

mgr Aleksandra Bendowska

**Znaczenie współpracy
w interdyscyplinarnych zespołach opieki
medycznej w opinii studentów kierunków
medycznych**

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu

Promotor: dr hab. Ewa Baum, prof. UM
Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Katarzyna B. Głodowska



Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych
Kolegium Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań 2021

Spis treści

I. Wstęp.....	6
1. Zespół interdyscyplinarny.....	7
1.1. Definicja zespołu interdyscyplinarnego	7
1.2. Korzyści wynikające z pracy interdyscyplinarnych zespołów medycznych....	11
1.3. Potencjalne problemy zespołów interdyscyplinarnych	15
2. Kształcenie studentów kierunków medycznych w Polsce w kontekście kształtowania umiejętności współpracy w zespole interdyscyplinarnym.....	19
2.1. Proces Boloński a kształtowanie umiejętności współpracy w zespole interdyscyplinarnym	19
2.2. Europejska Rama Kwalifikacji oraz Polska Rama Kwalifikacji	20
2.3. Standardy kształcenia na kierunku lekarskim, położnictwo, pielęgniarstwo oraz fizjoterapia w kontekście zdobywania umiejętności pracy w zespole	21
3. Edukacja interdyscyplinarna.....	26
3.1. Definicja edukacji interdyscyplinarnej	27
3.2. Korzyści wynikające z implementacji edukacji interdyscyplinarnej do programów nauczania.....	28
3.3. Warunki efektywnej edukacji interdyscyplinarnej	29
3.4. Rola wykładowcy w edukacji interdyscyplinarnej.....	29
II. Cel pracy.....	31
III. Metody badawcze	32
1. Metody statystyczne	33
IV. Populacja badana	35
V. Wyniki	41
1. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a kierunek studiów	41

2. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a rok studiów	41
3. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych	42
4. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a rola duchowości	42
5. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a płeć	43
6. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych wśród studentów pierwszego roku studiów	44
7. Opinia badanych na temat sprawowania holistycznej opieki przez interdyscyplinarny zespół medyczny	44
8. Opinia badanych na temat wpływu zjawiska synergii na pracę członków zespołu interdyscyplinarnego	45
9. Opinia badanych na temat wpływu opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny na unikanie błędów medycznych	47
10. Opinia badanych na temat pracy w środowisku interdyscyplinarnym a entuzjazm i zainteresowanie pracą u pracowników ochrony zdrowia	48
11. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na komunikację w zespole.....	49
12. Wiedza studentów na temat zakresu kompetencji i obowiązków lekarza, pielęgniarki, położnej oraz fizjoterapeuty	51
13. Wiedza studentów na temat zakresu kompetencji zawodowych wybranego personelu medycznego a rok studiów	55
14. Korelacja pomiędzy znajomością kompetencji personelu medycznego a oceną współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych.....	56
15. Opinia badanych na temat posiadania przez studentów kierunków medycznych umiejętności współpracy w zespole	57
16. Opinia badanych na temat występowania stereotypów wśród studentów kierunków medycznych.....	58

17. Opinia badanych na temat funkcjonowania interdyscyplinarnych zespołów medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia.....	59
18. Opinia badanych na temat składu zespołu interdyscyplinarnego sprawującego wielospecjalistyczną opiekę nad pacjentem.....	60
19. Opinia studentów na temat wpływu edukacji uniwersyteckiej na kształtowanie umiejętności współpracy w zespole terapeutycznym	61
VI. Dyskusja	63
VII. Wnioski.....	72
VIII. Streszczenie.....	73
IX. Abstract.....	75
X. Piśmiennictwo	77
XI. Aneks.....	86
Aneks 1. Zestawienie efektów uczenia się na VI oraz VII poziomie Europejskiej oraz Polskiej Ramy Kwalifikacji w kontekście zdobywania wiedzy, umiejętności i kompetencji współpracy w zespole.....	86
Aneks 2. Narzędzie badawcze.....	88
Aneks 3. Anglojęzyczna wersja kwestionariusza Attitudes Toward Interprofessional Health Care Teams	97
XII. Spis tabel	98
XIII. Spis wykresów	100

Wykaz skrótów

ATHCT – postawy względem interdyscyplinarnych zespołów opieki zdrowotnej (ang. *Attitudes towards interprofessional health care teams*)

ECTS – Europejski System Transferu Punktów (ang. *European Credit Transfer System*)

EHEA – Europejski Obszar Szkolnictwa Wyższego (ang. *European Higher Education Area*)

ERK – Europejska Rama Kwalifikacji

IDT – zespół interdyscyplinarny (ang. *interdisciplinary team*)

IPE – edukacja interdyscyplinarna (ang. *interprofessioanl education*)

MDT – zespół multidyscyplinarny (ang. *multidisciplinary team*)

n – liczebność próby

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development*)

p – wartość prawdopodobieństwa testowego

PRK – Polska Rama Kwalifikacji

TDT – zespół transdyscyplinarny (ang. *transdisciplinary team*)

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)

I. Wstęp

Stoimy w obliczu bezprecedensowych wyzwań społecznych, ekonomicznych i środowiskowych. Szybki rozwój nowych technologii, globalizacja, migracje ludności, starzejące się społeczeństwo, wydłużenie czasu trwania życia, wzrost odsetka osób chorujących na choroby przewlekłe oraz pogłębiająca się specjalizacja zawodów medycznych stawia nowe wyzwania przed pracownikami ochrony zdrowia, którzy będą musieli zastosować swoją wiedzę oraz umiejętności w dotąd nieznanych i zmieniających się okolicznościach.

Wykazano, iż sprawowanie opieki przez zespół interdyscyplinarny zwiększa efektywność terapii, wpływa na wydajność pracy oraz poprawia relacje zawodowe personelu medycznego. Wydaje się więc, że interdyscyplinarne podejście do problemów zdrowotnych pacjenta, w którym przedstawiciele co najmniej dwóch zawodów współpracują ze sobą w celu świadczenia kompleksowej opieki, mogłoby być odpowiedzią na oczekiwania pacjentów i zmiany zachodzące w społeczeństwie.

Ważnym jest, aby już na etapie kształcenia zawodowego studenci zdobywali umiejętność pracy w interdyscyplinarnym zespole. Edukacja interdyscyplinarna, w której przedstawiciele co najmniej dwóch różnych kierunków studiów uczą się ze sobą, od siebie i o sobie nawzajem, a ich celem jest poprawa współpracy personelu medycznego i jakości opieki, zostało uznane za ważny punkt kształtowania umiejętności pracy w zespole. Uważa się, że edukacja interdyscyplinarna zwiększa zrozumienie ról oraz obowiązków poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, jednocześnie wspierając wzajemny szacunek i zrozumienie.

Do tej pory nie przeprowadzono w Polsce badań wśród studentów kierunków medycznych oceniających ich opinię względem opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny oraz identyfikujących czynniki wpływające na powstawanie tych opinii. Znajomość podejścia studentów do interdyscyplinarności pozwoli na efektywniejsze dostosowanie programów kształcenia i metod dydaktycznych koniecznych do zdobywania umiejętności współpracy pomiędzy przedstawicielami różnych zawodów medycznych.

1. Zespół interdyscyplinarny

1.1. Definicja zespołu interdyscyplinarnego

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) definiuje zespół jako grupę dwóch lub więcej osób, które wchodzi w interakcje dynamicznie, współzależnie i adaptacyjnie w kierunku wspólnego i cenionego celu lub misji, którym przypisano określone role lub funkcje do wykonania w określonym czasie [1].

W opiece zdrowotnej zespoły są często tworzone w celu rozwiązania trudnych problemów klinicznych za pomocą innowacyjnych rozwiązań. Przesłanką leżącą u podstaw korzystania z tego rozwiązania jest to, że podejmowane decyzje i działania zespołu z większą skutecznością rozwiążą wielowymiarowy problem [2].

Dyskusja na temat terminologii związanej z zespołami w opiece medycznej trwa od kilku dekad i do tej pory nie została rozwiązana. Badacze stosują różnorodne określenia do opisu zespołów, co w konsekwencji powoduje brak jednolitego systemu znaczeń i trudności terminologiczne (Tabela 1). Terminy odnoszące się do zespołów takie jak: interdyscyplinarny, multidyscyplinarny, interprofesjonalny czy transdyscyplinarny są często traktowane zamiennie, pomimo etymologicznych jak i semantycznych różnic, które pomiędzy nimi występują. Celem poniższego rozdziału będzie conceptualizacja oraz omówienie różnic występujących w terminologii i definicjach zespołów w opiece medycznej.

Biorąc pod uwagę mnogość określeń używanych do opisu zespołów, można zauważyć, że terminy, którymi posługują się zarówno badacze jak i klinicyści składają się zazwyczaj z dwóch komponentów. Pierwszym z nich jest użycie przedrostka w formie inter-/multi-/trans-, natomiast drugim jest określenie grupy: profesja/dyscyplina. Dowolna permutacja tych określeń prowadzi w konsekwencji do wspomnianej wcześniej różnorodności w terminologii.

Tabela 1. Ewolucja wybranych terminów w odniesieniu do zespołów opieki medycznej

Rok	Autor	Termin	Znaczenie terminu
1983	Pearson P. H.	multidyscyplinarny	oddzielne konsultacje, brak komunikacji pomiędzy specjalistami
		interdyscyplinarny	efektywna komunikacja i wydajna współpraca pomiędzy specjalistami
1989	Shalinsky W.	pluridyscyplinarny	interakcja i współpraca pomiędzy specjalistami, brak koordynacji
		interdyscyplinarny	współpraca, koordynacja i równość pomiędzy specjalistami
		transdyscyplinarny	formalna grupa, wspólny cel, wielopoziomowy system (np. uniwersytet)
1994	Gage M.	multidyscyplinarny	specjaliści pracują niemal niezależnie od siebie
		interdyscyplinarny	sposób na zintegrowaną opiekę
1998	Siegler E. L. i in.	multidyscyplinarny	zasoby z wielu dyscyplin zastosowane sekwencyjnie
		interdyscyplinarny	zasoby z wielu dyscyplin zastosowane symultanicznie, wspólny plan działania
2001	Hall P. i Weaver L.	multidyscyplinarny	każda z dyscyplin indywidualnie przyczynia się do opieki nad pacjentem
		interdyscyplinarny	zespół, którego członkowie pracują ściśle ze sobą, często się komunikują
2005	Black K.	multidyscyplinarny	indywidualna praca, aby osiągnąć wspólne cele
		interdyscyplinarny	interakcja grupowa, aby osiągnąć cele; interakcja, współpraca
2008	Kvarnström S.	interprofesjonalny	interakcja pomiędzy przedstawicielami różnych profesji w zespole
2010	Cioffi J. i in.	multidyscyplinarny	jednostki pracujące niezależnie
2012	Pressler J. L. i Kenner C. A.	interprofesjonalny	pochodzący z dwóch lub więcej profesji
		interdyscyplinarny	dzielenie się wiedzą z przedstawicielami różnych dyscyplin

2014	Cohen S. S.	interdyscyplinarny	eksperti z różnych dyscyplin wchodzi w interakcje, by stworzyć rozwiązanie
2015	Parse R. R.	interdyscyplinarny	przedstawiciele dwóch lub więcej dyscyplin współpracują nad wspólnymi projektami (np. edukacyjnymi)
		interprofesjonalny	wiedza z różnych profesji używana jest przez specjalistów w unikatowy sposób
2017	Marcus-Aiyeku U. R.	interdyscyplinarny	dzielenie się doświadczeniem i wiedzą kliniczną z uczestnikami zespołu
2018	Reeves S. i in.	interprofesjonalny	wspólna tożsamość grupowa, przejrzystość, niezależność, integracja i dzielona odpowiedzialność

Źródło: opracowanie własne na podst. Flores-Sandoval C., Sibbald S., Ryan B. L., Orange, J. B. Healthcare teams and patient-related terminology: A review of concepts and uses. Scandinavian journal of caring sciences 2021; 35(1): 55-66.

Praca zespołowa jako preferowany sposób pracy w opiece zdrowotnej jest rozpowszechniona od lat 60. XX wieku. Można wyróżnić rodzaje pracy zespołowej reprezentujące różne stopnie integracji, od luźnych sieci, w których specjaliści pracują równolegle zgodnie z własnymi priorytetami, do ściśle określonego zespołu, który ma politykę zbiorowej odpowiedzialności i uzgodnione cele. Trzy style zespołów najczęściej przywoływane w literaturze to: multidyscyplinarne, interdyscyplinarne i transdyscyplinarne [3].

W opiece medycznej, w zależności od stopnia odpowiedzialności za opiekę nad pacjentem oraz poziomu interakcji wśród członków zespołu, wyróżnia się zespół interdyscyplinarny (ang. *interdisciplinary team*, IDT), multidyscyplinarny (ang. *multidisciplinary team*, MDT) oraz transdyscyplinarny (ang. *transdisciplinary team*, TDT) [4].

Zespół multidyscyplinarny jest zwykle postrzegany jako zespół, w którym każdy z profesjonalistów pracuje w swoim określonym zakresie praktyki i formalnie współdziała. Zespoły interdyscyplinarne charakteryzują się większym nakładaniem się ról zawodowych, formalną i nieformalną komunikacją oraz wspólnym rozwiązywaniem problemów dla dobra pacjenta. Zespół transdyscyplinarny w jeszcze większym stopniu łączy role, w których jeden członek zespołu może przyjąć na przykład rolę kierownika zespołu, który jest odpowiedzialny za koordynację wszystkich usług dla pacjenta.

Zespoły multidyscyplinarne mogą ewoluować w zespoły interdyscyplinarne. Chociaż często używane zamiennie, te dwa terminy oznaczają wyraźnie różne style koordynacji, współpracy i komunikacji. W opiece multidyscyplinarnej każda dyscyplina wyznacza cele opieki nad pacjentem zgodnie z jej specjalizacją, niezależnie od innych świadczeniodawców. Alternatywnie, interdyscyplinarni świadczeniodawcy opierają się na wiedzy fachowej każdej z dyscyplin, co skutkuje stworzeniem wspólnych celów opieki [5, 6].

Słownik języka polskiego PWN definiuje inter- jako pierwszy człon wyrazów złożonych mający znaczenie: między, wśród-, współ- [7]. W języku angielskim natomiast, przedrostek ten używany jest w znaczeniu: pomiędzy, wśród, wspólny czy wzajemny (*between, among, shared or mutual*) [8]. Prefiks ten używany jest więc do określenia wzajemnego oddziaływania, zakładającego interakcję pomiędzy elementami zespołu. Natomiast multi- to „«pierwszy człon wyrazów złożonych wskazujący na wielość, wielokrotność lub dużą ilość czegoś»” [9], co odzwierciedla również angielskie tłumaczenie (*much, many*) [10]. Przedrostek ten wskazuje na złożoność w kompozycji zespołu, nie określa jednak czy i jakie relacje oraz interakcje zachodzą pomiędzy jego elementami. Prefiks trans- oznacza „«przez, poprzez, poza, za, z drugiej strony»” [11], (ang. *through, across, beyond*) i wskazuje na relację przez lub poza elementy zespołu, nie uwzględniając przy tym części wspólnej.

Terminy interdyscyplinarny, multidyscyplinarny oraz interprofesjonalny są najbardziej rozpowszechnione w literaturze medycznej [12].

Innym ważnym rozróżnieniem w terminologii stosowanej w odniesieniu do zespołów opieki zdrowotnej jest użycie terminu interdyscyplinarny i interprofesjonalny. Ostatnie określenie często pojawia się w literaturze poprzedzając słowo edukacja lub nauka. Termin interprofesjonalny jest związany w szczególności z wykonywaniem zawodów medycznych, odnosząc się do wielu świadczeniodawców pracujących razem w celu świadczenia opieki [13]. WHO określa, iż współpraca interprofesjonalna obejmuje pracowników ochrony zdrowia z różnych środowisk zawodowych pracujących razem w celu zapewnienia opieki, w tym opieki klinicznej i nieklinicznej [14]. Współpraca interprofesjonalna jest ważna zarówno dla edukacji, jak i praktyki, podkreślając znaczenie ustawicznego kształcenia przez całe życie. Według Canadian Interprofessional Health Collaborative [15], obejmuje ona rozwijanie i utrzymywanie dobrych relacji

zawodowych między uczącymi się, specjalistami, pacjentami, rodzinami i społecznościami, a głównym jej celem jest poprawa wyników opieki zdrowotnej.

Profesja, według Abrahama Flexnera, wywodzi się z nauki i uczenia się, ale ma praktyczny cel. Zawód nie może mieć charakteru wyłącznie akademickiego ani teoretycznego; musi być praktykowany. Może zawierać również element altruizmu, „bezinteresownego oddania się”, aby przyczyniać się do dobra społeczeństwa [16]. W przeciwieństwie do profesji dyscyplina jest dostosowana do elementów intelektualnych lub conceptualnych i obejmuje metody i teorie, pozwalające zrozumieć określone pojęcia. Inżynieria, psychologia i medycyna to dyscypliny, podczas gdy osoby praktykujące dyscyplinę w procesie profesjonalizacji reprezentują zawód [17, 18].

Jeśli chodzi o znaczenie tych słów w języku polskim, to termin profesja odnosi się bezpośrednio do zawodu wykonującej go osoby [19], natomiast określenie dyscyplina charakteryzuje dział nauki, techniki lub sztuki [20]. Mimo tak wyraźnych różnic w znaczeniu i etymologii występujących pomiędzy tymi wyrażeniami, terminy interdyscyplinarny czy interprofesjonalny, w języku polskim stosowane są zamiennie.

1.2. Korzyści wynikające z pracy interdyscyplinarnych zespołów medycznych

Usprawnienie systemu opieki zdrowotnej wymaga jednoczesnego dążenia do czterech celów: poprawy jakości świadczonej opieki, poprawy stanu zdrowia populacji, obniżenia kosztów opieki zdrowotnej oraz podniesienia satysfakcji z wykonywanej pracy wśród pracowników ochrony zdrowia [21]. Wiele badań wskazuje, że cele te mogą być osiągnięte dzięki pracy zespołów interdyscyplinarnych.

Badania opinii publicznej przeprowadzone w 2018 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej dowodzą, że jedynie trzech na dziesięciu ankietowanych (30%) pozytywnie oceniło funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce, natomiast dwie trzecie negatywnie (66%), w tym 27% – zdecydowanie negatywnie. Respondenci najgorzej ocenili dostępność wizyt u specjalistów (83% ocen negatywnych) oraz niewystarczającą liczbę personelu medycznego w szpitalach (70%) [22]. Z badań „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych” opracowanych w 2016 roku wynika, że 73% ankietowanych korzystało z pomocy lekarza specjalisty w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jednak więcej niż połowa (54%) zapewniała sobie także poradę specjalisty ze swoich prywatnych funduszy lub też finansowała ją z dodatkowego

ubezpieczenia. Pacjenci są skłonni skorzystać z usług finansowanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na możliwość uzyskania szybszych terminów wizyt niż w sektorze publicznym. Dla badanych ważna jest też kompleksowość usług i możliwość uzyskania wielospecjalistycznego wsparcia w jednym miejscu [23].

Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z maja 2019 roku „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” [24] potwierdza obserwacje ankietowanych. Raport wykazał nieprawidłowości w zakresie koordynacji leczenia i fragmentaryczność procesów terapeutycznych polskiego systemu ochrony zdrowia. Przykładem takich działań było odsyłanie pacjentów do innych podmiotów z powodu braku możliwości kompleksowego leczenia. Takie postępowanie, wg opinii NIK, negatywnie wpływa na efekty leczenia, bezpieczeństwo oraz satysfakcję pacjenta z działania opieki zdrowotnej. Jak podkreślono w raporcie to właśnie dostęp do świadczeń zdrowotnych jest głównym czynnikiem decydującym o satysfakcji pacjenta z działania opieki zdrowotnej. NIK, oprócz zmian w organizacji finansowania ochrony zdrowia, mając na względzie zwiększenie dostępności do usług medycznych, rekomenduje dofinansowanie zwłaszcza tych podmiotów, które udzielają świadczeń w sposób ciągły i kompleksowy, tym samym zwracając uwagę na korzyści wynikające z holistycznego, interdyscyplinarnego podejścia: dla pacjenta – wzrost satysfakcji, dla podmiotu – wyższe dofinansowanie działalności.

W badaniu „Doświadczenia pacjenta w Polsce”¹, mającym na celu kompleksowe ujęcie doświadczeń użytkowników polskiego systemu ochrony zdrowia, zarówno w lecznictwie otwartym, jak i lecznictwie szpitalnym, udział wzięli pacjenci oraz osoby z ich najbliższego otoczenia, które uczestniczyły w leczeniu pacjenta, tj. opiekunowie pacjentów niepełnoletnich oraz opiekunowie niesamodzielných osób dorosłych [25]. Z raportu wynika, że aż 39% badanych ma negatywne opinie o polskiej ochronie zdrowia. 36% pacjentów i opiekunów ocenia, że ich ostatnie doświadczenia w lecznictwie szpitalnym zakończyły się niezadowoleniem z usługi. Wśród czynników najlepiej ocenianych znalazło się uzyskiwanie zrozumiałych wytycznych odnośnie do dalszego leczenia i uzyskiwanie zrozumiałych wskazówek dotyczących dbania o zdrowie.

¹ Raport „Doświadczenia pacjenta w Polsce” został przygotowany przez Siemens Healthineers na podstawie badań przeprowadzonych przez pracownię 4P Research Mix. Wyniki zebrano w rezultacie badań jakościowych i ilościowych, obejmujących reprezentatywną próbę 1872 osób.

Umiejętności komunikacyjne personelu medycznego w zakresie porady i wyjaśnień były dobrze oceniane przez ankietowanych. Z drugiej strony aż 31% pacjentów i opiekunów korzystających ze świadczeń w przychodniach oraz 38% badanych korzystających z opieki szpitalnej oceniło, że nie poinformowano ich w zrozumiały sposób o możliwych skutkach ubocznych przepisywanych lub podawanych leków. Nieco mniej, bo odpowiednio 26% i 28%, ma złe doświadczenia w uzyskiwaniu jasnych informacji dotyczących ryzyka związanego z wykonywanymi procedurami medycznymi.

Pacjenci oraz opiekunowie pacjentów chcą być włączani w proces decyzyjny, jednak aż 31% pacjentów i opiekunów pacjentów uważa, że ich zdanie, preferencje i sytuacja nie zostały wzięte pod uwagę w podejmowaniu decyzji odnośnie do hospitalizacji oraz że lekarze nie traktowali ich podmiotowo. W lecznictwie otwartym problem dotyczył 24% pacjentów i opiekunów. Co więcej, w szpitalach 19% użytkowników usług zdrowotnych oceniło, że pielęgniarki nie słuchały ich z uwagą, zaś 25% – że lekarze nie byli otwarci na pytania i wątpliwości. Ponadto jedna trzecia badanych (31% w szpitalu, 23% w lecznictwie otwartym) uważa, że personel medyczny nie interesuje się stanem emocjonalnym pacjentów [25].

Aż 37% opiekunów osób dorosłych uważa, że poziom włączenia bliskich w proces leczenia był niewystarczający, a prawie połowa (47%), że ich głos nie był w ogóle brany pod uwagę w planowaniu opieki nad pacjentem. Opiekunowie uważają, że personel nie interesuje się wystarczająco poziomem bólu pacjentów i rzadziej uznają, że jego kontrola była w pełni wystarczająca. Badani zwracają również uwagę na fragmentaryczność opieki, brak holistycznego podejścia. Aż 32% badanych ocenia, że ich podopieczni nie otrzymali od personelu wystarczającego wsparcia fizycznego, zaś 43% pacjentów, że nie zapewniono im wystarczającego wsparcia emocjonalnego [25].

Brian Littlechild i Roger Smith [26] uważają, że współpraca w zespołach interdyscyplinarnych polepsza wydajność, wpływa na lepsze wykorzystanie umiejętności członków zespołu, prowadzi do zwiększenia indywidualnego poczucia odpowiedzialności za osiągnięty cel, zapewnia holistyczną opiekę nad pacjentem, pobudza kreatywność oraz prowadzi do innowacyjnych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej nad pacjentem.

