تحلیل و تصریح مفهوم همکاری با استفاده از مدل سه مرحله ای هیبرید

معصومه شوهانی[1*]، وحید زمان زاده[2]، علی رضا ایرج پور[3]، لیلا ولی زاده[4]

۱) گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام ایران

۲) گروه جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳) مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴) گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۲۷ **تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۱۲**

چکیده

مقدمه: همکاری به خاطر اثراتی که بر روی تیم های نظام سلامت دارد مورد توجه بسیاری از کشورها قرار گرفته است. پیچیدگی، ابهام و چند بعدی بودن مفهوم مانع استفاده صحیح از آن شده است. این مطالعه با هدف واضح نمودن ابعاد و خصوصیات مفهوم همکاری انجام شده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مفهوم همکاری بر اساس مراحل سه گانه مدل هیبرید، مرور مطالعات، کار در عرصه و تحلیل نهایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مرحله نظری ۲۷۳ مقاله موجود در پایگاه های اطلاعاتی بدون محدودیت زمانی تا سپتامبر ۲۰۱۳ ارزیابی و تحلیل شدند. در مرحله کار در عرصه ۱۸ نفر مشارکت کننده پرستار از طریق مصاحبه های باز بدون ساختار مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه ها پس از ضبط و دستنویس شدن از طریق تحلیل محتوی کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در مرحله نهایی، از دو مرحله قبل تحلیل کلی انجام شد.

یافته های پژوهش: بر اساس مرحله نظری و مرور متون، همکاری تعریف گردید. در مرحله کار در عرصه و بر اساس بیانات حاصل از تجربیات مشارکت کنندگان، طبقات ۱)پیش نیازهای همکاری، ۲)اجرایی نمودن همکاری و ۳)دستیابی به هدف مشترک به دست آمد و در مرحله نهایی با ادغام نتایج حاصل از دو مرحله قبلی مدل هیبرید ارائه شد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج حاصل از مطالعه در واضح نمودن مفهوم همکاری در سیستم نظام سلامت کمک کننده خواهد بود. این واضح سازی می تواند منجر به ارائه دیدگاه جامع از مفهوم و درک بهتر برای استفاده در تحقیق و عمل خواهد شد.

واژه های کلیدی: همکاری، تحلیل مفهوم، مدل هیبرید

* نویسنده مسئول: گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام ایران

Email: shohani-m@medilam.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

مقدمه

امروزه علی رغم پیشرفت های سریع در علم و تکنولوژی، نظام های نوین سلامت در کلیه کشورها با مشکلات متعددی هم چون رویدادهای ناگوار پزشکی(۱)، عدم رضایت شغلی در بین ارائه دهندگان مراقبت از جمله پرستاران(۵-۲) که منجر به کاهش کیفیت مراقبت های پرستاری و پیامدهای نامطلوب در بیماران(۹-۶)، کاهش رضایت مندی در بیماران(۱۰)، افزایش هزینه های مراقبتی-بهداشتی(۱۱)، فرسودگی شغلی(۱۲) و افزایش ترک خدمت پرستاران(۱۳،۵-۲) روبرو هستند که سالانه باعث از دست رفتن میلیاردها دلار سرمایه می گردد.

در ایجاد مشکلات فوق عوامل متعددی تاثیرگذارند ولی در بسیاری از مطالعات ضعف در همکاری بین ارائه دهندگان مراقبت، به عنوان یکی از شایع ترین و مهم ترین علل ذکر شده است(۱۸-۱۴،۱۱،۲) و در جایی ضعف در همکاری و ارتباط ضعیف ریشه همه حوادث ناخواسته گزارش گردیده است(۱۹). به نظر می رسد همکاری بین کارکنان حرفه های سلامت یک راه حل مناسب برای بسیاری از مشکلات موجود و تلاش برای ارائه مراقبت با کیفیت مطلوب و حفظ سرمایه باشد، به گونه ای که مطالعات انجام شده در این زمینه، افزایش کیفیت مراقبت و موثر بودن درمان، رضایت مندی در میان حرفه ها از نظر کاهش ترک محل خدمت، مسائل مرتبط با عملکرد حرفه ای مانند افزایش هماهنگی و مسئولیت پذیری مشترک و خلاقیت(۲۰) کاهش مدت اقامت در بیمارستان، بهبود نتایج اداره پزشکی بیمار، کاهش بازدیدهای اداری غیر ضروری، آموزش جامع تر بیمار، افزایش رضایت مندی بیمار و پیشگیری از خطاهای پزشکی(۲۱،۲۲) را به عنوان مهم ترین و رایج ترین پیامدهای ناشی از همکاری ذکر کرده اند(۲۰). از طرفی افزایش تعداد بیماران همراه با بیماری های متعدد و پیچیده، افزایش هزینه های مراقبتی، تخصصی تر شدن حرف پزشکی و تشابهات بین فعالیت ها، پیشرفت تکنولوژی و تجهیزات پیچیده، به اشتراک گذاشتن اطلاعات بین اعضای حرفه ای برای فراهم کردن مراقبت کامل از بیمار با دید کل نگر، نیاز به همکاری را بیشتر کرده است(۲۳). به گونه ای که همکاری بین حرفه ای به عنوان یک جزء مهم در ارائه مراقبت های بهداشتی بسیاری از کشورها شناخته شده است(۲۴،۲۵).

