Medical Education Journal
Education Development Center of Babol University of Medical Scieneces
e-ISSN:2345-5497 p-ISSN:2322-4940
مجله آموزش پزشکی
مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

# Explaining the experiences of clinical interdisciplinary cooperation (diagnostic, treatment and care team) in the Corona crisis in Tehran's Day Hospital.

**M. Rahmatinejad (M.Sc)[1*] , Z. Khoshgoftar (PhD)[1] , H. Bana-Derakhshan (PhD)[1]**

1. Virtual Faculty of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Article Info**

**Article Type:**

**Research Article**

**Received:**
**25 Dec 2023**

**Revised:**
**21 Apr 2024**

**Accepted:**
**23 Apr 2024**

**Published online:**
**13 May 2024**

## ABSTRACT

**Background and Objective:** One of the most challenging topics, especially during the corona pandemic, was interdisciplinary collaboration at the bedside and the experiences gained through it. The aim of the current study was to explain the experiences of clinical interdisciplinary cooperation (diagnostic, treatment and care team) in the Corona crisis in Tehran D Hospital.

**Methods**: This semi-structured qualitative study was conducted in 1402 on 14 nurses, doctors, paramedics and laboratory experts of Tehran D Hospital using a targeted and snowball method of selecting and interviewing people and finally using the method Clark Brown analysis was performed. The total duration of the interviews was 7 hours, 24 minutes, and coding was done using the reflective journal, as well as interactions with the supervisor, and analyzed in the MAX Q DA 2020 software. Validity and reliability of the present study were continued in the four axes of acceptability, homogeneity, confirmability and transferability until reaching saturation.

**Findings:** The number of 227 primary codes obtained from the review and the number of 96 basic themes, 13 organizing themes and 3 overarching themes were obtained, which include (collective experience and wisdom in interdisciplinary cooperation, interdisciplinary challenges and conflicts, pre vision and path targeting).

**Conclusion:** The current research has shown that there is a need to define new roles in the treatment team to improve the efficiency of treatment and increase interdisciplinary cooperation, and due to the speed of the disease's progress, delay in the treatment process is not allowed. A top-down cascade model was proposed for decision making.

**Keywords:** *Interdisciplinary cooperation, Corona, day Hospital*

**Cite this article:** M. Rahmatinejad, Z. Khoshgoftar, H. Bana-Derakhshan. Explaining the experiences of clinical interdisciplinary cooperation (diagnostic, treatment and care team) in the Corona crisis in Tehran's Day Hospital. Medical Education Journal. 2024; 13: e1

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

***Corresponding Author:** M. Rahmatinejad
**Address:** Virtual Faculty of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
**Tel:** +98 (2184942235). **E-mail:** maryamrahmatinejad@yahoo.com

Medical Education Journal
Education Development Center of Babol University of Medical Scieneces
e-ISSN:2345-5497 p-ISSN:2322-4940
مجله آموزش پزشکی
مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

# تبیین تجارب همکاری میان‌رشته‌ای بالینی (تیم تشخیصی، درمانی و مراقبتی) در بحران کرونا در بیمارستان دی تهران

مریم رحمتی نژاد (M.Sc)[1] ، زهره خوش گفتار (PhD)[1] ، همایون بنادرخشان (PhD)[2]،

۱. دانشکده مجازی آموزش و مدیریت پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

**اطلاعات مقاله**

**نوع مقاله:**
**مقاله پژوهشی**

**دریافت:**
**۱۴۰۲/۱۰/۴**

**اصلاح:**
**۱۴۰۳/۲/۲**

**پذیرش:**
**۱۴۰۳/۲/۴**

**انتشار:**
**۱۴۰۳/۲/۲۴**

**چکیده**

**سابقه و هدف:** یکی از چالشی‌ترین موضوعات خصوصاً در زمان پاندمی کرونا، همکاری‌های بین‌رشته‌ای در بالین و تجارب کسب شده به‌واسطه آن بود. هدف از مطالعه حاضر تبیین تجارب همکاری میان‌رشته‌ای بالینی (تیم‌تشخیصی، درمانی و مراقبتی) در بحران کرونا در بیمارستان دی تهران بود..

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه به‌صورت کیفی نیمه ساختاریافته در سال ۱۴۰۲، بر روی ۱۴ تن از پرستاران، پزشکان، پیراپزشکان و کارشناسان آزمایشگاه بیمارستان دی تهران به روش هدفمند و گلوله برفی انتخاب و مصاحبه افراد انجام شد و درنهایت با استفاده از روش کلارک بروان تحلیل انجام گرفت. مدت‌زمان کل مصاحبه‌ها ۷ ساعت، ۲۴ دقیقه و با استفاده از Reflective journal و همچنین تعاملات با استاد راهنما کدگذاری انجام و در نرم‌افزار MAX Q DA 2020 تحلیل شد. روایی و پایایی مطالعه حاضر نیز در چهار محور مقبولیت، همسانی، تأیید پذیری و انتقال‌پذیری تا رسیدن به اشباع ادامه داده شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۲۲۷ کد اولیه به‌دست‌آمده بازنگری و تعداد ۹۶ مضمون پایه، ۱۳ مضمون سازمان دهنده و ۳ مضمون فراگیر به دست آمد که شامل (تجربه و خرد جمعی در همکاری بین‌رشته‌ای، چالش‌ها و تعارضات بین‌رشته‌ای، پیش‌بینی و هدف‌گذاری مسیر) بود.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داده که نیاز به تعریف نقش‌های جدیدی در کادر درمان بوده تا باعث بهبود راندمان درمان و افزایش همکاری‌های بین‌رشته‌ای شده و به علت سرعت پیشرفت بیماری نیز تأخیر درروند درمان جایز نیست. برای تصمیم‌گیری مدل آبشاری از بالا به پایین پیشنهاد شد.

**واژه‌های کلیدی:** *همکاری‌های میان‌رشته‌ای، کرونا، بیمارستان دی*

استناد: مریم رحمتی نژاد، زهره خوش گفتار، همایون بنادرخشان. تبیین تجارب همکاری میان‌رشته‌ای بالینی (تیم تشخیصی، درمانی و مراقبتی) در بحران کرونا در بیمارستان دی تهران. مجله آموزش پزشکی. ۱۴۰۳؛ ۱۳: e۱.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

* مسئول مقاله: مریم رحمتی نژاد
آدرس: ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده مجازی آموزش و مدیریت پزشکی
تلفن: ۰۲۱۸۴۹۴۲۲۳۵
رایانامه: maryamrahmatinejad@yahoo.com

## سابقه و هدف

بیماری covid-19 یک بیماری حاد تنفسی بوده که عامل آن SARS-COV-2 یک پاتوژن[۱]جدید است. گستره علائم بالینی می‌تواند از یک عفونت بی علامت تا پنومونی کشنده و نارسایی چند ارگانی متفاوت باشد (۱). اولین مورد این بیماری در دسامبر دو هزار و نوزده در ووهان چین گزارش شد و در تاریخ یازده مارس ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت آن را یک پاندمی جهانی عنوان کرد (۲). درگیری وسیع کادر درمان و مراکز درمانی در خصوص انجام اقدامات حمایتی درمانی و مراقبتی در این دوره با چالش‌های فراوانی روبرو بوده است (۳).

