



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

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

Homeira Sedighi Nezhad ¹

Hosein Mahmoudi ^{*2}

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



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

چکیده

حمیرا صدیقی نژاد^۱
حسین محمودی^{۲*}

مقدمه: مراقبت تیمی به عنوان راهی برای افزایش کیفیت ارائه مراقبت‌های بهداشتی و حفظ ایمنی مورد توجه قرار گرفته 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 جستجوی Google 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)، 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 - ۳۴۸۶-۴۵۸۶-۰۰۰۳-۰۰۰۰ : کد ارکید
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران، نویسنده

مقدمه

مراقبت تیمی به عنوان 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، بهره‌وری 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، افزایش یافته‌اند، در نتیجه 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. در واقع، 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 فرایندها و نتایج قابل اندازه‌گیری 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 اتفاق نظری در مورد مفهوم مراقبت تیمی در بخش مراقبت ویژه وجود ندارد. از آنجاکه 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.

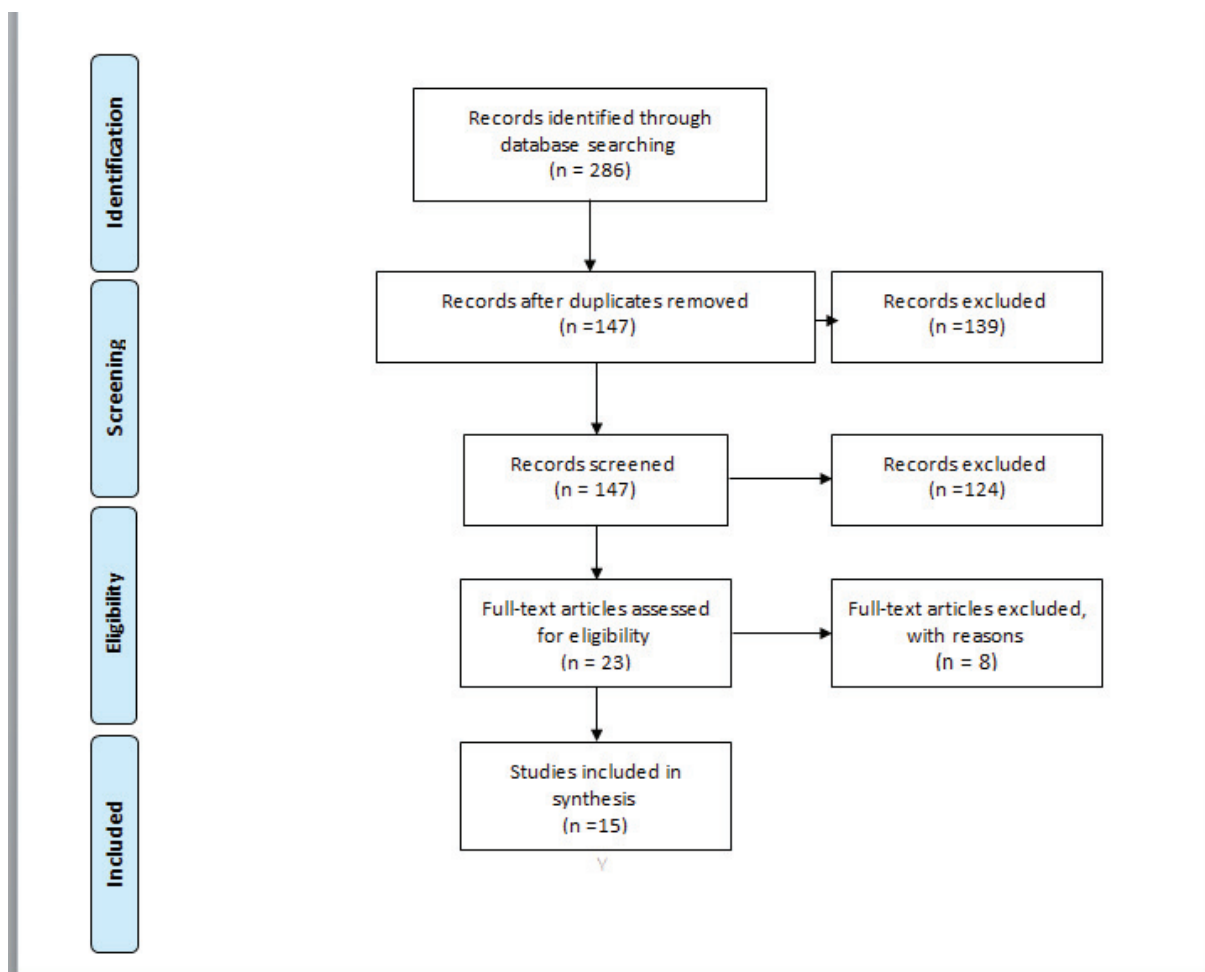
روش کار

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 و تحلیل 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 پیشایندها، 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-work" "collaboration" "Intensive care unit" "ICU" + "based care" "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. در نهایت 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 مورد استفاده، تأکید، مطالعه و بررسی قرار گیرد و هر چه بیشتر تحلیل شود به‌طور واضح‌تری بیان می‌گردد (۱۵).



