

Gotowość studentów farmacji do podjęcia edukacji interprofesjonalnej

Pharmacy students' readiness for interprofessional education

Magdalena Cerbin-Koczorowska¹, Patrycja Kant², Michał Michalak³,
Agnieszka Skowron⁴

¹ Pracownia Farmacji Praktycznej, Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Studenckie Koło Naukowe Opieki Farmaceutycznej przy Pracowni Farmacji Praktycznej, Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki, Wydział Lekarski II, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴ Zakład Farmacji Społecznej, Wydział Farmaceutyczny, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński

Streszczenie

Wstęp. Edukacja interprofesjonalna (ang. interprofessional education, IPE) uważana jest za podstawowe narzędzie służące nawiązywaniu efektywnej współpracy pomiędzy pracownikami służby zdrowia. **Celem** badania było scharakteryzowanie gotowości studentów farmacji do podjęcia nauki w ramach edukacji interprofesjonalnej (ang. Readiness for Interprofessional Learning Scale; RIPLS). **Materiał i metody.** Respondenci odnosili się do 19 sformułowań opatrzonych pięciostopniową skalą Likerta. Dane pozyskano od 436 studentów (5,78% populacji ogólnej). Do określenia istotności statystycznej zaobserwowanych różnic wykorzystano nieparametryczne testy U Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisa z testami post-hoc Dunna przy $p < 0.05$. **Wyniki.** Najwyższe wartości wskaźnika RIPLS odnotowano wśród studentów kolejno 5 i 4 roku (odpowiednio $71,26 \pm 8,38$ i $70,79 \pm 8,81$). Wartości RIPLS były istotnie wyższe w populacji kobiet ($p = 0,0054$). Wartości pozostałych wskaźników świadczą o wysokiej świadomości studentów ostatnich lat w zakresie roli pełnionej przez farmaceutę w zespole medycznym oraz korzystnym dla nawiązania współpracy stosunku pomiędzy poziomem pozytywnej i negatywnej tożsamości zawodowej. Zasadne wydaje się tym samym rozważenie możliwości wprowadzenia rozwiązań opartych na IPE do szkolenia podyplomowego. (*Farm Współ* 2016; 9: 1-8)

Słowa kluczowe: edukacja interprofesjonalna, studenci farmacji, relacje zawodowe

Summary

Background. Interprofessional education (IPE) is thought to be essential to improve the cooperation among members of healthcare team. **The aim** of this study was to assess pharmacy students' readiness for interprofessional learning (RIPLS). **Material and methods.** Respondents referred to 19 statements using five-point Likert scale. Data received from 436 students (representing 51.78% of the general population) underwent statistical analysis performed with Mann-Whitney and Kruskal-Wallis (with post-hoc Dunn's test) tests. Differences between groups were considered statistically significant at $p < 0.005$. **Results.** The highest values of RIPLS index were observed among the students of 5 and 4 year (71.26 ± 8.38 i 70.79 ± 8.81 respectively). In addition, female pharmacy students represented significantly higher value of RIPLS ($p = 0.0054$). The results of this study indicated a high awareness of 5 year pharmacy students about the role of a pharmacist in the healthcare team, compared to younger respondents. A significant increase of positive professional identity with a simultaneous decrease of negative professional identity

was observed among older students, and is thought to be favorable to establishing interprofessional cooperation. It seems reasonable to consider IPE implementation into postgraduate training. (*Farm Współ* 2016; 9: 1-8)

