nasıl davranması gerektiğini bilmeli bence. (Hemşirelik, öğrenci\_3)*

Roller ve sorumluluklara uygun davranma ve paylaşımcı olma/dayanışma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır. Sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olmanın ve paylaşımına açık olmanın önemine değinilmiştir. Saygılı olma, mesleğini sevmek, mesleki aidiyet etik ilkelere bağlılık, hasta odaklı olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir.

***Görev yetki ve sorumluluklarını** bilmeli. Sadece kendisinin değil karşıdakinin de. Hemşirenin görevi veya bir teknisyenin teknikerin görevi benim görevim, herkes kendi görevini bilmeli. (Hemşirelik, öğrenci\_6)*

*Önce kendine sonra ekipte çalışacağı kişilere ve hastaya saygı için bence **mesleği yapmak istemeyenler**, hakkıyla yapmayacakların yani baştan bu eğitime gelmemeleri lazım. Çünkü eğitim belli bir süre sonra ben alışırım şeklinde bir şey değil, bugün bir ömür boyunca bu işi yapacaksın, birlikte birileriyle **ekip halinde çalışacaksın** ve gerçekten hani her gün eziyet şeklinde hastaneye girmek çok insanın kendisini de yıpratır bir şey. (Hemşirelik, öğrenci\_9)*

*Gerçekten sorumlu bir şekilde kendi görevini yerine getirmesi gerekir. Vatandaşlık sorumlulukları da buna dahil mesleki sorumluluklar da buna dahil ya da insani **etik sorumluluklar** da buna dahil olmak üzere gerçekten örnek bir profil olması gerekiyor hem öğrencilere hem hastalara hem de kendi ekip arkadaşlarına. (Hemşirelik, öğrenci\_4)*

*Bir de her şeyden önce hasta merkezli **hasta odaklı olmalı** bence tüm sağlık çalışanlarının nihai hedefi. (Hemşirelik, öğrenci\_2)*

### **Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencileri**

Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakültesi/bölümü öğrencilerinin MAİ rol/özellik/yeterliklerine yönelik ifadeleri iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi ve alanında uzman kodları ile tanımlanmıştır.

Geribildirim alabilme/verebilme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır. Hasta odaklı olunan süreçlerde farklı meslek grubu üyelerinin birbirlerine ön yargısız yaklaşabilmesi ve birbirlerini düzeltici müdahalelerde bulunmasının hasta açısından önemine değinilmiştir.

*Yani şöyle mesela hani kendi açımdan düşündüğümde yeterli bilgiye sahip olmam gerek hekim gibi birine hani yani “bu böyle olmaz” diyebilmeliyim. Hem de daha böyle sadece ben dememeliyim yani tekniker de bana aynı şekilde yaklaşabilmeli ortez-protez teknikeri o da bana diyebilmeli. Belki ben de bir yeri kaçırdım, belki daha önce onu pratik etmedim. Hasta üstünde daha nasıl bir etki bırakacağımı bilmeden yanlış bir yaklaşımda bulunabilirim ama tekniker beni **uyarabilmeli**. Yine ben de ona saygı duymalıyım o tekniker ben fizyoterapistim diye **ön yargılı olmamalıyım**, sonuçta hasta için yapıyoruz bunu kimsenin bilgisini kişiliğini küçük görmek değil amacımız. (Fizyoterapi, öğrenci\_5)*

Roller ve sorumluluklara uygun davranma, işbirliğine açık olma ve çatışmayı yönetebilme/problem çözme özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır.

***Sorumluluk sahibi** ve dikkatli olması gerekiyor. Sorumluluk sahibi olacak ki kendi işini diğer sağlık çalışanlarına yaptırmayacak. Diğer sağlık çalışanlarının eksiklerini önerilerle söyleyecek, kendisi de önerilere açık olacak. (Fizyoterapi, öğrenci\_2)*

*Evet illaki **çatışmalar** olacaktır karşısındaki sağlık personeli ile fikirleri uyuşmayabilir. Çok doğal bir şey. Bunu **yönetebilmesi** gerekiyor. (Fizyoterapi, öğrenci\_1)*

Saygılı olma, mesleki aidiyet, etik ilkelere bağlılık, hasta odaklı olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir. Hastaya değer verme, hastanın ihtiyaçlarını öncelikle ve önemsemeyen farklı meslek gruplarıyla iş birliği gerektirdiği vurgulanmıştır. Mesleki bilgi becerilere sahip olmanın, doğru bilgiyi kullanmanın önemli olduğu ifade edilmiştir.

*Ben vicdanının olması gerektiğine, **hastayı önemsemesi** gerektiğine inanıyorum. Çünkü sonuçta hem hekimle ya da diğer sağlık çalışanlarıyla ortak noktamız hasta. Herkesten medet uman bir insan var sonuçta ağrıyla geliyorlar bize. Hastayı sadece kendisine kobay olarak ya da para kazanmak için kullanmayacak. (Fizyoterapi, öğrenci\_8)*

*Olaylara geniş bir pencereden bakıyor olması lazım. **İşbirliğine açık** olması lazım. **Hastaya değer vermesi**, hastanın ne gibi ihtiyaçları olacağı konusunda akıl yürütüp ihtiyaçları için iş birliği yapması lazım. (Fizyoterapi, öğrenci\_3)*

### **Eczacılık fakültesi öğrencileri**

Eczacılık fakültesi öğrencilerinin MAİ rol ve yeterliklerine yönelik ifadeleri ekip üyesi ve değer sahibi kodları ile tanımlanmıştır. Roller ve sorumluluklara uygun davranma, liderlik yapabilme ve iş birliğine açık olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır.

*Bence de ilk başta **işbirliğine yatkınlığı** olacak bütün ekibin zaten ondan sonra proje yöneticisinin bir **liderlik** özelliği olabilecek ki hani diğer çalışanlara karşı mesela az önceki örnekte proje yöneticisi belki iyi lider olmadığı için altındaki insan o deneyleri yapmıyor olabilir mesela ve sorumluluk sahibi olacak herkeste işine karşı sorumluluk olacak. (Eczacılık, öğrenci\_2)*

*En başta **sorumluluk sahibi** olmamız gerekli bir de çalıştığımız yerde meslek gruplarının uğraştığı alanlarla ilgili bilgimizin olması gerekiyor ki onların hangi ekibin parçasında olduğumuzu görebilmeli (Eczacılık, öğrenci\_4)*

Saygılı olma ve eşitlik anlayışına sahip olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler değer sahibi rolü kapsamında değerlendirilmiştir. Farklı meslek grubu üyelerinin üstünlük algısının yerine eşitlik odaklı bir zihniyete sahip olması gerektiği vurgulanmıştır.

*Hocam bence bir kere herkeste saygı duygusunun barınmasını bekliyoruz öncelikle sonuçta herkes emek verecek ve işte **ben daha az yapım o yapsın** duygusundan uzaklaşılması gerekli olduğunu düşünüyorum ilk olarak. (Eczacılık, öğrenci\_3)*

*Bence hocam **üstünlük algısında olmamak gerekiyor** yani “o bilemez” hani mesela hekim, eczacı ve hemşire olarak düşünüyorum daha “ben bilirim, hani o bilemez” gibi olmaması gerekli bence herkesin **eşit olduğuna** inanması, hoş görülmesi lazım hani bir şeyi sadece bir kişinin bilemeyeceğinin bilinmesi gerekli bence çünkü hepimiz sağlık sektöründe çalışıyoruz ve en zor sektörlerden diyebiliriz hani herkes çok yoruluyor bu sektörde hastalarla uğraşıyoruz hani herkes anlayışlı olmalı diğerlerinin de çabaladığını aynı amaca hizmet ettiğini unutmamalı. (Eczacılık, öğrenci\_1)*

### **Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri**

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin MAİ rol ve yeterliklerine yönelik ifadeleri iletişimci, ekip üyesi ve değer sahibi kodları ile tanımlanmıştır. Etkili iletişim kurma/sürdürme, empati kurma, iletişime, görüş ve önerilere açık olma özellik ve yeterliklerini içeren ifadeler iletişimci rolü kapsamında ele alınmıştır. İletişimde hoşgörü, karşılıklı güven ve saygının önemine değinilmiştir.

Roller ve sorumluluklara uygun davranma, liderlik yapabilme ve iş birliğine açık olma yeterliklerini içeren ifadeler ise ekip üyesi rolü kapsamında ele alınmıştır. Ekip olmada uyumun ve açık fikirliliğinin önemi vurgulanmıştır. Hekimlerin farklı sağlık meslek gruplarının hastalara olan yararının farkında olması gerektiği dile getirilmiştir.

*Bence en önemli özelliklerden birisi empati yapabilme çünkü ya ben rahatsız oluyorsam mesela onun yaptığı bir şeyden aynı şeyi ben yapmamalıyım ki karşımdaki rahatsız olmasın ben onun işine karışmıyorsam o da benim işime karışmaz. Elbette bir hata varsa düzeltilmesi gerekir. İncitmeden aşağılamadan, “sen de ne bilirsin” gibi imalarda bulunmadan söylemen gerekiyor. **Empati, hoşgörü, saygı** bunlar bence başta olması gereken şeyler e tabi ki hani bilmediğin bir konuda “bilmiyorum” diyebilmek de bence çok önemli. (Beslenme, öğrenci\_3)*

*Hastaya o uygulandığı zaman doktorun o hastanın iyileşmesinde diğer meslek gruplarının etkisinin ne kadar yüksek olduğunu önceden bilmeleri gerekiyor*

*çoğu hastalıkta diyabetti, böbrek hastasıydı kanserler gibi birçok hastalıkta beslenmenin de çok önemli bir faktör olduğunu biliyoruz artık. Bu aşamada doktorla diyetisyen arasındaki **saygı ve güvenin** çok önemli olduğunu düşünüyorum açıkçası, doktorların bizim alanımızın yararı konusunda daha **bilgili, bilinçli** olmasının sağlanması gerekiyor (Beslenme, öğrenci\_2)*

*Ben de bunlara ekstra olarak **uyumun** önemli olduğunu düşünüyorum ve **açık fikirli olmanın** da önemli olduğunu düşünüyorum kapalı olmamalı yani ben bu şekilde biliyorum bu şekilde olmalı değil de herkese danışarak ortak bir fikir alınmasını gerektiğini düşünüyorum (Beslenme, öğrenci\_1)*

### Tema 6: Mesleklerarası eğitim programı bileşenlerine yönelik öneriler



**Şekil 4.35.** “Mesleklerarası eğitim programı bileşenlerine yönelik öneriler” temasına ait kodlar

Bu temada, tüm katılımcıların MAE programı bileşenlerine yönelik önerileri önerileri birlikte ele alınmıştır. Öneriler; “zaman, planlama ve program geliştirme, yöneticiler, karar vericiler, eğiticiler, öğretim yöntem ve teknikleri, içerik, ölçme ve değerlendirme” kodları ile tanımlanmıştır. Bu temada katılımcıların görüşleri alıntılar ile belirtilmeden betimlenerek sunulmuştur. Katılımcıların kodlarda ifade ettikleri görüşler ve görüşlerin betimlemesi ilgili kodun altında tablolar halinde sunulmaktadır.

### Öğretim üyeleri ve öğrencilerin görüşleri

Mesleklerarası eğitimin başlangıcının, sıklığının ve yoğunluğunun belirlenmesine yönelik öneriler “zaman” kodu ile tanımlanmıştır.

<b>ZAMAN</b>	
<b><i>Fakültenin ilk yıllarında başlanması</i></b>	MAE'ye başlangıç açısından en sık vurgulanan öneri mesleklerarası eğitimin erken dönemde, lisans eğitiminin ilk yıllarında başlaması yönünde olmuştur. Mesleki kimlik gelişimi tamamlanmadan, diğer meslek gruplarına yönelik önyargı ve olumsuz tutum gelişmeden diğer meslekleri tanıma ve farkındalık oluşturmaya dair birarada eğitim olanaklarının önemi ifade edilmiştir. Ayrıca ilk yıllarda öğrencilerin öğrenmeye daha istekli, açık, sosyalleşme motivasyonlarının daha yüksek olmasının MAE'nin ilk yıllardan itibaren programlarda yer alması önerisinin gerekçesi olarak paylaşılmıştır. Öğrencilerse ilerleyen yıllarda KPSS, TUS, ALES gibi öncelikleri olduğunu ve son yıllarda yapılacak eğitim etkinliklerinin hak eden ilgiyi görmeyeceğini dile getirmiştir.
<b><i>Üniversitelerin dil hazırlık sınıflarında mesleklerarası etkileşim fırsatları yaratılması</i></b>	Öğrencilerin birbirleri ile sosyalleşmeye başladığı üniversite hazırlık sınıflarında tanışıklıkların başlamasının MAE için iyi bir başlangıç olabileceği vurgulanmıştır.
<b><i>Ekip olmaya yönelik eğitimlerin lisans öncesinde de verilmesi</i></b>	Görüşmelerde lisans öncesi eğitim sürecinde bireysel öğrenmeden ekip çalışmasına yönelmenin, ekip olmayı deneyimlemenin önemi vurgulanmış; bu konuda aileye, öğretmenlere ve lisans öncesi eğitim kurumlarına da sorumluluklar düştüğüne ilişkin ifadeler yer almıştır.
<b><i>Kendi mesleklerini tanıdıktan, mesleki sorumluluklarını anladıktan sonra başlanması</i></b>	Bazı katılımcılar tarafından kendi mesleklerine yönelik temel bilgileri edindikten, mesleki rol ve sorumluluklarını anladıktan sonra, staj döneminin öncesinde MAE'nin başlaması ve mezun olana kadar uygulamalarla devam etmesi gerektiği ifade edilmiştir.

<p><b><i>Küçük temaslara başlaması ve eğitim sürecinde uygulamalarla devam edilmesi</i></b></p>	<p>Görüşmelerin tamamına yakınında MAE'nin lisans eğitiminin ilk yıllarında meslekleri tanımaya yönelik küçük mesleklerarası temaslara başlaması, fakültenin ilerleyen yıllarında ise teorik eğitimin yerini artan yoğunlukta mesleklerarası uygulamalara bıraktığı “dirsek teması”nın yaşandığı ve sürdürüldüğü bir şekilde devam etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Öğrencilerin hastane ortamında klinik eğitime başladıklarında ortamın atmosferinden olumsuz etkilenmemeleri adına MAE uygulamalarının hastanede de sürdürülmesi gerektiği ifade edilmiştir. MAE tüm lisans eğitimi boyunca devam etmesi gereken bir “tutkal” olarak ifade edilmiştir. MAE'nin programda yer aldığı bir tıp fakültesinde fakülte yöneticisi olan bir öğretim üyesince halihazırda klinik öncesi dönemde devam eden mesleklerarası eğitim programının klinik eğitim sürecinde de olması gerektiği ancak henüz uygulanmadığı dile getirmiştir. Ayrıca yalnızca lisans değil mezuniyet sonrası eğitim süreçlerinde ve sürekli mesleki gelişim kapsamında da hizmet içi eğitimlerle devam etmesi ve pratiğe dönüştürülmesi önerilmiştir.</p>
---	---

MAE uygulamalarının planlanması ve program geliştirmeye yönelik öneriler “planlama ve program geliştirme” kodu ile tanımlanmıştır:

<b>PLANLAMA VE PROGRAM GELİŞTİRME</b>	
<p><b><i>Rollerin, ortak amaç ve hedeflerin farklı bölümlerle birlikte belirlenmesi</i></b></p>	<p>MAE programlarının geliştirilmesi sürecinde rollerin, ortak amaç ve hedeflerin ortak bir kurul tarafından belirlenmesi, belirlenen hedeflere uygun içeriğin hazırlanması ve hedeflere ulaşma durumunun değerlendirilmesi önerilmiştir.</p>
<p><b><i>Birlikte eğitim etkinliklerinin öğrencilerin düzeyine uygun düzenlenmesi</i></b></p>	<p>Mevcut programlardaki öğrenci yeterlikleri ve program yapılarının analiz edilmesi, MAE'lere katılan öğrencilerin uyum içinde hareket edebilmeleri için düzeylerinin uygunluğunun sağlanması gerektiği vurgulanmıştır.</p>

<p><b><i>Sosyal etkileşim sağlayacak etkinliklere ağırlık verilmesi</i></b></p>	<p>Öğretim üyeleri ve öğrenciler, MAE için sosyal biraradalıkların önemine vurgu yapmıştır. Birlikte bilimsel projelerin öncesinde farklı meslek alanlarından öğrencilerin birbirleriyle tanışmalarına ve kaynaşmalarına yönelik sosyal etkinliklerin yaygınlaştırılması gerektiği ifade edilmiştir. Sosyal sorumluluk projelerinde yer alma, yemek, dans, tiyatro, sinema, konser, müze gezisi, sempozyum gibi sosyal etkinliklere birlikte katılma ve etkinlik düzenlemenin meslek grupları üyelerinin birbirlerine “mesleki etiketlerle, yargılarla” bakmasını engelleyeceği ve aksine birbirlerini “yücelteceği” ve “güçlendireceği” dile getirilmiştir. Öğrencilerin akademik yoğunluklarının ve ders çalışma önceliklerinin sosyal etkinliklere katılmamalarına neden olduğu belirtilmiştir. Birlikte sosyal etkinliklerin eğitim programı kapsamında öğretim üyelerinin katılım ve rehberliğinde planlanması ve değerlendirmeye dahil edilmesi önerilmiştir.</p>
<p><b><i>Birlikte Erasmus deneyimi fırsatları yaratılması</i></b></p>	<p>Farklı alan öğrencilerinin Erasmus programlarına birlikte katılmalarının sağlanmasının zorluklarla beraber başa çıkabilmeleri açısından fırsat yaratacağı vurgulanmıştır.</p>
<p><b><i>Mesleklerarası eğitime yönelik dersler zorunlu veya seçmeli olarak eğitim programlarında yer alması</i></b></p>	<p>Tüm katılımcılar, MAE’ye yönelik derslerin eğitim programlarında yer alması konusunda hemfikirdir. Bazı öğretim üyeleri ve öğrenciler MAE kapsamında geliştirilecek derslerin seçmeli olmasını önermiş; bazıları ise zorunlu olması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir. Seçmeli derslere öğrencinin isteyerek ve gönüllülükle katılma fırsatı bulması ve yeni geliştirilecek derslerin programlara entegre edebilmenin daha kolay olması seçmeli derslerin avantajı olarak görülürken; kurumsal süreklilik sağlanmasının zorluğu ve o öğretim üyesinin varlığına bağlı olması ise seçmeli dersin dezavantaj olarak ifade edilmiştir.</p>



<p><b><i>Program geliştirme sürecine paydaş katılımı</i></b></p>	<p>Mezun yeterliklerinin belirlenmesi ve program geliştirme süreçlerinde paydaş görüşlerinin önemi dile getirilmiştir. İfadelerde paydaşlar olarak mezunlar, işverenler, meslek örgütleri, hasta dernekleri, farklı bölümlerin öğretim üyeleri ve öğrenciler yer almıştır. Öğretim üyelerinin yoğunlukla akademide olduğu, saha günceline hakimiyetlerinin kısıtlılığı ifade edilerek sahayı tanıyan alan uzmanlarından, “işin pratiğini yapan kişiler”den görüş almanın değerli olacağı vurgulanmıştır. Ayrıca öğrencilerin program geliştirme süreçlerine ve kararlara aktif katılmalarının programı sahiplenmeleri açısından önemli olduğunu ifade edilmiştir.</p>
<p><b><i>Sahanın gereksinimine yönelik eğitim programları geliştirmek üzere ihtiyaçların belirlenmesi</i></b></p>	<p>Farklı sağlık hizmeti ortamlarında iş birliğine yönelik gereksinimlerin farklılaştığı vurgulanmıştır. İhtiyaç belirleme için sahada sağlık hizmeti sunan paydaşların görüşlerinin alınmasının ve bunun sürekliliğinin sağlanmasının önemine değinilmiştir. Güçlü ve zayıf yönler ile fırsatlar ve tehditleri ortaya çıkaracak swot analizlerinin yapılması önerilmiştir. MAE için gereksinimleri belirlemeye yönelik akademik çalışmaların yapılmasının kanıta dayalılığı sağlayacağı vurgulanmıştır.</p>
<p><b><i>Sağlık eğitim programları çatısı altında ortak programlar geliştirilmesi</i></b></p>	<p>Sağlık eğitiminde dil ve algı birliği sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Ortak amaç ve hedeflerin tanımlandığı eğitim programlarının geliştirilmesinin, ortak eğitim koordinatörlükleri, kurullar ve komisyonlar kurulmasının, araştırma süreçlerinde, lisans ve lisansüstü eğitiminde iş birliğinin önemine vurgu yapılmıştır. Bu birliktelikler sürecinde yöneticilerinin biraraya gelmesi ve öğretim üyelerinin iş birliğine açık olması gerektiği ifade edilmiştir.</p>
<p><b><i>MAİ’yi motive edilecek öğrenci kulüpleri çalışmaları yapılması</i></b></p>	<p>Hali hazırda var olan öğrenci kulüplerinin genelde tek bölümün hakimiyetinde olduğu vurgulanmıştır. Sorumlu öğretim üyelerinin farklı meslek alanlarından olduğu, MAİ’ye yönelik etkinliklerin planlandığı öğrenci kulüplerinin yaygınlaştırılması önerilmiştir.</p>

<b><i>Mevcut programların birlikte incelenmesi ve düzeylerin ilişkilendirilmesi</i></b>	Mevcut programların farklı alan öğretim üeleriyle birlikte incelenmesi ve öğrenci düzeylerine uygun birlikte eğitim etkinlikleri planlanması önerilmiştir.
<b><i>Geliştirilen MAE programlarının izlenmesi ve değerlendirilmesi</i></b>	Geliştirilen eğitim programlarının izlem ve değerlendirilmesinin araştırmalarla yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Süreçte yaşanacak olumsuzlukları ortaya çıkarmak ve çözüm üretmek için anket çalışmalarının yanısıra derinlemesine görüşmeler yapılması gerektiği dile getirilmiştir.
<b><i>Mesleklerarası eğitim programlarının uygulanabilir olması</i></b>	MAE programlarının sürdürülebilirliği için mevcut olanaklara ve koşullara uygun olarak yapılandırılması, gerçekçi ve uygulanabilir olması önerilmiştir.
<b><i>Programın yapılandırılması ve tanıtılması</i></b>	MAE programlarının yapılandırılmasının, programın amaç ve hedefleri ile beklenen rollerin öğrencilere yeterince tanıtılmasının eğitim sürecini anlamaları ve sahiplenmeleri açısından değerli olduğu vurgulanmıştır.
<b><i>Farklı bölüm rotasyonları olanağı sunulması</i></b>	Farklı bölüm öğrencilerinin birbirlerini yakından tanımaları, anlamaları, birbirlerinin çalışma alanlarını, “mutfağını” öğrenebilmeleri için bölümler arası rotasyon olanakları sağlanması önerilmiştir.
<b><i>Sınırların kaldırılması</i></b>	Seçmeli derslerde olduğu gibi zorunlu lisans eğitim programlarının da farklı bölüm öğrencileri tarafından erişilebilir hale getirilmesi gerektiği, açık erişimin öğrenciler arası teması artıracacağı vurgulanmıştır.
<b><i>Rehberler ve yönergeler geliştirilmesi.</i></b>	Eğiticiler ve öğrenciler için MAE uygulamalarının nasıl yürütülmesi gerektiğini açıklayan kolaylaştırıcı kılavuzların ve yönergelerin hazırlanması gerektiği ifade edilmiştir.
<b><i>Farklı bölümlerden akademik danışmanlık sistemi olanağı sağlanması</i></b>	Özellikle lisansüstü tez çalışmalarında öğretim üelerinin farklı bölümlerin öğretim üeleri ile iş birliği içinde çalışabilmelerinin, farklı mesleklerin çalışma alanlarını tanımalarının, tez danışmanlığı süreçlerinde ortak danışmanlık yapabilme konusunda cesur davranmalarının önemine vurgu yapılmıştır.

