ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.11.40.6

Concept Analysis of Team Care in the Intensive Care Unit, With Walker and Avant Approach

Homeira Sedighi Nezhad [1]

Hosein Mahmoudi [*2]

Abstract

Introduction: Team care has been considered a way to increase the quality of health care delivery and maintain safety. Therefore, this conceptual analysis aims to clarify and analyze the concept of team care in the intensive care unit in clinical practice.

Methods: This analysis was conducted using Walker and Avant's strategy. This approach is one of the methods of conceptualization and concept development that ultimately leads to the development of the theory. Literature searches using the keywords "teamwork", "collaboration", "team-based care" +"ICU" "Intensive care unit*", and "critical care unit*" were conducted in the databases of Web of Sciences, PubMed, Scopus, SID, and internet search engines (Google Scholar,) in Persian and English between 1987 and November 2021.

Results: Analysis of related studies show that the concept of team care is a dynamic process between health care professionals that collaborate in interaction based on participation, cognition and interdependence, trust, mutual understanding and respect, shared goal setting, information sharing, responsibility and power in decision-making and problem-solving to achieve the best and most effective outcome for the patient and family.

Conclusion: This conceptual analysis helps to better understand the characteristics of team care in the intensive care unit and provides a common understanding of communication in educational, research, and clinical settings.

Keywords: Team care, Collaboration, Teamwork, Intensive care unit, Concept analysis

Affiliations

1. Student Research Committee, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Trauma Research Center, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Corresponding Author, Email: h.mahmoudi@bmsu.ac.ir. ORCID: 0000-0003-4586-348

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.11.40.6

تحلیل مفهوم مراقبت تیمی در بخش مراقبت ویژه، با رویکرد واکر و اوانت

چکیده

حمیرا صدیقی نژاد [۱]
حسین محمودی [۲*]

مقدمه: مراقبت تیمی به‌عنوان راهی برای افزایش کیفیت ارائه مراقبت‌های بهداشتی و حفظ ایمنی موردتوجه قرارگرفته است؛ بنابراین هدف این تحلیل مفهوم، شفاف‌سازی مفهوم مراقبت تیمی در بخش مراقبت ویژه، در عمل بالینی است.

روش کار: این تحلیل با استفاده از استراتژی واکر و اوانت انجام شد. این رویکرد، یکی از روش‌های مفهوم‌پردازی و تکامل مفهوم است که نهایتاً به توسعه تئوری می‌انجامد. جستجوهای مطالعات با کلمات کلیدی «کار تیمی» یا «همکاری « یا « مراقبت تیمی « + «بخش مراقبت ویژه « یا «ICU «در پایگاه‌های اطلاعاتی,Web of Science, PubMed, SID, Scopus و موتور جستجویGoogle Scholar بین سال‌های ۱۹۸۷ تا نوامبر ۲۰۲۱ به زبان فارسی و انگلیسی انجام شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل مطالعات مرتبط نشان می‌دهد که مفهوم مراقبت تیمی یک فرآیند پویا بین متخصص مراقبت‌های بهداشتی که در تعاملی مبتنی بر مشارکت، شناخت و وابستگی متقابل، اعتماد، درک و احترام متقابل، هدف‌گذاری مشترک، به اشتراک گذاشتن اطلاعات، مسئولیت و قدرت در تصمیم‌گیری‌ها و حل مسئله در جهت دستیابی به بهترین و مؤثرترین پیامد برای بیمار و خانواده باهم همکاری می‌کنند.

نتیجه‌گیری: این تحلیل مفهومی به درک بهتر ویژگی‌های مراقبت تیمی در بخش مراقبت ویژه کمک می‌کند و درک مشترکی برای ارتباطات در محیط‌های آموزشی، پژوهشی و بالینی فراهم می‌کند.

واژگان کلیدی: مراقبت تیمی، همکاری، کار تیمی، بخش مراقبت ویژه، تحلیل مفهوم

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)،
۲. مرکز تحقیقات تروما و گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران، نویسنده مسئول، پست الکترونیک:h.mahmoudi@bmsu.ac.ir ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۴۵۸۶-۳۴۸۶ : کد ارکید

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

مراقبت تیمی به‌عنوان راهی برای افزایش ارائه مراقبت‌های بهداشتی ایمن و باکیفیت توجه متخصصان را به خود جلب کرده است(۱, ۲). امروزه به علت سیستم‌های پیچیده مراقبت‌های بهداشتی، تغییرات هرم جمعیت شناختی و افزایش بیماری‌های مزمن، افزایش حوادث منجر به تروما و همچنین افزایش هزینه‌های خدمات پزشکی، نیاز به مراقبت‌های تیمی رو به افزایش است (۳-۵). با توجه به اینکه همکاری و کار تیمی اغلب مراقبت از بیمار را بهبود می‌بخشد، پرستاران و همچنین سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به‌طور فزاینده‌ای ملزم به همکاری با یکدیگر برای به اشتراک گذاشتن تخصص، دانش و مهارت هستند (۶). مطالعات نشان داده است که کار تیمی سازگاری، بهره وری و خلاقیت بیشتری نسبت به اقدام فردی ارائه می‌دهد (۷). علاوه بر این، با تصویب قانون حمایت از بیمار و مراقبت در سال ۲۰۱۰، سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی که از توسعه فعالیت‌های بین حرفه‌ای حمایت می‌کنند، افزایش‌یافته‌اند، درنتیجه مراقبت تیمی برای بهبود نتایج بیمار و کارایی ارائه مراقبت ضروری‌تر شده است (۱).