شناسایی کاربرد مفهوم

طبق نظر واکر و اوانت، لغت‌نامه‌ها، اصطلاح‌نامه‌ها و مطالعات موجود می‌توانند برای شناسایی کاربردهای این مفهوم استفاده شوند. واکر و اوانت استدلال می‌کنند که به تصویر کشیدن نمای کلی، کاربردهای مفهوم مورد بررسی و درک غنی‌تر مفهوم و اعتباربخشی به ویژگی‌های تعریف‌شده را امکان‌پذیر می‌سازد. در متون تعاریف و کاربردهای متعددی برای مراقبت تیمی به کار رفته است (۱۵).

کار تیمی به صورت «دو یا چند نفر با نقش‌های مشخصی که به‌طور انطباقی، وابسته به یکدیگر و به‌طور پویا در جهت یک هدف مشترک و ارزشمند تعامل دارند» تعریف شده است (۷، ۱۳). پرستاران حرفه‌ای به‌عنوان اعضای قانونی گروه بین حرفه‌ای تعریف شده‌اند و مداخله کار تیمی شامل آموزش، مربیگری و حل مسئله گروهی است که باعث کاهش خطر سقوط بیمار، افزایش ایمنی، رضایت بیمار و ادراک از کار تیمی می‌شود (۱۷-۱۹).

در این تحلیل، مفهوم مراقبت تیمی در بخش مراقبت ویژه، به دلیل کاربرد گسترده و اهمیت روزافزون آن در نظام مراقبت بهداشتی انتخاب شد. مهم‌ترین مشکل در حال حاضر در خصوص این مفهوم، عدم تعیین ابعاد و ویژگی‌های کار تیمی است.

اهداف تحلیل مفهوم

هدف تحلیل مفهوم بررسی ساختارهای درونی یک مفهوم پیچیده و شناسایی اجزای تشکیل‌دهنده آن جهت افزایش قدرت اکتشافی مفهوم است.

مفهوم مراقبت تیمی در بخش مراقبت ویژه از جمله مفاهیمی است که برداشت‌های متعددی می‌توان از ظاهر آن داشت، زیرا این مفهوم پیچیده بوده و نیاز به شفاف‌سازی دارد. با روشن‌سازی مفهوم، درک مشترکی برای کاربران فراهم و منجر به توسعه مفهوم می‌شود تا سیاست‌گذاران سلامت جهت افزایش کیفیت مراقبت و حفظ ایمنی بیماران از آن استفاده کنند.

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 می‌تواند 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 پیشنهاد اساسی برای موارد مدل‌اند، کمک کرده و باعث کاهش ابهام در حدود مرزهای بین موارد می‌شود (۱۵).

پزشک برای تصمیم‌گیری در مورد ترخیص "آقای ب" ۷۸ ساله مبتلا به 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 بیمار شرایط 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.

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 مبتلا به فشارخون، دیابت، نارسایی قلبی، بیماری‌های کلیوی و سرطان مورد مطالعه قرار گرفته 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 تجزیه و تحلیل با ویژگی‌هایی که اغلب از طریق بررسی‌های عمیق و تجزیه و تحلیل مقالات مرتبط در مورد مراقبت تیمی ظاهر می‌شوند، شناسایی شدند.

در مرور متون به‌عمل آمده 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 بیمار شرایط 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 در منزل 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.

نمودهای تجربی

براساس نظر واکر و اوانت مفهوم‌ها و ویژگی‌های مشخص‌کننده آن‌ها انتزاعی هستند، به همین دلیل نمی‌توانند نشانگر تجربی خوبی باشند. آن‌ها ارجاعات تجربی را ویژگی‌های قابل تشخیص مفهوم می‌دانند که ظهورشان نشانه وجود خود مفهوم است و هدف از تعریف آن‌ها تسهیل اندازه‌گیری و شناسایی مفهوم و کمک به تولید ابزارهای تحقیقاتی است (۱۵).

مطالعات متعددی رویکرد مراقبت تیمی را با ابزارهای مختلف مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی اندازه‌گیری کرده‌اند. این معیارها عمدتاً به دودسته تقسیم می‌شوند: فرآیندها / نتایج گروه و عملکرد گروه (۱). به همین دلیل، بسیاری از ابزارها به‌طور کامل ویژگی‌های اصلی مفهوم مراقبت تیمی را همان‌طور که در این تحلیل شناسایی شده است، اندازه‌گیری نکردند. در عوض، بیشتر بر روی پیشایندها و اثرات آن و پیامدهای مراقبت تیمی متمرکز شدند (۱، ۲۷، ۳۴، ۳۵). اگرچه مطالعات بالینی از ابزارهای مختلفی استفاده کرده‌اند، ابزارهای محدودی با اعتبارسنجی قوی و کاربرد مکرر برای گروه‌های مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد. (۲۳، ۳۶) بنابراین، تحقیقات بیشتری برای اصلاح ابزارهای فعلی و توسعه اقدامات مبتنی بر مبانی نظری مراقبت تیمی موردنیاز است.