نظر به عدم شفافیت تمامی جنبه‌های بیماری COVID-19 من‌جمله درمان و مراقبت‌های ایدئال و همچنین ایجاد درگیری چند ارگانی، به کار گرفتن استراتژی همکاری میان‌رشته‌ای امری منطقی و حتی لازم‌الاجرا به نظر می‌رسد (۴)، چراکه همکاری بین تیمی می‌تواند خدمات مؤثرتر و مکفی‌تری را ارائه کرده و سبب کاهش خطاهای احتمالی خواهد شد (۵, ۶).

مفهوم همکاری بین‌رشته‌ای در حوزه‌ی سلامت به معنی همکاری عده‌ای از افراد که اغلب از متخصصین حوزه‌های مختلف سلامت و درمان کشور تشکیل شدند و به‌منظور حل مشکلات، تقسیم مسئولیت‌ها جهت تصمیم‌گیری‌های لازم و اجرای برنامه‌ی مراقبت تبیین شده با یکدیگر در تعامل قرار می‌گیرند (۷, ۸).

در این فرآیند اعضای تیم به اشتراک‌گذاری تجارب، دانش و مهارت‌های خود و تأثیر آن بر سلامت بیمار می‌پردازند. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته در ارتباط با تأثیر همکاری میان‌رشته‌ای بر پیامدهای بیماری‌هایی نظیر دیابت (سنجش A1C)، درد کمر (تعداد مسکن‌های مصرفی)، فشارخون و غیره مشخص‌شده است که این شیوه همکاری‌های میان‌رشته‌ای تأثیر فراوانی بر بهبود این شاخصه‌های مذکور داشته است (۹). بنابراین واضح است که شیوه‌ی موردبحث در شرایط پاندمی کنونی می‌تواند یاری‌رسان سیستم سلامت و درمان کشور باشد.

علاوه بر دلایل گفته‌شده در بالا، نیاز به داده‌های معتبر و علمی به‌دست‌آمده از تحقیقات جهت استفاده در سیاست گزاری‌های بیمارستانی و کشوری، بهبود پیش‌آگاهی بیماران مبتلابه کووید و عبور هر چه آسان‌تر از موانع پیشرو در پاندمی کوید-۱۹ را می‌توان از دلایل ضرورت این مطالعه برشمرد.

یکی از مفاهیمی که به‌کرات در این حوزه مورداستفاده قرار می‌گیرد، آموزش بین‌رشته‌ای است. آموزش بین‌رشته‌ای حالتی است که مفاهیمی به‌صورت موازی به گروه‌های مختلف رشته‌ای آموزش داده می‌شود و این در حالی است که مرزهای میان این رشته‌ها حفظ خواهد شد. مطالعات نشان داده است که آموزش بین‌رشته‌ای ارتباط نزدیکی با همکاری بین‌رشته‌ای داشته است به‌طوری‌که مطالعات نشان داده‌شده است که افراد دخیل در برنامه‌های آموزشی مشترک عملکرد بهتری را در همکاری بین‌رشته‌ای داشته‌اند (۵).

به اشتراک‌گذاری تجارب کسب‌شده گروه‌های بالینی در همه مراکز بهداشتی درمانی ازجمله آموزشی، پژوهشی و مراکز خصوصی و ارائه آموزش‌های مشترک و یکپارچه به‌عنوان منابع آموزشی دست‌اول به دانشجویان و کارکنان نظام سلامت حائز اهمیت بالایی است و ضرورت آن را نمی‌توان نادیده گرفت.

هدف این مطالعه تبیین تجارب همکاری میان‌رشته‌ای بالینی (تیم تشخیصی، درمانی و مراقبتی) در بحران کرونا در بیمارستان خصوصی دی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ و ارائه پیشنهادها مبتنی بر تجارب است. این مطالعه از جهت نوآوری موضوع در کشور قابل‌توجه است، چراکه موارد مشابه یا مرتبط از جهت بررسی همکاری بین‌رشته‌ای بالینی در پاندمی کووید و به اشتراک‌گذاری تجارب با اهداف آموزشی در هیچ‌یک از مطالعات داخلی تاکنون بازیابی نشده است.

---

[۱] زونوتیک

## مواد و روش ها

این پژوهش مطالعه‌ای کیفی از نوع تحلیل محتوا به‌صورت مقطعی بود که در سطح بیمارستان دی تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه پژوهش شامل پرستاران بخش کووید و ICU کووید، پزشکان متخصص عفونی، ریه، داخلی و پیراپزشکان شامل رادیولوژیست و کارشناسان آزمایشگاه بود. واحدهای پژوهش به شیوه هدفمند و گلوله برفی به تعداد (۱۴ نفر تا اشباع نظری) انتخاب شد. روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. محتوای مصاحبه به‌صورت فیلم و یا صوت ضبط شد و پژوهشگر اصلی این تحقیق مدیریت جلسات را بر عهده داشت. سؤالات مصاحبه توسط گروه تحقیق تدوین گردید.

پس از توضیح اهداف پژوهش یادآوری گردید مصاحبه به‌منظور جمع‌آوری تجارب از همکاری با سایر گروه‌های هدف (برای مثال در صورت مصاحبه با پرستاران، پزشکان و پیراپزشکان مطرح گردید) برگزار شد. مصاحبه با سؤالات کلی آغازشده (مصاحبه‌ها در بیمارستان دی انجام و مدت‌زمان کل مصاحبه‌ها ۷ ساعت ۲۴ دقیقه و ۳۳ ثانیه بوده که به‌طور میانگین هر فرد حدود ۳۲ دقیقه) و سؤالات جزئی در دسته‌های کوچک‌تری جای گرفت.