کار تیمی ضعیف در میان متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مانع ارائه مراقبت مناسب و ایمن به بیمار می‌شود. درواقع، ۷۰ تا ۸۰ درصد از خطاهای درمانی ناشی از عوامل انسانی مرتبط با ارتباطات و درک ضعیف گروه است (۸). در مطالعه دیگر ۷۵٪ از حوادث نامطلوب منجر به مرگ به عدم ارتباط بین اعضای گروه مراقبت و درمان مرتبط بود (۹). با توجه به اهمیت مراقبت تیمی در مراقبت‌های بهداشتی، برخی تحقیقات، ویژگی‌های این مفهوم را بررسی کرده‌اند. Mitchell (۲۰۱۲) پنج اصل اساسی: اهداف مشترک، نقش‌های روشن، اعتماد متقابل، ارتباط مؤثر و فرآیندها و نتایج قابل‌اندازه‌گیری را برای مراقبت تیمی پیشنهاد کردند (۱). Ghorob (۲۰۱۵) ۹ ویژگی مراقبت تیمی ذیل را برای اقدامات مراقبتی ویژه شرح دادند: ساختار تیمی پایدار، محل خدمت مشترک، تغییر فرهنگ به سمت اشتراک‌گذاری مراقبت، تعریف نقش‌ها با بررسی مهارت‌ها و آموزش، دستورات/پروتکل‌های ثابت، تقسیم‌کاری تعریف‌شده و برنامه تقسیم‌کار، وجود تعداد کافی کارکنان برای تسهیل نقش‌های جدید، قوانین پایه و ارتباطات: جلسات تیمی، تعامل مشترک (۱۰).

مراقبت‌های تیمی به روش‌های مختلفی بسته به نیازها و شرایط سلامتی بیمار و تنظیمات عملکرد مراقبت در بخش‌های ویژه سازمان‌دهی شده‌اند (۱۱, ۱۲) اما هیچ اتفاق‌نظری در مورد مفهوم مراقبت تیمی در بخش مراقبت ویژه وجود ندارد. ازآنجاکه بخش‌های مراقبت ویژه یکی از مهم‌ترین مکان‌ها برای ارائه خدمات به بیماران در شرایط بحرانی است، فقدان یک تعریف و رویکرد مشترک می‌تواند مانع از مطالعات بیشتر در مورد مراقبت تیمی در این بخش شود (۱, ۱۳, ۱۴) بنابراین هدف از این تحلیل مفهومی، شفاف‌سازی مفهوم مراقبت تیمی در بخش مراقبت ویژه از طریق مطالعات موجود و تحلیل ویژگی‌های مفهوم با استفاده از روش تحلیل مفهومی واکر و اوانت (۲۰۰۵) است.

روش‌کار

تحلیل مفهوم فرآیندی برای بررسی ساختار و عملکرد یک مفهوم است که به روشن شدن مفاهیم مبهم در تئوری و عمل پرستاری کمک می‌کند. تجزیه وتحلیل یک مفهوم برای نظریه‌پردازان و محققین پرستاری ضروری است تا فرضیه‌های تحقیق و ابزاری برای شناسایی روابط بین مفاهیم ایجاد کنند (۱۵). رویکرد واکر و اوانت (۲۰۰۵) با توصیف زمینه‌های مختلف، فرآیندی منطقی و عملی را برای شناسایی ویژگی‌های مفهوم ارائه می‌کند (۱۶). رویکرد واکر و اوانت دارای هشت مرحله است: انتخاب مفهوم، تعیین هدف تحلیل، شناسایی کاربرد مفهوم، تعیین ویژگی‌های مفهوم، شناسایی یک مورد الگو، شناسایی موارد مرزی، مخالف، مرتبط، شناسایی پیشایند، پیامد و تعریف نمود تجربی (۱۵).

