

Research Paper:

Exploration of the Operating Room Personnel From Components and Examples of Interprofessional Collaboration: A Phenomenological Study

Mitra Amini¹ , Hoda Ahmari Tehran¹ , *Soleiman Ahmady² 

1. Department of Medical Education, School of Medical, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

2. Department of Medical Education, School of Medical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Amini M, Ahmari Tehran H, Ahmady S. Exploration of the Operating Room Personnel From Components and Examples of Interprofessional Collaboration: A Phenomenological Study. Qom University of Medical Sciences Journal. 2021; 15(5):342-351. <https://doi.org/10.32598/qums.15.5.2248>

 <https://doi.org/10.32598/qums.15.5.2248>



Received: 12 Jan 2021

Accepted: 31 Jul 2021

Available Online: 01 Aug 2021

ABSTRACT

Background and Objectives Inter-professional collaboration is one of the most important components of patient safety. Understanding the components of interprofessional collaboration is essential. So far, few studies have been conducted on interprofessional cooperation in the operating room, worldwide and in Iran. The aim of this study was to explain the experiences of operating room staff from the components and examples of interprofessional collaboration using the phenomenological approach by Colaizzi method (1978). The aim of this study was to explain the experiences of operating room staff from the components and examples of interprofessional collaboration using the phenomenological approach by Colaizzi method (1978). The aim of this study was to explain the experiences of operating room staff from the components and examples of interprofessional collaboration using the phenomenological approach Colaizzi method (1978).

Methods 12 employees working in different professions in the operating room of Qom hospitals were included. The study was conducted in a qualitative phenomenological manner with the Colaizzi method and structured goal-based interviews.

Results From the analysis of the obtained data, 6 Emergent Themes and 20 Theme Clusters were obtained as follows: "Organization" (goal setting and shared resources), "Professional Identity" (commitment, mutual respect, synergy and clear role), "Communication" (Collaboration, Trust, Information Sharing, and Conflict Management "Team Characteristics (Flexibility, Experience, Participation, Teamwork, and responsibility, accountability)", Leadership and Management (Operating Room Leadership, Hierarchy Structure, Climate, Working Conditions, and Capacity) "Coordination" (planning)

Conclusion Staff training and explaining the experience of other operating room staff about the components of Inter-professional collaboration, could be considered as one of the main steps to achieve inter-Inter-professional collaboration and patient safety. The results of this study can be helpful education officials in improving and improving the quality of joint inter-professional training programs.

Keywords:

Interprofessional relations, Operating Rooms, Phenomenology

*** Corresponding Author:**

Soleiman Ahmady

Address: Department of Medical Education, School of Medical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 26210093

E-Mail: soleiman.ahmady@gmail.com

مقاله پژوهشی:

تبیین تجارب زیسته کارکنان اتاق عمل از مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای

میترا امینی^۱، هدی احمدی طهران^۱، سلیمان احمدی^۲

۱. گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۲. گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۳ دی ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۰۹ مرداد ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ مرداد ۱۴۰۰

زمینه و هدف: همکاری بین حرفه‌ای به عنوان یکی از اجزای مهم تأمین ایمنی بیمار شناخته شده است. با توجه به ضرورت شناخت مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای، برای ایجاد همکاری بین حرفه‌ای، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب زیسته کارکنان اتاق عمل از مؤلفه‌های همکاری‌های بین حرفه‌ای انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع کیفی پدیدارشناسی به شیوه کلاسی است. جامعه هدف شامل: دوازده نفر از کارکنان حرف مختلف شاغل در اتاق عمل بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع تا رسیدن به اغنا انتخاب شدند. سپس داده‌ها با استفاده از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد و با استفاده از شیوه گوبا و لینکن کدگذاری و تحلیل شدند. فرایند کدگذاری در قالب کدهای اولیه، مفاهیم و مقوله‌ها مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل گویه‌ها منجر به استخراج ۶ درون‌مایه اصلی و ۲۰ درون‌مایه فرعی شد که شامل این موارد است: «سازمان‌دهی» (هدف‌گذاری و منابع مشترک)، «هویت حرفه‌ای» (تعهد، احترام متقابل، هم‌افزایی و نقش و مسئولیت‌ها)، «ارتباطات» (همکاری، اعتماد، اشتراک‌گذاری اطلاعات و مدیریت تعارض «ویژگی تیم» (انعطاف‌پذیری، تجربه، مشارکت‌جویی و عملکرد تیمی و حرفه‌ای‌گری)، «رهبری و مدیریت» (رهبری در اتاق عمل، ساختار سلسله‌مراتب، جو و شرایط کاری و ظرفیت‌سازی)، «هماهنگی» (برنامه‌ریزی) به دست آمد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، مرور مقوله‌ها و مفاهیم به دست آمده از این پژوهش و جمع‌بندی آن‌ها به خوبی می‌تواند منجر به شکل‌گیری همکاری بین حرفه‌ای مؤثر شود. بنابراین با آموزش همکاری بین حرفه‌ای کارکنان با تأکید بر این مؤلفه‌ها می‌توانیم گام‌های مؤثری در ارائه خدمات سلامت برداریم. ضرورت ایجاد می‌کند آموزش‌های بین حرفه‌ای در رأس برنامه‌های آینده نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور قرار داده شود.

کلیدواژه‌ها:

ارتباط بین حرفه‌ای، اتاق عمل، فنونولوژی

مقدمه

همکاری شایسته کار تیمی، لازم است عواملی مانند ارتباطات، آگاهی موقعیتی، رهبری، وضوح نقش و آموزش که باعث تغییر نگرش و بهبود نگرش به همکاری می‌شود اصلاح شود. یعنی با افزایش درک مشترک و یا کاهش اختلاف نظر در ادراکات افراد می‌توان همکاری بیشتر ایجاد کرد [۲].

درحقیقت می‌توان گفت ماهیت مراقبت از بیمار، به تیمی بودن آن است. همچنان که در متون به اهمیت کار تیمی به عنوان یکی از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌ها در پیامدهای مثبت و هزینه اثر بخش در محیط‌های سازمانی مختلف و نیز در تعامل افراد با هم در محیط‌های پرخطر، اشاره شده است [۳، ۴].

یکی از بخش‌های مهم درمان در بیمارستان اتاق عمل است.