Keywords: interprofessional education, pharmacy students, professional relations

Wstęp

Współpraca przedstawicieli różnych zawodów medycznych, zarówno w ramach opieki szpitalnej, jak i ambulatoryjnej, pozwala poprawić jakość i efektywność świadczonych usług zdrowotnych oraz podnieść poziom satysfakcji pacjenta i jego akceptację dla zaordynowanej terapii [1]. Jednym z podstawowych narzędzi, które służyć ma promowaniu pracy zespołowej jest edukacja studentów kierunków medycznych oraz pracowników ochrony zdrowia. Dedykowany temu celowi model nauczania definiowany jest pojęciem 'edukacja interprofesjonalna' (ang. interprofessional education; IPE), rozumiana jako zajęcia i praktyki, w trakcie których przedstawiciele dwóch lub większej liczby profesji „uczą się ze sobą, od siebie i o sobie na wzajem” [2]. Pierwsze inicjatywy edukacyjne dążące do poprawy relacji zawodowych sięgają lat 50. XX wieku [3]. Mimo upływu czasu, idea przyświecająca podejmowanym w tym obszarze działaniom wydaje się być spójna - adepci zawodów medycznych, na każdym etapie obranej drogi zawodowej, powinni zdobywać umiejętności i doświadczenie służące nawiązaniu efektywnej współpracy. Jak wskazują San Martín-Rodríguez i wsp. [4], niezwykle istotną dla nawiązania partnerskich relacji pomiędzy członkami zespołu medycznego jest umiejętność skutecznego komunikowania się, co należy rozumieć nie tylko jako fizyczną obecność i udostępnianie posiadanej wiedzy, ale też jako wykazywanie chęci współdziałania oraz wykorzystanie zróżnicowanych technik komunikacji takich jak otwarte, aktywne słuchanie oraz zadawanie pytań [5,6]. Prawidłowa komunikacja jest jednym z czterech kryteriów determinujących prawidłowość relacji interprofesjonalnych (tabela I), podczas gdy słaba komunikacja nierzadko leży u podstaw konfliktów w obrębie zespołu medycznego [3,4]. Przyczynkiem do ograniczenia swobody dialogu może stać się m.in. przyjęcie stereotypów uzależniających pozycję w zespole nie od posiadanej wiedzy czy kompetencji, a wyłącznie od rodzaju reprezentowanej profesji [3]. Profesjonalizacja, definiowana jako nabywanie umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu, przebiega nierzadko w atmosferze walki o autonomię,

dominację i kontrolę, istotnie utrudniając budowanie zaufania i szacunku [4]. Dlatego też należy podkreślić, że nieodłącznym elementem każdej pracy zespołowej jest okazywanie poszanowania i uznania dla kompetencji współpracowników [1,3]. Kształtowanie opisanych postaw wymaga czasu, wysiłku i cierpliwości, stąd wszelkie inicjatywy promujące IPC powinny od samego początku bazować na akceptacji dla odrębności wiedzy i doświadczenia każdego z członków zespołu, prowadząc jednocześnie do podniesienia poczucia własnej wartości i w konsekwencji polepszenia środowiska pracy [4,7-9]. Silne zróżnicowanie w obrębie wyznawanych wartości wynika najczęściej z różnic w posiadanej wiedzy fachowej i zdobytym wcześniej doświadczeniu [10]. Rozbieżności tych nie tylko nie należy zacierać poprzez ujednolicenie sposobu rozumowania, lecz należy je wręcz uwidocznnić i wykorzystać, gdyż akceptacja i wyeksponowanie odmienności ról, w jakie wchodzi poszczególni członkowie zespołu pozwala lepiej wykorzystać potencjał, jakim dysponują oraz trafniej formułować hipotezy i wnioski związane z obrazem klinicznym pacjenta [10,11].

Tabela I. Charakterystyka kryteriów determinujących prawidłowość relacji interprofesjonalnych w obrębie zespołu medycznego [4]

Table I. Characteristics of interactional determinants for successful interprofessional collaboration in healthcare teams [4]

Komunikacja	Otwarta komunikacja Aktywne słuchanie
Chęć nawiązania współpracy	Otwartość na ideę współpracy Zaangażowanie w realizację wspólnego zadania
Zaufanie	Pewność siebie, zaufanie dla własnych umiejętności Okazywanie zaufania względem innych specjalistów
Wzajemny szacunek	Świadomość wiedzy i umiejętności oraz uznanie dla wkładu poszczególnych członków w pracę zespołu Poczucie współzależności pomiędzy specjalistami

Ze względu na złożoność relacji w obrębie zespołu medycznego konieczne jest poczucie przynależności do grupy [12]. Współpraca jest ze swej natury procesem dobrowolnym, stąd aby doszło do jej realizacji, fachowcy muszą chcieć przynależeć do zespołu oraz prezentować otwartość na ideę współdziałania [1,4,13]. Zarówno budowanie zaufania, jak i wola do podjęcia wspólnej pracy zależą od wielu czynników m.in. oczekiwań zawodowych, dojrzałości osobistej, czy wreszcie wcześniejszych doświadczeń [1,4,8]. Jak wskazują Hamnick i wsp. [14], klasyczny model edukacji zakładający naukę z przedstawicielami tylko jednej profesji sprzyja negatywnemu podejściu do kontaktu z drugim ekspertem. Z badań Lachmann i wsp. [15] wynika ponadto, że interakcja z innymi