همکاری مفهومی است که در دیسیپلین های مختلفی مورد بحث قرار گرفته است از جمله رفتار سازمانی، مدیریت، علم محیطی، ارتباطات، آموزش، جامعه شناسی، انسان شناسی، تاریخ و پزشکی. هر دیسیپلینی دیدگاه مخصوص به خودش را در مورد همکاری به عنوان شکلی از تعامل دارد(۲۶). مفهوم همکاری بین حرفه ای نظام سلامت در سال های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است، به خاطر تاثیری که روی چگونگی مراقبت و پیامدهای حاصل از آن دارد(۲۷)، علی رغم همه مزایایی که برای آن در نظر گرفته اند، متاسفانه همکاری بین دیسیپلینی به عنوان یک هنجار عملیاتی به ندرت وجود دارد(۲۸). به گونه ای که یک معنی پذیرفته شده مشترک و قابل قبول برای اصطلاحاتی که به طور ویژه برای روابط بین سازمانی استفاده می شوند مانند کار مشترک، اتحاد، مشارکت، هماهنگی، تشریک مساعی، کار تیمی، سازش، بین حرفه ای، چند حرفه ای، فرا حرفه ای و همکاری وجود ندارد و برخی از این اصطلاحات به جای هم به کار برده می شوند(۳۱-۲۹،۲۰)، در حالی که برای افراد مختلف و در شرایط مختلف به معنای چیزهای متفاوت هستند(۲۹). گنگ بودن معنی همکاری مانع از سودمندی آن به عنوان یک متغیر در مطالعاتی شده است که اثربخشی آن را مورد بررسی قرار داده اند(۳۲). هم چنین این ابهام ممکن است منجر به عدم ثبات در گزارشات ارائه شده توسط شاغلان در نظام سلامت در مورد میزان همکاری رخ داده در محیط های بالینی شود(۳۳). با توجه به این که یکی از چیزهایی که افراد در هنگام ورود به یک گروه با آن مواجه می شوند، توسعه یک زبان مشترک است و مجموعه مطالعات انجام شده نیز نشان داده اند که شاغلین مراقبت های بهداشتی، مصرف کنندگان، محققین و تحلیل گران سیاسی، همگی فرهنگ لغت خاص خودشان را دارند و از مفاهیم مختلفی که معنی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

همکاری بین دیسیپلینی را دارند استفاده می کنند، لذا همه مشارکت کنندگان گروه های بین دیسیپلینی، به طور اساسی نیازمند توسعه یک ترمینولوژی مشترک می باشند(۳۴). با توجه به این که عدم وضوح باعث شده است که از این مفهوم به شکل های گوناگونی در تحقیق و عمل استفاده شود و این ابهام ممکن است بر دیدگاه مشارکت کنندگان در مطالعه تاثیر داشته و مانع از حصول اهداف مطالعه شوند(۳۲،۳۵)، شفاف سازی مفهوم ضروری به نظر می رسد. برای وضوح مفاهیمی که در بالین به طور غیر شفاف استفاده می شوند، الگوهایی نظیر الگوی هیبرید وجود دارد. این الگو برای تحلیل مفاهیم در مراحل اولیه توسعه یک تئوری استفاده می شود و از آن جا که در این الگو از تحلیل نظری و مشاهدات تجربی استفاده می شود، لذا بیشترین کاربرد را برای پرستاری دارد و همان طور که مفاهیم به طور مداوم تغییر می کنند و معنای آن ها در ارتباط با زمان و بستر دچار تغییر می شود(۳۶،۳۷) و از آن جایی که همکاری موثر وابسته به زمینه است(۳۸)، لازم است مفهوم همکاری با رویکرد هیبرید و در بستر سیستم مراقبت سلامت ایران، تحلیل شود. با عنایت به این که شفاف سازی ابعاد و خصوصیات مفهوم، در درک بهتر مفهوم برای استفاده در تحقیق و عمل و تعیین معیارها و استاندارد سازی ابزارهای سنجش همکاری و ارزیابی آن کمک کننده خواهد بود، پژوهشگران بر آن شدند تا در این مقاله با هدف تحلیل مفهوم، تعریف عملیاتی و ارجاعات تجربی به این امر مبادرت ورزند.

مواد و روش ها

در مطالعه حاضر برای تحلیل مفهوم همکاری از الگوی هیبرید استفاده شده است. این الگو از سه مرحله نظری مروری بر مطالعات، کار در عرصه و تحلیل نهایی تشکیل شده است. هدف اصلی مرحله نظری، ایجاد و تکامل بستری مناسب جهت تحلیل عمقی و تعریف مجدد مفهوم در مراحل بعد می باشد. در پایان این مرحله محقق، تعریف عملیاتی را برای مرحله کار در عرصه مشخص می نماید. اهداف مرحله کار در عرصه تقویت و پالایش مفهوم شکل گرفته در مرحله اول، از طریق توسعه و تلفیق آنالیز انجام شده در مرحله اول با مشاهدات تجربی موجود است و از نظر زمانی با مرحله اول هم پوشانی دارد و روی جزء تجربی فرآیند تاکید دارد. در این مرحله به منظور تحلیل کامل تر مفهوم مورد نظر از روش جمع آوری کیفی داده ها استفاده می شود. مرحله سوم شامل ترکیب کردن تحلیل نظری همراه با بینش و بصیرت های کسب شده از مشاهدات تجربی و گزارش یافته ها می باشد(۳۶،۳۷).

در مرحله مروری بر ادبیات، کلیه پایگاه های الکترونیک در دسترس مانند PubMed, ProQuest, web of sciences و بانک های اطلاعاتی فارسی از قبیل SID, Medlib, Magiran, Iranmedex با کلید واژه های collaboration, nurse, healthcare, scale در عنوان و چکیده بدون در نظر گرفتن محدودیت زمانی و تا سپتامبر ۲۰۱۳ جستجو شد. در مجموع ۲۷۳ مقاله یافت شد و پس از بررسی آن ها مقالات مرتبط با مفهوم انتخاب شدند و متن کامل مقالات انتخابی محدود به زبان فارسی و انگلیسی بازنگری شدند.