امروزه از همکاری‌های بین حرفه‌ای^۱ به عنوان یکی از اجزای مهم ایمنی بیمار^۲ نام می‌برند. به گونه‌ای که همکاری بین حرفه‌ای به عنوان یک جزء مهم در ارائه مراقبت‌های بهداشتی بسیاری از کشورها شناخته شده است [۱]. همکاری بین حرفه‌ای هنگامی رخ می‌دهد که شاغلین دو یا چند حرفه با یکدیگر، از یکدیگر و درباره یکدیگر یاد می‌گیرند تا با افزایش همکاری^۳، کیفیت ارائه خدمات را بهبود ببخشند. برای بهبود عملکرد و ایمنی بیمار،

1. Inter Professional Collaboration
2. Patient safety
3. Collaboration

* نویسنده مسئول:

سلیمان احمدی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه آموزش پزشکی.

تلفن: ۰۲۶۲۱۰۰۹۳ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: soleiman.ahmady@gmail.com

پس از آن نیز تا اطمینان از اشباع داده‌ها و تا شرکت‌کننده ۱۲ مصاحبه‌ها به روش نیمه‌ساختارمند ادامه یافت. شرکت‌کنندگان تحقیق با روش نمونه‌گیری هدفمند با استفاده از متد حداکثر تنوع (سن، سابقه کار و حرفه) انتخاب شدند. به طوری که در این روش محقق در پی افرادی بود که تجربه غنی از موضوع مورد تحقیق داشتند و با علاقه، توان بیان تجارب خود را داشتند. به هر فرد شرکت‌کننده قبل از شروع به مصاحبه، اطمینان داده شد که پاسخ‌های داده‌شده به سؤالات، تنها برای طرح تحقیقاتی به کار رفته می‌شود و نظرات بیان‌شده، کاملاً به صورت محرمانه حفظ می‌شود. پژوهش در یک بازه زمانی یک‌ساله انجام شد.

در این مطالعه، برای تأیید استحکام و دقت تحقیق^۵، مقبولیت^۶، اطمینان‌پذیری^۷ و تأییدپذیری^۸ و قابلیت انتقال^۹ در طول فرایند تحقیق انجام شد [۸]. محقق پیش‌فرض‌های خود را درباره مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای در نظر نگرفت و جهت افزایش اعتبار داده‌ها از درگیری طولانی‌مدت و مشاهده، تلفیق منبع داده، بازنگری ناظر و جست‌وجوی مدارک ردکننده استفاده شده است. برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها ۱۸ ماه وقت صرف جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها شد. اطمینان‌پذیری گویای ثبات و پایایی داده‌هاست. به این منظور از بازنگری خارجی^{۱۰} به شکل استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و مرور دست‌نوشته‌ها توسط شرکت‌کنندگان استفاده شده است. با ارائه گزارشات و دست‌نوشته‌ها و یادداشت‌ها به دو نفر از اساتید آموزش پرستاری و اخذ نتیجه واحد، تأییدپذیری یافته‌ها مشخص شد. قابلیت انتقال تحقیق نیز با فراهم‌سازی توصیف غنی از داده‌ها توصیف شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از هفت گام روش کلاسیک انجام شد. مراحل هفت‌گانه تجزیه و تحلیل به روش کلاسیک عبارت‌اند از: ۱. مرور و آشنایی با داده‌ها، ۲. استخراج بیانات مهم؛ ۳. دریافت معنی از بیانات مشارکت‌کننده‌ها؛ ۴. گروه‌بندی و سازمان‌دهی معانی به دست‌آمده به صورت خوشه‌هایی از مضامین؛ ۵. ارائه یک توصیف جامع و کامل؛ ۶. شناسایی یک ساختار اصلی برای توصیف ارائه‌شده؛ ۷. بازنگری اعضا [۹]. تجزیه و تحلیل توصیفات به صورت دستی و به کمک اساتید متخصص انجام شد. واحد تحلیل در این مطالعه مصاحبه‌ها هستند که بعد از مصاحبه اول تایپ شدند^{۱۱} و بارها مورد بررسی قرار گرفتند و عبارات با معنی مشخص شد^{۱۲}. به این ترتیب واحدهای معنی به صورت جملات یا پاراگراف از بیانات و متون مصاحبه

تیم‌های اتاق عمل از جراحان، متخصصین بیهوشی و کارشناسان (پرستار، هوشبری و اتاق عمل) تشکیل شده است. می‌توان ابراز داشت که همکاری بین حرفه‌ای می‌تواند با کاهش خطاهای پزشکی هزینه‌های انسانی و مالی را کاهش دهد. به همین علت در چک‌لیست جراحی ایمن سازمان بهداشت جهانی برای هر عمل جراحی بر همکاری بین حرفه‌ای مؤثر تأکید شده است [۵].

همکاری‌های بین حرفه‌ای موجب بهبود کیفیت کار تیمی، کاهش عوارض و مرگ‌ومیر ناشی از خطاهای حین جراحی می‌شود.

به این ترتیب شکل‌گیری و ارتقای همکاری بین حرفه‌ای در تیم جراحی کمک می‌کند تا برنامه‌ریزی مناسب‌تری برای مقابله با مشکلات و خطاهای در اتاق عمل داشته باشیم.