studentami podczas zajęć IPE okazuje się być podstawą do zrozumienia swojej roli oraz zadań stojących przed poszczególnymi członkami zespołu. Szansą na wdrożenie filozofii IPE do systemu szkolnictwa wyższego w Polsce może być Polska Rama Kwalifikacji (PRK), która zawiera klarowny obraz kompetencji zawodowych poszczególnych specjalistów, a także nazywa i systematyzuje umiejętności i kompetencje społeczne, którymi powinni cechować się absolwenci kierunków medycznych. Wybrane efekty kształcenia w zakresie nawiązywania relacji z innymi przedstawicielami zawodów medycznych zostały zestawione w tabeli II.

Cel pracy

Celem pracy była ocena postaw studentów kierunku farmacja wobec inicjatyw edukacyjnych

Tabela II. Szczegółowe efekty kształcenia dotyczące nawiązywania relacji z innymi przedstawicielami zawodów medycznych w odniesieniu do programu studiów na kierunku farmacja na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu [16]

Table II. Learning outcomes on establishing relationships with other health care professionals in relation to the pharmacy curriculum at the Poznan University of Medical Sciences [16]

rok studiów	przedmiot (efekty kształcenia)
1	historia filozofii (A.W29; A.U22; B.K3) socjologia (A.W29) biofizyka (B.K3) chemia organiczna (B.K3) język obcy (B.K3) język łaćiński (B.K3)
2	fizjologia człowieka (B.K3) chemia analityczna (B.K3) chemia fizyczna (B.K3) chemia organiczna (B.K3) język obcy (B.K3) kwalifikowana pierwsza pomoc (A.W29) technologia informacyjna (B.K3)
3	chemia leków (B.K3) farmakognozja (B.K3) praktyka wakacyjna w aptece otwartej (B.K3)
4	farmakokinetyka (B.K3) toksykologia (B.K3) etyka ogólna (B.K3) leki pochodzenia naturalnego (D.U52) farmakoterapia z naukową informacją o lekach (E.W27; E.U39) praktyka wakacyjna w aptece szpitalnej/innej jednostce (B.K3)
5	propedeutyka onkologii dla farmaceutów (A.U22) ćwiczenia specjalistyczne i metodologia badań (B.K3) farmakoekonomika (E.U39)
6	praktyka zawodowa (B.K3)

Efekty kształcenia: A.W29. zna zasady komunikacji interpersonalnej w relacjach farmaceuta-pacjent oraz farmaceuta - pozostali pracownicy ochrony zdrowia; A.U22. inicjuje i wspiera działania grupowe, wpływa na kształtowanie postaw i działania pomocowe i zaradcze oraz wie, w jaki sposób kierować zespołami ludzkimi; B.K3. posiada umiejętność pracy w zespole; D.U52. współpracuje z lekarzem w celu wyboru właściwego leku; E.W27. zna zasady współpracy farmaceuty i lekarza, które są podstawą współczesnej farmakoterapii, z uwzględnieniem zagadnień dotyczących opracowywania receptariusza szpitalnego oraz standardów terapeutycznych; E.U39. aktywnie uczestniczy w pracach zespołu terapeutycznego, współpracując z lekarzem, pielęgniarką oraz diagnostą laboratoryjnym, w celu wyboru optymalnego sposobu leczenia pacjenta.

o charakterze interprofesjonalnym. W trakcie badania podjęto próbę weryfikacji hipotezy badawczej, zakładającej istnienie zależności pomiędzy poziomem gotowości studentów do podjęcia edukacji według założeń IPE a zmiennymi takimi jak płeć oraz etap edukacji.

