

موانع اجرایی مراقبت تیمی و آموزش بین حرفه‌ای: دیدگاه‌های مدیران آموزشی نظام سلامت کشور

زهره وفادار، زهره ونکی*، عباس عبادی

چکیده

مقدمه: امروزه رویکردهای آموزشی بین حرفه‌ای، همکاری بین حرفه‌ای و مراقبت تیمی به ضرورتی اجتناب‌ناپذیر جهت مقابله با نیازهای سلامتی جوامع تبدیل شده است. تناقض موجود بین ضرورت ارائه مراقبت تیمی در مراکز درمانی و عدم اولویت‌دهی و یا به‌کارگیری رویکردهای آموزشی تیم محور و بین حرفه‌ای در برنامه‌های آموزشی نظام سلامت کشور، زمینه‌ی انجام مطالعه‌ای با هدف تبیین موانع اجرایی مراقبت تیمی و آموزش بین حرفه‌ای از دیدگاه مدیران مراکز آموزشی نظام سلامت در ایران گردید.

روش‌ها: مطالعه‌ی کیفی از نوع تحلیل محتوی و با رویکرد قراردادی در طی شهریور ماه ۹۲ تا تیرماه ۹۳ با مصاحبه‌ی انفرادی نیمه ساختارمند با ۱۶ نفر از مدیران، معاونین و محققان دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی کشور، با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. کلیه مصاحبه‌ها پس از پیاده سازی با استفاده از نرم افزار MAXQD مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: موانع تبیین شده از دیدگاه مدیران شامل دو طبقه‌ی اصلی و هشت زیر طبقه بود، طبقات اصلی موانع فرهنگی-نگرشی و موانع ساختاری - عملکردی بود، موانع فرهنگی-نگرشی، زیر طبقات ضعف تفکر سیستمیک، فرهنگ فردگرایی، حرفه‌گرایی، پزشک سالاری و الگوهای نقش را در برداشت و موانع عملکردی - ساختاری، زیر طبقات ساختار مدیریت، رشدنیافتگی مدیریت آموزشی، شناخت ناکافی و شواهدضعیف را شامل شد.

نتیجه‌گیری: موانع موجود و تأثیرپذیری آن‌ها از یکدیگر، با ایجاد یک چرخه‌ی معیوب، مانع اجرای مراقبت تیمی و به‌کارگیری رویکردهای آموزشی تیم محور در نظام سلامت شده‌اند. با توجه به این که تغییرات فرهنگی و نگرشی در طولانی مدت رخ می‌دهند، بایستی با تغییر ساختارها در مدیریت آموزشی و اجرای برنامه‌های آزمایشی آموزش بین حرفه‌ای و گسترش تحقیقات و شواهد در این زمینه به سمت تغییر فرهنگ و نگرش و اجرای مراقبت تیمی و رویکردهای آموزشی تیم محور حرکت کرد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت تیمی، آموزش بین حرفه‌ای، مدیران آموزشی، نظام سلامت

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهمن ۱۳۹۳؛ ۱۴(۱۱): ۹۴۳ تا ۹۵۶

مقدمه

آموزش علوم سلامت از زیر بنایی‌ترین و بنیادی‌ترین

ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جوامع بوده، که مطلوب‌ترین پیامد آن ارتقای سطح سلامت تک تک افراد جامعه، رشد، تداوم و توسعه‌ی پایدار ملت‌ها است (۱ و ۲). مهم‌ترین رسالت سازمان‌های آموزشی در عرصه سلامت، پاسخ‌گویی به نیازهای متفاوت و متغیر مراقبت سلامتی بوده، به گونه‌ای که هر نوع تغییر رخ داده در جامعه را شامل شده و هماهنگ با واقعیات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانشناختی جوامع ارائه گردد (۳).

* نویسنده مسؤل: دکتر زهره ونکی (دانشیار)، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. vanaki_z@modares.ac.ir
زهره وفادار (مربی)، دانشجوی دکتری پرستاری، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری، مرکز مدیریت تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران. zohrehvafadar@gmail.com؛ دکتر عباس عبادی (دانشیار)، گروه مدیریت، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران. ebadi1347@bmsu.ac.ir
تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۶/۲۳، تاریخ اصلاحیه: ۹۳/۸/۱۷، تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۸

قزاقستان (Alma Ata) آموزش چند حرفه‌ای (MPE multiprofessional education) را برای بهبود عملکرد تیمی و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها مطرح و یک دهه بعد در سال ۱۹۸۸، آموزش بین‌حرفه‌ای (IPE Interprofessional education)) را به عنوان بهترین راهبرد تربیت نسل جدیدی از نیروهای سلامت در ارائه مراقبت تیمی و ارتقای ایمنی مراقبت‌ها و سلامت جوامع به جهان معرفی کرد (۱۳ و ۱۴).

محور مرکزی در این رویکرد آموزشی، تعامل هدفمند بین دانشجویان حرفه‌های مختلف سلامت و یادگیری از هم، با هم و درباره‌ی هم در جهت دستیابی به یک شناخت و درک متقابل، مسؤولیت جمعی و هدف مشترک در آنان است (۱۵ تا ۱۷). به گونه‌ای که آنها را برای ارائه مراقبت تیمی همکارانه، ایمن، جامع و یکپارچه از بیمار و ارتقای پیامدهای مراقبت و درمان آماده و توانمند سازد (۱۸ تا ۲۳). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ طی گزارشی مبتنی بر یک تحقیق میدانی در عرصه‌ی بین‌المللی، چهارچوبی کلی برای اجرای آموزش بین‌حرفه‌ای را با تغییر در ۳ حوزه شامل نظام‌های مدیریت آموزش سلامت، محیط‌های آموزشی و محیط‌های بالینی در مراکز آموزش سلامت ارائه کرده است. در این گزارش، سازمان مذکور با به کمک طلبیدن کشورهای مختلف در مناطق شش‌گانه‌ی خود تأکید نموده که اکنون زمان اجرا و توسعه آموزش بین‌حرفه‌ای به عنوان یک راهکار نوین در مقابله با چالش‌های ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی بیمار محور فرارسیده و ضرورت یک تغییر فرهنگ در سازمان‌های بهداشتی و آموزشی به سمت آموزش بین‌حرفه‌ای و همکاری و تعامل بین‌حرفه‌ای الزامی و اجتناب‌ناپذیر است (۲۴ تا ۲۵).

در حالی که جامعه ما نیز همانند بسیاری از کشورهای دنیا با چالش‌های عمده‌ای در کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها روبرو بوده و از ضعف فرهنگ کار تیمی در حوزه سلامت به شدت رنج می‌برد (۲۶ تا ۲۹)، ولی متأسفانه

نیازهای مراقبت سلامتی بشر امروزی بسیار پیچیده‌تر از آن است که یک تخصص و یا یک گروه حرفه‌ای خاص به تنهایی بتواند پاسخ‌گوی آن باشد، بلکه تیمی منسجم از حرفه‌های مختلف علوم سلامت با ارتباطاتی مؤثر و سازنده نیاز است تا نیازهای فزاینده بشر در محیطی پیچیده و متأثر از عوامل مختلف مرتفع گردد (۸ تا ۴). از این رو همکاری بین‌حرفه‌ای و مراقبت تیمی به ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در مقابله با نیازهای سلامتی جوامع و ارتقای امنیت و کیفیت در خدمات مراقبت سلامتی تبدیل شده است (۹ و ۱۰). در همین راستا میزان توانایی و آمادگی سازمان‌های آموزشی به تربیت و پرورش نیروهایی که توانمند به ارائه مراقبت تیمی باشند، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده سلامت، کیفیت زندگی و رشد جوامع در سال‌های آتی خواهد بود.