همکاری بین حرفه‌ای راهکار حیاتی و ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در مقابله با چالش‌های موجود نظام سلامت و ارتقای امنیت و کیفیت در خدمات مراقبت سلامتی است [۶]. محققین کیفی از طریق استفاده از راه‌های مختلف شناخت درگیر کشف جنبه‌های مختلف پدیده مورد نظر می‌شوند. درگیری^۴ با دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان ویژگی اصلی تحقیقات کیفی است. از سوی دیگر، در مطالعات داخلی و خارجی، مؤلفه‌ها و مصادیق همکاری‌های بین حرفه‌ای مورد بررسی قرار نگرفته است، بنابراین با توجه به ضرورت وجود همکاری حرفه‌ای در اتاق عمل، مطالعه کیفی حاضر با هدف تبیین تجارب زیسته کارکنان اتاق عمل از مؤلفه‌ها و مصادیق همکاری‌های بین حرفه‌ای برای دستیابی به مؤلفه‌ها و آموزش همکاری بین حرفه‌ای و ارتقای آن انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر به دلیل ماهیت سؤال پژوهش به روش تحقیق توصیفی کلاسیک [۷] انجام شد. شرکت‌کنندگان در مطالعات پدیدارشناسی توصیفی قادر به ارائه توصیف واضح، صریح و عمیق از تجربه خود از پدیده موردبررسی هستند و ما می‌توانیم از طریق این توصیف به دنیای زندگی افراد دست‌یابی پیدا کنیم [۷]. جامعه هدف این پژوهش را ۱۲ نفر از کارکنان درمان در اتاق عمل که دارای حداقل پنج سال تجربه کار در اتاق عمل بودند تشکیل داد. معیار خروج انصراف شرکت‌کننده بود. روش مصاحبه نیمه‌ساختارمند عمیق و به صورت رودررو و انفرادی در مدت زمان ۳۵ تا ۴۵ دقیقه بود که با سؤال اصلی «چه مؤلفه‌ها و مصادیقی را مؤثر در ایجاد همکاری‌های بین حرفه‌ای می‌دانید و از مؤلفه‌های همکاری‌های بین حرفه‌ای در اتاق عمل چه تجربه‌ای دارید؟» آغاز شد و سؤالات پیگیری با توجه به پاسخ‌های پیشین و به صورت تخصصی‌تر پرسیده شد.

پس از شرکت‌کننده شماره ۷، اطلاعات مرتباً تکرار می‌شد و

5. Rigor
6. Credibility
7. Dependability
8. Confirmability
9. Transferability
10. Member check
11. Transcript
12. Significant Statements

4. Engagement

احترام و ارزش برای همکاران شالوده اصلی کار ما در اتاق عمل است هر کس پازل خودش را می‌ذارد. یکی دیگر از مؤلفه‌هایی که به عنوان عامل تأثیرگذار در شکل‌گیری همکاری بین حرفه‌ای تجربه داشتند مؤلفه «هم‌افزایی» بود. شرکت‌کننده شماره ۸ که یک کارشناس اتاق عمل با سابقه بود می‌گوید: «بدون بیهوشی و یا بدون جراح و یا بدون کارشناسان اتاق عمل کار انجام نمی‌شود. این‌ها در اصل مکمل هم هستند.» یکی دیگر از تجربیات به‌دست‌آمده، مؤلفه یادگیری و درک نقش خود و دیگران است که یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «درست است که خیلی با هم صمیمی هستند، اما همیشه حد و مرزها را رعایت می‌کنند.»

۳. ارتباط: شرکت‌کننده شماره ۳ که یک کارشناس هوشبری است در خصوص وابستگی متقابل بین حرفه‌های مختلف در اتاق عمل در همکاری بین حرفه‌ای تجربه خود را چنین مطرح کرد: «اگر یک بیهوشی خوب به بیمار داده بشود، این همکاری باعث می‌شود جراح هم کارش را بهتر انجام بدهد.» (اشاره به درون‌مایه فرعی همکاری). شرکت‌کننده شماره ۸ که کارشناس اتاق عمل بود، در خصوص اطمینان به توانایی یکدیگر چنین می‌گوید: «مصدق همکاری بین حرفه‌ای را قبول داشتن همدیگر می‌دانم. اینکه به هم اعتماد کنند.» (اشاره به درون‌مایه فرعی اعتماد). یکی از مؤلفه‌هایی که شرکت‌کنندگان به آن به عنوان مؤلفه همکاری بین حرفه‌ای اذعان داشتند تبادل اطلاعات بود. شرکت‌کننده شماره ۹ که یک کارشناس هوشبری بود اذعان داشت: «بر اساس تکنیک تحویل بیمار (SBAR) اتاق عملی‌ها بیمار را از پرستار بخش تحویل می‌گیرند و تمام نکات را موبه‌مو به ما کارشناسان هوشبری می‌گویند و ما هم به متخصص بیهوشی می‌گوییم و بر اساس پرونده بیمار، بیهوشی را برنامه‌ریزی می‌کنیم.» (اشاره به درون‌مایه فرعی اشتراک‌گذاری اطلاعات).

۴. ویژگی تیم: در خصوص مؤلفه توانایی تغییرپذیری شرکت‌کننده شماره ۹ که یک کارشناس هوشبری است بیان کرد: «وقتی بیمار با کاهش حجم و با شوک وارد اتاق عمل می‌شود بچه‌های تیم اتاق عمل کمک می‌کنند باری از روی دوش ما برداشته می‌شود.» (اشاره به درون‌مایه فرعی انعطاف‌پذیری). یکی از مؤلفه‌هایی که به عنوان عامل تأثیرگذار در شکل‌گیری همکاری بین حرفه‌ای به آن اشاره داشتند، تجربه همکاری افراد در تیم بود که در این خصوص شرکت‌کننده شماره ۷ که یک متخصص بیهوشی بود چنین گفت: «توانایی علمی و مهارت‌های کاری فرد و توانایی فردی در انجام کار مهم است. مهارت‌های فردی در همکاری بین حرفه‌ای خیلی تأثیر می‌گذارد.» (اشاره به درون‌مایه فرعی تجربه همکاری). شرکت‌کننده شماره ۱۲ که سرپرستار اتاق عمل بود می‌گوید: «کارکنان قدیمی‌تر خیلی براشون مهم است که کار نهایی درست انجام بشود و خودشان را حتی در قبال کار دیگر افراد مسئول می‌دانند.» (اشاره به درون‌مایه فرعی مشارکت‌جویی). شرکت‌کننده شماره ۶ که یک جراح بود چنین

مشخص و کدهای اولیه از آن استخراج شد.^{۱۳} سپس کدها به شرکت‌کننده بازگردانده شد تا اطمینان حاصل شود که همان احساس شرکت‌کننده دریافت شده است. پس از تأیید شرکت‌کننده اول، به ترتیب مصاحبه‌های بعدی انجام شد و به کمک اساتید متخصص نیز کدها مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. سپس درون‌مایه فرعی^{۱۴} از گروه‌بندی معانی انتزاع شد. جریان تجزیه و تحلیل با اضافه شدن داده‌های حاصل از هر مصاحبه، تکرار و کدها و درون‌مایه اصلی^{۱۵} استخراج شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در مطالعه از حرفه‌های مختلف (دو جراح، یک متخصص بیهوشی و دو کارشناس پرستاری مسئول اتاق عمل، یک پرستار، دو کارشناس اتاق عمل و سه کارشناس هوشبری) با حداکثر تنوع (سن، سابقه کار) در اتاق عمل انتخاب شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در **جدول شماره ۱** ارائه شده است.