WHO w raporcie z 2010 roku łączy pracę zespołów interdyscyplinarnych z lepszymi wynikami w zakresie medycyny rodzinnej, leczenia i zwalczania chorób zakaźnych oraz

pomocy humanitarnej, a także z efektywniejszym działaniem w obszarze zwalczania epidemii i chorób zakaźnych [27]. W miejscach, w których pracownicy ochrony zdrowia współpracowali ze sobą odnotowano niższy odsetek powikłań i błędów medycznych, niższy wskaźnik śmiertelności, pacjenci przebywali krócej w szpitalu, a personel medyczny zgłaszał mniej nieporozumień komunikacyjnych [28]. Dalsze badania wykazały poprawę w dostępie do usług medycznych, właściwą koordynację opieki oraz wzrost bezpieczeństwa pacjentów [29].

Wprowadzenie współpracy opartej na zespołach interdyscyplinarnych redukuje występowanie powikłań na oddziałach medycyny ogólnej [30]. Odnotowano zmniejszenie powikłań w przypadku wkluc kaniul dożylnych, co uzasadniano włączeniem do zespołu terapeutycznego specjalisty chorób zakaźnych i pielęgniarki epidemiologicznej [31]. Odnotowano również zmniejszenie występowania działań niepożądanych leków. Skorelowano to z włączeniem do zespołu farmaceuty [32] oraz wprowadzeniem interdyscyplinarnych obchodów szpitalnych [33].

Zespół interdyscyplinarny stanowi jedną z podstawowych form sprawowania opieki nad pacjentem w opiece paliatywnej i hospicyjnej [34]. Holistyczne podejście zapewnia lepszą kontrolę objawów, mniejsze obciążenie i wyższą jakość życia opiekunów pacjentów, wyższą efektywność w osiąganiu celów opieki oraz umożliwia przechodzenie przez proces umierania w wybranym przez pacjenta miejscu [35]. Opiekunowie chorych zwykle wyżej oceniają opiekę pod kątem skuteczności w opanowywaniu bólu, umiejętności komunikacyjnych personelu medycznego, pielęgnacji i poszanowania godności [36]. Takie podejście wiąże się z lepszą motywacją, wyższą satysfakcją z pracy i perspektywą ciągłego rozwoju wśród personelu medycznego [37].

Jak podkreśla Aleksandra Modlińska [37], doświadczenie pracy w zespole interdyscyplinarnym pozwala dostrzec podopiecznego jako jedność – „całego” człowieka, a nie tylko poszczególne jego części czy dotknięte schorzeniem układy. Współpraca zespołu składającego się z lekarza, pielęgniarki, opiekuna medycznego, kapelana, pracownika socjalnego, członków rodziny pozwala efektywniej zaspokajać potrzeby pacjenta i podnosić jakość jego życia. Pozwala również na identyfikację w systemie opieki obszarów wymagających naprawy, co nie zawsze jest możliwe przy tradycyjnym podejściu, gdzie dominuje koncentracja na określonej, wąskiej dziedzinie.

Rada Europy i Narodowy Komitet Doradczy Opieki Paliatywnej wymieniają profesje wymagane dla zapewnienia specjalistycznej opieki paliatywnej. Według tej listy, oprócz pielęgniarek i lekarzy, całodobowo dostępne, w ograniczonych godzinach czy w wyznaczonym czasie powinny być następujące osoby: pracownicy socjalni, specjalista wykształcony w udzielaniu wsparcia psychosocjalnego, odpowiednia liczba pracowników biurowych, sekretarek administracyjnych i asystentów, fizjoterapeuci, specjaliści wykwalifikowani w udzielaniu wsparcia po utracie bliskiej osoby, koordynatorzy opieki duchowej, koordynatorzy wolontariatu, duchowni, osoby wyspecjalizowane w opatrywaniu ran, osoby wyspecjalizowane w leczeniu obrzęków limfatycznych, terapeuci zajęciowi, logopedzi, dietetycy, farmaceuci, terapeuci wspomagający, trenerzy/instruktorzy i bibliotekarze [38].

W wyniku starzenia się społeczeństwa polskiego rośnie popyt na usługi medyczne sprawowane w sposób kompleksowy. W tym aspekcie pozytywnie oceniane jest podejście geriatryczne będące interdyscyplinarną współpracą – lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna medycznego, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, a w razie potrzeby również logopedy, dietetyka, farmaceuty lub kapelana. Zespołowe podejście geriatryczne rozumiane jest jako proces kompleksowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, a realizowane przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny ma na celu poprawę poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawę stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta [39].

Oprócz opieki geriatrycznej, hospicyjnej i paliatywnej zespoły interdyscyplinarne są rekomendowane jako forma sprawowania opieki medycznej nad pacjentami pediatrycznymi [40], z dziecięcym porażeniem mózgowym [41], w przebiegu otyłości [42], cukrzycy [43], w schorzeniach ginekologicznych, takich jak m.in. niepłodność [44], zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dystroficzne [45], w profilaktyce powstawania odleżyn [46].

1.3. Potencjalne problemy zespołów interdyscyplinarnych

Powody, dla których zespoły nie są w stanie osiągnąć efektywnej współpracy są wielopłaszczyznowe i dotyczą zarówno czynników organizacyjnych, jak i interpersonalnych. Wysoki stopień specjalizacji nauk medycznych, ściśle określona

struktura pracy i placówek medycznych oraz tradycyjne postrzeganie hierarchiczności zawodów medycznych wpłynęły na kwestionowanie zasadności pracy zespołowej w środowiskach medycznych [47].

Czynniki interpersonalne mogące wpływać negatywnie na współpracę wynikają z podstawowych założeń tworzenia zespołów interdyscyplinarnych, a mianowicie ze względu na zrzeszanie osób o różnych poglądach i zwyczajach, reprezentujących odmienne kultury pracy, posiadających własne przekonania na temat współpracy w grupie i własne opinie na temat przedstawicieli innych zawodów. W zespołach interdyscyplinarnych często spotyka się problem słabej komunikacji, silne przywiązanie do pełnionych w grupie i poza nią ról, ogólne niezadowolenie z poziomu wydajności zespołu, różne style komunikacji, brak akceptacji dla norm obowiązujących w grupie, co przyczynia się do powstawania konfliktów [48].

Można wyróżnić pięć głównych wyzwań, z jakimi mierzą się członkowie zespołu. Są nimi: konflikt interesów, konflikt strukturalny, konflikt wartości, konflikt relacji oraz konflikt danych. Pierwszy z nich spowodowany jest współzawodnictwem o pewne dobra lub wynika z odmiennych potrzeb stron. U podstaw konfliktu strukturalnego leżą zewnętrzne ograniczenia, np. deficyt narzędzi i zasobów, brak odpowiedniej ilości czasu. Konflikt wartości spowodowany jest odmiennymi systemami wartości członków grupy. Pojawienie się emocji o silnym natężeniu lub problemów z komunikacją może spowodować powstanie konfliktu relacji. Konflikt danych związany jest z brakiem potrzebnych danych oraz wyciąganiem odmiennych wniosków z tych samych przesłanek [49].

W zespole heterogenicznym pod względem wieku, dziedziny nauki i cech osobowości pojawiać się mogą trudności związane z innym rozumieniem pojęć, preferowanym sposobem komunikowania się czy wyznawanymi wartościami. W związku z tym może pojawiać się w nim więcej konfliktów wartości oraz danych. W przypadku zespołów składających się ze specjalistów z dyscyplin różnych pod względem społecznego poważania lub stereotypowo skonfliktowanych możemy mieć do czynienia z trudnościami wynikającymi z poczucia wyższości/niechęci lub wzajemnej niechęci. Wszystko to może powodować zwiększenie częstotliwości pojawiania się konfliktów relacji i konfliktów interesów. Dodatkowo lojalność wobec grupy, z której się dana osoba wywodzi (np. grupy zawodowej), może zwiększać tendencyjność

w ocenianiu przedstawicieli innych grup, z którymi dana osoba właśnie pracuje, co związane może być z odczuwaniem dysonansu poznawczego [49].

Współpraca w grupie nierzadko prowadzi do powstania konfliktu. Jednak zarządzanie jakimkolwiek konfliktem w celu osiągnięcia wysokiej jakości usług medycznych jest niezbędnym krokiem w budowaniu efektywnej współpracy. Nieocenioną wartością w rozwiązywaniu problemów i unikaniu trudności jest znajomość podstawowych zasad związanych z funkcjonowaniem zespołu – znajomość faz rozwoju grupy, procesu grupowego i ról grupowych.

Na podstawie systematycznego przeglądu literatury oraz wywiadów przeprowadzonych wśród 253 pracowników opieki środowiskowej Susan Nancarrow i wsp. [5] opracowali 10 zasad efektywnej współpracy w zespołach interdyscyplinarnych. Pierwszą zasadą jest wyłonienie lidera, który ustala jasny kierunek działań i wizję zespołu, jednocześnie wsłuchując się w potrzeby, zapewniając wsparcie i sprawując nadzór nad członkami zespołu. Druga zasada mówi o tym, że funkcjonowanie zespołu powinno być oparte o system wartości, który wyznacza jasny kierunek świadczonych usług. Kolejną zasadą jest manifestacja kultury zespołowej i atmosfery zaufania, w której wkład każdego z członków i wspólnie wypracowany kompromis jest cenny. Wg badaczki, aby zespół interdyscyplinarny dobrze funkcjonował konieczne jest zapewnienie odpowiedniej infrastruktury wspomagającej świadczenie usług. Nie bez znaczenia są umiejętności komunikacyjne i interpersonalne członków zespołu. Przyczyniają się do zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej skoncentrowanej na pacjencie i pozwalają na przekazywanie informacji zwrotnych wykorzystywanych w celu podnoszenia jakości usług. Ponadto wykorzystywanie strategii komunikacyjnych, wspomagających przepływ informacji pomiędzy członkami zespołu, ułatwia podejmowanie decyzji oraz wpływa pozytywnie na efektywność procesu grupowego. Ważnym etapem formowania dobrze funkcjonującego zespołu interdyscyplinarnego jest proces rekrutacji. Zdaniem Nancarrow S. podczas rekrutacji członków zespołu priorytetem powinno być pozyskanie pracowników wykazujących się interdyscyplinarnymi kompetencjami, w tym komunikacyjnymi, znajomością procesów grupowych, przywództwa opartego na współpracy oraz posiadających wystarczającą wiedzę i doświadczenie zawodowe. Badaczka zwraca również uwagę na zapewnienie odpowiedniej liczby członków, których umiejętności, wiedza i kompetencje przenikają się, co umożliwia sprawowanie kompleksowej opieki nad pacjentem. Zgodnie

z dziewiątą zasadą efektywnej współpracy w zespołach interdyscyplinarnych nacisk powinien być kładziony na kooperację, współzależność członków zespołu, jednocześnie ważnym jest, aby zwracać uwagę na poszanowanie pełnionych ról i autonomię pracowników. Ostatnia zasada odnosi się do motywacji członków zespołu interdyscyplinarnego. Osoby odpowiedzialne za prawidłowe funkcjonowanie zespołu, kierownictwo jednostki powinni ułatwiać członkom zespołu rozwój osobisty oraz zawodowy poprzez odpowiednie szkolenia, staże oraz przyznawane nagrody.

2. Kształcenie studentów kierunków medycznych w Polsce w kontekście kształtowania umiejętności współpracy w zespole interdyscyplinarnym

2.1. Proces Boloński a kształtowanie umiejętności współpracy w zespole interdyscyplinarnym

Proces Boloński – jeden z najważniejszych zbiorowych procesów reform w Unii Europejskiej – rozpoczął się 19 czerwca 1999 r., gdy ministrowie edukacji 29 krajów, w tym Polski, podpisali tzw. Deklarację Bolońską. Istotą Procesu Bolońskiego są zmiany w europejskich systemach szkolnictwa wyższego, w celu zwiększenia kompatybilności i porównywalności systemów edukacji na poziomie wyższym. Ma to doprowadzić do zwiększenia mobilności studentów, absolwentów oraz nauczycieli akademickich i pracowników administracyjnych. Głównym celem Deklaracji było stworzenie do 2010 roku Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego (ang. *European Higher Education Area* - EHEA). Obecnie już 48 krajów zalicza się do EHEA [50].

U podstaw Procesu Bolońskiego leży przekonanie, że niska mobilność zasobów pracy, mała konkurencyjność absolwentów szkół wyższych na rynku pracy, wzrost poziomu bezrobocia związane są przede wszystkim z brakiem przejrzystości i różnorodności kwalifikacji oferowanych przez europejskie uczelnie [51]. Do rozwiązania przedstawionych problemów ma się przyczynić wprowadzanie przejrzystych i porównywalnych systemów stopni (dyplomów), przyjęcie systemu kształcenia opartego na dwóch/trzech poziomach kształcenia oraz wdrożenie suplementu do dyplomu. Promocja mobilności studentów, nauczycieli akademickich, naukowców oraz personelu administracyjnego, a także powszechne stosowanie systemu punktów kredytowych (ang. *European Credit Transfer System* - ECTS) jako systemu rozliczania osiągnięć studentów ma być odpowiedzią na niską mobilność zasobów ludzkich. Natomiast promocja współpracy europejskiej w zakresie szkolnictwa wyższego, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zawodowego, mobilności oraz zintegrowanych programów nauczania, szkolenia i badań ma przyczynić się do podniesienia jakości kształcenia [52].

Wprowadzenie Procesu Bolońskiego i tworzenie Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego zmieniło optykę postrzegania procesu nauczania. Z nauczania skoncentrowanego na wykładowcy – czego i w jaki sposób będziemy nauczali, coraz częściej kształcenie zorientowane jest na studenta – co student/absolwent będzie wiedział i umiał po zakończeniu procesu uczenia się. W tym nowym podejściu kluczowe znaczenie ma pojęcie efektów kształcenia. Efekty kształcenia/uczenia się (ang. *learning*

outcomes) określają, co uczący się powinien wiedzieć, rozumieć i być zdolny zrobić po zakończeniu okresu kształcenia [53].

2.2. Europejska Rama Kwalifikacji oraz Polska Rama Kwalifikacji

Skutkiem ustaleń na konferencji ministrów ds. szkolnictwa wyższego w Bergen w 2005 roku oraz Londynie w 2007 roku było utworzenie Europejskiej Ramy Kwalifikacji (ERK), poprzez ogłoszenie Zalecenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie ustanowienia europejskiej ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (2008/C 111/01) [54]. ERK ma służyć jako instrument przełożenia kwalifikacji i ich poziomów w różnych systemach kwalifikacji i ich poziomach, zarówno w kształceniu ogólnym i wyższym, jak i w kształceniu i szkoleniu zawodowym. Jak czytamy w Zaleceniach wprowadzenie ERK poprawi przejrzystość, porównywalność i możliwość uznawania kwalifikacji obywateli, uzyskanych zgodnie z praktykami stosowanymi w poszczególnych państwach członkowskich. Pomimo podążania różnymi ścieżkami edukacji i kariery, wynikającymi z prawodawstwa państw członkowskich Unii Europejskiej, obywatele każdego kraju powinni mieć możliwość osiągnięcia takich samych poziomów kwalifikacji.

W Europejskiej Ramie Kwalifikacji każdy z ośmiu poziomów kwalifikacji został określony za pomocą charakterystyk efektów uczenia się (zestawów deskryptorów), ujętych w kategoriach wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych (ang. *knowledge, skills and competence*) [55].

Efekty uczenia się dzielimy na: ogólne, dziedzinowe oraz szczegółowe. Efekty ogólne (generyczne), określone są na poziomie centralnym i zharmonizowane z ERK, właściwe dla danego poziomu kształcenia. Efekty dziedzinowe są związane z określonym kierunkiem studiów i obejmują wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, które powinien prezentować absolwent danego kierunku i poziomu kształcenia. Zaś efekty szczegółowe są specyficzne dla danego programu studiów oraz jego realizacji w określonej uczelni.

Można przyjąć, iż generyczne efekty uczenia się są określone przez odpowiednie regulacje obowiązujące w danym kraju, zaś dziedzinowe efekty kształcenia – sformułowane przez środowisko akademickie, z uwzględnieniem rozwiązań wypracowywanych w gremiach międzynarodowych. Sformułowanie szczegółowych efektów kształcenia zawartych w programach studiów (zgodnych z efektami ogólnymi

i dziedzinowymi) powinno natomiast pozostawać w wyłącznej kompetencji uczelni (jednostki prowadzącej studia wyższe) [53].

Zalecenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie ustanowienia europejskiej ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie zostało uchylone na mocy Zalecenia Rady z dnia 22 maja 2017 r. w sprawie europejskiej ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (2017/C 189/03) [56], w którym czytamy: „Niniejszym [Rada Unii Europejskiej, przyp. aut.] zaleca, by państwa członkowskie zgodnie z uwarunkowaniami krajowymi stosowały ERK jako punkt odniesienia dla krajowych ram lub systemów kwalifikacji i jako narzędzie do porównywania wszystkich rodzajów i poziomów kwalifikacji w Unii stanowiących część krajowych ram lub systemów kwalifikacji, w szczególności poprzez odnoszenie swoich poziomów kwalifikacji do poziomów ERK określonych w załączniku II oraz poprzez korzystanie z kryteriów określonych w załączniku III.”². Aktualną (stan prawny na 29.03.2021r.) Polską Ramę Kwalifikacji określa Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji [57].

2.3. Standardy kształcenia na kierunku lekarskim, położnictwo, pielęgniarstwo oraz fizjoterapia w kontekście zdobywania umiejętności pracy w zespole

Przynależność Polski do UE, wprowadzenie Polskiej Ramy Kwalifikacji, dostosowanie edukacji do współczesnych realiów życia społeczno-gospodarczego, poprzez oparcie systemu kształcenia na efektach uczenia się spowodowało również zmianę standardów kształcenia studentów kierunków medycznych. Obecnie obowiązujące standardy kształcenia na kierunku lekarskim, pielęgniarstwie, położnictwie i fizjoterapii są zharmonizowane z ERK, PRK oraz odnoszą się do Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

² Zestawienie efektów uczenia się odnoszących się do nabywania umiejętności pracy w zespole na poziomie VI oraz VII Europejskiej Ramy Kwalifikacji oraz Polskiej Ramy Kwalifikacji - zobacz Aneks 1. W opracowaniu uwzględniono jedynie VI oraz VII poziom kwalifikacji, które odnoszą się do kwalifikacji nadawanych w systemie szkolnictwa wyższego będących przedmiotem badań autorki. Zgodnie z Ustawą z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji poziom VI przypisuje się kwalifikacjom pełnym nadawanym po ukończeniu studiów pierwszego stopnia (licencjackich) oraz studiów inżynierskich, a poziom VII przypisuje się kwalifikacjom pełnym nadawanym po ukończeniu studiów II-go stopnia (magisterskich).

Studenci kierunku lekarskiego wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, kluczowe dla podejmowania współpracy w zespole terapeutycznym, zdobywają podczas odbywania zajęć w grupach przedmiotów, takich jak: nauki behawioralne i społeczne z elementami profesjonalizmu (w tym: socjologia medycyny, psychologia lekarska, etyka lekarska, historia medycyny, język angielski) oraz podczas zajęć z zakresu nauk klinicznych niezabiegowych (w tym: pediatria, choroby wewnętrzne, neurologia, geriatria, psychiatria, dermatologia, onkologia, medycyna rodzinna, choroby zakaźne, rehabilitacja, diagnostyka laboratoryjna i farmakologia kliniczna). Łączny wymiar godzinowy tych zajęć wynosi 1300 godzin dydaktycznych.

Po zakończeniu tych zajęć student kierunku lekarskiego powinien znać i rozumieć zasady pracy w zespole oraz potrafić komunikować się ze współpracownikami, udzielając informacji zwrotnej i wsparcia. Efektami uczenia się, które student powinien osiągnąć po zajęciach z nauk klinicznych niezabiegowych jest umiejętność całościowej oceny opieki interdyscyplinarnej, w odniesieniu do pacjenta w podeszłym wieku. Podczas tych zajęć student powinien również poznać zasady postępowania w podstawowych zespołach geriatrycznych, które z natury są zespołami interdyscyplinarnymi [58].

Ponadto, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2017r. [59], określającym ramowy program zajęć praktycznych, sposób ich odbywania, dokumentowania i zaliczania, w tym zakres danych, które powinny być zawarte w dzienniku praktyk, w toku kształcenia praktycznego student kierunku lekarskiego powinien zdobywać umiejętności z zakresu komunikacji w interdyscyplinarnym zespole medycznym. Umiejętności te należą do grupy A, czyli czynności, które student powinien wykonywać prawidłowo i w pełni samodzielnie. Rozporządzenie stosuje się do studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, począwszy od roku akademickiego 2017/2018.

Studenci pielęgniarstwa na studiach I stopnia wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, kluczowe dla podejmowania współpracy w zespole terapeutycznym, zdobywają podczas odbywania zajęć w grupach przedmiotów, takich jak: nauki społeczne i humanistyczne oraz nauki w zakresie podstaw opieki pielęgniarstwiej. Łączny wymiar godzinowy tych zajęć, to 1020 godzin dydaktycznych. Podczas tych zajęć student nabywa umiejętności prawidłowej komunikacji z pacjentem i członkami zespołu opieki.

Poznaje zadania pielęgniarki i innych pracowników systemu ochrony zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej. W toku kształcenia student powinien poznać priorytety pracy zespołowej i czynniki wpływające na efektywność pracy zespołu, znaczenie motywacji członków zespołu dla jakości i efektywności pracy, rolę przywództwa i style zarządzania w pracy zespołowej oraz ich wady i zalety, a także proces podejmowania decyzji w zespole. Zgodnie z zapisami Rozporządzenia student powinien mieć świadomość i umiejętność identyfikacji czynników mogących zakłócać pracę zespołową, a także znać metody rozwiązywania konfliktów w zespole i potrafić z nich efektywnie korzystać.

Studenci pielęgniarstwa podejmujący kształcenie na studiach II stopnia wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, kluczowe dla podejmowania współpracy w zespole terapeutycznym, zdobywają podczas odbywania zajęć zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej. Na realizację przedmiotów w tej grupie ustawodawca przeznaczył 510 godzin dydaktycznych.

Po zakończeniu tych zajęć student powinien znać i rozumieć zasady funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych w opiece zdrowotnej, a także zasady współpracy z zespołem żywieniowym, w skład którego wchodzi co najmniej lekarz, pielęgniarka, farmaceuta i dietetyk [58, 60].

Studenci położnictwa na studiach I stopnia wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, kluczowe dla podejmowania współpracy w zespole terapeutycznym, zdobywają podczas odbywania zajęć w grupach przedmiotów takich jak: nauki społeczne i humanistyczne oraz nauki w zakresie podstaw opieki położniczej. Łączny wymiar godzinowy tych zajęć to 1020 godzin dydaktycznych.

Podczas tych zajęć student zdobywa wiedzę na temat roli położnej w zespole interdyscyplinarnym w procesie promowania zdrowia, profilaktyki, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji kobiety w różnych okresach jej życia i różnym stanie zdrowia. Poznaje priorytety pracy zespołowej i czynniki wpływające na efektywność pracy zespołu, znaczenie motywacji członków zespołu dla jakości i efektywności pracy zespołu, rolę przywództwa i style zarządzania w pracy zespołowej, czynniki zakłócające pracę zespołową i metody rozwiązywania konfliktów w zespole. Po zakończeniu tych zajęć student powinien być gotowy do podjęcia współpracy z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej, sprawującym opiekę nad kobietą i jej rodziną (z pielęgniarką

i lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz asystentem rodziny). Powinien korzystać z wybranych modeli organizowania pracy własnej i zespołu. Po zakończeniu kursu student powinien prawidłowo identyfikować czynniki zakłócające pracę zespołu i wskazywać efektywne sposoby rozwiązywania problemów członków zespołu [58].

Studenci położnictwa podejmujący kształcenie na studiach II stopnia wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, kluczowe dla podejmowania współpracy w zespole terapeutycznym, zdobywają podczas odbywania zajęć z grupy zaawansowanej praktyki położniczej, której wymiar godzinowy wynosi 510 godzin dydaktycznych. W ramach tej grupy wyróżniamy przedmioty, takie jak: farmakologia i ordynowanie produktów leczniczych, terapia bólu ostrego i przewlekłego, diagnostyka ultrasonograficzna w położnictwie i ginekologii, opieka specjalistyczna nad kobietą i jej rodziną w ujęciu interdyscyplinarnym i edukacja w praktyce zawodowej położnej. Po zakończeniu tych zajęć student położnictwa powinien prawidłowo organizować i podejmować współpracę z członkami zespołu interdyscyplinarnego w zakresie opieki nad kobietą i jej rodziną w przypadku choroby przewlekłej, niepełnosprawności i choroby o złym rokowaniu [58].