Material i metody

Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały posiadanie statusu studenta kierunku farmacja oraz wyrażenie zgody na udział w badaniu. Pozostałe cechy populacji, takie jak rok studiów czy płeć, stanowiły zmienne różnicujące w obrębie próby. Kwestionariusze były gromadzone w okresie od marca do czerwca 2013 roku wśród studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP). Kwestionariusz badawczy zaprojektowano w oparciu o dostępną literaturę fachową [17,18]. Jego wzór został dopuszczony do badań wśród studentów kierunków

medycznych przez Komisję Bioetyczną UMP Uchwałą nr 549/11. Doboru skali dokonano w oparciu o wyniki analizy przeprowadzonej przez Lohenry'ego [19]. Wskazuje on, iż skala autorstwa Parsella i Bligha [17], w przeciwieństwie do innych dostępnych narzędzi, została wcześniej poddana analizie rzetelności (z wykorzystaniem wskaźnika Alfa-Cronbacha) w oparciu o dane pozyskane od studentów ośmiu różnych kierunków, w tym studentów kierunku farmacja. Opracowany formularz zawierał 19 sformułowań (tabela III) odnoszących się do edukacji interprofesjonalnej, opatrzonej pięciostopniową skalą Likerta, w obrębie której poszczególne wartości oznaczały: 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam”, 2 – „nie zgadzam się”, 3 – „nie mam zdania”, 4 – „zgadzam się”, 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. Pozwalał on na scharakteryzowanie gotowości studentów kierunków medycznych do podjęcia nauki w ramach edukacji interprofesjonalnej (ang. Readiness

Tabela III. Sformułowania wykorzystane w kwestionariuszu badawczym
Table III. Items of the RIPLS Questionnaire

<p>Gotowość do współpracy i pracy zespołowej (ang. <i>teamwork and collaboration</i>, TC)</p>	<p>Uczenie się wspólnie ze studentami innych kierunków medycznych i społecznych pozwoli mi bardziej efektywnie uczestniczyć w pracach zespołu medycznego. Uczenie się wspólnie ze studentami innych kierunków medycznych i społecznych pozwoli mi lepiej zrozumieć istotę poszczególnych problemów klinicznych. Wspólna nauka w ramach kształcenia przeddyplomowego poprawi relację pomiędzy przedstawicielami różnych zawodów w przyszłej pracy zawodowej. Studenci kierunków medycznych i społecznych powinni nabywać umiejętności interpersonalne w trakcie wspólnej pracy ze studentami innych kierunków. Wspólna nauka wykształci we mnie pozytywne nastawienie do innych pracowników służby zdrowia. Pracując w małych grupach ćwiczeniowych, studenci są zmuszeni obdarzać się nawzajem zaufaniem i szacunkiem. Umiejętność pracy w zespole jest kluczową spośród kompetencji, które muszą posiadać studenci kierunków medycznych i społecznych. Wspólna nauka pozwoli mi zdać sobie sprawę z własnych ograniczeń. Wspólna praca studentów kierunków medycznych i społecznych nad problemami terapii przyniesie wymierne skutki dla pacjenta.</p>
<p>Pozytywne poczucie tożsamości zawodowej (ang. <i>positive professional identity</i>, PPI)</p>	<p>Wspólna nauka pozwoli rozjaśnić naturę problemów borykających pacjenta. Wspólna nauka w ramach kształcenia przeddyplomowego pozwoli mi lepiej pracować w zespole. Chętnie skorzystam z możliwości nauki w małych zespołach złożonych ze studentów różnych kierunków medycznych. Wspólna nauka ze studentami innych kierunków medycznych ułatwi mi w przyszłości komunikację z pacjentem i pozostałymi pracownikami służby zdrowia.</p>
<p>Negatywne poczucie tożsamości zawodowej (ang. <i>negative professional identity</i>, NPI)</p>	<p>Nie chcę tracić czasu na naukę ze studentami innych kierunków. Tylko w trakcie nauki w towarzystwie studentów mojego wydziału jestem w stanie w pełni zrozumieć istotę poszczególnych problemów klinicznych. Wspólna nauka studentów różnych kierunków medycznych nie jest niezbędna w kształceniu przeddyplomowym.</p>
<p>Świadomość roli pełnionej w zespole (ang. <i>roles and responsibilities</i>, RR)</p>	<p>Będę musiał/a zdobyć więcej wiedzy i umiejętności niż inni członkowie zespołu. Nie jestem przekonany/a, jaka będzie moja rola w zespole. Zadanie pielęgniarek, fizjoterapeutów, farmaceutów i przedstawicieli innych zawodów medycznych wiąże się przede wszystkim ze wspieraniem działań lekarza.</p>