نتیجه‌گیری

در مروری بر مطالعات مشخص شد، عواملی همچون عدم برخورداری از احترام کافی در ارتباطات حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی ضعیف، عدم درک متقابل نقش‌ها و مسئولیت‌ها، تنش بین اعضای گروه، عدم اعتماد به نفس، نگرش بسته، تضاد منافع، حجم کاری زیاد، کمبود امکانات، تسهیلات و نیروی انسانی، عدم آگاهی نسبت به فرآیند کار تیمی، اختلافات فرهنگی، نگرشی، عدم مسئولیت‌پذیری، عدم وجود رهبر مؤثر، فرآیند مراقبت تیمی بخصوص در بخش مراقبت ویژه را به چالش می‌کشند (۱۲، ۲۷، ۲۹-۳۱).

مراقبت تیمی فرآیندی پویا شامل دو یا چند متخصص سلامت با زمینه‌ها و مهارت‌های مکمل، به اشتراک گذاشتن اهداف مشترک و انجام تلاش‌های جسمی و ذهنی هماهنگ در برنامه‌ریزی یا ارزیابی مراقبت از بیمار از طریق همکاری متقابل، ارتباطات باز و تصمیم‌گیری مشترک، است و به نوبه خود نتایج ارزش‌افزوده‌ای را برای بیمار، سازمان و کارکنان ایجاد می‌کند و به گسترش مجموعه دانش در مورد تئوری، آموزش و عمل پرستاری کمک می‌کند.

موارد مخالف: دربرگیرنده هیچ‌یک از ویژگی‌های اصلی مفهوم نیست و معرفی آن مشخص می‌کند که مفهوم مورد تحلیل چه چیزی نیست و این تفاوت به قدری مشهود است که اکثر افراد با دیدن آن می‌توانند با اطمینان بگویند که این مورد مثال مفهوم موردنظر ما نیست (۱۵).

پرستار جهت اطلاع از وضعیت ترخیص "آقای د" که به علت DKA در بخش ویژه بستری است با پزشک مربوطه تماس می‌گیرد و اعلام می‌کند که بیمار درخواست کرده که امروز ترخیص شود. پزشک می‌گوید که متأسفم، من در حال حاضر سرم شلوغ است! و تلفن را قطع می‌کند. این مثالی است که در آن هیچ‌یک از ویژگی‌های مهم وجود ندارد. علاوه بر این، هیچ همکاری، تصمیم‌گیری مشترک، یا احترام و اعتماد متقابل وجود ندارد. این سناریو واضح است که کار تیمی نیست.

شناسایی پیشایندها و پیامدها

پیشایندها به‌عنوان "رویدادها یا حوادثی که باید قبل از وقوع مفهوم رخ دهند" تعریف کردند. درحالی‌که پیامدها رویدادهایی هستند که در نتیجه آن اتفاق می‌افتند. شناسایی پیشایندها و پیامدها می‌تواند زمینه‌های اجتماعی را که این مفهوم در آن استفاده می‌شود روشن کند و به اصلاح ویژگی‌های تعیین‌کننده کمک کند (۲۶).

برای دستیابی به مراقبت تیمی: دو یا چند عضو گروه با حرفه‌های مختلف، جو تیمی مملو از احترام متقابل، پویایی گروه، حمایت سازمانی، درک چگونگی حمایت نقش‌ها و مسئولیت‌های حرفه‌ای، تعیین هدف و به اشتراک‌گذاری اطلاعات، موردنیاز است.

پیامدها با سه جنبه شناسایی شده‌اند: بیمار، متخصص مراقبت‌های بهداشتی و سازمان مراقبت‌های بهداشتی. پیامدهای بیمار به‌عنوان متداول‌ترین پیامد مراقبت تیمی، به کاهش استفاده از داروها، کاهش خطاها در مراقبت از بیمار، میزان مرگ‌ومیر، عوارض، بستری شدن در بیمارستان، بستری مجدد و هزینه‌های پزشکی کمک می‌کند و همچنین خود مدیریتی، توانمندسازی بیمار، رفتار سالم پیشگیرانه، رضایت بیمار و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که مراقبت تیمی را اجرا می‌کنند ممکن است رضایت شغلی، بهره‌وری، بهبود سلامت روان از طریق کاهش سطح استرس و همچنین کاهش فرسودگی شغلی و قصد ترک کار را تجربه کنند. درنهایت، مراقبت تیمی تأثیر زیادی برای سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی در استفاده کارآمدتر از منابع، دسترسی بهتر به خدمات، افزایش هماهنگی مراقبت‌ها و بهبود نتایج اقتصادی دارد (۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۲).

منابع

- 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-
 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/SentinelEvents>; 2018.
 10. Ghorob A, Bodenheimer T. Building teams

- 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. *Anesthesiologie 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,