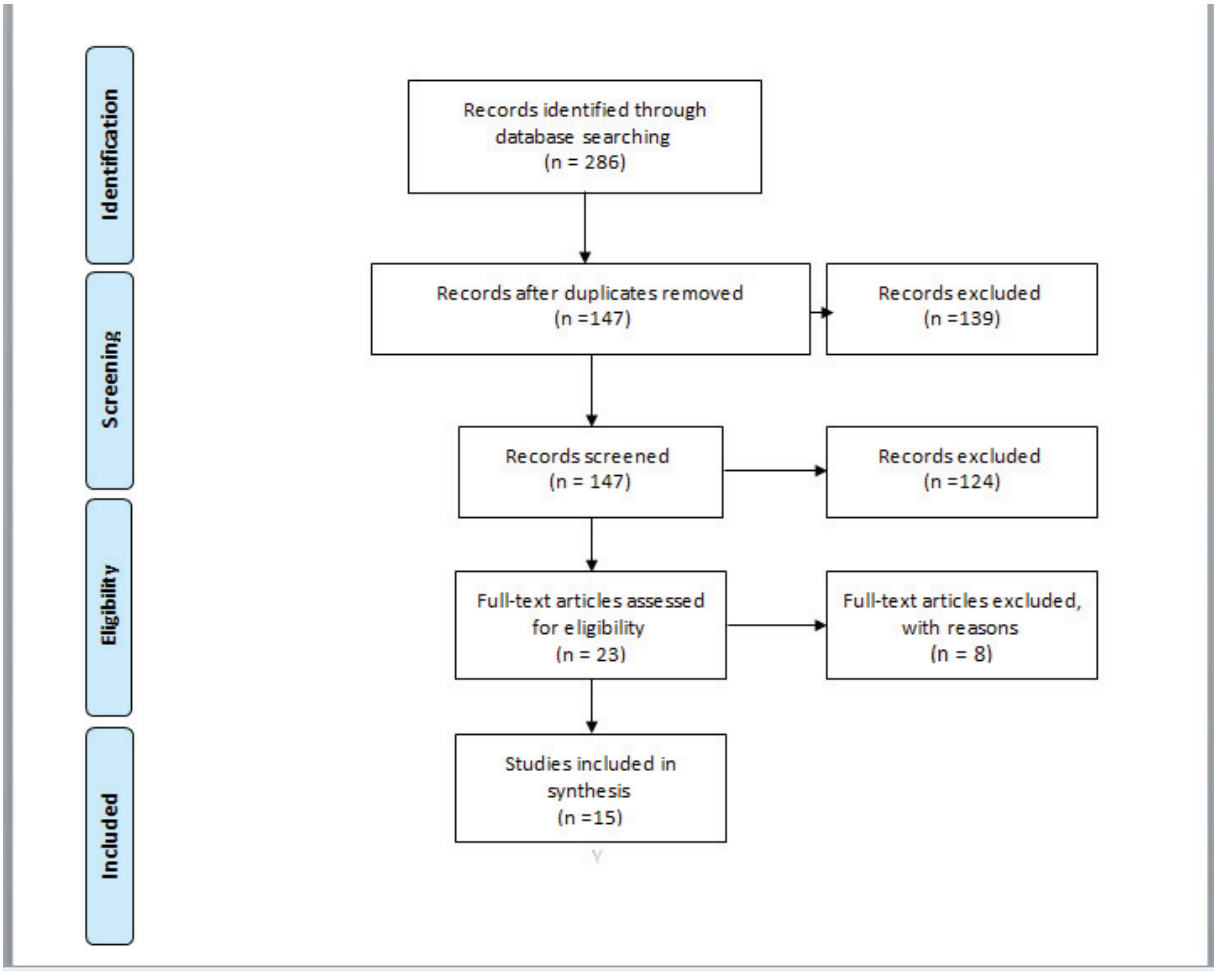
به این منظور مروری بر مطالعات با کلمات کلیدی "کار تیمی" یا "همکاری " یا " مراقبت تیمی " + "بخش مراقبت ویژه " یا "ICU " در پایگاه‌های اطلاعاتی: SID و با کلمات کلیدی "team-based care" +"ICU" "Intensive care unit*" "collaboration" "team work" "critical care unit*" در پایگاه‌های اطلاعاتی Web of Sciences،PubMed، Scopus و موتورهای جستجوی Google Scholar, Semantic scholar انجام شد. معیارهای ورود شامل مقالات مربوط به مراقبت تیمی بین سال‌های ۱۹۸۷ تا نوامبر ۲۰۲۱ به زبان فارسی و انگلیسی و دسترسی به اصل مقاله، بودند. از طریق این استراتژی جستجو، ۲۸۶ مقاله شناسایی شد. پس از حذف مقالات تکراری، عناوین و چکیده ۱۴۷ مقاله بررسی و متن کامل ۲۳ مقاله مطالعه شد. درنهایت ۱۵ مقاله مرتبط با مفهوم وارد مطالعه شد.

یافته‌ها:

انتخاب مفهوم

میزان اهمیت هر مفهوم خاص، بستگی به گستره‌ای از عوامل مختلف موجود در رشته و مرزهای خارج از آن در طول زمان دارد؛ لذا مفهومی مهم اطلاق می‌شود که بیشتر مورداستفاده، تأکید، مطالعه و بررسی قرار گیرد و هر چه بیشتر تحلیل شود به‌طور واضح‌تری بیان می‌گردد (۱۵).