for Interprofessional Learning Scale; RIPLS) z wykorzystaniem 4 podskal: (i) gotowość do współpracy i pracy zespołowej (ang. teamwork and collaboration, TC), (ii) pozytywne poczucie tożsamości zawodowej (ang. positive professional identity, PPI), (iii) negatywne poczucie tożsamości zawodowej (ang. negative professional identity, NPI) oraz (iv) świadomość roli pełnionej w zespole (ang. roles and responsibilities, RR). Odwrotnie proporcjonalny wzrost wartości na podskalach NPI oraz RR w stosunku do wartości mierzonej cechy uniemożliwił scharakteryzowanie badanych postaw całościowo, z wykorzystaniem jednego wskaźnika RIPLS. Dlatego też w celu uzyskania ujednoliconych wartości w trakcie opracowywania danych dla podskal NPI i RR przeprowadzono kodowanie odwrotne. Zastosowany zabieg pozwolił uzyskać wartości każdorazowo wprost proporcjonalne do poziomu gotowości podjęcia IPE. Dane zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica10.0 (StatSoft). Analizowane dane przedstawiono jako średnie i odchylenia standardowe. W celu porównań grup zastosowano nieparametryczne testy U Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisa z testami post-hoc Dunna, ponieważ analizowane dane nie były zgodne z rozkładem normalnym (test Shapiro-Wilka). Testy uznawano za istotne statystycznie przy $p < 0.05$.

Wyniki i dyskusja

Spośród 842 osób posiadających status studenta kierunku farmacja (dane pozyskane dzięki uprzejmości pracowników administracji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu), w badaniu udział wzięło 436 respondentów (51,78% populacji ogólnej). Charakterystykę grupy badanej przedstawia tabela IV.

Tabela IV. Charakterystyka grupy badanej
Table IV. The characteristics of the study group

Rok studiów	płeć	
	kobieta	mężczyzna
1	62	25
2	71	14
3	60	22
4	54	7
5	95	26
łącznie	342	94

W przeprowadzonym badaniu wskaźnik RIPLS przyjmuje najwyższe wartości wśród studentów 5 i dalej 4 roku (tabela V). Analiza statystyczna potwierdziła, że różnią się one istotnie od wyników uzyskanych przez studentów niższych lat. Podobną zależność zaobserwować można dla różnic w wartościach RR pomiędzy 1 i 5 rokiem, co świadczy o wysokiej świadomości studentów 5 roku w zakresie roli pełnionej przez farmaceutę w pracach zespołu medycznego, w porównaniu z młodszymi respondentami. Uważa się, że zaobserwowane zjawisko korelować może z realizacją przedmiotów kierunkowych, podczas których studenci zdobywają kwalifikacje nie tylko w zakresie pracy w zespole (B.K3), ale też z uwzględnieniem współpracy z innymi przedstawicielami zawodów medycznych (tabela II). Zależność pomiędzy prezentowanymi postawami a etapem edukacji była analizowana już wielokrotnie. Podczas gdy w przedstawionym badaniu wartości RIPLS wzrastają dla respondentów na kolejnych latach studiów, o tyle w pracy Loheny'ego [19] wyniki uzyskane w grupie studentów ostatniego roku były porównywalne (odpowiednio 77,42 i 77,52). Co więcej, w badaniu Coster i wsp. [20] wartość wskaźnika dla studentów farmacji na ostatnim roku jest wyraźnie niższe niż wartość uzyskana przez nowoprzyjętych studentów (odpowiednio 77,00 i 74,54). Zjawisko to było przedmiotem obserwacji wielu naukowców i jest tłumaczone silną identyfikacją zawodową w związku z wkraczaniem na nową ścieżkę rozwoju w obrębie obranej profesji [20-22]. Silne poczucie tożsamości zawodowej może przyczynić się do nasilenia konfliktów w obrębie zespołu o tzw. 'terytorium zawodowe' [23]. Może jednak być jednocześnie przyczynkiem do otwartego prezentowania własnego sposobu postrzegania określonego problemu klinicznego, dając szansę udziału w podejmowaniu decyzji terapeutycznej [3]. Dlatego tak ważne jest rozróżnienie na pozytywne i negatywne poczucie tożsamości zawodowej [18]. Pomimo iż w badaniu przeprowadzonym wśród studentów ośmiu kierunków medycznych (dietetyka, farmacja, fizjoterapia, medycyna, pielęgniarstwo, położnictwo, stomatologia, terapia zajęciowa) studenci farmacji osiągnęli najniższe wartości wskaźników tożsamości zawodowej [20], obserwowano (tabela V), iż wartości PPI istotnie rosną przy jednoczesnym spadku wartości NPI. Relacja ta wydaje się być optymalna do podjęcia IPE na kolejnych etapach kształcenia.