مرحله کار در عرصه با جمع آوری داده های بالینی شروع شد. با توجه به ماهیت مفهوم همکاری و کسب یک دید جامع از مفهوم مورد نظر، مشارکت کنندگان از بین پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی تبریز، تهران و ایلام انتخاب شدند. ۱۸ مشارکت کننده شامل یک مدیر خدمات پرستاری، یک سوپروایزر تریاژ، دو نفر سرپرستار، سه نفر بهیار، و یازده نفر پرستار طرحی و رسمی شاغل در بخش های اورژانس، داخلی، جراحی، همودیالیز، post CCU و ICU (ریه، جنرال و جراحی) بودند. از این تعداد مشارکت کننده، ۴ نفر مذکر و ۱۴ نفر مونث با میانگین سنی ۲۸سال(از ۲۴ تا ۴۴ سال)، ۱۳ نفر متاهل و ۵ نفر مجرد بوده، ۴ نفر دارای مدرک دیپلم بهیاری و ۱۴ نفر دارای لیسانس پرستاری بودند و حداقل یک سال سابقه خدمت داشتند.

در این مطالعه از نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده گردید. بعد از کسب رضایت آگاهانه، داده ها از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

طریق مصاحبه های عمیق بدون ساختار با مشارکت کنندگان کسب شد. متن مصاحبه ها به صورت دیجیتال ضبط و در همان روز کلمه به کلمه تایپ و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد. مصاحبه با هر مشارکت کننده در ۲-۱ جلسه و در یک اتاق خصوصی در محل کار مراقبین سلامت انجام شد. هر یک از مصاحبه ها بین ۹۰-۳۰ دقیقه طول کشید. جمع آوری داده ها طی ماه های اردیبهشت تا دی ۱۳۹۲ انجام شد و تحلیل نهایی آن ها به روش آنالیز محتوی استقرایی هم زمان با جمع آوری داده ها انجام شد. در این روش از به کار گیری طبقات از قبل تعیین شده خودداری می شود و اجازه داده می شود که طبقات و نام آن ها از درون داده ها استخراج گردد. ابتدا تحلیل داده ها با خواندن مکرر متن برای غوطه ور شدن در آن ها و یافتن یک حس کلی آغاز می شود، سپس متون کلمه به کلمه خوانده می شود تا کدها استخراج گردد، پس از آن کدها به داخل طبقات دسته بندی شده و نحوه ارتباطات بین آن ها تعیین می شود(۳۹). نمونه گیری تا رسیدن به اشباع(تکرار داده ها و مشخص شدن خصوصیات و ویژگی ها مفهوم)(۴۰) ادامه داشت. در مرحله تحلیل نهایی نیز تحلیل کلی از ترکیب دو مرحله قبل انجام شد.

در طول مصاحبه روش های خاصی برای اطمینان از صحت، روایی و پایایی مطالعه، مورد استفاده قرار گرفت. درگیری طولانی مدت محقق، ارتباط محقق با محل های تحقیق، مسئولین مربوطه و مشارکت کنندگان از یک سو به جلب اعتماد مشارکت کنندگان کمک و از سوی دیگر به درک محیط مطالعه توسط محقق کمک کرد. از بازنگری مشارکت کنندگان برای تایید صحت داده ها و کدهای استخراج شده، استفاده شد. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محقق توسط دو نفر از محققین پرستاری مورد بررسی قرار گرفت و توافق در میان نتایج استخراج گردیده، وجود داشت. هم چنین محقق یافته ها را با برخی از پرستارانی که در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذاشت و آن ها نتایج یافته ها را مورد تایید قرار دادند.

مصاحبه ها با تنظیم برنامه زمانی مشارکت کنندگان انجام شد. در طی تحقیق، رازداری و آزادی شرکت کنندگان برای شرکت در تحقیق و خروج از آن در هر مرحله، محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت کنندگان و حفاظت از داده ها و فایل های صوتی در مکانی امن توسط پژوهشگر رعایت شد. ضمن این که مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز(شماره ۹۱۱۹۱) مورد تایید قرار گرفت.

یافته های پژوهش

مرور متون نشان داد که همکاری یک مفهوم پیچیده و چند بعدی است که با روش های مختلفی تعریف شده است(۴۱). واژه collaboration از کلمات لاتین col به معنای با هم بودن و laborate به معنای کار مشتق شده است(۴۲). از نظر لغوی و طبق فرهنگ لغت oxford به معنای«کار کردن با فردی دیگر برای تولید چیزی است»(۴۳) و در فرهنگ Webster به عنوان«کار اشتراکی با دیگران یا با هم مخصوصاً در یک تلاش فکری»(۴۴) تعریف شده است. از نظر مفهومی توسط بسیاری از محققین و به روش های مختلفی تعریف شده است. برخی معتقدند که همکاری باید به صورت ذاتی درک شود و تعریف ندارد(۱۷،۲۲)، برخی نیز آن را به عنوان یک پیامد تعریف نموده اند(۴۵) که حاصل سنتز دیدگاه های مختلفی است(۳۲) و در مطالعات متعددی به عنوان یک فرآیند تعریف شده است(۴۶)، فرآیند یا فرآیندهای ویژه ای که در طی تعاملات رخ می دهد، عده ای نیز بر همکاری به عنوان یک ساختار تمرکز کرده اند و عده ای در واضح کردن این که آیا آن یک فرآیند است یا یک ساختار ناموفق بوده اند(۳۲).

هر چند متون نشان می دهند که یک تعریف عمومی واضح و پذیرفته شده از همکاری وجود ندارد(۴۷) و به عنوان یک مفهوم، به خاطر استفاده رایج و بیش از حد، پیچیدگی تعریفی خودش را از دست داده است و این امر باعث درک نادرست و متفاوت در میان متولیان مراقبت های بهداشتی و شاغلان پزشکی شده است(۴۸) ولی بررسی مطالعات متعدد دلالت بر توصیف آن به عنوان یک فرآیند دارند. فرآیندی پویا و انعطاف

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

پذیر که در برگیرنده حرفه های مراقبتی متعدد برای کار کردن با هم برای تولید یک پیامد کیفی است(۳۱).