<b><i>Ortamında eğitim sağlanması</i></b>	Öğrencilerin farklı alan öğretim üyelerinden dersleri o alanın uygulama ortamlarını görerek, deneyimleyerek almalarının öğrenmelerini kalıcı hale getireceği ifade edilmiştir. Amfiler yerine farklı meslek alanlarının eğitim ve çalışma ortamlarında bulunmanın gerektiği vurgulanmıştır.
---	---

MAE uygulamalarında eğiticilere yönelik öneriler “eğiticiler” kodu ile tanımlanmıştır:

<b>EĞİTİCİLER</b>	
<b><i>Eğiticilerin MAİ ve MAE bağlamında birlikte eğitici eğitimi alması</i></b>	Öğrenciler ve öğretim üyeler tarafından yalnızca öğrencilerin değil eğiticilerin de birlikte çalışmaya uyumunun sağlanmasına dair adımlar atılmasının önemi vurgulanmıştır. Katılımcılar eğiticilerin MAE için birlikte eğitici eğitimi almaları gerektiği konusunda hemfikirdir. Aksi halde eğitim sürecinde hem öğrenciler hem de eğiticiler arasında çatışmalar yaşanabileceği dile getirilmiştir.
<b><i>Eğiticilerin MAİ kültürünü benimsemesi</i></b>	Öğretim üyelerinin “mesleğinin elden gideceği” korkusundan vazgeçmeleri, “statükocu, ön yargılı, ötekileştiren” davranışları bir kenara bırakması, iş birliğine inanması, açık olması, ekip olma bilincini benimsemeleri gerektiği vurgulanmıştır. Aksi halde öğrencilerin de eğiticilerin olumsuz tutum ve davranışlarını model alacağı ve iş birliği kültürünü kazanamayacakları vurgulanmıştır.
<b><i>Eğiticilerin MAE programlarını sahiplenmesi</i></b>	MAE programlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinin eğiticilerin programı sahiplenmeleriyle, inanç duymalarıyla ve gönüllülükleriyle mümkün olabileceği vurgulanmıştır. MAE süreçlerinde yer alan eğiticilerin motivasyonlarının sağlanması için ödüllendirilmelerinin de önemi vurgulanmıştır.
<b><i>Eğiticilerin öğrencilere rol model olması ve rehberlik yapması</i></b>	Eğiticilerin rol modelliğinin eğitim programından öte bir önemi olduğu ifade edilmiştir. Öğrenme hedefleri ve içeriğin yanısıra öğrencilerin informal olarak eğiticilerin bakış açılarından, tutum ve davranışlarından

	etkilendikleri vurgulanmıştır.
<b><i>Farklı alan eğitimcilerinin katılımının sağlanması</i></b>	Eğiticilerin araştırma ve ürün geliştirme konularında farklı bölümlerle iş birliğine açık olsalar da eğitim konusunda bu iş birliklerinin oldukça zayıf olduğu vurgulanmıştır. Eğitim programları geliştirilirken ve uygulanırken eğitimcilerin bir arada olmaları, birlikte akıl yürütmeleri gerektiği ifade edilmiştir.
<b><i>Eğiticilerin değişime öncülük etme gücüne sahip olması</i></b>	Eğiticilerin fakülte yönetimlerini ve diğer karar vericileri etkileyebilmelerinin önemi vurgulanmıştır. MAE konusunda öncülük edecek, MAE konusunda deneyimli, inançlı ve etki gücü yüksek öğretim üyelerine gereksinim olduğu ifade edilmiştir.
<b><i>Sorumlu öğretim üyeleri ve program geliştirme ekibinin belirlenmesi</i></b>	Sağlık bilimleri eğitimlerinde MAE komisyonu oluşturulması, kuruldaki öğretim üyelerinin yapacağı toplantılarda hedeflerin tartışılması, ortak programlar geliştirilmesi ve etkinlikler planlanması önerilmiştir. Ayrıca bu komisyonlarda genç eğitimcilerin de yer almasının enerji sağlayacağı ifade edilmiştir.
<b><i>Eğiticilerin diğer meslek gruplarını ve sahayı tanıması</i></b>	Eğiticilerin sahayı ve diğer meslek gruplarının çalışma alanlarını yeterince tanımadığı ifade edilmiştir. Bu bağlamda eğitimcilerin “kendi floralarından” dışarıya çıkarak sahanın ihtiyacının ve diğer meslek gruplarının görev ve sorumluluklarının farkında olmasının sağlanması önerilmiştir.

MAE uygulamalarında yönetici ve karar vericilere yönelik öneriler “yöneticiler, karar vericiler” kodu ile tanımlanmıştır:

<b>YÖNETİCİLER, KARAR VERİCİLER</b>	
<b><i>MAE için sağlık kampüsleri oluşturulması ve ortak alanlar sağlanması</i></b>	Farklı alanlardan öğrenci ve öğretim üyelerinin eğitim ve mesleki uygulama alanlarında karşılaşacakları ortak alanlar yaratılmasının önemine vurgu yapılmıştır. Fakültelerin birbirinden uzakta ayrı kampüslerde yer almasının izolasyona neden olduğu ifade edilmiştir. Bir diğer üzerinde özellikle durulan ise sosyal alanlarda birliktelikler olmuştur. Üniversitedeki sosyal etkinliklerin, kafeteryaların biraradalığa olanak sağlayacak şekilde düzenlenmesinin sağlanması önerilmiştir. Yemekhane, kantin, bahçe gibi ortak kullanım alanlarının olmasının aynı kampüste, aynı

	<p>binalarda yer almanın, laboratuvarlar, amfiler ve derslikler gibi eğitim alanlarını birlikte kullanmanın “ortak kültürlenme” sağlayacağı dile getirilmiştir. Birlikte kullanılan alanların yalnızca farklı bölümlerde öğrenim gören öğrenciler için değil öğretim üyeleri için de iletişim ve iş birliğini geliştirici olduğu ifade edilmiştir. Birçok öğretim üyesi ortak eğitim alanlarının yanısıra birlikte “çay ve kahve” içmenin önemine vurgu yapmıştır. Tıp fakültesinde yönetici olan bir öğretim üyesi, üniversitesindeki sağlıkla ilgili bölümlerin farklı yerleşkelerde olmasına yönelik duyduğu memnuniyetsizliği ve eğitim ortamlarını birlikte etkin olarak kullanamadıklarını dile getirmiştir.</p>
<b><i>Kurumsal olarak MAE ve MAİ vizyonunun geliştirilmesi</i></b>	<p>Sağlık eğitim kurumlarının işbirliği yapabilen, ekip üyesi olabilen profesyoneller yetiştirme yönünde taahhütte bulunması gerektiği ifade edilmiştir. Bu taahhütün de kurumların vizyon ve misyon ifadeleri içinde yer almasıyla sağlanacağı vurgulanmıştır.</p>
<b><i>Öğretim üyelerinin motive edilmesi</i></b>	<p>Öğretim üyelerinin MAE’yi sahiplenmeleri için bireysel kazanımlarının olması gerektiği vurgulanmış, çabalarının takdir edilmesi, akademik teşvikler ve maddi destekler sağlanması gerektiği ifade edilmiştir.</p>
<b><i>Kurumlar arası iş birlikleri sağlanması</i></b>	<p>Bakanlığın, üniversitelerin, sağlık alanı fakültelerinin, sağlık derneklerinin, meslek odalarının, sivil toplum örgütlerinin, saha çalışanlarının, eğiticilerin ve öğrencilerin işbirliği içinde olması; ülkesel ve kurumsal ölçekte protokoller geliştirilmesi, yönergeler, klavuzlar ve rehberler hazırlanması gerektiği ifade edilmiştir. Uluslararası kurum ve derneklerle işbirliği de öneriler arasında yer almıştır</p>
<b><i>Kurumların gelişime açık olması ve öncülük yapması</i></b>	<p>Kurumların gelişime, değişime, eleştiriye ve öneriye açık olması gerektiği ifade edilmiştir. Fakülteler ya da üniversiteler arası rekabetten öte mesleklerarası eğitimin yaygınlaşması açısından deneyimli üniversitelerin öncülüğünün önemli olduğu MAE’de iyi uygulama örneklerinin görünürlüğünün sağlanması gerektiğine değinilmiştir. Ayrıca MAE etkinliklerini düzenleyen birimler/anabilim dalları kurulması, uzman eğiticilerin istihdam edilmesi önerilmiştir.</p>
<b><i>Mali kaynak ayrılması</i></b>	<p>Farklı alan öğrencilerinin biraraya getirilmesi, MAE</p>

	süreçlerinin planlanabilmesi, uygulanabilmesi ve sürdürülmesi için mali kaynaklara gereksinim duyulacağı vurgulanmıştır. Ayrıca simülasyon laboratuvarları kurulması, ortak eğitim alanlarının ve eğitim kliniklerinin tasarlanması da öneriler arasındadır.
--	--

MAE uygulamalarında hizmet ortamına yönelik öneriler “hizmet ortamı” kodu ile tanımlanmıştır.

<b>HİZMET ORTAMI</b>	
<i><b>Eğitim ve hizmet ortamının uyumunun sağlanması</b></i>	MAE'nin yalnızca fakülte süreçlerinde değil mezuniyet sonrasında hizmet ortamında da devam etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bir diğer üzerinde durulan ise alınan lisans eğitimi ile hizmetin sunulduğu hastane ortamı atmosferinin uyumsuzluğudur. Hizmet ortamının iş birliğini pekiştirici ve üniversite hastaneleri çalışanlarının öğrencilere rol model olması gerektiği vurgulanmıştır.

MAE uygulamalarında kullanılan/kullanılabilecek öğretim yöntem ve tekniklerine yönelik öneriler “öğretim yöntem ve teknikleri” kodu ile tanımlanmıştır:

<b>ÖĞRETİM YÖNTEM VE TEKNİKLERİ</b>	
<i><b>Öğrenci görüşleri ve kurumsal olanakların gözönünde bulundurulması</b></i>	Katılımcılar tarafından MAE'de öğretim yöntem ve tekniklerinin belirlenmesinde öğrenci görüşlerinin ve kurumsal olanaklarının gözönünde bulundurulması önerilmiştir.
<i><b>Öğrenenin aktif olduğu yöntem ve tekniklerin kullanılması</b></i>	Farklı sağlık alanı öğrencilerinin birarada olduğu eğitimlerde mümkün olduğunca güncel, kanıta dayalı ve öğrenenin aktif olduğu yöntem ve teknik kullanımının önemi dile getirilmiştir.

Öğretim yöntem ve tekniklerine dair öneriler ifade sıklığına göre Tabloda 4.4' te listelenmiştir. Vurgulanma sıklığına göre simülasyon uygulamaları; rol play, beyin fırtınası, tartışma, probleme dayalı öğretim, münazara, çalıştay, makale seminerleri gibi birlikte öğrenme olanağı sağlayacak yöntem ve tekniklerin yer aldığı küçük grup

çalışmalarıdır. Ayrıca vaka tartışmalarının üzerinde özellikle durulmuştur. Toplum içinde gerçekleştirilen hizmet sunarak öğrenme etkinliklerinin de MAE’de önemli yeri olduğu belirtilmiştir. Öğrencilerin podcast, youtube gibi dijital araçlara uyumlarının kolay olduğu vurgulanarak eğitimde çevrimiçi yöntemlerin de kullanılmasının etkili olacağı vurgulanmıştır. Bir diğer öneri ise farklı bölüm öğrencileriyle ortak tez ve proje çalışmalarının artırılmasına yönelik olmuştur. Ayrıca, öğrenciler tarafından sıklıkla dile getirilen yöntem ise eğitim vizitleri olmuştur. Klinik servislerin gözlem, etkileşim ve birlikte öğrenme açısından önemli bir eğitim ortamı olduğu vurgulanmıştır. Seminer/kongre/söyleşi/panel, birlikte amfi dersleri, ortak çalışma alanları ziyaretleri, makale sunumları, panel, oyunlaştırma, deneyim paylaşımı, farklı disiplinlerle akran eğitimi, film tartışmaları, birlikte gezi de önerilen diğer yöntem ve teknikler arasındadır.

**Tablo 4.4.** Katılımcılar tarafından uygulanması önerilen öğretim yöntem ve teknikleri (ifade sıklığına göre)

Önerilen öğretim yöntem ve teknikleri	Kod frekansı
Birlikte simülasyon uygulamaları	48
Uygulamaya dayalı öğrenme (Sahada, klinik eğitim ortamında, poliklinikte, ameliyathanede)	46
Küçük grup etkinlikleri (probleme dayalı öğrenme, rol play, çalıştay, beyin fırtınası, tartışma, münazara, psikodrama)	41
Birlikte vaka/olgu tartışmaları	21
Dijital/teknolojik uygulamalar/podcast/youtube/video/çevrimiçi eğitim uygulamaları	18
Seminer/kongre/söyleşi/panel	16
Ortak eğitim vizitleri	15
Birlikte amfi dersleri	15
Birlikte proje ve tez çalışmaları	14
Gözleme dayalı öğrenme (çalışma alanları ziyaretleri)	10
Hizmet sunarak öğrenme (sosyal sorumluluk etkinlikleri, topluma içinde eğitim)	9
Ortak konseyler ve makale sunumları	9
Oyunlaştırma	5
Deneyim paylaşımı ve refleksiyon oturumları	4
Farklı disiplinlerle akran eğitimi	3
Film tartışmaları	2
Birlikte geziler ve sosyal etkinlikler	2

MAE uygulamalarına konu olabilecek başlıklar “içerik” kodu ile tanımlanmıştır.

<b>İÇERİK/KONU BAŞLIĞI</b>	
<i>İçeriklerin ortak yeterlikler ve ulusal hastalık yükü bileşenleri üzerinden belirlenmesi ve belirlenen temalarla ortak modüller geliştirilmesi</i>	Katılımcılar MAE’de içeriğin belirlenmesinde ulusal anlamda öncelikli olan konulara yer verilmesi gerektiğini ve ekip çalışması gerektiren durumların konu başlıkları olarak seçilmesi gerektiğini vurgulanmıştır.

Tablo 4.5’te Mesleklerarası eğitimde öncelikli olarak ele alınması önerilen konu başlıkları vurgulanma sıklığına gore belirtilmiştir.

**Tablo 4.5.** Katılımcılar tarafından önerilen içerikler/konu başlıkları

<b>Önerilen içerikler/konu başlıkları</b>	<b>Kod frekansı</b>
İletişim - Hasta ile iletişim - Sağlık çalışanları arasında yazılı ve sözlü iletişim	22
Kadın sağlığı, gebelik, doğum	18
Koruyucu sağlık/toplum tarama programları	14
Kronik Hastalıklar (Hipertansiyon, diyabet, böbrek yetmezliği, inme, diyaliz vb.)	14
Çocuk hastaya yaklaşım	13
Geriatrik hastaya yaklaşım	13
Acil müdahaleler (resüsitasyon, travma, afet durumları)	11
İnsan bilimleri ve sanat (edebiyat, psikoloji, sosyoloji, antropoloji, dans vb.)	11
Onkoloji/palyatif bakım	10
Etik	9
Hastane/üniversite oryantasyon eğitimi	7
Sağlıklı yaşam, spor, egzersiz, hijyen	7
Rehabilitasyon	5
Soyal sorumluluk	5
Obezite	5
Hastalıklarda beslenme	4
Ekip çalışması, liderlik	5



Sağlıkta inovasyon/yenilikçi yaklaşımlar	3
Engelli bireylere yaklaşım	3
Yoğun bakım hastasına yaklaşım	3
Ulusal hastalık yükü bileşenleri	2
Biyostatistik	2
Sağlığın sosyal belirleyicileri	2
Ameliyathane süreçleri	2
Mesleki rol ve sorumluluklar	2
Akılcı ilaç kullanımı	2
Hasta güvenliği	2
Şiddet yönetimi	2
Araştırma/kanıta dayalı bilim	2
Sağlık ekonomisi	2
İş sağlığı ve güvenliği	2
Kriz yönetimi	1
Cinsel sağlık	1
Sağlık sistemi bileşenleri	1
Filyasyon uygulamaları	1
İnsan psikolojisi, depresyon	1
Örselenebilir gruplara yaklaşım	1
Çevre sağlığı/ekolojik problemler	1
Tıbbi terminoloji	1
Madde bağımlılığı	1
Girişimcilik	1
Teletıp uygulamaları	1
Adli olguların yönetimi	1
Hasta bilgilerinin gizliliği	1

## ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

MAE uygulamalarında kullanılacak ölçme ve değerlendirme yöntemleri “ölçme ve değerlendirme” kodu ile tanımlanmıştır. Öneriler ifade sıklığına göre Tabloda 4.6’da listelenmiştir. Yapılan görüşmelerde eğiticiler, ölçme ve değerlendirmeyi eğitimde en çok zorlandıkları alan olarak ifade etmiştir. Eğiticilerin çoğu ekip olma becerisini ölçmenin çok zor ya da mümkün olmadığını dile getirmiştir. Öğrenciler ise eğitim süreçlerinde yapılan ölçme ve değerlendirme uygulamalarında

yazılı ve sözlü sınavlara girdiklerini farklı yöntemlere dair fikirleri olmadığını dile getirmişlerdir. Katılımcıların düşünmelerine ve akıl yürütmelerine fırsat verilmiştir. Katılımcıların ifadelerinde yer alan yöntemler vurgulanma sıklığına göre Tablo 4.6’da belirtilmiştir. Akran değerlendirme hem öğretim üyeleri hem de öğrenciler tarafından en sık üzerinde durulan yöntem olmuştur. Eğiticilerin gözlemi, öz değerlendirme, refleksiyon, simulasyon uygulamalarında performans değerlendirme, geribildirim, iş başında değerlendirme, eğitici ve öğrenciler tarafından üzerinde durulan yöntemlerdendir. Kontrol listelerinin geliştirilmesi, bilgi düzeyinin ölçülmesi, farklı alan eğiticilerinin değerlendirmesi, bireysel performans ölçümü, olgu çözümleme, ortak ödev/proje çalışması, grup performansı ölçümü, mezunların izlemi, gerçek hasta tarafından değerlendirme, 360 derece değerlendirme, tutum/duygu ölçekleri, giyilebilir teknoloji kullanımı/duygu takibi sensörleri, portfolyo ise çoğunlukla eğiticilerin önerdiği öğrencilerinse çok azının değindiği yöntemlerdendir.

**Tablo 4.6.** Katılımcılar tarafından önerilen ölçme ve değerlendirme yöntemleri

Önerilen ölçme ve değerlendirme yöntemleri	Kod frekansı
Akran değerlendirme	25
Eğiticilerin gözlemi	22
Öz değerlendirme ve refleksiyon	19
Simulasyon uygulamalarında performans değerlendirme	11
Geribildirim	10
İş başında değerlendirme	10
Kontrol listelerinin geliştirilmesi	10
Bilgi düzeyini ölçme	8
Farklı alan eğiticilerinin değerlendirmesi	7
Bireysel performans ölçümü	7
Olgu çözümleme	7
Ortak ödev/proje çalışması	6
Grup performansı ölçümü	6
Mezunların izlemi	6
Gerçek hasta tarafından değerlendirme	6
360 derece değerlendirme	4
Tutum/duygu ölçekleri	4
Portfolyo	3

## 5. TARTIŞMA

Mesleklerarası iş birliğine yönelik görüşler	Mesleklerarası eğitime yönelik görüşler
<b>Temalar</b>	
1. Kavramsal olarak mesleklerarası iş birliği	1.Kavramsal olarak mesleklerarası eğitim
2. Mesleklerarası iş birliği gereksinimi	2.Mesleklerarası eğitim deneyimi
3. Çalışma koşullarında mesleklerarası iş birliği	3.Mesleklerarası eğitim uygulaması kazanımları
4. İş birliği yapılacak gruplar	4.Mesleklerarası eğitim uygulamalarını etkileyen faktörler
5. Mesleklerarası iş birliğini etkileyen faktörler	5.Mesleklerarası iş birliği rol/özellik/yeterlikleri
6. Mesleklerarası iş birliğinin yararı	6.Mesleklerarası eğitim programı bileşenlerine yönelik öneriler

Bu çalışmada katılımcıların algılarının gerçekçi ve bütüncül bir bakış açısıyla ortaya konmasına olanak sunan nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Tıp, hemşirelik, fizyoterapi ve rehabilitasyon, eczacılık, beslenme ve diyetetik sağlık alanlarından öğretim üyeleri ve öğrencilerin deneyimlerinden yola çıkılarak MAİ ve MAE'ye ilişkin deneyimler, bakış açıları ve öneriler incelenmiştir. Tartışma bölümü, araştırmanın temelinde yer alan MAİ'ye yönelik görüşler ve MAE'ye yönelik görüşler olarak iki ana başlıkta ve bulgulara uygun akışta kaleme alınmıştır.

### 5.1. Mesleklerarası İş Birliğine Yönelik Görüşler

Araştırmada MAİ; ekip olma (amaç ortaklığı, koordinasyon, dayanışma, liderlik birlikte karar alma), bütüncül yaklaşım, karşılıklı iletişim ve etkileşim, multidisipliner çalışma, rol, görev, yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama” olmak üzere geniş bir çerçevede tanımlanmıştır.

MAİ'ye yönelik yapılan en kapsamlı tanımlar tıp alanı öğretim üyelerine aittir. Tüm bölümlerin öğretim üyelerinin MAİ'ye yönelik tanımlamalarında “ekip olma” ön

plana çıkarılmıştır. Ekip olmanın bileşeni olarak ele alınan “amaç ortaklığı” ise hemşirelik öğretim üyeleri başta olmak üzere tüm öğretim üyelerince sıklıkla dile getirilmiştir. “Liderlik” yalnızca bir tıp öğretim üyesince vurgulanırken; “birlikte karar alma” da yalnızca bir beslenme ve diyetetik öğretim üyesince ifade edilmiştir. Yapılan tanımlarda bir diğer öne çıkan ise “bütüncül yaklaşım” olmuştur. Fizyoterapi ve tıp öğretim üyelerinin çoğu bütüncül yaklaşım kavramına MAİ’ye yönelik tanımlarında yer vermiştir. Multidisipliner çalışma kavramına tıp öğretim üyelerinin; karşılıklı iletişim ve etkileşime ise tıp ve eczacılık alanı öğretim üyelerinin vurgu yaptığı izlenmektedir.

MAİ, Barr ve ark. (17) tarafından, karmaşık sağlık ve bakım problemlerinin çözümüne ve nitelikli hizmet sunma konusunda müzakere etmek ve anlaşmak için düzenli olarak bir araya gelen farklı sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin birlikte çalışması olarak tanımlanmıştır. Green ve Johnson (113) ise MAİ’yi, iki veya daha fazla meslek alanı uzmanının ortak hedeflere ulaşmak için birlikte çalışması ve karmaşık sorunların çözümüne ulaşılması için etkin bir yöntem olarak tanımlamıştır. Kanada Mesleklerarası İşbirliği Kurumu (CIHC)’na göre MAİ, ‘sağlık hizmeti sunan ekip ile başvuran arasında, sağlık ve sosyal konular etrafında birlikte karar almaya yönelik katılımcı, işbirlikçi ve koordineli bir ortaklıktır (61).

MAİ’nin temelinde amaç ortaklığı, paylaşma, eşitlik ve hesapverebilirlik vardır (114, 115). Bridges ve ark. (85) işbirliğini, bireylerin birbirlerine ve birbirlerinin mesleklerine karşılıklı saygı duymaları ve işbirlikçi bir atmosferde gönüllü katılımcılar olmaları durumunda ortaya çıktığını ifade eder. Çalışmamızda da benzer şekilde MAİ en sık ekip olma (amaç ortaklığı, koordinasyon, dayanışma, liderlik, birlikte karar alma) olarak açıklanmıştır. Franklin ve ark. (116) MAİ’yi ekip çalışması çerçevesinde ekibin rolleri, normları, değerleri ve hedefleri hakkında paylaşılan anlayış olarak açıklamışlardır. Karşılıklı saygı, dayanışma, sinerji ekip olmanın temeli olarak vurgulamışlardır. Yazarlar ekip kavramını “karşılıklı olarak sorumlu oldukları ortak bir amaca ulaşmak için birlikte çalışan bir grup insan” olarak tanımlanmaktadır. Çalışmalarda sağlık alanında ekiplerin bireylerden daha iyi performans gösterebileceğini varsayılmıştır. Ekip çalışmasının temel unsurları paylaşılan sorumluluk ve işbirlikli yaklaşımı içerir (117).

Görüşmelerde çoğu katılımcı MAİ'yi multidisipliner çalışma olarak anlamlandırmıştır. Oysaki disiplinler, meslekler içindeki alt uzmanlıklardır (17). MAİ kavramı literatürde de birçoğu birbirinin yerine geçecek şekilde çeşitli terminolojilerle kullanılsa da (115, 118), tanımlar yıllar içinde "multi"den “mesleklerarasına” doğru uzanan bir değişime uğramıştır (119, 120). “Multi” kavramı pasif olarak yan yana çalışma olarak açıklanırken; "mesleklerarası" kavramı ise etkileşimin yüksek olması olarak açıklanmıştır (121). Günümüzde mesleklerarası terimi daha yaygın olarak kullanılmakta ve multidisiplinlerden önemli bir farkı olarak farklı mesleklerden çalışanların birlikte etkileşime girerek ortak kararlar almalarını ifade etmektedir (122).

Araştırmada, MAİ'ye duyulan gereksinime yönelik görüşler “hizmet sunumunun doğası, değişen sağlık ihtiyaçları, bilimsel ilerleme, gelişim, hasta güvenliği ve prosedürel zorunluluk” olarak paylaşılmıştır. MAİ'ye yönelik artan ihtiyaç ve gerekliliğine duyulan inanç katılımcılar tarafından açık şekilde ifade edilmiştir.

Öğretim üyeleri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde MAİ gereksinimine yönelik en kapsamlı görüş sunanlar tıp öğretim üyeleri; hiç görüş bildirmeyenler ise eczacılık öğretim üyeleri olmuştur. Öğretim üyelerince en sık “hizmet sunumunun doğası”, ikinci sıklıkta “değişen sağlık ihtiyaçları” koduyla açıklanan ifadeler dile getirilmiştir. MAİ gereksinimi nedeni olarak “hasta güvenliği”ne yalnızca tıp öğretim üyelerinin; “prosedürel/yasal zorunluluk”a ise fizyoterapi ve hemşirelik alanı öğretim üyelerinin vurgu yaptığı izlenmektedir.

Odak grup görüşmelerinde, eczacılık öğrencilerinin eczacılık öğretim üyelerine benzer şekilde işbirliği gereksinime yönelik bir görüş paylaşımı olmamıştır. Hemşirelik öğrencileri de bu konuda görüş belirtmemiştir. Beslenme ve diyetetik ve fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin ise “hasta güvenliği” koduyla açıklanan ifadeleri dile getirmeleri öğretim üyelerinden ve diğer alan öğrencilerinden farklılaşan bir bulgudur.

Literatürde sağlık hizmetlerinde işbirliğinin çağımızın zorunluluğu olduğu, tıbbi hataları önlediği, morbidite ve mortalite oranlarını azalttığı vurgulanmaktadır (119, 123). Çalışmada da benzer şekilde yalnızca iyi ameliyat yapmanın ya da ilaç yazmanın yeterli olmadığı ifadelerde yer almış, tedavinin sürekliliğinin ekip çalışmasıyla sağlanacağı vurgulanmıştır. Ayrıca çalışmada hasta bakımının kalitesini artırmak için, değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda hasta tedavisinin yeterli olmadığı, sağlığa bütüncül yaklaşılması gerektiği ve bilimsel bilginin hızlı artışının farklı meslek gruplarına ihtiyacı daha da zorunlu kıldığı vurgulanmıştır. Chang ve ark. (124), benzer şekilde hasta bakımının niteliğini artırmak, hastaya bütüncül ve bilimsel yaklaşabilmek, çalışan memnuniyetini sağlamak için MAİ'yi elzem olarak nitelendirmiştir. Bir diğer üzerinde durulan ise çağımızda değişen sağlık ihtiyaçları ve kronik hastalıkların artışı olmuştur. Pascucci ve ark. (125), mesleklerarası yaklaşımın kronik hasta sonuçlarına etkisini değerlendiren araştırmaları inceleyerek yürüttükleri metaanaliz çalışmasında, kronik hastalıkların bakım kalitesinin tek disiplinli bireysel yaklaşıma göre mesleklerarası yaklaşımla daha nitelikli olduğu, hastayı merkeze aldığı ve sağlık sonuçlarını olumlu etkilediği sonucuna varmışlardır.