پژوهشگر پس از اولین مصاحبه Reflective journal را تهیه و یادداشت‌های تحلیل خود را در آن ثبت کرده و سپس با استفاده از تعاملات با اساتید راهنما و مشاور مصاحبه‌ها را بازبینی، هم‌زمان کدگذار کرده تا اصلاح روند مصاحبه‌ها نیز صورت پذیرد و کدگذاری نیز روند مناسبی را دنبال کرد. مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی در نرم‌افزار MAX Q DA 2020 روند کدگذاری را نیز در همان نرم‌افزار انجام داده خواهد شد. روایی و پایایی مطالعه حاضر نیز در چهار محور مقبولیت، همسانی، تأیید پذیری و انتقال‌پذیری تا رسیدن به اشباع ادامه داده شد. از تلفیق درروش گردآوری داده‌ها (مصاحبه انفرادی و یادداشت عرصه) و تلفیق مکانی (بیمارستان دی) استفاده گردید و تلاش شد در انتخاب نمونه، تنوع لازم در نظر گرفته شود به‌طوری‌که از تمامی افراد در رده‌های مختلف که دارای سوابق کاری مختلف و همچنین مسؤولیت‌های مختلف بوده‌اند انتخاب شوند. در جهت همسانی نیز از تلفیق روش گردآوری داده‌ها استفاده و در رابطه با تائید پذیری نیز تلاش شد تا تمامی مراحل پژوهش و همچنین کدهای استخراج‌شده توسط اساتید راهنما و مشاور و خود شخص مصاحبه شده مورد تأیید قرار گیرد و در آخر برای کنترل انتقال‌پذیری نیز تلاش شده تا کسب اطلاعات از افراد مطلع در بیمارستان و همچنین استاد راهنما و مشاور که آشنا با پژوهش‌های کیفی بوده‌اند، در میان گذاشته و انتقال‌پذیری آن نیز تأیید شود.

جهت تحلیل محتوای داده‌ها از رویکرد کلارک و براون بهره گرفته شد. در فاز آماده‌سازی داده‌های متنی مکرراً توسط محقق خوانده‌شده تا درک کلی از داده‌ها به دست آمد، سپس متن خط به خط خوانده شد تا در مورد تک‌تک جملات هم تصوری به دست آمد. در فاز ساماندهی کدگذاری و خلق طبقه هم‌زمان با قرائت متن انجام شد و درنهایت داده‌ها تحلیل و گزارش شد. این فازها به‌صورت موازی باهم انجام گرفت.

## یافته ها

در این مطالعه، تجارب پزشکان و پرستاران بیمارستان دی تهران در خصوص تبیین تجارب همکاری میان‌رشته‌ای بالینی (تیم تشخیصی، درمانی و مراقبتی) در بحران کرونا و از طریق تحلیل محتوا تبیین گردید که ۱۴ مصاحبه به‌صورت فردی انجام گردید که ویژگی‌های آن‌ها به تفکیک سمت‌هایشان در جدول (۱) ارائه‌شده است.

**جدول ۱: ویژگی جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان**

| ردیف | سن (سال) | جنسیت | مدرک تحصیلی | آخرین سمت شغلی | سابقه کار (سال) | بخش محل کار | سابقه مواجه با کرونا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | ۵۲ | مرد | فلوشیپ گوارش کبد | پزشک مشاور | ۲۴ | داخلی | + |
| ۲ | ۳۹ | زن | کارشناسی پرستاری | سرپرستار | ۱۳ | داخلی | + |
| ۳ | ۴۳ | زن | کارشناسی پرستاری | سرپرستار | ۱۴ | ICU | + |
| ۴ | ۴۹ | مرد | داخلی نفرولوژی | پزشک مشاور (قائم‌مقام بیمارستان) | ۱۵ | ICU | + |
| ۵ | ۵۶ | مرد | فوق تخصص ریه و ICU | دبیر علمی کرونا کشور | ۲۶ | ICU | + |
| ۶ | ۵۷ | مرد | برد تخصصی کودکان | پزشک مشاور | ۳۰ | اطفال | + |
| ۷ | ۵۵ | زن | متخصص قلب و عروق | پزشک مشاور | ۲۴ | ICU | + |
| ۸ | ۶۰ | مرد | کارشناسی رادیولوژی | سوپروایز تصویربرداری | ۳۹ | تصویربرداری | + |
| ۹ | ۳۸ | زن | کارشناسی پرستاری | پرستار کووید | ۱۴ | ICUکووید | + |
| ۱۰ | ۳۹ | زن | کارشناسی پرستاری | سرپرستار | ۱۷ | ICUکووید | + |
| ۱۱ | ۴۵ | زن | کارشناسی پرستاری | سوپروایزر | ۲۰ | دفتر پرستاری | + |
| ۱۲ | ۳۵ | زن | کارشناسی پرستاری | پرستار اورژانس | ۱۰ | اورژانس | + |
| ۱۳ | ۳۳ | زن | کارشناسی پرستاری | پرستار کووید | ۹ | ICUکووید | + |
| | ۵۵ | مرد | متخصص قلب | پزشک | ۲۰ | ICUکووید | + |

تعداد ۲۲۷ کد اولیه در کدگذاری به دست آمد که در جدول (۲) نمونه‌ای از آن اشاره‌شده است.

**جدول ۲: نمونه‌ای از کدگذاری اولیه**

| شماره مصاحبه | کد اولیه | متن | کاراکتر | درصد |
|---|---|---|---|---|
| Document (1) | اشتراک گذاشتن کیس های سخت | کیس سخت مطرح نشه هر شب ما کیس‌های سخت و سنگین داشتیم از دوردست‌ترین مناطق ایران کیس میذاشتن که گاها من خودم به صورت خصوصی پیام میدم | ۱۲۵ | ۳/۸۳ |
| Document (1) | تعامل خارج از بیمارستان برای کیس بیماری | همکاران خارج از کشور از این کیس ها ارسال می‌کردن | ۴۸ | ۱/۴۷ |