از خصوصیات این مفهوم می توان به مواردی چون تلاش و فعالیت عملی و ذهنی، به اشتراک گذاشتن دانش و تخصص که مهم تر از نقش و عنوان است، فعالیت مشترک، کار تیمی، شرکت در برنامه ریزی و تصمیم گیری تیمی بدون سلسله مراتب، ارتباط توسعه یافته و غیر سلسله مراتبی، رضایت مندی برای کار کردن با هم در جهت یک هدف مشترک، حمایت و تکمیل تلاش های یکدیگر، تقبل کردن نقش های تکمیلی و تشریک مساعی در کار کردن با هم، درک نقش های همکاران، احترام و اعتماد به همکاران اشاره نمود(۲۲-۱۲،۲۰).

به علاوه همکاری مفهومی است که با متغیرهای متعددی همانند کار تیمی، هماهنگی، تشریک مساعی و مشارکت هم پوشانی دارد(۲۶) و انسجامی است که از طریق آرایش های متقابل و داوطلبانه قابل دستیابی است و رایج ترین نوع انسجام در حوزه بهداشت و سلامت می باشد(۴۹) و توجه به آن برای ارائه مراقبت هر چه بهتر و ایجاد محیط همکارانه لازم و ضروری است. بر اساس مرور متون، تعریف عملیاتی زیر مطرح شد:

فرآیندی پویا، تعاملی و متقابل بین اعضای تیم(ها) برای دستیابی به هدف(اهداف) مشترک مبتنی بر ارتباط، اعتماد، احترام به ارزش ها، تعهد، مسئولیت پذیری، درک نقش هم، تبادل اطلاعات، برابری قدرت، تصمیم گیری تیمی، تلاش و تشریک مساعی فکری و عملی بر اساس دانش تخصصی و تجربه و حل مشکلات. تعریف مفهوم همکاری و خصوصیات آن در مرحله نظری، بارها در مرحله کار در عرصه مشاهده و تایید شدند. طبقات به دست آمده شامل: ۱)پیش نیازهای همکاری، ۲)اجرایی نمودن همکاری و ۳) دستیابی به هدف مشترک بود.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه بر اساس مرور متون در مرحله نظری، تعریف مفهوم همکاری و خصوصیات آن مشخص شد. هم چنین در مرحله کار در عرصه مشخص شد که این مفهوم و خصوصیات آن چگونه در موقعیت های واقعی زندگی اتفاق می افتند و مشاهده می شوند.

در مرحله در عرصه مشخص شد که مشارکت کنندگان همکاری را موضوعی مهم و تاثیرگذار بر نحوه کار خود تشخیص داده که نتایج مثبتی همانند ارائه یک مراقبت ایمن همراه با کاهش خطا و رضایت مندی دو سویه پرسنل و مددجویان را به دنبال دارد. آن ها در تعریف خود از مفهوم، خصوصیات کار کردن با هم، کار کردن به جای هم، کمک به هم، انجام کار به نحو احسن، مشارکت فکری و عملی، کمک داوطلبانه، داد و ستد در کار و رضایت مندی برای رسیدن به یک هدف مشترک اشاره کرده اند. در مطالعات انجام شده، در تعریف همکاری به موارد مشابهی اشاره نموده اند، به طوری که در مطالعه کیفی انجام شده توسط Moore & Prentice در مورد چگونگی همکاری بین پرستاران RN and NP «با هم بودن» به صورت «گذراندن وقت با هم در داخل و خارج از کلینیک و تعامل رو در رو با هم» یکی از تم های به دست آمده بود که باعث تسریع در همکاری می شود(۵۰). با هم بودن در محدوده وسیعی از تخصص ها، فرصت هایی برای ارائه خدمات بهتر ایجاد می کند که تکمیل کننده مزایایی برای مددجویان می باشد(۵۱). در حالی که «فقدان درک از مفهوم همکاری» یکی از تم های حاصل از مطالعه Daniels&Khanyile بود که محققین از آن به عنوان یکی از چالش های موجود در اجرای فرآیند توسط مشارکت کنندگان یاد کرده اند(۳۲).

ویژگی دیگری که مشارکت کنندگان به آن اشاره نموده اند درک کردن هم و بیمار می باشد. حرفه های نظام سلامت که نقش های یکدیگر را درک کرده و می توانند به طور اثربخشی با هم کار کنند، مراقبت با کیفیت بالاتری را ارائه می کنند(۵۲). درک نقش های همکاران یک گام حیاتی در مشارکت همکارانه است، که نیازمند گذراندن زمان کافی برای آگاهی و شناخت اعضای تیم از مهارت ها، نیازها و مسئولیت های بی نظیر هم می باشد(۵۳). مقوله ای که مشارکت کنندگان به آن اشاره کرده و در برگیرنده آگاهی و شناخت از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

هم، و فعالیت های همکاران در دیگر بخش ها برای کمک به آنان می باشد.

تعهد و مسئولیت پذیری خصوصیت دیگری به دست آمده بود. کار در عرصه نشان می دهد که مشارکت کنندگان به تعهد اخلاقی و کاری به انجام کار که نشان دهنده مسئولیت پذیری فرد است، واقف بوده و آن را به عنوان یک ارزش در نظر می گیرند. در مطالعه Daniels & Khanyile یکی از تم های به دست آمده فقدان تعهد به شروع همکاری بود(۳۲).

رضایت مندی برای تشریک مساعی با دیگران بسیار مهم است که همه اعضای تیم را در بر می گیرد و این چیزی است که مشارکت کنندگان به آن اشاره نموده اند. Hodges و همکاران در این زمینه می گوید، همکاری نیازمند رضایت مندی مشارکت کنندگان برای شناختن و تایید کردن همبستگی هایشان و به اشتراک گذاشتن ریسک ها، منابع، مسئولیت پذیری و پاداش های آن ها است(۵۴).