Çalışmamızda vurgulandığı gibi literatürde hasta güvenliği kavramının altında yer alan tıbbi hatalar ve MAİ ilişkisi, üzerinde en çok konuşulan kavramlar olmuştur. Hasta güvenliği uzmanları, nitelikli sağlık hizmeti sağlamak için mesleklerarası iletişim ve ekip çalışması becerilerinin gerekli olduğu konusunda hemfikirdir. Klinik ve klinik dışı personelin etkin bir şekilde işbirliği yaptığında hasta sonuçlarının iyileşeceği, tıbbi hataların önleneceği, verimliliğin ve hasta memnuniyetinin artacağı ifade edilmektedir (126). Yapılan çalışmalar tıbbi hatalardan uygunsuz cerrahi alet kullanımı ve ameliyatta melzeme kaybı (spanç, alet, iğne vb.) dahil olmak üzere istenmeyen olayların (127), yanlış taraf, yanlış kan ürünü, hasta kimliğinin doğrulanmaması (128) ve özellikle transplantasyon gibi önemli süreçlerde alıcılara bulaş gibi (129) en önemli sorunların ekip çalışması ve ekip iletişimi eksikliği olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda da cerrahi alan öğretim üyelerince tıbbi hata, MAİ ve iletişim ilişkisi sıklıkla vurgulanmıştır.

Araştırmamızın katılımcıları teknoloji ve iletişim çağının da sağlık hizmet sürecini bireysellikten mesleklerarası yaklaşıma ittiğini ifade etmişlerdir. Akıllı telefonlar ve giyilebilir teknolojik araçlarla sağlık verilerinin toplanması da doğru yorumlamalar açısından işbirliği gerektirmektedir. Literatürde de teknolojinin mesleklerarası yaklaşımları gerektirdiği ve yanısıra MAİ'yi kolaylaştırmak için de teknolojinin araç olarak kullanılması gerektiği belirtilmiştir (130).

Bir diğer çıktı ise işbirliğinin yasal olarak da zorunlu olduğudur. Katılımcılar, hekim dışı sağlık uzmanlarının klinik karar süreçlerinde hekim bağımlı olmalarının ve yasaların da bunu gerektirdiğini vurgulamıştır. İfadelerde bazı üniversitelerde klinik çalışmalar süreçlerinde hekim isminin yer almadığı çalışmaların etik kurullarca kabul edilmemesinin akademide zorunlu işbirliğini gerektirdiği dair serzenişler yer almıştır. Literatürde benzer şekilde sağlık hizmetlerinde hekim egemenliği ve hekimlerin mesleki özerkliğinin olduğu, sağlık hizmetleri ekonomisinde hekimlerin merkezde yer aldıkları, diğer sağlık meslek grupları üzerinde hakimiyetleri ve idari nüfuzları olduğu ifade edilmektedir. Kenny ve Adamson (131) tarafından yapılan bir çalışmada Sidney'de hemşireler, fizyoterapistler, ergoterapistler, dil konuşma terapistleri ve psikologlardan oluşan bir grupta, tıp mesleğinin kendi meslek gruplarıyla nasıl etkileşime girdiğine dair algılarını araştıran doksan derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Bulgular, sağlık çalışanlarının önemli bir oranının yasalar karşısında eşit olmadıklarını, hekimlerle eşit değer görmediklerini, yeterli özerkliğe sahip olmadıklarını göstermiştir.

Araştırmamızda iş birliği yapılan çalışma alanlarına yönelik görüşler “hastane ortamı, birinci basamak sağlık hizmetleri, yaşlı bakım alanları, rehabilitasyon, özel eğitim merkezleri, okullar, toplu beslenme sistemleri, serbest eczacılık alanı, bakanlık/kamusal alan, akademik çalışmalar, ürün geliştirme” olarak paylaşılmıştır.

Öğretim üyeleri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde iş birliği yapılan çalışma alanlarına yönelik en kapsamlı görüş sunanlar fizyoterapi öğretim üyeleri; en az görüş bildirenler eczacılık öğretim üyeleri olmuştur. “Hastane

ortamı” tüm bölümlerin öğretim üyelerince MAİ yapılan alan olarak ifade edilmiştir. Öğretim üyeleri ve öğrenciler en çok hastane ortamlarındaki işbirliğine dair deneyimlerini örneklendirmiştir. Literatürde de bizim sonucumuza paralel şekilde ameliyathane, yataklı servis, yoğun bakım, doğumhane ve acil servis gibi hastane birimlerinde yapılan işbirliklerinin hasta bakım kalitesine olumlu etkisine yönelik çok sayıda araştırma yer almaktadır (132-135). Araştırmada dikkat çekici olarak eczacılık alanı öğrencileri hastanede diğer sağlık alanı çalışanlarıyla eczacıların işbirliğine tanıklık etmediklerini dile getirmişlerdir. Bu durum Ülkemizde klinik eczacılık alanının bir yan dal olması ve eczacılık öğrencilerinin hastane ortamlarına yeterince dahil olmaması nedeniyle olabilir. Oysaki literatürde MAİ'nin en çok önemsendiği ve çalışıldığı alanlardan biri de eczacılık alanıdır. Hastane ortamında özellikle uygun ilaç seçimi, ilaç dozu ayarlaması, ilaç yan etkilerinin yönetimi gibi konularda yapılan işbirliklerine dair güncel çalışmalar vardır (136, 137).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, az sayıda öğretim üyesi tarafından bir diğer işbirliği ortamı olarak dile getirilmiştir. Öğrenciler ise birinci basamak sağlık hizmeti süreçlerinden hiç bahsetmemiştir. Araştırma bulgularında birinci basamak sağlık hizmetlerinin nadir olarak dile getirilmesinin nedeni ülkemizde aile hekimliğine geçişle birlikte gerçek yaşamda birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılığının olmamasından kaynaklanabilir. Amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde işbirliği ve ekip çalışması en az hastane ortamları kadar önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişim tarihine baktığımızda ülkemizde 1961 yılında çıkan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlık hizmetlerinin yatay bir örgütlenme modeliyle sağlığın sosyalleştirilmesi amaçlanmıştır (138). O zamanki adıyla sağlık ocaklarında farklı meslek gruplarından geniş bir ekip tarafından sunulan, toplumcu anlayış ile, eşit, sürekli, parasız, entegre ve basamaklandırılmış sağlık hizmeti sosyalleştirmenin temel ilkeleri olarak kabul edilmiştir. Sosyalleştirmeden sonraki yıllarda yayımlanan; “Alma Ata Bildirgesi” (139), “2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri” (140) ve “Sağlık 21 Hedefleri” (141), Astana bildirisi (142) gibi uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen belgelerin sosyalleştirmenin temel ilkelerini içermesi de bu sağlık sistemi anlayışının değerinin ve öneminin göstergesi olmuştur (143). Ancak



sosyalleştirme çabaları, “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla” 2003 yılında fiilen sona ermiş aile hekimliği sistemiyle birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ekibi anlayışının hemşire ve hekim olarak minimize edildiği, bütüncül ve koruyucu hizmetlerin yeterince entegre edilemediği, poliklinik hizmetinin öncelendiği bir yapı haline gelmiştir (144). Çalışmalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık gereksinimlerini önceleyerek farklı meslek gruplarının ekip çalışmasını içerir şekilde yeniden yapılandırılması, bu değişimin sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (145, 146). Bir diğer neden de öğretim üyeleri ile öğrencilerin içinde buldukları hastane ortamı haricindeki sağlık hizmeti sunulan yerlere ve birinci basamağa yönelik deneyim eksikliği olabilir.

İşbirliği yapılacak gruplar içinde “sağlık profesyonelleri” en çok mesleklerarası işbirliği yapılan gruplar olarak ifade edilmiştir. Tıp alanından katılımcılar en sık işbirliği yaptıkları sağlık profesyonellerinin “hemşireler” olduğunu belirtirken; diğer alan katılımcıları “hekimler” olarak belirtmiştir. Literatürde de MAİ’ye dair çalışmalar incelendiğinde hemşire ve hekim işbirliği hakkında yazılmış ve işbirliğinin hastaya yönelik olumlu sonuçlarını yayınlayan çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu işbirliğinin vazgeçilemez ve mutlak olması gerektiği vurgulanmıştır (147-149). Benzer olarak eczacı-hekim ya da fizyoterapist-hekim işbirliğine ve olumlu sonuçlarına dair de çok sayıda çalışma mevcuttur (150, 151). Dikkat çeken bir bulgu ise öğrenciler, öğretim üyelerinden farklı olarak işbirliği yapılacak gruplar içinde “sağlık alanı dışı profesyoneller”inden çok az bahsederken, “hasta, hasta yakını, karar vericiler, üniversiteler ve dernekler”le işbirliğinden hiç bahsetmemişlerdir. Bunun nedeni çalışma ortamında işbirliğine yönelik deneyimlerinin yetersizliği olabilir. Hastane dışında sahada staj deneyimi olan öğrencilerin sağlık alanı dışındaki mühendis, öğretmen, sosyal bilimci gibi meslek gruplarıyla işbirliğine dair deneyim paylaşımları daha kapsamlı ve zengindir. Yaygınlaşan hasta güvenliği kavramı, uzayan yaşam süresi, teknolojinin ilerlemesi, kronik hastalık prevalansının artışı, küreselleşme gibi değişimlerle tek bir meslek alanındaki tek bir bireyin sunduğu sağlık hizmetinin yerine farklı meslek grupları arasında işbirlikli yaklaşımların sağlık hizmeti sunumunun geleceğinde daha çok rol

oynayacağı düşünülmektedir. Geese ve Schmitt (152), çalışmalarında karmaşık hasta bakımına geçişte İsviçreli hemşirelik, tıp, psikoloji, fizyoterapi, beslenme ve diyetetik, sosyal hizmet, dil ve konuşma terapisi alanlarından profesyonellerin işbirliği deneyimlerini araştırarak farklı meslek grupları arasındaki ilişkileri ortaya koymaya çalışmışlardır. İşbirliği yapılacak grupları betimlerken hastayı merkeze alan bir model ortaya koymuş ve hastanın ihtiyaçları temelinde bir sonraki halkaya sağlık alanı profesyonellerini ve en dış halkaya da sağlık sistemi ve politika yapıcılarını yerleştirmişlerdir (152). Ülkemizde sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik mevcuttur (57). Sağlık Bakanlığımızca sağlık alanına etki eden meslek gruplarının çalışanlarının rol ve sorumlulukları belirlense de bu ilişkilerin modellendiği araştırmalar ve klavuzlar yeterli değildir.

Öğretim üyeleri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde mesleklerarası işbirliğini etkileyen faktörlere yönelik farklı bakış açıları yer almaktadır. En çok görüş paylaşan hemşirelik öğretim üyeleri ve öğrencileri olmuştur. Mesleki kimlik, rol algısı kapsamında ifadelerde iş birliğini etkileyen faktörlere ilişkin “hiyerarşi, doğal liderlik algısı, kapalı olma, tıp hegemonyası, aşırı özgüven, rol çatışması, ötekileştirme, güvenmeme, üstünlük, ego, hafife alma, küçük görme, düşük benlik algısı” olumsuz ifadelerle paylaşılırken; iş birliğini olumlu etkileyen ifadelerde ise “mesleğini sevmek, hastaya değer verme, güven, mesleğe aidiyet, kabul görme” yer almaktadır. En sık dile getirilen ise “hiyerarşi” olmuştur. Hemşirelik öğretim üyesi ve öğrencileri tarafından hiyerarşinin ötekileştirilmeyi beslediği ve öğrencilerde düşük benlik algısına neden olduğunu vurgulanmıştır. Bunun da MAİ’ye doğrudan yansıdığı dile getirilmiştir.

Öğrenciler, MAİ kavramını tanımlarken çoğunlukla deneyimlerini örneklemiştir. Yaygın görüş uygulama hiyerarşisi bağlamında, doktorların geleneksel olarak baskın olduğudur. Tıp fakültesi öğrencileri kendilerini sağlık ekiplerinin doğal lideri olarak görürken diğer meslek grubu öğrencileri hekim liderliğinin hiyerarşik çatışmalar yarattığını ifade etmektedir. Fizyoterapi ve beslenme bölümü öğretim üyeleri ve öğrencileri ise hafife alındıklarını; yaptıkları görevlerin “küçümsendiğini”, diğer sağlık alanı profesyonellerince kendilerine ihtiyaç

olmadığının hissettirildiğini vurgulamışlardır. Fizyoterapi öğrencileri hekimlerin fizyoterapistin bilgisine “güvenmediğini” dile getirmiştir. Tarihsel olarak da sağlık sistemlerinde, doktorların hiyerarşinin üst basamaklarında yer aldığı, daimî liderlik pozisyonunun olduğu veya karar vermede öncelikli rolü üstlendikleri (153) ve bunu korumaya çalıştıkları görülmektedir. Ancak 2000’li yıllarda yapılan çalışmalarda hekim hiyerarşisinin mesleklerarası çatışma yarattığı ifade edilmektedir (154-156). Çalışanların hiyerarşik olmayan kültürde uzmanlık ve bilgiye dayalı gücünün olması ve güç eşitliğine sahip olmaları ile aralarındaki işbirliğinin başarıyla sürdürüleceğine dair inanç vurgusu bu çalışmada yürütülen görüşmelerin tümünde yer almaktadır. Bir başka çalışmada Lingard ve ark. (155), eğitim hastanelerinde çalışan mesleklerarası sağlık ekiplerine yönelik gözlemlerini ve bireysel görüşmelerini bir araya getirmiştir. Katılımcılar arasında doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, dil ve konuşma terapistleri, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar yer almıştır. Bulgular, bu ekiplerin tüm üyelerinin sağlık sisteminin hiyerarşik doğasını kabul ettiğini göstermiştir. Hekim olmayan sağlık çalışanları hekimin hiyerarşinin tepesinde yer aldığını bu durumun zaman zaman gerilim yarattığını ifade etmişlerdir. Ancak araştırmaya katılan doktorlar kendi sağlık ekiplerinde böyle bir hiyerarşinin olmadığına inandıklarını belirtmişlerdir. Araştırmacıların gözlemleri, bu inanca rağmen ekip üyeleri arasında hiyerarşi gerçekliğinin devam ettiğini göstermiştir. Bu çalışmada bulgular benzer bir yapıdadır. Elde edilen bulgular liderlik ve hiyerarşi konusunda farkındalık eksikliği olabileceğini düşündürmüştür. MAİ’nin sağlanmasının başlangıç noktası bu farkındalığın oluşturulması olmalıdır. Eğitim süreçlerinde sahaya hazırlık bağlamında bu kavramlara yer verilmesi önemlidir.

Araştırmamızda bir diğer dikkat çekici bulgu ise tıp fakültesi öğrencilerinin kendilerini “kapalı”, diğer gruplarla “sosyalleşmeyen” bir meslek grubu olarak tanımlamaları ve özeleştiriyi yapmaları olmuştur. Mesleğe verilen değer, hasta odaklı olma, diğer meslek grupları ile sosyalleşme ve mesleğe aidiyet hissetmenin MAİ’yi olumlu etkileyeceği paylaşılan ifadelerde yer almıştır. İletişim becerisinin MAİ’ye etkisine yönelik ifadelerde ortak dili kullanabilme konuşabilme, çatışma, üslup, hastayı anlama, nezaket, geribildirime açık olma, yazılı iletişim kurma, hasta güvenliği

ile iletişim ilişkisi, fikir alışverişi yer almıştır. İletişim becerisinin önemine en fazla tıp ve hemşirelik öğrencileri değinmiştir. Fizyoterapi öğrencileri bilginin doğru paylaşımı, yazılı iletişimin önemi ve iletişim-hasta güvenliği ilişkisini tartışırken; beslenme öğrencileri hastayı anlamaya dönük bir iletişimin sağlık çalışanları arasındaki iletişimi de olumlu etkileyeceğini ifade etmişlerdir. Çalışmanın sonuçları etkileşimlerde belirleyici faktörlerin literatürle benzer olduğunu göstermektedir. Degu ve ark. (157) tarafından yürütülen bir çalışmada hemşireler ve doktorlar arasında MAİ'yi etkileyen faktörler araştırılmıştır. Araştırmada birbirini tanımamama, zayıf iletişim, yönetsel sorunlar, mesleklerin konumlanmalarındaki eşitsizlikler, saygı yoksunluğu işbirliğini olumsuz etkileyen faktörler olarak vurgulanırken; birlikte çalışma, birarada zaman geçirme ve sosyalleşme, yönetsel işbirliği desteği olumlu faktörler olarak değerlendirilmiştir. Rawlinson ve ark. (158), çalışmalarında finansman eksikliği, zaman problemleri, yönetsel süreçler, liderlik eksikliği, açık rol sınırlarının ve sorumlulukların olmaması, zayıf iletişim, hiyerarşi ve güç algısının MAİ'yi olumsuz etkileyen faktörler olarak ele almıştır.

Toplumsal imaj kapsamında “değersiz görülme, toplumsal cinsiyet, kadın olma, kahramanlaştırılma, eşitsizlik ve sınıf farkı” olumsuz ifadeler olarak paylaşılmıştır. Medya ve toplumsal cinsiyetin olumsuz etkileri en çok hemşirelik öğretim üyeleri ve öğrencilerince belirtilen bileşenler olmuştur. Tıp fakültesi öğretim üyeleri ise hekimlerin toplum tarafından takdir aldığını, “kahramanlaştırıldığını”; hemşirelerin ise yardımcı olarak görüldüklerini dile getirmişlerdir. Toplumun meslekleri konumlandırmasında “üniversite sınavı”nın da etkili olduğu vurgusu diyetisyenlik öğrencileri tarafından yapılmıştır. Literatürde de işbirliğinin önündeki engeller özellikle hemşire hekim işbirliği bağlamında sıklıkla çalışılmıştır. Farklı sosyoekonomik statü, toplumun hemşireliği daha teknik, hekimliği ise bilimsel ve eğitilmiş bir grup olarak değerlendirilmesi, toplumsal cinsiyet ve cinsiyet nedenli kalıp yargıların (159) işbirliğini engellediği bildirilmiştir.

Kurumsal yapı da MAİ'yi etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmıştır. Kurumsal yapıya yönelik ifadelerde kurum kültürü, kurumun hasta odaklılığı, kurumsal izlem politikası, sağlık hizmet sunumu dinamikleri, görev ve

sorumlulukların tanımlanması ve kurumun çalışana verdiği değer yer almıştır. Kurumsal yapı bağlamında ifadelerde en sık kurumun işbirliği kültürü yer almıştır. Yasa, yönetmelikler, sınırlar ve sorumlulukların MAİ'ye etkisine yönelik ifadelerde “kesişen alanlarda” yaşanan çatışmalar, “yasa koyucuların” ağırlıklı olarak hekim olması, yönetmeliklerin “yorumu açık” olması, sınırların net olmaması dile getirilmiştir. Yasa ve yönetmeliklerin kendi çalışma alanları açısından dezavantaj oluşturduğunu en çok fizyoterapi öğretim üyeleri dile getirmiştir. Yasa koyucuların hekimlerden oluşmasının “şövenizmi” beslediği vurgulanmıştır. Fox ve ark. (160) MAİ üzerine etkileri olan yönetsel ve kurumsal yapı bileşenlerinin ortaya çıkarılmasına yönelik nitel bir araştırma yürütmüştür. Hekimlerin hiyerarşinin üst basamağında konumlandırıldığı, karar vermede baskın olduğu kurumlarda mesleklerarası iletişim problemleri yaşandığı ve özellikle hemşirelerin sorularıyla hekimi rahatsız etmeye çekindikleri, toplantı planlamada ya da görüşmelerde yalnızca hekim zamanının uygunluğunun gözetildiği ve bunların işbirliğini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Kanada birinci basamak sağlık hizmetlerini işbirliği yoluyla iyileştirme komisyonunun hazırladığı raporda işbirliğinin önemine yönelik yönetsel farkındalık ve desteğin, ödeme mekanizmalarının ve mali desteğin adillığının, işe alımları işbirliğine yönelik gereksinimleri ortaya koyarak eşitlikçi bir yaklaşımla gerçekleştirmenin önemine değinilmiştir (161). Çalışmamızda da istihdam, ekonomi, alan korumanın MAİ'ye etkisine yönelik ifadelerde güç savaşları, iş bulma kaygısı, işsizlik, rant, çalışma alanını kaptırmama kaygısı, iş birliğinin ekonomik dezavantaj yaratması algısı dile getirilmiştir. Beslenme alanı öğretim üyeleri sıklıkla kendi alanlarında artan işsizliğe vurgu yaparken fizyoterapi ve tıp öğretim üyeleri iki meslek grubu arasındaki “özerklik ve alan koruma” mücadelesinin yarattığı çatışmadan bahsetmiştir. Sandstorm (162) da geçmişte tıbbın diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının eğitim sistemini kontrol ettiğini ve uygulama alanlarını belirlediğini ifade etmişlerdir. Tıbbın egemenliğini kabul etmeyen sağlık mesleklerinin ise “şarlatan” alanlar olarak değerlendirildiğini savunmuştur. Fizyoterapi dahil diğer mesleklerin, özerkliklerini ancak tıp alanı tarafından tanındığı ölçüde kazandığı hala tıp hakimiyetinin kabul edilmek zorunda olduğu ifade edilmiştir. Hemşirelik öğretim üyeleri ve fizyoterapi öğretim üyeleri, iş birliğinin “ekonomik dezavantaj” yaratacağına dair algının

işbirliğini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Ek olarak fizyoterapi ve diyetisyenliğin yeni alan olmasından kaynaklı sınır ve alan ihlaline tepkisel, “alanı savunmacı” yaklaşıtlarını belirtmişlerdir. Telci ve ark. (163) tarafından Türkiye’de eğitim veren farklı bölgelerden 10 üniversitenin fizyoterapi ve rehabilitasyon lisans programında eğitim gören son sınıf öğrencileriyle yürütölen bir çalışmada işsizlik kaygı düzeyini yüksek olduğu ve istihdam olanaklarının yetersiz olduğu ifade edilmiştir. Bu da sağlık alanı eğitiminin, toplumun içinde bulunduğu bağlam ve örgütlenmeden ayrı düşünölemeyeceğinin göstergesidir. Bir üst çerçevede ekonominin, istihdamın ve sağlık hizmetinin nasıl örgütlendiğı, biçimlendiğı sağlık hizmeti bağlamını ve dolayısıyla bu hizmetin yürütöcöleri arasındaki işbirliğini etkilediğı söylenebilir. Nitelikli bir mesleklerarası işbirliğini sağlamak okullarda sadece eğitim vermek ile çözülebilecek bir sorun değildir. Çok faktörlü ve çok katmanlıdır. Her düzey ve faktöre yönelik (politik, ekonomik, yönetsel ve eğitim) önlemlerin düşünölmesi ve ele alınmasını gerektirir.

Mesleki eğitim sürecinin MAİ’ye etkisine yönelik ifadelerde alınan eğitimin niteliğı, öğrenme sorumluluğı alma, mesleki alan yeterliğı, ekip olmaya yönelik bilgi ve beceri düzeyi dile getirilmiştir. “Karşılıklı güven” ilişkisinin oluşmasında mesleki yeterlilik en sık vurgulanan kavram olmuştur. Ortak görüş “ekip olma becerisinin” kazanılmasında eğitim sürecinin önemli olduğu yönündedir. Yapılan çalışmalar da iş birliğı yapabilmenin en önemli belirleyicisinin lisans eğitimi sürecinde MAEMAE olduğunu savunmaktadır (46-48).

MAİ’nin yararına yönelik görüşlerde en yoğun görüş tıp faköltesi öğretim üyeleri ile tıp ve beslenme alanı öğrencileri tarafından paylaşılmıştır. MAİ’nin yararına yönelik ifadeler tüm gruplar tarafından “hastaya, çalışanlara ve sağlık sistemine” olmak üzere üç başlıkta toplanmıştır. Hasta yararına ilişkin, “hasta güvenliğı ve memnuniyetin artması, tıbbi hatanın azalması ve tedavi süresinin kısalması”na ilişkin ifadeler öne çıkarken; çalışanlara yarar ise “iş yükünün azalması, tükenmişliğı önleme, çalışan ilişkilerini iyileştirme, olumlu bir çalışma atmosferi, deneyim paylaşımı fırsatı, malpraktisi azaltma, mesleki doyum, hastaya yönelik tam ve doğru bilgi edinme, zaman kazanma, çalışma motivasyonu ve özgüven artışı”

olarak ele alınmıştır. “Hizmetin nitelikli ve kesintisiz yürütülmesi, kaynakların etkin kullanımı, maliyetin düşmesi” ise sağlık sistemine yarar olarak değerlendirilmiştir. Grohman ve ark. (164), MAİ'nin yararını hekim, diyetisyen ve hemşirelerle derinlemesine görüşmelerle araştırdıkları bir çalışmada ortak karar verme, kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti, karşılıklı saygı, karar sürecine hasta katılımını sağlama ve hastanın motivasyonunu artırma olarak ele almıştır. Bu çalışmada farklı olarak karar sürecine hasta katılımını sağlama ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti vurgusu ön plandadır. Hepworth ve ark. (165)'in hekimler, diyetisyenler ve podologlarla yaptıkları görüşmede işbirliğinin hasta merkezli bakım ve etkili ekip çalışması sağladığı, hastaları güçlendirdiği, doğru ve anında yönlendirmeye olanak sunduğu, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi güçlendirdiği ifade edilmiştir. Yapılan klinik çalışmalar da cerrahi alanda işbirliği ve ekip çalışması ile mortalitenin ve tıbbi hatanın azaldığını, hasta çıktılarının olumlu yönde etkilendiğini destekler niteliktedir (66, 67).