وزارت بهداشت و درمان ایران در گزارش خود تحت عنوان دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، توسعه‌ی نامتقارن در آموزش پزشکی، تأکید بر تخصصی‌گرایی در کنار تغییر الگوی بیماری‌ها و سبک زندگی، عدم یکپارچگی سیستمی و وجود تفکر جزیره‌ای، عدم ادغام افقی و عمودی کوریکولوم‌ها، نارسایی در ارتباطات درون‌بخشی، عدم تعاملات صحیح بین بخشی و فقدان تعهد نظام آموزش نسبت به مسؤولیت اجتماعی و ضعف در عدالت در تامین سلامت را از مهم‌ترین نقاط ضعف نظام آموزش فعلی بر می‌شمارد (۱۱). این گزارش به وضوح بیانگر پیامدهای عدم توجه به رویکردهای آموزشی تیم محور در علوم سلامت در سال‌های گذشته بوده و ضرورت بازنگری آموزش در علوم سلامت را عمیقاً متذکر می‌گردد.

همگام با تغییرات نیازهای سلامتی جوامع در دهه‌های گذشته، سازمان بهداشت جهانی با تأکید بر کاهش کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها ناشی از ناتوانی فارغ‌التحصیلان حرفه‌های سلامت در ارائه مراقبت تیمی، بر پیامدهای نامطلوب آن هشدار داده (۱۲) سپس در اجلاس آلماناتی

خصوص علل عدم به‌کارگیری و موانع اجرایی مراقبت تیمی و آموزش بین حرفه‌ای طراحی و اجرا شد. لازم به ذکر است که این مطالعه بخش تکمیلی از یک مطالعه‌ی جامع به منظور طراحی الگوی کاربردی آموزش بین حرفه‌ای در نظام سلامت است. تیم تحقیق در بخش نخست مطالعه در طی یکسال، الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای و عوامل تأثیرگذار بر اجرای آنها را در سطح بین‌المللی، با مروری سیستماتیک و نظام‌مند بررسی کرده و با اشراف بر رویکردها و روش‌های اجرایی الگوهای آموزش بین حرفه‌ای و عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده‌ی آنها، وارد این بخش از مطالعه شدند.

روش‌ها

مطالعه حاضر مطالعه‌ای کیفی از نوع تحلیل محتوی و با رویکرد قرار دادی در طی شهریور ماه ۹۲ تا تیرماه ۹۳، با هدف تبیین تجربیات و دیدگاه‌های مدیران و برنامه‌ریزان آموزشی نظام سلامت، در خصوص علل عدم به‌کارگیری و موانع اجرایی مراقبت تیمی و آموزش بین حرفه‌ای، انجام شد، طبق روش‌شناسی مطالعات کیفی، نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف شروع شد و با روش گلوله برفی تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. معیار انتخاب شرکت‌کنندگان داشتن حداقل ۵ سال تخصص، فعالیت و یا تحقیق در حوزه‌ی آموزش پزشکی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی آموزشی نظام سلامت و یا مدیریت و مسؤولیت آموزشی در وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و یا مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی بود. ضمن این که طی یک بررسی میدانی اولیه، اولین شرکت‌کنندگان از مدیرانی انتخاب شدند که دارای بیش‌ترین تجربه و غنی‌ترین اطلاعات در خصوص سؤال پژوهش بودند. روش جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه نیمه‌ساختارمند انفرادی بود. تمامی مصاحبه‌ها با هماهنگی و تعیین وقت قبلی و در دفتر کار شرکت‌کنندگان و توسط محقق اصلی انجام و با دستگاه Recorder و با

رویکرد آموزشی حاکم بر آموزش علوم سلامت کشور، حرفه محور بوده و کم‌تر به رویکردهای آموزشی تیم محور توجه شده است، اگر چه تدابیری نیز برای مقابله با چالش‌های کیفیت در حوزه سلامت اندیشیده شده است، مانند رویکرد آموزش تلفیقی در حرفه‌ی پزشکی، ولی متأسفانه این رویکرد نیز حرفه محور بوده و تلفیق در دروس پایه‌ای و بالینی یک حرفه (پزشکی) لحاظ گردیده است و تعامل بین حرفه‌ها که شرط اصلی رویکردهای آموزشی تیم محور است، در آن دیده نشده است (۳۰). مطالعات قبلی محقق در بخش نخست مطالعه نیز نشان داده که رویکردهای آموزشی تیم محور جزء اولویت‌ها و یا دستور کار مراکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش پزشکی کشور قرار ندارد. این در حالی است که مطالعات متعددی در داخل کشور از جمله‌ی مطالعه‌ی ایرج پور و همکاران (۳۱)، گروسی و همکاران (۳۲)، وفادار و همکاران (۳۳) به منظور بررسی نگرش و آمادگی دانشجویان علوم سلامت جهت آموزش بین حرفه‌ای نشان می‌دهد که نگرش مثبت و آمادگی بالایی برای آموزش بین حرفه‌ای در بین دانشجویان وجود دارد، این نتایج از سویی نشان دهنده‌ی بستر انگیزشی و نگرشی مناسب برای تلفیق آموزش بین حرفه‌ای در علوم سلامت بوده و از سوی دیگر منعکس‌کننده‌ی درک دانشجویان از چالش‌های موجود در محیط‌های آموزشی و بالینی است. در این شرایط تناقض بین ضرورت ارائه مراقبت تیمی در مراکز درمانی و عدم اولویت‌دهی و یا به‌کارگیری رویکردهای آموزشی تیم محور در مراکز آموزشی، ضرورت انجام تحقیقات را در خصوص علل، چرایی و موانع احتمالی آن الزامی می‌سازد، بدیهی است که اولین گام، بررسی علل مربوطه از دیدگاه مدیران و برنامه‌ریزان آموزشی نظام سلامت خواهد بود، از این رو مطالعه‌ای کیفی با هدف تبیین تجربیات و دیدگاه‌های مدیران و برنامه‌ریزان آموزشی نظام سلامت و مراکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش پزشکی کشور، در

نظام آموزش سلامت کشور چیست؟» فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها بعد از هر مصاحبه شروع و تا تکمیل مصاحبه‌ها ادامه یافت، ابتدا مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده شده و برای درک کل مطلب، بارها و بارها مرور شدند، تحلیل داده‌ها با تبیین واحدهای معنایی مرتبط با سؤال و هدف پژوهش شروع شده، سپس واحدهای معنایی کدگذاری شدند، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان طبقه‌بندی و ادغام شدند، این فرایند تا رسیدن به طبقات جامع با سطوح انتزاعی بالاتر ادامه یافت. این مراحل با کمک نرم‌افزار MAXQD انجام شد. در جدول شماره ۱ مثالی از فرایند استقرایی تحلیل داده‌ها نشان داده شده است.