Ponadto, standard kształcenia przewiduje realizację praktyk zawodowych w wymiarze 60 godzin z zakresu opieki specjalistycznej nad pacjentką i jej rodziną w ujęciu interdyscyplinarnym, pozostawiając uczelni decyzję dotyczącą programu praktyk, ich formy i terminów odbywania oraz sposobów weryfikacji osiągniętych efektów uczenia się.

Warto zwrócić uwagę również na zapis art. 54. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej [61], wskazujący na aspekt umiejętności pracy zespołowej w kształceniu studentów położnictwa: „W trakcie kształcenia klinicznego student uczy się sprawowania kompleksowej opieki zdrowotnej jako członek zespołu, w bezpośrednim kontakcie z osobami zdrowymi i chorymi”.

Studenci jednolitych studiów magisterskich na kierunku fizjoterapia wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, kluczowe dla podejmowania współpracy w zespole terapeutycznym, zdobywają podczas odbywania zajęć w grupach przedmiotów takich jak: nauki ogólne, fizjoterapia kliniczna oraz praktyki fizjoterapeutyczne. Łączny wymiar godzinowy tych zajęć to 3530 godzin dydaktycznych. W tej grupie przedmiotów znajdują się m.in. psychologia, psychoterapia, komunikacja kliniczna, socjologia,

zarządzanie i marketing, bioetyka oraz praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej dzieci i osób dorosłych.

Udział w tych zajęciach ma wyposażyć studentów w umiejętność pracy w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem. Po zakończeniu zajęć student powinien potrafić efektywnie komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną. Powinien umieć określić zakres swoich kompetencji zawodowych, współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych oraz przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji [58].

Jak dowodzą przytoczone zapisy Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego studenci kierunku lekarskiego, położnictwa, pielęgniarstwa oraz fizjoterapii, podczas różnych grup zajęć (nauki przedkliniczne, nauki kliniczne, nauki społeczne, praktyki zawodowe), na różnych poziomach studiów (pierwszego/drugiego stopnia), w różnym wymiarze godzinowym poznają zagadnienia, zdobywają umiejętności i kompetencje społeczne przygotowujące do podjęcia współpracy w zespole interdyscyplinarnym. Jednak sposób osiągania, weryfikacji oraz oceny stopnia realizacji tych efektów kształcenia zależy od uczelni.

3. Edukacja interdyscyplinarna

Edukacja ma do odegrania istotną rolę w rozwijaniu wiedzy, umiejętności, postaw i wartości, które umożliwiają ludziom odnalezienie się w nowych warunkach. Zgodnie z analizą Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju³ (ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development*, OECD), umiejętność formułowania jasnych celów współpracy w zespole, którego członkowie są przedstawicielami różnych dziedzin, znajdowania nowych możliwości i identyfikowania rozwiązań skomplikowanych problemów, będzie niezbędna w nadchodzących latach. Edukacja musi mieć na celu nie tylko przygotowanie młodych ludzi do pracy; musi wyposażać uczniów/studentów w umiejętności, których potrzebują, aby stać się aktywnymi, odpowiedzialnymi i zaangażowanymi obywatelami [62].

W raporcie OECD „The future of education and skills. Education 2030. The future we want.” z 2018 roku wymieniono trzy umiejętności, których wykształcenie wśród młodych ludzi może pomóc w stawieniu czoła wyzwaniom przyszłości. Pierwszą z nich są umiejętności poznawcze i metapoznawcze odnoszące się do myślenia krytycznego, myślenia kreatywnego, umiejętności uczenia się i samoregulacji. Kolejnymi są umiejętności społeczne i emocjonalne, takie jak empatia, poczucie własnej skuteczności i umiejętność współpracy. Ważnymi, z punktu widzenia podjęcia efektywnej pracy, są również umiejętności praktyczne i manualne, np. korzystanie z nowych urządzeń technologii informacyjnych oraz komunikacyjnych [62].

W raporcie zwrócono również uwagę na konieczność wykształcenia wśród uczniów i studentów umiejętności myślenia i działania systemowego, opartego na dostrzeganiu wzajemnych powiązań i relacji między ideami, poglądami i stanowiskami. Zdaniem autorów, takie myślenie można wykształcić poprzez współpracę, w której uczestnicy wymieniają się swoją wiedzą w celu stworzenia nowych koncepcji.

Założenia „The future of education and skills. Education 2030. The future we want.” wpisują się w stworzony w 2010 roku dokument WHO zatytułowany „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice”. Rekomendacje przedstawiają stan współpracy interdyscyplinarnej na całym świecie, identyfikują mechanizmy, które kształtują udaną współpracę zespołową i nakreślają szereg działań,

³ Polska jest członkiem OECD od 1996 roku.

które decydenci mogą zastosować w swoim lokalnym systemie opieki zdrowotnej. Celem raportu było przedstawienie strategii i pomysłów, które pomogą krajowym decydentom w zakresie polityki zdrowotnej wdrażać elementy edukacji interdyscyplinarnej i współpracy w zespołach interdyscyplinarnych [63].

Autorzy podkreślają, że edukacja interdyscyplinarna i oparcie systemu opieki zdrowotnej o zasady współpracy interdyscyplinarnej nie stanowią rozwiązania w przypadku każdego wyzwania, przed którym może stanąć sektor ochrony zdrowia. Jednak, gdy są odpowiednio stosowane, mogą wyposażyć pracowników w umiejętności i wiedzę, których potrzebują, aby sprostać wyzwaniom coraz bardziej złożonego systemu opieki zdrowotnej.

W maju 2018 r. odbyła się w Paryżu Konferencja Ministrów Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego oraz tzw. Bologna Policy Forum, z udziałem ministrów z krajów spoza EHEA. W wystosowanym po niej Komunikacie Paryskim podniesiono temat edukacji interdyscyplinarnej. Sygnatariusze zobowiązali się wspierać uczelnie w opracowaniu i doskonaleniu strategii dotyczących uczenia się i kształcenia oraz wzmocnienia synergii między edukacją, badaniami i innowacjami. Zwrócili uwagę, iż studenci powinni stykać się z badaniami naukowymi lub aktywnością związaną z badaniami i innowacjami na wszystkich poziomach edukacji, aby ukształtować krytyczny i twórczy sposób myślenia, umożliwiający im znalezienie nowatorskich rozwiązań dla pojawiających się wyzwań. Sposobem na połączenie wiedzy z różnych obszarów mogłyby być interdyscyplinarne programy studiów, których tworzenie sugerują ministrowie EHEA obecni na konferencji [64].

3.1. Definicja edukacji interdyscyplinarnej

O edukacji interdyscyplinarnej⁴ (ang. *interprofessionl education*, *IPE*) możemy powiedzieć, kiedy studenci/przedstawiciele co najmniej dwóch różnych dyscyplin/dziedzin uczą się wspólnie o zakresie swoich kompetencji i umiejętnościach, od siebie i ze sobą, a ich celem jest owocna współpraca i podnoszenie jakości opieki nad

⁴ Należy odróżnić edukację interdyscyplinarną (ang. *interprofessional education*, *IPE*) od edukacji multidyscyplinarnej (ang. *multiprofessional education*, *MPE*). Ta druga ma miejsce, kiedy studenci/przedstawiciele co najmniej dwóch różnych dyscyplin/dziedzin uczą się równolegle zgłębiając te same treści. Przykładem MPE są wykłady, w których uczestniczą przedstawiciele różnych kierunków studiów. W odróżnieniu do MPE IPE zakłada interakcje studentów, wymianę myśli, doświadczeń, wiedzy i spostrzeżeń. Jest to kluczowy element edukacji interdyscyplinarnej.

pacjentem [65]. Jeśli studenci w czasie studiów zdobędą umiejętność współpracy w zespole interdyscyplinarnym, są gotowi do bycia częścią takiego zespołu po ich zakończeniu [65]. Edukacja interdyscyplinarna może mieć miejsce w kształceniu formalnym i nieformalnym, przeddyplomowym i podyplomowym, np. w postaci zajęć ogólnouczeniowych, zajęć fakultatywnych, studiów podyplomowych, kursów doksztalających i specjalistycznych [66].

3.2. Korzyści wynikające z implementacji edukacji interdyscyplinarnej do programów nauczania

Studenci biorący udział w edukacji interdyscyplinarnej mają możliwość zdobywania wiedzy i umiejętności w bezpiecznym środowisku, poprzez obserwację, zajęcia praktyczne w warunkach rzeczywistych i symulowanych, interakcje w zespole i uzyskując informację zwrotną. Rozwijają umiejętności komunikacyjne i krytycznego myślenia. Uczą się również rozpoznawać wyzwania i korzyści płynące z pracy w zespołach. Skuteczna edukacja interdyscyplinarna może pomóc w eliminowaniu szkodliwych stereotypów, wpływa na poprawę komunikacji pomiędzy członkami zespołu, pacjentem i jego rodziną. Zwiększa, ponadto, świadomość studentów na temat ról, funkcji, wiedzy i zakresu usług świadczonych przez innych pracowników ochrony zdrowia, wzmacniając tym samym poczucie szacunku dla przedstawicieli innych zawodów medycznych [67, 68, 69].

Studenci, którzy nie uczestniczą w edukacji interdyscyplinarnej nie posiadają specjalistycznej wiedzy z innych dziedzin oraz nie mają świadomości w jaki sposób i jakich zagadnień uczą się pozostali studenci kierunków medycznych. Mają niejasne definicje podziału obowiązków, zakresu kompetencji. Brakuje im kluczowych umiejętności komunikacyjnych, potrzebnych do rzetelnej współpracy z innymi członkami zespołu opieki medycznej [70]. Może to skutkować problemami w świadczeniu opieki zdrowotnej, nieefektywnym wykorzystaniem dostępnych zasobów, niższą jakością świadczonej opieki i konfliktami w miejscu pracy [71].

Oceniając efektywność edukacji interdyscyplinarnej należy zauważyć, że większość badań analizuje jedynie zmiany w postawie, wiedzy i umiejętnościach studentów, osiągnięte tuż po przeprowadzeniu zajęć o takim charakterze. Badania nie dostarczają wiedzy na temat długofalowych skutków edukacji interdyscyplinarnej, na których można by oprzeć ocenę skuteczności interwencji i ich przełożenia na praktykę kliniczną. Ponadto

w wielu badaniach brakuje grupy kontrolnej oraz standaryzowanych narzędzi oceny skuteczności edukacji interdyscyplinarnej. Wskazuje to na potrzebę opracowania i wdrożenia standardowych programów edukacji interdyscyplinarnej w kształceniu studentów kierunków medycznych, wraz z wprowadzeniem wysokiej jakości badań w celu oceny długoterminowych skutków przeprowadzonych działań.

3.3. Warunki efektywnej edukacji interdyscyplinarnej

Badania wskazują, że edukacja interdyscyplinarna jest skuteczniejsza, gdy stosowane są zasady uczenia się dorosłych (np. problem based learning – nauczanie problemowe) lub wykorzystuje się metody nauczania odzwierciedlające rzeczywiste doświadczenia praktyczne studentów (np. stosowanie symulacji medycznych), a pomiędzy studentami dochodzi do interakcji [72]. Ważnym elementem edukacji interdyscyplinarnej zwiększającym jej efektywność jest umożliwienie jej uczestnikom porównywania ról i analizowania kompetencji zawodowych pozostałych członków zespołu. Ponadto program edukacji interdyscyplinarnej powinien zakładać możliwość wyrażania refleksji i dawania informacji zwrotnej zarówno przez prowadzącego/wykładowcę jak i przez studentów biorących udział w kursie. Wykazano, iż większą efektywnością charakteryzują się programy edukacji interdyscyplinarnej, które tworzone są przez zespoły składające się z przedstawicieli różnych profesji, a efekty uczenia się odwołują się bezpośrednio do współpracy interdyscyplinarnej. Podkreśla się również rolę prowadzącego/wykładowcy w podejmowaniu działań podważających stereotypy. Działania te mają wspomagać studentów-przyszłych pracowników ochrony zdrowia w nawiązywaniu efektywnej współpracy interdyscyplinarnej [73].

3.4. Rola wykładowcy w edukacji interdyscyplinarnej

Celem edukacji interdyscyplinarnej jest rozwinięcie efektywnej współpracy i umiejętności pracy zespołowej w celu osiągnięcia wyższej jakości opieki nad pacjentem. Ponieważ odpowiedzialność za osiągnięcie tego celu spoczywa przede wszystkim na wykładowcy, edukacja interdyscyplinarna musi być działaniem zaplanowanym, opierającym się na współpracy wykładowcy, studentów, ale również władz wydziału i uczelni.

To zadaniem wykładowcy/mentora jest przeprowadzenie zespołu studentów przez cały proces grupowy. Bazując na modelu etapów rozwoju grupy Tuckmana wykładowca wspiera studentów na etapie kształtowania się (ang. *forming*), burzy/awantury (ang.

storming), normalizacji (ang. *norming*), wykonania (ang. *performing*) i zamknięcia (ang. *adjourning*).

Faza formowania to pierwszy etap tworzenia nowego zespołu, podczas którego członkowie nowopowstającej grupy poznają się, poszukują podobieństw umożliwiających osadzenie i identyfikację z zespołem. Druga faza rozwoju zespołu przebiega znacznie gwałtowniej. Faza burz, to przede wszystkim konflikty i spory. Jest to związane z przyjmowaniem przez członków zespołu odpowiednich ról i funkcji. Trzecia faza – normowania – jest fazą, w której następuje wygaśnięcie sporów z poprzedniej fazy, a wrogie nastawienie członków do siebie ulega znacznemu zmniejszeniu. Członkowie zespołu projektowego zaczynają sobie ufać oraz współpracować. Fazę wykonania osiąga się wtedy, gdy dzięki dzieleniu się pomysłami, opiniami i informacjami zespół efektywnie współpracuje nad jasno określonym i zrozumiałym dla każdego celem. W tym okresie produktywność i efektywność zespołu jest wysoka, a grupa wspólnie pokłada nadzieję w osiągnięciu pełnego sukcesu. W fazie zamknięcia dochodzi do rozwiązania zespołu, gdyż cel, który mu przyświecał został osiągnięty [4, 74].

Świadome projektowanie zajęć, w oparciu o znajomość faz tworzenia zespołu pozwala wykładowcy modulować dynamikę pracy studentów, wspierać w poszukiwaniu rozwiązań, mobilizować do osiągania zamierzonych celów, wskazywać na współzależności i jednocześnie na podmiotowość każdego z członków zespołu. To wykładowca, obserwując grupę z zewnątrz, udziela informacji zwrotnej, tak ważnej dla rozwoju każdej grupy. Zadaniem wykładowcy jest również upewnienie się, że stosowane materiały i metody dydaktyczne pozwalają każdemu z członków grupy na aktywne uczestnictwo w jej pracach.

Wiele metod dydaktycznych może mieć zastosowanie w edukacji interdyscyplinarnej. Jednak wydaje się, że w technikach takich jak: nauczanie problemowe, symulacje, aktywne podążanie za nauczycielem oraz zajęcia kliniczne i praktyczne w interdyscyplinarnych grupach studenckich łatwiej i efektywniej można zaimplementować zasady edukacji interdyscyplinarnej. Metody można łączyć i modyfikować, aby najlepiej odpowiadały potrzebom konkretnej grupy oraz doświadczeniu wykładowcy [75].

II. Cel pracy

Współpraca w interdyscyplinarnych zespołach opieki medycznej jest złożonym procesem, w którym przedstawiciele różnych zawodów, dzieląc się swoją wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami, sprawują opiekę nad pacjentem. Opieka medyczna oparta o model zespołów interdyscyplinarnych poprawia jakość oraz bezpieczeństwo świadczonej opieki.

Celem głównym badania było poznanie opinii studentów kierunków medycznych na temat roli i znaczenia współpracy w zespole interdyscyplinarnym oraz identyfikacja czynników wpływających na ich kształtowanie.

Celami szczegółowymi było poznanie stanu wiedzy studentów na temat zakresu kompetencji pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty i lekarza oraz ukazanie związku pomiędzy stanem wiedzy a postawą wobec interdyscyplinarnych zespołów opieki medycznej. Dodatkowo badano również opinię studentów na temat funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych w polskim systemie ochrony zdrowia oraz opinię studentów na temat składu medycznych zespołów interdyscyplinarnych.

III. Metody badawcze

W pracy zastosowano metodę analizy dokumentów oraz metodę sondażu diagnostycznego, przy użyciu techniki ankiety, z wykorzystaniem narzędzia w postaci kwestionariusza pytań. Narzędzie badawcze⁵ składało się z polskojęzycznej wersji kwestionariusza ankiety *Attitudes towards interprofessional health care teams* (ATHCT)⁶ [76] oraz autorskiego kwestionariusza ankiety, którego pytania odnosiły się do gotowości studentów do podjęcia współpracy w zespole o charakterze interdyscyplinarnym, wiedzy na temat zakresu kompetencji wybranych członków zespołu terapeutycznego, opinii na temat funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych w polskim systemie ochrony zdrowia oraz zasad tworzenia medycznych zespołów interdyscyplinarnych.

W celu weryfikacji narzędzia badawczego, sprawdzenia czytelności i przejrzystości zadawanych pytań, przed przystąpieniem do badania głównego przeprowadzono badanie pilotażowe na grupie 70 osób. Ponadto kwestionariusz poddano walidacji, która składała się z dwóch części: tłumaczenia oraz oceny rzetelności nowo przetłumaczonego narzędzia. Oryginalna wersja narzędzia badawczego została przetłumaczona na język polski przez dwóch niezależnych tłumaczy języka angielskiego. W celu określenia rzetelności kwestionariusza uzyskanego po tłumaczeniu na język polski wyznaczono wartość współczynnika Alfa Cronbacha, która wyniosła powyżej 0,6. Po tej próbie ustalono ostateczną wersję kwestionariusza, przy użyciu którego przeprowadzono badanie właściwe.

Użyta wersja kwestionariusza ATHCT składała się z 14 twierdzeń dotyczących wpływu współpracy w zespole interdyscyplinarnym na jakość świadczonej opieki medycznej oraz kosztów związanych z taką formą postępowania diagnostyczno-leczniczego. W kwestionariuszu zastosowano 5-stopniową skalę Likerta, gdzie 1-zdecydowanie nie zgadzam się; 2-nie zgadzam się; 3-nie mam zdania; 4-zgadzam się; 5-zdecydowanie zgadzam się. Przyjmuje się, iż im wyższa średnia punktów uzyskiwanych w kwestionariuszu, tym ocena znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach jest wyższa.

⁵ Zobacz: Aneks 2.

⁶ Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę autora oryginalnego kwestionariusza ankiety na jej wykorzystanie.

W kwestionariuszu autorskim, w pytaniach dotyczących gotowości i chęci studentów do podjęcia współpracy w zespole interdyscyplinarnym, opinii na temat funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych w polskim systemie ochrony zdrowia oraz opinii na temat edukacji interdyscyplinarnej posłużono się również 5-stopniową skalą Likerta.

Pytania o zakres kompetencji poszczególnych członków zespołu terapeutycznego były pytaniami zamkniętymi, a dostępne warianty odpowiedzi sporządzone zostały na podstawie: Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

Pozostałe pytania miały charakter półotwarty, umożliwiając ankietowanym wybór odpowiedzi spośród podanych w kafeterii oraz udzielenie odpowiedzi alternatywnej w ramach opcji „inne”. W przypadku pytań dotyczących uczestnictwa studentów w zajęciach skonstruowanych w oparciu o zasady edukacji interdyscyplinarnej zastosowano pytania warunkowe.

Studenci wypełniali kwestionariusz samodzielnie i anonimowo, a metryczka umieszczona została na końcu formularza. Ze względu na panującą pandemię SARS-CoV-2, od marca 2020 roku badanie kontynuowano z wykorzystaniem oprogramowania Google Forms. Umieszczono w nim elektroniczną wersję kwestionariusza tożsamą z wersją papierową. Wersję tradycyjną – papierową kwestionariusza ankiety wypełniło 545 badanych. Do badania za pomocą elektronicznej wersji przystąpiło 721 studentów.

1. Metody statystyczne

Analizowane w pracy dane przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej $\pm$ odchylenie standardowe, podano także liczebność badanej cechy w analizowanym materiale z zapisem procentowym. Wybrane zmienne przedstawiono graficznie za pomocą wykresów kołowych, słupkowych oraz tabel.

Założenie o jednorodności wariancji sprawdzono za pomocą testu Levene’a. Porównania średnich arytmetycznych pomiędzy dwiema grupami wykonywano testem t (Studenta) dla zmiennych niezależnych. W przypadku niespełnienia założenia o jednorodności wariancji stosowano test Cochran-Coxa. W sytuacji więcej niż dwóch grup stosowano jednoczynnikową analizę wariancji lub (w przypadku niespełnienia założeń) test F Welcha. Do porównań wielokrotnych (post-hoc) użyto testu HSD Tukeya

w wersji dla nierównych liczebności. Analizę korelacji pomiędzy zmiennymi wykonywano przy wykorzystaniu współczynnika korelacji liniowej r Pearsona lub testu niezależności chi-kwadrat.

W badaniu wykorzystano testy parametryczne powołując się na metodologię zastosowaną przez autora oryginalnego kwestionariusza ankiety ATHCT [76]. Za istotne statystycznie uznawano rezultaty obliczeń, gdy wartość prawdopodobieństwa testowego p spełniała warunek: $p < 0,05$.

Analizę wykonano w programie Statistica v.10.0 firmy StatSoft Polska.

IV. Populacja badana

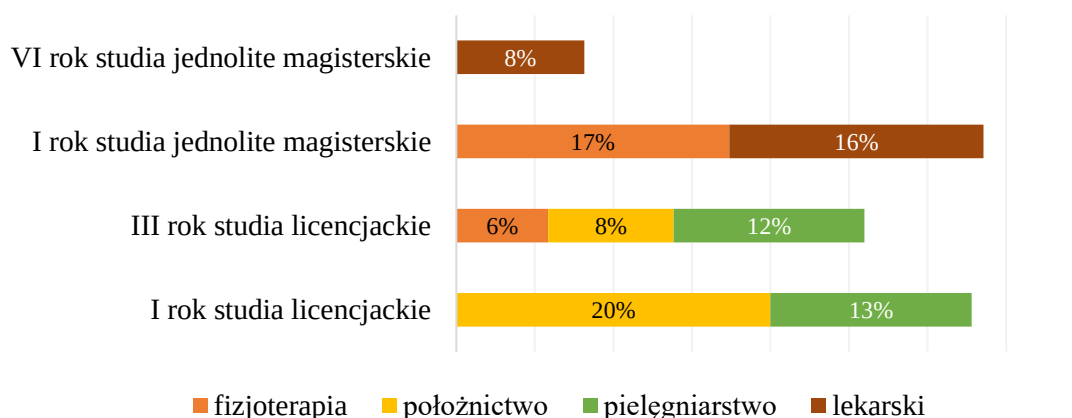
Badania ankietowe wykorzystane w rozprawie były przeprowadzone od marca 2019 roku do września 2020 roku wśród 1266 studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W badaniu udział wzięli studenci kierunku lekarskiego, położnictwa, pielęgniarstwa oraz fizjoterapii. Studenci pierwszego roku brali udział w badaniu w pierwszych miesiącach roku akademickiego (wrzesień-grudzień), studenci ostatnich lat – od marca do czerwca.

W badaniu uwzględniono jedynie przedstawicieli czterech kierunków – pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii oraz kierunku lekarskiego. Obserwacja polskiego systemu opieki zdrowotnej dowodzi, iż to właśnie pielęgniarki, położne, lekarze i fizjoterapeuci najczęściej tworzą zespół terapeutyczny sprawujący opiekę nad pacjentem.

Udział poszczególnych grup studentów w badaniu wyglądał następująco (Wykres 1):

1. studenci I roku studiów jednolitych magisterskich na kierunku lekarskim: 205 osób,
2. studenci VI roku studiów jednolitych magisterskich na kierunku lekarskim: 103 osoby,
3. studenci I roku studiów licencjackich na kierunku położnictwo: 247 osób,
4. studenci III roku studiów licencjackich na kierunku położnictwo: 101 osób,
5. studenci I roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo: 162 osoby,
6. studenci III roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo: 154 osoby,
7. studenci I roku studiów jednolitych magisterskich na kierunku fizjoterapia: 220 osób,
8. studenci III roku studiów licencjackich na kierunku fizjoterapia: 74 osoby.