به این ترتیب در این پژوهش در ابتدا ۱۷۸ گزاره طی تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها، به ۵۵ کد کاهش یافت و سپس در ادامه روند تجزیه و تحلیل، منتهی به استخراج ۲۰ درون‌مایه فرعی و ۶ درون‌مایه اصلی شد (**جدول شماره ۲**) و از درون‌مایه‌های اصلی، تجارب زیسته کارکنان اتاق عمل از مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای تبیین شد (**جدول شماره ۳**).

مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای به شرح زیر است:

۱. سازمان‌دهی: تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده حاکی از آن بود که اقدامات در اتاق عمل مبتنی بر بیمارمحوری، هدف مشترک، دانش مشترک و منافع مالی انجام می‌شود تا گروه به هدف و منافع مشترک برسد. در تقسیم‌بندی درون‌مایه‌های اصلی، آن‌ها را سازمان‌دهی نامیده‌ایم. کارشناس اتاق عمل (شرکت‌کننده شماره ۸) بیان داشت: «همه برای عمل جراحی می‌دوند و همکاری می‌کنند و در عین اینکه کارشان جدا از هم هستش، هدفشان یکی است و هدف نجات بیمار است.»

۲. هویت حرفه‌ای: در مطالعه حاضر در خصوص درون‌مایه فرعی «تعهد» معتقد بودند که به خاطر تعهدی که دارند در تیم تلاش می‌کنند و همکاری بین حرفه‌ای دارند. در این خصوص شرکت‌کننده شماره ۱۲ اذعان داشت: «حس می‌کنم افراد در اتاق عمل خیلی می‌دوند و زمان برایشان مهم است و می‌خواهند کار انجام بشود. حرکت زیاد و جنب‌وجوش دارند و برای تعهدشان می‌دوند.» در خصوص درون‌مایه فرعی «احترام متقابل» شرکت‌کننده شماره ۵ که یک جراح است، چنین می‌گوید: «

13. Formulated Meanings (Code)
14. Theme Clusters
15. Emergent Them

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

ردیف شغلی	تعداد	سن	جنسیت	سابقه کاری در اتاق عمل	کدگذاری
پزشک جراح	۲	۳۸	زن	۱۲	۶
		۴۲		۱۰	۵
پزشک متخصص بیهوشی	۱	۵۷	مرد	۱۷	۷
سرپرستار	۲	۵۵	مرد	۲۲	۱۲
		۵۰		۳۰	۱۱
کارشناس پرستاری	۱	۴۵	زن	۲۰	۱۰
کارشناس اتاق عمل	۱	۳۲	زن	۱۰	۸
		۵۰	مرد	۲۸	۴
کارشناس هوشبری	۳	۳۲	زن	۹	۲
		۳۴		۱۰	۱
	۱	۳۵	مرد	۱۰	۳

را که ضعیف است باید بقیه اعضای گروه جبران کنند.» (اشاره به درون‌مایه فرعی حرفه‌ای‌گری).

۵. رهبری و مدیریت: در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان به زیردرون‌مایه‌های اصلی رهبری در اتاق عمل، سلسله‌مراتب، جو و شرایط کاری و ظرفیت‌سازی اشاره داشتند. مطالعه حاضر بیان‌کننده حمایت رهبری از عملکردهای همکاری بین حرفه‌ای است. در خصوص رهبری دموکراتیک در اتاق عمل و تصمیم‌گیری مشترک اکثر شرکت‌کنندگان تجربه داشتند. در این خصوص شرکت‌کننده شماره ۶ چنین گفت: «سر عمل وجود یک همکار قوی می‌تواند سرعت عمل به کار من بدهد یا در اوج استرس باشم

گفت: «مطمئناً فرد کمکی باتجربه و توانمند کمک بیشتری می‌دهد. در واقع چشم دوم جراح می‌شود. ممکن است من رگی را نبینم و او می‌تواند جلوی آسیب را بگیرد. وقتی نتواند به من کمک کند، عمل طولانی می‌شود که ریسک عفونت نسوج را بالا می‌برد.» (اشاره به درون‌مایه فرعی عملکرد تیم). شرکت‌کننده شماره ۱۱ که سرپرستار اتاق عمل بود چنین گفت: «ما همه یک مجموعه‌ایم که می‌خواهیم کار صددرصدی انجام بدهیم. این صددرصد خرد می‌شود در کل گروه. حالا یک کسی از این صددرصد ۳۰ درصدش را و یکی ۷۰ درصدش را انجام می‌دهد. من اعتقادم این است که عملکرد گروه مهم است و عملکرد هر فرد

جدول ۲. درون‌مایه اصلی و فرعی

عبارات معنایی	کد	درون‌مایه فرعی	درون‌مایه اصلی
«اگر یک بیهوشی خوب به بیمار داده شود این همکاری باعث می‌شود جراح هم کارش را بهتر انجام بدهد» (شرکت‌کننده شماره ۳)	وابستگی متقابل	همکاری	ارتباط
«مصلحت همکاری بین حرفه‌ای را قبول داشتن همدیگر می‌دانم اینکه، به هم اعتماد کنند.» (شرکت‌کننده شماره ۸)	اطمینان به توانایی یکدیگر	اعتماد	
«بر اساس تکنیک تحویل بیمار (SBAR) اتاق عملی‌ها بیمار را از پرستار بخش تحویل می‌گیرند و تمام نکات را موبه‌موبه به ما کارشناسان هوشبری می‌گویند و ما هم به متخصص بیهوشی می‌گوییم و بر اساس پرونده بیمار، بیهوشی را برنامه‌ریزی می‌کنیم.» (شرکت‌کننده شماره ۹)	تبادل اطلاعات	اشتراک‌گذاری اطلاعات	
«وقتی احساس خطر می‌کنم و احتمال خطا می‌دهم، سخت می‌گیرم و برای خاطر بیمار از موضع قدرت وارد می‌شوم.»	قبول سلسله‌مراتبی	حل تعارض	

حرفه‌ای شود. هم‌راستا با مطالعه حاضر میچل^{۱۷} و همکاران دریافتند که احساس حرفه‌ای بودن باعث می‌شود تا پرستاران، صرف‌نظر از زمان و مکانی که در آن مشغول به فعالیت هستند کار کنند. هم‌راستا مطالعه حاضر بردیج^{۱۸} در مطالعه خود هویت حرفه‌ای، از جمله درک نقش‌های حرفه‌ای را از مؤلفه‌های مهم همکاری بین حرفه‌ای می‌داند [۱۱]. همچنین در مطالعه زمان‌زاده بر اهمیت گرد بودن و شناخت حد و مرزها در نقش‌ها و احترام در همکاری بین حرفه‌ای تأکید شده است [۱۲].