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]



در ایـن تحلیـل، مفهـوم مراقبـت تیمـی در بخـش مراقبـت ویـژه، بـه دلیـل کاربـرد گسـترده و اهمیـت روزافـزون آن در نظـام مراقبـت بهداشـتی انتخـاب شـد. مهم‌تریـن مشـکل در حـال حاضـر در خصـوص ایـن مفهـوم، عـدم تعییـن ابعـاد و ویژگی‌هـای کارتیمـی اسـت.

اهداف تحلیل مفهوم

هـدف تحلیـل مفهـوم بررسـی سـاختارهای درونـی یـک مفهـوم پیچیـده و شناسـایی اجـزای تشـکیل‌دهنده آن جهـت افزایـش قـدرت اکتشـافی مفهـوم اسـت.

مفهـوم مراقبـت تیمـی در بخـش مراقبـت ویـژه ازجملـه مفاهیمـی اسـت کـه برداشـت‌های متعـددی می‌تـوان از ظاهـر آن داشـت، زیـرا ایـن مفهـوم پیچیـده بـوده و نیـاز بـه شفاف‌سـازی دارد. بـا روشن‌سـازی مفهـوم، درک مشـترکی بـرای کاربـران فراهـم و منجـر بـه توسـعه مفهـوم می‌شـود تـا سیاسـت‌گذاران سـلامت جهـت افزایـش کیفیـت مراقبـت و حفـظ ایمنـی بیمـاران از آن اسـتفاده کننـد.

شناسایی کاربرد مفهوم

طبـق نظـر واکـر و اوانـت، لغت‌نامه‌هـا، اصطلاح‌نامه‌هـا و مطالعـات موجـود می‌تواننـد بـرای شناسـایی کاربردهـای ایـن مفهـوم اسـتفاده شـوند. واکـر و اوانـت اسـتدلال می‌کننـد کـه بـه تصویـر کشـیدن نمـای کلـی، کاربردهـای مفهـوم مـورد بررسـی و درک غنی‌تـر مفهـوم و اعتباربخشـی بـه ویژگی‌هـای تعریف‌شـده را امکان‌پذیـر می‌سـازد. در متـون تعاریـف و کاربردهـای متعـددی بـرای مراقبـت تیمـی به‌کاررفتـه اسـت (۱۵).

کار تیمـی به‌صـورت «دو یـا چنـد نفـر بـا نقش‌هـای مشـخصی کـه به‌طـور انطباقـی، وابسـته بـه یکدیگـر و به‌طـور پویـا در جهـت یـک هـدف مشـترک و ارزشـمند تعامـل دارنـد» تعریف‌شـده اسـت (۷، ۱۳). پرسـتاران حرفـه‌ای به‌عنـوان اعضـای قانونـی گـروه بیـن حرفـه‌ای تعریف‌شـده‌اند و مداخلـه کار تیمـی شـامل آمـوزش، مربیگـری و حـل مسـئله گروهـی اسـت کـه باعـث کاهـش خطـر سـقوط بیمـار، افزایـش ایمنـی، رضایـت بیمـار و ادراک از کار تیمـی می‌شـود (۱۷-۱۹).

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

Medves (۲۰۱۰) مراقبت مبتنی بر گروه را به‌عنوان همکاری با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی چند رشته‌ای برای مراقبت بهتر از بیمار با احترام متقابل به مهارت‌ها و دانش هر یک از اعضا تعریف کرد (۲۰). علاوه بر این، مراقبت تیمی به‌طور گسترده برای بیماران مبتلابه فشارخون، دیابت، نارسایی قلبی، بیماری‌های کلیوی و سرطان موردمطالعه قرارگرفته است. مطالعات متعددی اثربخشی مراقبت تیمی را بر رضایت بیمار، نتایج سلامت بیمار، عملکرد گروه مراقبت‌های بهداشتی، رضایت شغلی، نتایج اقتصادی و غیره بررسی کرده‌اند (۱۱, ۲۱, ۲۲)

تعیین ویژگی‌های مفهوم

تعیین ویژگی‌های تعریف‌کننده مفهوم، گام مهمی برای شفاف‌سازی و اصلاح مفهوم است (۱۵). ویژگی‌های این تجزیه‌وتحلیل با ویژگی‌هایی که اغلب از طریق بررسی‌های عمیق و تجزیه‌وتحلیل مقالات مرتبط در مورد مراقبت تیمی ظاهر می‌شوند، شناسایی شدند.