## 5.2. Mesleklerarası Eğitime Yönelik Görüşler

Araştırmamızda katılımcılar, MA tanımlarını “birlikte öğrenme, alan uzmanından öğrenme, karşılıklı rol ve sorumlulukları öğrenme, deneyimleme, birbirlerinden öğrenme, yaparak/yaşayarak öğrenme, amaç ortaklığı” kavramları ile yapmıştır.

MAE kavramına yönelik en yoğun görüş tıp alanı öğretim üyelerince paylaşılmıştır. Tüm bölümlerin öğretim üyelerinin MAE'ye yönelik tanımlamalarında “birlikte öğrenme” ön plana çıkarılmıştır. İfadelerde birlikte öğrenmenin bileşenleri olarak ise “iletişim, aktif öğrenme, etkileşim ve ekip çalışması”na yer verilmiştir. CAIPE (166) kavram karışıklığını gidermek için “İki veya daha fazla mesleğin işbirliğini ve bakım kalitesini geliştirmek için birbirlerinden ve birbirleri hakkında öğrendikleri durumlar” şeklinde standart bir tanım geliştirmiştir.

Çalışmada, hemşirelik öğretim üyeleri dışında diğer alanlardaki öğretim üyeleri tarafından MAE çoğunlukla “alan uzmanından eğitim alma, bilginin farklı

meslek gruplarına aynı ortamda aktarılması” şeklinde yorumlanmıştır. Bu yorum öğrenen merkezli değil, daha çok bilgi ve deneyim aktarımı odaklı bir yaklaşımı çağrıştırmakta ve literatürdeki MAE tanımları ile çelişmektedir. MAE’de öğrenciler yalnızca aynı öğrenme ortamını paylaşan ya da farklı alan uzmanlarından öğrenen pasif alıcılar değildir, yansıtıcı etkileşim beklenir (167). CAIPE (168), “iki veya daha fazla mesleğin herhangi bir nedenle yan yana öğrendiği durumların mesleklerarası eğitim olmadığını vurgulamıştır. Araştırmada hemşirelik öğretim üyelerinde one çıkan ifadelerin ise DSÖ (74) ve CAIPE (17) tanımlarıyla örtüşmekte ve öğretim üyelerinin mesleklerarası eğitimin ne olduğuna dair daha bilgili ve deneyimli oldukları görülmektedir.

Öğrenciler ile yapılan odak grup görüşmelerinde ise fakültesinde MAE programına katılmış olan öğrenciler dışında kavram tanımlanmasında güçlük çekilmiştir. Tanımlarda en sık öne çıkan kod öğretim üyeleri ile benzer şekilde “birlikte öğrenme ve karşılıklı rol, sorumlulukları öğrenme”dir. Birlikte öğrenmenin en sık ele alınan bileşeni ise “etkileşim” olmuştur. MAE programına katılmış deneyimli bir öğrenci tarafından ise etkileşim, yaşayarak öğrenme, karşılıklı rol ve sorumlulukları anlama olarak kavrama ilişkin geniş bir tanıma yer verilmiştir. Freeth ve ark. (169)’ın ifade ettiği gibi sağlık ekibinin yapısı ve odağını öğrenen, MAİ’yi gözlemlene fırsatı olan öğrencilerin deneyimlerinin MAE felsefesini daha iyi kavramaktadır.

Görüşmelerde MAE deneyimleri “MAİ’ye dair yan çıktıkları olan uygulamalar, MAE programı deneyimi, MA uygulamalarının olmaması” kodları ile tanımlanmıştır. Fizyoterapi ve beslenme alanı başta olmak üzere tüm bölümlerin öğretim üyelerinin MAE deneyimlerinde “MAİ’ye dair yan çıktıkları olan uygulamalar” ön plana çıkarılmıştır. “Uygulamalı eğitim süreçlerindeki birliktelikler, haftalık ziyaretler, otopsi, konseyler, disiplinlerarası eğitim toplantıları, üniversitenin/seminer sempozyumları, hizmet içi eğitimler, öğrenci topluluğu etkinlikleri, farklı alan eğiticileri ile temas, alan dışı seçmeli dersler, doktora, master süreçlerindeki ders alma ve araştırma işbirlikleri, klinik ortamlarda ve saha stajlarında farklı sağlık çalışanları ile temaslar, öğrenci kulüplerindeki etkileşimler, ders içeriklerinde işbirliğinin



önemine değinilmesi, uzmanlık eğitiminde klinikte farklı meslek grupları ile birlikte çalışma, iletişim ve halkla ilişkiler temalı dersler, saha stajları, lisans bitirme proje ve tezleri” örnekler arasında yer almıştır. Tüm bölümlerin öğrencilerinin MAE deneyimlerinde “MAİ’ye dair yan çıktıları olan uygulamalar” ön plana çıkarılmıştır. İfadelerde “hasta/meslek dernekleri tarafından düzenlenen etkinliklere birlikte katılım, farklı sağlık alanı profesyonelleriyle ortak temalarda düzenlenen seminer, sempozyum ve kongre gibi etkinlikler, öğrenci toplulukları etkinlikleri, hizmet içi eğitimler, oryantasyon eğitimleri, sağlık alanıyla ilgili ve sağlık alanı dışı konularda seçmeli dersler” uygulama örnekleri olarak yer almıştır.

Görüşmelerin çoğunda deneyimlenen birlikte olmaların yeterince etkileşim içermediği de ifade edilmiştir. Oysaki literatürde MAE demek için iki veya daha fazla disiplinden öğrencinin öğrenme hedeflerinin işbirliğini geliştirmek olduğu öğrenme etkinliklerinde etkileşim içinde amaçlı öğrenmesi olduğu vurgusu vardır. Bu çerçevede gerçekleşen probleme dayalı öğrenme, vaka çalışmaları, projeler, klinik vizitler ve öğrenme etkinlikleri mesleklerarası öğrenme deneyimi olarak kabul edilmektedir (170). Araştırmada katılımcılar deneyimledikleri multiprofesyonel eğitim etkinliklerini örneklendirmiştir. Burada etkileşim genelde temasla sınırlı kalmaktadır (171). Harden (172), sağlık eğitim programlarında yaygın olarak yer alan ancak MAE tanımının dışında kalan eğitim etkinliklerine yönelik multiprofesyonel eğitim skalasını tanımlamıştır. Spektrumun bir ucunda izole eğitim sistemlerini, diğer ucunda ise MAE süreçlerini örnek göstermiştir. Spektrumun ortalarında yer alan geçici koordinasyon basamağı ise bu araştırmazda verilen örneklerle örtüşmektedir. Geçici koordinasyon tanımında, eğitim programında ortak konulara iki veya daha fazla meslek grubunun katılımının olduğu bazı dersler yer aldığı belirtilmiştir. Öğrenciler konuya kendi mesleki bakış açılarıyla yaklaşır. Oysaki MAE’de farklı meslek gruplarının etkileşimi ve birbirlerinin bakış açılarıyla yaklaşması kritiktir (172).

MAE programının yapılandırılmış olarak yürütüldüğü yalnızca bir üniversitenin öğretim üyeleri tarafından dile getirilmiştir. Bu öğretim üyelerinin ifadeleri “MAE programı deneyimi” kodu ile açıklanmıştır. İfadelerde “farklı alan

öğrenci ve öğretim üyeleri ile yürütülen hiyerarşi olmadan yapılan büyük eğitim vizitleri, hastane ve tıp fakültesinin iş birliğinde yürütülen mezuniyet öncesi tıp eğitiminde MAİ ve hasta güvenliği programı deneyimleri, eğitimde simülasyon ve standart hasta uygulamaları, farklı alan öğrencileri ile birarada etkileşimle yürütülen klinik beceri eğitimleri” MAE deneyimleri olarak örneklendirilmiştir. Bu eğitim etkinliklerinin MAE programını eğitim sistemlerine entegre etmiş üniversitelerle benzer deneyimler olduğu görülmektedir (85, 86, 88).

Fakültelerinde MAE uygulamalarının yapılandırılmış olarak yer almadığını ifade eden tüm öğretim üyelerince bu durum, “eksiklik” ve “gereklik” olarak açıklanmıştır. “Öğrencilerin ayrı ayrı yetiştirildiği bir eğitim sisteminin olması, eğitimlerin farklı binalarda devam etmesi, sağlık bilimleri fakültesi çatısı altındaki öğretim üyeleri ve öğrencilerin aynı ortamı paylaşıyorlar da birbirleri ile yeterince temas etmemesi, öğretim üyeleri arasında sosyal birlikteliklerin ve akademik işbirliklerinin zayıf olması, farklı disiplin öğrencilerinin birbirlerini tanımaması, birbirlerinin, yeterliklerini, rol ve sorumluluklarını bilmemesi, öğretim üyelerinin birbirlerinin derslerinin içeriklerinden haberdar olmaması ve kendi alanlarında aşırı uzmanlaşmaları” eksiklik olarak açıklanırken; “multidisipliner araştırma ve eğitim işbirlikleri yapılması, amaç ve hedeflerin ortak olarak belirlendiği uygulamalı, farklı meslek gruplarının katıldığı modüler öğretimin kullanılması, sağlık alanı öğrencilerinin ilgilerini çekecek etkinlikler planlanması” gereklik olarak değerlendirilmiştir. Fakültelerinde MAE uygulamalarının yapılandırılmış olarak yer almadığını ifade eden tüm öğrenciler tarafından da bu durum, “eksiklik, problem” ve “gereklik” olarak açıklanmıştır. “MAE’nin olmayışı, farklı disiplin öğrencilerinin birbirlerini tanımaması, birbirlerinin, yeterliklerini, rol ve sorumluluklarını bilmemesi, farklı alan sağlık çalışanları ile iletişim kuramama, staj süreçlerinde dikkate alınmama, vaka tartışmalarının tek disiplinin öğrencilerinin katılımıyla gerçekleştirilmesi” eksiklik olarak açıklanırken; “farklı meslek gruplarının birbirlerinin görevlerini öğrenmesi, birlikte uygulamalı eğitim etkinliklerinin düzenlenmesi” ise gereklik olarak değerlendirilmiştir. Geleneksel olarak sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin eğitim programları, her meslek grubunun kendi öğrencilerinin eğitiminden sorumlu olduğu bir yaklaşım ile yürütülmekteyken yayınlanan klavuzlar, DSÖ, meslek ve hasta

dernekleri, iyi uygulama örnekleri günümüzde artık bu yaklaşımdan vazgeçilmesi gerektiğini söylemektedir (173). Çalışmada yapılandırılmış MAE programlarında deneyimli öğretim üyesi ve öğrencilerin tek bir üniversite ile sınırlı kalması yaygınlaştırmaya ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir.

Yapılan derinlemesine ve odak grup görüşmelerinde MAE uygulamalarının kazanımları sıklığa göre “öğrencilere, hastalara ve topluma, sağlık sistemine, öğretim üyelerine, üniversite/fakülteye ve meslek alanına” kodları ile tanımlanmıştır. Öğretim üyelerinin MAE uygulamalarında öğrenci kazanımlarına yönelik görüşlerinde en çok öne çıkan alt kod “rol ve sorumlulukları anlama” ve “ekiple çalışma” olurken; “iletişim becerisi” en sık hemşirelik; “etik tutum geliştirme” ise fizyoterapi öğretim üyelerince dile getirilmiştir. Tüm bölümlerin öğretim üyelerinin, MAE uygulamalarının “hastalara ve topluma yarar sağlayacağı” konusunda hemfikir olduğu görülmektedir. Bir diğer kazanım ise sağlık sistemi kodu ile tanımlanmıştır. En sık dile getirilen sağlık sistemi kazanımı “niteliğin artması” olmuştur. MAE, pratik sağlık bakımı uygulamalarında ekip çalışması üzerinde olumlu etki göstermiştir (174) ve gelecekte ekip üyesi olarak çalışacak sağlık alanı profesyonellerinin eğitim programları için kesinlikle önerilmektedir (167, 175). Literatürde de çalışmanın bulgularına benzer şekilde MAE'nin öğrenciler arasında karşılıklı saygı ve güveni artırdığı (36, 176), karşılıklı mesleki roller ve sorumlulukları anlama (176-178), etkili iletişim becerilerini geliştirme (179), çalışma motivasyonu ve mesleki tatmini artırma (177, 178) ve hasta sonuçları üzerinde hastanın hastanede kalış süresinin kısılması ve tıbbi hataların azalması (17, 167, 169) gibi kazanımlarının olduğu yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada Carr ve ark. (180), ağrı yönetimini geliştirmek için tasarlanmış bir MAE'nin geliştirilmesi için kendi klinik alanlarındaki sağlık profesyonelleriyle MAE uygulamaları yapmıştır. Tıp, hemşirelik, ergoterapi, fizyoterapi ve eczacılıktan toplam 72 katılımcı mesleklerarası oturumlara katılmıştır. Kurs sonrası anketlerle toplanan veriler, katılımcıların oturumlardan memnuniyet duyduklarını, ekiple çalışma becerilerini geliştirdiğini, ağrı yönetimi konusunda farklı mesleklerin bakış açılarını anlamalarını sağladığını, bilgi düzeylerini artırdığını ifade etmişlerdir. Guest ve ark. (181), Birleşik Krallık'taki büyük bir eğitim hastanesindeki bir pediatri servisinde

MAE düzenlemişlerdir. Eğitim programı 90 son sınıf hemşirelik öğrencisi ve 90 yeni tıp öğrencisi için geliştirilmiştir. Eğitim sırasında hemşirelik ve tıp öğrencilerinin birbirleriyle sosyalleşmiş ve arkadaşlıklar geliştirmiştir. Öğrencilerin mesleklerarası öğrenme deneyimleri sonunda birbirlerinin rol ve sorumluluklarını, klinik becerileri öğrendiklerini; yanısıra kendi mesleki bilgilerinde ve becerilerinde gelişmeler olduğunu ifade etmişlerdir. Ker ve arkadaşları (2003), İskoçya'daki ikinci sınıf tıp ve hemşirelik öğrencileri için simülasyonun da kullanıldığı bir öğrenme ortamında bilgi kazanmanın yanısıra birlikte çalışmaktan keyif aldıklarını, sosyalleştiklerini ve karşılıklı saygı geliştirdiklerini ortaya koymuştur. Bu araştırmanın bulgularına benzer olarak farklı mesleklerle birlikte çalışmaya, ekip çalışmasına olumlu tutum geliştirme ve ekip üyesi olma (182, 183); farklı sağlık alanı profesyonellerinin rol ve sorumluluklarını anlama (184), ekip olma becerilerini geliştirmeyi sağladığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur. Bir diğer çalışmada Kanada'da kırsal ortamlarda çalışan palyatif bakım ekipleri için tasarlanmış iki haftalık MAE geliştirilmiştir. Amaç, ölümcül kanser ve AIDS hastalarına sunulan bakımın kalitesini artırmak için palyatif bakımda bir pilot MAE deneyiminin değerlendirilmesidir. Eğitim verilmesinden üç ay sonra toplanan veriler, katılımcıların işbirlikçi davranışlarında olumlu bir değişiklik olduğunu ve hastalara yarar sağladığını göstermiştir. Ayrıca kursa katılan diğer ekiplerle daha iyi sosyal ilişki ve birlik anlayışı geliştirdiklerini bildirmişlerdir (185). Yine bu çalışmaya benzer şekilde MAE sayesinde konsultasyon ve sevk süreçlerinin etkinliğinin arttığı (186), hasta kayıtlarının dokümantasyonunun doğruluğunun sağlandığı (187), enfeksiyon oranlarının azaldığı, klinik sonuçları iyileştirildiği (188), tıbbi hataları azaldığı (189), hasta memnuniyetinin artırdığı (190), hastanede kalış süresinin kısaldığı (191) ve maliyetlerin düştüğünü (192) ifade eden çalışmalar mevcuttur.

Araştırmada MAE'nin, öğretim üyelerine meslek alanına ve kurumlara katkılardan da bahsedilmiştir. Öğretim üyeleri arasında etkileşimi arttırma, farklı bakış açısı kazanma, farklı meslekleri tanıma/iş birliği geliştirme iş yükünde azalma sağlayacağı ifade edilirken; kuruma ise prestij/tanınırlık kaynakların etkin/ortak kullanımı, sosyal güvenilir olma, sağlık politikalarını yönlendirme, model/örnek olma, eğitimin niteliğinin artması gibi kazanımlar sağlayacağı ifade edilmiştir. Literatürde

ise kazanımlara yönelik yapılan çalışmalar daha çok öğrenci, hasta ve sağlık sistemine katkılara yöneliktir. Bu bağlamda katılımcıların eğitici ve kurumlara yönelik kazanımlarına ilişkin görüş ve katkıları üzerinde daha çok çalışılması gereken ve literatüre kazandırılması gereken bulgular olarak ele alınabilir.

Görüşmelerde MAE'yi etkileyen faktörlere yönelik kapsamlı görüşler paylaşılmıştır. MAE'yi etkileyen faktörler “eğiticinin özellikleri, alt yapı ve olanaklar, öğrencinin özellikleri, mevcut lisans eğitim programı, karar vericiler/yöneticiler, MAE programının yapısı, çalışma/hizmet ortamı, pandemi” kodları ile tanımlanmıştır.

Öğretim üyelerince MAE uygulamalarını en çok etkileyen faktör “eğiticinin özellikleri” olarak ele alınmıştır. Eğiticinin özellikleri kapsamında vurgulananlar sıklığa göre “eğiticilik becerisi, mesleki kimlik/rol algısı, çalışma yoğunluğu, iş birliği kültürü, diğer alan eğiticileri ile ilişkiler, alan koruma kaygısı, MAE deneyimi ve diğer meslekleri tanıma”dır. “Eğiticilik becerisi” MAE uygulamalarının en önemli belirleyicisi olarak ifade edilmiştir. Bu kapsamda “motivasyon ve rol modelinin önemi” tüm alan öğretim üyelerince vurgulanmıştır. Yanısıra eğiticinin yönlendirme ve rehberliği, alanda yetkinlik ve donanımı, iletişim becerilerinin de önemi dile getirilmiştir. Eğiticinin mesleki kimlik/rol algısı üzerinde durulan bir başka nokta olmuş ve sıklıkla hemşirelik ve fizyoterapi öğretim üyeleri tarafından ifade edilmiştir. Öğretim üyeleri, şovenizm, hiyerarşi ve üstünlük algısı, ön yargı/yargı, kendini ispat çabası, taraf olma eğilimi mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklamış ve eleştirmiş, akademik ve idari çalışma yoğunluklarının MAE uygulamalarına yönelik motivasyonlarını olumsuz olarak etkilediğini vurgulamışlardır. Ayrıca eğiticinin iş birliği kültürünün, diğer alan eğiticileri ile ilişkilerinin, MAE deneyimi ve diğer alanları tanımlarının MAE uygulamalarının başarıya ulaşmasındaki önemine vurgu yapılmıştır. Alan koruma kaygısı ise beslenme ve fizyoterapi öğretim üyelerince MAE uygulamaları açısından bariyer olarak nitelendirilmiştir. Fizyoterapi öğretim üyeleri kendilerinin hekimler tarafından tehdit olarak algılandığını ifade ederken; beslenme alanı öğretim üyeleri diğer sağlık alanları tarafından kabul görmeye yönelik kaygı ve diğer alanlara karşı güven sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Sağlık meslekleri, tarihsel olarak, farklı mesleki kimliklere sahip, güç savaşlarının yaşandığı, ayrı ideolojilere dayanan hiyerarşik ve geleneksel yapılar içinde var olmuştur (154, 193). MAE mantığıyla birden karşı karşıya kalan sağlık alanı profesyonellerinin, genellikle ortak bir zemin bulmak yerine bireysel profesyonel kimliklerini ve sınırlarını korumaya çalışması kaçınılmazdır (154). Diğer disiplinleri tanımama, rol ve sorumluluklarına ilişkin kafa karışıklığı ve belirsizlik, öğretim üyelerini ve öğrencileri profesyonel kimliklerini koruma çabasına sokmaktadır (154, 194). Disiplinlerin bir şekilde birbirlerinden ayrı veya birbirleriyle rekabet halinde çalışma eğilimi, literatürde genellikle “kabilecilik” olarak adlandırılan bir senaryo sunar (154). MAE ise mesleki kalıp yargıları yıkmaya, hiyerarşik olmayan ilişkileri, meslekler arasında statü ve saygı eşitliğini teşvik etme potansiyeline sahiptir (195).

MAE uygulamalarını etkileyen bir diğer faktör “alt yapı ve olanaklar” kodu ile tanımlanmıştır. Bölümler arası mesafe, farklı kampüslerde yer alma, hastaneye uzak yerleşkelerde olmanın olumsuz etkilerinden söz edilmiştir. Hem öğrenciler hem öğretim üyeleri tarafından özellikle bölümler arası uzaklığın, farklı binalarda eğitim almanın ve kantin gibi ortak alanların olmayışının öğrencilerinin birbirleriyle etkileşimlerini ve sosyalleşmelerini engellediği vurgulanmıştır. Simülasyon ve maket yetersizliği gibi donanımsal eksiklikler, öğrenci sayılarının fazlalığı ve öğretim üyelerinin azlığı da MAE uygulamalarının planlanması ve sürdürülmesi açısından öğrenciler ve öğretim üyeleri tarafından olumsuz olarak değerlendirilmiştir. MAE uygulamaları ortak öğrenme alanları, kaynaklar, finansman, maliyetler, insan gücü ve planlama ile ilgili çok sayıda lojistik engelin müzakere edilmesini gerektirir (49, 196, 197). Akademik derslerin değişen süreleri, yeterlikler (92) ve farklı değerlendirme kriterleri de MAE geliştiricileri için bir ikilem oluşturur (198).

MAE uygulamalarını etkileyen diğer faktör olarak öğrencinin özelliklerine geniş yer verilmiştir. Bu kapsamda vurgulananlar sıklıkla göre “mesleki kimlik/rol algısı, motivasyon, yeterlik farkı, kültürel yapı, öncelikler, istihdam kaygısı ve kuşağın özellikleridir. Öğrencilerin hiyerarşi, üstünlük, değersizlik, özgüvensizlik eğilimi mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklanmıştır. Fizyoterapi, beslenme ve hemşirelik alanı öğretim üyelerince bu bölümlerdeki öğrencilerin birçoğunun tıp

fakültesini kazanmak isteyip de puanlarının yetmemesinin eğitim ortamlarındaki ilişkilere de yansıtacağı ifade edilmiştir. Beslenme alanı öğretim üyeleri ise öğrencilerdeki istihdam kaygısının farklı sağlık alanı öğrencilerine karşı bir bariyer oluşturmaya neden olacağını vurgulamışlardır.

Tüm alanların öğretim üyeleri mevcut lisans eğitim programlarının teorik açıdan çok yoğun ve MAE uygulamaları için vakit ayırmanın güç olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca program yapılarının ve zamanlarının farklılığı da planlama ve uygulama süreçleri açısından zorluk olarak ifade edilmiştir. Literatürde de benzer şekilde eğitim programlarının yoğunluğu, birlikte eğitim etkinliklerine zaman yaratılamaması MAE uygulamalarında karşılaşılan ana güçlükler olarak ifade edilmektedir (167, 199).

Karar vericiler/yöneticilerin MAE uygulamalarına etkisi en sık hemşirelik alanı öğretim üyeleri ve öğrencileri tarafından dile getirilmiş ve yöneticilerin tutumu, kurum desteği/vizyonu, yasalar/kurullar/akreditasyon ve finansal zorluklar olarak ele alınmıştır. Bu çalışmamızda akreditasyon, MAE uygulamaları için önemli bir motivasyon olarak değerlendirilmiştir. Azzam ve ark. (43) ulusal akreditasyon standartlarında MAE uygulamalarının yer almasının MAE'nin uygulanması ve sürdürülmesine etkisine yönelik yaptıkları araştırmada akreditasyonunun MAE programlarının uygulanması ve sürekli gelişmesinin en önemli itici gücü olduğunu ifade etmiştir.

Hem öğretim üyeleri hem de öğrenciler tarafından MAE programlarının küçük gruplarda yürütülmesi, öğrenci toplulukları ve sosyal sorumluluk çalışmaları gibi informal öğrenme etkinliklerini de içermesi gerektiği ifade edilmiştir. Çalışma ortamlarındaki kültür, çalışan davranışları, hizmet ortamı ile eğitimin uyumunun da MAE uygulamalarının amaca ulaşmasındaki değeri vurgulanmıştır. Murray ve ark. (200) fakülte eğitimi sürecinde yer alan MAE uygulamalarına katılan öğrencilerin çalışma alanlarında işbirliği bağlamında öğrendiklerini uygulama fırsatı bulamayabildikleri ifade etmişlerdir. Ancak zamanla, MAE programlarının da

yaygınlaşmasıyla ve eğitimli nesillerle çalışma alanlarının da dönüşeceği ve işbirliği kültürünün gelişeceği vurgulanmıştır.

Öğretim üyeleri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde MAİ rol ve yeterliklerine yönelik kapsamlı görüşler paylaşılmıştır. Öğrenciler ile yapılan odak grup görüşmelerinde ise görüşler nispeten sınırlıdır. MAİ rol/özellik/yeterlikleri; “iletişimci, ekip üyesi, değer sahibi, alanında uzman, yaşam boyu öğrenen, yönetici, eğitici ve değişim yaratan” kodları ile tanımlanmıştır.