- در مطالعه حاضر مؤلفه ارتباط در همکاری بین حرفه‌ای تجربه شده بود. کران و همکارانش در ارزیابی همکاری بین حرفه‌ای، بر حیطه ارتباطات به عنوان یکی از حیطه‌های اصلی همکاری بین حرفه‌ای تأکید کرده‌اند [۱۳]. به نظر می‌رسد مهارت‌های ارتباطی بین فردی، به واسطه اتکای متقابل افراد بر یکدیگر، بحث و بررسی، تبادل نظر و چاره‌جویی در مورد مسائل مربوط به بیماران توسعه می‌یابد و شرکت‌کنندگان به وجود حس آرامش در همکاری بین حرفه‌ای اشاره داشتند. سازمان بهداشت جهانی^{۱۹} نیز در ۲۰۰۸ مشخص کرد که آموزش بین حرفه‌ای، نقش مهمی در تعدیل بحران‌های محیط کاری دارد. اعتماد در همکاری بین حرفه‌ای یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم است که در نتیجه اطمینان به توانایی یکدیگر به وجود می‌آید و اگر نباشد افراد با هم همکاری بین حرفه‌ای ندارند. می‌توان با ارائه آموزش‌های بین حرفه‌ای، سبب اعتماد متقابل بین افراد و بحث و تبادل نظر در مورد مسائل بیماران شد. هم‌راستا با مطالعه حاضر برنان بوسج نیز به مؤلفه اعتماد بین افراد حاضر در گروه برای ایمنی بیمار تأکید دارد. در مطالعه حاضر اکثر افراد انتقال اطلاعات بین افراد در اتاق عمل را ضروری دانستند و بر اهمیت آن در همکاری بین حرفه‌ای تأکید داشتند. در حالی که در مطالعه رومیجن^{۲۰} که در هلند با هدف درک همکاری بین حرفه‌ای انجام شد کمترین درک از همکاری بین حرفه‌ای، در حوزه اشتراک اطلاعات عنوان شد [۱۴]. در مطالعه حاضر مشابه مطالعات دیگر کمبود دانش در درک نقش‌ها باعث تنش و تعارض تجربه‌شده بود [۱۵] و ماحصل مخالفت در مقابل یکدیگر را به نفع بیمار نمی‌دانستند، زیرا توانایی سازش با شرایط ناامن کاری و حل تعارض می‌تواند بر نقش اعضا و ارتقای عملکرد تیم اثر بگذارد و یافته‌های حاضر نشان داده‌اند که اجرای سلسله‌مراتب در کار تیمی الزامی است. اما هدف مشترک و رسیدن به منافع بیمار، اولویت کار تیمی است و با قاطعیت باید بر انجام کارها نظارت وجود داشته باشد که مطابق با مطالعه جاسریا در اتاق عمل‌های سربلانتکا، کار تیمی با وجود سلسله‌مراتب ممکن نیست [۱۶].

- در مطالعه حاضر می‌توان بیان کرد همکاری بین افراد در

و نتوانم تصمیم‌گیری کنم و کاری که ممکن است خیلی درست باشد به ذهنم نیاید. در این شرایط احساس می‌کنم کسی کنارم هست. شرکت‌کنندگان در این مطالعه وجود احساس برتری را در افراد تیم، مانع همکاری بین حرفه‌ای دانستند. شرکت‌کننده شماره ۱ که کارشناس هوشبری بود اظهار کرد: «در همکاری بین حرفه‌ای متواضعانه به یکدیگر کمک می‌کنند و احساس برتری ندارند.» (اشاره به زیرطبقه سلسله‌مراتب). شرکت‌کنندگان به تأثیر مؤلفه بازخورد در همکاری بین حرفه‌ای معتقد بودند. شرکت‌کننده شماره ۲ چنین اظهار کرد: «معمولاً در همکاری، تشویق تأثیر می‌گذارد. یک بازخورد خوب باعث می‌شود همکاری بیشتر شود.» (اشاره به زیرطبقه جو و شرایط کاری)

۶. هماهنگی: شرکت‌کنندگان به نظم و انضباط کاری، مدیریت زمان، برنامه‌ریزی، اختصاص نیرو و تجهیزات اشاره داشتند شرکت‌کننده شماره ۱۲ که سرپرستار اتاق عمل است تجربه خود را این چنین مطرح کرد: «همه باید کارشان از قبل برنامه‌ریزی شود و هر عمل جراحی نیاز به وسیله و نیروی خاص دارد که همه باید اول هر شیفت توسط مسئول شیفت کنترل شود.» (اشاره به زیرطبقه برنامه‌ریزی). یکی دیگر از مؤلفه‌های به‌دست‌آمده در این مطالعه «مدیریت زمان» در همکاری بین حرفه‌ای بود که شرکت‌کننده شماره ۱۰ بیان کرد: در عمل جراحی نمی‌توانم ببینم معطل ایستاده‌اند. کمک می‌کنم. احساس مسئولیت می‌کنم. این زمان برای بیمار مهم است.»