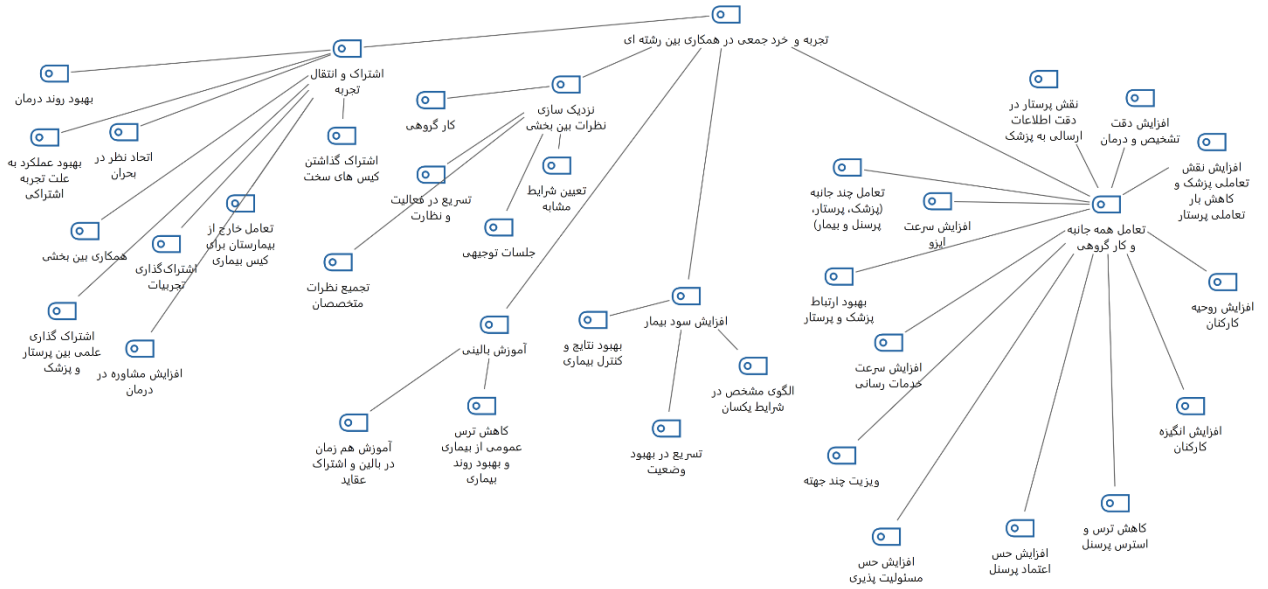
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Document (1) | احساس مسئولیت بیشتر متخصصان | نیاز به احساس مسئولیت بیشتر متخصصان | ۲۷ | ۰/۸۳ |
| Document (1) | فرار از بحران | فرار از بحران همه‌گیر شده بود | ۱۷ | ۰/۵۲ |
| Document (1) | عدم کار تیمی | کار تیمی نبود | ۱۳ | ۰/۴۰ |
| Document (1) | ترک کار همکاران | بسیاری از همکاران ترک کار کردن | ۳۰ | ۰/۸۲ |
| Document (1) | تلاش برای بازنشستگی پیش از موعد | خیلیا به‌زور خودشان را بازنشست کرده اند. | ۲۹ | ۰/۸۹ |
| Document (1) | تجهیزات کم | تجهیزات کم بود | ۱۴ | ۰/۴۳ |
| Document (1) | نقش جلسه توجیهی در کاهش استرس روحی | نقش جلسات توجیهی که خیلی مهم هستش و کمک فراوانی از نظر روحی به پرسنل درمان میشه خیلی کمک کننده بود. | ۷۷ | ۲/۳۶ |

در جدول ۳ یادداشت‌های در عرصه و تطبیق آن با مضامین پایه به‌صورت نمونه آورده شده است.

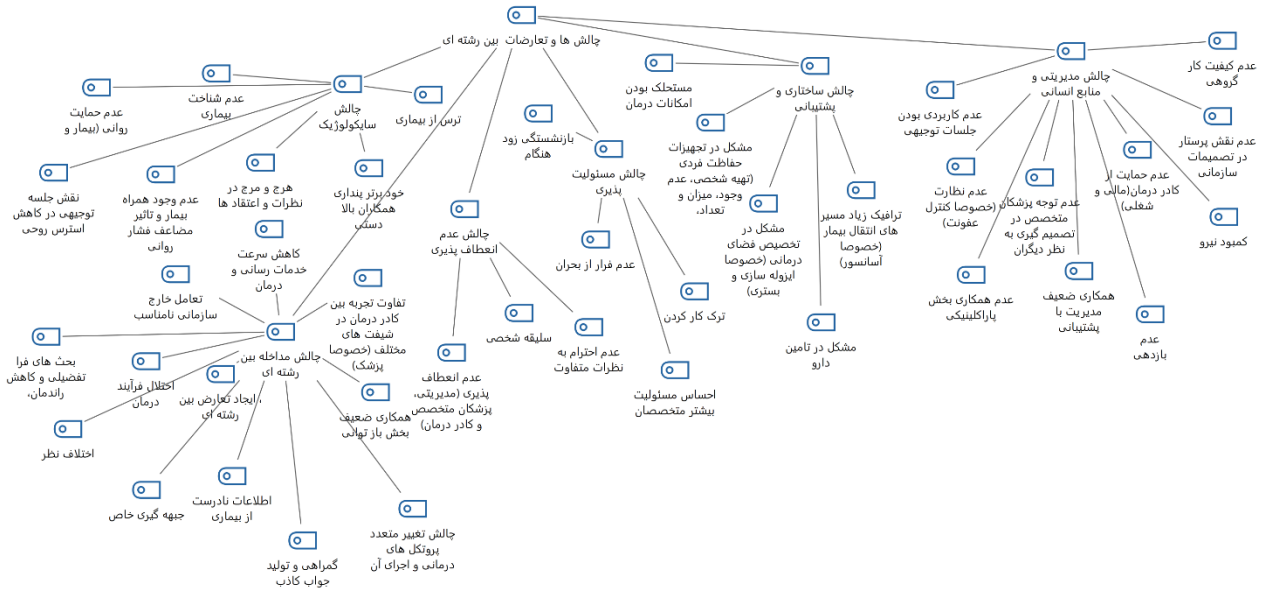
**جدول ۳: یادداشت‌های در عرصه و تطبیق آن با مضامین پایه (تعدادی به‌عنوان نمونه)**

| یادداشت | مضمون پایه تطبیق شده |
|---|---|
| یکی از نکاتی مثبت تعاملات بین بیمارستانی و اشتراک کیس ها است که در همکاری باید لحاظ شود. | اشتراک‌گذاری تجربیات |
| | تعامل خارج از بیمارستان برای کیس بیماری |
| | بهبود عملکرد به علت تجربه اشتراکی |
| تجمیع نظرات در جلسات توجیهی بسیار سخت بوده و باید به این موضوع دقت شود، دوگانگی در پاسخ به این موضوع در چند مصاحبه به‌وفور یافت می‌شود. | جلسات توجیهی |
| | تجمیع نظرات متخصصان |
| | کار گروهی |
| مشکل در تریاژ باید حل‌شده و افزایش سرعت خدمات‌رسانی با توجه به وضعیت تعاملی مشخص شود شاید این موضوع در وضعیت پرسنل نهفته باشد | افزایش سود بیمار |
| | افزایش سرعت خدمات‌رسانی |
| مشکل پشتیبانی در دارو و تجهیزات حفاظت فردی نقطه تنش است و وضعیت تصمیم‌گیری در پخش نیز باید حل شود. | همکاری ضعیف مدیریت با پشتیبانی |
| | چالش مدیریتی و منابع انسانی |