MAİ yeterliklerini ilk kez 1998’de Barr tanımlamıştır (83) ve yıllar içinde farklı kuruluşlar tarafından çağın gereksinimlerini gözönünde bulundurarak çoğu zaman birbirleriyle ve bu çalışmada ortaya konan yeterlikler yayınlanmıştır (36, 37, 61, 83). Öğretim üyelerince en fazla değinilen rol/özellik/yeterlik “ekip üyesi olma” olmuştur. Ekip üyesi olma kapsamında vurgulananlar sıklığa göre “roller ve sorumluluklara uygun davranma, liderlik yapabilme, işbirliğine açık olma, paylaşımcı olma/dayanışma, çatışmayı yönetebilme/problem çözme, uyum sağlama, güven duyma ve akıl yürütme”dir. Tüm bölümlerin öğretim üyelerince sağlık çalışanlarının hastalara ve birbirlerine karşı yasal sorumluluk, görev ve sınırlarına yönelik bilgi sahibi olmalarının, rol ve sorumluluklarına uygun davranmalarının önemine değinilmiştir. Liderlik; öğretim üyelerince ekip içinde sorunlara yönelik akıl yürütebilme, sorumluluk alma, yol gösterme, saygı duyma, özeleştiri yapabilme ve otokontrol sağlayabilme ifadeleri ile dile getirilmiştir. Tıp alanı öğretim üyeleri liderlik ve yöneticiliği içiçe kavramlar olarak algılamaktadır. Hekimleri, “ekibin başı, yöneticisi, daimî lider, order veren, amir, yönlendiren” olarak tanımlamışlardır. Tıp fakültesi öğrencileri ise liderlik rolünü “komut ve order” verme olarak açıklamıştır. Literatürde ise sağlıkta liderlik ve yöneticiliğin farklı kavramlar olduğu görülmektedir. Lider, yarar sağlayan, sorumluluk alan, problem çözen, paylaşılan, elindeki güç ile bilgilerini harmanlayarak kararlar alan kişi olarak tanımlanırken; yönetici, bir bölüm ve birim sorumlusu olan, ekipleri denetleyen olarak tanımlanmaktadır (201). Literatürde yer alan işbirliğine yönelik yeterliklerde katılımcı liderlik vurgusu vardır. Bu yaklaşım sağlık hizmeti sağlayıcılarının ekibe katılımını destekleyen, mesleklerarası ilişkileri bilgi alışverişini kolaylaştıran güvenli bir çalışma ortamı



yaratır (202). Katılımcı liderlikte kararlar tek taraflı değildir, kararlar, ekip üyelerine danışılarak onların katılımları ile oluşturulur. Bu bağlamda MAİ yeterliklerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda liderlik yeterliğine dair görüşler tek bir kişinin ya da meslek grubunun liderliği değil; katılımcı liderlikten yanadır (203-207).

İkinci sıklıkta ifade edilen rol/özellik/yeterlik ise “iletişimci” kodu ile tanımlanmıştır. İletişimci olma kapsamında vurgulananlar sıklığa göre “etkili iletişim kurma/sürdürme, empati kurma, geribildirim alabilme/verebilme, dışa dönüklük/sosyal olma, açık fikirli olma, etkin dinleme, önyargısızlık, sözsüz iletişim kodları kullanma, sözel iletişim kurma, yazılı iletişim kurma ve güncel iletişim araçlarını kullanma”dır. Öğretim üyelerindeki yaygın kanı iletişimsizliğin tıbbi hatalara yol açtığı; hasta ve çalışan güvenliği için sağlık çalışanları arasındaki iletişimin kritik öneme sahip olduğudur. Literatürde de meslekler arasında iletişimsizliğin, olumsuz hasta sonuçları arasındaki bağlantıyı, iletişimsizliğin egoyu, güven eksikliğini, hiyerarşiyi beslediğini gösteren çalışmalar vardır (208, 209). Yapılan MAİ yeterlikleri çalışmalarında iletişim becerileri temel yeterliklerin üst sıralarında yer almış, ekip yaklaşımını destekleyen, sağlık çalışanları, hastalar, aileler ve arasındaki iletişimin sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde kritik olduğu vurgulanmıştır (203-207, 210-212).

Üçüncü sırada tüm alanların öğretim üyeleri ve özellikle hemşirelik öğrencileri tarafından en sık ifade edilen rol/özellik/yeterlik ise “değer sahibi olma” kodu ile tanımlanmıştır. Değer sahibi olma kodu ile tanımlanan ifadelerde sıklığa göre vurgulananlar “saygılı olma, mesleğini sevme, eşitlik anlayışına sahip olma, etik ilkelere bağlılık, hasta odaklı olma, tevazu, hasta ve yakınlarına değer verme, hümanist olma, özveri, bilimsel doğruluktan yana olma”dır. İfadelerde özellikle hemşirelik öğrencilerince “mesleğini sevme ve mesleki aidiyet” ve hasta odaklılık kavramlarının üzerinde sıklıkla durulmuştur. IPEC (37), yayınladığı yeterlik klavuzunda yaşam boyu sağlık ve sağlıkta eşitliği teşvik etmek amacıyla, mesleklerarası sağlık hizmeti sunumunun merkezine hastaların yararlarının yerleştirilmesi değer sahibi olma olarak açıklamıştır. IPEC alt yeterlikleri bu çalışmadakiyle paralel olarak hasta

mahremiyetine saygı gösterme, sağlık ekibinin kültürel çeşitliliği ve bireysel farklılıkları anlama, kültürlerine, değerlerine, rollerine/sorumluluklarına, uzmanlıklarına ve bu faktörlerin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerine saygı gösterme, hastalar, aileleri ve diğer ekip üyeleri ile güvene dayalı bir ilişki geliştirme, ekip süreçlerinde etik davranış sergileme, ekip üyeleri ile ilişkilerde dürüstlük ve bütünlük içinde hareket etme, kendi mesleğinde, uygulama kapsamına uygun yeterlikleri sürdürme şeklindedir. Bu çalışmada farklı olarak değer sahibi olma yeterliğinin alt yeterliği/öğrenci özelliği olarak “mesleğini sevme ve mesleki aidiyet” ortaya çıkmıştır.

Diğer bir rol/özellik/yeterlik ise “alanında uzman olma” kodu ile tanımlanmıştır. Tüm öğretim üyelerince mesleki bilgi becerilere sahip, alanında donanımlı ve yeterliklere sahip olmanın ekip içinde kabul görme ve “karşılıklı güven” sağlamada önemli olduğu vurgulanmıştır. Hemşirelik alanı öğretim üyelerince bilginin bireylerin özgüvenini artıracığı; “order (emir) verilen olmaktan öte değişim yaratan” olmayı sağlayacağı vurgulanmıştır. Fizyoterapi alanı öğretim üyeleri ise meslek alanlarının diğer sağlık alanlarına göre yeni olmasından kaynaklı toplumda fizyoterapistlerin donanımına yönelik önyargı olduğu, fizyoterapistlerin bilgi birikimleri ve becerileri ile zamanla bu önyargının üstesinden gelebileceklerini ifade etmiştir. Literatürde sağlık çalışanları arasındaki güvenin birbirlerinin yeterliğine ve güvenilirliğine tanıklık ederek yavaş yavaş oluşacağı ifade edilmektedir (213). Ekip üyeleri, eşgüdümlü hasta bakımı için birbirlerinin benzersiz becerilerini, yetkinliklerini ve birbirlerine katkılarını fark ettikçe güven gelişmektedir (214). Gergory ve ark. (215)’in sağlık çalışanları arasında güvenin nasıl oluştuğunu, sürdürüldüğüne dair birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan eczacılar ve aile hekimlerinin katıldığı nitel bir çalışmada eczacılar ve aile hekimlerinin farklı güven modelleri sergilemiştir. Eczacılar; aile hekimlerine ünvan, statü ve konumsal otorite temelinde güven duyarken; aile hekimlerinin ise eczacılara yönelik güvenlerini yeterlilik ve performans dayalı olarak kazandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada da tıp fakültesi öğrencileri farklı bir pencereden yaklaşarak alanında yetkin olmanın “sözü dinlenen olma” ve “laf geçirebilme” için önemli olduğunu ifade etmiştir. Kültürel faktörlerin ve mesleklerin toplumsal konumunun güven algısında etkili olduğu söylenebilir (216). Bu bağlamda mesleklerarası ilişkilerde karşılıklı güvenin nasıl geliştirildiğini karakterize eden daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Diğer bir rol ise “yaşam boyu öğrenen olma”dır. Yaşam boyu öğrenen koduyla tanımlanan ifadelerde sıklığa göre vurgulananlar “araştırmacı olma, sürekli mesleki gelişime, yeniliklere ve teknolojiye açık olma ve özdeğerlendirme yapabilme”dir. Tüm bölümlerin öğretim üyelerince araştırma, merak, istek ve kendini güncellemenin karşılıklı güven sağlayacağı ve hasta yararına olacağı vurgulanmıştır. “Eğitici” yeterliği ise hastaların yanı sıra sağlık alanı çalışanları, yerel yönetim ve okul gibi paydaşlarla “bilgi ve deneyim paylaşımı, danışmanlık, eğitim verebilme ve farkındalık yaratabilme” olarak tıp, eczacılık ve beslenme alanı öğretim üyelerince ifade edilmiştir. Bilgi aktarımının iletişim becerisinin ötesinde “eğiticilik becerisi” gerektirdiği vurgulanmıştır. Literatürdeki MAİ’ye dair yeterlik çerçeveleri incelendiğinde Sağlık Alanı Uzmanları için Afrika Tıp Eğitimi Talimatları klavuzunda (217) sağlık profesyonellerinin sürekli öğrenme yoluyla mesleki yeterliklerini korumaları ve geliştirmeleri, uygulamalar hakkında sorgulayıcı, araştırmacı, eleştirel olmaları ve bilginin uygulanmasını değerlendirme becerilerinin olması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca aynı klavuzda çalışmadakine benzer şekilde başkalarının öğrenme ihtiyaçlarını ve istenen öğrenme çıktılarını işbirliği içinde belirleme, başkalarının öğrenmesini kolaylaştırmak için etkili öğretim stratejileri ve içeriği seçme, dinleme, geribildirim verme ve alma, duyarlı, kolaylaştırıcı ve destekleyici bir öğrenme ortamı oluşturma, hastaların, ailelerin, diğer sağlık profesyonellerinin ve toplumun kolaylaştırma özelliği de öğrencinin eğiticilik becerileri olarak değerlendirilmiştir.

Fizyoterapi ve beslenme alanı öğretim üyelerince tanımlanan bir diğer rol ise “değişim yaratan”dır. İfadelerde vurgulananlar “çalışılan ortamı analiz etme, gereksinimleri öngörebilme, değişimi önerebilme ve öncülük etme”dir. Literatürde değişim yaratan olma, vizyonu olan ve değişime gerekçe tanımlayan, değişimi yönlendiren ve diğer sağlık personelleri için rol model olan bireyler olarak tanımlanmıştır (218). Etkili değişim becerisi süreç yönetimi, uygun araç kullanımı, strateji ve teknikler hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirir (219).

Son bölümde, katılımcılar tarafından zamanlama ve MAE program bileşenlerine yönelik önerileri alınmıştır. MAE programlarının geliştirilmesi sürecinde

rollerin, ortak amaç ve hedeflerin ortak bir kurul tarafından belirlenmesi, fikir birliği sağlanması, belirlenen hedeflere uygun içeriğin hazırlanması ve hedeflere ulaşma durumunun değerlendirilmesi önerilmiştir. Ho ve ark. (220) da MAE planlama süreçlerinde tüm katılımcıların ortak amaç ve vizyonu paylaşmasının, iletişim halinde olmalarının, ortak hedefler geliştirmenin sürecin sağlıklı bir şekilde başlatılması ve sürdürülmesinde önemli olduğunu ifade etmektedir. Katılımcılar sağlık eğitiminde dil ve algı birliği sağlanması gerektiğini dile getirmiştir. Benzer şekilde Barker ve ark. (221), program geliştirmenin ilk aşamalarında dil, fikir, prensip ve zaman birliği sağlama vurgusu yapmıştır. Araştırmamızda MAE'ye katılan öğrencilerin uyum içinde hareket edebilmeleri için yeterliklerin, lisans programlarının, eğiticiler tarafından incelenmesi ve MAE uygulamalarında düzeylerinin uygunluğunun sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Abu-Rish ve ark. (84) da etkin MAE uygulamaları için öğrencilerin deneyim, hazırbulunuşluk, mesleki bilgi, beceri ve tutum düzeylerinin birbirine yakın olması gerektiğini ifade etmektedir. Öğrencilerin düzeyleri, ders programlarının yoğunluğu ve farklılıkları dikkate alındığında MAE için uygun zamanı ve ortamı ayarlayabilmek ve gerekli kaynakları oluşturmak için eğiticilere görevler düşmektedir (222).

Sağlık eğitimi ile sağlık hizmet sistemi arasındaki bağlantı önemlidir. Yeterliklerin toplumun sağlık çalışanından beklentisi yönünde, saha araştırılarak, hasta ve toplum ihtiyaçlarına yönelik sık karşılaşılan ve önem arz eden durumlar etrafında geliştirilmesi önemlidir (14, 74). Çalışmada sağlık hizmeti ortamlarında iş birliğine yönelik gereksinimlerin farklılaştığı vurgulanmıştır. Bu bağlamda ihtiyaç belirleme için sahada sağlık hizmeti sunucusu ve yararlanıcısı olan paydaşların görüşlerinin alınmasının ve bunun sürekliliğinin sağlanmasının önemine değinilmiştir.

Çalışmada sağlık eğitim kurum yöneticilerinin ve karar vericilerin geleneksel izole eğitim yapısından uzaklaşması, vizyon ve misyon ifadeleri içinde işbirliği yapabilen, ekip üyesi mezunlar yetiştireceğinin yer almasının gerektiği vurgulanmıştır. Sağlık eğitiminde MAE ve işbirlikçi uygulamaların entegrasyonuna geçiş süreci, akademik ve kurumsal kültürde bir değişiklik gerektirir (223). MAİ bir öncelikse, eğitim kurumlarının işbirliğini desteklemesi, kaynakları ve uygun öğrenme ortamlarını

sağlaması, eğitimcileri ve öğrencileri teşvik etmesi beklenir (224, 225). Ayrıca yönetici ve karar vericiler, farklı meslek gruplarından eğitimci ve öğrencilerin birbirlerine ve kuruma olan güvenini sağlamalı, değişime, eleştiriye ve öneriye açık olmalı, geleneksel olarak bir meslek grubunun diğerlerinden baskın olması gibi artık çağımızla bağdaşmayacak durumlara meydan okuyarak mesleklerarasında eşitlikçi bir tutum sergilemelidir (224, 226).

Tüm katılımcılar, MAE'ye yönelik derslerin eğitim programlarında yer alması konusunda hemfikirdir. Bazı öğretim üyeleri ve öğrenciler MAE kapsamında geliştirilecek derslerin seçmeli olmasını önermiş; bazıları ise zorunlu olması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir. Seçmeli derslere öğrencinin isteyerek ve gönüllülükle katılma fırsatı bulması ve yeni geliştirilecek derslerin programlara entegre edebilmenin daha kolay olması seçmeli derslerin avantajı olarak görülürken; kurumsal süreklilik sağlanmasının zorluğu ve o öğretim üyesinin varlığına bağlı olması ise seçmeli dersin dezavantajı olarak ifade edilmiştir. Dent ve Harden (172) da MAE planlaması sürecinin başında her bölümün hali hazırda yoğun programlarının olduğunu, yeni ortak bir zorunlu programın ütopyik olabileceğini ve sürece seçmeli ders uygulamalarıyla başlayıp sürdürülebilirlik sağlandıkça mezun yeterliklerini her öğrenci için sağlamak için zorunlu eğitim programlarına dönüştürülebileceğini savunmaktadır.

MAE'ye başlangıç açısından en sık vurgulanan öneri MAE'nin erken dönemde, lisans eğitiminin ilk yıllarından itibaren başlaması yönünde olmuştur. Literatürde de MAE'nin sağlık alanında yürütülen programların hangi aşamasında yer alması gerektiğine dair farklı görüşler olsa da çalışmamızda olduğu gibi en çok kabul gören öğrencilerin MAE'ye katılma konusunda daha hazır ve istekli oldukları, lisans eğitiminin ilk yıllarında başlatılması ve artan yoğunlukta uygulamalarla devam etmesi yönündedir (60, 71). Çalışmada bazı katılımcılar tarafından ise kendi mesleklerine yönelik temel bilgileri edindikten, mesleki rol ve sorumluluklarını anladıktan sonra, staj döneminin öncesinde MAE'nin başlaması ve mezun olana kadar uygulamalarla devam etmesi gerektiği ifade edilmiştir. Literatürde de benzer şekilde bazı görüşler

öncelikle öğrencilerin kendi meslek rol ve sorumluluklarını öğrenmesinin ekip çalışması için daha etkili olacağı savunmaktadır. Kendi meslek alanını tam tanıyamadan ekip içinde sorumluluk alan ve bunu yeterince başaramayan öğrencilerin kendi mesleki kimlik gelişimlerinin olumsuz etkilendiği ifade edilmiştir (227).

Eğiticinin özellikleri kapsamında vurgulananlar sıklığa göre “eğiticilik becerisi, mesleki kimlik/rol algısı, çalışma yoğunluğu, işbirliği kültürü, diğer alan eğiticileri ile ilişkiler, alan koruma kaygısı, mesleklerarası eğitim deneyimi ve diğer meslekleri tanıma”dır. “Eğiticilik becerisi” MAE uygulamalarının en önemli yönlendiricisi olarak ifade edilmiştir. Bu kapsamda “motivasyon ve rol modelliğinin önemi” tüm alan öğretim üyelerince ve hemşirelik ile tıp alanı öğrencileri tarafından vurgulanmıştır. Yanısıra eğiticinin yönlendirme ve rehberliği, alanda yetkinlik ve donanımı, iletişim becerilerinin de önemi dile getirilmiştir. Eğiticinin mesleki kimlik/rol algısı, üzerinde durulan bir başka nokta olmuş ve sıklıkla hemşirelik ve fizyoterapi öğretim üyeleri tarafından ifade edilmiştir. Öğretim üyeleri, şovenizm, hiyerarşi ve üstünlük algısı, ön yargı/yargı, kendini ispat çabası, taraf olma eğilimi mesleki kimlik ve rol algısı kavramıyla açıklamış ve eleştirmiş, akademik ve idari çalışma yoğunluklarının MAE uygulamalarına yönelik motivasyonlarını olumsuz olarak etkilediğini vurgulamışlardır. Ayrıca eğiticinin işbirliği kültürünün, diğer alan eğiticileri ile ilişkilerinin, MAE deneyimi ve diğer alanları tanımalarının MAE uygulamalarının başarıya ulaşmasındaki önemine vurgu yapılmıştır. Literatürde MAE uygulamalarında eğiticiler kolaylaştırıcılar tanımlanmıştır. MAE öğrenme hedeflerini destekleyen bir ortam yaratmada kilit bir rol oynadıkları ve öğrencilere rol model olarak hareket ettikleri ifade edilmiştir (60). Karolinska Üniversitesinde MAE eğitim deneyimlere yönelik yürütülen bir çalışmada kolaylaştırıcılar, öğrencilerin birlikte çalışmasını sağlayan, “bilgi aktaran” anlamında “öğreten” değil, doğru soruları sorarak düşünsel süreçleri başlatabilen, öğrencilerin doğru yönde düşünmelerine veya çalışmaya başlamalarına yardımcı olan bireyler olarak tanımlanmıştır. MAE sürecinde temsil edilen her meslekte, her öğrencinin görüşebileceği ve geri bildirim alabileceği kolaylaştırıcı bulunması gerektiği ifade edilmiştir (228). Literatürde çalışmamıza paralel şekilde kolaylaştırıcıların kendilerinin de MAİ içinde olması gerektiği, öğrencilerin kendilerini kolaylaştırıcılarına göre modelleyecekleri ve kolaylaştırıcılar kendi aralarında MAİ yapmıyorsa, öğrencilerin de

yapmayacağı vurgulanmıştır. Ayrıca kolaylaştırıcılar arasında MAİ'yi gerçekleştirmede fakülteler ve akademik bölümler arasındaki geleneksel ayrımların, hiyerarşi algısının ve önyargının gözönünde bulundurulması gereken kültürel sınırlar olduğu belirtilmektedir (228, 229).

Öğretim üyeleri ve öğrenciler, MAE için sosyal biraradalıkların önemine vurgu yapmıştır. MAE programı dahilinde farklı meslek alanlarından öğrencilerin birbirleriyle tanışmalarına ve kaynaşmalarına yönelik sosyal etkinliklerin yaygınlaştırılması gerektiği ifade edilmiştir. Öğrenciler, sosyal etkinlikler sayesinde rahat, sosyal bir ortamda birbirlerini tanıyarak birbirlerine saygı duymayı, karşılıklı güven inşa etmeyi öğrenirler. Sosyal etkinliklere program dışı bir zaman tanımlamak yerine MAE programının bir parçası olarak dahil edilmelidir (230).

Öğretim üyeleri ve öğrenciler en fazla öğretim yöntem ve tekniklerine yönelik öneriler vermiştir. Bu kapsamda en sık vurgulananlar birlikte simülasyon uygulamaları, uygulamaya dayalı; sahada, klinik eğitim ortamında, poliklinikte, ameliyathanede öğrenme ve küçük grup etkinlikleri olmuştur (Tablo 4.4.). MAİ yetkinliklerinin geliştirilebilmesi için öğrencilerin eğitimler süresince aktif katılım göstermeleri ve etkileşimli olarak öğrenmelerinin önemi vurgulanmıştır. Bu nedenle etkileşimi artıran eğitim stratejileri tercih edilmelidir. Literatürde çalışma bulgularımıza benzer şekilde sağlık alanı öğrencilerinin birbirlerinden ve birlikte öğrenmelerinin, küçük grup eğitimleri, simülasyon ve klinik ortam dahil olmak üzere birçok ortamda gerçekleşebileceği, öğrenme hedeflerine ulaşmanın planlanmış işbirlikçi öğrenme deneyimleri yoluyla gerçekleşebileceği gibi, öğrencilerin klinikte planlanmamış karşılaşmalar yoluyla informal olarak da gerçekleşebileceği belirtilmektedir (231). Kuramsal dersler ve sunumlar, seminer ve tartışmalar, gözleme dayalı hasta ziyaretleri, probeme dayalı öğrenme, simülasyon uygulamaları, klinik uygulamalar, çevrimiçi uygulamalar, oyunlaştırma, küçük grup tartışmaları MAİ yeterliklerini sağlamada en etkili eğitim etkinlikleri olarak ifade edilmiştir (71, 118, 232). Bu çalışmada en çok vurgulanan simülasyondur. Simülasyon hata yapma ve tekrar edebilme fırsatı sunan, bu nedenle hastaya verilecek zararı ortadan kaldıran bir

tekniktir. Bu bağlamda MAE etkinliklerinde ekip olma, iletişim, rol ve sorumlulukları anlama, liderlik, karşılıklı saygı geliştirme gibi özellik ve yeterlikleri kazandırmada kullanılması önerilmektedir (175, 233). Abu-Rish ve ark. (84), yaptığı derleme çalışmasında MAE uygulamalarında kullanılan stratejileri ve kullanılma sıklıkları, küçük grup tartışmaları (%57,8), olgu analizleri (%48,2), büyük grup dersleri (%36,1), klinik uygulamalar (%34,9), yansıtma etkinlikleri (%34), simülasyon (%26,5), toplum temelli projeler (%16,9), e-öğrenme (%15,7) olarak sıralanmıştır. Çalışmada da değinilen bir diğer yöntem toplum içinde uygulamalardır. Sağlık eğitimi çoğunlukla fakülte hastanelerinde yapılmaktadır. Bu durum, öğretilen ile gerçek arasında bir boşluk yaratmaktadır. Sadece bilgiye sahip olmak, karmaşık ve yeni teknolojileri kullanma ustalığı toplumun gelişen gereksinimlerini karşılamak için yeterli değildir. Bu bağlamda DSÖ, tıp fakültelerinin yükümlülüğünün eğitim, hizmet ve araştırmayı hizmet edilen toplumun bölgenin ve/veya ülkenin öncelikli sağlık sorunları ile ilişkilendirilmesi gerektiğini, bu bağlamda toplum içinde eğitim uygulamalarına yer verilmesi gerektiğini savunmuştur (234). Topluma dayalı eğitim toplumu tanıyan, toplumun sosyal ve kültürel gereksinimlerini karşılayacak sağlık çalışanlarını yetiştirmenin yanısıra diğer sağlık çalışanlarının sorumluluklarını tanıyan saygı duyan, MAİ ve ekip çalışması yapabilen yatkınlığı geliştirir. Öğrencilerin deneyimleyeceği toplum içindeki uygulamalar, kırsal rotasyonlar birlikte çalışmanın yanı sıra, zengin mesleklerarası deneyimler sunmaya yarar. Öğrenciler hem mesleki hem de sosyal olarak birbirleriyle ve toplumla etkileşime girdikçe hem formal hem informal öğrenmeler gerçekleşir (172).

MAE uygulamalarında kullanılacak ölçme ve değerlendirme yöntemlerine ilişkin eğiticilerin çoğu ekip olma becerisini ölçmenin çok zor ya da mümkün olmadığını dile getirmiştir. Katılımcılar tarafından ekip olma becerilerini ölçmede süreç değerlendirmeyi öne çıkaran farklı yöntem ve tekniklere yönelik öneriler geliştirmiştir. Akran değerlendirme hem öğretim üyeleri hem de öğrenciler tarafından en sık üzerinde durulan yöntem olmuştur. Akran değerlendirmesi MAE'de bireyin ekip becerilerinin ekipteki diğer kişiler tarafından nasıl algılandığını belirlemenin bir yöntemidir. Mesleklerarası ekip çalışması davranışının değerlendiricileri olarak, akranlar benzersiz bir bakış açısı sağlar (235). Eğiticilerin gözlemi, öz değerlendirme



ve refleksiyon, simülasyon uygulamalarında performans değerlendirme, geribildirim, iş başında değerlendirme, eğitici ve öğrenciler tarafından üzerinde durulan yöntemlerdendir. Literatürde hem öğretim hem ölçme değerlendirme için kullanılan reflektif yazmalar, ekip çalışması, güven, iletişim ve olumlu tutum geliştirme için tutumları geliştirmeye yönelik önemli bir yöntem olarak tanımlanmıştır (236). Yapılandırılmış refleksiyon günlükleri öğrencilere, kendi meslekleri ve diğer sağlık mesleklerle ilişkisi hakkındaki bilgilerini ve tutumlarını keşfetmeleri için bir araç sağlarken, öğrencilerin mesleki yargılarını ve gelecekteki eylemlerini yönlendirmelerini sağlar (237).