در مرور متون به‌عمل‌آمده ویژگی‌های کلیدی برای مفهوم مراقبت تیمی شناسایی شد که برای بهبود کیفیت مراقبت و نتایج سلامت بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد: همکاری بین حرفه‌ای، تصمیم‌گیری مشترک، فرآیند مراقبت یکپارچه، هدف مشترک، رویکرد بیمار محور، اعتماد متقابل بین اعضای گروه، سازگاری، اشتراک‌گذاری اطلاعات و جریان دانش، تلاش مداوم همه اعضای گروه (۲, ۱۲, ۱۳, ۱۹, ۲۳-۳۳)

شناخت یک نمونه الگو

متخصص مراقبت‌های ویژه برای تصمیم‌گیری در مورد ترخیص "آقای الف " ۷۲ ساله مبتلا به برونشیت حاد، او را ویزیت می‌کند. پرستار ابراز می‌دارد که بیمارش تمایل دارد که در صورت مساعد بودن شرایط، امروز ترخیص شود و نتایج آخرین تصویربرداری نیز بهبود نسبی را نشان می‌دهد. طی چند روز اخیر آموزش نحوه استفاده از اسپری‌های تنفسی را دریافت کرده است؛ اما کارشناس تغذیه فرصت ارائه نکات آموزش و دستورالعمل‌های تغذیه درمنزل را ندارد و در صورت امکان جهت ترخیص بیمار تا فردا صبر شود. فیزیوتراپ گروه نیز اظهار می‌دارد که وضعیت بیمار مساعد است ولی جهت ارائه آموزش‌ها تا عصر فرصت می‌خواهد؛ بنابراین نتیجه تصمیم تیمی این شد که پرستار امروز عصر با خانواده بیمار صحبت کند و روند ترخیص از امروز بعدازظهر شروع شود تا در صورت حصول نتایج، بیمار فردا صبح بعد از ویزیت مجدد، ترخیص شود.

این مدل نمونه‌ای ایده آل از کار تیمی را نشان می‌دهد و شامل تمام ویژگی‌های تعیین‌کننده (عدم وجود سلسله‌مراتب، تصمیم‌گیری مشترک، رویکرد بیمار محور، احترام و اعتماد متقابل اعضای گروه و هدف مشترک) است.

شناسایی موارد مرزی، مرتبط و مخالف

واکر و اوانت ادعا می‌کنند، تعریف ویژگی‌های مشخص‌کننده که معروف‌ترین ویژگی مفهوم موردبررسی هستند سخت است، چون می‌توانند با برخی مفاهیم مرتبط همپوشانی داشته باشد. به همین دلیل برای کمک به محقق به‌منظور قضاوت در مورد ویژگی‌های مشخص‌کننده، بررسی مواردی که کاملاً و دقیقاً همان مفهوم موردنظر نبوده و مشابه یا مخالف آن هستند را پیشنهاد می‌کنند (۱۵). این موارد شامل موارد مرتبط، مرزی و مخالف‌اند.

موارد مرزی دربرگیرنده برخی و نه همه ویژگی‌های مفهوم‌اند. شناسایی موارد مرزی به‌وضوح ویژگی‌هایی که پیشنیاز اساسی برای موارد مدل‌اند، کمک کرده و باعث کاهش ابهام در حدومرزهای بین موارد می‌شود (۱۵).

پزشک برای تصمیم‌گیری در مورد ترخیص "آقای ب " ۷۸ ساله مبتلابه سکته مغزی، او را ویزیت می‌کند. کارشناس تغذیه و فیزیوتراپ جهت ارائه آموزش‌های لازم تا عصر فرصت می‌خواهد؛ بنابراین پزشک دستور ترخیص روز بعد را می‌نویسد. به نظر می‌رسد این مورد از بسیاری از جهات شبیه به مورد مدل است، اما یکی از ویژگی‌های مهم و تعیین‌کننده کار تیمی را ندارد. ارتباط وجود دارد، نظر سایر اعضای گروه حرفه‌ای سؤال می‌شود که نشان‌دهنده تصمیم‌گیری مشترک و همکاری متقابل است؛ اما با خانواده بیمار در مورد آمادگی‌های لازم جهت ترخیص صحبت نمی‌شود و نقش خانواده در گروه مراقبتی نادیده گرفته می‌شود.

مورد مرتبط: فاقد ویژگی‌های تعریف‌شده مفهوم است، اما به معنای مفهوم مورد تحلیل شباهت دارد و این شباهت باعث گیجی و اشتباه در تعریف مفهوم می‌شود(۱۵).

پزشک در مورد ترخیص "آقای ج " ۵۸ ساله که به علت شکستگی فمور در بخش آی سی یو بستری است، شرایط بالینی را از پرستار مربوطه سؤال می‌کند و وی اعلام می‌کند که بیمارش تمایل به ترخیص دارد. پزشک دستور ترخیص بیمار را می‌نویسد.