کار تیمی به عنوان عاملی برای به حداکثر رساندن اثربخشی بالینی شناخته شده است و وابسته به همکاری های بین دیسیپلینی بین حرفه های مرتبط می باشد(۵۵). مقوله ای که مشارکت کنندگان به وضوح به آن اشاره نموده اند و خود را عضوی از تیم دانسته اند. Deming معتقد بود که کار تیمی مختص یک سیستم است که همه کارکنان آن در جهت دستیابی به یک هدف مشترک کار می کنند(۲۸). علی رغم این که همکاری بین دیسیپلینی نیازمند کار تیمی است ولی Henneman به این حقیقت اشاره کرده است که همکاری اغلب در زمینه تیم مفقود شده است(۳۱).

در بسیاری از مطالعات به مقوله ارتباط به عنوان یکی از خصوصیات همکاری اشاره شده است(۳۱) و همکاری نیازمند ارتباطات توسعه یافته به منظور دستیابی به اهدافی است که به تنهایی به دست نمی آیند(۵۴). سیستم نظام سلامت نیز نیازمند پرستارانی است که قادر به برقرار کردن ارتباط موفق با اعضای تیم چند دیسیپلینی، بیماران و خانواده های آن ها می باشد(۵۶). مشارکت کنندگان در این مطالعه نیز به برقراری ارتباط با سایر اعضای تیم از جمله پرستاران و بیماران از بدو ورود به بخش اشاره نمودند. ارتباطی که منجر به گفتگو و تبادل اطلاعات بین اعضای تیم و حل مشکلات می شود. علی رغم پی بردن به اهمیت ارتباطات، خطاهایی که رخ می دهند یا مواردی که فراموش می شوند به خاطر ارتباطات ضعیف است(۵۳). مطالعه sasahara در حوزه «همکاری بین پرستاران» نشان داد ۱۶ درصد پرستاران اظهار کرده بودند که فرصت های کمی برای بحث بین پرستاران وجود دارد، ۱۰ درصد قادر به اشتراک گذاشتن احساساتشان با دیگر پرستاران نبودند، ۷ درصد قادر به ارائه خدمات مراقبتی منظم و منسجم به علت تفاوت در دیدگاه های پرسنل پرستاری نبودند و ۵ درصد گفته بودند که ارتباط ضعیفی بین پرستاران وجود دارد(۵۷).

اعتماد به عنوان عقیده و انتظاری که اعضاء برای انجام یک عمل مطلوب از هم دارند(۵۸)، پایه تشریک مساعی در میان انسان ها و ایجاد سازمان اجتماعی است(۵۳) و مسئله ای است که باید ایجاد شود(۵۹). در این مطالعه به این مقوله بارها اشاره شده است و به صورت اعتماد به کار همکار و به عبارتی صلاحیت علمی و عملی وی برای اطمینان از انجام کاری که به وی سپرده می شود، یاد شده است. آن ها در بیانات خود به مواردی مانند ارتباط، آگاهی و شناخت از هم، دوستی و با هم بودن و گذشت زمان برای کسب اعتماد هم اشاره کرده اند. این نتایج مشابه یافته های حاصل از مطالعه Moore & Prentice می باشد، که یکی از تم های آن ها زمان با هم بودن و اعتماد و احترام حاصل از آن می باشد(۵۰).

احترام و ارزش گذاری متقابل به هم نیز مهم است و این خصوصیتی است که مورد توجه مشارکت کنندگان بوده است. نتایج مطالعات نشان می دهند که سلسله مراتب حرفه ای ایجاد شده در سیستم های نظام سلامت منجر به فقدان احترام و اعتماد متقابل برای هم شده است(۶۰). این در حالی است که رفتار و سلوک حرفه ای ما باید در برگیرنده احترام قابل مشاهده باشد. ما می توانیم همکاری، گفتگوهای مناسب و احترام متقابل را به نمایش بگذاریم،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

رفتارهایی که نشان دهنده کار تیمی ما هستند(۱۵). احترام و اعتماد برای تصمیم گیری و مهارت های دیگران در تیم نیازمند درک کامل از دیدگاه های حرفه ای مختلف درگیر در تیم است(۶۱).

اولویت بندی در انجام کار مقوله ای است که در عرصه مطالعه بارها به آن اشاره شده است. در بیانات مشارکت کنندگان اولویت بندی در انجام کارها به دو صورت دیده می شود. برخی اولویت را به کار خود داده، یعنی کاری که بر اساس تقسیم کار به آن ها سپرده شده است و سپس کمک کردن به همکاران بر اساس نیاز آن ها همانند مواقعی که فرد همکار در انجام کارش به دلایلی مانند ناتوانی در انجام کار سپرده شده، زیاد بودن تعداد بیماران، خستگی یا بیماری همکار و برخی دیگر اولویت را به کار همکار داده اند همانند زمانی که شرایط بخش بحرانی است. مطالعه Sicotte و همکاران نشان داد درجه همکاری بین دیسیپلینی ارتباط نزدیکی با نوع مددجویی داشت که خدمات دریافت می کرد، به گونه ای که همکاری در میان افرادی که با بیماران با نیازهای پیچیده مراقبت می کردند، بیشتر بود(۶۲). اولویت بندی در کارها در متون تحت عنوان جرات و تشریک مساعی قید شده است. Heatley & Kruske اظهار داشتند که همکاری در بر گیرنده یک تلاش ترکیبی از جرأت و تشریک مساعی است. جرأت به معنی برآورده کردن نیازهای خود در یک گروه بوده بدون این که نیازهای دیگران را مقدم بدانیم، در حالی که تشریک مساعی به معنای برآورده کردن نیازهای دیگران است(۳۱).