Kontrol listelerinin geliştirilmesi, bilgi düzeyinin ölçülmesi, farklı alan eğitimcilerinin değerlendirmesi, bireysel performans ölçümü, olgu çözümleme, ortak ödev/proje çalışması, grup performansı ölçümü, mezunların izlemi, gerçek hasta tarafından değerlendirme, 360 derece değerlendirme, tutum/duygu ölçekleri, giyilebilir teknoloji kullanımı/duygu takibi sensörleri, portfolyo ise çoğunlukla önerilen yöntemlerdir. MAE etkileşimli, işbirlikçi bir öğrenme süreci olduğundan, değerlendirmeler de bireyden öte ekip olmaya yöneliktir. Öğrenciler, birlikte geliştirilen projeler ve sunumlar, birden çok uzmanın yer aldığı simülasyonlar, ekip tabanlı OSCE (Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav) istasyonları ve hasta bakım planlarının hazırlanması gibi ekip olma becerileri üzerinden değerlendirilmelidir (172). Çalışmamızda katılımcılar değinirse de sağlık alanı öğrencilerinin birbirlerinin rollerini iyi bir şekilde anlamaları ve takım olarak çalışabilmeleri için mesleklerarası OSCE uygulamaları kolaylaştırıcı olduğu söylenebilir (238). Davranış ve tutumların ölçme ve değerlendirmesi sağlık eğitimini zorlayan bir alandır. Sağlık hizmet sunumunda ekip olma becerilerinin sergilendiği karmaşık süreçleri değerlendirmek için gereken tüm veriyi tek bir ölçme değerlendirme yönteminin sağlaması olanaklı değildir. Ekip olma becerisini, takım çalışmasını ve işbirliğini ölçme ve değerlendirmede gerçek hayat ile uyumlu, amaca yönelik, öğrenen merkezli, öğrenmenin etkisini artıracak, kanıta dayalı, sistematik ve şeffaf yöntemler tercih edilmelidir.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

MAİ; ekip olma (amaç ortaklığı, koordinasyon, dayanışma, liderlik birlikte karar alma), bütüncül yaklaşım, karşılıklı iletişim ve etkileşim, multidisipliner çalışma, rol, görev, yetki ve sorumlulukları karşılıklı anlama olmak üzere geniş bir çerçevede tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde işbirliğinin tıbbi hataları önlediği, bakım kalitesini artırdığı, bütüncül yaklaşım sağladığı, morbidite ve mortalite oranlarını azalttığı, hasta güvenliğini artırdığı ve tedavi süresini kısalttığı için çağımızın zorunluluğu olarak görülmektedir. Çalışanlarda ise iş yükünün azalması, tükenmişliği önleme, çalışan ilişkilerini iyileştirme, olumlu bir çalışma atmosferi, deneyim paylaşımı fırsatı, malpraktisi azaltma, mesleki doyum, hastaya yönelik tam ve doğru bilgi edinme, zaman kazanma, çalışma motivasyonu ve özgüven artışı sağladığı belirtilmiştir. Sağlık alanına etki eden meslek çalışanlarının rol ve sorumlulukları yönetmeliklerde tanımlansa da birbirleriyle ilişkilerin modellendiği, rol dağılımlarının yer aldığı klavuz ve yönergeler henüz mevcut değildir. Meslek mensuplarının hiyerarşi, doğal liderlik algısı, kapalı olma, tıp hegemonyası, aşırı özgüven, rol çatışması, ötekileştirme, güvenmeme, üstünlük, ego, hafife alma, küçük görme, düşük benlik algısı, toplumsal imaj, eşitsizlik algısı işbirliğini olumsuz etkilemekteyken; mesleğini sevmeme, hastaya değer verme, güven, mesleğe aidiyet, kabul görme olumlu etkilemektedir. Çalışmada, yasa koyucuların, karar vericilerin, kurum yöneticilerinin ağırlıklı olarak hekimlerden oluşması mesleki şövenizmi beslemekte ve mesleklerarası çatışmalara zemin hazırlamaktadır. İstihdam, işsizlik, ekonomi, özerklik ve alan koruma kaygısı ise iş birliğini olumsuz yönde etkilediği görüşü hakimdir.

Çalışmada, MAE; birlikte öğrenme, karşılıklı rol ve sorumlulukları anlama, deneyimleme, birbirlerinden öğrenme, yaparak/yaşayarak öğrenme, amaç ortaklığı, etkileşimli öğrenme olmak üzere farklı tanımlarla açıklanmaktadır. Temelinde iletişim, aktif öğrenme, etkileşim ve ekip çalışması yer almaktadır. Eğitim vizitleri, eğitimde simülasyon ve standart hasta uygulamaları, farklı alan öğrencileri ile birarada etkileşimle yürütülen klinik beceri eğitimleri bazı MAE deneyimleri olarak örneklendirilmiştir. MAE'nin öğrencilere; roller ve sorumlulukları anlama, ekiple

çalışma becerisi, farklı bakış açısı kazanma, önyargı geliştirmeme/empati kurma, hasta odaklılık/hasta güvenliği farkındalığı, iletişim becerisi, özgüven kazanma, sosyalleşme, akademik/bilimsel gelişim, etik tutum geliştirme, karşılıklı saygı, önyargısızlık/empati, problem çözme becerisi, liderlik becerisi, savunuculuk geliştirme, mesleki tatmin/doyum, ortak dil geliştirme, yöneticilik becerisi kazandırırken; öğretim üyelerine, öğretim üyeleri arasında etkileşimi arttırma, farklı bakış açısı kazanma, farklı meslekleri tanıma/iş birliği geliştirme, değer/kabul görme, iş yükünde azalma sağladığı öne çıkmaktadır. Hastalar ve toplumun ise ilgiyi hissetmesi, güven ve mutluluk duyması MAE kazanımları arasındadır. MAE ile sağlık hizmetinde niteliğin artması, sağlık harcamalarının düşmesi, sağlıkta şiddetin azalması, tıbbi hataların azalması, zamanın etkin kullanımı, çalışanların iş doyumunu ve çalışma motivasyonunun artması bulgularda öne çıkan diğer kazanımlardır. Fakülte/üniversiteye kazanımlar olarak ise prestij/tanınırlık, kaynakların etkin/ortak kullanımı, sosyal güvenilirlik, sağlık politikalarını yönlendirme, model/örnek olma, eğitimin niteliğinin artması nitelikli hizmet sunumu savunuculuğunu geliştirme yer almıştır.

Çalışmada, çoğunlukla dile getirilen ve eleştirilen ise öğrencilerin ayrı ayrı yetiştirildiği bir eğitim sisteminin olması, eğitimlerin farklı binalarda devam etmesi, sağlık bilimleri fakültesi çatısı altındaki öğretim üyeleri ve öğrencilerin aynı ortamı paylaşıyorlar da birbirleri ile yeterince temas etmemesi, öğretim üyeleri arasında sosyal birlikteliklerin ve akademik işbirliklerinin zayıf olması, farklı disiplin öğrencilerinin birbirlerini tanımaması, birbirlerinin, yeterliklerini, rol ve sorumluluklarını bilmemesi, öğretim üyelerinin birbirlerinin derslerinin içeriklerinden haberdar olmaması ve kendi alanlarında aşırı uzmanlaşmalarıdır.

Katılımcılar işbirliği yapabilmenin sağlık alanı profesyonellerinin en temel ortak yeterliği olduğu konusunda hemfikirdir. Bu bağlamda planlanacak MAE girişimlerinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi ve sürdürülmesi için kurumsal vizyon ve paydaşlar arasındaki uyum, yerel ihtiyaçların gözönünde bulundurulması ve kurumsal güçlü ve zayıf yönlerin dikkate alınması önemlidir.

## Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Eğitim Programlarına yönelik öneriler:

- MAE kavramı hakkında dil ve anlayış birliğinin sağlanabilmesi için ülkemizde MAİ ve MAE bileşenlerine dair terminolojinin doğru kullanımına, bu konuda dil ve fikir birliğinin sağlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır.
- Sağlık hizmeti ortamlarında iş birliğine yönelik gereksinimler farklılaşmaktadır. İhtiyaç belirleme için sahada sağlık hizmeti sunan paydaşların görüşlerinin alınması ve bunun sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Güçlü ve zayıf yönler ile fırsatlar ve tehditleri ortaya çıkaracak analizlerinin yapılarak kanıta dayalı olarak ihtiyaçlar ortaya konulabilir.
- Mezun yeterliklerinin belirlenmesi ve program geliştirme süreçlerinde hem sağlık alanından hem de sağlık alanı dışından paydaşların görüşlerinin alınması önemsenmelidir. Mezunlar, işverenler, farklı bölümlerin öğretim üyeleri ve öğrencilerin en başından program geliştirme süreçlerine ve kararlara aktif katılmaları ortaya çıkacak direnç ve tartışmaların önüne geçilmesini ve sürdürülebilirliği sağlar.
- Ortak amaç ve hedeflerin tanımlandığı eğitim programlarının geliştirilmesi için ortak eğitim koordinatörlükleri, kurullar ve komisyonlar kurulması, araştırma süreçlerinde, lisans ve lisansüstü eğitiminde iş birliği önemlidir. Bu birliktelikler yöneticilerinin biraraya gelmesi ve öğretim üyelerinin iş birliğine açık olması programların hayata geçebilmesini etkin yürütülebilmesine olanak sağlayacaktır.
- MAE programlarının geliştirilmesi sürecinde mevcut programlardaki öğrenci yeterlikleri ve program yapılarının analiz edilmesi, rollerin, ortak amaç ve yeterliklerin ortak bir kurul tarafından belirlenmesi, belirlenen hedeflere uygun içeriğin hazırlanması ve yeterliklere ulaşma durumunun değerlendirilmesi önemli bir basamaktır.
- MAE programları gerçekçi, uygulanabilir, etkin ve sürdürülebilir olması için mevcut kurumsal olanaklara ve koşullara uygun olarak yapılandırılmalıdır.

- MAE programlarının yürütülürken, programın amaç ve hedefleri ile beklenen rollerin eğitici ve öğrencilere yeterince tanıtılması eğitim sürecini anlamaları ve sahiplenmeleri açısından değerlidir.
- Farklı bölüm öğrencilerinin birbirlerini yakından tanımaları, anlamaları, birbirlerinin çalışma alanlarını, “mutfağını” öğrenebilmeleri için bölümler arası rotasyon olanakları sağlanmalıdır.
- Seçmeli derslerde olduğu gibi zorunlu lisans eğitim programlarının da farklı bölüm öğrencileri tarafından erişilebilir hale getirildiği takdirde, açık erişimin öğrenciler arası teması artıracığı düşünülmektedir.
- Eğiticiler ve öğrenciler için MAE uygulamalarının nasıl yürütülmesi gerektiğini açıklayan kolaylaştırıcı uygulama rehberleri ve yönergeler hazırlanmalıdır.
- Öğrencilere ödev, tez ve proje süreçlerinde farklı bölümlerden akademik danışmanlık olanağı sağlanmalıdır.
- Üniversitelerin dil hazırlık sınıflarında da mesleklerarası etkileşim fırsatları değerlidir. Öğrencilerin birbirleri ile sosyalleşmeye başladığı üniversite hazırlık sınıflarında tanışıklıkların başlamasının MAE için iyi bir başlangıç olabilir.
- Lisans eğitiminin ilk yıllarında öğrencilerin öğrenmeye daha istekli, açık, sosyalleşme motivasyonlarının daha yüksek olmasının MAE'nin ilk yıllardan itibaren başlayarak programlarda yer alması değerlidir.
- MAE, lisans eğitiminin ilk yıllarında meslekleri tanımaya yönelik küçük mesleklerarası temaslarla başlamalı, fakültenin ilerleyen yıllarında ise teorik eğitimin yerini artan yoğunlukta mesleklerarası uygulamalara bıraktığı ve sürdürüldürüldüğü bir şekilde devam etmelidir.
- Öğrencilerin hastane ortamında klinik eğitime başladıklarında ortamın atmosferinden olumsuz etkilenmemeleri adına MAE uygulamalarının hastanede veya eğitim verilen tüm sağlık kurumlarında sürdürülmesi önemlidir. Ayrıca yalnızca lisans değil mezuniyet sonrası eğitim süreçlerinde ve sürekli mesleki gelişim kapsamında da hizmet içi eğitimlerle devam etmeli ve pratiğe dönüştürülmelidir.
- Farklı meslek alanlarından öğrencilerin birbirleriyle tanışmalarına ve

kaynaşmalarına yönelik sosyal etkinliklerin yaygınlaştırılmalıdır. Öğrencilerin akademik yoğunluklarının ve ders çalışma önceliklerinin sosyal etkinliklere katılmamalarına neden olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Birlikte sosyal etkinliklerin eğitim programı kapsamında öğretim üyelerinin katılım ve rehberliğinde planlanmalı ve değerlendirmeye dahil edilmelidir.

- MAE programlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinin eğitimcilerin programı sahiplenmeleriyle, karar vericileri etkileyebilmeleri, öncülük etmeleri, inanç duymalarıyla mümkün olabileceği, MAE süreçlerinde yer alan eğitimcilerin eğitici eğitimleri almaları önemlidir.
- Eğitimcilerden sahayı ve diğer meslek gruplarının çalışma alanlarını yeterince tanımaları, sahanın ihtiyacının ve diğer meslek gruplarının görev ve sorumluluklarının farkında olmaları, iş birliğine inanmaları ve açık olmaları, ekip olma bilincini benimsemeleri, öğrencilere rol model olmaları beklenmektedir. Eğitimcilerin bu rolleri benimsiyebilmesi için destekleyici eğitici gelişimi programları düzenlenmelidir
- Fakültelerin birbirinden uzakta ayrı kampüslerde yer almasının izolasyona neden olduğu için farklı alanlardan öğrenci ve eğitimcilerin eğitim, mesleki uygulama alanları ve sosyal alanlarda karşılaşacakları ortak alanlar yaratılmalıdır.
- MAE’de öğretim yöntem ve tekniklerinin belirlenmesinde öğrenci görüşlerinin ve kurumsal olanakların gözönünde bulundurulması önemlidir. Farklı sağlık alanı öğrencilerinin birarada olduğu eğitimlerde mümkün olduğunca güncel, kanıta dayalı ve öğrenenlerin aktif olduğu yöntem ve teknikler kullanılmalıdır.
- MAE’de içeriğin belirlenmesinde ulusal anlamda öncelikli olan konulara yer verilmeli ve sağlık hizmet sunumunda işbirliği gerektiren durumların konu başlıkları olarak seçilmesi gerekir.
- MAE’de öğrenen ve programa yönelik ölçme ve değerlendirme yöntemleri işbirliği yeterliklerini ölçecek şekilde tasarlanmalıdır.

Araştırmalara yönelik öneriler:

- Sağlık alanı öğrencilerinin ekip temelli uygulamalar için MAE’ye ihtiyaçları olduğu gibi, araştırmacıların da mesleklerarası ve/veya disiplinler arası ekip

tabanlı araştırma eğitimine ihtiyaçları vardır. MAE ve MİB araştırmaları bağlamında farklı alanlardan ve üniversitelerden kişilerin bir araya gelerek ortak araştırmalar yürüteceği, deneyim paylaşacakları girişimler veya çalışma grupları oluşturulması yapılacak araştırmalara niteliğini artıracaktır.

- Tıp ve sağlık eğitimi alanında lisansüstü eğitim programlarının olması alanın gelişmesini ve araştırmacıları olumlu olarak etkilemektedir. Bu alanda yetişmiş akademisyenlerin yürüteceği araştırmalar ve tez çalışmalarıyla MAE programlarının uygulama ve yaygınlaşma süreçleri hız kazanacaktır.
- Sağlık alanında eğitimciler çoğunlukla pozitivist yöntem bağlamında nicel ağırlıklı araştırmalara yönelmektedir. Oysa dünya genelinde MAE bağlamında nicel araştırmalardan nitel ve karma araştırmalara doğru paradigma değişimi gündemdedir. Araştırmacılar kanıta dayalı bilgi üretebilmek için uygun araştırma yöntemlerini bilmeli ve kullanabilmelidirler.
- MAE eğitim programlarının oluşturulması, sistematik ve aşamalı planlama, araştırma ve uygulama gerektiren, eğitim psikolojisi, sosyolojisi ve felsefesiyle ilgili bir süreçtir. Eğitim programlarının geliştirilmesi, yürütülmesi ve değerlendirilmesi için paydaşlardan alınacak etkili bir geribildirim sistemine ihtiyaç duyulmaktadır.
- MAE'nin etkisinin değerlendirildiği araştırmalarda verilerin yalnızca öğrenenlerden değil, hizmet sunanlar, hizmet alanlar ve uygulamaların yürütülmesine karar veren politika belirleyicilerinden de çeşitleme yoluyla alınması daha zengin bilgi sağlayacaktır.
- Uzun vadeli hedefte MAE ve MİB'i iyileştirilmiş nüfus sağlığı, alınan sağlık hizmetlerinden artan memnuniyet ve azalan sağlık hizmeti maliyetleri gibi parametrelerle değerlendirmek önemli bir aşamadır.
- MİB yeterliklerine odaklanmak ve kavramsal çerçeveyi geliştirmek için sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirildiği farklı ortamlarda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Christoph NdB, J. How to integrate interprofessional education in your health curricula? : Amsterdam Health Education And Discovery; 2018.
2. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van Der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *Bmj*. 2011;343.
3. Cuff PA. Interprofessional education for collaboration: Learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice: Workshop summary: National Academies Press; 2013.
4. Ploch T, Klazinga NS, Starfield B. Transforming medical professionalism to fit changing health needs. *BMC Med*. 2009;7:64.
5. America IoMaCoQoHCi. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century: National Academies Press; 2001.
6. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell PH, Eldredge DH, Oakes D, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*. 1999;27(9):1991-8.
7. Boyle DK, Kochinda C. Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *J Nurs Adm*. 2004;34(2):60-70.
8. Henneman E, Dracup K, Ganz T, Molayeme O, Cooper C. Effect of a collaborative weaning plan on patient outcome in the critical care setting. *Crit Care Med*. 2001;29(2):297-303.
9. Schmalenberg C, Kramer M, King CR, Krugman M, Poduska D, Rapp D. Excellence through evidence- Securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 1. *J Nurs Admin*. 2005;35(10):450-8.
10. Naylor C, Griffiths RD, Fernandez RS. Does a multidisciplinary total parenteral nutrition team improve patient outcomes? A systematic review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2004;28(4):251-8.
11. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD000072.
12. Patey R, Flin R, Ross S, Parker S, Cleland J, Jackson J, et al. WHO patient safety curriculum guide for medical schools-evaluation study. 2011.

13. Vincent C, Burnett S, Carthey J. The measurement and monitoring of safety: drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring: The Health Foundation; 2013.
14. Thistlethwaite J, Moran M, World Health Organization Study Group on Interprofessional E, Collaborative P. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *J Interprof Care*. 2010;24(5):503-13.
15. Le Q, Spencer J, Whelan J. Development of a tool to evaluate health science students' experiences of an interprofessional education (IPE) programme. *Ann Acad Med Singap*. 2008;37(12):1027-33.
16. Reeves S. An overview of continuing interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009;29(3):142-6.
17. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth DS. Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence (promoting partnership for health): John Wiley & Sons; 2008.
18. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları. Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği; 2021.
19. Hemşirelik Lisans Eğitim Programı Standartları Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği; 2013.
20. Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (SABAK) Çalışma Yönetmeliği. Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği; 2015.
21. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2020.
22. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2014.
23. Beslenme ve Diyetetik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (BDP-ÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2016.
24. Çocuk Gelişimi Lisans Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇUÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2016.
25. Dil ve Konuşma Terapisi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DKT-UÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2016.
26. Mezuniyet Öncesi Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2016.

27. Ergoterapi Ulusal Çekirdek Eğitim Program (ERGO-ÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2016.
28. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çekirdek Eğitim Programı (FTRÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2016.
29. Mezuniyet Öncesi Diş Hekimliği Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DUÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2016.
30. Mezuniyet öncesi Eczacılık Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EczÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2015.
31. Odyoloji Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (OUÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2016.
32. Sosyal Hizmet Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (SHUÇEP). Yüksek Öğretim Kurulu; 2020.
33. Onan A. Sağlık Bilimleri Eğitiminde Benzetim Temelli Mesleklerarası Öğrenmenin Öğrencilerin Birey ve Ekip Performanslarına Etkisi (Doktora Tezi): Ankara Üniversitesi; 2015.
34. Dener H. Mesleklerarası Öğenme Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor ve Hemşireleri ile Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması [Yüksek Lisans]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2015.
35. Özata K. Sağlık Bilimleri Alanında Okuyan Öğrencilerin Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluklarının Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi): Hacettepe Üniversitesi; 2018.
36. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative Expert Panel; 2011.
37. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.
38. Nursing IoMaCotRWJFIotFo. The future of nursing: Leading change, advancing health. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
39. Medicine Io. Interprofessional education for collaboration: Learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice: Workshop summary: National Academies Press; 2013.

40. Cox M, Cuff P, Brandt B, Reeves S, Zierler B. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. *J Interprof Care*. 2016;30(1):1-3.
41. Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach World Health Organization; 1988. Report No.: 9241207698.
42. Zorek J, Raehl C. Interprofessional education accreditation standards in the USA: a comparative analysis. *J Interprof Care*. 2013;27(2):123-30.
43. Azzam MB, Girard MA, Andrews C, Bilinski H, Connelly DM, Gilbert JHV, et al. Accreditation as a driver of interprofessional education: the Canadian experience. *Hum Resour Health*. 2022;20(1):65.
44. Health professions accreditation collaborative forum [Available from: <http://hpacf.org.au>].
45. Ferrer- Balas D, Adachi J, Banas S, Davidson CI, Hoshikoshi A, Mishra A, et al. An international comparative analysis of sustainability transformation across seven universities. *International Journal of Sustainability in Higher Education*. 2008;9(3):295-316.
46. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ*. 2012;46(1):58-70.
47. 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.
48. Hood K, Cant R, Baulch J, Gilbee A, Leech M, Anderson A, et al. Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork. *Nurse Educ Pract*. 2014;14(2):117-22.
49. Curran VR, Sharpe D, Flynn K, Button P. 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.
50. Delunas LR, Rouse S. Nursing and Medical Student Attitudes About Communication and Collaboration Before and After an Interprofessional Education Experience. *Nursing Education Perspectives*. 2014;35(2):100-5.
51. Blue AV, Zoller J, Stratton TD, Elam CL, Gilbert J. Interprofessional education in US medical schools. *J Interprof Care*. 2010;24(2):204-6.

52. 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(sup1):76-86.
53. Anderson ES, Thorpe LN, Hammick M. Interprofessional staff development: changing attitudes and winning hearts and minds. *J Interprof Care*. 2011;25(1):11-7.
54. Gilbert JH. Interprofessional education for collaborative, patient-centred practice. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2005;18(2):32-6, 8.
55. Illingworth P, Chelvanayagam S. Benefits of interprofessional education in health care. *Br J Nurs*. 2007;16(2):121-4.
56. McPherson K, Headrick L, Moss F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Qual Health Care*. 2001;10 Suppl 2(Suppl 2):ii46-53.
57. Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik, 28 (2014).
58. Martin AK, Green TL, McCarthy AL, Sowa PM, Laakso EL. Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:765-72.
59. Foundation CHSR. Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Policy synthesis and recommendations. 2006.
60. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1(sup1):21-38.
61. Collaborative CIH. A National Interprofessional Competency Framework. 2010.
62. Way D, Jones L, Busing N. Implementation strategies: collaboration in primary care—family doctors & nurse practitioners delivering shared care. Toronto: The Ontario College of Family Physicians; 2000.
63. Rao R. Dignity and impudence: how should medical students acquire and practise clinical skills for use with older people? *Medical Education*. 2003;37(3):190-1.
64. Morison S, Jenkins J. Sustained effects of interprofessional shared learning on student attitudes to communication and team working depend on shared learning opportunities on clinical placement as well as in the classroom. *Medical Teacher*. 2007;29(5):450-6.

65. Zwarenstein M, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1(sup1):148-65.
66. Pronovost PJ, Freischlag JA. Improving teamwork to reduce surgical mortality. *JAMA*. 2010;304(15):1721-2.
67. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005;91(7):899-906.
68. Craddock D, O'Halloran C, Borthwick A, McPherson K. Interprofessional education in health and social care: fashion or informed practice? *Learning in Health and Social Care*. 2006;5(4):220-42.
69. Schmitt M, Blue A, Aschenbrenner CA, Viggiano TR. Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education. *Acad Med*. 2011;86(11):1351.
70. The Centre for the Advancement of Interprofessional Education [Available from: <https://www.caipe.org/about>]
71. Reeves S, Tassone M, Parker K, Wagner SJ, Simmons B. Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. *Work*. 2012;41(3):233-45.
72. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(3):CD002213.
73. Hammick M, Olckers L, Champion-Smith C. Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Medical Teacher*. 2009;31(1):1-12.
74. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
75. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
76. Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *J Interprof Care*. 2014;28(5):393-9.
77. Brandt BF. Interprofessional education and collaborative practice: Welcome to the "new" forty-year old field. *The Advisor*. 2015;3:9-17.

78. Palaganas JC, Epps C, Raemer DB. A history of simulation-enhanced interprofessional education. *J Interprof Care*. 2014;28(2):110-5.
79. Biggs J, Tang C. Using constructive alignment in outcomes-based teaching and learning. *Teaching for quality learning at university*. 2007;3:50-63.
80. General Pharmaceutical Council 2021 [Available from: <https://www.pharmacyregulation.org/education/standards-pharmacy-education/faq-reforms-initial-education-and-training-pharmacists>].
81. Good medical practice. London: General Medical Council. General Medical Council (Great Britain); 2013.
82. The Nursing and Midwifery Council. 2018.
83. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*. 1998;12(2):181-7.
84. Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White AA, et al. Current trends in interprofessional education of health sciences students: a literature review. *J Interprof Care*. 2012;26(6):444-51.
85. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online*. 2011;16(1):6035.
86. VanderWielen LM, Do EK, Diallo HI, LaCoe KN, Nguyen NL, Parikh SA, et al. Interprofessional Collaboration Led by Health Professional Students: A Case Study of the Inter Health Professional Alliance at Virginia Commonwealth University. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*. 2014;3(3).
87. Addy CL, Browne T, Blake EW, Bailey J. Enhancing interprofessional education: integrating public health and social work perspectives. *Am J Public Health*. 2015;105 Suppl 1(Suppl 1):S106-8.
88. Irlich J, Kaufman S, Ganetsky VS. Group medical visits as a tool for interprofessional team practice and implementation of the Pharmacy Practice Model Initiative. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2015;72(14):1172-3.
89. Huls M, de Rooij SE, Diepstraten A, Koopmans R, Helmich E. Learning to care for older patients: hospitals and nursing homes as learning environments. *Medical Education*. 2015;49(3):332-9.