رعایت اصول اخلاقی و محرمانه بودن مشخصات شرکت‌کنندگان ضبط شد، هر مصاحبه جدید متعاقب تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ی قبلی انجام شد و بعد از انجام ۱۶ مصاحبه، به دلیل اشباع داده‌ها و عدم استخراج کد جدید، جمع‌آوری داده‌ها خاتمه یافت. سؤالات اصلی مصاحبه شامل موارد زیر بود: «ارتباط بین چگونگی آموزش علوم سلامت با کیفیت ارائه خدمات سلامتی چیست؟»، «موانع اجرایی مراقبت تیمی در نظام سلامت کشور چیست؟»، «با توجه به اهمیت مراقبت تیمی چرا رویکردهای آموزشی تیم محور و آموزش بین‌حرفه‌ای جزء اولویتهای مراکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش پزشکی نیست؟»، «موانع اجرایی آموزش بین‌حرفه‌ای در

جدول ۱: جدول مثالی از فرایند استقرایی تحلیل داده‌ها

واحدهای معنایی	کد	طبقه فرعی	زیر طبقه	طبقه اصلی
شما اگر در کل وزارت بهداشت بگردید، نمی‌تونید به اندازه‌ی انگشت‌های دست متخصص ارزشیابی برنامه‌ی درسی پیدا کنید، یعنی بروید در طبقه‌ی و بگید خوب شما لیسانستون چیه؟، یکی لیسانس مدیریت، یکی لیسانس علوم اجتماعی داره یکی لیسانس ادبیات داره خوب با این‌ها که همیشه کار تخصصی و علمی کرد که مرتبط با ارزشیابی برنامه‌های درسی علوم پزشکی باشد. (P8)	عدم به‌کارگیری افراد متخصص در ارزشیابی برنامه‌های درسی	عدم ارزشیابی علمی و تخصصی برنامه‌های درسی علوم سلامت	رشد نیافتگی مدیریت آموزشی	موانع ساختاری - عملکردی
مهم‌ترین اصل در برنامه‌ریزی‌های درسی، ارزشیابی آنها بر اساس پیامدهای آنها است. خوب وقتی پیامدها ارزشیابی نشود. پاسخ‌گویی برنامه‌های درسی به نیازهای جامعه تبیین نشود. نیاز به آموزش بین‌حرفه‌ای و اهمیت به‌کارگیری آن هم مشخص نمی‌شود. (P10)	عدم ارزشیابی پیامدهای برنامه‌های درسی	عدم تبیین پاسخ‌گویی برنامه‌های درسی به نیاز جامعه	عدم ارزشیابی پیامد مدار برنامه‌های درسی علوم سلامت	

ارتباط مناسب و درک حقیقی داده‌ها از زمان جمع‌آوری و تحلیل هم زمان آن‌ها انجام شد. بعد از پیاده‌سازی هر

برای اطمینان از اعتبار داده‌ها، مطالعه و بررسی مستمر داده‌ها با اختصاص زمان کافی در حدود ۱۰ ماه برای

پرستاری، فوق تخصص داخلی، طب اورژانس، فوق تخصص سرطان و خون‌شناسی، تخصص ارتوپدی و جراحی، تخصص و فلوشیپ چشم پزشکی، دکترای طب سالمندان، فوق تخصص اطفال و تخصص توانبخشی بوده‌اند، همچنین سابقه‌ی تحصیل و فعالیت در کشورهای ایران، کانادا، انگلستان، سوئد، هند، اسکانیدیناوی و امریکا را داشتند و رتبه‌های علمی آنان دانشجوی دکتری تخصصی، استادیار، دانشیار و استاد بود. مسؤلیت‌های شرکت‌کنندگان به طور عمده مدیران مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، برنامه‌ریزی آموزشی و معاونین آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی بود که شامل ۲ نفر (۱۲/۵٪) در وزارت بهداشت، ۱ نفر (۶/۲۵٪) دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱ نفر (۶/۲۵٪) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۲ نفر (۱۲/۵٪) دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲ نفر (۱۲/۵٪) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۳ نفر (۱۸/۷۵٪) در دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۳ نفر (۱۸/۷۵٪) در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و ۲ نفر (۱۲/۵٪) محقق در زمینه‌ی آموزش بین حرفه‌ای از مرکز پژوهشی استعدادهای درخشان دانشگاه علوم پزشکی تهران (دانشجویان دکتری تخصصی آموزش پزشکی) بودند.

نتایج تحلیل محتوی کیفی مصاحبه‌ها با رویکرد قرار دادی به تبیین ۲ طبقه‌ی اصلی و ۸ زیر طبقه به عنوان موانع اصلی در اجرای مراقبت تیمی و به‌کارگیری آموزش بین حرفه‌ای از دیدگاه مدیران منجر شد، دو طبقه‌ای اصلی شامل ۱- موانع نگرشی- فرهنگی و ۲- موانع ساختاری - عملکردی بود؛ طبقه‌ی موانع نگرشی - فرهنگی، ۵ زیر طبقه شامل ضعف در تفکر سیستمیک، فرهنگ فردگرایی، حرفه‌گرایی، پزشک سالاری، الگوهای نقش را در بر داشت و طبقه‌ی موانع ساختاری - عملکردی، ۳ زیر طبقه‌ی ساختار مدیریت، رشد نیافتگی مدیریت آموزشی و شناخت ناکافی و شواهد ضعیف را شامل شد (جدول ۲).

۱- موانع نگرشی- فرهنگی: یکی از موانع اصلی اجرای

مصاحبه، کدگذاری توسط محقق اصلی و فرد دیگر از تیم تحقیق به طور مستقل انجام و سپس کدها با هم مقایسه شده و موارد تناقض در جلسات تیم تحقیق بررسی و تصمیم‌گیری شد. کدهای استخراج شده مجدداً به شرکت‌کنندگان برگردانده شد و مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر آن، از بازنگری توسط افراد متخصص نیز استفاده شد، به این صورت که یافته‌ها، مراحل تحلیل و نتیجه‌گیری در اختیار محقق دیگری در همین زمینه قرار گرفت و فرایند کار تأیید شد. به عبارتی اعتبار، مقبولیت و تأیید پذیری داده‌ها با درگیری مداوم محقق با داده‌ها در طی ۱۰ ماه و بازنگری ناظرین خارجی و همچنین تأیید شرکت‌کنندگان در تحقیق حاصل شده است.

لازم به ذکر است که متعاقب تصویب طرح تحقیقاتی توسط شورای پژوهشی دانشگاه، مجوز انجام تحقیق، همچنین معرفی‌نامه جهت مراجعه به محیط پژوهش، توسط معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج) صادر گردید، سپس محقق با مراجعه به معاونت آموزشی و اداره کل حراست دانشگاه‌های علوم پزشکی مذکور، مجوز لازم برای انجام تحقیق را اخذ نمود. هماهنگی و تعیین وقت قبلی برای انجام مصاحبه به عنوان رضایت ضمنی شرکت‌کنندگان تلقی شد و قبل از انجام مصاحبه نیز با تبیین مجدد هدف مصاحبه، رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ گردید. تمامی مراحل تحقیق شامل ضبط مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها محرمانه و بدون نام انجام شد.

نتایج

شرکت‌کنندگان در مطالعه شامل ۹ مرد و ۷ زن در دامنه‌ی سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال و با سابقه‌ی فعالیت در حوزه‌ی برنامه‌ریزی و آموزش پزشکی بین ۵ تا ۲۵ سال، و با تخصص‌های متنوع در رشته‌های مختلف علوم سلامت و آموزش پزشکی شامل (فلوشیپ آموزش مداوم در علوم سلامت، دکترای آموزش پزشکی، دکترای آموزش

می‌شوند. از این رو گرایش و یا باور عمومی برای عملکرد تیمی ضعیف است.