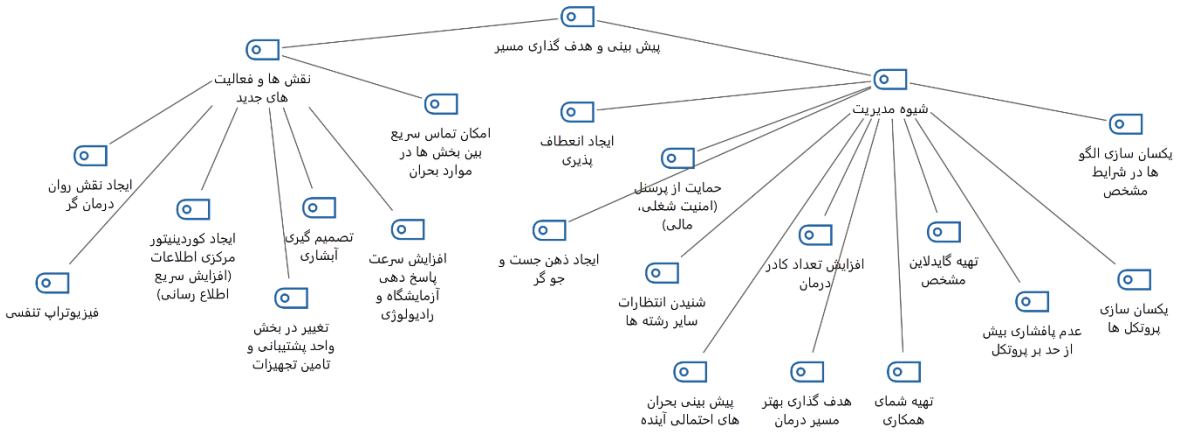
با توجه به روش کلارک و بروان، برای تعیین مضامین پایه و مضامین سازمان دهنده و مضامین فراگیر بازنگری صورت گرفته و تعداد ۹۶ مضمون پایه، ۱۳ مضمون سازمان دهنده و ۳ مضمون فراگیر به تفکیک به شرح نمودارهای ۱ الی ۳ بوده است. با توجه به خروجی نرم‌افزار مکس کیو دا نمودار های هر مضمون فراگیر به شرح زیر است:




نمودار ۱ خروجی نرم‌افزار مکس کیو دا در مضمون تجربه و خرد جمعی در همکاری بین‌رشته‌ای




نمودار ۲ خروجی نرم‌افزار مکس کیو دا در مضمون چالش‌ها و تعارضات بین‌رشته‌ای




نمودار ۳ خروجی نرم‌افزار مکس کیو دا در مضمون پیش‌بینی و هدف‌گذاری مسیر

## بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر باهدف تبیین تجارب همکاری میان‌رشته‌ای بالینی (تیم تشخیصی، درمانی و مراقبتی) در بحران کرونا در بیمارستان دی تهران انجام شد.

اهداف این پژوهش متمرکز بر تجارب به‌دست‌آمده از همکاری بین پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان طی بحران کرونا در بیمارستان خصوصی دی بوده است که سه بخش زیر با دیگر تجارب بین‌المللی و مشابه مقایسه شد:

نتایج پژوهش حاضر در بخش مضمون سازمان دهنده اشتراک و انتقال تجربه نشان داد که همسو با نتایج پژوهش حاضر همکاری بین‌رشته‌ای باعث افزایش اشتراک‌گذاری نظرات و افزایش اتحاد نظر در بحران کرونا شده است، همان‌طور که ون ایف و همکاران (۲۰۲۱) بیان داشته‌اند که همکاری‌های بین‌رشته‌ای در دوران کرونا باعث افزایش مشارکت پزشکان متخصص و اشتراک‌گذاری نظرات و حتی اشتراک‌گذاری خطراتی که برگرفته از شرایط کرونا و تصمیمات اشتباه نیز باشد شده است (۱۰). از منظر دیگر این همکاری‌های بین‌رشته‌ای باعث افزایش همکاری‌های بین بخشی و بهبود عملکرد به علت تجربه اشتراکی شده که همسو با نتایج پژوهش حاضر کوناک و همکاران (۲۰۲۱) اعتقاد داشته‌اند که ایجاد واحدهای بین بخشی و افزایش ظرفیت‌های آزمایشگاهی حاصل همین تجارب همکاری بین‌رشته‌ای بوده است و حتی واحد مدیریت و کنترل بحران کرونا نیز به وجود آمده است (۱۱). از طرفی دیگر این نوع همکاری‌های بین‌رشته‌ای باعث افزایش تعامل و اشتراک‌گذاری علمی بیشتری بین پزشکان و پرستاران شده و بررسی کیس های سخت بیماری حتی بین بیمارستانی بیشتر شده است که همسو با نظر پژوهش حاضر ویلیام و همکاران (۲۰۲۰) اذعان کرده‌اند که باید تمامی پرستاران به‌واسطه همکاری‌های بین‌رشته‌ای همکاران و سایر پزشکان چند رشته‌ای نقش فعالی را در افزایش آگاهی‌رسانی و فعالیت‌های مبتنی بر علم حاصل از فرآیند بالین را داشته و حتی توسط مؤسسات در افزایش آگاهی داشته باشند (۱۲). بدیهی است که روند درمان بیماری خصوصاً از نوع ناشناخته‌ای همچون کرونا، نیاز به همکاری بین‌رشته‌ای در جهت تسریع درروند بهبود بیماری امری لازم است که خود به و خود باعث افزایش روند گرفتن مشاوره در جهت درمان خواهد شد بااین‌حال متفق‌القول نیز مصاحبه‌های انجام‌شده در