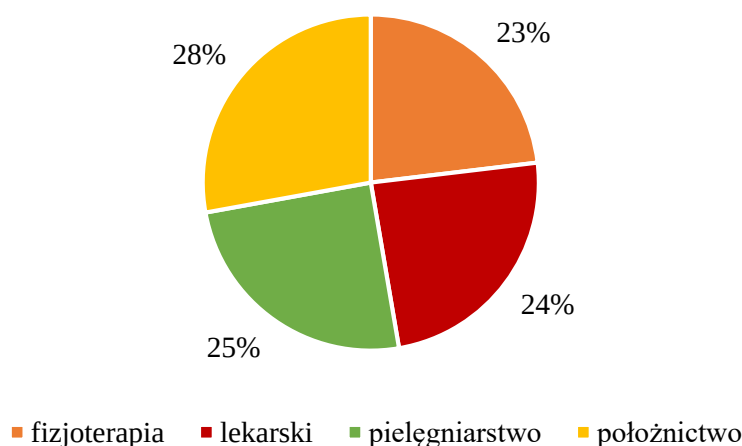
Kierunek i rok studiów grupy badanej



Wykres 1. Podział populacji badanej wg kierunku i roku studiów

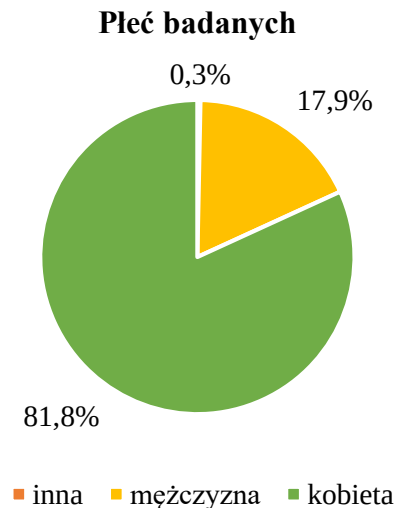
Studenci położnictwa stanowili 28% populacji badanej, pielęgniarstwa – 25%, kierunku lekarskiego – 24%, zaś fizjoterapii – 23% (Wykres 2).

Kierunek studiów



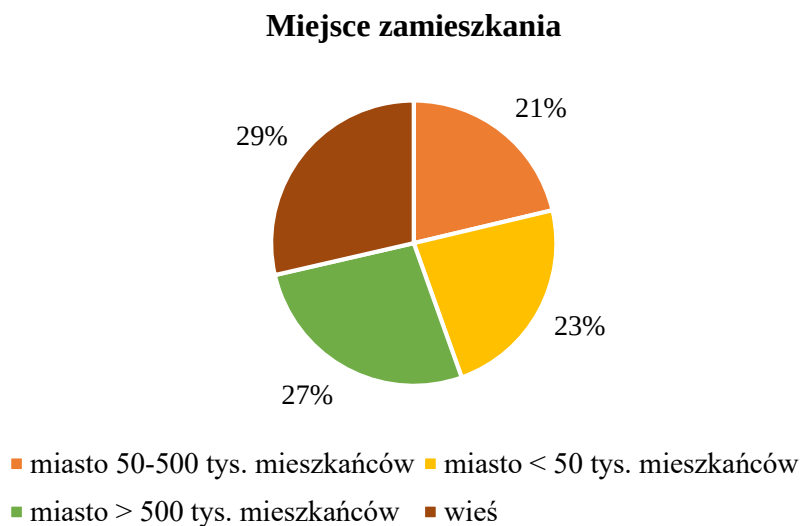
Wykres 2. Podział populacji badanej ze względu na kierunek studiów

Wśród badanych dominowały kobiety (ponad 81%; Wykres 3) oraz osoby w przedziale wiekowym od 18 do 20 lat, co stanowi 57% analizowanej grupy. Średnia wieku badanych wynosiła $20,8 \pm 2,2$ lat. Najmłodszym uczestnikiem badań był student w wieku 18 lat, a najstarszym osoba mająca 33 lata.



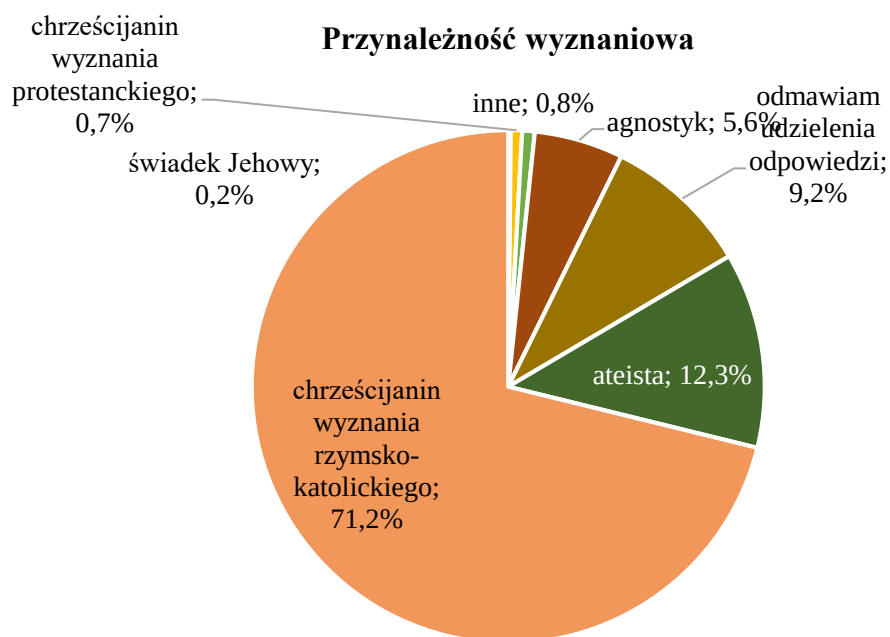
Wykres 3. Struktura płci badanych

Czynnikiem różnicującym badanych było miejsce zamieszkania. Najwięcej osób zamieszkiwało wieś (n=364). Kolejną grupą byli mieszkańcy bardzo dużych miast (ponad 500 tys. mieszkańców; n=335), miast z populacją mniejszą niż 50 tysięcy (n=296) oraz dużych miast, w których liczba mieszkańców mieściła się w przedziale od 50 do 500 tysięcy mieszkańców (n=271) (Wykres 4).



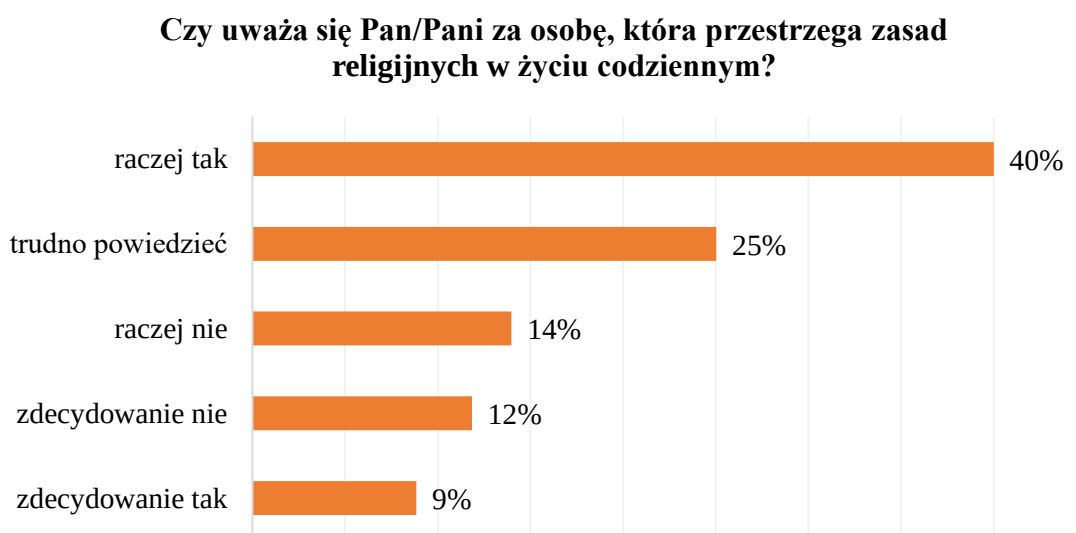
Wykres 4. Podział badanych ze względu na miejsce zamieszkania

Zdecydowana większość badanych deklarowała przynależność do kościoła rzymskokatolickiego. Drugą największą grupą byli ateści. Wśród badanych znaleźli się również agnostycy, protestanci oraz świadkowie Jehowy (Wykres 5).



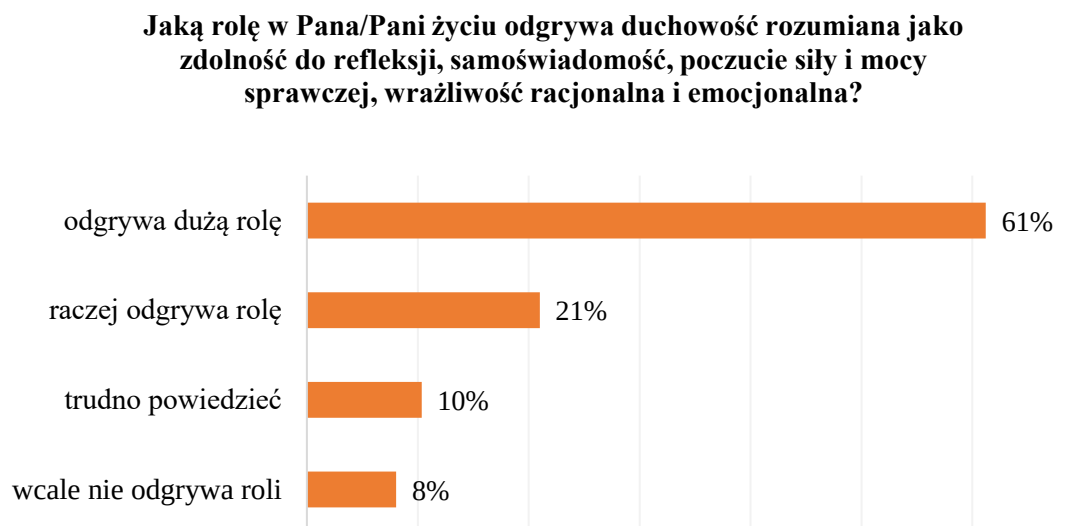
Wykres 5. Podział badanych ze względu na przynależność wyznaniową

Pomimo tak wysokiego odsetka osób deklarujących się jako osoby wierzące jedynie 49% badanych przestrzega zasad religijnych w życiu codziennym, w tym dla prawie co dziesiątego badanego zasady religijne są bardzo ważnym elementem codzienności (Wykres 6).



Wykres 6. Przestrzeganie zasad religijnych przez badanych

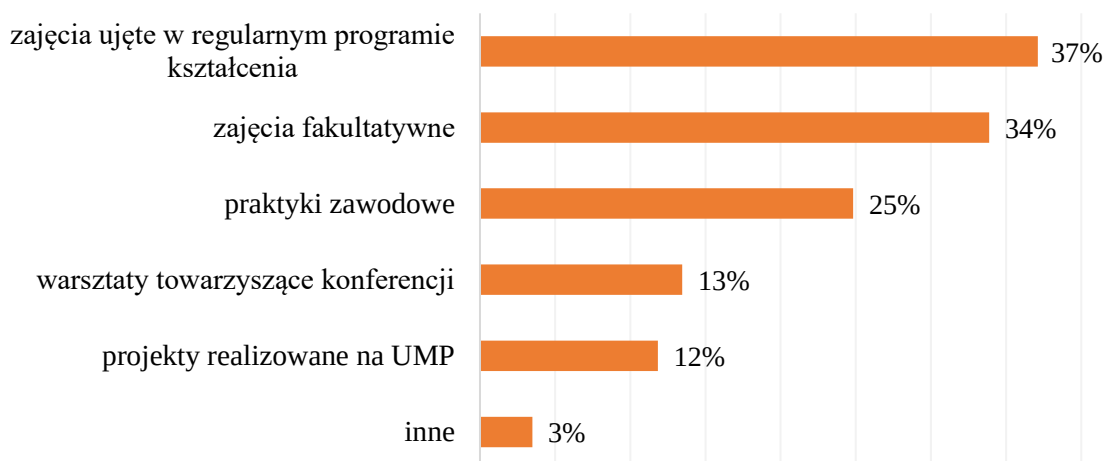
Zapytano również badanych o to jaką rolę w ich życiu odgrywa duchowość rozumiana jako zdolność do refleksji, samoświadomość, poczucie siły i mocy sprawczej [77]. Dla ponad połowy ankieterowanych (61%) duchowość odgrywa dużą rolę, dla 8% duchowość nie ma żadnego znaczenia (Wykres 7).



Wykres 7. Rola duchowości w życiu badanych

W czasie trwania studiów na Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu jedynie 34% badanych brało udział w zajęciach, w których uczestniczyli studenci innych kierunków medycznych. Najczęściej były to zajęcia ujęte w regularnym programie kształcenia lub zajęcia fakultatywne. Wśród innych zajęć, które nie zostały wymienione w kwestionariuszu, studenci, korzystając z możliwości wpisania własnej odpowiedzi, wskazywali na spotkania kół naukowych, studenckiego towarzystwa naukowego, samorządu studenckiego, chóru uniwersyteckiego lub zajęcia sekcji sportowych (Wykres 8).

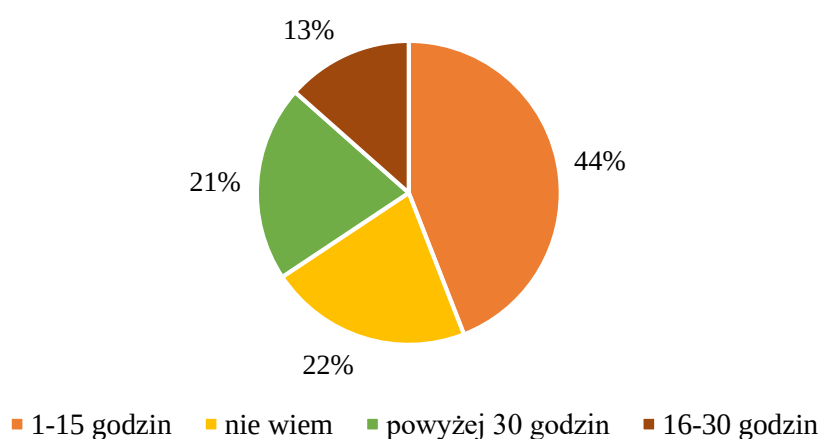
Zajęcia w mieszanych grupach studenckich



Wykres 8. Zajęcia uniwersyteckie w mieszanych grupach studenckich

Wartym odnotowania jest fakt, iż jedynie 44% osób uczestniczących w tych zajęciach wskazało, że prowadzący stosowali metody mobilizujące do podejmowania interakcji i współpracy w zespołach składających się ze studentów różnych kierunków medycznych. Odpowiednio 37% studentów nie zaobserwowało takiej zachęty ze strony prowadzącego, a niemal co piąty (19%) nie potrafił tego ocenić. Najczęściej studenci wskazywali, że takie zajęcia trwały 1-15 godzin (Wykres 9).

Jaki był wymiar godzinowy zajęć w mieszanych grupach studenckich?



Wykres 9. Wymiar godzinowy zajęć w mieszanych grupach studenckich

V. Wyniki

1. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a kierunek studiów

Studenci biorący udział w badaniu wysoko oceniają znaczenie współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych ($3,95 \pm 0,41$). Wykazano, że kierunek studiów wpływał ($p < 0,001$) na różnice w ocenie współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych.

Studenci pielęgniarstwa najwyżej oceniają sprawowanie opieki medycznej przez zespół interdyscyplinarny. Nieco niższą opinię wykazują kolejno studenci fizjoterapii, położnictwa oraz studenci kierunku lekarskiego. Należy zauważyć, że zaobserwowane różnice pomiędzy opiniami studentów są niewielkie (Tabela 2).

Tabela 2. Wpływ kierunku studiów na ocenę znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	$3,89 \pm 0,47$	<0,001
Pielęgniarstwo	316	$4,03 \pm 0,39$	
Położnictwo	348	$3,90 \pm 0,37$	
Fizjoterapia	294	$3,97 \pm 0,41$	
Ogółem	1266	$3,95 \pm 0,41$	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, iż kierunek studiów wpływał na różnice w ocenie znaczenia współpracy interdyscyplinarnych zespołów jedynie wśród studentów pielęgniarstwa i kierunku lekarskiego ($p < 0,001$) oraz wśród studentów pielęgniarstwa i położnictwa ($p < 0,001$). Pomiedzy opiniami studentów innych kierunków nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie omawianego zagadnienia.

2. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a rok studiów

Studenci ostatniego roku studiów – VI roku jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim, III roku studiów licencjackich na kierunku położnictwo, pielęgniarstwo oraz fizjoterapia, lepiej oceniają sprawowanie opieki przez

interdyscyplinarny zespół medyczny w porównaniu do studentów dopiero rozpoczynających edukację na uniwersytecie medycznym (Tabela 3).

Tabela 3. Wpływ etapu studiów na ocenę znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych

Rok studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	3,83 $\pm$ 0,38	<0,001
Ostatni	432	4,16 $\pm$ 0,40	

3. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych

Osoby uczestniczące w zajęciach, w których brali udział przedstawiciele różnych kierunków medycznych, nieznacznie wyżej oceniali współpracę w zespołach interdyscyplinarnych w porównaniu ze studentami nie uczestniczącymi w takich zajęciach (Tabela 4).

Należy zauważyć, że w tej grupie najwyższą średnią (4,09 $\pm$ 0,43) uzyskiwali studenci, których wykładowcy mobilizowali podczas zajęć do interakcji i nawiązywania współpracy w grupach mieszanych pod względem kierunku studiów.

Tabela 4. Wpływ uczestnictwa w zajęciach multidyscyplinarnych na ocenę znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych

Uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Tak	431	4,00 $\pm$ 0,41	0,004
Nie	835	3,92 $\pm$ 0,41	

4. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a rola duchowości

Analiza wykazała istnienie różnic pomiędzy opinią na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a rolą duchowości w życiu badanych (Tabela 5).

Najwyżej współpracę w interdyscyplinarnych zespołach medycznych oceniali studenci, dla których duchowość, rozumiana jako zdolność do refleksji,

samoświadomość, poczucie siły i mocy sprawczej, odgrywa dużą rolę. Osoby, które nie potrafią ocenić roli duchowości w swoim życiu przypisują mniejszą rolę współpracy w zespołach interdyscyplinarnych w porównaniu do ogółu badanych.

Tabela 5. Opinia badanych na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a rola duchowości w ich życiu

Rola duchowości	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Wcale nie odgrywa roli	102	3,83 ± 0,39	<0,001
Raczej odgrywa rolę	258	3,92 ± 0,40	
Odgrywa dużą rolę	775	3,99 ± 0,41	
Trudno powiedzieć	131	3,84 ± 0,41	
Ogółem	1266	3,95 ± 0,41	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, że różnice w opinii na temat znaczenia zespołów interdyscyplinarnych w opiece medycznej występowały jedynie pomiędzy studentami, dla których duchowość odgrywa dużą rolę i dla których wcale nie odgrywa roli ($p=0,032$) oraz dla tych, którzy nie potrafią określić roli duchowości w swoim życiu a tymi, dla których duchowość odgrywa dużą rolę ($p=0,017$).

5. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a płeć

Analiza wykazała istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy oceną znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a płcią badanych. Kobiety wyżej oceniały znaczenie współpracy niż badani mężczyźni (Tabela 6).

Tabela 6. Wpływ płci badanych na ocenę znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych

Płeć	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Kobieta	1036	3,96 ± 0,40	0,002
Mężczyzna	226	3,86 ± 0,46	

6. Opinia na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych wśród studentów pierwszego roku studiów

W badaniu wykazano, że postrzeganie współpracy w zespołach interdyscyplinarnych różni się wśród studentów pierwszego roku w zależności od studiowanego kierunku (Tabela 7). Studenci pierwszego roku pielęgniarstwa przypisują najwyższe znaczenie współpracy w zespołach interdyscyplinarnych w porównaniu do studentów pozostałych kierunków.

Tabela 7. Wpływ kierunku studiów na opinię na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych wśród studentów pierwszorocznych

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	205	3,74 $\pm$ 0,43	<0,001
Pielęgniarstwo	162	3,95 $\pm$ 0,33	
Położnictwo	247	3,79 $\pm$ 0,32	
Fizjoterapia	220	3,88 $\pm$ 0,38	
Ogółem	834	3,83 $\pm$ 0,38	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, że istotne statystycznie różnice w postrzeganiu znaczenia współpracy w zespołach interdyscyplinarnych występowały wśród studentów pierwszego roku kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p < 0,001$), lekarskiego i fizjoterapii ($p = 0,001$), pielęgniarstwa i położnictwa ($p = 0,001$). Pomiędzy opiniami studentów pozostałych kierunków nie zaobserwowano różnic.

Analiza statystyczna nie wykazała wpływu kierunku studiów na istnienie istotnych różnic w postrzeganiu współpracy w zespołach interdyscyplinarnych pośród studentów ostatniego roku.

7. Opinia badanych na temat sprawowania holistycznej opieki przez interdyscyplinarny zespół medyczny

Badani uważają, że sprawowanie opieki przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny pozwala na holistyczne podejście do problemów zdrowotnych pacjenta. Najbardziej co do wpływu interdyscyplinarnego podejścia na sprawowanie holistycznej opieki nad pacjentem przekonani są studenci kierunku lekarskiego i fizjoterapii (Tabela 8).

Tabela 8. Opinia badanych na temat wpływu interdyscyplinarności zespołu terapeutycznego na sprawowanie holistycznej opieki a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	4,20 ± 0,87	<0,001
Pielęgniarstwo	316	4,15 ± 0,88	
Położnictwo	348	3,94 ± 0,89	
Fizjoterapia	294	4,19 ± 0,87	
Ogół grupy	1266	4,11 ± 0,88	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, iż istotne różnice co do opinii na temat holistycznego podejścia zespołów interdyscyplinarnych zachodzą pomiędzy studentami położnictwa i kierunku lekarskiego ($p=0,001$), pomiędzy studentami położnictwa i pielęgniarstwa ($p=0,015$) oraz pomiędzy studentami położnictwa i fizjoterapii ($p=0,003$). Pomędzy pozostałymi studentami nie stwierdzono istotnych różnic.

Znacznie większe różnice zaobserwowano w ocenie tego aspektu przez studentów pierwszorzecznych i ostatniego roku (Tabela 9). Studenci pierwszego roku krytyczniej odnoszą się do możliwości sprawowania holistycznej opieki przez zespół interdyscyplinarny niż studenci ostatniego roku. Być może jest to wynikiem braku znajomości wśród tych studentów znaczenia pojęcia holistycznego podejścia terapeutycznego.

Tabela 9. Opinia badanych na temat wpływu interdyscyplinarności zespołu terapeutycznego na sprawowanie holistycznej opieki a rok studiów

Rok studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	3,90 ± 0,87	<0,001
Ostatni	432	4,52 ± 0,76	

8. Opinia badanych na temat wpływu zjawiska synergii na pracę członków zespołu interdyscyplinarnego

Studenci biorący udział w badaniu uważają, że pacjenci objęci opieką zespołu interdyscyplinarnego otrzymują lepszą opiekę, dzięki temu że w zespole zachodzi

zjawisko synergii, tj. wymiany doświadczeń i wiedzy przedstawicieli różnych zawodów medycznych.

Kierunek studiów był cechą różnicującą opinię studentów w tym zakresie. Studenci pielęgniarstwa najwyżej oceniali wpływ zjawiska synergii na jakość świadczonej opieki. W mniejszym stopniu z opinią o pozytywnym wpływie wymiany doświadczeń i wiedzy pomiędzy członkami zespołu interdyscyplinarnego na jakość opieki zgadzali się studenci kierunku lekarskiego (Tabela 10).

Tabela 10. Opinia na temat wpływu zjawiska synergii wśród członków zespołów interdyscyplinarnych na jakość świadczonej opieki medycznej a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	4,63 ± 0,66	<0,001
Pielęgniarstwo	316	4,84 ± 0,40	
Położnictwo	348	4,78 ± 0,58	
Fizjoterapia	294	4,78 ± 0,49	
Ogół grupy	1266	4,76 ± 0,55	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy opiniami studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p < 0,001$), pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i położnictwa ($p = 0,004$) oraz pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i fizjoterapii ($p = 0,008$). Pomędzy studentami pozostałych kierunków studiów nie stwierdzono istnienia istotnych różnic w zakresie opinii o wpływie zjawiska synergii na jakość świadczonej opieki.