90. Kima D, Leeb N. Early Interprofessional Collaboration Through Student–Run Clinics. *UBCMJ*. 2015:26.
91. Nicely S, Farra S. Fostering Learning Through Interprofessional Virtual Reality Simulation Development. *Nursing Education Perspectives*. 2015;36(5):335-+.
92. 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.
93. Homeyer S, Hoffmann W, Hingst P, Oppermann RF, Dreier-Wolfgramm A. Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration - a qualitative study. *BMC Nurs*. 2018;17:13.
94. Lash DB, Barnett MJ, Parekh N, Shieh A, Louie MC, Tang TT. Perceived benefits and challenges of interprofessional education based on a multidisciplinary faculty member survey. *Am J Pharm Educ*. 2014;78(10):180.
95. Lawlis TR, Anson J, Greenfield D. Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. *J Interprof Care*. 2014;28(4):305-10.
96. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 5 ed: Sage publications; 2017.
97. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*: Sage publications; 2016.
98. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
99. Merriam SB, Tisdell EJ. *Qualitative research: A guide to design and implementation*: John Wiley & Sons; 2015.
100. Tremblay S, Castiglione S, Audet LA, Desmarais M, Horace M, Pelaez S. Conducting Qualitative Research to Respond to COVID-19 Challenges: Reflections for the Present and Beyond. *International Journal of Qualitative Methods*. 2021;20:16094069211009679.
101. Maxwell JA. *Qualitative research design: An interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
102. Flick U. *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications; 2022. 1-632 p.
103. Best JW, Kahn JV. *Research in education*, 10th2006.
104. Gray LM, Wong-Wylie G, Rempel GR, Cook K. *Expanding Qualitative*



- Research Interviewing Strategies: Zoom Video Communications. *Qual Rep.* 2020;25(5):1292-301.
105. Carter SM, Shih P, Williams J, Degeling C, Mooney-Somers J. Conducting Qualitative Research Online: Challenges and Solutions. *Patient.* 2021;14(6):711-8.
  106. Moises Jr C. Online data collection as adaptation in conducting quantitative and qualitative research during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Education Studies.* 2020;7(11).
  107. Miles MB, Huberman AM. Nitel veri analizi: genişletilmiş bir kaynak kitap (1. Baskı). Ankara: Pegem Akademi; 2015.
  108. Yıldırım A, Simsek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri 10 ed2016.
  109. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*: Sage; 1985.
  110. Yin RK. *Case study research: Design and methods.* 4 ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009.
  111. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*: Sage Publications; 1994.
  112. Leninger M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. *Critical issues in qualitative research methods.* 1994.
  113. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ.* 2015;29(1):1-10.
  114. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care.* 2005;19 Suppl 1(sup1):8-20.
  115. Thylefors I, Persson O, Hellstrom D. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *J Interprof Care.* 2005;19(2):102-14.
  116. Franklin CM, Bernhardt JM, Lopez RP, Long-Middleton ER, Davis S. Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review. *Health Services Research and Managerial Epidemiology.* 2015;2:2333392815573312.
  117. Scholtes PR, Joiner BL, Streibel BJ. *The team handbook.* 3rd ed2003.

118. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, et al. The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *J Interprof Care*. 2010;24(3):230-41.
119. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ*. 2001;35(9):867-75.
120. Kvarnstrom S. Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *J Interprof Care*. 2008;22(2):191-203.
121. Brooks V, Thistlethwaite J. Working and Learning Across Professional Boundaries. *British Journal of Educational Studies*. 2012;60(4):403-20.
122. Engel J, Prentice D. The ethics of interprofessional collaboration. *Nurs Ethics*. 2013;20(4):426-35.
123. Wheelan SA, Burchill CN, Tilin F. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*. 2003;12(6):527-34.
124. Chang WY, Ma JC, Chiu HT, Lin KC, Lee PH. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *J Adv Nurs*. 2009;65(9):1946-55.
125. Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. *Health Policy*. 2021;125(2):191-202.
126. Bhatt J, Swick M. Am Hosp Assoc [Internet]2017 2017, Mar 15. [cited 2023]. Available from: <https://www.aha.org/news/blog/2017-03-15-focusing-teamwork-and-communication-improve-patient-safety>.
127. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med*. 2003;348(3):229-35.
128. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: are they preventable? *Archives of surgery*. 2006;141(9):931-9.
129. Stewart DE, Tlusty SM, Taylor KH, Brown RS, Neil HN, Klassen DK, et al. Trends and Patterns in Reporting of Patient Safety Situations in Transplantation. *Am J Transplant*. 2015;15(12):3123-33.
130. Shrader S, Kostoff M, Shin T, Heble A, Kempin B, Miller A, et al. Using Communication Technology to Enhance Interprofessional Education Simulations. *Am J Pharm Educ*. 2016;80(1):13.

131. Kenny D, Adamson B. Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority. *Aust Health Rev.* 1992;15(3):319-34.
132. Bekkink MO, Farrell SE, Takayesu JK. Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. *International Journal of Medical Education.* 2018;9:262-70.
133. Jayasuriya-Illesinghe V, Guruge S, Gamage B, Espin S. Interprofessional work in operating rooms: a qualitative study from Sri Lanka. *BMC Surg.* 2016;16(1):61.
134. Pun BT, Jun J, Tan A, Byrum D, Mion L, Vasilevskis EE, et al. Interprofessional Team Collaboration and Work Environment Health in 68 US Intensive Care Units. *Am J Crit Care.* 2022;31(6):443-51.
135. Yamuragiye A, Wylie L, Kinsella EA, Donelle L. A scoping review of interprofessional collaboration in hospital-based obstetric care with a particular focus on Africa. *Journal of Interprofessional Education & Practice.* 2021;24:100456.
136. Zielinska-Tomczak L, Cerbin-Koczorowska M, Przymuszala P, Galazka N, Marciniak R. Pharmacists' Perspectives on Interprofessional Collaboration with Physicians in Poland: A Quantitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(18):9686.
137. Al-Taie A. Implications of Health Care Providers by Physicians' and Pharmacists' Attitudes and Perceptive Barriers towards Interprofessional Collaborative Practices. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2023;58.
138. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun. *TC Resmi Gazete.* 1961.
139. Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1978.
140. Glossary of terms used in the "Health for All" series, no. 1-8. World Health Organization; 1984. Report No.: 9241800097.
141. Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. WHO, Regional Office for Europe Copenhagen; 1999.
142. WHO European Centre for Primary Health Care: annual report of activities 2017. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2018.
143. Öztekin Z. Temel sağlık hizmetleri 1978-2018: HASUDER; 2018.

144. Seçtim H. Sağlıkta Dönüşüm Programi Üzerine Bir Değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*. 2019;1(1):117-33.
145. Buttaro TM, Trybulski J, Polgar-Bailey P, Sandberg-Cook J. *Primary Care E-Book: A Collaborative Practice*: Elsevier Health Sciences; 2019.
146. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface-Botucatu*. 2018;22:1525-34.
147. Vatn L, Dahl BM. Interprofessional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards. *J Interprof Care*. 2022;36(2):186-94.
148. Endris Y, Selassie MW, Edmealem A, Ademe S, Yimam W, Zenebe Y. Nurse-Physician Inter-Professional Collaboration and Associated Factors at Public Hospitals in Dessie City, Amhara, Northeastern Ethiopia, 2021. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2022;15:1697-708.
149. Aghamohammadi D, Dadkhah B, Aghamohammadi M. Nurse-Physician Collaboration and the Professional Autonomy of Intensive Care Units Nurses. *Indian J Crit Care Med*. 2019;23(4):178-81.
150. Deslauriers S, Toutant M, Laberge C, St-Pierre A, Desmeules F, Perreault K. A physician-physiotherapist collaborative model in a family medicine teaching clinic. *Canadian Medical Education Journal*. 2018;9(4):e120.
151. Waszyk-Nowaczyk M, Guzenda W, Kamasa K, Pawlak K, Baltruszewicz N, Artyszuk K, et al. Cooperation Between Pharmacists and Physicians - Whether It Was Before and is It Still Ongoing During the Pandemic? *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:2101-10.
152. Geese F, Schmitt KU. Interprofessional Collaboration in Complex Patient Care Transition: A Qualitative Multi-Perspective Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(3):359.
153. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015;47(3):275-84.
154. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2011;25(2):98-104.
155. Lingard L, Vanstone M, Durrant M, Fleming-Carroll B, Lowe M, Rashotte J, et al. Conflicting messages: examining the dynamics of leadership on interprofessional teams. *Acad Med*. 2012;87(12):1762-7.

156. van Schaik SM, O'Brien BC, Almeida SA, Adler SR. Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. *Med Educ.* 2014;48(6):583-92.
157. Degu T, Amsalu E, Kebede A, Adal O. Inter-professional collaboration and associated factors among nurses and physicians in specialized public hospitals, the northwest, Ethiopia: mixed method multi-centered cross-sectional study. *BMC Health Services Research.* 2023;23(1):1-8.
158. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care.* 2021;21(2):32.
159. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing.* 2015;71(9):1973-85.
160. Fox S, Breton M, Faria A, Kilpatrick K. When Bothering is Part of Professional Practice: Interprofessional Collaboration and Institutional Influences in Primary Care. *Health Commun.* 2023;38(8):1677-87.
161. Improving Primary Health Care Through Collaboration Briefing 2—Barriers to Successful Interprofessional Teams. The Conference Board of Canada; 2012.
162. Sandstrom RW. The meanings of autonomy for physical therapy. *Phys Ther.* 2007;87(1):98-106.
163. Telci EA, Şekeröz S, Karagöz B, Cavlak U, Tomruk MS, Başkurt F, et al. Fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimi alan son sınıf öğrencilerinin işsizlik kaygılarının incelenmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2022;33(1):16-22.
164. Grohmann B, Espin S, Gucciardi E. Patients' experiences of diabetes education teams integrated into primary care. *Canadian Family Physician.* 2017;63(2):E128-E36.
165. Hepworth J, Askew D, Jackson C, Russell A. 'Working with the team': an exploratory study of improved type 2 diabetes management in a new model of integrated primary/secondary care. *Aust J Prim Health.* 2013;19(3):207-12.
166. About CAIPE The Centre for the Advancement of Interprofessional Education [Available from: <https://www.caipe.org/about>].

167. Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *Am J Pharm Educ.* 2009;73(4):59.
168. Interprofessional education – A definition. Centre for the Advancement of Interprofessional Education; 1997.
169. Freeth DS, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. Effective interprofessional education: development, delivery, and evaluation: Wiley Online Library; 2005.
170. Barnsteiner JH, Disch JM, Hall L, Mayer D, Moore SM. Promoting interprofessional education. *Nurs Outlook.* 2007;55(3):144-50.
171. Carpenter J, Hewstone M. Shared learning for doctors and social workers: Evaluation of a programme. *Brit J Soc Work.* 1996;26(2):239-57.
172. Dent J, Harden RM, Hunt D. A practical guide for medical teachers, e-book: Elsevier health sciences; 2021.
173. Robertson J, Bandali K. Bridging the gap: enhancing interprofessional education using simulation. *J Interprof Care.* 2008;22(5):499-508.
174. Speakman E, Sicks S. Nursing in the 21st Century: Find Opportunities to Practice in Interprofessional Healthcare Teams. Imprint. 2015;63(4):35-7.
175. Wagner J, Liston B, Miller J. Developing interprofessional communication skills. *Teaching and Learning in Nursing.* 2011;6(3):97-101.
176. Karim R, Ross C. Interprofessional education (IPE) and chiropractic. *J Can Chiropr Assoc.* 2008;52(2):76-8.
177. Angelini DJ. Interdisciplinary and interprofessional education: what are the key issues and considerations for the future? *J Perinat Neonatal Nurs.* 2011;25(2):175-9.
178. Ebert L, Hoffman K, Levett-Jones T, Gilligan C. "They have no idea of what we do or what we know": Australian graduates' perceptions of working in a health care team. *Nurse Education in Practice.* 2014;14(5):544-50.
179. Liaw SY, Zhou WT, Lau TC, Siau C, Chan SW. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Educ Today.* 2014;34(2):259-64.
180. Carr ECJ, Brockbank K, Barrett RF. Improving pain management through interprofessional education: evaluation of a pilot project. *Learning in Health and Social Care.* 2003;2(1):6-17.

181. Guest C, Smith L, Bradshaw M, Hardcastle W. Facilitating interprofessional learning for medical and nursing students in clinical practice. *Learning in Health and Social Care*. 2002;1(3):132-8.
182. Reeves S. Community-based interprofessional education for medical, nursing and dental students. *Health Soc Care Community*. 2000;8(4):269-76.
183. Mohr C, Phillips A, Curran J, Rymill A. Interagency Training in Dual Disability. *Australasian Psychiatry*. 2002;10(4):356-64.
184. Alderson P, Farsides B, Williams C. Examining ethics in practice: health service professionals' evaluations of in-hospital ethics seminars. *Nurs Ethics*. 2002;9(5):508-21.
185. Kristjanson L, Dudgeon D, Nelson F, Henteleff P, Balneaves L. Evaluation of an interdisciplinary training program in palliative care: Addressing the needs of rural and northern communities. *Journal of Palliative Care*. 1997;13(3):5-12.
186. Taylor J, Blue I, Misan G. Approach to sustainable primary health care service delivery for rural and remote South Australia. *Aust J Rural Health*. 2001;9(6):304-10.
187. Dalton JA, Carlson J, Blau W, Lindley C, Greer SM, Youngblood R. Documentation of pain assessment and treatment: how are we doing? *Pain Manag Nurs*. 2001;2(2):54-64.
188. Horbar JD, Rogowski J, Plsek PE, Delmore P, Edwards WH, Hocker J, et al. Collaborative quality improvement for neonatal intensive care. NIC/Q Project Investigators of the Vermont Oxford Network. *Pediatrics*. 2001;107(1):14-22.
189. Heckman M, Ajdari SY, Esquivel M, Chernof B, Tamm N, Landowski L, et al. Quality improvement principles in practice: the reduction of umbilical cord blood errors in the labor and delivery suite. *J Nurs Care Qual*. 1998;12(3):47-54.
190. Brown B, Crawford P, Darongkamas J. Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health Soc Care Community*. 2000;8(6):425-35.
191. Gazarian M, Henry RL, Wales SR, Micallef BE, Rood EM, O'Meara MW, et al. Evaluating the effectiveness of evidence-based guidelines for the use of spacer devices in children with acute asthma. *Med J Aust*. 2001;174(8):394-7.
192. Overdyk FJ, Harvey SC, Fishman RL, Shippey F. Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions. *Anesth Analg*. 1998;86(4):896-906.

193. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. 2016;38(7):656-68.
194. Nisbet G, Thistlethwaite J, Moran M, Chesters J, Jones M, Murphy K, et al. Sharing a vision for collaborative practice: the formation of an Australasian interprofessional practice and education network (AIPPEN). *Focus on Health Professional Education: A Multi-disciplinary Journal*. 2007;8(3):1-7.
195. Foster R, Macleod Clark J. Moderating the stereotypical views of health and social care students: the role of interprofessional education. *J Interprof Care*. 2015;29(1):34-40.
196. Ryan CA. Ni neart gan chur le cheile "No strength unless together": Addressing the naked emperor of interprofessional education in Ireland. *Journal of Interprofessional Care*. 2010;24(6):734-7.
197. Cusack T, O'Donoghue G. The introduction of an interprofessional education module: students' perceptions. *Qual Prim Care*. 2012;20(3):231-8.
198. Reeves S, Freeth D. The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative. *J Interprof Care*. 2002;16(1):41-52.
199. Ahmady S, Mirmoghtadaie Z, Rasouli D. Challenges to the Implementation of Interprofessional Education in Health Profession Education in Iran. *Adv Med Educ Pract*. 2020;11:227-36.
200. Murray-Davis B, Marshall M, Gordon F. From school to work: promoting the application of pre-qualification interprofessional education in the clinical workplace. *Nurse Educ Pract*. 2012;12(5):289-96.
201. Limb M. How does leadership differ from management in medicine? *BMJ*. 2016;352.
202. Kendall E, Muenchberger H, Catalano T, Amsters D, Dorsett P, Cox R. Developing core interprofessional competencies for community rehabilitation practitioners: findings from an Australian study. *J Interprof Care*. 2011;25(2):145-51.
203. Andersen PO, Jensen MK, Lippert A, Ostergaard D. Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*. 2010;81(6):695-702.
204. Hepp SL, Suter E, Jackson K, Deutschlander S, Makwarimba E, Jennings J, et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *J Interprof Care*. 2015;29(2):131-7.
205. Mink J, Mitzkat A, Mihaljevic AL, Trierweiler-Hauke B, Gotsch B, Schmidt J,



- et al. The impact of an interprofessional training ward on the development of interprofessional competencies: study protocol of a longitudinal mixed-methods study. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):48.
206. McElfish PA, Moore R, Buron B, Hudson J, Long CR, Purvis RS, et al. Integrating Interprofessional Education and Cultural Competency Training to Address Health Disparities. *Teach Learn Med.* 2018;30(2):213-22.
  207. Venville A, Andrews P. Building great health care teams: enhancing interprofessional work readiness skills, knowledge and values for undergraduate health care students. *J Interprof Care.* 2020;34(2):272-5.
  208. Cornett JA, Kuziemy C. Team based communication and the healthcare communication space. *J Health Organ Manag.* 2018;32(6):825-40.
  209. Henry BW, McCarthy DM, Nannicelli AP, Seivert NP, Vozenilek JA. Patients' views of teamwork in the emergency department offer insights about team performance. *Health Expectations.* 2016;19(3):702-15.
  210. Chan EA, Lam W, Lam Yeung SK. Interprofessional competence: a qualitative exploration of social work and nursing students' experience. *J Nurs Educ.* 2013;52(9):509-15.
  211. Jafari N, Hosseini M, Khankeh H, Ahmadi F. Competency and cultural similarity: Underlying factors of an effective interprofessional communication in the emergency ward: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences.* 2020;3(3):292-303.
  212. Ansa BE, Zechariah S, Gates AM, Johnson SW, Heboyan V, De Leo G. Attitudes and Behavior towards Interprofessional Collaboration among Healthcare Professionals in a Large Academic Medical Center. *Healthcare (Basel).* 2020;8(3):323.
  213. Bassoff BZ. Interdisciplinary education as a facet of health care policy: the impact of attitudinal research. *Journal of allied health.* 1983;12(4):280-6.
  214. Snyder M. Preparation of nursing students for health care teams. *Int J Nurs Stud.* 1981;18(2):115-22.
  215. Gregory PA, Austin Z. Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. *Can Pharm J (Ott).* 2016;149(4):236-45.
  216. Sztompka P. *Trust: A sociological theory*: Cambridge university press; 1999.

217. Core competencies for undergraduate students in clinical associate, dentistry and medical teaching and learning programmes in South Africa. Health Professions Council of South Africa; 2014.
218. Sullivan EJ. Effective leadership and management in nursing. 9 ed: Pearson; 2017.
219. Shirey MR. Lewin's Theory of Planned Change as a Strategic Resource. *J Nurs Admin.* 2013;43(2):69-72.
220. Ho K, Jarvis-Selinger S, Borduas F, Frank B, Hall P, Handfield-Jones R, et al. Making interprofessional education work: the strategic roles of the academy. *Acad Med.* 2008;83(10):934-40.
221. 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(sup1):166-76.
222. Gilbert J, Camp Ii R, Cole C, Bruce C, Fielding D, Stanton SUE. Preparing students for interprofessional teamwork in health care. *Journal of Interprofessional Care.* 2009;14(3):223-35.
223. Bareil C, Duhamel F, Lalonde L, Goudreau J, Hudon E, Lussier MT, et al. Facilitating Implementation of Interprofessional Collaborative Practices Into Primary Care: A Trilogy of Driving Forces. *Journal of Healthcare Management.* 2015;60(4):287-300.
224. Cameron S, Rutherford I, Mountain K. Debating the use of work-based learning and interprofessional education in promoting collaborative practice in primary care: a discussion paper. *Quality in primary care.* 2012;20(3):211-7.
225. Regan S, Laschinger HK, Wong CA. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *J Nurs Manag.* 2016;24(1):E54-61.
226. van Dongen JJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA, Daniels R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):58.
227. 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.
228. Hylin U. Interprofessional Education Aspects on Learning Together on an Interprofessional Training Ward: Karolinska Institutet (Sweden); 2010.

229. Clark P. Institutionalizing interdisciplinary health professions programs in higher education: the implications of one story and two laws. *J Interprof Care*. 2004;18(3):251-61.
230. Drynan D, Murphy S. *A Guide to Incorporating Interprofessional Experiences into the Practice Education Setting*. 2010.
231. van Diggele C, Roberts C, Burgess A, Mellis C. Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Med Educ*. 2020;20(Suppl 2):455.
232. Barr H, Freeth D, Hammick M. Evaluations of interprofessional education: a United Kingdom review for health and social care: Centre for the Advancement of Interprofessional Education in Primary Health ...; 2000.
233. Luctkar-Flude M, Baker C, Medves J, Tsai E, Rivard L, Goyer MC, et al. Evaluating An Interprofessional Pediatrics Educational Module Using Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*. 2013;9(5):E163-E9.
234. Boelen C, Heck JE. *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. World Health Organization; 1995.
235. Speyer R, Pilz W, Van Der Kruis J, Brunings JW. Reliability and validity of student peer assessment in medical education: a systematic review. *Med Teach*. 2011;33(11):e572-85.
236. D'Eon M. A blueprint for interprofessional learning. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1(sup1):49-59.
237. Paterson BL. Developing and maintaining reflection in clinical journals. *Nurse Educ Today*. 1995;15(3):211-20.
238. Symonds I, Cullen L, Fraser D. Evaluation of a formative interprofessional team objective structured clinical examination (ITOSCE): a method of shared learning in maternity education. *Med Teach*. 2003;25(1):38-41.

Bu tez çalışmasından bir yayın üretilmiştir: Atılgan, B., & Turan, S. (2022). Covid-19 Sürecinde Tez Çalışması Deneyimi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 25(1), 47-58.



## 8. EKLER

### EK 1: Öğretim Üyeleriyle Derinlemesine Görüşmelerde Kullanılan Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu

#### BİREYSEL GÖRÜŞME ÖĞRETİM ÜYELERİNE

Araştırma sorusu: MAE (mesleklerarası eğitim) ve MAİ (mesleklerarası işbirliği) hakkında sağlık alanı öğretim üyelerinin görüşleri nelerdir?

- i. *MAİ ve MAE’i nasıl tanımlamaktadırlar?*
- ii. *MAE uygulamalarına yönelik tutumları ve görüşleri nelerdir?*
- iii. *Sağlık alanı çalışanlarının meslekler arası işbirliği yeterliğini nasıl tanımlamaktadırlar?*
- iv. *Sağlık alanında MAE programlarının geliştirilmesine ve uygulanmasına yönelik görüşleri nelerdir?*

#### Görüşme Soruları

Onam Formu özetlenerek görüşmeye başlamak için sözlü onam alınır.

- Değerli hocam, mesleki geçmişinizden kısaca bahseder misiniz?
- Size şimdi MAİ ile ilgili görüşlerinizi almak üzere birkaç soru yönlendireceğim:
  1. Sizce MAİ ne demektir? (Örnek verebilir misiniz?)
  2. Sizce öğrencileriniz mezun olduğunda işbirliği yapması gereken uygulamalar bağlamında sahada onları neler bekliyor olacak?
  3. Sizce sağlık alanı profesyonellerinin meslekler arası işbirliği yapabilmeleri için hangi yeterliklere sahip olmaları gerekir?
  4. Peki sizce MAE ne demektir? (Örnek verebilir misiniz?)
  5. Eğitim programınızda MAE uygulamaları/ etkinlikleri var mı?
    - \* *Evet ise:*
      - i. Bu program/uygulamalardan bahsedebilir misiniz?
      - ii. Bu uygulamaların katkıları sizce nelerdir?

\* *Hayır ise:*

Açıklama yapılır. Mesleklerarası eğitimle “iki veya daha fazla

meslek mensubunun işbirliğini, sağlıkta ve sosyal bakımda hizmet kalitesini artırmak için bir araya geldikleri, birlikte birbirlerinden, birbirleri hakkında öğrenme durumları” nı kastediyorum. Sizin bu doğrultuda uygulamalarınız/etkinlikleriniz var mı?

6. MAE uygulamaları sırasında diğer sağlık alanı öğrencileri ve öğretim üyeleri ile bir arada olunuyor. Bu durumda etkileşim ve tutumlar sizce nasıl olabilir?
  - Öğrenci
  - Öğretim üyesi
7. Sizce MAE planlama ve uygulama sürecinde ne gibi zorluklar ve engellerle karşılaşılabilir?
8. İhtiyaçların, engellerin ve zorlukların üstesinden gelmek için neler önerirsiniz?
9. Sizce iyi bir MAE programı nasıl tasarlanmalı ve uygulanmalıdır?
  - i. Sizce MAE fakülte programınızın hangi döneminden itibaren başlamalı ve ne yoğunlukta olmalı?
  - ii. Hangi temalarda MAE uygulamalarının yapılmasının değerli olduğunu düşünüyorsunuz?
  - iii. Fakültenizde uygulamak isteseyiz ne gibi öğretim etkinliklerinden faydalanırdınız?
    - Online modüller
    - Amfi dersleri
    - Simulasyon
    - Çalıştaylar
    - Klinik ortam uygulamaları
    - Saha çalışmaları
    - PDÖ...
  - iv. Mesleklerarası eğitimin ölçme değerlendirme sizce nasıl olmalıdır?
10. Bu görüşmede değinilmediğini düşündüğünüz eklemek istediğiniz bir görüşünüz var mı?