این مورد هیچ‌یک از ویژگی‌های تعیین‌کننده کار تیمی را شامل نمی‌شود. ارتباط وجود دارد، اما نظر سایر اعضای گروه حرفه‌ای سؤال نمی‌شود که نشان‌دهنده عدم تصمیم‌گیری مشترک و همکاری متقابل است. این نمونه‌ای از کار تیمی نیست. در عوض ممکن است شبیه به همکاری دیده شود.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

مـــوارد مخالـــف: دربرگیرنـده هیچ‌یـک از ویژگی‌هـای اصلـی مفهـوم نیسـت و معرفـی آن مشـخص می‌کنـد کـه مفهـوم مـورد تحلیـل چـه چیـزی نیسـت و ایـن تفـاوت بـه قـدری مشـهود اسـت کـه اکثـر افـراد بـا دیـدن آن می‌تواننـد بـا اطمینـان بگوینـد کـه ایـن مـورد مثـال مفهـوم موردنظـر مـا نیسـت (۱۵).

پرسـتار جهـت اطـلاع از وضعیـت ترخیـص "آقـای د " کـه بـه علـت DKA در بخـش ویـژه بسـتری اسـت بـا پزشـک مربوطـه تمـاس می‌گیـرد و اعـلام می‌کنـد کـه بیمـار درخواسـت کـرده کـه امـروز ترخیـص شـود. پزشـک می‌گویـد کـه متأسـفم، مـن در حـال حاضـر سـرم شـلوغ اسـت! و تلفـن را قطـع می‌کنـد.

ایـن مثالـی اسـت کـه در آن هیچ‌یـک از ویژگی‌هـای مهـم وجـود نـدارد. عـلاوه بـر ایـن، هیـچ همـکاری، تصمیم‌گیـری مشـترک، یـا احتـرام و اعتمـاد متقابـل وجـود نـدارد. ایـن سـناریو واضـح اسـت کـه کار تیمـی نیسـت.

شناسایی پیشایندها و پیامدها

پیشـایندها به‌عنـوان "رویدادهـا یـا حوادثـی کـه بایـد قبـل از وقـوع مفهـوم رخ دهنـد " تعریـف کردنـد. درحالی‌کـه پیامدهـا رویدادهایـی هسـتند کـه درنتیجـه آن اتفـاق می‌افتنـد. شناسـایی پیشـایندها و پیامدهـا می‌توانـد زمینه‌هـای اجتماعـی را کـه ایـن مفهـوم در آن اسـتفاده می‌شـود روشـن کنـد و بـه اصـلاح ویژگی‌هـای تعیین‌کننـده کمـک کنـد.(۲۶).

بـــرای دســـتیابی بـــه مراقبـــت تیمـــی: دو یـا چنـد عضـو گـروه بـا حرفه‌هـای مختلـف، جـو تیمـی مملـو از احتـرام متقابـل، پویایـی گـروه، حمایـت سـازمانی، درک چگونگـی حمایـت نقش‌هـا و مسـئولیت‌های حرفـه‌ای، تعییـن هـدف و بـه اشـتراک‌گذاری اطلاعـات، موردنیـاز اسـت.

پیامدهـا بـا سـه جنبـه شناسایی‌شـده‌اند: بیمـار، متخصـص مراقبت‌هـای بهداشـتی و سـازمان مراقبت‌هـای بهداشـتی. پیامدهـای بیمـار به‌عنـوان متداول‌تریـن پیامـد مراقبـت تیمـی، بـه کاهـش اسـتفاده از داروهـا، کاهـش خطاهـا در مراقبـت از بیمـار، میـزان مرگ‌ومیـر، عـوارض، بسـتری شـدن در بیمارسـتان، بسـتری مجـدد و هزینه‌هـای پزشـکی کمـک می‌کنـد و همچنیـن خـود مدیریتـی، توانمندسـازی بیمـار، رفتـار سـالم پیشـگیرانه، رضایـت بیمـار و کیفیـت زندگـی را بهبـود می‌بخشـد. عـلاوه بـر ایـن، متخصصـان مراقبت‌هـای بهداشـتی کـه مراقبـت تیمـی را اجـرا می‌کننـد ممکـن اسـت رضایـت شـغلی، بهـره‌وری، بهبـود سـلامت روان از طریـق کاهـش سـطح اسـترس و همچنیـن کاهـش فرسـودگی شـغلی و قصـد تـرک کار را تجربـه کننـد. درنهایـت، مراقبـت تیمـی تأثیـر زیـادی بـرای سـازمان‌های مراقبت‌هـای بهداشـتی در اسـتفاده کارآمدتـر از منابـع، دسترسـی بهتـر بـه خدمـات، افزایـش هماهنگـی مراقبت‌هـا و بهبـود نتایـج اقتصـادی دارد (۱۲, ۱۹, ۲۳, ۲۵, ۲۷, ۲۸, ۳۰, ۳۲).