Zaobserwowano różnice pomiędzy opiniami w zakresie wpływu synergii na jakość świadczonej opieki pomiędzy studentami pierwszoricznymi oraz studentami ostatniego roku. Studenci ostatniego roku wyżej oceniali wpływ sprawowania opieki przez zespół interdyscyplinarny na trafność podejmowanych decyzji dotyczących opieki nad pacjentem niż studenci pierwszego roku (Tabela 11). Zatem na ocenę wpływu synergii na pracę zespołów interdyscyplinarnych wpływał etap edukacji badanych.

Tabela 11. Opinia na temat wpływu zjawiska synergii wśród członków zespołów interdyscyplinarnych na jakość świadczonej opieki medycznej a rok studiów

Rok studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	4,70 ± 0,61	<0,001
Ostatni	432	4,87 ± 0,37	

9. Opinia badanych na temat wpływu opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny na unikanie błędów medycznych

Wpływ interdyscyplinarności zespołu terapeutycznego na bezpieczeństwo pacjentów najlepiej oceniali studenci pielęgniarstwa (Tabela 12). Zdaniem badanych opracowanie planu opieki nad pacjentem przez członków zespołu interdyscyplinarnego pozwala uniknąć błędów medycznych.

Tabela 12. Opinia na temat wpływu opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny na unikanie błędów medycznych a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	4,26 ± 0,89	0,033
Pielęgniarstwo	316	4,42 ± 0,69	
Położnictwo	348	4,30 ± 0,71	
Fizjoterapia	294	4,31 ± 0,81	
Ogół grupy	1266	4,32 ± 0,78	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, iż istotne różnice pomiędzy opinią badanych na temat świadczenia opieki przez zespół interdyscyplinarny a popełnianiem błędów medycznych występują jedynie pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p=0,043$). Pomędzy pozostałymi studentami nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie badanej opinii.

Cechą różnicującą opinię studentów na temat wpływ interdyscyplinarności zespołu terapeutycznego na bezpieczeństwo pacjentów był rok studiów badanych. Studenci ostatniego roku częściej wskazywali na pozytywny wpływ sprawowania opieki przez zespół interdyscyplinarny na unikanie błędów medycznych niż studenci pierwszego roku (Tabela 13).

Tabela 13. Opinia na temat wpływu opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny na unikanie błędów medycznych a rok studiów

Rok studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	4,24 $\pm$ 0,80	<0,001
Ostatni	432	4,48 $\pm$ 0,70	

10. Opinia badanych na temat pracy w środowisku interdyscyplinarnym a entuzjazm i zainteresowanie pracą u pracowników ochrony zdrowia

Praca w zespole interdyscyplinarnym, w którym każdy z członków zna swój zakres odpowiedzialności, a cel działania jest jasno określony jest czynnikiem mogącym chronić przed wypaleniem zawodowym.

Kierunek studiów jest czynnikiem różnicującym opinię studentów na temat wpływu pracy w interdyscyplinarnym środowisku na zachowanie entuzjazmu i zainteresowania pracą pracowników ochrony zdrowia. Po raz kolejny to studenci pielęgniarstwa zwracali największą uwagę na tę korzyść wynikającą z pracy zespołów interdyscyplinarnych. Niższą wartość wskaźnika oceniającego badaną opinię uzyskali studenci fizjoterapii, następnie położnictwa i kierunku lekarskiego (Tabela 14).

Tabela 14. Wpływ kierunku studiów na opinię badanych na temat pracy w środowisku interdyscyplinarnym a entuzjazm i zainteresowanie pracą pracowników ochrony zdrowia

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	3,56 $\pm$ 0,90	0,005
Pielęgniarstwo	316	3,78 $\pm$ 0,77	
Położnictwo	348	3,64 $\pm$ 0,73	
Fizjoterapia	294	3,73 $\pm$ 0,79	
Ogół grupy	1266	3,68 $\pm$ 0,80	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, iż różnice w opiniach występują jedynie pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p=0,003$) oraz pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i fizjoterapii ($p=0,043$). Pomiedzy studentami pozostałych kierunków nie stwierdzono istotnych różnic.

W kolejnej analizie wykazano, że na opinię studentów na temat wpływu pracy w interdyscyplinarnym środowisku na zachowanie entuzjazmu i zainteresowania pracą pracowników ochrony zdrowia wpływa etap edukacji akademickiej. Studenci ostatniego roku byli bardziej przekonani co do pozytywnego wpływu członkostwa w zespole interdyscyplinarnym na zadowolenie z pracy personelu medycznego w porównaniu do studentów pierwszego roku (Tabela 15).

Tabela 15. Wpływ roku studiów na opinię badanych na temat pracy w środowisku interdyscyplinarnym a entuzjazm i zainteresowanie pracą pracowników ochrony zdrowia

Rok studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	3,59 ± 0,84	<0,001
Ostatni	432	3,84 ± 0,77	

Zauważono, że również uczestnictwo w zajęciach w mieszanych grupach studenckich było czynnikiem różnicującym w sposób istotny statystycznie badanych w zakresie omawianej opinii. Osoby biorące udział w zajęciach multidyscyplinarnych wyżej oceniały prewencyjny wpływ współpracy w zespołach interdyscyplinarnych na możliwość wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia w porównaniu do osób, które w takich zajęciach nie uczestniczyły (Tabela 16).

Tabela 16. Wpływ uczestnictwa w zajęciach multidyscyplinarnych na opinię badanych na temat pracy w środowisku interdyscyplinarnym a entuzjazm i zainteresowanie pracą pracowników ochrony zdrowia

Uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Tak	431	3,74 ± 0,82	0,030
Nie	835	3,64 ± 0,79	

11. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na komunikację w zespole

Ze stwierdzeniem dotyczącym pozytywnego wpływu pracy w środowisku interdyscyplinarnym na jakość komunikacji w zespole opiekującym się pacjentem

najbardziej zgadzają się studenci pielęgniarstwa. Niżej ten wpływ oceniają studenci fizjoterapii, następnie położnictwa i kierunku lekarskiego (Tabela 17).

Tabela 17. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	4,09 ± 0,91	0,041
Pielęgniarstwo	316	4,27 ± 0,83	
Położnictwo	348	4,14 ± 0,87	
Fizjoterapia	294	4,24 ± 0,80	
Ogół grupy	1266	4,18 ± 0,86	

Pomimo, iż wynik testu analizy wariancji okazał się istotny statystycznie ($p=0,041$) to analiza porównań wielokrotnych nie wykazała istnienia różnic pomiędzy opiniami studentów ($p>0,05$).

Wykazano, iż czynnikami różnicującymi opinię badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na komunikację między nimi był również rok studiów (Tabela 18), rola duchowości (Tabela 19) oraz udział w zajęciach multidyscyplinarnych (Tabela 20).

Studenci ostatniego roku ($4,47 \pm 0,73$), osoby, dla których duchowość odgrywa rolę ($4,22 \pm 0,81$) oraz uczestniczące w zajęciach multidyscyplinarnych ($4,28 \pm 0,84$) uzyskują najwyższe wskaźniki oceniające badaną opinię.

Tabela 18. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a rok studiów

Rok studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	4,04 ± 0,88	<0,001
Ostatni	432	4,47 ± 0,73	

Tabela 19. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a rola duchowości w życiu badanych

Rola duchowości	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Wcale nie odgrywa roli	102	4,01 ± 0,83	0,013
Raczej odgrywa rolę	258	4,22 ± 0,81	
Odgrywa dużą rolę	775	4,22 ± 0,86	
Trudno powiedzieć	131	4,01 ± 0,91	
Ogółem	1266	4,18 ± 0,86	

Pomimo, iż wynik testu analizy wariancji okazał się istotny statystycznie ($p=0,013$) to analiza porównań wielokrotnych nie wykazała różnic pomiędzy studentami deklarującymi różną rolę duchowości w swoim życiu a opinią na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na poprawę komunikacji pomiędzy nimi ($p>0,05$).

Tabela 20. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych

Uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Tak	431	4,28 ± 0,84	0,003
Nie	835	4,13 ± 0,86	

12. Wiedza studentów na temat zakresu kompetencji i obowiązków lekarza, pielęgniarki, położnej oraz fizjoterapeuty

Zadaniem badanych było wskazać, które z wymienionych w kwestionariuszu ankiety czynności należą do zakresu kompetencji poszczególnych przedstawicieli zawodów medycznych. W teście wiedzy o zakresie kompetencji zawodowych poszczególnych medyków (pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, lekarzy) maksymalną liczbą punktów możliwą do uzyskania było 12. Łączna suma punktów za cały test wynosiła 48 punktów.

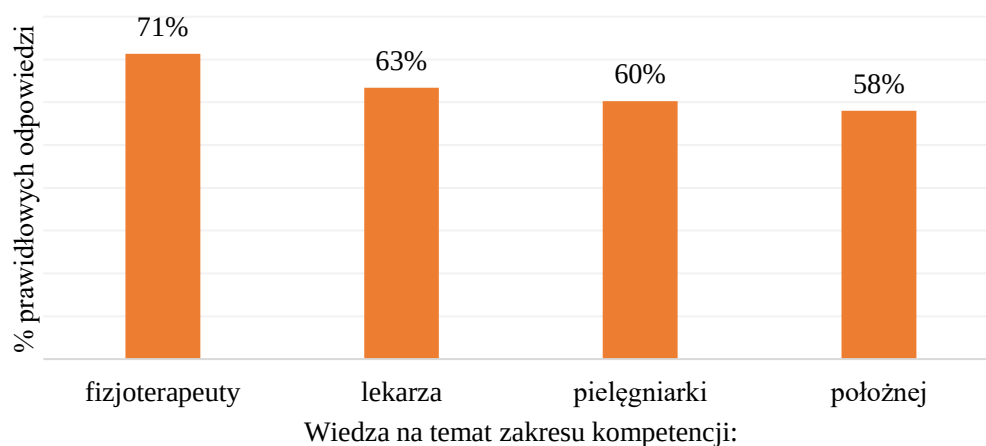
Wiedza studentów na temat zakresu kompetencji i obowiązków personelu medycznego nie jest zadawalająca (Tabela 21). Na 48 możliwych punktów badani

uzyskiwali średnio 30,36 punktu w teście wiedzy, co stanowi 63,3% prawidłowych odpowiedzi. Badani studenci wykazali się najlepszą wiedzą na temat zakresu kompetencji i obowiązków fizjoterapeuty. Średnio było to 8,56 pkt. na 12 możliwych. Studenci mieli gorszą wiedzę na temat zakresu kompetencji lekarza ($7,61 \pm 1,60$) oraz pielęgniarki ($7,23 \pm 2,04$). Najmniej punktów uzyskiwali w teście wiedzy na temat kompetencji położnej (Wykres 10).

Tabela 21. Wiedza badanych na temat zakresu kompetencji wybranego personelu medycznego

Wiedza na temat zakresu kompetencji:	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
lekarza	1266	$7,61 \pm 1,60$	<0,001
pielęgniarki	1266	$7,23 \pm 2,04$	
położnej	1266	$6,96 \pm 1,90$	
fizjoterapeuty	1266	$8,56 \pm 1,92$	
Wiedza ogółem	1266	$30,36 \pm 5,84$	

Wyniki testu wiedzy na temat zakresu kompetencji personelu medycznego (n=1266)



Wykres 10. Wiedza badanych na temat zakresu kompetencji wybranego personelu medycznego

Zbadano istnienie różnic pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez studentów w teście wiedzy a kierunkiem oraz rokiem studiów. Najwyższą wiedzą na temat zakresu kompetencji wybranego personelu medycznego wykazali się studenci pielęgniarstwa zdobywając średnio 66,1% prawidłowych odpowiedzi. Mniej punktów zdobywali

studenci położnictwa. Najniższą wiedzą o zakresie kompetencji lekarza, pielęgniarki, położnej i fizjoterapeuty wykazali się studenci kierunku lekarskiego (Tabela 22).

Tabela 22. Wiedza badanych na temat kompetencji wybranego personelu medycznego a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	28,97 ± 6,44	<0,001
Pielęgniarstwo	316	31,74 ± 4,81	
Położnictwo	348	31,24 ± 5,71	
Fizjoterapia	294	29,31 ± 5,86	
Ogół grupy	1266	30,36 ± 5,84	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała istnienie różnic w uzyskiwanych wynikach testu wiedzy w przypadku studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p<0,001$), lekarskiego i położnictwa ($p<0,001$), pielęgniarstwa i fizjoterapii ($p<0,001$), położnictwa i fizjoterapii ($p<0,001$). Studiowany kierunek nie był cechą różnicującą studentów kierunku lekarskiego i fizjoterapii ($p=0,888$) oraz studentów pielęgniarstwa i położnictwa ($p=0,680$).

Najlepszą wiedzą na temat kompetencji zawodowych lekarza wykazywali się studenci położnictwa. Niższy wynik w teście uzyskali studenci pielęgniarstwa. Zbliżone wyniki uzyskiwali studenci kierunku lekarskiego i fizjoterapii (Tabela 23).

Tabela 23. Wiedza badanych na temat kompetencji lekarza a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	7,24 ± 1,58	<0,001
Pielęgniarstwo	316	7,96 ± 1,35	
Położnictwo	348	7,99 ± 1,63	
Fizjoterapia	294	7,19 ± 1,63	
Ogół grupy	1266	7,61 ± 1,60	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała istnienie różnic w wynikach uzyskiwanych w teście wiedzy na temat kompetencji lekarza pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p < 0,001$), lekarskiego i położnictwa ($p < 0,001$), pielęgniarstwa i fizjoterapii ($p < 0,001$), położnictwa i fizjoterapii ($p < 0,001$). W przypadku studentów kierunku lekarskiego i fizjoterapii ($p = 0,971$) oraz położnictwa i pielęgniarstwa ($p = 0,996$) studiowany kierunek nie wpływał na różnicę w uzyskiwanych wynikach.

Najlepszą wiedzą na temat własnej grupy zawodowej wykazali się studenci pielęgniarstwa (Tabela 24) oraz fizjoterapii (Tabela 26). Najwięcej punktów w teście dotyczącym kompetencji położnych zdobywali studenci pielęgniarstwa, uzyskując średnio o 0,04 pkt. więcej od studentów położnictwa (Tabela 25).

Tabela 24. Wiedza badanych na temat kompetencji pielęgniarzki a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	6,91 $\pm$ 2,32	<0,001
Pielęgniarstwo	316	7,63 $\pm$ 1,71	
Położnictwo	348	7,57 $\pm$ 1,90	
Fizjoterapia	294	6,72 $\pm$ 2,08	
Ogół grupy	1266	7,23 $\pm$ 2,04	

Tabela 25. Wiedza badanych na temat kompetencji położnej a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	6,64 $\pm$ 2,07	<0,001
Pielęgniarstwo	316	7,33 $\pm$ 1,71	
Położnictwo	348	7,29 $\pm$ 1,81	
Fizjoterapia	294	6,51 $\pm$ 1,86	
Ogół grupy	1266	6,96 $\pm$ 1,90	

Identycznie jak w przypadku średnich uzyskiwanych w teście wiedzy na temat kompetencji zawodowych lekarza tak w przypadku wiedzy o obowiązkach pielęgniarzki oraz położnej jedynie w przypadku studentów kierunku lekarskiego i fizjoterapii oraz

położnictwa i pielęgniarstwa studiowany kierunek studiów nie jest cechą różnicującą te grupy w sposób istotny statystycznie.

Tabela 26. Wiedza na temat kompetencji fizjoterapeuty a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	8,18 $\pm$ 2,13	<0,001
Pielęgniarstwo	316	8,83 $\pm$ 1,64	
Położnictwo	348	8,38 $\pm$ 1,99	
Fizjoterapia	294	8,89 $\pm$ 1,78	
Ogół grupy	1266	8,56 $\pm$ 1,92	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała istnienie różnic w uzyskiwanych wynikach w teście wiedzy na temat kompetencji zawodowych fizjoterapeuty w grupach: studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p < 0,001$), kierunku lekarskiego i fizjoterapii ($p < 0,001$), pielęgniarstwa i położnictwa ($p = 0,017$), położnictwa i fizjoterapii ($p = 0,006$). Wśród pozostałych grup badanych kierunek studiów nie jest cechą różnicującą uzyskiwane średnie w teście wiedzy na temat obowiązków fizjoterapeuty.

13. Wiedza studentów na temat zakresu kompetencji zawodowych wybranego personelu medycznego a rok studiów

Analiza statystyczna wykazała istnienie związku pomiędzy rokiem studiów a wynikiem uzyskiwanym w teście wiedzy na temat kompetencji i obowiązków zawodowych wybranego personelu medycznego. Wyższe wyniki w całym teście jak i w testach dla poszczególnych zawodów medycznych uzyskiwali studenci ostatniego roku biorący udział w badaniu (Tabela 27).

Tabela 27. Średnia punktów uzyskiwana w teście wiedzy na temat kompetencji wybranego personelu medycznego a rok studiów

Wiedza na temat zakresu kompetencji:	Pierwszy rok	Ostatni rok	p-wartość
	Średnia ± odchylenie standardowe		
lekarza	7,43 ± 1,61	7,97 ± 1,50	<0,001
pielęgniarki	6,83 ± 2,03	7,99 ± 1,86	<0,001
położnej	6,61 ± 1,91	7,64 ± 1,67	<0,001
fizjoterapeuty	8,36 ± 1,94	8,95 ± 1,81	<0,001
Ogółem	29,23 ± 5,80	32,56 ± 5,27	<0,001

14. Korelacja pomiędzy znajomością kompetencji personelu medycznego a oceną współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych

Analiza korelacji pomiędzy wartościami uzyskiwanymi przez studentów w kwestionariuszu ATHCT a wartościami uzyskiwanymi w teście wiedzy dotyczącym kompetencji personelu medycznego wykazała, iż dobrej znajomości kompetencji i obowiązków personelu medycznego towarzyszy wysoka ocena opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny.

Związek ten zaobserwowano wśród studentów wszystkich kierunków. Należy jednak zaznaczyć, iż siła tych związków jest umiarkowana (Tabela 28).

Tabela 28. Zależności pomiędzy stanem wiedzy studentów na temat zakresu kompetencji personelu medycznego a opinią na temat współpracy w zespołach interdyscyplinarnych

Wiedza studentów kierunku:	lekarskiego (n=308)	pielęgniarstwo (n=316)	położnictwo (n=348)	fizjoterapia (n=294)	Ogółem (n=1266)
r	0,41	0,32	0,34	0,37	0,37
p-wartość	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

15. Opinia badanych na temat posiadania przez studentów kierunków medycznych umiejętności współpracy w zespole

Studenci wszystkich kierunków uważają, że umiejętność współpracy w zespole jest ważna, jednak to studenci pielęgniarstwa oceniali tę umiejętność najwyżej ($4,71 \pm 0,95$) (Tabela 29).

Tabela 29. Opinia badanych na temat posiadania przez studentów kierunków medycznych umiejętności współpracy w zespole a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	$4,28 \pm 0,95$	<0,001
Pielęgniarstwo	316	$4,71 \pm 0,54$	
Położnictwo	348	$4,69 \pm 0,55$	
Fizjoterapia	294	$4,65 \pm 0,61$	
Ogół grupy	1266	$4,59 \pm 0,70$	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, iż różnice w opinii na temat znaczenia umiejętności współpracy w grupie występują pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p < 0,001$), pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i położnictwa ($p < 0,001$) oraz pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i fizjoterapii ($p < 0,001$).

Cechą różnicującą opinię na temat użyteczności posiadania przez studentów kierunków medycznych umiejętności pracy w grupie był również rok studiów. Zarówno studenci pierwszego roku jak i ostatniego roku wysoko oceniają potrzebę posiadania tej umiejętności, jednak to studenci ostatniego roku oceniają ją wyżej (Tabela 30).

Tabela 30. Opinia badanych na temat posiadania przez studentów kierunków medycznych umiejętności współpracy w zespole a rok studiów

Rok studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	$4,53 \pm 0,74$	<0,001
Ostatni	432	$4,70 \pm 0,61$	

16. Opinia badanych na temat występowania stereotypów wśród studentów kierunków medycznych

Studenci wszystkich kierunków są zgodni co do tego, że pośród nich panują stereotypy, które mogą wpływać negatywnie na podejmowanie efektywnej współpracy. Najbardziej przekonani do tego poglądu są studenci pielęgniarstwa ($4,00 \pm 0,92$), a najmniej kierunku lekarskiego ($3,26 \pm 1,14$) (Tabela 31).

Tabela 31. Opinia badanych na temat występowania stereotypów wśród studentów kierunków medycznych a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	$3,26 \pm 1,14$	<0,001
Pielęgniarstwo	316	$4,00 \pm 0,92$	
Położnictwo	348	$3,89 \pm 1,01$	
Fizjoterapia	294	$3,65 \pm 1,05$	
Ogół grupy	1266	$3,71 \pm 1,07$	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, iż różnice w postrzeganiu stereotypów występowały pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p < 0,001$), pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i położnictwa ($p < 0,001$), pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i fizjoterapii ($p < 0,001$), pomiędzy studentami fizjoterapii i pielęgniarstwa ($p < 0,001$) oraz pomiędzy studentami fizjoterapii i położnictwa ($p = 0,031$).

Wartym odnotowania jest fakt, iż silne przekonanie o istnieniu stereotypów mają już studenci pierwszego roku ($3,57 \pm 1,08$) (Tabela 32).

Tabela 32. Opinia badanych na temat występowania stereotypów wśród studentów kierunków medycznych a rok studiów

Rok studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	$3,57 \pm 1,08$	<0,001
Ostatni	432	$3,97 \pm 1,00$	

17. Opinia badanych na temat funkcjonowania interdyscyplinarnych zespołów medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia

Studenci źle oceniają funkcjonowanie interdyscyplinarnych zespołów w polskim systemie ochrony zdrowia. Najniżej ich działanie oceniają studenci kierunku lekarskiego ($2,25 \pm 0,92$) i fizjoterapii ($2,44 \pm 0,97$) (Tabela 33).

Tabela 33. Opinia badanych na temat funkcjonowania interdyscyplinarnych zespołów medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia a kierunek studiów

Kierunek studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Lekarski	308	$2,25 \pm 0,92$	<0,001
Pielęgniarstwo	316	$2,51 \pm 0,96$	
Położnictwo	348	$2,54 \pm 0,81$	
Fizjoterapia	294	$2,44 \pm 0,97$	
Ogół grupy	1266	$2,44 \pm 0,92$	

Analiza porównań wielokrotnych wykazała, iż różnice w ocenie funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych w polskim systemie ochrony zdrowia zachodziły jedynie pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p=0,002$) oraz pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i położnictwa ($p=0,001$). Pomędzy pozostałymi studentami nie stwierdzono istotnych różnic w prezentowanych opiniach.

Zbadano również wpływ etapu studiów na opinię o funkcjonowaniu medycznych zespołów interdyscyplinarnych w Polsce. Nieznacznie wyższą opinię prezentowali studenci pierwszego roku w porównaniu do studentów roku ostatniego (Tabela 34).