"ایران کشوری است که از نظر سرمایه‌ی اجتماعی یعنی ارتباطات سینرژیک بین افراد جامعه، ارتباطاتی که ارزش افزوده برای جامعه داشته باشد خیلی ضعیف است و بیش‌تر عملکردها در یک چارچوب فردی شکل می‌گیرد تا جمعی" (P۶)

"متأسفانه در نظام ما سلامت را به عنوان یک مقوله‌ی جمعی و تیمی نمی‌بینند، همه چیز بر اساس عملکرد فردی افراد تعریف می‌شود، پاداش یا تنبیه به عملکرد فردی افراد داده می‌شود و نه عملکرد تیمی، اینه که کسی برای ارائه عملکرد تیمی احساس نیاز و تعهد نمی‌کند." (P ۱۳)

حرفه‌گرایی: سال‌های طولانی آموزش تک حرفه‌ای در علوم سلامت، تفکیک رشته‌ها و دانشکده‌ها و عدم فرصت کافی برای تعامل بین حرفه‌ها، از یک سو باعث عدم شناخت دقیق آنها از یکدیگر و در نتیجه گروه‌گرایی افراطی، مرزبندی‌های قاطع و حرفه‌گرایی شده و از سوی دیگر باعث بروز رقابت‌های منفی و برتری‌طلبی شده است، این شرایط امکان پل زدن بین حرفه‌ها، همکاری، عملکرد تیمی و آموزش بین حرفه‌ای را مخدوش می‌سازد.

"دیدگاه ما، دیدگاه گروه، قبیله و قلمرو است و هرگونه ورود و دخول در این فضاها را برای خودمون تهاجم می‌دونیم." (P ۱۲)

"از مهم‌ترین موانع اجرای آموزش بین حرفه‌ای موانع نهنی هست، رقابت‌طلبی، جاه‌طلبی، تأکید بر جایگاه حرفه‌ای که بقیه‌ی رشته‌ها را نمی‌پذیریم، البته این به خاطر اینه که حرفه‌ها از هم شناخت کافی ندارند." (P ۳)

پزشک سالاری: قدمت طولانی و تاریخی تکاملی حرفه‌ی پزشکی در ایران، نقش برجسته یک پزشک در ایران باستان که با عنوان حکیم شناخته می‌شدند یعنی افرادی که علاوه بر طبابت از حکمت، معرفت، دانش اخلاقی و علم جامع عصر خود برخوردار بودند، حرفه‌ی پزشکی را به حرفه‌ای مقدس مبدل کرد که افراد بی چون

مراقبت تیمی و به‌کارگیری آموزش بین حرفه‌ای است که خود ۵ زیر طبقه‌ی مهم و اساسی را در بر می‌گیرد:

ضعف در تفکر سیستمیک: تغییرات گسترده و همه جانبه در زوایای مختلف جامعه و در کنار آن ضعف در تفکر جامعه‌نگر و نظام‌مند، عدم آینده‌نگری و آینده‌پژوهی، برنامه‌ریزی انفعالی و کنش‌پذیر، روزمرگی، دیدگاه‌های باریک و محدود، عدم مطالعات نظام‌مند و گسترده‌ی ملی مواردی بودند که شرکت‌کنندگان معتقد بودند، نظام سلامت را از درک و پیش‌بینی تحولات سریع و اجتناب‌ناپذیر عصر حاضر و در نتیجه مقابله با چالش‌های آن باز داشته است.

"از اشکالاتی که ما داریم عدم آینده‌نگری و دوراندیشی است. با توجه به تغییرات جوامع، از ۵۰ سال قبل، آموزش پزشکی در دنیا، به سمت آموزش بین حرفه‌ای و تیمی و توسعه تخصص‌های بین رشته‌ای رفت، ولی ما این تفکر را نداشتیم و پیامدش این شد که می‌بینید که الان نظام سلامت ما با چه معضلاتی روبرو است." (P ۱۵)

"یکی از موانع این هست که متأسفانه برنامه‌ریزی‌های کلان با آینده‌نگری، آینده‌پژوهی و مطالعه‌ی عمیق همراه نیست و بعد می‌بینید علی‌رغم صرف هزینه و انرژی زیاد این برنامه بعد از چند سال پاسخگویی نیاز جامعه نیست. حال تا این دوباره اصلاح بشه کلی از منابع انسانی و مالی جامعه تلف شده." (P ۲)

فرهنگ فردگرایی: فرد گرایی به عنوان یک فرهنگ حاکم بر جامعه، یک عامل باوری و نگرشی عمیق است که رفتار انسان‌ها را در روابط و فعالیت‌های اجتماعی شکل داده و هدایت می‌کند، نظام سلامت نیز از این عامل بی تأثیر نیست. هم در ارائه‌دهندگان و هم در دریافت‌کنندگان خدمت، در هر دو سوی طیف، بستری مناسب برای درخواست و یا احساس نیاز برای مراقبت تیمی وجود ندارد. از سوی دیگر قوانین اداری حاکم بر سازمان‌ها نیز برای عملکرد فردی افراد تعریف و وضع شده‌اند. افراد بیش‌تر بر اساس عملکرد فردی پاداش می‌گیرند و یا تنبیه

و نانوشت‌های هستند که به طور عمده از طریق الگوهای نقش مهم در حرفه، به دانشجو منتقل شده و رفتار و عملکرد وی را در محیط‌های واقعی حرفه شکل داده و هدایت می‌کند. تأثیر الگوهای نقش یکی از عوامل بسیار تعیین‌کننده، پنهان و غیر قابل اندازه‌گیری است که مراقبت تیمی همکارانه را می‌تواند مانع شود و یا سبب گردد.

"من نقش اساتید را مهم‌تر از مدیران سیستم‌ها و مدیران کشوری می‌دونم، اون برنامه‌ی درسی پنهان که استاد با خودش می‌بره سرکلاس خیلی موفق‌تر است از آموزش و یا برنامه‌ی درسی رسمی است که از طرف یک مجموعه بزرگ‌تر و بالاتر پیشنهاد شده که اجرا بشه، در واقع این باور و نگرش اساتید هست که فرهنگ کار تیمی را می‌سازد و یا مانع می‌گردد." (P۲)

موانع عملکردی - ساختاری: یکی دیگر از علل اصلی و عمده‌ی موانع اجرایی مراقبت تیمی و به‌کارگیری آموزش بین حرفه‌ای بوده که ۳ زیر طبقه مهم و اساسی را در بر دارد.

ساختار مدیریت: ساختار هرمی مدیریت، سبب طولانی شدن کانال‌های ارتباطی و تضعیف ارتباطات درون سازمانی و درون بخشی شده، در این شرایط تصمیم‌گیری‌ها و روند ابلاغ و یا به کار بستن قوانین و دستورالعمل‌های جدید طولانی و یا مبهم می‌گردد. این در حالی است که خیلی از قوانین موضع شفاف و مشخصی برای اجرا در موقعیت‌های مختلف ندارند، از این رو یا به کار بسته نمی‌شوند و یا با سوء برداشت اجرا می‌شوند، همچنین ضرورت عبور هر تصمیم‌گیری از چندین معبر قانونی، میل و انگیزه برای ابداع و یا بکار بستن رویکردهای جدید آموزشی را کاهش می‌دهد.

از طرف دیگر تفکیک مدیریت و اعضای هیأت علمی دانشکده‌ها و ضعف ارتباطات بین آنها، عدم فرصت برای مشارکت‌های پژوهشی و آموزشی بین آنها و تفکیک و تخصیص سخت‌گیرانه‌ی بودجه هر دانشکده، زمینه‌ی مشارکت بین دانشکده‌ها و آموزش بین حرفه‌ای را

و چرا خود را به دست حکیم می‌سپردند تا نه تنها در امراض جسمانی، بلکه در کلیه‌ی شئون زندگی برای آنها خیراندیشی کرده و تصمیم بگیرد. این تفکر و باور از زمان‌های قدیم در مردم شکل گرفت و ادامه یافت. اما همگام با رشد سریع علم و تفکیک رشته‌های علمی، علم پزشکی و طبابت نیز تغییرشگرفی کرد. اما باور مردم به تصمیم‌گیری و خیر اندیشی پزشک برای تصمیم‌گیری‌های مهم سلامتی‌شان کمتر تغییر کرد، از این رو در طی سال‌ها بین پزشک و بیمار یک رابطه‌ی پدرسالارانه و بین پزشک و دیگر حرفه‌های مرتبط یک رابطه‌ی حاکمیت و برتری شکل گرفت. ماهیت پزشک سالاری و پدرسالارانه با عملکرد و مراقبت تیمی سازگاری ندارد.