پژوهش حاضر به این مسئله اذعان داشته و همسوی با آن لیو و همکاران (۲۰۲۰) نیز بیان داشته‌اند که تجارب به وجود آمده در حین کار و بالین به‌واسطه ارتباط و همکاری چند رشته‌ای خصوصاً در بهبود آشکار بیماران بدحال بسیار مشهود و لازم بوده است (۱۳).
مصاحبه‌شوندگان این پژوهش جلسات توجیهی را از نقاط قوت و حتی ضعف شناسایی کرده و به صورتی دوپهلو در این مورد خاص نظر داده‌اند که در بخش چالش‌ها به نقاط منفی آن در ذیل اشاره خواهد شد. نقاط قوت احصاء شده از پژوهش حاضر برافزایش کار گروهی و تسریع در فعالیت‌ها و نظارت‌های لازم و تعیین شرایط مشابه از طریق نزدیک سازی نظرات بین بخشی و تجمیع نظرات متخصصان تأکید داشته که همسو با پژوهش حاضر جولسگارد و همکاران (۲۰۲۲) جلسات توجیهی و حتی شبیه‌سازی و سناریوسازی در این جلسات می‌تواند منجر به افزایش آگاهی و افزایش مؤثر تغییرات سازمانی شده که به‌واسطه افزایش کار تیمی حاصل شد (۱۴).
پژوهش حاضر نشان داد که همکاری‌های بین‌رشته‌ای نتایج مثبتی را در آموزش هم‌زمان در بالین و اشتراک عقاید و کاهش ترس عمومی از بیماری و بهبود روند بیماری ایجاد نموده و خصوصاً ترس شدید اولیه بیماری را حتی در پزشکان و پرستاران کاهش دهد زیرا ترس از بیماری حاصل عدم شناخت کافی است. همسو با نتایج حاضر لیو و همکاران (۲۰۲۰) بیان داشته‌اند که تجربیات بالینی و یادگیری اکتشافی حاصل از آن در ترکیب ارتباط و همکاری با یک تیم چند رشته‌ای کمک بسیاری را در کاهش عدم اطمینان و ترس از بیماری کرونا داشته است (۱۳).
مصاحبه‌شوندگان به‌صورت جمعی هم‌عقیده بوده‌اند که مهم‌ترین مسئله خصوصاً در کنترل پاندمی های این‌چنینی شبیه کرونا، تسریع در کنترل بیماری، بهبود نتایج و افزایش سود مادی و معنوی بیمار بوده که حاصل از همکاری‌های بین‌رشته‌ای است درواقع رسالت همه تیم‌های درمانی و تحقیقات پزشکی استوار برافزایش سرعت و بهبود مؤثر بیمار به‌واسطه افزایش سودهای مالی و معنوی بیمار نهفته است و راهی جز همکاری بین‌رشته‌ای نیز وجود ندارد. همسو با نتایج پژوهش مارک فقی و همکاران (۲۰۲۱) نیز بیان داشته‌اند که برای بهبود نتایج برای بیماران مبتلابه کووید-۱۹ نیاز به اتخاذ یک‌یک رویکرد واقعاً چند رشته‌ای و مشارکتی است، که خدمات پزشکی و بالینی را در کنار آن‌هایی که با رشته‌هایی مانند علوم ورزشی، مهندسی، نرم‌افزار و فن‌آوران دیجیتال همسو هستند گرد هم آورد و می‌تواند برای گسترش پایگاه دانش و پشتیبانی از ارائه خدمات متحد شود (۱۵).
پژوهش حاضر نشان داد که همکاری‌های بین‌رشته‌ای باعث ایجاد یک تعامل همه‌جانبه شده که خصوصاً در بیمارستان دی عامل ایجاد تعامل چندجانبه (پزشک، پرستار، پرسنل و بیمار)، افزایش سرعت ایزوله، بهبود ارتباط پزشک و پرستار، بهبود، نقش پرستار در دقت اطلاعات ارسالی به پزشک، افزایش سرعت خدمات‌رسانی، افزایش دقت تشخیص و درمان به‌واسطه ویزت های چند جهتِ شده است. همسو با پژوهش حاضر، شن و همکاران (۲۰۲۱) بیان داشته‌اند که اشتراک‌گذاری داده‌های اپیدمیولوژیک به‌واسطه یک تیم پزشکی چند رشته‌ای باعث بهبود ارتباطات و افزایش دقت و اطلاع‌رسانی شده و همچنین در ایزوله کردن سریع بیماران نقش بسیار مهمی را دارد (۱۶).
یکی از چالش‌ها و نکات منفی که بیشتر مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره‌کرده‌اند، عدم‌حمایت‌های روانی و خصوصاً ترس از بیماری در سال اول پاندمی به وجود آمده بوده که حتی سبب ترک کار پرستاران و دیگر کارکنان کادر درمان شده است مطرح بود. البته دلیل این موضوع هم بیشتر از عدم شناخت بیماری نشاءت گرفته و نیاز بر این بوده که به‌واسطه همکاری‌های بین‌رشته‌ای این حمایت‌های روانی صورت پذیرد که اتفاقی در این خصوص صورت نگرفته و یا ناقص بوده است. حتی این امر در بیماران تشدید دوچندان داشته و عدم وجود همراه بیمار و تأثیر مضاعف فشار روانی باعث تأثیر منفی درروند درمان شده است. همسو با پژوهش حاضر ویلیام و همکاران (۲۰۲۰) و ورنهون و همکاران (۲۰۲۰) عقیده داشته‌اند که افزایش همکاری‌های بین‌رشته‌ای و به طبع آن کار تیمی می‌تواند مراقبت‌های تسکینی بیشتری را به همراه داشته باشد و همچنین در جهت بهبود کارایی پرسنل درمان نیاز است تا با استفاده از راهکارهای روان‌شناختی به کاهش استرس کادر درمان و بیماران کمک شود (۱۲, ۱۷).
یکی از مسائلی که پزشکان متخصص مصاحبه شده و پرستارانی که در بخش کرونا فعالیت داشته‌اند به آن تأکید کرده‌اند، خصوصاً درزمانی که هنوز اطلاعات اندکی در این حوزه وجود داشت، ایجاد تعارض‌های بوده که به‌واسطه همکاری بین‌رشته‌ای ایجادشده و باعث

تولید اطلاعات نادرست از بیماری و اختلاف‌نظر در امر درمان بوده و متأسفانه جبهه‌گیری خاص پزشکان متخصص با پافشاری بسیار بر نظر خود و تحمیل آن به دیگران ایجادشده که به طبع آن باعث اختلال فرآیند درمان، کاهش سرعت خدمات‌رسانی و درمان و گمراهی و تولید جواب کاذب شده است. از طرفی دیگر عدم انعطاف‌پذیری مناسب در کار تیمی و واگذاری تمام مسئولیت درمان و تصمیم‌گیری به یک شخص پزشک به‌جای شورای پزشکی، اعمال سلیقه‌های شخصی و عدم احترام به نظرات متفاوت چالشی بزرگ را خصوصاً در اویل پاندمی ایجاد نماید که مستلزم اتخاذ راهکارهایی عملی برای جلوگیری از بروز چنین تجربه‌های تلخی در حوزه درمان شود. همسو با پژوهش حاضر ملاندورین و دمیکلیس (۲۰۲۰) اعتقاد داشته با استفاده از رویکرد اصل همکاری و وفاداری در حوزه همکاری‌های بین‌رشته‌ای می‌توان از بروز چنین مسائلی جلوگیری کرد (۱۸) و شهاتا و همکاران (۲۰۲۰) در تائید پژوهش حاضر بیان داشته‌اند که جزء لاینفک همکاری‌های بین‌رشته‌ای خصوصاً در زمان بحران به وجود آمدن برخی تصورات غلط و ناهماهنگی در موردتوافق بر سر معنای همکاری بین‌رشته‌ای در طول بحران است و باید با استفاده از اتخاذ راهکار مناسب از آن جلوگیری کرد (۱۹).

یکی دیگر از تجارب منفی خصوصاً در زمان پاندمی که باعث اختلال در امر همکاری بین‌رشته‌ای شده، عدم مسئولیت‌پذیری در قبال بیمار بوده که خود را به‌صورت فرار از بحران نشان داده و بسیاری از همکاران ترک کار کردن یا خود را به‌واسطه داشتن روابطی خارج از مقررات سازمانی و یا توسل به‌اجبار و فشار بازنشسته کرده تا از مسئولیت خود شانه خالی کنند و حتی متخصصین نیز احساس مسئولیت مناسب را نداشته و از ویزت متعدد شانه خالی کرده و یا ویزت و تجویز به‌صورت حضور فیزیکی و بالینی صورت نپذیرفته است. همسو با نتایج پژوهش حاضر ون ایف و همکاران (۲۰۲۱) عنوان کرده‌اند که مصاحبه با کارکنان بالینی نشان از عدم مسئولیت‌پذیری کادر درمان داشته که باید از طریق مدیریتی و بعد رهبری مدیریت این مسئله حل شود (۱۰).