بحث

شرکت‌کنندگان در پاسخ به سؤال اصلی این پژوهش تجربه‌های خود را از مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای بیان کردند:

- همکاری بین حرفه‌ای در نتیجه هدف‌گذاری و منافع مشترک بین اعضای گروه اتاق عمل انجام می‌شود. به نظر می‌رسد مبتنی بر یک ساختار کار می‌کنند و قوانین و مقرراتی دارند تا به هدف و منافع مشترک برسند. از این رو می‌توان این چنین استنباط کرد که کار تیمی برای سیستم‌ها باعث بهره‌وری در اثر صرفه‌جویی در هزینه‌ها و نیروی انسانی می‌شود و در اتاق عمل، زمینه‌ساز همکاری بین حرفه‌ای است. یون^{۱۶} در مطالعه خود نتیجه گرفت وقتی کارایی پزشکان و پرستاران افزایش بیابد، متوجه وجود همکاری بین حرفه‌ای می‌شویم، وقتی در زمان کمتر با نیروی کمتر کار کنیم، یعنی با هم همکاری بین حرفه‌ای داریم. در نتیجه زمان بستری بیماران و هزینه‌های درمانی کاهش دارد [۱۰].

- براساس یافته‌ها، اکثر شرکت‌کنندگان تأثیر مؤلفه هویت حرفه‌ای را در همکاری بین حرفه‌ای دانستند. هویت درواقع زاینده درونی شدن ارزش‌ها، نگرش و باورها و صلاحیت‌هاست که داشتن تعهد در حرفه، می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری هویت

17. Micheli

18. Bridges

19. World Health Organization (Who)

20. Romijn

16. Yoon

جدول ۳. مقوله‌ها و مفاهیم مؤلفه‌ها همکاری‌های بین حرفه‌ای

کد	درون مایه فرعی	درون مایه اصلی	مضمون اصلی
هدف مشترک بیمارمحوری	هدف‌گذاری	سازمان‌دهی	مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای
منافع مالی دانش و مهارت مشترک	منافع مشترک		
تعهد ذاتی تعهد حرفه‌ای	تعهد		
اهمیت نقش افراد ارزش برای افراد در تیم	احترام متقابل	هویت حرفه‌ای	
علاقه نگرش مثبت اعتماد به نفس جلو گیری از خطا مکمل یکدیگر بودن همکاری را از هم یاد گرفتن همکاری به نفع خود	هم‌افزایی		مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای
تعیین حدو مرزها درک نقش‌ها	شفافیت نقش		
وابستگی متقابل جلسات آموزشی	همکاری		
اطمینان به توانایی یکدیگر یکی هست کمک کند	اعتماد	ارتباط	
تبادل اطلاعات زبان مشترک	اشتراک‌گذاری اطلاعات		
حل اختلافات قبول سلسله‌مراتب	حل تعارض		
توانایی تغییرپذیری	انعطاف‌پذیری فردی		
تجربه همکاری خلاقیت	تجربه فردی		
احساس تعلق در مقابل بی‌تفاوتی	مشارکت‌جویی	ویژگی تیم	
دانش و مهارت افراد آشنایی افراد در تیم جراحی اخلاق	عملکرد تیمی		
مسئولیت فردی مسئولیت تیمی	حرفه‌ای گری		مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای
رهبری تیم رهبری اتاق عمل رهبری مرکزی نظارت تیمی انسجام تیمی تقسیم نیرو تصمیم‌گیری مشترک	رهبری در اتاق عمل		
احساس برتری	سلسله‌مراتب	رهبری و مدیریت	
رضایت شغلی شرایط کاری بازخورد حمایت تیمی خط مشی‌ها و فرایندهای تعریف‌شده	جو و شرایط کاری		
توانمند سازی تیمی یادگیری	ظرفیت‌سازی		
نظم و انضباط کاری مدیریت زمان برنامه‌ریزی اختصاص نیرو تجهیزات	برنامه‌ریزی	همه‌لنگی	مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای

در مطالعه کاپنل^{۲۱} در بخش‌های ویژه (NICU-ICU) بالاترین کیفیت همکاری بین حرفه‌ای وجود دارد و این به دلیل ارتباط طولانی‌تر و صمیمی‌تر افراد و نقش‌های تخصصی‌تر و حرفه‌ای افراد است [۱۸] در مطالعه بودل^{۲۲} و همکاران نشان داده شد که بین سابقه کار و نگرش نسبت به همکاری بین حرفه‌ای ارتباط آماری معناداری وجود ندارد [۱۹، ۲۰] که نتایج مطالعه حاضر نیز این را تأیید کرد. مطابق با مطالعه حاضر در مطالعات دیگر نیز بر حرفه‌ای بودن و مراقبت دلسوزانه بیمارمحور در همکاری بین حرفه‌ای تأکید شده است [۲۱]. صلاحیت‌های همکاری بین حرفه‌ای بهداشت‌کانادا برای انجام

تیم‌ها، شالوده اصلی عمل جراحی است. مشخصه انعطاف‌پذیری، تغییر نقش است. در صورتی که افراد از کار یکدیگر اطلاع داشته باشند می‌توانند نقش فرد دیگر را با حفظ حدود مرزها، ایفا کنند. دانش و مهارت فرد در تیم دلیل فرد در همکاری بین حرفه‌ای توصیف شد. بیشتر افراد در اتاق عمل دوست داشتند در یک تیمی قرار بگیرند که باهم آشنا باشند و مدت طولانی در کنار هم کار کرده باشند. هم‌راستا با مطالعه حاضر، دلیل اختلاف بین درک پرستاران و پزشکان از همکاری بین حرفه‌ای، اختلاف نظر در مورد نیازهای بیمار، اختلاف در صحبت کردن و عدم دخالت دادن یا استقبال ضعیف از پرستاران در تصمیم‌گیری‌ها، ذکر شده است [۱۷]. یکی از صلاحیت‌ها در چارچوب صلاحیت بریتیش کلمبیا برای همکاری بین حرفه‌ای انعطاف‌پذیری در نتیجه اعتماد به دیگر افراد تیم، با توجه به هدف مشترک در تیم است.

21. Copnell
22. Bodole

همکاری بین حرفه‌ای مؤثر به اهمیت خصوصیت حرفه‌ای‌گری در حوزه عملکرد تیم اشاره دارد. همچنین ساپرل^{۲۳} و همکاران در فرانسه با مرور کیفی ۴۴ مقاله با هدف تسهیل‌کننده اصلی همکاری بین حرفه‌ای در مراقبت‌های اولیه دریافتند که داشتن مسئولیت تیمی افراد در تیم و حس مشارکت، از عوامل همکاری بین حرفه‌ای هستند [۲۲].