**EK 2: Öğrencilerle Odak Grup Görüşmelerinde Kullanılan Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu**

**ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ  
ÖĞRENCİLER**

Araştırma sorusu: MAE (mesleklerarası eğitim) ve MAİ (mesleklerarası işbirliği) hakkında sağlık alanı öğrencilerinin görüşleri nelerdir?

- i. *MAİ ve MAE’i nasıl tanımlamaktadırlar?*
- ii. *Sağlık alanı çalışanlarının meslekler arası işbirliği yeterliğini nasıl tanımlamaktadırlar?*
- iii. *Deneyimledikleri MAE ve işbirliği uygulamalarına yönelik görüş ve önerileri nelerdir?*

**Giriş**

Onam Formu özetlenerek görüşmeye başlamak için sözlü onam alınır.

Kendinizi tanıtabilir misiniz?

- Size şimdi MAİ ile ilgili görüşlerinizi almak üzere birkaç soru yönlendireceğim:
  1. Hepiniz son sınıf öğrencisisiniz. Çokça klinik ve saha uygulamaları deneyimleriniz oldu. Bu ortamlarda (servis, poliklinik, ameliyathane, laboratuvar..) diğer sağlık alanı profesyonelleri ile nasıl işbirliği yapıyorsunuz?
  2. MAİ denince sizin aklınıza ne geliyor? Açıklamanız gerekirse nasıl tanımlarsınız?
  3. Diğer sağlık alanı profesyonelleri ile birlikte çalışırken mesleklerarası işbirliği gerektiren durumlara ilişkin deneyimleriniz nedir?
    - i. *Olumlu deneyimler*
    - ii. *Güçlükler*
  4. Sizce MAİ gerektiren uygulamalarda karşılaşılabilecek güçlükler nelerdir?
  5. Sizler aylar sonra sağlık profesyonelleri olarak sahaya çıkacaksınız. Peki sizce sahada sağlık alanı çalışanlarının meslekler arası işbirliği yapabilmeleri için hangi yeterliklere/özelliklere sahip olmaları gerekir?
  6. Peki sizce MAE ne demektir?

\*Yanıt gelmezse açıklama yapılır. Mesleklerarası eğitimle “iki veya daha fazla meslek mensubunun işbirliğini, sağlıkta ve sosyal bakımda hizmet kalitesini artırmak için bir araya geldikleri, birlikte birbirlerinden, birbirleri hakkında öğrenme durumları” nı kastediyorum.

7. Fakülte eğitim sürecinizde MAE uygulamaları oldu mu, deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
  - iii. Birlikte eğitim etkinliklerini açıklar mısınız?.
  - iv. Ortak etkinliklerin size ne gibi katkıları olduğunu düşünüyorsunuz?
  - v. Zorlayıcılar nelerdi?
8. Mevcut eğitim programınızın mezun olduğunuzda sizi işbirliğine dayalı uygulamalara yeterli bir şekilde hazırladığını düşünüyor musunuz? Neden?
9. Sizce iyi bir MAE programı nasıl tasarlanmalı ve uygulanmalıdır?
  - vi. Sizce MAE fakülte programınızın hangi döneminden itibaren başlamalı ve ne yoğunlukta olmalıdır?
  - vii. Hangi temalarda MAE uygulamalarının yapılmasının değerli olduğunu düşünüyorsunuz?
  - viii. Fakültenizde uygulamak istesenez ne gibi öğretim etkinliklerini tercih ederdiniz?
    - Online modüller
    - Amfi dersleri
    - Simulasyon
    - Çalıştaylar
    - Klinik ortam uygulamaları
    - Saha çalışmaları
    - PDÖ vb.
  - ix. Mesleklerarası eğitimin ölçme değerlendirme sizce nasıl olmalıdır?
10. Bu görüşmede değinilmediğini düşündüğünüz eklemek istediğiniz bir görüşünüz var mı?



**EK 3: Bilgilendirilmiş Onam Formları (Öğrenciler ve Öğretim Üyeleri)****ÖĞRENCİ/ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ**

Tez çalışmasının adı: SAĞLIK MESLEK GRUPLARI EĞİTİMİNDE

**MESLEKLERARASI EĞİTİM VE İŞBİRLİĞİNE YÖNELİK PAYDAŞ  
GÖRÜŞLERİ**

Araştırmacı: Ar. Gör. Dr. Bürge Atılğan

Sayın Katılımcı,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Eğitimi Programında Doktora yapmaktayım aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı’nda araştırma görevlisiyim. Doktora tezim kapsamında, tez danışmanım Prof. Sevgi Turan ile birlikte sağlık meslek grupları eğitiminin bileşenleri olan öğretim üyeleri, öğrencileri, fakülte yöneticileri ve sağlık alanı mezunların mesleklerarası işbirliği ve mesleklerarası eğitim hakkındaki görüşlerinin incelemekteyiz. Bu araştırmanın mesleklerarası eğitime yönelik ortaya konacak paydaş görüşleri ile ülkenin ihtiyaçları bağlamında uygun amaç ve hedefleri içeren mesleklerarası eğitim programları geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına katkı sunacağı inancındayız.

Çalışma kapsamında odak grup görüşmeleri ve bireysel görüşmeler, bu amaç doğrultusunda hazırlanan sorulara yanıt bulmak için yapılacaktır. Çalışma, Ankara ilinde sağlık bilimleri alanında mezun veren üniversiteler ile yürütülecektir. Seçilmiş üniversiteler Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Başkent Üniversitesidir. Araştırmanın “öğretim üyeleri, fakülte yöneticileri, öğrenciler ve mezunlar” olmak üzere 4 alt grubu bulunmaktadır. Fakülte yöneticileri ve öğretim üyeleri ile bireysel görüşmeler, öğrenci ve mezunlarla ise odak grup görüşmeleri yapılacaktır.

Sizden 1,5-2 saat kadar sürecek Odak Grubumuza katılmanız istenmektedir. Odak grup çalışmasında, güvenli ve görüşme için uygun bir ortamda, bir masa etrafında farklı üniversitelerden (yukarıda adı geçen üniversiteler) sizinle aynı bölümden mezun katılımcılar ile birlikte moderatörün meslekler arası eğitim ve işbirliği konusunda sizlere yönelteceği sorular bağlamında tartışmanız istenecektir. Bu görüşme sırasında moderatörün yanı sıra, masanın dışında, görüşmeyi etkilemeyecek bir uzaklıkta bir

moderatör yardımcısı bulunacak ve not tutacaktır. Görüşmede ses kaydı yapılacaktır.

Görüşmeler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dersliklerinde yapılacaktır. Çalışmaya her grup için 6 kişi (toplam 30 gönüllü) katılması planlanmaktadır. Çalışma kapsamında öğrencilerle 5 odak, mezunlarla 5 olmak üzere 10 odak grup görüşmesi; öğretim üyeleri ile 25, fakülte yöneticileri ile 25 olmak üzere 50 bireysel görüşme yapılacaktır.

Ses kaydında yer alacak konuşmalar önce çözümlenerek yazıya geçirilecek, sonra elde edilen ham verinin tematik analizi yapılacaktır. Çalışmanın bütün aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, üçüncü kişilerle ve/veya kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük ilkesine bağlıdır. Katılmamayı tercih edebilir veya görüşmenin herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılabilirsiniz. Odak grup görüşmesi tamamlandıktan sonra elde edilen ham veriden size ait olanları ayırd etmek olanaksız olduğundan, bu aşamadan sonra verilerinizin kullanılmasına izin vermemeniz mümkün olamayacaktır. Araştırmadan elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Çalışmamıza katılmak size veya kuruma herhangi bir sorumluluk ve mali yük getirmeyecektir. Bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan araştırma izni ve kurumunuzdan gerekli idari izinler alınmıştır. Herhangi bir sorunuz olursa aşağıdaki e posta ve telefon numaraları ile bizlerle iletişime geçebilirsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Dr. Bürge Atılgan \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Sevgi Turan (tez danışmanı),

Bu çalışma hakkında bilgilendirildim ve sormak istediğim sorulara doyurucu yanıtlar aldım. Çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Herhangi bir rahatsızlık duyduğumda görüşme aşamasının sonuna dek çalışmayı bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

(Bu boşluğa el yazınızla “Okudum ve anladım. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.” ibaresini yazdıktan sonra ad ve soyadınızı yine el yazınızla yazıp imzalayınız.)

Tarih:

İmza

Katılımcının Adı Soyadı :  
 .....

Tel. no :

E-posta :

Not: Sonraki süreçte uygun olduğunuz bir zaman diliminde odak grup görüşmesi için sizinle iletişime geçilmesini ister misiniz?

Evet Hayır

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Sevgi Turan

.....

Araştırmacı: Arş. Gör. Dr. Bürge Atılgan .....

### ÖĞRETİM ÜYESİ/BİREYSEL GÖRÜŞME

Tez çalışmasının adı: SAĞLIK MESLEK GRUPLARI EĞİTİMİNDE

MESLEKLERARASI EĞİTİM VE İŞBİRLİĞİNE YÖNELİK PAYDAŞ  
 GÖRÜŞLERİ

Araştırmacı: Ar. Gör. Dr. Bürge Atılgan

Sayın Katılımcı,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Eğitimi Programında Doktora yapmaktayım aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim. Doktora tezim kapsamında, tez danışmanım Prof. Sevgi Turan ile birlikte sağlık meslek grupları eğitiminin bileşenleri olan öğretim üyeleri, öğrencileri, fakülte yöneticileri ve sağlık alanı mezunlarının mesleklerarası işbirliği ve mesleklerarası eğitime hakkındaki görüşlerinin incelemekteyiz. Bu araştırmanın mesleklerarası eğitime yönelik ortaya konacak paydaş görüşleri ile ülkenin ihtiyaçları bağlamında uygun amaç ve hedefleri içeren mesleklerarası eğitim programları geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına katkı sunacağı inancındayız.

Çalışma kapsamında odak grup görüşmeleri ve bireysel görüşmeler, bu amaç doğrultusunda hazırlanan sorulara yanıt bulmak için yapılacaktır. Çalışma, Ankara ilinde sağlık bilimleri alanında mezun veren üniversiteler ile yürütülecektir. Seçilmiş üniversiteler Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi'dir. Araştırmanın “öğretim üyeleri, fakülte yöneticileri, öğrenciler ve mezunlar” olmak üzere 4 alt grubu bulunmaktadır. Fakülte yöneticileri ve öğretim üyeleri ile bireysel görüşmeler, öğrenci ve mezunlarla ise odak grup görüşmeleri yapılacaktır.

Sizden 1 saat kadar sürecek bireysel görüşmeye katılmanız istenmektedir. Görüşme sizin tercih ettiğiniz, güvenli ve görüşme için uygun bir ortamda yapılacaktır. Görüşmede ses kaydı yapılacaktır.

Çalışma kapsamında öğrencilerle 5 odak, mezunlarla 5 olmak üzere 10 odak grup görüşmesi; öğretim üyeleri ile 25, fakülte yöneticileri ile 25 olmak üzere 50 bireysel görüşme yapılacaktır.

Ses kaydında yer alacak konuşmalar önce çözümlenerek yazıya geçirilecek, sonra elde edilen ham verinin tematik analizi yapılacaktır. Çalışmanın bütün aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, üçüncü kişilerle ve/veya kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük ilkesine bağlıdır. Katılmamayı tercih edebilir veya görüşmenin herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bireysel görüşme tamamlandıktan sonra da verilerinizin kullanılmasına izin vermemeniz halinde verileriniz kullanılmayacaktır. Araştırmadan elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Çalışmamıza katılmak size veya kuruma herhangi bir sorumluluk ya da mali yük getirmeyecektir. Bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan araştırma izni ve kurumunuzdan gerekli idari izinler gerekli izinler alınmıştır. Onay vermeden önce aklınıza gelen her soruyu sorabilirsiniz, ya da daha sonra aklınıza soru gelirse aşağıdaki e posta ve telefon numaraları ile bizlerle iletişime geçebilirsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Dr. Bürge Atılğan  
Prof. Dr. Sevgi Turan

Bu çalışma hakkında bilgilendirildim ve sormak istediğim sorulara doyurucu yanıtlar aldım. Çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Herhangi bir rahatsızlık duyduğumda görüşme aşamasının sonuna dek çalışmayı bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

(Bu boşluğa el yazınızla “Okudum ve anladım. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.” ibaresini yazdıktan sonra ad ve soyadınızı yine el yazınızla yazıp imzalayınız.)

Tarih:

İmza

Katılımcının Adı Soyadı :

.....

Tel :

e-posta :

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Sevgi Turan

.....

Araştırmacı: Arş. Gör. Dr. Bürge Atılğan

.....

**EK 4: Katılımcıların Özellikleri (Öğretim Üyeleri ve Öğrenciler)**

Fakülte	Veri Toplama Yöntemi	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsi yet	Katılımcılar	Görev	Ünvan	Mesleki deneyim yıl	Eğitcilik deneyimi yıl	Yöneticilik deneyimi Yıl
TIP	Derinlemesine görüşme	Yüzyüze	1	E	Tıp, dekan, profesör_1	Dekan	Profesör	30	20	3.5
		Çevrimiçi	2	K	Tıp, dekan, profesör_2	Dekan	Profesör	30	18	2
		Yüzyüze	3	K	Tıp, dekan yardımcısı, profesör_3	Dekan Yrd.	Profesör	31	20	3
		Yüzyüze	4	E	Tıp, dekan yardımcısı, profesör_4	Dekan Yrd.	Profesör	19	9	1.5
		Çevrimiçi	5	E	Tıp, dekan yardımcısı, doçent_5	Dekan Yrd.	Doçent	22	12	0.25
		Yüzyüze	6	K	Tıp, profesör_6	Öğretim Üyesi	Profesör	20	15	
		Yüzyüze	7	K	Tıp, profesör_7	Öğretim Üyesi	Profesör	27	19	
		Yüzyüze	8	E	Tıp, profesör_8	Öğretim Üyesi	Doçent	28	20	
		Çevrimiçi	9	E	Tıp, doçent_9	Öğretim Üyesi	Doçent	17	10	
		Çevrimiçi	10	E	Tıp, profesör_10	Öğretim Üyesi	Profesör	20	12	

Fakülte	Veri Toplama Yöntemi	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsi yet	Katılımcılar	Görev	Ünvan	Mesleki deneyim yıl	Eğitcilik deneyimi yıl	Yöneticilik deneyimi yıl
HEMŞİRELİK	Derinlemesine görüşme	Çevrimiçi	1	K	Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör 1	Bölüm başkanı	Profesör	34	20	2
		Yüzyüze	2	K	Hemşirelik, bölüm başkanı, profesör 2	Bölüm başkanı	Profesör	20	14	6
		Yüzyüze	3	K	Hemşirelik, dekan, profesör 3	Dekan	Profesör	34	22	4
		Yüzyüze	4	K	Hemşirelik, dekan yard., profesör 4	Dekan Yrd.	Profesör	36	17	4.50
		Yüzyüze	5	K	Hemşirelik, bölüm başkanı, doçent 5	Bölüm başkanı	Doçent	24	9	2
		Çevrimiçi	6	K	Hemşirelik, profesör 6	Öğretim Üyesi	Profesör	32	15	0
		Yüzyüze	7	K	Hemşirelik, doktor öğretim üyesi_7	Öğretim Üyesi	Dr. Öğretim üyesi	15	9	0
		Yüzyüze	8	K	Hemşirelik, doktor öğretim üyesi_8	Öğretim Üyesi	Dr. Öğretim üyesi	12	4	0
		Yüzyüze	9	K	Hemşirelik, doktor öğretim üyesi_9	Öğretim Üyesi	Dr. Öğretim üyesi	22	7	0
		Yüzyüze	10	K	Hemşirelik, doktor öğretim üyesi_10	Öğretim Üyesi	Dr. Öğretim üyesi	13	3	0

Fakülte	Veri Toplama Yöntemi	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsi yet	Katılımcılar	Görev	Ünvan	Mesleki deneyim yıl	Eğitcilik deneyimi yıl	Yöneticilik deneyimi yıl
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON	Derinlemesine görüşme	Yüzyüze	1	K	Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent_1	Bölüm başkanı	Doçent	12	6	1
		Yüzyüze	2	K	Fizyoterapi, öğretim üyesi, profesör_2	Öğretim Üyesi	Profesör	20	11	
		Yüzyüze	3	E	Fizyoterapi, bölüm başkanı, profesör_3	Bölüm başkanı	Profesör	25	12	1.5
		Çevrimiçi	4	K	Fizyoterapi, öğretim üyesi, doktor öğretim üyesi_4	Öğretim Üyesi	Doktor öğretim üyesi	17	6	
		Yüzyüze	5	K	Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent_5	Öğretim Üyesi	Doçent	15	5	
		Yüzyüze	6	E	Fizyoterapi, bölüm başkanı, doçent_6	Bölüm başkanı	Profesör	18	8	7
		Yüzyüze	7	K	Fizyoterapi, dekan yardımcısı, profesör_7	Dekan yardımcısı	Profesör	19	13	1
		Yüzyüze	8	K	Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent_8	Öğretim Üyesi	Doçent	14	5	
		Yüzyüze	9	K	Fizyoterapi, öğretim üyesi, doçent_9	Öğretim Üyesi	Doçent	18	14	



Fakülte	Veri Toplama Yöntemi	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsiyet	Katılımcılar	Görev	Ünvan	Mesleki deneyim yıl	Eğitcilik deneyimi yıl	Yöneticilik deneyimi yıl
ECZACILIK	Derinlemesine görüşme	Çevrimiçi	1	K	Eczacılık, öğretim üyesi, doçent_1	Öğretim Üyesi	Doçent	20	7	
		Yüzyüze	2	K	Eczacılık, öğretim üyesi, doçent_2	Öğretim Üyesi	Profesör	29	17	
		Yüzyüze	3	K	Eczacılık, öğretim üyesi, doçent_3	Öğretim Üyesi	Doktor öğretim üyesi	13	4	
		Yüzyüze	4	K	Eczacılık, dekan yardımcısı, doçent_4	Dekan yardımcısı	Doçent	16	12	3
		Çevrimiçi	5	K	Eczacılık, öğretim üyesi, öğretim görevlisi_5	Öğretim Üyesi	Öğretim görevlisi	8	2	
		Çevrimiçi	6	K	Eczacılık, dekan yardımcısı, profesör_6	Dekan yardımcısı	Profesör	15	9	5
		Yüzyüze	7	K	Eczacılık, dekan, profesör_7	Dekan	Profesör	21	17	4
		Yüzyüze	8	K	Eczacılık, öğretim üyesi, profesör_8	Öğretim Üyesi	Profesör	23	18	

Fakülte	Veri Toplama Yöntemi	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsi yet	Katılımcılar	Görev	Ünvan	Mesleki deneyim yıl	Eğitcilik deneyimi yıl	Yöneticilik deneyimi yıl
BESLENME VE DİYETETİK	Derinlemesine görüşme	Yüzyüze	1	K	Beslenme, bölüm başkanı, profesör_1	Bölüm başkanı	Profesör	27	23	1
		Yüzyüze	2	K	Beslenme, bölüm başkanı, profesör_2	Bölüm başkanı	Profesör	26	20	5
		Yüzyüze	3	K	Beslenme, öğretim üyesi, profesör_3	Öğretim Üyesi	Doktor öğretim üyesi	12	4	
		Yüzyüze	4	K	Beslenme, bölüm başkanı, profesör_4	Öğretim Üyesi	Profesör	28	19	7
		Yüzyüze	5	E	Beslenme, bölüm başkanı, profesör_5	Öğretim Üyesi	Profesör	18	6	3
		Yüzyüze	6	K	Beslenme, öğretim üyesi, profesör_6	Öğretim Üyesi	Profesör	34	13	
		Yüzyüze	7	K	Beslenme, öğretim üyesi, profesör_7	Öğretim Üyesi	Profesör	25	11	
		Yüzyüze	8	K	Beslenme, öğretim üyesi, doçent_8	Öğretim Üyesi	Doçent	23	9	
		Yüzyüze	9	K	Beslenme, bölüm başkan yardımcısı, doçent_9	Öğretim Üyesi	Doçent	22	10	
		Yüzyüze	10	K	Beslenme, öğretim üyesi, öğretim görevlisi_9	Öğretim Üyesi	Öğretim görevlisi		4	

Fakülte	Veri Toplama Yöntemi	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsiyet		Katılımcılar
TIP	Odak grup görüşme	Yüzyüze	1	E	Başkent Üniversitesi	Tıp, öğrenci_1
			2	K	Başkent Üniversitesi	Tıp, öğrenci_2
			3	K	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Tıp, öğrenci_3
			4	K	Gazi Üniversitesi	Tıp, öğrenci_4
			5	K	Ankara Üniversitesi	Tıp, öğrenci_5
			6	K	Gazi Üniversitesi	Tıp, öğrenci_6
			7	K	Hacettepe Üniversitesi	Tıp, öğrenci_7
			8	E	Hacettepe Üniversitesi	Tıp, öğrenci_8

Fakülte	Veri Yöntemi	Toplama	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsiyet		Katılımcılar
HEMŞİRELİK	Odak grup görüşme		Yüzyüze	1	K	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_1
				2	E	Ankara Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_2
				3	K	Gazi Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_3
				4	K	Ankara Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_4
				5	K	Başkent Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_5
				6	K	Hacettepe Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_6
				7	K	Hacettepe Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_7
				8	K	Başkent Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_8
				9	K	Gazi Üniversitesi	Hemşirelik, öğrenci_9

Fakülte	Veri Toplama Yöntemi	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsiyet		Katılımcılar
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON	Odak grup görüşme	Yüzyüze	1	K	Başkent Üniversitesi	Fizyoterapi, öğrenci_1
			2	K	Başkent Üniversitesi	Fizyoterapi, öğrenci_2
			3	K	Gazi Üniversitesi	Fizyoterapi, öğrenci_3
			4	K	Gazi Üniversitesi	Fizyoterapi, öğrenci_4
			5	K	Hacettepe Üniversitesi	Fizyoterapi, öğrenci_5
			6	K	Hacettepe Üniversitesi	Fizyoterapi, öğrenci_6
			7	E	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Fizyoterapi, öğrenci_7
			8	K	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Fizyoterapi, öğrenci_8

Fakülte	Veri Toplama Yöntemi	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsiyet		Katılımcılar
ECZACILIK	Odak grup görüşme	Çevrimiçi	1	K	Ankara Üniversitesi	Eczacılık, öğrenci_1
			2	E	Ankara Üniversitesi	Eczacılık, öğrenci_2
			3	E	Gazi Üniversitesi	Eczacılık, öğrenci_3
			4	K	Hacettepe Üniversitesi	Eczacılık, öğrenci_4
			5	K	Hacettepe Üniversitesi	Eczacılık, öğrenci_5

Fakülte	Veri Yöntemi	Toplama	Görüşme Şekli	Sayı	Cinsiyet		Katılımcılar
BESLENME VE DİYETETİK	Odak grup görüşme		Çevrimiçi	1	K	Başkent Üniversitesi	Beslenme, öğrenci_1
				2	K	Gazi Üniversitesi	Beslenme, öğrenci_2
				3	K	Hacettepe Üniversitesi	Beslenme, öğrenci_3
				4	K	Başkent Üniversitesi	Beslenme, öğrenci_4
				5	K	Ankara Üniversitesi	Beslenme, öğrenci_5

**EK 5: Tez Çalışması Etik Komisyon İzni**

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük

Tarih: 23/09/2019  
Sayı: 35853172-900-E.00000776585  
0000776585

Sayı : 35853172-900  
Konu : Arş. Gör. Dr. Sevim Bürge ÇİFTÇİ ATILGAN (Etik Komisyon İzni)

**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Fakülteniz Aile Hekimliği Anabilim Dalında görev yapan Arş. Gör. Dr. Sevim BÜRGE ÇİFTÇİ ATILGAN'ın sorumluluğunda Prof. Dr. Sevgi TURAN tarafından yürütülen "Sağlık Meslek Grupları Eğitiminde Mesleklerarası Eğitim ve İşbirliğine Yönelik Paydaş Görüşleri" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonununun 17 Eylül 2019 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-İmzalıdır  
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU  
Rektör Yardımcısı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden dfc83407-86ad-4673-9c74-951e78023831 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon:0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet  
Adresi: www.hacettepe.edu.tr

Duygu Didem İLF<sup>®</sup>





**EK 6: Tez Çalışması Orjinallik Raporu**

## Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Bürge Atılğan  
 Ödev başlığı: SAĞLIK MESLEK GRUPLARI EĞİTİMİNDE MESLEKLERARASI EĞ...  
 Gönderi başlığı: SAĞLIK MESLEK GRUPLARI EĞİTİMİNDE MESLEKLERARASI EĞ...  
 Dosya adı: burge\_atilgan.docx  
 Dosya boyutu: 2.53M  
 Sayfa sayısı: 301  
 Kelime sayısı: 80,182  
 Karakter sayısı: 573,664  
 Gönderim Tarihi: 06-Eki-2023 09:33ÖS (UTC+0300)  
 Gönderim Numarası: 2187789185



## SAĞLIK MESLEK GRUPLARI EĞİTİMİNDE MESLEKLERARASI EĞİTİM VE İŞBİRLİĞİNE YÖNELİK PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ

### ORJİNALLIK RAPORU

<b>%4</b> BENZERLİK ENDEKSİ	<b>%4</b> İNTERNET KAYNAKLARI	<b>%0</b> YAYINLAR	<b>%1</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%2</b>
<b>2</b>	<b>acikerisim.karabuk.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>3</b>	<b>core.ac.uk</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>4</b>	<b>avesis.comu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>5</b>	<b>doaj.org</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>6</b>	<b>docplayer.biz.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>7</b>	<b>dergipark.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>8</b>	<b>acikerisim.sakarya.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>9</b>	<b>www.aydin.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>

## 9. ÖZGEÇMİŞ