"اصلاً کسی نمی‌آید ارزشیابی کنه، یا از شما سؤال کنه، شما که از در مطب فلان پزشک متبحر اومدید بیرون، چه قدر از درمانی که ارائه داده رضایت دارید، یک رابطه‌ی کاملاً پدرسالارانه وجود داره، اون پدرو و این فرزنده و اصلاً بحثی وجود نداره که شما رضایت داشته باشی یا نداشته باشی." (P ۷)

"پزشک محوری و نه بیمار محوری در نظام سلامت واقعاً فاجعه بار است، متأسفانه یک پزشک تصمیم‌گیرنده نهایی برای مریض است و نه تیم، سیستمی هم نیست که پیگیر این قضیه بشه." (P ۱۲)

"پزشک سالاری یکی از چالش‌های مهم سیستم سلامت است حالا نه تنها در بحث آموزش بین حرفه‌ای و عملکرد تیمی، کلاً در بحث اقتصادی، همکاری‌ها، حاکمیت بالینی واقعاً این یکی از معضلات عمده است." (P ۴)

الگوهای نقش: الگوپذیری و الگودهی به صورت یک فرایند خودآگاه و یا ناخودآگاه، ارادی و یا غیرارادی و پویا در تمام دوران زندگی انسان وجود دارد، که در طی دوران آموزش تخصصی و حرفه‌ای به علت نقش مهم اساتید، عمیق‌تر و پایدارتر بوده و به شدت فرایند جامعه‌پذیری و اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ارزش‌ها و باورها همان برنامه‌های درسی پنهان

مخدوش می‌سازد.

"تفکیک دانشکده‌ها یک مانع مهم است من به جرات می‌گویم که اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی ما، یک نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری را نمی‌شناسد و بالعکس، یک دانشجوی تا پایان دوره‌ی تحصیلش با دانشجوی غیر از حرفه‌ی خودش ارتباط ندارد، حالا این دانشجوی بعد از فارغ‌التحصیلی می‌تونه مراقبت تیمی ارائه بده؟؟" (P ۱۰)

"وقتی شما این قدر رشته‌ها و دانشکده‌ها را از هم جدا کردید خوب کجا این نقاط مشترک باید شناسایی بشه که بتوان با آن آموزش بین حرفه‌ای و تیمی ارائه داد؟" (P ۱۱)

رشد نیافتگی مدیریت آموزشی: یکی از مهم‌ترین موانعی که تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان درباره‌ی آن اجماع نظر داشتند، برنامه‌ریزی درسی و آموزش غیر منطبق با واقعیت‌ها، نیازهای سلامتی جامعه و شواهد علمی است. سلامتی و بیماری و در پی آن مراقبت و درمان مفاهیمی نمادین از پدیده‌های انسانی هستند، از این رو ماهیتی وابسته، پویا و متغیر داشته که بایستی متناسب با تغییرات و دگرگونی جوامع در زمان‌ها و شرایط مختلف، با تبیین و تعریف مجدد آن‌ها، الگو و چهارچوب مناسب و مؤثری را برای هدایت عملکرد و ارائه مراقبت در عرصه‌ی سلامت فراهم آورد. بدیهی است که آموزش نیز باید همگام با آن تغییر کرده و متناسب‌سازی شود. اگر پاسخ‌گویی به نیازهای سلامتی جامعه منوط به ارائه مراقبت تیمی است، تمامی مبانی آموزشی مرتبط شامل تحلیل و تعریف وظایف حرفه‌ای، رویکردهای آموزشی، برنامه‌ریزی‌های درسی، محتوی دروس و ارزشیابی نیز بایستی در همان راستا تغییر کند.

"در هر حرفه‌ای بر اساس تحلیل وظایفش، برای آن طراحی کوریکولوم و برنامه‌ریزی آموزش صورت می‌گیرد، ما در تحلیل وظایف حرفه‌ها مومن کار تیمی دیده نشده، بنابراین متعاقب آن آموزش کار تیمی در برنامه‌ریزی آموزشی هم وارد نشده است." (P ۱۳)

"نظام‌هایی که برنامه‌ریزی آموزشی می‌کنند بیشتر

صنفاً نگاه می‌کنند، این با اصل آموزش بین حرفه‌ای کاملاً مغایرت دارد، مهم‌ترین مانع در این کار این هست که شما تدوین برنامه‌ریزی‌های درسی را به نظام‌های صنفاً فقط می‌دهید." (P ۸)

"متأسفانه برنامه‌ریزی‌های درسی ما، طبق دیدگاه تایلر، فیلتر ندارد، فیلتر مناسب اینه که آیا، این برنامه با نیاز جامعه، نیاز دانشجوی و دانش روز تطابق دارد یا نه؟ فیلتر مناسب اینکه اگر نیاز جامعه، خدمات تیمی و بیمار محور است، آیا این برنامه‌ی درسی مبتنی بر آموزش تیمی و بیمار محور است یا نه؟؟" (P ۹)

شناخت ناکافی و شواهد ضعیف: علی‌رغم گذشت چند دهه از ظهور و رشد آموزش بین حرفه‌ای در عرصه سلامت، هنوز این رویکرد برای بسیاری از اساتید و برنامه‌ریزان آموزشی ناشناخته است. تحقیقات اندکی نیز در ایران برای شناساندن آن به نظام آموزش سلامت انجام شده است. از طرفی ضعف در مستندسازی شواهد علمی در تمامی حوزه‌های نظام سلامت، ضرورت و اولویت به کارگیری آموزش بین حرفه‌ای در ایران را در سایه قرار داده است.

"یکی از موانع اینه که ما نه تنها تحقیقات کم انجام می‌دهیم، بلکه مستندسازی خوبی هم از تجربیاتمان نداریم، نظام سلامت در کشورهای پیشرفته مستندسازی خوبی دارند، بلافاصله تجربیات موفق و یا ناموفق‌شان را مستند کرده و در طول زمان از آن دانش استخراج می‌کنند. ما در کشور این را نداریم بنابراین شواهد ضعیفی از راهکارهای مؤثر مانند مراقبت تیمی در حل چالش‌های درمان در کشور وجود دارد." (P ۱۰)

"نیاز به کار تیمی و آموزش آن درک نشده، چون مطالعاتی انجام نشده که علت دقیق معضلات ما را موشکافی کنه و نشان بده که عدم مراقبت تیمی چه معضلاتی برای درمان ما داشته، و یا این که آموزش بین حرفه‌ای چه قدر میتونه پاسخ‌گوی مشکلات ما باشه." (P ۹)

لازم به ذکر است، یکی از یافته‌های جانبی مطالعه، در

"شاید جالب باشه براتون بدونید که در طی ۲۰ سال فعالیت بنده در آموزش پزشکی ما بیش‌ترین مشکل را درکار همکارانه و مراقبت تیمی و مراقبت همکارانه داشتیم." (P ۱۰)

"مراقبت تیمی یعنی احترام و حفظ شان انسانی بیمار، یعنی به رسمیت شناختن کرامت انسانی، حداقل کرامت آدم اینه که قورمه قورمه اش نکنند و هر تیگه‌اش را به یکی بسپارند، از طرف دیگر ارائه مراقبت تیمی نشان دهنده‌ی رشد اجتماعی دانش‌آموختگان نظام سلامت ماست، یعنی کسی که تونسته لباس منیت را از تنش دربیاره و دیگران را هم ببینه." (P ۱)

کنار یافته‌هایی که در راستای پاسخ‌گویی به سؤال پژوهش بودند، این است که تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه به این موضوع اذعان داشتند که در شرایط فعلی، نظام سلامت به شدت متأثر از ضعف و یا عدم ارائه مراقبت تیمی بوده و ضرورت اصلی نظام سلامت، عملکرد همکارانه تیمی و ایجاد و توسعه فرهنگ مراقبت تیمی است.