یکی دیگر از چالش‌هایی که بیمارستان دی با آن مواجه داشته و باعث تداخل در همکاری‌های بین رشته و بخشی شده است، مشکلات ساختاری و پشتیبانی بوده که در پاندمی کرونا وجود داشته است. در اوایل پاندمی و حتی حال حاضر چال مشکل در تأمین دارو و عدم توانای مانور دارویی به‌واسطه تشخیص‌های چندجانبه و تجهیزات حفاظت فردی با تلورانسی در مشکلاتی چون (تهیه شخصی، عدم وجود، میزان و تعداد، استفاده طولانی‌مدت) تجربه‌ای بوده که شاید به‌صورت عام نیز قابل‌تعمیم باشد ولی مشکل محلی که تداخل در همکاری را ایجاد کرده ترافیک زیاد مسیرهای انتقال بیمار (خصوصاً آسانسور)، مستهلک بودن امکانات درمان، مشکل در تخصیص فضای درمانی (خصوصاً ایزوله سازی و بستری) بوده است که باعث مشکلاتی چون عدم قطعیت تشخیص بیماری و مشکلات انتقال سریع و تداخلات درمانی و عدم ایزوله مناسب به علت انتقال تمامی بیماران با یک لاین آسانسور است؛ که شاید حل چنین مشکلاتی به‌صورت اساسی غیرقابل انجام بوده و نیاز به بودجه‌های بسیار و حتی همکاری‌های بین متخصصین برای چگونگی حل این بحران‌ها برای بیمارستان‌هایی با فضای کم باشد.

تجربیات منفی و چالش‌هایی دیگری که در مصاحبه‌ها عنوان‌شده، چالش شیوه مدیریت بوده که تأثیراتی سوء در همکاری بین‌رشته‌ای داشته و بررسی‌های محلی نشان داده که عدم همکاری بخش‌های پاراکلینیکی، عدم نظارت (خصوصاً کنترل عفونت)، عدم توجه پزشکان متخصص در تصمیم‌گیری به نظر دیگران، عدم نقش پرستار در تصمیمات سازمانی با توجه به ارتباط بیشتر پرستاران با بیمار و شرایط بیمارستان، عدم بازدهی مناسب جلسات و حتی تصمیمات اتخاذشده و عدم کاربردی بودن جلسات توجیهی به علت اینکه جلسات بیشتر به ارائه آمار و روزمرگی بوده تا متنج شدن به راهکار، چالش تغییر متعدد پروتکل‌های درمانی و اجرای آن، هرج و مرج در نظرات و اعتقاد ها که شاید در اوایل از عدم اطلاع کامل از بیماری نشاءت گرفته و کمبود نیرو خصوصاً متخصص به علت اینکه نمود خود را در تفاوت تجربه بین کادر درمان در شیفت‌های مختلف (خصوصا پزشک) کاملاً نمایان ساخته و باید با استفاده از تجارب همکاری راهکاری برای این مسائل اندیشیده شود، از طرفی دیگر بحث‌های فرا تفضیلی باعث سردرگمی بیشتر همکاران شده و نیاز به ساده‌سازی و کاربردی سازی تصمیمات است تا باعث کاهش راندمان کاری نشود همچنین از طرفی این موضوع از خود برتر پنداری همکاران بالادستی و پافشاری در تصمیمات نا به‌جا نشاءت گرفته که شاید به علت موضوعات حتی سیاسی و کمبود امکانات نیز مطرح‌شده باشد. همسو با نتایج پژوهش حاضر بیشتر پژوهش‌ها نشان داده که کمبود نیروی کاری در بیمارستان و خصوصاً پرستاران و پزشکان موضوعی

شایع در پاندمی کرونا بوده و باید راه‌حل‌های غیر سنتی را در جهت حفظ کارکنان اتخاذ کرده و با افزایش امکانات کاری، بها دادن به کارکنان و افزایش استخدام کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به چنین معضل‌هایی رسیدگی کرد (۲۰-۲۲).

پژوهش حاضر نشان داده که نیاز به تعریف نقش‌های جدیدی در کادر درمان بوده تا باعث بهبود راندمان درمان و افزایش همکاری‌های بین‌رشته‌ای خصوصاً در مواردی همچون پاندمی کرونا شود که شامل: ایجاد نقش روان‌درمانگر برای افزایش حمایت‌های روانی شده که تجربه همسو با پژوهش حاضر توسط سیلور و همکاران (۲۰۲۰) تائید شده است (۲۳). همچنین نقش فیزیوتراپ تنفسی موردنیاز بوده که همسو با نتایج حاضر توسط ویتاکا و همکاران (۲۰۲۰) تائید شده و بیان شده که نیاز به بااین‌حال، با توجه به دانش محدود و در حال تکامل درباره COVID-19، توصیه‌های کمی در موردنیاز به مداخلات توان‌بخشی تنفسی و فیزیوتراپی وجود دارد (۲۳). همچنین مصاحبه‌شوندگان پیشنهاد کرده‌اند تا یک کوردینیتور مرکزی اطلاعات در بیمارستان ایجادشده تا بتوان به‌سرعت بیشتری به اطلاعات جلسات، نیازهای درمانی و پروتکل‌های جدید دسترسی داشته و آن‌ها را نقد کرد تا سرعت گردش اطلاعات بیشتر شود.

راهکار دیگری که ارائه‌شده در موردحمایت های روانی مطرح‌شده و البته بیشتر مصاحبه‌شوندگان راهکاری عملی در این بخش ارائه نداده و فقط نیاز به مشاوره‌های روان‌درمانان را ارائه کرده و نیاز به افزایش حس مسئولیت‌پذیری، افزایش روحیه کارکنان، افزایش حس اعتماد کارکنان، کاهش ترس و استرس کارکنان، افزایش انگیزه کارکنان را در خصوص عدم اختلال در همکاری‌های بین‌رشته‌ای مطرح کرده‌اند که باید در این زمینه بررسی‌های تفضیلی صورت بپذیرد.