نمودهای تجربی

براسـاس نظـر واکـر و اوانـت مفهوم‌هـا و ویژگی‌هـای مشـخص‌کننده آن‌هـا انتزاعـی هسـتند، بـه همیـن دلیـل نمی‌تواننـد نشـانگر تجربـی خوبـی باشـند. آن‌هـا ارجاعـات تجربـی را ویژگی‌هـای قابل‌تشـخیص مفهـوم می‌داننـد کـه ظهورشـان نشـانه وجـود خـود مفهـوم اسـت و هـدف از تعریـف آن‌هـا تسـهیل اندازه‌گیـری و شناسـایی مفهـوم و کمـک بـه تولیـد ابزارهـای تحقیقاتـی اسـت(۱۵).

مطالعـات متعـددی رویکـرد مراقبـت تیمـی را بـا ابزارهـای مختلـف مرتبـط بـا مراقبت‌هـای بهداشـتی اندازه‌گیـری کرده‌انـد. ایـن معیارهـا عمدتـاً بـه دودسـته تقسـیم می‌شـوند: فرآیندهـا / نتایـج گـروه و عملکـرد گـروه (۱). بـه همیـن دلیـل، بسـیاری از ابزارهـا به‌طـور کامـل ویژگی‌هـای اصلـی مفهـوم مراقبـت تیمـی را همان‌طـور کـه در ایـن تحلیـل شناسایی‌شـده اسـت، اندازه‌گیـری نکردنـد. در عـوض، بیشـتر بـر روی پیشـایندها و اثـرات آن و پیامدهـای مراقبـت تیمـی متمرکـز شـدند (۱, ۲۷, ۳۴, ۳۵). اگرچـه مطالعـات بالینـی از ابزارهـای مختلفـی اسـتفاده کرده‌انـد، ابزارهـای محـدودی بـا اعتبارسـنجی قـوی و کاربـرد مکـرر بـرای گروه‌هـای مراقبت‌هـای بهداشـتی وجـود دارد. (۲۳, ۳۶) بنابرایـن، تحقیقـات بیشـتری بـرای اصـلاح ابزارهـای فعلـی و توسـعه اقدامـات مبتنـی بـر مبانـی نظـری مراقبـت تیمـی موردنیـاز اسـت.

نتیجه‌گیری

در مـروری بـر مطالعـات مشـخص شـد، عواملـی همچـون عـدم برخـورداری از احتـرام کافـی در ارتباطـات حرفـه‌ای، مهارت‌هـای ارتباطـی ضعیـف، عـدم درک متقابـل نقش‌هـا و مسـئولیت‌ها، تنـش بیـن اعضـای گـروه، عـدم اعتمـاد به‌نفـس، نگـرش بسـته، تضـاد منافـع، حجـم کاری زیـاد، کمبـود امکانـات، تسـهیلات و نیـروی انسـانی، عـدم آگاهـی نسـبت بـه فرآینـد کارتیمـی، اختلافـات فرهنگـی، نگرشـی، عـدم مسـئولیت‌پذیری، عـدم وجـود رهبـر مؤثـر، فرآینـد مراقبـت تیمـی بخصـوص در بخـش مراقبـت ویـژه را بـه چالـش می‌کشـند (۱۲, ۲۷, ۲۹-۳۱).

مراقبـت تیمـی فرآینـدی پویـا شـامل دو یـا چنـد متخصـص سـلامت بـا زمینه‌هـا و مهارت‌هـای مکمـل، بـه اشـتراک گذاشـتن اهـداف مشـترک و انجـام تلاش‌هـای جسـمی و ذهنـی هماهنـگ در برنامه‌ریـزی یـا ارزیابـی مراقبـت از بیمـار از طریـق همـکاری متقابـل، ارتباطـات بـاز و تصمیم‌گیـری مشـترک، اسـت و بـه نوبـه خـود نتایـج ارزش‌افـزوده‌ای را بـرای بیمـار، سـازمان و کارکنـان ایجـاد می‌کنـد و بـه گسـترش مجموعـه دانـش در مـورد تئـوری، آمـوزش و عمـل پرسـتاری کمـک می‌کنـد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