تصمیم گیری موثر در یک محیط بالینی سالم به مهارت در ارتباطات وابسته است. پرستاران بایستی در ارتباط با بیماران، پزشکان، سایر فراهم کنندگان مراقبت و یکدیگر به مذاکره بپردازند(۲۸). چیزی که در تیم های بین حرفه ای وجود دارد، تاکید بر تصمیم گیری های مشترک و فرآیندهای بین گروهی است(۶۳). این بهترین دیدگاه مراقبتی است که حرفه ها را قادر می کند درباره موضوعات به صورت باز با هم بحث کنند(۶۴). در بیانات مشارکت کنندگان ما، تصمیم گیری مشترک بین پرستاران یک بخش برای ارائه مراقبت بهتر از بیمار دیده می شود ولی در رابطه با پزشکان به عنوان گروهی که بیشترین ارتباط را با پرستاران در بالین دارند، اشتراکی در تصمیم گیری دیده نمی شود. نتایج تحقیقات نیز نشان داده است که پرستاران و پزشکان مقیم در واحدهای مراقبت از بیمار بدون تناقض با هم ارتباط برقرار نمی کنند و به طور مکرر درباره برنامه مراقبتی بیمارانشان با هم توافق ندارند(۶۵). شاید اولویت های مراقبت از بیمار بین اعضای تیم نظام سلامت متفاوت هستند(۶۲) و شاید بیشترین اختلاف بین پزشکان و پرستاران در رابطه با نقش ها و مسئولیت پذیری در مورد بیماران و در نتیجه تفاوت در اهداف مراقبتی از بیمار می باشد(۶۷) ولی یک مانع رایج و شایع در همکاری و ارتباطات موثر، سلسله مراتب می باشد و در محیط های مراقبت های بهداشتی که به وسیله فرهنگ سلسله مراتبی مشخص و شناخته می شوند، پزشکان در رأس این سلسله قرار گرفته اند(۶۶). در حالی که هدف واقعی از یک عملکرد همکارانه، ارائه مراقبت جامع در هر محیط است که نیازهای مراقبتی جمعیت خاص را برآورده کنند که از طریق به کارگیری موثر و کامل دانش و مهارت های فراهم کنندگان مراقبت در گیر در کار تیمی به دست می آید(۶۸).

در مرور متون به طور وسیعی، از همکاری به معنای انجام کار با دیگران برای دستیابی به یک هدف مشترک یاد شده است(۲۸،۳۱) و مشخص شده است که برای کار کردن با هم و عضویت در مشارکت، شرکاء بایستی موافق داشتن اهداف مشترک باشند(۵۹). در عرصه نیز مشخص گردید که تلاش مشارکت کنندگان، همگی در جهت هدفی مشترک می باشد و آن انجام صحیح کار بیمار است، موضوعی که مشارکت کنندگان به آن به عنوان اولویت دادن به بیمار در انجام کار با هم اشاره کرده اند. مطالعه Heatley & Kruske در مورد حرفه های مراقبت مادران، دستیابی به پیامد سلامتی برای مادران و کودکان به عنوان هدف مشترک آنان ذکر شده است(۵۸). هر چند که تمرکز کردن به یک هدف مشترک بخشی از یک رویکرد همکارانه است(۴۸) که باعث ارتقاء استفاده از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

پیش زمینه های مختلف می شود(۲۰) ولی چیزی که در عرصه این مطالعه مشاهده می شود، هدف مشترکی است که بین پرستاران یک بخش مشاهده می شود نه دیسیپلین های مختلف از جمله پزشکان. هم چنین مشارکت کنندگان بیمار را عضوی از تیم در نظر گرفته اند. اما نکته جالب در متون این است که به استفاده کنندگان از همکاری توجه کمی شده است(۳۰) در هیچ کدام از متون تلاش جدی در مورد این که چگونه بیماران در تیم مراقبتی ادغام می شوند وجود ندارد، علی رغم این حقیقت که بیماران به عنوان نقطه نهایی، فراهم کردن مراقبت همکارانه می باشد(۲۰)، درگیری حداکثر مددجویان و خانواده آن ها یکی از اجزای کلیدی همکاری بین دیسیپلینی است و مراقبت مبتنی بر بیمار اساس و پایه مراقبت بین دیسیپلینی است، به گونه ای که وزارت بهداشت کانادا، فعالیت همکارانه را به صورت مبتنی بر بیمار توصیف کرده است(۳۴).

کاملاً واضح است که همکاری یک استراتژی کلیدی برای ارائه مراقبت بهتر در سیستم های درمانی است. بنا بر این درک مفهوم و خصوصیات آن اولین گام حیاتی در دستیابی به این هدف است. این مطالعه به کسب یک ادراک روشن از مفهوم همکاری از طریق تعریف مفهوم و خصوصیات آن بر اساس داده های موجود در متون و مهم تر از آن داده های برخاسته از بیانات مشارکت کنندگان در یک محیط واقعی کمک کننده خواهد بود، بدیهی است واضح سازی مفهوم در استفاده صحیح از آن توسط افراد ذی نفع از جمله مدرسین و محققین، هم چنین توسعه تئوری ها و ابزارهای اندازه گیری همکاری موثر و مفید خواهد بود.

سپاسگزاری

از کلیه مشارکت کنندگانی که در تولید اطلاعات این پژوهش همکاری داشته اند، تشکر و قدردانی می گردد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

References

1. Justin W, Laurinda M, Andrew V, Saul WN, Sherri OS. Perceptions of medical errors in cancer care an analysis of how the news media describe sentinel events. J Patient Saf 2015;11:42-51.

2.Zwarenstein MGJ, Reeves S. Inter professional collaboration effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009;3: 27-31.

3.Rosenstein AH. Nurse-physician relationships impact on nurse satisfaction and retention. AJN 2002; 102:26-34.