راهکارهای مدیریتی پیشنهادشده در پژوهش حاضر مطرح‌شده که شامل موارد ایجاد ذهن جست‌وجوگر برای کارکنان بوده تا با افزایش اطلاعات خود درزمینه های مختلف بتوانند تجربیات بیشتری را انتقال دهند. از طرفی دیگر نیاز به افزایش سرعت پاسخ‌دهی و دقت آن در آزمایشگاه بسیار احساس نیاز شده به‌این‌علت که تأخیر در ایزوله سازی را ایجاد کرده و به علت سرعت پیشرفت بیماری نیز تأخیر درروند درمان جایز نیست. برای تصمیم‌گیری مدل آبشاری از بالا به پایین پیشنهادشده که البته بازهم بسیاری از کارکنان نقدهایی به این مدل داشته و احساس می‌کنند که باید مشارکت مستقیم در تصمیم‌گیری داشته باشند که این موضوع نیز نیاز به کنکاش بیشتری برای راه‌حل‌های بهتر دارد، البته مصاحبه‌شوندگان به علت عدم احساس مسئولیت‌پذیری موجود نیز بیان داشته که مشارکت مستقیم خود محلی از اعراب نداشته و افراد از زیر مسئولیت شانه خالی می‌کنند که به‌زعم نظر پژوهش‌گر با توجه به وضع موجود همان تصمیم‌گیری آبشاری فعلاً تنها راهکاری همه‌ی بوده تا فرهنگ‌سازمانی تغییر نماید. البته الزامات قانونی نیز از طرفی حمایت‌های لازم را از کارکنان نداشته و امنیت شغلی آن‌ها را برای تصمیم‌گیری زیر سؤال می‌برد. یکی از مواردی که خصوصاً پزشکان و پرستاران به آن اشاره داشته‌اند، امکان برقراری تماس سریع خصوصاً در موارد بحران در بین بخش‌ها و افراد را خواستار شده و موارد تماس سنتی با تلفن را جزء ضعف در همکاری‌های بین‌رشته‌ای برشمرده‌اند.

یکی از مسائلی که بیشتر در ابتدای بحران کرونا احساس شده گایدلاین های متفاوت عرضه‌شده و سرعت‌پایین اطلاع‌رسانی بوده که نیاز است تا تمهیداتی اندیشیده شود تا پروتکل‌ها یکسان و الگوهای تشخیص درمانی یکسان‌سازی شده و پافشاری بیش‌ازحد بر پروتکل صورت نگیرد که راه‌حل آن نیز به‌زعم نظر افراد تهیه شمای همکاری و مشخص شدن وظایف سازمانی دقیق حاصل خواهد شد.

## References

1.Natale JE, Boehmer J, Blumberg DA, Dimitriades C, Hirose S, Kair LR, et al. Interprofessional/interdisciplinary teamwork during the early COVID-19 pandemic: experience from a children's hospital within an academic health center. Journal of Interprofessional Care. 2020;34(5):682-6.
2.Razonable RR, Pennington KM, Meehan AM, Wilson JW, Froemming AT, Bennett CE, et al. A Collaborative Multidisciplinary Approach to the Management of Coronavirus Disease 2019 in the Hospital Setting. Mayo Clinic Proceedings. 2020;95(7):1467-81.
3.Michalec B, Lamb G. COVID-19 and team-based healthcare: The essentiality of theory-driven research. Journal of Interprofessional Care. 2020;34(5):593-9.
4.Donnelly C, Ashcroft R, Bobbette N, Mills C, Mofina A, Tran T, et al. Interprofessional primary care during COVID-19: a survey of the provider perspective. BMC Family Practice. 2021;22(1):31.
5.Aase I, Aase K, Dieckmann P. Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: A content analysis. Journal of Interprofessional Care. 2013;27(3):238-45.
6.Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences. 2017;48(2):207-16.
7.Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. Human Resources for Health. 2013;11(1):19.
8.Saint-Pierre C, Herskovic V, Sepúlveda MJFp. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. 2018;35(2):132-41.
9.Lutfiyya MN, Chang LF, McGrath C, Dana C, Lipsky MSJPo. The state of the science of interprofessional collaborative practice: A scoping review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018. 2019;14(6):e0218578.
10.von Eiff MC, von Eiff W, Ghanem M. Value-based leadership in turbulent times: lessons from the Corona crisis and recommendations for post-pandemic management in the health sector. Leadership, Education, Personality: An Interdisciplinary Journal. 2021;3(2):157-69.
11.Kunac N, Bezić J, Vuko A, Bašić Ž, Jerković I, Kružić I, et al. BUILDING THE COVID-19 TESTING CAPACITIES IN CROATIA: ESTABLISHING THE INTERDEPARTMENTAL COVID-19 UNIT AT THE SPLIT UNIVERSITY HOSPITAL CENTRE. Acta clinica Croatica. 2021;60(2):254-8.
12.Rosa WE, Gray TF, Chow K, Davidson PM, Dionne-Odom JN, Karanja V, et al. Recommendations to Leverage the Palliative Nursing Role During COVID-19 and Future Public Health Crises. Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association. 2020;22(4):260-9.

13.Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. The Lancet Global Health. 2020;8(6):e790-e8.
14.Joachim J, Bo L, Neel T, Gitte Valsted E, Lotte E, Rune Dall J. Healthcare professionals' experience of using in situ simulation training in preparation for the COVID-19 pandemic: a qualitative focus group study from a Danish hospital. BMJ Open. 2022;12(1):e056599.
15.Faghy MA, Arena R, Stoner L, Haraf RH, Josephson R, Hills AP, et al. The need for exercise sciences and an integrated response to COVID-19: A position statement from the international HL-PIVOT network. Progress in Cardiovascular Diseases. 2021;67:2-10.
16.Shen Y-T, Chen L, Yue W-W, Xu H-X. Digital Technology-Based Telemedicine for the COVID-19 Pandemic. 2021;8.
17.Veronique V, Giannoula T, Hilde P, Paul Van R. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. BMJ Open. 2020;10(6):e039674.
18.Malandrino A, Demichelis E. Conflict in decision making and variation in public administration outcomes in Italy during the COVID-19 crisis. European Policy Analysis. 2020;6(2):138-46.
19.Shehata MH, Abouzeid E, Wasfy NF, Abdelaziz A, Wells RL, Ahmed SAJJoME, et al. Medical education adaptations post COVID-19: an Egyptian reflection. 2020;7:2382120520951819.
20.Al Thobaity A, Alshammari FJDMJ. Nurses on the frontline against the COVID-19 pandemic: an integrative review. 2020;3(3):87-92.
21.Casafont C, Fabrellas N, Rivera P, Olivé-Ferrer MC, Querol E, Venturas M, et al. Experiences of nursing students as healthcare aid during the COVID-19 pandemic in Spain: A phemonenological research study. Nurse Education Today. 2021;97:104711.
22.Gab Allah AR. Challenges facing nurse managers during and beyond COVID-19 pandemic in relation to perceived organizational support. Nursing Forum. 2021;56(3):539-49.
23.Silver Z, Coger M, Barr S, Drill R. Psychotherapy at a public hospital in the time of COVID-19: telehealth and implications for practice. Counselling Psychology Quarterly. 2021;34(3-4):499-507.