"به نظر من مراقبت تیمی واقعاً مغفول مانده، مراقبت تیمی حلقه‌ی اصلی مفقود شده در نظام سلامت ماست. مفقود شدن این حلقه هم بیمار را متضرر کرده، هم نظام سلامت را." (P ۶)

جدول ۲: طبقات اصلی و زیر طبقات تبیین‌کننده موانع اجرایی مراقبت تیمی و آموزش بین‌حرفه‌ای از دیدگاه مدیران آموزشی نظام سلامت کشور

طبقات اصلی	زیر طبقات	طبقات فرعی
موانع فرهنگی - نگرشی	ضعف در تفکر سیستمیک	ضعف آینده‌نگری و آینده پژوهی - نگرش سطحی - عبور نکردن از مرزهای ذهنی
	فرهنگ فردگرایی	حاکمیت فرهنگ فردگرایی در جامعه، سرمایه‌ی اجتماعی ضعیف - ضعف در شبکه ارتباطات اجتماعی - مبنا قرار دادن عملکرد فردی - منیت - اقتدار فردی
	حرفه‌گرایی	رقابت‌طلبی - جاه‌طلبی - خود محوری - انحصارطلبی - مرزبندی - دغدغه‌ی موقعیت اجتماعی حرفه
	پزشک سالاری	پترنالیسم - عدم توازن قدرت - سلسله مراتب قدرت - افزایش فاصله‌ی طبقاتی پزشکان با دیگر جرف و جامعه
موانع ساختاری - عملکردی	الگوهای نقش	تأثیر برنامه‌های درسی پنهان - نگرش حرفه‌گرایی در الگوهای نقش - تأثیرپذیری عمیق دانشجو از الگوی نقش - نگرانی از دست رفتن موقعیت اجتماعی خاص درکارتیمی
	ساختار مدیریت	ساختار هرمی مدیریت - جابجایی سریع مدیران - ضعف ارتباطات درون سازمانی ابهام در وظایف و ارتباطات بین‌حرفه‌ای - تفکیک ساختاری و مدیریتی دانشکده‌ها و دپارتمان‌ها - تفکیک و تخصیص سخت‌گیرانه بودجه - مشارکت اندک گروه‌های مختلف حرفه‌ای در برنامه‌ریزی‌ها - مدیریت پزشک سالار
	رشد نیافتگی مدیریت آموزشی	آموزش غیر منطبق بر واقعیتها، نیازهای سلامتی جامعه و شواهد علمی - عدم برنامه‌ریزی آموزشی پیامد مدار - عدم برنامه‌ریزی درسی مبتنی بر اصول علمی - عدم برنامه‌ریزی درسی جامعه محور - ناکارآمدی ارزشیابی برنامه درسی علوم سلامت - برنامه‌ریزی درسی حرفه محور و نه بیمار محور - ارتباط ضعیف بین برنامه‌ریزی و واقعیت‌های جامعه - ارتباط ضعیف بین برنامه‌ریزی درسی و تحلیل وظایف حرفه‌ای - دیده نشدن ارزشیابی بلند مدت در برنامه‌ریزی درسی - عدم آموزش مراقبت تیمی در آموزش مداوم
	شناخت ناکافی و شواهد ضعیف	ناشناخته بودن آموزش بین‌حرفه‌ای - تحقیقات ناکافی - ضعف مستندسازی شواهد

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که موانع فرهنگی-نگرشی و عملکردی-ساختاری، متأثر و مرتبط با یکدیگر بوده و با ایجاد یک چرخه‌ی معیوب، مانع توجه به مراقبت تیمی و رویکردهای آموزشی تیم محور شده‌اند. توسعه‌ی روزافزون علم در کنار ضعف نگرش سیستمیک و نظام‌مند سبب تفکیک و تجزیه غیر منعطف حرفه‌ها و رشته‌های علوم سلامت شده و جداسازی آنها در طولانی مدت سبب مرزبندهای قاطع، نگرش‌های انحصاری و گروه‌گرایی افراطی گردیده و سلامت را از یک مقوله‌ی جامع و جامعه محور به مقوله‌ای صنفی و حرفه محور، بیمار را از یک مشتری نظام سلامت به مشتری نظام صنفی و رویکرد ارائه‌دهندگان خدمات را از جامعه محوری و بیمار محوری به وظیفه محوری تغییر داده است. در همین راستا، ساختارهای مدیریت و برنامه‌ریزی‌های آموزشی نیز در راستای رشد تک حرفه‌ای و تخصص‌گرایی شکل گرفته‌اند. دانشکده‌ها منفک از هم ساخته شده، تحقیقات و پژوهش‌ها نیز در حلقه‌ی تنگ حرفه‌ها محصور گردیده‌اند، در کنار این عوامل، مستندسازی ضعیف شواهد و تجربیات فردی و جمعی به عدم شناسایی چالش‌های مشترک بین حرفه‌ای و مفقود شدن مشکلات سلامتی یک مشتری مشترک (بیمار/مددجو) در نظام سلامت منجر گردیده است، که از سویی نیاز و ضرورت به ارائه مراقبت تیمی را در سایه نگه داشته و از سویی دیگر خروجی این ساختار و نظام آموزشی فارغ‌التحصیلانی خواهند بود که توانایی ارائه مراقبت تیمی مؤثر و سازنده را نخواهند داشت.

موانع تبیین شده در مطالعه حاضر کما بیش در بسیاری از کشورهای دیگر نیز وجود داشته و در بسیاری از مطالعات تأیید شده است. کوران (Curran) و همکارانش، در دانشگاه نیوفوندلاند (Newfoundland) نگرش مدیران و مسؤولان دانشگاه (شامل مدیران و مسؤولین دانشکده‌های پزشکی، پرستاری، فیزیوتراپی، داروسازی،

کاردرمانی، مددکاری اجتماعی) را بعد از دو سال اجرای برنامه‌ی آموزش بین حرفه‌ای، نسبت به آموزش بین حرفه‌ای و موانع اجرایی مؤثر آن از طریق یک پرسشنامه‌ی الکترونیکی بررسی کردند، نتایج نشان داد مهم‌ترین موانع در اجرای مؤثر آموزش بین حرفه‌ای شامل: بودجه‌بندی زمانی، ناهماهنگی در برنامه‌ریزی‌ها، برنامه‌های درسی غیر منعطف و سخت، رقابت‌ها، برتری طلبی‌ها و عدم درک ارزش‌های متقابل بوده است (۳۴).