Tabela 34. Opinia badanych na temat funkcjonowania interdyscyplinarnych zespołów medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia a rok studiów

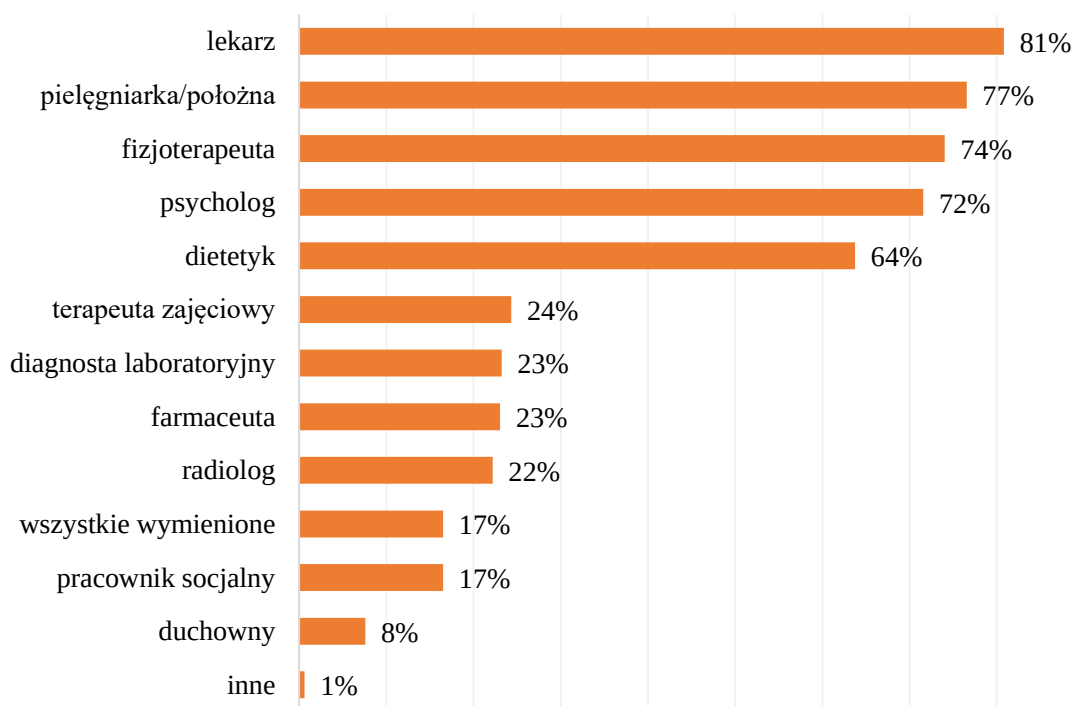
Rok studiów	Liczebność	Średnia $\pm$ odchylenie standardowe	p-wartość
Pierwszy	834	$2,53 \pm 0,86$	<0,001
Ostatni	432	$2,27 \pm 1,02$	

18. Opinia badanych na temat składu zespołu interdyscyplinarnego sprawującego wielospecjalistyczną opiekę nad pacjentem

W kwestionariuszu ankiety poproszono badanych o wskazanie profesji, które włączyliby do zespołu interdyscyplinarnego sprawującego wielospecjalistyczną opiekę nad pacjentem. Spośród podanych zawodów respondenci mogli wybrać kilka, wybrać wszystkie lub samodzielnie wpisać zawód niewymieniony w kafeterii.

Badani najczęściej wskazywali na lekarza (81%), pielęgniarkę/położną (77%) oraz fizjoterapeutę (74%). Na czwartym miejscu pojawił się psycholog (72%) – jeden z dwóch zawodów pozamedycznych wymienionych w kwestionariuszu (Wykres 11). Ponad 60% badanych w prace zespołu interdyscyplinarnego włączyłoby również dietetyka. Wśród innych zawodów, niewymienionych w kwestionariuszu, badani wskazywali na potrzebę uwzględnienia m.in. logopedy oraz rehabilitanta.

Które z niżej wymienionych zawodów włączyłby Pan/Pani do zespołu interdyscyplinarnego sprawującego wielospecjalistyczną opiekę nad pacjentem?



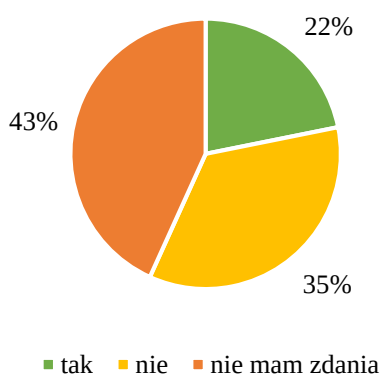
Wykres 11. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego wg badanych

19. Opinia studentów na temat wpływu edukacji uniwersyteckiej na kształtowanie umiejętności współpracy w zespole terapeutycznym

Jedynie co piąty badany zauważa pozytywny wpływ nauczania akademickiego na przygotowanie do współpracy w zespole terapeutycznym (Wykres 12).

Spośród 432 studentów ostatnich lat biorących udział w badaniu jedynie 78, co stanowi 18% studentów ostatniego roku, uznało, że zajęcia na Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu przygotowały ich do podjęcia pracy w zespole terapeutycznym. Biorąc pod uwagę fakt, że większość studentów ostatniego roku za kilka miesięcy, uzyskując prawo wykonywania zawodu, podejmie pracę w polskim systemie ochrony zdrowia, gdzie praca z przedstawicielami różnych zawodów medycznych jest codziennością, wynik ten budzi zaniepokojenie.

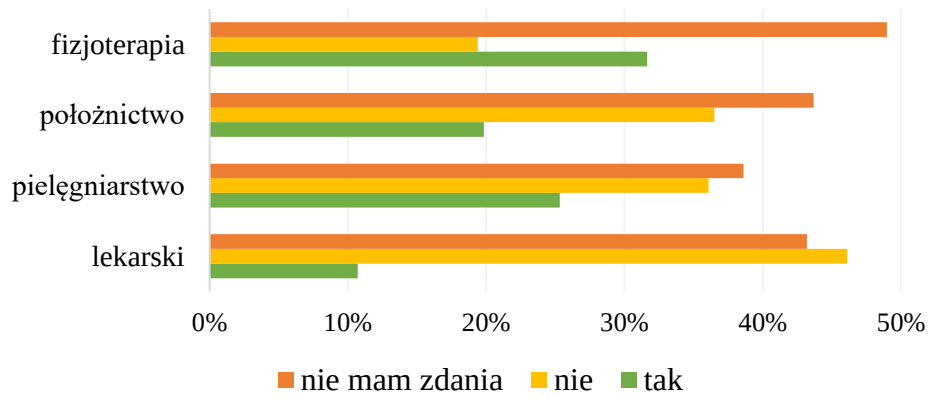
Czy uważa Pan/Pani, że studia medyczne przygotowują/przygotowały Pana/Panią do współpracy w zespole terapeutycznym?



Wykres 12. Opinia badanych na temat wpływu edukacji uniwersyteckiej na kształtowanie umiejętności współpracy w zespole terapeutycznym

Kierunek studiów jest cechą różnicującą opinię badanych na temat wpływu edukacji akademickiej na gotowość do podjęcia pracy w zespole terapeutycznym ($p < 0,001$). Najwyżej przygotowanie akademickie do bycia członkiem zespołu terapeutycznego oceniają studenci fizjoterapii, a najniżej studenci kierunku lekarskiego, jednak większość studentów nie jest w stanie określić wpływu kształcenia na umiejętność pracy w zespole terapeutycznym (Wykres 13).

**Czy uważa Pan/Pani, że studia medyczne
przygotowują/przygotowały Pana/Panią do
współpracy w zespole terapeutycznym?**



Wykres 13. *Opinia badanych na temat wpływu nauczania akademickiego na przygotowanie do pracy w zespole terapeutycznym*

VI. Dyskusja

Aktualnie rosnące zapotrzebowanie na opiekę sprawowaną przez interdyscyplinarne zespoły terapeutyczne jest spowodowane wieloma czynnikami, m.in.: starzejącym się społeczeństwem, zwiększającą się liczbą pacjentów z wieloma chorobami przewlekłymi, wymagającymi kompleksowego leczenia, złożonością procedur, umiejętności i wiedzy koniecznych do sprawowania holistycznej opieki, rosnącą specjalizacją zawodów medycznych, skutkującą tym, iż zaspokojenie wszystkich potrzeb zdrowotnych pacjenta przez jednego profesjonalistę jest niemożliwe, dążeniem do zapewnienia ciągłości opieki i jednoczesnego dążenia do poprawy jakości świadczonych usług medycznych [4].

W Raporcie końcowym „Analiza kwalifikacji i kompetencji kluczowych dla zwiększenia szans absolwentów na rynku pracy” [78] zwrócono uwagę na posiadanie przez absolwentów kierunków medycznych kompetencji interpersonalnych, zarówno w zakresie kontaktu z pacjentem, jak i umiejętności prezentacji wiedzy. Zdaniem autorów, kluczowym jest kształtowanie kompetencji studentów pod kątem pracy w zespołach interdyscyplinarnych, łączenia kompetencji zawodowych z przedsiębiorczością i umiejętnością komunikacji z partnerami prowadzącymi różnego typu działalność.

Wykazano, iż studenci biorący udział w badaniu autorki rozprawy dobrze oceniają sprawowanie opieki nad pacjentem przez zespół interdyscyplinarny. Studenci wysoko oceniali korzyści płynące z pracy zespołu interdyscyplinarnego. Wskazywali, że oparcie procesu terapeutycznego o model interdyscyplinarności podnosi jakość świadczonych usług medycznych, zwiększa bezpieczeństwo pacjenta, polepsza komunikację pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego oraz działa stymulująco na zadowolenie z wykonywanego zawodu wśród pracowników ochrony zdrowia. Czynnikami wpływającymi na opinię dotyczącą znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych były również: rok studiów, płeć badanych oraz uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych. Uzyskane wyniki są zgodne z doniesieniami Vernon Curran i wsp. [76]. W badaniu autora kwestionariusza ankiety ATHCT udział wzięli studenci kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa, farmacji oraz pracy socjalnej. Wykazano, iż płeć oraz wcześniejsze doświadczenie edukacji interdyscyplinarnej wpływają na postrzeganie współpracy w zespołach interdyscyplinarnych. Wpływ ten był najbardziej widoczny wśród studentów kierunku lekarskiego, wśród których to studentki oraz osoby

uczestniczące w interdyscyplinarnych zajęciach akademickich wykazywały pozytywniejszy stosunek względem opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny. Późniejsze badania tego autora [79] oraz innych [80, 81] potwierdzają zaobserwowane różnice.

W badaniach autorki niniejszej rozprawy zaobserwowano również, że różnice w postrzeganiu roli zespołów interdyscyplinarnych oraz korzyści wynikających z zastosowania takiego rozwiązania w opiece nad pacjentem występują głównie wśród studentów pielęgniarstwa oraz kierunku lekarskiego. Wiele czynników może wpływać na ten stan.

W badaniu wykazano, że płeć w sposób istotny statystycznie wpływa na ocenę świadczenia opieki przez zespół interdyscyplinarny. Pielęgniarstwo jest kierunkiem wysoce sfeminizowanym. Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego [82], 90% studentów pielęgniarstwa w roku akademickim 2018/2019 stanowiły kobiety. Dla porównania, na kierunku lekarskim studentki stanowiły 57% ogółu studiujących, co mogłoby wyjaśniać wyższą ocenę zespołów interdyscyplinarnych przez studentów pielęgniarstwa.

Badania Margarethy Wilhelmsson i wsp. [83] oceniające gotowość studentów do podjęcia współpracy w zespole wykazały, iż niezależnie od programu kształcenia studentki wyżej oceniały współpracę w grupie niż studenci. Natomiast w grupie studentek to studentki pielęgniarstwa pozytywniej oceniały korzyści płynące z pracy zespołowej, wyżej oceniały edukację interdyscyplinarną i wykazywały wyższą chęć do podjęcia współpracy z przedstawicielami innych kierunków, niż studentki kierunku lekarskiego.

Różnice w opiniach mogą wynikać również ze społecznego postrzegania tych dwóch zawodów oraz tradycji ukształtowanej przez historię ich rozwoju. Pielęgniarka do niedawna postrzegana była jako pomoc lekarza. Dzisiaj stała się niezależnym praktykiem, pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego, ponoszącym pełną odpowiedzialność za świadczone przez siebie usługi zdrowotne. Taki obraz współczesnej pielęgniarki popularyzowany jest wśród praktykujących pielęgniarek oraz osób przygotowujących się do wykonywania tego zawodu. Jednak, jak wskazują badania Małgorzaty Malik i wsp. [84], wśród przedstawicieli innych zawodów medycznych i społeczeństwa obraz pielęgniarki jako podwładnej lekarzowi nadal jest obecny. Studenci medycyny biorący udział w badaniu Malik i wsp. wskazywali, że większość

lekarzy nie dostrzega istotnej roli jaką pełni pielęgniarka w opiece nad chorym, pomniejszając tym samym jej pozycję w zespole terapeutycznym. Zdaniem respondentów, współpraca pomiędzy lekarzem i pielęgniarką jest często nieodpowiednia i wynika z braku otwartości, wzajemnej niechęci oraz mocno zakorzenionych w potocznej świadomości stereotypów.

Warto zaznaczyć, że na istnienie stereotypów wśród studentów kierunków medycznych, które w negatywny sposób mogą wpływać na współpracę, wskazywali już studenci pierwszorzeczni, biorący udział w badaniu autorki rozprawy. Będąc już na początku swojej ścieżki akademickiej, nie mając doświadczenia wyniesionego z praktyk zawodowych lub zajęć klinicznych, na których mogliby spotkać studentów innych kierunków, mają świadomość funkcjonujących zniekształceń poznawczych. Sugerować to może, że to jednak społeczne postrzeganie zawodów medycznych odgrywa dużą rolę w ich tworzeniu, a kształcenie akademickie nie niweluje tych przekonań, czego dowodzą spostrzeżenia studentów ostatniego roku biorących udział w badaniu. Do podobnych wniosków doszli Joy R. Rudland i Gary J. Mires [85], obserwując występowanie wśród studentów pierwszego roku kierunku lekarskiego stereotypów dotyczących studentów pielęgniarstwa.

Inną przyczyną różnic w postrzeganiu zespołów interdyscyplinarnych przez studentów pielęgniarstwa i kierunku lekarskiego może być odmienna kultura zawodowa, na którą zwraca uwagę Pippa Hall. Według niej każdy zawód medyczny ma swoją własną kulturę, w której zawierają się przekonania, zwyczaje i zachowania. Standardy zachowań, do których odwołuje się kultura danej grupy zawodowej, w przypadku większości profesji medycznych w Polsce, zawarte są w kodeksach etyki zawodowej, które studenci powinni poznać już podczas studiów. Jak zaznacza P. Hall, tradycyjne podejście do organizacji procesu kształcenia, w którym studenci odbywają zajęcia jedynie ze studentami swojego roku, wzmacnia wspólne wartości danej grupy, przekonanie o przynależności do wybranej, własnej społeczności zawodowej, tworzenie specyficznego podejścia do rozwiązywania problemów oraz kształtuje specyficzny język/żargon każdego zawodu [86].

Jak zauważa P. Hall, w kształceniu studentów kierunku lekarskiego dużą wagę przywiązuje się do brania odpowiedzialności za podejmowane decyzje, z czym utożsamiane jest pełnienie roli przywódcy. Dla tych studentów nabywanie umiejętności

pracy w zespole interdyscyplinarnym, w którym przywództwo oparte jest na współpracy kilku osób, może być wyzwaniem, a nierozpoznanie wartości, którymi kieruje się dana grupa zawodowa może prowadzić do powstawania konfliktów i barier komunikacyjnych.

Ponadto, rosnąca specjalizacja w zawodach medycznych doprowadziła do zmniejszenia interakcji studentów różnych kierunków, co prowadzi do jeszcze większej identyfikacji z kulturą własnej grupy zawodowej [4].

Kolejnym czynnikiem wpływającym na różnice w postrzeganiu roli i znaczenia pracy zespołów interdyscyplinarnych wśród studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa może być różny poziom kompetencji emocjonalnych i społecznych. W badaniu przeprowadzonym przez Monikę Tyszkiewicz-Bandur i wsp. [87] wykazano, iż studenci kierunku lekarskiego uzyskiwali niższe niż studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu (w tym: pielęgniarstwa, położnictwa, promocji zdrowia, kosmetologii, ratownictwa medycznego i dietetyki) wyniki we wszystkich miarach inteligencji emocjonalnej oraz niższe wyniki w zakresie kompetencji społecznych w sytuacjach intymnych. Wynik dotyczący kompetencji społecznych w sytuacjach intymnych jest fundamentalny dla zawodów pomocowych, w ramach których funkcjonują zawody medyczne, gdyż odnosi się do umiejętności wymagających nawiązywania pogłębionych emocjonalnie relacji z ludźmi. Studenci kierunku lekarskiego uzyskiwali również niższe wyniki w zakresie inteligencji emocjonalnej, zarówno w obszarze interpersonalnym jak i intrapersonalnym. Oznacza to, że mogą mieć trudności z rozpoznawaniem stanów emocjonalnych innych osób jak i własnych. Wyniki mogą sugerować, iż studenci kierunku lekarskiego cechują się większym indywidualizmem niż studenci pozostałych kierunków biorący udział w badaniu.

Czynnikiem różnicującym opinie na temat współpracy w zespołach interdyscyplinarnych była również rola duchowości w życiu badanych. Osoby, w przypadku których duchowość - rozumiana jako zdolność do refleksji, samoświadomość, poczucie siły i mocy sprawczej - miała większy wpływ na ich życie, wyżej oceniały znaczenie współpracy w interdyscyplinarnych zespołach opieki medycznej, niż osoby, którym te wartości nie są bliskie. Wynikać to może z systemu wartości osób, dla których duchowość odgrywa dużą rolę, gdyż jednym z jego wymiarów, zgodnie z badaniami Pawła Sochy [88], może być altruizm. Zalicza on altruizm, razem z życzliwością i spolegliwością, do uczuć moralnych. Według P. Sochy,

wraz z rozwojem duchowości wzrasta zrozumienie stosunków interpersonalnych, co tłumaczyłoby wyższą ocenę znaczenia interdyscyplinarnego podejścia wśród osób, dla których duchowość odgrywa dużą rolę.

Nadawanie wyższego znaczenia współpracy w zespołach interdyscyplinarnych przez studentów deklarujących znaczącą rolę duchowości w swoim życiu może mieć związek z wrażliwością duchową. Wg Magdaleny Kapały [89] wrażliwość duchowa jest rodzajem dyspozycji do transcendencji, która przejawia się przez obserwowalne formy aktywności nakierowanej na: „ja”, drugiego człowieka, absolut, wszechświat oraz formy doświadczenia wewnętrznego. Jednym z komponentów wrażliwości duchowej jest otwartość na drugiego człowieka, definiowana jako postawa względem drugiego oparta na wrażliwości etycznej, szacunku, współczuciu, przebaczeniu i empatii, stąd też studenci, dla których duchowość odgrywa ważną rolę mogą wyżej oceniać korzyści płynące ze współpracy [90].

Najwyżej ocenianą, przez studentów biorących udział w badaniu, korzyścią wynikającą z pracy interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznym był wpływ wymiany wiedzy i doświadczeń między członkami zespołu na jakość sprawowanej przez zespół opieki medycznej. Zdaniem badanych, zachodzące pomiędzy członkami zespołu zjawisko synergii, zgodnie z którym efekt działania zespołu jest większy niż suma działań pojedynczych osób, może przyczyniać się do podnoszenia jakości świadczonej opieki medycznej oraz wpłynąć na unikanie błędów medycznych. Badani wskazywali również, że praca w środowisku interdyscyplinarnym zapewnia holistyczne podejście do problemów zdrowotnych pacjenta i jest czynnikiem chroniącym przed wypaleniem zawodowym, a wspólne spotkania członków zespołu wpływają na polepszenie komunikacji i jakość świadczonej opieki.

Uzyskane wyniki korelują z wynikami uzyskanymi przez Antoninę Doroszewską i wsp. [91], którzy przeprowadzili badanie na grupie 971 studentów kierunku lekarskiego, położnictwa, pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego i dietetyki. Zdecydowana większość badanych uważała, że umiejętności komunikacyjne są ważnym elementem pracy zespołu terapeutycznego. Najwięcej respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że dobra komunikacja jest potrzebna, aby pomagać pacjentom (w pięciostopniowej skali średnia wyniosła 4,76). Nieznacznie niższą średnią (4,72) odnotowano dla stwierdzenia, że umiejętności komunikacyjne są potrzebne dla dobrego

funkcjonowania w zespole terapeutycznym. Badani wskazywali również, że dobre umiejętności komunikacyjne zmniejszają ryzyko wypalenia zawodowego oraz mogą być przyczyną większej satysfakcji z wykonywanej pracy.

Przekonania studentów, biorących udział w badaniu autorki rozprawy, na temat wpływu współpracy w zespole interdyscyplinarnym na zachowanie entuzjazmu i zainteresowania pracą u pracowników ochrony zdrowia mają swoje odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu. Wykazano, że wsparcie współpracowników jest czynnikiem mogącym wpływać pozytywnie na obniżenie ryzyka występowania syndromu wypalenia zawodowego, a czynnikiem mogącym go wywoływać jest niejasny podział zadań w pracy zespołu [92].

Zrozumienie własnych kompetencji oraz znajomość ról zawodowych innych przedstawicieli zawodów medycznych jest nie tylko czynnikiem chroniącym przed syndromem wypalenia zawodowego, ale również ważnym warunkiem wstępnym zaistnienia współpracy [93]. Warunkiem kontynuowania efektywnej współpracy interdyscyplinarnej jest jasne określenie funkcji i zadań poszczególnych członków zespołu oraz zakresu odpowiedzialności za wykonanie konkretnych zadań [94].

W niniejszej pracy oceniano wiedzę studentów na temat kompetencji lekarza, pielęgniarki, położnej i fizjoterapeuty.

Badani uzyskiwali średnio 63,3% prawidłowych odpowiedzi w teście wiedzy dotyczącym zakresu kompetencji wybranego personelu medycznego. Badani studenci wykazali się najlepszą wiedzą na temat zakresu kompetencji i obowiązków fizjoterapeuty. Studenci mieli gorszą wiedzę na temat zakresu kompetencji lekarza oraz pielęgniarki. Najmniej punktów uzyskiwali w teście wiedzy na temat kompetencji położnej.

Godnym odnotowania jest fakt, iż studenci wysoko oceniali znaczenie współpracy w zespołach interdyscyplinarnych, jednak znajomość ról zawodowych, w tym właściwej ze względu na studiowany kierunek, była na niskim poziomie.

Podobne wyniki zaobserwowali Pei Se Wong i wsp., badając studentów ostatnich lat kierunku lekarskiego, stomatologii, pielęgniarstwa, farmacji, biomedycyny oraz dietetyki, których programy studiów zawierały elementy edukacji interdyscyplinarnej. Studenci uzyskiwali wysokie wyniki w kwestionariuszu ATHCT, jednak ich wiedza

dotycząca zakresu kompetencji członków personelu medycznego była na niskim poziomie [81]. Badacze uważają, że taki stan rzeczy może wynikać z nieodpowiedniego dopasowania programów nauczania do potrzeb studentów i zalecają kładzenie nacisku podczas zajęć z zakresu edukacji interdyscyplinarnej na zdobywanie wiedzy na temat kompetencji poszczególnych członków zespołu terapeutycznego.

Inną przyczyną trudności z przypisywaniem przez studentów konkretnych ról pracownikom medycznym może być brak możliwości współpracy i wymiany doświadczeń z przedstawicielami innych zawodów medycznych podczas zajęć praktycznych. Złe funkcjonowanie zespołów interdyscyplinarnych w polskim systemie opieki zdrowotnej, na które wskazywali badani, brak możliwości obserwowania i uczestniczenia w pracach takich zespołów podczas studiów może również wpływać na niewiedzę studentów. Dobrym rozwiązaniem tego problemu mogłyby być zajęcia praktyczne, oparte o metodę modelowania, które sprzyjają nabywaniu wiedzy na temat zakresu kompetencji członków zespołu terapeutycznego. Metoda ta zakłada celowe demonstrowanie przez wykładowcę przykładowych zachowań, które mogą być przeniesione przez studentów do ich własnej praktyki [95, 96].

Aby studenci nabyli umiejętności związane z pracą w zespole konieczne jest stworzenie programu nauczania, w którym mogliby uczyć się ze sobą i o sobie, wspólnie rozwiązywać problemy, wymieniać doświadczenia i wiedzę. Założenia te spełnia edukacja interdyscyplinarna.

Edukacja interdyscyplinarna studentów kierunków medycznych przed uzyskaniem prawa wykonywania zawodu wpływa pozytywnie na postrzeganie studentów innych kierunków, poprawia komunikację oraz zapewnia lepsze przygotowanie do pełnienia funkcji członka interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego [97]. Wnioski te zostały potwierdzone również w niniejszych badaniach. Wykazano, iż studenci biorący udział w zajęciach, w których uczestniczyli studenci różnych kierunków medycznych oraz podczas których prowadzący stosowali metody aktywizujące do interakcji pomiędzy studentami różnych kierunków, wyżej oceniali zalety współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych.