- همکاری بین حرفه‌ای با تقسیم قدرت، اطلاعات و منابع برقرار می‌شود [۲۳]. در مطالعه حاضر توصیف شد که حمایت رهبری از عملکردهای همکاری بین حرفه‌ای است. رهبری به همکاری‌های بین حرفه‌ای جهت، همچنین شرکت‌کنندگان اذعان کردند کسانی در تصمیم‌گیری شرکت می‌کنند که دارای قدرت (به سبب دانش و مهارت در کار) هستند.

احساس برتری در افراد مانعی برای همکاری بین حرفه‌ای محسوب شد. اگر تصمیم‌گیری مشترک نباشد افراد نمی‌توانند دوام بیاورند و استرس کار، فشار کار را مضاعف می‌کند و از طرفی در همکاری‌های موفق، هر دو طرف با مشارکت، با وجود روابط افقی، توانمند می‌شوند. سوء استفاده از قدرت، ایجاد سلسله‌مراتب و حمایت از منافع یکی در مقابل منافع دیگری می‌تواند تأثیر منفی بر روابط کاری داشته باشد و همکاری بین حرفه‌ای را ضعیف کند. مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها تأثیرات مثبتی مانند افزایش اعتماد به نفس، تصمیم‌گیری بهتر، تقویت احترام انسانی و جایگاه اجتماعی، ایجاد انگیزش و علاقه مشترک، تحریک کارکنان به قبول مسئولیت و بهبود روحیه افراد برای کار تیمی، افزایش رضایت شغلی و افزایش کیفیت مراقبت را در پی خواهد داشت. این مؤلفه‌ها در مطالعه حاضر نیز مورد تأکید قرار گرفت. نقش مهم افراد در تیم جراحی در تصمیم‌گیری باعث تأثیرگذاری و انگیزش اعضای تیم می‌شود [۱۵]. در مطالعه حاضر، همکاری بین حرفه‌ای فراتر از وظیفه تجربه‌شده بود که نیاز به انگیزه و رضایت شغلی دارد و ساختارهای سازمانی، فلسفه رهبری، حمایت اداری و اجرایی و همچنین عوامل سیستمی نظیر قدرت حرفه‌ای، فرهنگ و اجتماعی شدن در موفقیت همکاری بین حرفه‌ای ضرورت دارند. در صورت فراهم بودن چنین امکاناتی همکاری بین حرفه‌ای منجر به ارتقای عملکردها می‌شود. به نظر می‌رسد مدیران پرستاری با دستکاری منابع محیطی از جمله دادن بازخورد به افراد می‌توانند اطمینان به خود و در نتیجه قدرت را در کارکنان ارتقا دهند. از این رو می‌توان این چنین استنباط کرد که همکاری نیاز به قدرت و اقتدار مشترک دارد. بر اساس دانش و تخصص و تعامل بین افراد، با اعتماد به یکدیگر، احترام متقابل و مشارکت در یک هدف مشترک، همکاری بین حرفه‌ای به وجود می‌آید. در مطالعه دماس^{۲۴} و همکاران عدم وجود اعتماد، موانع ارتباطی، قدرت و اختیار، حرفه‌ای شدن و عوامل ساختاری

از موانع همکاری بین حرفه‌ای شناخته شده‌اند [۲۴]. مؤلفه‌های تعیین و اجرای دستورالعمل‌ها و خط مشی‌ها و فرایندها: ترکیب گروه، بیمارمحوری، همکاری، درک یکدیگر، نیاز، تمرکز بر هدف، اشتراک‌گذاری اطلاعات، منابع، حمایت متقابل، ایجاد انگیزه [۲۵]. در ایجاد همکاری بین حرفه‌ای قوی، عواملی مانند قدرت حرفه‌ای و سلسله‌مراتب و اجتماعی شدن و عوامل زمینه‌ای، مانند مدیریت پدر سالاری^{۲۵} و هنجارهای جنسیتی از موانع همکاری بین حرفه‌ای و ارتباط بین پرستاران و جراحان شناخته شده‌اند [۱۶].

- در مطالعه کیفی بوگدانوویک^{۲۶} و همکاران نیز همین انعطاف‌پذیری و هماهنگی در بین اعضا در بین گروه جراحی مشاهده شده است [۲۶] که نتایج مطالعه حاضر نیز بر مؤلفه هماهنگی مبنی بر نظم و انضباط در کار و اختصاص نیرو برای هر عمل جراحی و برنامه‌ریزی برای هر بیمار و مدیریت زمان عمل‌های جراحی صحه گذاشت.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد تأکید بر مؤلفه‌های همکاری بین حرفه‌ای برای ایمنی بیمار، ضروری است و برنامه‌های آموزشی باید به سمت آموزش همکاری بین حرفه‌ای در کار تیمی سوق داده شوند. دانشجویان به عنوان پزشک و پرستار، باید قادر باشند با تمرین در این زمینه، توانمندی در تیم و همکاری بین حرفه‌ای را کسب کنند تا اهداف درمان مبتنی بر همکاری بین حرفه‌ای در راستای ارتقا کیفیت سلامت جامعه محقق شود.

هم‌زمان شدن با شیوع کرونا از ادامه مصاحبه حضوری، در چند جلسه خودداری شد و ادامه مصاحبه‌ها غیرحضوری انجام شد که این از محدودیت‌های مطالعه مذکور است. امید است که بتوان با انجام مطالعات گسترده در این زمینه و انتخاب شرکت‌کنندگان از دانشگاه‌های مختلف سراسر کشور، قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج حاصل از پژوهش را افزایش داد. پیشنهاد می‌شود چگونگی اثرگذاری هر کدام از درون‌مایه‌های فرعی در شکل‌گیری همکاری بین حرفه‌ای به صورت مطالعه گراندد انجام پذیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته اخلاق دانشکده آموزش پزشکی دانشگاه شهید بهشتی شهید بهشتی مقاله حاضر را تأیید کرده است (کد: IR.SBMU. SME.REC.1398.063). اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان

25. Patriarchykk
26. Bogdanovic

23. Supperl
24. Dumas

روند پژوهش بودند. اطلاعات آن ها محرمانه نگه داشته شد

حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کمک مالی از سازمان های تأمین مالی در بخش های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش های پژوهش حاضر مشارکت داشته اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*. 2003; 31(3):956-9. [DOI:10.1097/01.CCM.0000056183.89175.76] [PMID]
- [2] Doyle J. Barriers and facilitators of multidisciplinary team working: A review. *Paediatr Nurs*. 2008; 20(2):26-9. [DOI:10.7748/paed2008.03.20.2.26.c6526] [PMID]
- [3] Robben S, Perry M, van Nieuwenhuijzen L, van Achterberg T, Rikkert MO, Schers H, et al. Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. *J Contin Educ Health Prof*. 2012; 32(3):196-204. [DOI:10.1002/chp.21145] [PMID]
- [4] Pahlevai M, Pirayesh R, Alipour V, Bashokouh M. Exploring and prioritizing cultural factors affecting knowledge sharing in r&d center of petrochemical industry. *J Inf Technol Manag*. 2011; 2(5):19-36. https://journals.ut.ac.ir/article_21634.html
- [5] Romijn A, Teunissen PW, de Bruijne MC, Wagner C, de Groot CJM. Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: Are perceptions aligned? *BMJ Qual Saf*. 2018; 27(4):279-86. [DOI:10.1136/bmjqs-2016-006401] [PMID] [PMCID]
- [6] Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. [Interprofessional education a response to health system challenges (Persian)]. *Iran J Med Sci*. 2014; 14(2):148-64. https://ijme.mui.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-2460-1&sid=1&slc_lang=en
- [7] Edward KL, Welch T. The extension of Colaizzi's method of phenomenological enquiry. *Contemp Nurse*. 2011; 39(2):163-71. [PMID]
- [8] Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. <https://books.google.com/books?id=xNByh3B1Wt0C&printsec=frontcover&dq>
- [9] Azimi Lolaty H, Ashktorab T, Bagheri Nesami M, Bagherzadeh Ladari R. [Experience of professional communication among nurses working in educational hospitals: A phenomenological study (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2011; 21(85):108-25. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-842-en.html>
- [10] Yoon S. Impact of marital satisfaction, self-esteem, attachment, job satisfaction and spiritual well-being on Korean American pastors and spouses in California [MSc. thesis]. Long Beach: California State University; 2011. <https://www.proquest.com/docview/888043487/9D8A6DE4550B4056PQ/1>
- [11] Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: Three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online*. 2011; 16(1):6035. [DOI:10.3402/meo.v16i0.6035] [PMID] [PMCID]
- [12] Mirmolaei ST, Lamyian M, Simbar M, Vedadhir A, Gholipour A. [Teamwork barriers and facilitators in the maternity wards: A qualitative study (Persian)]. *J Hayat*. 2016; 21(4):1-29. https://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=1250&sid=1&slc_lang=en
- [13] Curran V, Hollett A, Casimiro LM, McCarthy P, Banfield V, Hall P, et al. Development and validation of the interprofessional collaborator assessment rubric (ICAR). *J Interprof Care*. 2011; 25(5):339-44. [DOI:10.3109/13561820.2011.589542] [PMID]
- [14] Bosch B, Mansell H. Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Can Pharm J (Ott)*. 2015; 148(4):176-9. [DOI:10.1177/1715163515588106] [PMID] [PMCID]
- [15] Janss R, Rispens S, Segers M, Jehn KA. What is happening under the surface? Power, conflict and the performance of medical teams. *Med Educ*. 2012; 46(9):838-49. [DOI:10.1111/j.1365-2923.2012.04322.x] [PMID]
- [16] Jayasuriya-Illesinghe V, Guruge S, Gamage B, Espin S. Interprofessional work in operating rooms: A qualitative study from Sri Lanka. *BMC Surg*. 2016; 16(1):61. [DOI:10.1186/s12893-016-0177-7] [PMID] [PMCID]
- [17] Wauben LSGL, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JDH, Goossens RHM, Huijsman R, Klein J, et al. Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *Int J Qual Health Care*. 2011; 23(2):159-66. [DOI:10.1093/intqhc/mzq079] [PMID] [PMCID]
- [18] Jasemi M, Rahmani A, Aghakhani N, Hosseini FS, Eghtedar S. [Nurses and physicians' viewpoint toward interprofessional collaboration (Persian)]. *Iran J Nurs*. 2013; 26(81):1-10. http://ijn.iuums.ac.ir/browse.php?a_id=1508&sid=1&slc_lang=en
- [19] Bodole F. Nurses' perceptions of nurse-physician collaboration in the intensive care units of a public sector hospital in Johannesburg [MSc thesis]. Johannesburg: University of the Witwatersrand; 2010. <https://wiredspace.wits.ac.za/handle/10539/8838>
- [20] Pakpour V, Hojat M, Salehi H, Rahmani A, Shahim A, Mohammadi R. [Viewpoint of nurses on inter-professional relationship between nurses and doctors (Persian)]. *Hayat, J Sch Nurs Midwifery, Tehran Univ Med Sci*. 2014; 20(1):74-85. <http://dspace.tbzmed.ac.ir/xmlui/bitstream/handle/123456789/58701/vahidpakpour-A-10-234-3-8e3deb9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [21] Agha RA, Fowler AJ, Sevdalis N. The role of non-technical skills in surgery. *Ann Med Surg (Lond)*. 2015; 4(4):422-7. [DOI:10.1016/j.amsu.2015.10.006] [PMID] [PMCID]
- [22] Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgeois Y, Letrilliant L. Interprofessional collaboration in primary health care: A review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)*. 2015; 37(4):716-27. [DOI:10.1093/pubmed/fdu102] [PMID]
- [23] Pasyar N, Rambod M, Gholamzadeh S, Sharif F. [Correlation between nurse/manager professional collaborative behaviors and nurses' job satisfaction (Persian)]. *Iran J Nurs*. 2018; 31(112):32-43. [DOI:10.29252/ijn.31.112.32]
- [24] Dumas HM. Rehabilitation considerations for children dependent on long-term mechanical ventilation. *Int Sch Res Not*. 2012; 2012:1-15. [DOI:10.5402/2012/756103]
- [25] Silén-Lipponen M, Turunen H, Tossavainen K. Collaboration in the operating room: The nurses' perspective. *J Nurs Adm*. 2002; 32(1):16-9. [DOI:10.1097/00005110-200201000-00006] [PMID]
- [26] Bogdanovic J, Perry J, Guggenheim M, Manser T. Adaptive coordination in surgical teams: An interview study. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15(1):128. [DOI:10.1186/s12913-015-0792-5] [PMID] [PMCID]