Tabela V. Porównanie średnich wyników RIPLS uzyskanych przez studentów kierunku farmacja Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z uwzględnieniem podziału na podskale

Table V. The comparison of mean RIPLS results obtained by the pharmacy students of Poznan University of Medical Sciences taking into account RIPLS sub-scales

		TC [xśr ± SD]	PPI [xśr ± SD]	NPI [xśr ± SD]	RR [xśr ± SD]	RIPLS [xśr ± SD]
rok studiów	1	33,70 ± 5,38	14,76 ± 2,37	8,54 ± 2,04	9,61 ± 1,66	66,31 ± 8,32
	2	34,59 ± 4,91	15,12 ± 2,81	8,09 ± 1,95	9,13 ± 1,90	67,99 ± 7,66
	3	33,19 ± 5,90	14,82 ± 3,02	8,90 ± 2,27	9,16 ± 2,16	65,80 ± 8,64
	4	36,57 ± 5,52	15,95 ± 2,45	8,20 ± 2,64	9,34 ± 1,76	70,79 ± 8,81
	5	35,77 ± 5,01	15,90 ± 2,21	7,57 ± 2,00	8,84 ± 1,69	71,26 ± 8,38
p-value		0,0002 ^{a,b,d,e}	0,0003 ^{a,b,e}	0,0006 ^{b,e}	0,0454 ^b	p < 0,0001 ^{a,b,c,d,e}
płeć	k	35,24 ± 5,25	15,50 ± 2,54	8,18 ± 2,24	9,02 ± 1,76	69,20 ± 8,37
	m	32,99 ± 5,70	14,67 ± 2,73	8,29 ± 2,04	9,11 ± 2,12	66,14 ± 9,08
p-value		0,0002	0,0107	ns	ns	0,0054
cała grupa		34,76 ± 5,42	15,32 ± 2,60	8,20 ± 2,19	9,18 ± 1,84	68,54 ± 8,61

RIPLS – wskaźnik gotowości studentów do podjęcia nauki interprofesjonalnej; podskale: TC - gotowość do współpracy i pracy zespołowej, PPI - pozytywne poczucie tożsamości zawodowej, NPI - negatywne poczucie tożsamości zawodowej, RR - świadomość roli pełnionej w zespole; ns – brak różnic istotnych statystycznie

^a istotne statystycznie różnice pomiędzy studentami I i IV roku

^b istotne statystycznie różnice pomiędzy studentami I i V roku

^c istotne statystycznie różnice pomiędzy studentami II i V roku

^d istotne statystycznie różnice pomiędzy studentami III i IV roku

^e istotne statystycznie różnice pomiędzy studentami III i V roku

Dane zaprezentowane w tabeli V oraz wyniki wcześniej przeprowadzonych badań pozwalają wnioskować, że rok studiów nie jest wyłącznym czynnikiem rzutującym na gotowość studentów do podjęcia IPE. Wśród istotnych zmiennych wymienia się również płeć [20]. W przeprowadzonym badaniu wartości RIPLS okazały się być istotnie wyższe w populacji kobiet (p = 0,0054), podobnie jak wskaźniki TC oraz PPI. Zdaje się to potwierdzać teorię McCallin [27], w myśl której to właśnie kobiety chętniej dążą do nawiązania partnerskich relacji zawodowych. W opozycji do przedstawionych powyżej twierdzeń stają wyniki wielośrodkowego badania przeprowadzonego przez Williamsa i wsp. [24] wśród 775 studentów kierunku ratownictwo medyczne. Autorzy wskazują na brak korelacji pomiędzy wynikami RIPLS a zmiennymi takimi jak płeć czy etap kształcenia. Istotne statystycznie różnice wykryto natomiast pomiędzy stopniem przygotowania studentów do IPE przez poszczególnych uniwersytety, co może świadczyć o dużym znaczeniu programu nauczania i/lub roli nauczycieli akademickich.

Wnioski

Przez wzgląd na istotnie wyższe wartości RIPLS uzyskane przez studentów ostatnich lat, zasadne wydaje się rozważenie możliwości wprowadzenia rozwiązań opartych na IPE do szkolenia podyplomowego. Mając na uwadze liczne rozbieżności dotyczące czynników mogących wpływać na poziom RIPLS, wyniki przeprowadzonych badań można uznać za reprezentatywne wyłącznie dla populacji studentów farmacji UMP. Potwierdzenie zależności pomiędzy programem nauczania oraz wartościami wskaźnika RIPLS wymaga dalszych badań z wykorzystaniem strategii porównań podłużnych.