Wielu autorów sugeruje, aby edukacja oparta o model interdyscyplinarny rozpoczęła się już podczas pierwszych lat studiów, aby zniwelować istnienie stereotypów, które w negatywny sposób mogą wpływać na chęć studentów do podjęcia współpracy

z przedstawicielami różnych kierunków medycznych [98, 99, 100]. Niniejsze wyniki badań oraz innych badaczy [101] wskazują, że stereotypy funkcjonujące wśród studentów kierunków medycznych są raczej wynikiem społecznego postrzegania profesji medycznych, a nie są zjawiskiem nabywanym podczas kształcenia. Tak więc edukacja interdyscyplinarna wprowadzana na wczesnym etapie kształcenia akademickiego nie wpłynie na powstawanie stereotypów.

Zdaniem Johna H. V. Gilberta [98], wprowadzanie do programów kształcenia podczas pierwszych lat studiów elementów edukacji interdyscyplinarnej oraz oparcie programów kształcenia w ostatnim roku o zasady edukacji interdyscyplinarnej przynosi najlepsze efekty. Z jednej strony pozwala uczącym się na rozwój tożsamości zawodowej i identyfikację z własną profesją, z drugiej zaś buduje umiejętność pracy w zespole i kształtuje postawę otwartości względem przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Badania dowodzą, że zbyt późne wprowadzenie edukacji interdyscyplinarnej może spotkać się z niechęcią studentów do podejmowania interakcji ze studentami innych, kierunków ze względu na wykształcenie specyficznego dla danego zawodu podejścia do rozwiązywania problemów klinicznych oraz utrwalenie stereotypów i uprzedzeń [102]. Tak więc najbardziej efektywny czas na wprowadzanie edukacji interdyscyplinarnej do kształcenia studentów kierunków medycznych nie został określony, jednak rozwiązanie zaproponowane przez J. Gilberta wydaje się być najbardziej optymalnym.

Tworzenie programów kształcenia studentów kierunków medycznych, z uwzględnieniem edukacji interdyscyplinarnej może okazać się poważnym wyzwaniem. Złożoność jednoczesnego nauczania studentów różnych kierunków, problemy logistyczne i organizacyjne, czy przepełnione plany zajęć mogą być barierą utrudniającą implementację IPE. Jednak wyposażenie studentów w wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, konieczne do sprawowania profesjonalnej i holistycznej opieki, odpowiadającej na aktualne problemy zdrowotne społeczeństwa, jest celem nadrzędnym i powinno być realizowane na etapie kształcenia akademickiego.

Czynnikiem wspomagającym wprowadzanie edukacji interdyscyplinarnej kształtującej umiejętność pracy w interdyscyplinarnym zespole jest fakt, iż studenci kierunków medycznych wysoko oceniają rolę współpracy interdyscyplinarnej i dostrzegają korzyści z niej płynące – zarówno dla pacjentów jak i dla personelu medycznego, co wykazano w niniejszej pracy. Jednak, aby osiągnąć pożądane efekty,

przy opracowywaniu programów kształcenia należy wziąć pod uwagę również różnice w postrzeganiu współpracy w zespołach interdyscyplinarnych. W tym aspekcie ważnym jest respektowanie odmienności studentów ze względu na kierunek studiów, uwzględnianie wpływu płci i roku studiów na chęć podejmowania współpracy zespołowej. Wykładowcy prowadzący zajęcia interdyscyplinarne powinni mieć świadomość występujących różnic, funkcjonujących stereotypów oraz uprzedzeń występujących wśród studentów. W sposób intencjonalny, wykorzystując dostępne metody dydaktyczne, powinni angażować studentów do owocnej współpracy, która w przyszłości wpłynie na podniesienie jakości opieki sprawowanej przez nich nad pacjentem.

VII. Wnioski

1. Studenci biorący udział w badaniu wysoko oceniają znaczenie interdyscyplinarnej współpracy w zespołach medycznych.
2. Studenci mają niewystarczającą wiedzę na temat zakresu kompetencji własnej grupy zawodowej jak i pozostałych zawodów medycznych.
3. Czynnikiem różnicującymi ocenę współpracy w interdyscyplinarnych zespołach opieki medycznej są: kierunek i rok studiów, płeć, uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych, rola duchowości w życiu badanych.
4. Wysokiemu poziomowi wiedzy o zakresie kompetencji personelu medycznego towarzyszy wysoka ocena współpracy w ramach interdyscyplinarnych zespołów medycznych.
5. Studenci kierunków medycznych uważają, że posiadanie umiejętności pracy w zespole jest ważne dla ich przyszłej pracy zawodowej.
6. Studenci biorący udział w zajęciach multidyscyplinarnych częściej wskazywali na korzyści wynikające ze sprawowania opieki medycznej przez zespół interdyscyplinarny, w porównaniu do studentów, którzy nie brali udziału w takich zajęciach. Zatem wprowadzenie zajęć akademickich opartych o zasady edukacji interdyscyplinarnej może przyczynić się do wyposażenia studentów w umiejętności konieczne do podejmowania efektywnej współpracy zespołowej.

VIII. Streszczenie

Wprowadzenie

Świadczenie usług medycznych opartych o działanie zespołów interdyscyplinarnych zostało powszechnie uznane za rozwiązanie mające na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej. Jest związane z lepszym świadczeniem usług, wyższym bezpieczeństwem pacjentów, mniejszym odsetkiem hospitalizacji oraz zmniejszoną śmiertelnością.

Świadomość i zrozumienie ról zawodowych, kompetencji oraz obowiązków poszczególnych członków personelu sprawującego opiekę nad pacjentem jest ważnym warunkiem wstępnym powstania dobrze funkcjonujących interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych.

Cel

Celem badania było poznanie opinii studentów kierunków medycznych na temat współpracy w zespole interdyscyplinarnym oraz czynników wpływających na jej kształtowanie.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą polskojęzycznej wersji kwestionariusza ankiety *Attitudes towards interprofessional health care teams* (ATHCT) (Curran V.R. i in., 2008) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety, którego pytania odnosiły się do gotowości studentów do podjęcia współpracy w zespole interdyscyplinarnym, wiedzy na temat zakresu kompetencji poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, opinii na temat funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych w polskim systemie ochrony zdrowia oraz zasad tworzenia medycznych zespołów interdyscyplinarnych.

Badania ankietowe wykorzystane w rozprawie były przeprowadzone od marca 2019 roku do września 2020 roku wśród 1266 studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W badaniu udział wzięli studenci kierunku lekarskiego (n=308), położnictwa (n= 348), pielęgniarstwa (n=316) oraz fizjoterapii (n=294).

Wnioski

Studenci biorący udział w badaniu wysoko oceniają znaczenie interdyscyplinarnej współpracy w zespołach medycznych, jednak posiadają niewystarczającą wiedzę na temat zakresu kompetencji własnej grupy zawodowej jak i pozostałych zawodów

medycznych. Czynnikiem wpływającym na ocenę współpracy w interdyscyplinarnych zespołach opieki medycznej są: kierunek i rok studiów, płeć, uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych oraz rola duchowości w życiu badanych.

W badaniu wykazano, iż wysokiemu poziomowi wiedzy o zakresie kompetencji personelu medycznego towarzyszy wysoka ocena współpracy interdyscyplinarnych zespołów medycznych.

Studenci biorący udział w zajęciach multidyscyplinarnych częściej wskazywali na korzyści wynikające ze sprawowania opieki medycznej przez zespół interdyscyplinarny, w porównaniu do studentów, którzy nie brali udziału w takich zajęciach. Zatem wprowadzenie zajęć akademickich opartych o zasady edukacji interdyscyplinarnej może przyczynić się do wyposażenia studentów w umiejętności konieczne do podejmowania efektywnej współpracy zespołowej.

IX. Abstract

Introduction

Providing medical services based on the operation of interdisciplinary teams has been widely recognized as a solution aimed at improving the quality of healthcare. It is associated with better service delivery, higher patient safety, lower hospitalization rates and reduced mortality.

Awareness and understanding of the professional roles, competencies, and responsibilities of individual members of health care staff is an important prerequisite for the formation of well-functioning interdisciplinary medical teams.

Aim

The aim of the study was to find out the opinion of medical students on cooperation in an interdisciplinary team and factors affecting its formation.

Material and methods

The study was conducted using the Polish version of the Attitudes towards interprofessional health care teams (ATHCT) questionnaire (Curran V.R. et al., 2008) and an original survey questionnaire, questions of which referred to the students' readiness to cooperate in an interdisciplinary team, knowledge about the scope of competence of individual members of a therapeutic team, opinions on the functioning of interdisciplinary teams in the Polish health care system, and principles of forming medical interdisciplinary teams.

The research was conducted from March 2019 to September 2020 among 1,266 students of the Karol Marcinkowski University of Medical Sciences in Poznań. Students of medicine (n=308), midwifery (n= 348), nursing (n=316) and physiotherapy (n=294) participated in the study.

Conclusions

Students participating in the study highly appreciate the importance of interdisciplinary cooperation in medical teams, but they have insufficient knowledge about the scope of competence of their own professional group and other medical professions. Factors influencing the assessment of collaboration in interdisciplinary

health care teams are: major and year of study, gender, participation in multidisciplinary education, and the role of spirituality in the respondents' lives.

The study showed that high knowledge of the scope of competence of medical personnel is accompanied by high evaluation of cooperation of interdisciplinary medical teams.

In comparison, students who have participated in multidisciplinary classes more often indicate the benefits of an interdisciplinary healthcare than the students who have not participated in such classes. Hence, introducing an academic system which is based on an interdisciplinary education might be an effective way of gaining important teamwork skills by the students. Furthermore, these skills are key for their further professional careers.

X. Piśmiennictwo

- [1] Being an effective team player. World Health Organization 2014, 120.
- [2] Van Der Veegt G. S., Bunderson J. S. Learning and performance in multidisciplinary teams: the importance of collective team identification. *Academy of Management Journal* 2005; 48(3): 532–547.
- [3] Paul S., Peterson C. Q. Interprofessional collaboration: Issues for practice and research. *Occupational Therapy in Health Care* 2001; 15(3/4): 1-12.
- [4] Hall P., Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education* 2001; 35: 867-875.
- [5] Nancarrow S., Booth A., Ariss S., Smith T., Enderby P., Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 2013; 11: 19.
- [6] Sinsky C., Willard-Grace R., Schutzbank A., Sinsky T. A., Margolius D., Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Annals of Family Medicine* 2013; 11(3): 272-278.
- [7] Słownik Języka Polskiego. <https://sjp.pwn.pl/sjp/inter;2561755.html> [dostęp online: 15.09.2020].
- [8] Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/inter-> [dostęp online: 15.09.2020].
- [9] Słownik Języka Polskiego. <https://sjp.pwn.pl/sjp/multi;2568576.html> [dostęp online: 15.09.2020].
- [10] Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/multi-> [dostęp online: 25.09.2020].
- [11] Słownik Języka Polskiego. <https://sjp.pwn.pl/sjp/trans;2530325.html> [dostęp online: 15.09.2020].
- [12] Ponte P. R., Gross A. H., Milliman-Richard Y. J., Lacey K. Interdisciplinary teamwork and collaboration: An essential element of a positive practice environment. *Annual Review of Nursing Research* 2010; 28: 159-189.
- [13] Interprofessional Care Strategic Implementation Committee. Implementing Interprofessional Care in Ontario - Final Report of the Interprofessional Care Strategic Implementation Committee 2010, 1.

- [14] Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization 2010, 7.
- [15] Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. College of Health Disciplines 2010, 8.
- [16] Flexner A. Is social work a profession? *Research on Social Work Practice* 2001; 11: 152-165.
- [17] Dul J., Bruder R., Buckle P. i wsp. A strategy for human factors/ergonomics: developing the discipline and profession. *Ergonomics* 2012; 55: 377-395.
- [18] Dileo C, Bradt J. On creating the discipline, profession, and evidence in the field of arts and healthcare. *Arts Health* 2009; 1: 168-182.
- [19] Słownik Języka Polskiego. <https://sjp.pwn.pl/sjp/profesja;2508542.html> [dostęp online: 15.09.2020].
- [20] Słownik Języka Polskiego. <https://sjp.pwn.pl/sjp/dyscyplina;2555714.html> [dostęp online: 15.09.2020].
- [21] Bodenheimer T., Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine* 2014; 12(6): 573-576.
- [22] Komunikat z badań. Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej. Nr 89/2018. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_089_18.PDF [dostęp online: 4.01.2021].
- [23] Komunikat z badań. Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych. Nr 112/2016. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_112_16.PDF [dostęp online: 4.01.2021].
- [24] Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Najwyższa Izba Kontroli. Departament Zdrowia. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> [dostęp online: 4.01.2021].
- [25] Raport badawczy Siemens Healthineers. Doświadczenia pacjenta w Polsce. <https://www.siemens-healthineers.com/pl/raport> [dostęp online: 4.01.2021].
- [26] Littlechild B., Smith R. *A Handbook for Interprofessional Practice in the Human Services: Learning to Work Together*. Routledge 2013, 15.
- [27] Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization 2010, 14.
- [28] Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization 2010, 18.

- [29] Lemieux-Charles L., McGuire W. L. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review* 2006; 63(3): 263–300.
- [30] Pannic S., Davis R., Ashrafian H. i wsp. Effects of interdisciplinary team care interventions on general medical wards: a systematic review. *JAMA Internal Medicine* 2015; 175 (8): 1288-1298.
- [31] Soifer N. E., Borzak S., Edlin B. R., Weinstein R. A. Prevention of peripheral venous catheter complications with an intravenous therapy team: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 1998; 158(5): 473-477.
- [32] Kucukarslan S. N., Peters M., Mlynarek M., Nafziger D. A. Pharmacists on rounding teams reduce preventable adverse drug events in hospital general medicine units. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(17): 2014-2018.
- [33] O’Leary K. J., Buck R., Fligiel H. M., Haviley C. i wsp. Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: improving patient safety. *Archives of Internal Medicine* 2011; 171(7): 678-684.
- [34] Grądalski T., Sojka J., Straszak K. Koszty opieki nad chorymi z nowotworem złośliwym u kresu życia na oddziale wewnętrznym szpitala i w hospicjum stacjonarnym. *Medycyna Paliatywna/ Palliative Medicine* 2017; 9(2): 89-97.
- [35] Siouta N., Van Beek K., van der Eerden M. E. i wsp. Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. *BMC Palliative Care* 2016; 15: 56.
- [36] Addington-Hall J. M., O’Callaghan A. C. A comparison of the quality of care provided to cancer patients in the UK in the last three months of life in in-patient hospices compared with hospitals, from the perspective of bereaved relatives: results from a survey using the VOICES questionnaire. *Palliative Medicine* 2009; 23: 190-197.
- [37] Modlińska A. Palliative care – interdisciplinary in nature. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine* 2013; 5(4): 157-162.
- [38] Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 2. *Palliative Medicine in Practice* 2010; 4(2): 54-65.
- [39] Karkowski T. Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2015; 13(1): 82-94.
- [40] Katkin J. P., Kressly S. J., Edwards A. R., Perrin J. M. Guiding principles for team-based pediatric care. *Pediatrics* 2017; 140(2) e20171489.

- [41] Taczała J., Wolińska O., Becher J., Majcher P. Interdyscyplinarny model leczenia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Polsce. Rekomendacje Sekcji Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2020; 22(1): 51-59.
- [42] Buksińska-Lisik M., Lisik W., Zaleska T. Otyłość–choroba interdyscyplinarna. *Przewodnik Lekarza* 2006; 1: 72-77.
- [43] Gregory N. S., Seley J. J., Dargar S. K. i wsp. Strategies to prevent readmission in high-risk patients with diabetes: the importance of an interdisciplinary approach. *Current Diabetes Reports* 2018; 18(8): 1-7.
- [44] Yano K., Ohashi K. Interprofessional team approach to infertility treatment in Japan. *Reproductive Medicine and Biology* 2009; 9(1): 33-41.
- [45] Pilińska A., Przestrzelska M. Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dystroficzne. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2019; 2: 64-67.
- [46] Clarkson P., Worsley P. R., Schoonhoven L., Bader D. L. An interprofessional approach to pressure ulcer prevention: a knowledge and attitudes evaluation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2019; 12: 377-386.
- [47] Miller C., Freeman M. Clinical teamwork. The impact of policy on collaborative practice [w:] Leathard A. (red.) *Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care*. Psychology Press 2011, 265-279.
- [48] Johnson, J. D. Framing interprofessional team collaborative information seeking in health care settings. *Information Services & Use* 2017; 37(1): 33-47.
- [49] Pawlak J. Kształtowanie umiejętności pracy w zróżnicowanym zespole jako wyzwanie dla współczesnej edukacji wyższej. *Horyzonty wychowania* 2018; 17(43): 131-141.
- [50] Proces Boloński. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. <https://www.gov.pl/web/nauka/proces-bolonski> [dostęp online: 29.08.2020].
- [51] Jeż R. Proces Boloński a system szkolnictwa wyższego w Polsce. *Studia Ekonomiczne* 2013; 131: 91-99.
- [52] Barańska M. Zmiany organizacyjne w systemie edukacji w Polsce po przystąpieniu do Unii Europejskiej. *Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa* 2012; 2: 113-132.
- [53] Kraśniewski A. Proces Boloński to już 10 lat. *Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji* 2009, 35.

- [54] Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie. Tekst mający znaczenie dla EOG (2008/C 111/01) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pl/TXT/?uri=CELEX%3A32008H0506%2801%29> [dostęp online: 29.08.2020].
- [55] Sławiński S. Słownik Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji. Instytut Badań Edukacyjnych 2016, 18.
- [56] Zalecenia Rady z dnia 22 maja 2017 r. w sprawie europejskiej ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie i uchylające zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (2017/C 189/03) [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017H0615\(01\)&from=PL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017H0615(01)&from=PL) [dostęp online: 29.08.2020].
- [57] Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji Dz. U. 2016 poz. 64
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160000064/U/D20160064Lj.pdf> [dostęp online: 29.08.2020].
- [58] Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dz. U. 2019 poz. 1573.
- [59] Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Dz. U. 2017 poz. 1728.
- [60] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Dz.U. 2011 nr 202 poz. 1191.
- [61] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz. U. 2020 r. poz. 562 z późn. zm.
- [62] The future of education and skills. Education 2030. The future we want. OECD 2018, 5.
- [63] Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization 2010, 20.

- [64] Komunikat Paryski Paryż, 25 maja 2018 roku. <https://www.gov.pl/attachment/63fd9f81-5b74-4a05-9405-5cc4c55f5dc8> [dostęp online: 31.08.2020].
- [65] Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization 2010, 15.
- [66] Freeth D. Interprofessional education. [w:] Swanwick T. (red.) Understanding Medical Education. Evidence, Theory and Practice. Wiley-Blackwell 2010, 53-68.
- [67] Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D., Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database Systematic Review 2013; 3: CD002213.
- [68] Bolesta S., Chmil J. V. Interprofessional education among student health professionals using human patient simulation. American Journal of Pharmaceutical Education 2014; 78(5): 94.
- [69] Vanderwielen L. M., Vanderbilt A. A., Dumke E. K. i wsp. Improving public health through student-led interprofessional extracurricular education and collaboration: a conceptual framework. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2014; 7: 105–110.
- [70] Khan N. S., Shahnaz S. I., Gomathi K. G. Currently Available Tools and Teaching Strategies for the Interprofessional Education of Students in Health Professions: Literature review. Sultan Qaboos University Medical Journal 2016; 16(3): 277-285.
- [71] Gum L. F., Richards J. N., Walters L., Forgan J., Lopriore M., Nobes C. Immersing undergraduates into an interprofessional longitudinal rural placement. Rural Remote Health 2013; 13(1): 2271.
- [72] Freeth D. S., Hammick M., Reeves S., Koppel I., Barr, H. Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation. John Wiley&Sons 2005, 27.
- [73] Thistlethwaite J., Nisbet G. Interprofessional education: what's the point and where we're at... The clinical teacher 2007; 4: 67–72.
- [74] Marek-Kołodziej K., Łapuńska I. Badanie efektywności zespołów projektowych według modelu Belbina na przykładzie dużych projektów budowlano-montażowych. Przedsiębiorczość i Zarządzanie. Determinanty zarządzania projektami i procesami w organizacji 2015; (16)5.2: 113-126.
- [75] Barr H. Unpacking interprofessional education. [w:] Leathard A. (red.) Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care. Psychology Press 2011, 265-279.

- [76] Curran V. R., Sharpe D., Forristall J., Flynn, K. Attitudes of health sciences students towards interprofessional teamwork and education. *Learning in Health and Social Care* 2008; 7(3): 146-156.
- [77] Baum E., Żok A. Przez duszę do zdrowia. Wpływa czynnika duchowego na dobrostan pacjentów [w:] Głodowska K. B., Baum E., Staszewski R., Murawska E. (red.) *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydawnictwo Miejskie Poznania 2019, 47-57.
- [78] Pieniążek W., Przybył C., Pacuska M., i wsp. Analiza kwalifikacji i kompetencji kluczowych dla zwiększenia szans absolwentów na rynku pracy. Raport końcowy. *Narodowe Centrum Badań i Rozwoju* 2014, 25, 52.
- [79] Curran V. R., 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. *Journal of Interprofessional Care* 2010; 24(1): 41-52.
- [80] Pollard K., Miers M., Gilchrist M. Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health and Social Care in the Community* 2004; 12: 346–358.
- [81] Wong P.S., Hasan S.S., Ooi J., Lawrence S.H.L., Nadarajah V.D. Assessment of attitudes for interprofessional team working and knowledge of health professions competencies for final year health professional students. *The Asia Pacific Scholar* 2018; 3(1): 27-37.
- [82] Szkolnictwo wyższe w roku akademickim 2018/2019 (wyniki wstępne). Główny Urząd Statystyczny.
<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-w-roku-akademickim-20182019-wyniki-wstepne,8,6.html> [dostęp online: 25.02.2021].
- [83] Wilhelmsson M., Ponzer S., Dahlgren L.O. i wsp. Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? *BMC Medical Education* 2011; 11(1): 1-10.
- [84] Malik M., Marcinowicz L., Zarzycka, D. Zawód pielęgniarki w opinii studentów medycyny. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2009; 3(28): 23-30.
- [85] Rudland J.R., Mires G.J. Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: implications for shared teaching. *Medical Education* 2005; 39(5): 448-455.

- [86] Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 2005; 19(1): 188-196.
- [87] Tyszkiewicz-Bandur M., Walkiewicz M., Tartas M., Bankiewicz-Nakielska J. Kompetencje emocjonalne i społeczne wśród studentów kierunków medycznych. *Medycyna Rodzinna* 2017; 1: 25-30.
- [88] Socha P. Psychologia rozwoju duchowego–zarys zagadnienia. [w:] Socha P. (red.) *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2000, 21-23.
- [89] Kapała M. Duchowość jako niedoceniony aspekt psyche. Propozycja nowego ujęcia duchowości w psychologii – kategoria wrażliwości duchowej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J–Paedagogia-Psychologia* 2017; 30(1): 7-37
- [90] Mausch K., Ryś E. *Duchowość a zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jakuba z Paradyża 2019, 39.
- [91] Doroszevska A., Oronowicz-Jaśkowiak A., Oronowicz-Jaśkowiak W. Postawy studentów wobec idei i programu nauczania umiejętności komunikacyjnych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. [w:] Kulus M., Doroszevska A., Chojnacka-Kuraś M. (red.) *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*. Polska Akademia Nauk 2019, 98-115.
- [92] Walkiewicz M., Sowińska K., Tartas M. Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego–przegląd literatury. *Przegląd Lekarski* 2014; 71(5): 263-269.
- [93] Suter E., Arndt J., Arthur N., Parboosingh J., Taylor E., Deutschlander, S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care* 2009; 23: 41-51.
- [94] Wolan-Nowakowska M. Znaczenie współpracy specjalistów w kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej* 2013; 11: 69-77.
- [95] Szplit A. Modelowanie jako strategia dydaktyczna w akademickim kształceniu refleksyjnych nauczycieli. *Edukacja Dorosłych* 2016; 2: 131-140.
- [96] Jackson M., Pelone F., Reeves S. i wsp. Interprofessional education in the care of people diagnosed with dementia and their carers: a systematic review. *BMJ Open* 2016; 16(6): 1-10.
- [97] Makino T., Shinozaki H., Hayashi K., Lee B. Attitudes toward interprofessional healthcare teams: a comparison between undergraduate students and alumni. *Journal of Interprofessional Care* 2013; 27(3): 261-268.