مدیران کالج وستبروک (Westbrook) از دانشگاه نیوانگلند (New England) با توجه به اهمیت و لزوم اجرای آموزش بین حرفه‌ای در مراکز آموزشی علوم سلامت، یک تحقیق کیفی جهت بررسی دیدگاه‌های مشترک مدیران در اجرای آموزش بین حرفه‌ای و تسهیل‌کننده‌ها و موانع اجرایی آن با مصاحبه عمیق با ۱۰ نفر از مدیران مراکز آموزشی (۶ نفر در امریکا و ۴ نفر در کانادا) انجام دادند؛ یافته‌ها نشان داد، شرکت‌کنندگان با درک مشترکی از اهمیت آموزش بین حرفه‌ای معتقد بودند که اگر چه هنوز اهمیت و ضرورت این رویکرد آموزشی به صورت جهانی درک نشده، ولی قطعاً تا چند سال آینده، آموزش بین حرفه‌ای ضرورت حتمی و از استانداردهای اعتبار بخشی تمام مراکز دانشگاهی و بیمارستانی خواهد بود. مهم‌ترین موانع در اجرای آموزش بین حرفه‌ای شامل دیدگاه‌های سلسه مراتبی، رقابتی و انحصار طلبی بین دانشکده‌ها، چالش برنامه‌های درسی در چارچوب قوانین و مقررات سخت و غیر منعطف، چگونگی پرداخت حقوق اساتید در درس‌های مشترک، زمان‌بندی کلاس‌ها و فضای مشترک دروس نظری و بالینی، نوع و زمینه دروس مشترک، توانمندی رهبری تیم‌ها در محیط‌های بالینی، شرایط و ساختار محیط‌های بالینی در حمایت از عملکرد تیمی، همچنین بررسی شواهد، توسعه روش‌ها و ابزارهای ارزشیابی آموزش بین حرفه‌ای و پیامدهای آن برای بیماران و دانشجویان بوده است. همچنین یافته‌ها نشان داد موفقیت

ارتقای سلامت جامعه بوده و از محققان و مدیران در این زمینه دعوت می‌کنند که برای فائق آمدن به موانع موجود، نظام مدیریت آموزش سلامت را یاری کنند.

در مطالعه‌ی حاضر اگر چه موانع اجرایی مراقبت تیمی و به‌کارگیری آموزش بین‌حرفه‌ای از دیدگاه مدیران و برنامه‌ریزان آموزشی در نظام سلامت بررسی گردید، ولی به طور قطع، اساتید و اعضای هیأت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین دانشجویان، اعضای کلیدی و مهم در فرایند آموزش هستند که لازم است دیدگاه و تجربیات آنان نیز مورد بررسی قرار گرفته تا بتوان به درک جامع و بینش دقیقی در خصوص موانع اجرایی مراقبت تیمی و به‌کارگیری آموزش بین‌حرفه‌ای دست یافت. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر این که برای جلوگیری از ازدحام و آشفتگی داده‌های کیفی و عدم تحلیل صحیح آنها فقط دیدگاه‌های مدیران بررسی شد و در مطالعه‌ی دیگر دیدگاه‌های اساتید نیز بررسی خواهد شد. این تفکیک مطالعات، زمینه‌ای مناسب برای مقایسه دیدگاه‌های گروه‌های صف و ستاد، در آموزش علوم سلامت را نیز فراهم خواهد آورد. همچنین در مطالعه‌ی دیگر دیدگاه‌های دانشجویان علوم سلامت نیز بررسی شده است که مقاله‌ی منتج از آن در فرایند چاپ قرار دارد.

نتیجه‌گیری

موانع موجود و تأثیرپذیری آن‌ها از یکدیگر، با ایجاد یک چرخه‌ی معیوب، مانع اجرای مراقبت تیمی و به‌کارگیری رویکردهای آموزشی تیم محور شده‌اند. جهت فائق آمدن بر موانع مذکور، با توجه به این که تغییرات فرهنگی و نگرشی در طولانی مدت رخ می‌دهند، به نظر می‌رسد بایستی با تغییر ساختارها در مدیریت آموزشی نظام سلامت و برنامه‌ریزی‌های درسی و اجرای برنامه‌های آموزش بین‌حرفه‌ای به صورت آزمایشی و توسعه تحقیقات و شواهد در این زمینه به سمت تغییر فرهنگ

در اجرای آموزش بین‌حرفه‌ای به دو عامل اساسی و مهم بستگی دارد که شامل حمایت و تعهد مسئولین و مدیران دانشگاه و تأمین منابع، توانمندی اعضای هیئت علمی برای هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی مشترک درسی برای رشته‌های مختلف و انگیزه و تعهد آنان برای اجرای آن است، نویسنده ضرورت تغییر در فلسفه، چشم‌انداز و ماموریت سازمان‌های آموزشی و تغییر نگرش و فرهنگ مراکز آموزشی و بالینی در جهت پذیرش و توسعه آموزش بین‌حرفه‌ای را ضروری دانسته و به نقش تأثیر گذار موسسات ارزشیابی و اعتبار بخشی، تدوین استانداردها و شیوه‌های ارزشیابی اجرا و پیامدهای آموزش بین‌حرفه‌ای در جهت توسعه‌ی این رویکرد آموزشی اشاره می‌کند (۳۵).

آته (Ateah) و همکاران، هال (Hall) و بریجز (Bridges) و همکاران نیز در تحقیقاتشان نشان دادند موانع فرهنگی، حرفه‌گرایی، قالب‌های ذهنی منفی، عدم توازن قدرت، رقابت‌های منفی، عدم شناخت و درک متقابل، مهم‌ترین مانع در ارائه مراقبت تیمی و بین‌حرفه‌ای بوده که این موانع در طول زمان در اثر حاکمیت رویکرد آموزشی تک حرفه‌ای به وجود آمده‌اند (۳۶ تا ۳۸).

مروری بر مطالعات نشان می‌دهند که بسیاری از کشورها توانسته‌اند با گسترش تحقیقات در این زمینه و طراحی الگوهای مناسب متناسب با وضعیت فرهنگی و اجتماعی کشور خود بر بسیاری از موانع فائق آمده و به دستاوردهای جدیدی در آموزش نظام سلامت دست یابند (۳۹ تا ۴۰).

جهت طراحی راهبردهای غلبه بر موانع درک شده توسط مدیران در جهت اجرا و به‌کارگیری آموزش بین‌حرفه‌ای در علوم سلامت به مطالعات و تحقیقات بیش‌تری متناسب با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه‌ی ایرانی نیاز است. لازم به ذکر است که تمامی مدیران شرکت‌کننده در این مطالعه دلسوزانه و آگاهانه، مشتاق به تلاش و حرکت به سوی رویکردهای نوین آموزشی تیم محور در جهت

همکاری صمیمانه‌ی آنها، تشکر و قدردانی کند، این مطالعه بخشی از رساله دکترای تخصصی آموزش پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج) با شماره ۵۸۸۷/۳۸۴ است که با همکاری مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج) انجام شده است.

نگرش جهت به‌کارگیری رویکردهای آموزشی تیم محور و بین حرفه‌ای و اجرای مراقبت تیمی در نظام سلامت حرکت کرد.