Podziękowania

Autorzy pragną podziękować studentom, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu oraz prof. dr hab. Janinie Lulek za stworzenie warsztatu pracy.

Badanie finansowane ze środków Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (numer grantu 502-14-03314429-09985).

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Magdalena Cerbin-Koczorowska

Pracownia Farmacji Praktycznej

Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku

Wydział Farmaceutyczny

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

ul. Grunwaldzka 6; 60-780 Poznań

☎ (+48 61) 854 66 84/854 66 66

✉ mcerbin@ump.edu.pl

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva 2010. http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ (dostęp 12.09.2015)
2. Centre For The Advancement Of Interprofessional Education. 2002. <http://caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/?keywords=definition> (dostęp 12.09.2015)
3. Barr H. Interprofessional education today, yesterday and tomorrow. A review. The UK Centre for the advancement of interprofessional education: Antwerp; 2002.
4. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005;19(Suppl 1):132-47.
5. Baggs JG, Schmitt MH. Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Res Nurs Health* 1997;20(1):71-80.
6. Silén-Lipponen M, Turunen H, Tossavainen K. Collaboration in the operating room: the nurses' perspective. *J Nurs Adm* 2002;32(1):16-9.
7. Headrick LA, Wilcock PM, Batalden PB. Interprofessional working and continuing medical education. *BMJ* 1998;316(7133):771-4.
8. Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1995;21:103-9.
9. Brewer ML. Facilitating the dissemination of interprofessional education and practice using an innovative conference approach to engage stakeholders. *J Interprofessional Educ Pract* 2016. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405452615300240> (dostęp 12.01.2016)
10. Orchard CA, Curran V, Kabene S. Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Med Educ Online* 2005;10(11):1-13.
11. Opie A. Thinking teams thinking clients: issues of discourse and representation in the work of health care teams. *Social Health Illn* 2008;19(3):259-80.
12. Lavin MA, Ruebling I, Banks R i wsp. Interdisciplinary health professional education: a historical review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2001; 6(1):25-47.
13. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;19(Suppl 1):116-31.
14. Hammick M, Freeth D, Koppel I i wsp. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach* 2007;29:735-51.
15. Lachmann H, Ponzer S, Johansson UB i wsp. Students' experiences of collaboration during and after an interprofessional training ward course: a mixed methods study. *Int J Med Educ* 2013;4:170-9.
16. Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny m. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Programy kształcenia <http://wf.ump.edu.pl/informacje-wydzialowe/programy-kształcenia> (dostęp 15.10.2015)
17. 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.
18. McFadyen AK, Webster V, Strachan K i wsp. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: a possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. *J Interprof Care* 2005;19(6):595-603.
19. Loheny K. A comparison of two scales for assessing health professional students' attitude toward interprofessional learning. *Med Educ Online*. 2013;1:1-10.
20. Coster S, Norman I, Murrells T i wsp. Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(11):1667-81.

21. Hind M, Norman I, Cooper S i wsp. Interprofessional perceptions of health care students. *J Interprof Care*. 2003;17(1):21-34.
22. Adams K, Hean S, Sturgis P, Clark JM. Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learn Heal Soc Care*. 2006;5(2):55-68.
23. Rose MA, Smith K, Veloski JJ i wsp. Attitudes of students in medicine, nursing, occupational therapy, and physical therapy toward interprofessional education. *J Allied Health*. 2009;38(4):196-200.
24. Williams B, Boyle M, Brightwell R i wsp. A cross-sectional study of paramedics' readiness for interprofessional learning and cooperation: results from five universities. *Nurse Educ Today*. 2013;33(11):1369-75.
25. Aziz Z, Teck LC, Yen PY. The Attitudes of Medical, Nursing and Pharmacy Students to Inter-Professional Learning. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2011;29:639-45.
26. Dargahi H, Shirazi M, Yazdanparast SA. Interprofessional Learning: the Attitudes of Medical, Nursing and Pharmacy Students to Shared Learning at Tehran University of Medical Sciences. *Thrita J Med Sci*. 2012;1(2):44-8.