4.Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. [The viewpoint of nurses about professional relationship between nurses and physicians faculty of nursing and midwifery]. J Gorgan Boyeh 2010;7:63-72.(Persian)

5.Ahmadi SAA, Mobaraki H, AliAsgarneghad M. [Factors influencing the turnover intention of nurses]. J Kurdistan Uni Med Sci 2012;17:99-108. (Persian)

6.Larrabee JH, Lynneostrow C, Lynnewithrow M, Janney MA, Hobbs GR, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. Res Nurs Health 2004;27:254-68.

7.Sheikhi MR, Javadi A. [Patients satisfaction of medical services in Qazvin educational hospitals]. J Qazvin Uni Med Sci2004; 29:62-6. (Persian)

8. Dabirian A, Zolfaghari H, Abedsaidi J, Alavimajd H. [Views of AIDS patients regarding nursing care quality in healthcare centers affiliated to Shaheed Beheshti and Tehran Universities of medical sciences]. Shaheed Beheshti Uni Med Sci2008;18:40-5. (Persian)

9.Zamanzadeh V, Moghadasian S, Valizadeh L, Haghighi Khoshkho N. [The quality of nursing care from nurses and patients viewpoints in the Teaching hospitals of Tabriz University of medical sciences]. Nurs Midwif Tabriz 2004;2:4-12.(Persian)

10.Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T. [Nurses and patients viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of medical sciences]. Koomesh 2011;12:134-43. (Persian)

11. Mehrabi M. [Sociological study of nurses and physicians inter professional relationship]. Sepid Week 2010;2:13-8.(Persian)

12.Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. Nurs Forum 2010; 45:73-82.

13.Iacono M. Conflict communication, and collaboration: Improving interactions between nurses and physicians. J Perianesth Nurs 2003;18:42-6.

14.Proctor ML, Pastore J, Gerstle JT, Langer JC. Incidence of medical error and adverse outcomes on a pediatric general surgery service. J Pediatr Surg2003; 38:1361-5.

15.Fewsterthuente L, Veslorfriedrich B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. Nurs Admin Q 2008; 32:40-8.

16.Reddy MC, Gorman P, Bardram J. Special issue on supporting collaboration in healthcare settings the role of informatics international. J Med Inform2011; 80:541-3.

17.Rostamnia L, Paryad E, Kazemneghad L, Pasha A. [Survey nurses collaboration in clinical decision making]. Nurs Midwif Holis 2011; 21:13-9. (Persian)

18.Coleman P. Opportunities for nursing-dental collaboration a ddressing oral health needs among the elderly. Nurs Outlook 2005;53:33-9.

19.Davenport DL, Henderson WG, Mosca CL, Khuri Sh F, Mentzer RM. Risk adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working condition. J Am Coll Surg 2007; 205: 778-85.

20.Damour D, Ferraravidela M, Sanmartin L, Beaulieu M. The conceptual basis for interpersonal collaboration core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care 2005; 5:116-31.

21. Chung J, Mojon P, Budtzjorgensen E. Dental care of elderly in nursing homes perceptions of manager, nurses, and physicians. Spe Care Dentist2000;20:12-7.

22. Joshipura K. The relationship between oral conditions and ischemic stroke and

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

peripheral vascular disease. J Am Dental Ass 2002;133:235-305.
23.Prospero LD, Bhimjihewitt S. Teaching collaboration a retrospective look at incorporating teamwork into an interprofessional curriculum. J Med Imag Rad Sci2011; 42:118-23.
24.Meuser J, Bean T, Goldman J, Reeves S. Family health teams a new Canadian interprofessional initiative. J Interprof Care 2006;20:436–8.
25.Harris MF, Chan BC, Daniel C, Wan Q, Zwar N, Powelldavies G. Development and early experience from an intervention to facilitate teamwork between general practices and allied health providers the team-link study. BMC Health Serv Res 2010;10:1–22.
26.Bedwell WL, Wildman JL, Diazgranados D, Salazar M, Kramer WS, Salas E. Collaboration at work an integrative multilevel conceptualization. Human Manag Rev 2012;22:128 –45.
27.Yildirim A, Ates M, Akinci F, Ross Th, Selimen D, Issever H, Erdim A, Akgun M. Physician-nurse attitudes towards collaboration in Istanbuls public hospitals. Int J Nurs Stud 2005; 42:429–37.
28.Pfeiffer JA, Wickline MA, Deetz J, Berry ES. Assessing RN-to-RN peer review on clinical units. Nurs Manag2012; 20: 390–400.
29.Mojon P, Bourbeau J. Respiratory infection how important is oral health? Cur Opin Pulm Med 2003;9:166-70.
30.Langton H, Barnes M, Haslehurst S, Rimmer J, Turton P. Collaboration user involvement and education a systematic review of the literature and report of an educational initiative. Eur J Oncol Nurs 2003; 7: 242-52.
31.Heatley M, Kruske S. Defining collaboration in Australian maternity care. Women Birth 2011;24:53-7.
32.Daniels FM, Khanyile TD. A framework for effective collaboration a case study of collaboration in nursing education in the western cape, south Africa. Nurs Edu Today 2012;33: 956–61.
33.Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE, Richeson JF, Johnson JE. The association between multidisciplinary collaboration and patient outcome in a medical intensive care unit. Heart Lung 1992;21:18-24.
34.Kennedy V. The value of registered nurses in collaborative family practice: enhancing primary healthcare in Canada. Nurs Leadersh 2014;27:32-44.
35.Paley J. How not to clarify concepts in nursing. J Adv Nurs1996;24:572-8.
36.Anthony S, Jack S. Qualitative case study methodology in nursing research an integrative review. J Adv Nurs 2009;65:1171-81.
37. Liang SY, Chuang YH, Wu SF. Preliminarily application of content analysis to qualitative nursing data. Hu Li Za Zhi2012;59:84-90.
38. Laal M, Laal M, Kermanshahi Zh. 21st century learning; learning in collaboration. Proce So Behavior Sci2012;47:1696 – 1701.
39. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurs Edu Today2004; 24: 105-12.
40.Brophy S. Making the case for case study research. Nurs N Z 2008;14:20-2.
41.Henneman EA. Collaboration a concept analysis. J Adv Nurs 1995;21:103-9.
42. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, et al. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. BMJ 2009;338:b814
43. Hendel T, Fish M, Berger O. Nurse physician conflict management mode choices: implications for improved collaborative practice. Nurs Adm Q2007;31:244-53.
44.Nelson GA, King ML, Brodine S. Nurse-physician collaboration on medical-surgical units. Medsurg Nurs2008;17:35-40.
45.Boone BN, Gresham LS, Wahl P, Suh E. Conflict management training and nurse-physician collaborative behaviors. J Nurs Staff Dev2008;24:168-75.
46. Sterchi LS. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. AORN2007;86:45-57.
47. Alpert HB, Goldman LD, Kilroy CM, Pike AW. Gryzmish toward an understanding of collaboration. Nurs Clin North America1992; 27: 47-59.
48. Moore J, Prentice D. Oncology nurses experience of collaboration a case study. Eur J Oncol Nurs 2015;19:509-15.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