قدردانی

محقق بر خود لازم می‌داند که از مدیریت و مدیران تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی شرکت‌کننده در پژوهش و

منابع

- Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today*. 2013; 33(2): 90-102.
- Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2011; 25(2): 98-104.
- Iwasiw C, Goldenberg D, Andrusyszyn M. Curriculum development in nursing education. Canada: Jones and Bartlett publishers Inc; 2005.
- Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *J Contin Educ Health Prof*. 2008; 28(4): 228-34.
- Hean S, Dickinson C. The Contact Hypothesis: An exploration of its further potential in interprofessional education. *J Interprof Care*. 2005; 19(5): 480-91.
- Spence J, Goodwin B, Enns C, Vecherya N, Dean H. Patient Safety Education: An Exploration of Student-Driven Contextual Learning. *J Nurs Educ*. 2012; 51(8): 466-70.
- Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international classification of functioning, disability and health (ICF). *J Interprof Care*. 2006; 20(3): 235-45.
- Tran A. "Acute caring" in the emergency department. *J Interprof Care*. 2012; 26(6): 505-7.
- Anderson E, Thorpe L, Heney D, Petersen S. Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Med Educ*. 2009; 43(6): 542-52.
- Cook DA. Models of interprofessional learning in Canada. *J Interprof Care*. 2005; 19: 107-15.
- Ministry of Health and Medical Education. [Dastavardha, chalesha va ofoghhaye pishe rouye nezame salame jomhouriyeh eslamiyeh iran]. 1st ed. [cited 2015 Jan 7] Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1350_Final.pdf
- Norman I. Inter-professional education for pre-registration students in the health professions: recent developments in the UK and emerging lessons. *Int J Nurs Stud*. 2005; 42(2): 119-23.
- Solomon. Interprofessional Education: Has Its Time Come. *Journal of Physical Therapy Education*. 2010; 24(1): 3-4.
- Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, et al. Interprofessional Education Supplement, Interprofessional Education: Definition, Student Competencies, and Guidelines for Implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2009 73(4- Article 59): 1-8.
- Bennett PN, Gum L, Lindeman I, Lawn S, McAllister S, Richards J, et al. Faculty perceptions of interprofessional education. *Nurse Educ Today*. 2011; 31(6): 571-6.
- Elisabeth C, Ewa P, Christine WH. The team builder: The role of nurses facilitating interprofessional student teams at a Swedish clinical training ward. *Nurse Educ Pract*. 2011; 11(5): 309-13.
- Haidet P, Fecile ML, West HF, Teal CR. Reconsidering the team concept: Educational implications for patient-centered cancer care. *Patient Educ Couns*. 2009; 77(3): 450-5.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (3): CD000072.

19. Cameron A¹, Rennie S, DiProspero L, Langlois S, Wagner S, Potvin M, et al. An Introduction to Teamwork: Findings From an Evaluation of an Interprofessional Education Experience for 1000 First-Year Health Science Students. *J Allied Health*. 2009; 38(4): 220-7.
20. Bleakley A, Boyden J, Hobbs A, Walsh L, Allard J. Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *J Interprof Care*. 2006; 20(5): 461-70.
21. Sherwin S. Interprofessional working is key to delivering quality PSHE. *British Journal of School Nursing*. 2009; 4(2): 93-5.
22. Reeves S, Goldman J, Oandasan I. Key Factors in Planning and Implementatio Interprofessional Education in Health Care Settings. *Journal of Allied Health*. 2007; 36(4): 231-5.
23. Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. [Interprofessional Education; a Response to Health System Challenges]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 14(2): 148-64. [Persian]
24. Yan J, Gilbert JHV, Hoffman SJ. World Health Organization Study Group pn Interprofessional Education and Collaborative Practice Geneva WHO. WHO Announcement; 2009.
25. Department of Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice Geneva. Worth Health Organization; 2010. [cited 2014 Apr 13] Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10_3_eng.pdf?ua=1.
26. Asadi Lari M, Madjd Z, Akbari M. The need for palliative care services in Iran *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2008; 1(1): 1-5.
27. Vaismoradi M, Salsali M, Esmailpour M, Cherachi MA. Perspectives and experiences of Iranian nurses regarding nurse-physician communication: A content analysis study. *Jpn J Nurs Sci*. 2011; 8(2): 184-93.
28. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. [The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians]. *Gorgan scientific Journal of nursing and midwifery faculty*. 2010; 7(1): 63-72. [Persian]
29. Nikbakht Nasrabadi A, Emami A. Perceptions of nursing practice in Iran. *Nurs Outlook* 2006; 54(6): 320-327.
30. Peirovi H, Niyati J, Niroomanesh S, Azargashb E. What Iranian Health Authorities Think about The Integration of Medical Education And Health Services. *Journal of Medical Education*. 2001; (1)1: 12-19.
31. Irajpour AR, Alavi M. [Readiness of postgraduate students of Isfahan University of Medical Sciences for inter professional learning]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11 (9): 1050-1056. [Persian]
32. Garrusi S, Garrusi B. [Viewpoints of medical and nursing students regarding Medical and nursing professions: The first step in assessment of possibility of interdisciplinary training]. *Strides in Development of Medical Education*. 2012; 9(1); 25-33. [Persian]
33. Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A, Madah B. [The Readiness of Postgraduate Health Sciences Students for Interprofessional Education in Iran]. *Bimonthly Journal of Education Strategy in Medical Sciences*. 2014; 7(5): 301-308. [Persian]
34. Curran VR, Deacon DR, Fleet L. Academic administrators' attitudes towards interprofessional education in Canadian schools of health professional education. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1: 76-86.
35. Graybeal C, Long R, Scalise-Smith D, Zeibig E. The Art and Science of Interprofessional Education. *J Allied Health*. 2010; 39 suppl 1: 232-7.
36. Ateah CA, Snow W, Wener P, MacDonald L, Metge C, Davis P, et al. Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference. *Nurs Educ Today*. 2011; 31(2): 208-13.
37. Bridges DR, Tomkowiak J. Allport's Intergroup Contact Theory as a theoretical base for impacting student attitudes in interprofessional education. *J Allied Health*. 2010; 39(1): e29-33.
38. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005; 19 suppl 1: 188-96.
39. Charles G, Bainbridge L, Gilbert J. The University of British Columbia model of interprofessional education. *J Interprof Care*. 2010; 24(1): 9-18.
40. Anderson ES, Lennox A. The Leicester Model of Interprofessional Education: developing, delivering and learning from student voices for 10 years. *J Interprof Care*. 2009; 23(6): 557-73.

Barriers to Implementation of Team Care and Interprofessional Education: the Viewpoints of Educational Managers of Iranian Health System

Zohreh Vafadar¹, Zohreh Vanaki², Abbas Ebadi³

Abstract

Introduction: Today, interprofessional collaboration and team care as well as interprofessional education are inevitable necessities for addressing healthcare needs of societies. Due to a contradiction between the need to provide team care at health centers and the lack of prioritization and implementation of team-based and interprofessional approaches to education in the health system, this study was conducted to explain the barriers to implementation of team care and interprofessional education in Iran from the viewpoints of educational managers of the health system.

Methods: This qualitative content analysis study with a conventional approach was carried out from August 2013 to Jul 2014. The data were collected through semi-structured individual interviews with 16 educational managers and researchers in universities of medical sciences and medical education development centers who were selected by purposive sampling. All interviews were transcribed word by word and then analyzed using MAXQD software.

Results: Two categories and eight subcategories were identified explaining the barriers to implementation of team care and interprofessional education from educational managers' viewpoints. The two main categories included cultural-attitudinal barriers and structural-functional barriers. The first category consisted of subcategories such as weakness of systemic thinking, individualistic culture, profession-orientedness, physicians' predominance, and role models. The second category included subcategories of management structure, stunted growth of educational management, inadequate understanding and weak evidence.

Conclusion: Existing barriers and their influence on each other have prevented the implementation of team care and interprofessional education by creating a vicious cycle. Since the cultural and attitudinal changes occur over a long period, it is necessary to move towards changing the culture and attitudes and implementing team care and interprofessional education through restructuring the educational management as well as implementation of interprofessional education pilot programs and developing research and evidence accordingly.

Keywords: Team Care, interprofessional education, educational managers, health system.

Addresses:

¹PhD candidate in Nursing, Department of Medical-surgical Nursing, Faculty of Nursing, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: zohrehvafadar@gmail.com

²(✉)Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: vanaki_z@modares.ac.ir

³ Associate Professor, Department of Management, Behavioral Sciences Research Center (BSRC), Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: ebadi1347@bmsu.ac.ir