- [98] Gilbert J. H. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care* 2005; 19(1): 87–106.
- [99] Kozmenko V., Bye E. J., Simanton E., Lindemann J., Schellpfeffer S. E. The optimal time to institute interprofessional education in the medical school curriculum. *Medical Science Educator* 2017; 27:2 59–66.
- [100] Tunstall-Pedoe S., Rink E., Hilton S. Student attitudes to undergraduate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care* 2003; 17: 161–172.
- [101] Rudland J.R., Mires G.J. Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: implications for shared teaching. *Medical Education* 2005; 39(5): 448-455.
- [102] Hudson J. N., Lethbridge A., Vella S., Caputi P. Decline in medical students' attitudes to interprofessional learning and patient-centredness. *Medical Education* 2016; 50(5): 550–559.

XI. Aneks

Aneks 1. Zestawienie efektów uczenia się na VI oraz VII poziomie Europejskiej oraz Polskiej Ramy Kwalifikacji w kontekście zdobywania wiedzy, umiejętności i kompetencji współpracy w zespole

Tabela 35. Zestawienie efektów uczenia się na VI oraz VII poziomie Europejskiej oraz Polskiej Ramy Kwalifikacji w kontekście zdobywania wiedzy, umiejętności i kompetencji współpracy w zespole

Poziom 6	Charakterystyki definiujące poziomy Europejskiej Ramy Kwalifikacji		
	Wiedza	Umiejętności	Kompetencje
	Zaawansowana wiedza w danej dziedzinie pracy lub nauki obejmująca krytyczne rozumienie teorii i zasad.	Zaawansowane umiejętności; wykazywanie się biegłością i innowacyjnością potrzebną do rozwiązania złożonych i nieprzewidywalnych problemów w specjalistycznej dziedzinie pracy lub nauki.	Zarządzanie złożonymi technicznymi lub zawodowymi działaniami lub projektami; przyjmowanie odpowiedzialności za podejmowanie decyzji w nieprzewidywalnych kontekstach związanych z pracą lub nauką; przyjmowanie odpowiedzialności za zarządzanie rozwojem zawodowym jednostek i grup.
	Uniwersalne charakterystyki poziomów w Polskiej Ramie Kwalifikacji		
	Absolwent zna i rozumie:	Absolwent potrafi:	Absolwent jest gotów do:
	w zaawansowanym stopniu – fakty, teorie, metody oraz złożone zależności między nimi; różnorodne, złożone uwarunkowania prowadzonej działalności.	innowacyjnie wykonywać zadania oraz rozwiązywać złożone i nietypowe problemy w zmiennych i nie w pełni przewidywalnych warunkach; samodzielnie planować własne uczenie się przez całe życie; komunikować się z otoczeniem; uzasadniać swoje stanowisko.	kultywowania i upowszechniania wzorów właściwego postępowania w środowisku pracy i poza nim; samodzielnego podejmowania decyzji, krytycznej oceny działań własnych, działań zespołów, którymi kieruje i organizacji, w których uczestniczy.

Charakterystyki definiujące poziomy Europejskiej Ramy Kwalifikacji			
Poziom 7	Wiedza	Umiejętności	Kompetencje
	wysoko specjalistyczna wiedza, której część stanowi najnowszą wiedzę w danej dziedzinie pracy lub nauki, będąca podstawą oryginalnego myślenia lub badań; krytyczna świadomość zagadnień w zakresie wiedzy w danej dziedzinie oraz na styku różnych dziedzin.	specjalistyczne umiejętności rozwiązywania problemów potrzebne do badań lub działalności innowacyjnej w celu tworzenia nowej wiedzy i procedur oraz integrowania wiedzy z różnych dziedzin.	zarządzanie i przekształcanie kontekstów związanych z pracą lub nauką, które są złożone, nieprzewidywalne i wymagają nowych podejść strategicznych; przyjmowanie odpowiedzialności za przyczynianie się do rozwoju wiedzy i praktyki zawodowej lub za dokonywanie przeglądu strategicznych wyników zespołów.
	Uniwersalne charakterystyki poziomów w Polskiej Ramie Kwalifikacji		
	Absolwent zna i rozumie:	Absolwent potrafi:	Absolwent jest gotów do:
	w pogłębiony sposób wybrane fakty, teorie, metody oraz złożone zależności między nimi, także w powiązaniu z innymi dziedzinami; różnorodne, złożone uwarunkowania i aksjologiczny kontekst prowadzonej działalności.	wykonywać zadania oraz formułować i rozwiązywać problemy, z wykorzystaniem nowej wiedzy, także z innych dziedzin; samodzielnie planować własne uczenie się przez całe życie i ukierunkowywać innych w tym zakresie; komunikować się ze zróżnicowanymi kręgami odbiorców; odpowiednio uzasadniać stanowiska.	tworzenia i rozwijania wzorów właściwego postępowania w środowisku pracy i życia; podejmowania inicjatyw; krytycznej oceny siebie oraz zespołów i organizacji, w których uczestniczy; przewodzenia grupie i ponoszenia odpowiedzialności za nią.

Źródło: opracowanie własne na podst. Europejskiej Ramy Kwalifikacji oraz Polskiej Ramy Kwalifikacji

Aneks 2. Narzędzie badawcze

Szanowni Państwo!

Nazywam się Aleksandra Bendowska i jestem doktorantką na Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Aktualnie prowadzę badania, których celem jest poznanie opinii studentów nt. interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych.

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wzięcie udziału w badaniu i wypełnienie poniższej ankiety. Badanie ma charakter anonimowy (**proszę się nie podpisywać**), a uzyskane wyniki wykorzystane zostaną podczas pisania pracy doktorskiej.

Przed wypełnieniem kwestionariusza proszę o uważne zapoznanie się z treścią pytania i wybranie odpowiedzi zgodnej z własnymi przekonaniem lub posiadaną wiedzą.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania kwestionariusza. Jeśli nie jest Pan/Pani pewien/pewna odpowiedzi proszę wybrać taką, która wydaje się Panu/Pani najbardziej właściwa.

Serdecznie dziękuję za poświęcony czas.

Aleksandra Bendowska

Opinie dotyczące interdyscyplinarnych zespołów opieki medycznej

Interesuje nas Państwa opinia na temat interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych. Zaznaczając odpowiednie pole, prosimy wskazać w jakim stopniu zgadzają się Państwo z każdym z poniższych stwierdzeń.

Skala: ZNZ = zdecydowanie nie zgadzam się; NZ = nie zgadzam się; N = nie mam zdania; Z = zgadzam się; ZZ = zdecydowanie zgadzam się.

TWIERDZENIE:	ZNZ	NZ	N	Z	ZZ
1. Jest bardziej prawdopodobne, iż pacjenci objęci opieką interdyscyplinarnego zespołu medycznego będą leczeni holistycznie.					
2. Opracowanie interdyscyplinarnego planu opieki nad pacjentem jest zbyt czasochłonne.					
3. Wzajemna wymiana doświadczeń i wiedzy pomaga członkom zespołu w podejmowaniu lepszych decyzji dotyczących opieki nad pacjentem.					
4. Podejście interdyscyplinarne sprawia, że świadczenie opieki jest bardziej efektywne.					
5. Wspólne opracowanie planu opieki nad pacjentem przez członków zespołu pozwala uniknąć błędów.					
6. W większości przypadków praca w zespołach interdyscyplinarnych stwarza niepotrzebne komplikacje.					
7. Praca w środowisku interdyscyplinarnym pozwala na zachowanie entuzjazmu i zainteresowania pracą u większości pracowników ochrony zdrowia.					
8. Interdyscyplinarne podejście poprawia jakość opieki nad pacjentami.					
9. W większości przypadków czas potrzebny na przeprowadzenie konsultacji w zespołach interdyscyplinarnych może być lepiej wykorzystany.					
10. Pracownicy ochrony zdrowia działający w zespołach interdyscyplinarnych są bardziej wrażliwi na emocjonalne i finansowe potrzeby pacjentów.					
11. Podejście interdyscyplinarne pozwala pracownikom ochrony zdrowia zaspokajać potrzeby zarówno rodziny sprawującej opiekę nad pacjentem, jak i samych pacjentów.					
12. Konieczność przekazywania swoich spostrzeżeń zespołowi pomaga jego członkom lepiej rozumieć pracę współpracowników.					
13. Pacjenci hospitalizowani znajdujący się pod opieką zespołów interdyscyplinarnych są lepiej przygotowani do opuszczenia szpitala.					
14. Spotkania członków zespołu reprezentujących różne zawody i dziedziny sprzyjają lepszej komunikacji między nimi.					

Skala opracowana na podstawie: Curran V. R., Sharpe D., Forristall J., Flynn, K. Attitudes of health sciences students towards interprofessional teamwork and education. Learning in Health and Social Care 2008; 7(3): 146-156.

Ankieta autorska

1. Odpowiedz, w jakim stopniu zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami, stawiając X w odpowiedniej rubryce.

ZNZ = zdecydowanie nie zgadzam się; NZ = nie zgadzam się; N = nie mam zdania; Z = zgadzam się; ZZ = zdecydowanie zgadzam się.

	ZNZ	NZ	N	Z	ZZ
Umiejętność współpracy w zespole jest kluczowa dla wszystkich studentów kierunków medycznych.					
Wspólne uczenie się studentów różnych kierunków medycznych poprawiłoby relacje w przyszłej pracy zawodowej.					
Wśród studentów kierunków medycznych panują stereotypy, które uniemożliwiają nawiązywanie efektywnej współpracy.					
Czuję się gotowy/a do podjęcia współpracy w zespole terapeutycznym.					
Chciałbym pracować w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym.					
Uczestnicząc w zajęciach klinicznych i/lub praktykach zawodowych obserwowałem/łam pracę interdyscyplinarnych zespołów medycznych.					
Uważam, że interdyscyplinarne zespoły medyczne w polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonują bardzo dobrze i są często wybieraną formą współpracy przedstawicieli zawodów medycznych.					

Do zakresu kompetencji i obowiązków <u>lekarza</u> należy:	TAK	NIE
Badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im.		
Rehabilitacja chorych.		
Prowadzenie prac badawczych oraz nauczanie zawodu.		
Udzielanie pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych.		
Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.		
Obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.		
Stwierdzanie zgonu.		
Prowadzenie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta.		
Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych.		

Do zakresu kompetencji i obowiązków <u>lekarza</u> należy:	TAK	NIE
Realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.		
Planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem.		
Prowadzenie porodu fizjologicznego, rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej.		

Do zakresu kompetencji i obowiązków <u>pielęgniarki</u> należy:	TAK	NIE
Badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im.		
Rehabilitacja chorych.		
Prowadzenie prac badawczych oraz nauczanie zawodu.		
Udzielanie pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych.		
Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.		
Obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.		
Stwierdzanie zgonu.		
Prowadzenie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta.		
Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych.		
Realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.		
Planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem.		
Prowadzenie porodu fizjologicznego, rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej.		

Do zakresu kompetencji i obowiązków <u>położnej</u> należy:	TAK	NIE
Badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im.		
Rehabilitacja chorych.		
Prowadzenie prac badawczych oraz nauczanie zawodu.		
Udzielanie pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych.		
Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.		
Obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.		

Do zakresu kompetencji i obowiązków <u>położnej</u> należy:	TAK	NIE
Stwierdzanie zgonu.		
Prowadzenie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta.		
Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych.		
Realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.		
Planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem.		
Prowadzenie porodu fizjologicznego, rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej.		

Do zakresu kompetencji i obowiązków <u>fizjoterapeuty</u> należy:	TAK	NIE
Badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im.		
Rehabilitacja chorych.		
Prowadzenie prac badawczych oraz nauczanie zawodu.		
Udzielanie pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych.		
Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.		
Obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.		
Stwierdzanie zgonu.		
Prowadzenie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta.		
Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych.		
Realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.		
Planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem.		
Prowadzenie porodu fizjologicznego, rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej.		

2. Które z niżej wymienionych zawodów włączyłby Pan/Pani do zespołu interdyscyplinarnego sprawującego wielospecjalistyczną opiekę nad pacjentem? (można wybrać kilka zawodów)

- lekarz
- pielęgniarz/położna
- fizjoterapeuta
- dietetyk
- terapeuta zajęciowy
- pracownik socjalny

- farmaceuta
- diagnosta laboratoryjny
- psycholog
- duchowny
- radiolog
- wszystkie wymienione
- inne (*proszę wymienić jakie.....*)

3. Z ilu co najmniej członków, Pana/Pani zdaniem, powinien składać się zespół sprawujący wielospecjalistyczną opiekę nad pacjentem, aby móc nazwać go interdyscyplinarnym?

- z 2 członków reprezentujących dwa różne zawody
- z 3 członków reprezentujących trzy różne zawody
- z 4 członków reprezentujących cztery różne zawody
- z więcej niż 4 członków reprezentujących różne zawody
- nie mam zdania

4. Czy uczestniczył(a) Pan/Pani podczas studiów na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu (UMP) w zajęciach, w których brali udział studenci innych kierunków?

- tak
- nie

5. Jeśli tak to jakiego rodzaju były to zajęcia?

- zajęcia fakultatywne (*nazwa fakultetu.....*)
- zajęcia ujęte w regularnym programie kształcenia (*nazwa przedmiotu.....*)
- warsztaty towarzyszące konferencji
- projekty realizowane na UMP (*nazwa projektu.....*)
- praktyki zawodowe
- inne (*proszę wpisać jakie.....*)

6. Jaki był wymiar godzinowy tych zajęć?

- 1-15 godzin
- 16-30 godzin
- powyżej 30 godzin
- nie wiem

7. Czy podczas trwania zajęć prowadzący stosowali metody aktywizujące i mobilizujące do nawiązywania współpracy w grupach składających się ze studentów różnych kierunków?
- ☐ tak
 - ☐ nie
 - ☐ nie wiem
8. Czy uważa Pan/Pani, że studia medyczne przygotowują/przygotowały Pana/Panią do współpracy w zespole terapeutycznym?
- ☐ tak
 - ☐ nie
 - ☐ nie mam zdania
9. Czy podczas trwania studiów jest/był/a Pan/Pani członkiem organizacji zrzeszającej studentów różnych kierunków medycznych, np. chóru uniwersyteckiego, międzywydziałowego koła naukowego, sekcji sportowej, IFMSA, STN, samorządu studenckiego itp.?
- ☐ tak
 - ☐ nie
10. Płeć:
- ☐ kobieta
 - ☐ mężczyzna
 - ☐ inna
11. Wiek:
12. Miejsce zamieszkania:
- ☐ wieś
 - ☐ miasto poniżej 50 tys. mieszkańców
 - ☐ miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców
 - ☐ miasto od 100 tys. do 250 tys. mieszkańców
 - ☐ miasto od 250 tys. do 500 tys. mieszkańców
 - ☐ miasto powyżej 500 tys. mieszkańców
13. Jaką rolę w Pana/Pani życiu odgrywa duchowość rozumiana jako zdolność do refleksji, samoświadomość, poczucie siły i mocy sprawczej, wrażliwość racjonalna i emocjonalna?
- ☐ ma kluczowe znaczenie w moim życiu
 - ☐ odgrywa dużą rolę
 - ☐ raczej odgrywa rolę
 - ☐ wcale nie odgrywa roli
 - ☐ trudno powiedzieć

14. Przynależność religijna/wyznaniowa:

- ☐ chrześcijanin wyznania rzymsko-katolickiego
- ☐ chrześcijanin wyznania prawosławnego
- ☐ chrześcijanin wyznania protestanckiego.....
- ☐ muzułmanin
- ☐ wyznawca judaizmu
- ☐ świadek Jehowy
- ☐ ateista
- ☐ agnostyk
- ☐ inne:.....
- ☐ odmawiam udzielenia odpowiedzi

15. Czy uważa się Pan/Pani za osobę, która przestrzega zasad religijnych w życiu codziennym?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

16. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani hospitalizowany/a?

- ☐ tak
- ☐ nie

17. Czy wśród Pana/Pani najbliższej rodziny są osoby wykonujące zawód medyczny?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie wiem

18. Jeśli tak – to kim dla Pana/Pani są te osoby?

- ☐ rodzicem
- ☐ bratem/siostrą
- ☐ współmałżonkiem/partnerem
- ☐ babcią/dziadkiem
- ☐ ciocią/wujkiem
- ☐ kuzynką/kuzynem
- ☐ inne (proszę podać stopień pokrewieństwa).....

19. Jeśli tak – to proszę wpisać jaki zawód medyczny wykonują/wykonywały te osoby?

.....

20. Pana/Pani aktualna sytuacja zawodowa:

- ☐ studiuję i nie pracuję
- ☐ studiuję i pracuję w sektorze ochrony zdrowia
- ☐ studiuję i pracuję w branży niezwiązanej z ochroną zdrowia
- ☐ pracuję w sektorze ochrony zdrowia
- ☐ pracuję w branży niezwiązanej z ochroną zdrowia
- ☐ inna (proszę podać jaka.....)

21. Na jakim kierunku studiów studiuje/studiował(a) Pan/Pani?

- ☐ lekarski
- ☐ położnictwo
- ☐ pielęgniarstwo
- ☐ fizjoterapia

22. Rok studiów:

- ☐ I studia licencjackie
- ☐ III studia licencjackie
- ☐ I studia jednolite magisterskie
- ☐ VI studia jednolite magisterskie
- ☐ absolwent (staż pracy.....)

Aneks 3. Anglojęzyczna wersja kwestionariusza Attitudes Toward Interprofessional Health Care Teams

Attitudes Toward Interprofessional Health Care Teams

We are interested in learning about your attitudes toward interprofessional health care teams (ie. participation of more than three professions in collaborative patient care).

Please indicate your level of agreement with each of the following statements, by checking the appropriate space following each statement.

Use the scale SD = strongly disagree; D = disagree; N = neutral; A = agree; SA = strongly agree.

STATEMENT:	SD	D	N	A	SA
1. Patients/clients receiving interprofessional care are more likely than others to be treated as whole persons					
2. Developing an interprofessional patient/client care plan is excessively time consuming.					
3. The give and take among team members helps them make better patient/client care decisions.					
4. The interprofessional approach makes the delivery of care more efficient.					
5. Developing a patient/client care plan with other team members avoids errors in delivering care.					
6. Working in an interprofessional manner unnecessarily complicates things most of the time.					
7. Working in an interprofessional environment keeps most health professionals enthusiastic and interested in their jobs.					
8. The interprofessional approach improves the quality of care to patients/clients.					
9. In most instances, the time required for interprofessional consultations could be better spent in other ways.					
10. Health professionals working as teams are more responsive than others to the emotional and financial needs of patients/clients.					
11. The interprofessional approach permits health professionals to meet the needs of family caregivers as well as patients.					
12. Having to report observations to a team helps team members better understand the work of other health professionals.					
13. Hospital patients who receive interprofessional team care are better prepared for discharge than other patients.					
14. Team meetings foster communication among team members from different professions or disciplines.					

Scale adapted from: Heinemann, GD, Schmitt, MH, and Farrell, MP. Attitudes toward health care teams. In Heinemann, GD, and Zeiss, AM. (Eds.) Team performance in health care: Assessment and Development. (pp. 155-159). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2002.

XII. Spis tabel

Tabela 1. Ewolucja wybranych terminów w odniesieniu do zespołów opieki medycznej	8
Tabela 2. Wpływ kierunku studiów na ocenę znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych.....	41
Tabela 3. Wpływ etapu studiów na ocenę znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych	42
Tabela 4. Wpływ uczestnictwa w zajęciach multidyscyplinarnych na ocenę znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych	42
Tabela 5. Opinia badanych na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a rola duchowości w ich życiu.....	43
Tabela 6. Wpływ płci badanych na ocenę znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych	43
Tabela 7. Wpływ kierunku studiów na opinię na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych wśród studentów pierwszorzecznych ..	44
Tabela 8. Opinia badanych na temat wpływu interdyscyplinarności zespołu terapeutycznego na sprawowanie holistycznej opieki a kierunek studiów.....	45
Tabela 9. Opinia badanych na temat wpływu interdyscyplinarności zespołu terapeutycznego na sprawowanie holistycznej opieki a rok studiów	45
Tabela 10. Opinia na temat wpływu zjawiska synergii wśród członków zespołów interdyscyplinarnych na jakość świadczonej opieki medycznej a kierunek studiów	46
Tabela 11. Opinia na temat wpływu zjawiska synergii wśród członków zespołów interdyscyplinarnych na jakość świadczonej opieki medycznej a rok studiów.....	47
Tabela 12. Opinia na temat wpływu opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny na unikanie błędów medycznych a kierunek studiów	47
Tabela 13. Opinia na temat wpływu opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny na unikanie błędów medycznych a rok studiów	48
Tabela 14. Wpływ kierunku studiów na opinię badanych na temat pracy w środowisku interdyscyplinarnym a entuzjazm i zainteresowanie pracą pracowników ochrony zdrowia	48
Tabela 15. Wpływ roku studiów na opinię badanych na temat pracy w środowisku interdyscyplinarnym a entuzjazm i zainteresowanie pracą pracowników ochrony zdrowia	49

Tabela 16. Wpływ uczestnictwa w zajęciach multidyscyplinarnych na opinię badanych na temat pracy w środowisku interdyscyplinarnym a entuzjazm i zainteresowanie pracą pracowników ochrony zdrowia.....	49
Tabela 17. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a kierunek studiów.....	50
Tabela 18. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a rok studiów	50
Tabela 19. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a rola duchowości w życiu badanych.....	51
Tabela 20. Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a uczestnictwo w zajęciach multidyscyplinarnych.....	51
Tabela 21. Wiedza badanych na temat zakresu kompetencji wybranego personelu medycznego	52
Tabela 22. Wiedza badanych na temat kompetencji wybranego personelu medycznego a kierunek studiów	53
Tabela 23. Wiedza badanych na temat kompetencji lekarza a kierunek studiów.....	53
Tabela 24. Wiedza badanych na temat kompetencji pielęgniarki a kierunek studiów ...	54
Tabela 25. Wiedza badanych na temat kompetencji położnej a kierunek studiów	54
Tabela 26. Wiedza na temat kompetencji fizjoterapeuty a kierunek studiów	55
Tabela 27. Średnia punktów uzyskiwana w teście wiedzy na temat kompetencji wybranego personelu medycznego a rok studiów	56
Tabela 28. Zależności pomiędzy stanem wiedzy studentów na temat zakresu kompetencji personelu medycznego a opinią na temat współpracy w zespołach interdyscyplinarnych	56
Tabela 29. Opinia badanych na temat posiadania przez studentów kierunków medycznych umiejętności współpracy w zespole a kierunek studiów	57
Tabela 30. Opinia badanych na temat posiadania przez studentów kierunków medycznych umiejętności współpracy w zespole a rok studiów.....	57
Tabela 31. Opinia badanych na temat występowania stereotypów wśród studentów kierunków medycznych a kierunek studiów.....	58
Tabela 32. Opinia badanych na temat występowania stereotypów wśród studentów kierunków medycznych a rok studiów	58

Tabela 33. Opinia badanych na temat funkcjonowania interdyscyplinarnych zespołów medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia a kierunek studiów	59
Tabela 34. Opinia badanych na temat funkcjonowania interdyscyplinarnych zespołów medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia a rok studiów.....	59
Tabela 35. Zestawienie efektów uczenia się na VI oraz VII poziomie Europejskiej oraz Polskiej Ramy Kwalifikacji w kontekście zdobywania wiedzy, umiejętności i kompetencji współpracy w zespole	86

XIII. Spis wykresów

Wykres 1. Podział populacji badanej wg kierunku i roku studiów	36
Wykres 2. Podział populacji badanej ze względu na kierunek studiów	36
Wykres 3. Struktura płci badanych.....	37
Wykres 4. Podział badanych ze względu na miejsce zamieszkania	37
Wykres 5. Podział badanych ze względu na przynależność wyznaniową.....	38
Wykres 6. Przestrzeganie zasad religijnych przez badanych	38
Wykres 7. Rola duchowości w życiu badanych	39
Wykres 8. Zajęcia uniwersyteckie w mieszanych grupach studenckich	40
Wykres 9. Wymiar godzinowy zajęć w mieszanych grupach studenckich	40
Wykres 10. Wiedza badanych na temat zakresu kompetencji wybranego personelu medycznego	52
Wykres 11. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego wg badanych	60
Wykres 12. Opinia badanych na temat wpływu edukacji uniwersyteckiej na kształtowanie umiejętności współpracy w zespole terapeutycznym	61
Wykres 13. Opinia badanych na temat wpływu nauczania akademickiego na przygotowanie do pracy w zespole terapeutycznym	62