منابع

1. Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, et al. Core principles & values of effective team-based health care. NAM Perspectives. 2012.
2. Reeves S, McMillan SE, Kachan N, Paradis E, Leslie M, Kitto S. Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. Journal of interprofessional care. 2015;29(3):230-7.
3. van der Sluijs AF, van Slobbe-Bijlsma ER, Chick SE, Vroom MB, Dongelmans DA, Vlaar AP. The impact of changes in intensive care organization on patient outcome and cost-effectiveness—a narrative review. Journal of intensive care. 2017;5(1):1-8.
4. Adogwa O, Elsamadicy AA, Sergesketter AR, Ongele M, Vuong V, Khalid S, et al. Interdisciplinary care model independently decreases use of critical care services after corrective surgery for adult degenerative scoliosis. World neurosurgery. 2018;111:e845-e9.
5. Combes J. Lessons in team-based health care delivery-As payment reforms take hold, the health care system needs to evolve and providers need to work more closely together than ever before. Hospitals and Health Networks. 2012;86(2):12.
6. Mueller SK. Transdisciplinary coordination and delivery of care. Seminars in oncology nursing. 2016;32(2):154-63.
7. Salas E, Sims DE, Burke SC. Is there a" big five" in teamwork? Small Group Research. 2005;36(5):555-99.
8. Terry A, Mottram C, Round J, Firman E, Step J, Bourne J. A safer place for patients: learning to improve patient safety. NAO London. 2005.
9. Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations. Pain Manangement: Retrieved from http://www.jcaho.org/Senti nelEv ents; 2018.
10. Ghorob A, Bodenheimer T. Building teams in primary care: a practical guide. Families, Systems, & Health. 2015;33(3):182.
11. Reiss-Brennan B. Mental health integration: normalizing team care. Journal of primary care & community health. 2014;5(1):55-60.
12. Lin YP, Chan LYC, Chan EY. Interprofessional collaboration during medical emergencies among doctors, nurses, and respiratory therapists in the intensive care unit: A phenomenological study protocol. Journal of advanced nursing. 2020;76(1):373-9.
13. Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? Nursing in critical care. 2011;16(1):5-10.
14. Verd-Aulí X, Maqueda-Palau M, Miró-Bonet M. Interprofessional collaboration in joint clinical sessions in an intensive care unit: Perceptions of nurses and physicians. Enfermeria intensiva. 2021;32(1):3-10.
15. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 4th ed. Upper Saddle River, N.J: Pearson/Prentice Hall. 2005. 227 p.
16. Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. Journal of advanced nursing. 2000;14(4):330-5.
17. Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. Nursing forum. 2010;45(2):73-82.
18. Kalisch BJ, Curley M, Stefanov S. An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2007;37(2):77-84.
19. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. Teamwork in the intensive care unit. American Psychologist. 2018;73(4):468.
20. Medves J, Godfrey C, Turner C, Paterson M, Harrison M, MacKenzie L, et al. Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team based practice. International Journal of Evidence Based Healthcare. 2010;8(2):79-89.
21. Cooper LB, Hernandez AF. Assessing the qual-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

White DB, Jensen HI, Metaxa V, et al. Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel*. Critical care medicine. 2019;47(9):1258-66.
31. Riessen R, Tränkle P, Schwabbauer N, Wolf K, Haap M. Interprofessional collaboration in the intensive care unit. Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2011;48(5):389-95.
32. Schleiken T. Team work in the intensive care unit - Make common decisions. Anasthesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie. 2008;43(5):400-3.
33. Vafadar Z. The Necessity of Teamwork and Inter Professional Collaboration in the Intensive Care Unit. J Crit Care Nurs. 2020;13(1):1-5.
34. Jacob V, Chattopadhyay SK, Thota AB, Proia KK, Njie G, Hopkins DP, et al. Economics of team-based care in controlling blood pressure: a community guide systematic review. American journal of preventive medicine. 2015;49(5):772-83.
35. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. Journal of advanced nursing. 2008;61(2):232-41.
36. Emich C. Conceptualizing collaboration in nursing. Nursing forum. 2018;53(4):567-73.
ity and comparative effectiveness of team-based care for heart failure: who, what, where, when, and how. Heart failure clinics. 2015;11(3):499-506.
22. Coniglio D. Collaborative practice models and team-based care in oncology. Journal of oncology practice. 2013;9(2):99-100.
23. Fröhlich MR, Rettke H, Conca A, Boden K. Eine qualitative, retrospektive Analyse Interprofessional and intraprofessional collaboration in crises situations in the intensive care unit regarding COVID-19 - A qualitative, retrospective analysis. Pflege. 2021;34(5):251-62.
24. Jensen HI, Ammentorp J, Ording H. Guidelines for withholding and withdrawing therapy in the ICU: impact on decision-making process and interdisciplinary collaboration. Heart, lung and vessels. 2013;5(3):158-67.
25. Keykha A, Ramezani M, Heydari A. Attitude and Barriers of Teamwork in Intensive Care Unit from the Perspective of Nurses in COVID-19 Pandemic. Journal of Military Medicine. 2021;23(4):329-37.
26. Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. Critical care (London, England). 2004;8(6):R403-8.
27. Barros ERS, Ellery AEL. Inter-professional collaboration in an Intensive Care Unit: Challenges and opportunities. Rev Rene. 2016;17(1):10-9.
28. Brown MS, Ohlinger J, Rusk C, Delmore P, Ittmann P. Implementing potentially better practices for multidisciplinary team building: creating a neonatal intensive care unit culture of collaboration. Pediatrics. 2003;111(4 Pt 2):e482-8.
29. Figueroa MI, Sepanski R, Goldberg SP, Shah S. Improving teamwork, confidence, and collaboration among members of a pediatric cardiovascular intensive care unit multidisciplinary team using simulation-based team training. Pediatric cardiology. 2013;34(3):612-9.
30. Michalsen A, Long AC, DeKeyser Ganz F,

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]