49. Bensira Z, Szyf M. Status inequality in the social worker-nurse collaboration in hospitals. Soc Sci Med 1992; 34:365-74.
50.Moore J , Prentice D. Collaboration among nurse practitioners and registered nurses in outpatient oncology settings in Canada. J Adv Nurs 2012; 69:1574-83.
51.Badger F, Plumridge G, Hewison A, Shaw KL, Thomas K, Clifford C. An evaluation of the impact of the gold standards framework on collaboration in end-of-life care in nursing homes. Int J Nurs Stud2012;49:586–95.
52.Barnsteiner JH, Disch JM, Hall L, Mayer D, Moore SM. Promoting interprofessional education. Nurs Outlook 2007;55:144–150.
53.Seavey RE. Collaboration between perioperative nurses and sterile processing department personnel. AORN 2010; 91:454-62.
54.Hodges Sh, Hernandez M, Nesman T. A developmental framework for collaboration in child-serving agencies. J Child Fam Stud2003;12:291–305.
55.Chetty V, Maharaj SS. Collaboration between health professionals in the era of antiretroviral therapy. J Assoc Nurses AIDS Care2013;24:166-75.
56.Apker J, Propp KM, Zabava Ford WS, Hofmeister N. Collaboration credibility,compassion, and coordination professional nuese communication skill sets in health care team intractions. J Prof Nurs 2006; 22: 180-9.
57.Sasahara T, Miyashita M, Kawa M, Kazuma K. Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. Palliat Med2003;17:520-6.
58.Das TK, Teng BS. Between trust and control developing confidence in partner cooperation in alliances. Acad Manag Rev1998; 23:491–512.
59. Horwath J, Morrison T. Collaboration integration and change in childrens services critical issues and key ingredients. Child Abu Neg2007;31:55–69.
60.Peterson WE, Medves JM, Davies BL, Graham ID. Multidisciplinary collaborative maternity care in Canada easier said than done. J Obstet Gynaecol Can2007;29:880-6.
61. Birmingham J. The science of collaboration. Case Manag2002;13:67-71.
62.Sicotte C, Damour D, Moreault MP. Interdisciplinary collaboration within quebec community health care centres. Soc Sci Med2002;55:991-1003.
63.Sheehan D, Robertson L, Ormond T. Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. J Interprof Care 2007;21:17-30.
64.Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. J Midwifery Womens Health 2010; 55:250-4.
65.Evanoff B, Potter P, Wolf L, Grayson D, Dunagan C, Boxerman S. Can we talk? Priorities for patient care differed among health care providers. Adv Patient Safety 2005;1:1-13.
66.Frenkel H, Harvey I, Needs K. Oral health care education and its effect on caregivers knowledge and attitudes a randomized controlled study. Commun Dentist Oral Epidemiol 2002;30:91-100.
67.Grap M, Munro C, Ashtiani B, Bryant S. Oral care interventions in critical care frequency and documentation. Am J Crit Care 2003;12:113-9
68.Resnick B, Bonner A. Collaboration foundation for a successful practice. JAMDA 2003;344-349.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

Analysis and Clarify of Collaboration Concept by Using Three Stage Hybrid Model

Shohani M[1], Zamanzadeh V[2], Irajpour A[3], Valizadeh L[4]*

(Received: November 18, 2014 Accepted: December 3, 2014)

Abstract

Introduction: Collaboration because of the effects on the function of healthcare team is considered in many countries. Complexity, ambiguity and multi-dimensional of concept have been obstacle the proper use of it. Clarity of dimensions and characteristics of the concept is the purpose of this study.

Materials & methods: In this study the concept of collaboration was analyzed based on three phases of a hybrid concept analysis, theoretical, fieldwork, and final analysis. In the theoretical phase, full texts of 273 articles in the databases were evaluated with no time limit to September 2013. 18 participants nurse were elicited in the fieldwork phase via unstructured interviews. Interviews were tape recorded and transcribed verbatim then qualitative content analysis was used to analyze fieldwork phase data. In the final step of combining the two previous stages, the overall analysis was performed.

Findings: Based on review of literature, collaboration was defined. In field work stage extracted categories based on participants experiences included 1) prerequisites of collaboration; 2) actualizing of collaboration; and 3) achieving a common goal. In the final stage the hybrid model was presented with integration of previous stages.

Discussion & Conclusion: The results of this study will help clarify the concept of collaboration in the healthcare system. This clarification can lead to offering comprehensive view and better understanding for use in the research and practice.
0

Keywords: Collaboration, Concept analysis, Hybrid model

1. Dept of Nursing , Faculty of Allied Medical Science, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2. Dept of Surgical, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. Dept of Social and Health Research Centre, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Dept of Pediatrics, Faculty of Nursing and Midwifery , Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
**Corresponding author Email:shohani-m@medilam.ac.ir*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]