

## دیدگاه های کارکنان بهداشت و درمان خط مقدم در مورد کار تیمی بین حرفه ای

### در طول کووید-19

#### چکیده

کار تیمی چند تخصصی موثر نقش مهمی در پاسخگویی موفق به بحران دارد. پاسخ به بحران های بهداشت عمومی گذشته بر ارتباطات چند تخصصی و اعتماد برای حمایت از تاب آوری کارکنان بهداشت و درمان (HCW) متکی بوده است. برای درک تعاملات بین حرفه ای و درک کار تیمی در طول پاسخ کووید-19، ما مصاحبه های نیمه ساختاریافته عمیقی را با 18 HCW بستری (11 پرستار کنار تخت، 5 هماهنگ کننده مراقبت و 2 داروساز) از یک مرکز پزشکی VA بین مارس و ژوئن 2020 انجام دادیم. با استفاده از تجزیه و تحلیل موضوعی، ما چهار موضوع کلیدی را شناسایی کردیم که نقاط قوت و چالش های کار تیمی بین حرفه ای، ارتباطات، مراقبت از بیمار، و پاسخ سازمانی را در طول موج اولیه کووید-19 توصیف می کند. تیم های بین حرفه ای تکه تکه شدند. HCW هایی که به کار از راه دور منتقل شدند وضعیت خود را در تیم های بستری از دست دادند و برای ارائه سطوح کیفیت مراقبت قبل از همه گیری تلاش کردند. برعکس، کار تیمی بین حرفه ای برای HCW هایی که به کار در واحدهای بستری ادامه دادند، بهبود یافت، جایی که شرکت کنندگان در مطالعه کاهش سلسله مراتب بین حرفه ای و افزایش حمایت متقابل را توصیف کردند. شرکت کنندگان نیاز به ارتباطات به موقع، دقیق و شفاف را به دلیل مواجهه با چالش های جدید ایمنی بیمار و ارتباطات ناشی از بیماری همه گیر توصیف کردند. HCW ها تمایل خود را برای حمایت رهبری پایدار و شمول در تصمیم گیری سازمانی ابراز کردند. چالش های کار تیمی، ارتباطات و مراقبت از بیمار گزارش شده در این مطالعه، نیاز به ارتباطات منسجم، شفاف و پاسخ سازمانی از سوی رهبری بیمارستان در زمان های بحران را برجسته می کند.

کلمات کلیدی: همکاری بین حرفه ای. ارتباطات بین حرفه ای. کار تیمی بین حرفه ای. دوره های بین رشته ای

کیفی کووید-19

## 1. مقدمه

در طول همه‌گیری کووید-19، کارکنان بهداشت و درمان (HCW) در بیمارستان‌ها با استرس‌های حرفه‌ای و شخصی قابل توجهی مواجه شده‌اند که منجر به ترک کار و آسیب اخلاقی شده است. آنها با تامین ناکافی تجهیزات حفاظت فردی، اضطراب در مورد انتشار ویروس به عزیزان، و نگرانی در مورد پروتکل‌ها، رویه‌ها و استانداردهای عمل بستری در حال تغییر سریع مبارزه کرده‌اند.<sup>1،2</sup> همکاری چند تخصصی یک عامل کلیدی در ایمنی بیمار و ارتباط موفق است. به‌ویژه در طول همه‌گیری کووید-19، به‌عنوان کار گروهی مؤثر برای حمایت از HCW در طول پاسخ به بحران‌های گذشته ضروری بوده است.

میزان استرس، اضطراب و افسردگی در میان پاسخ دهندگان خط مقدم بالا است،<sup>5</sup> و کار در طول کووید-19 منجر به خستگی مزمن، بی‌خوابی، PTSD و فرسودگی شغلی در میان متخصصان بهداشت و درمان شده است. نقش بسزایی در توانمندسازی کارکنان و سلامت فردی دارند. در طول شیوع سندرم تنفسی حاد شدید در سال 2003 و شیوع سندرم تنفسی خاورمیانه در سال 2012، ارتباط مؤثر، همکاری و اعتماد بین تیم‌های ارائه دهنده بهداشت و درمان برای مدیریت بحران بسیار مهم بود. این احساس نزدیکی و توانمندی را ایجاد کرد که به نوبه خود رهبری جمعی قوی و انعطاف‌پذیری کارکنان را تقویت کرد. 7،8 HCW که در طول همه‌گیری آنفلوآنزای H1N1 در سال 2009 و پاسخ بیماری ویروس ابولا در سال 2014 کار می‌کردند، اهمیت دریافت آموزش کار تیمی و ایجاد را توصیف کردند. شفافیت در مورد نقش‌های تیم برای حمایت از ایمنی بیمار و سلامت شخصی، و به این موضوع به عنوان یک زمینه کلیدی برای آمادگی برای شیوع بیماری‌های آینده اشاره کرد.<sup>9،10</sup>

در طول همه‌گیری کنونی کووید-19، چندین سیستم بیمارستانی موفق شدند تیم‌های چند تخصصی خط مقدم را برای واکنش به بحران بسیج کنند، که ارتباط و همکاری مهم بین کارکنان خط مقدم و فرماندهی حادثه را تسهیل

کرد. بحران متکی به همکاری بین حرفه ای است،<sup>3</sup> تجزیه و تحلیل موفقیت ها و چالش های تعاملات بین حرفه ای در طول همه گیری بسیار مهم است. درک شرایط اجتماعی و ساختاری که کار چند تخصصی را در بیمارستان ها تسهیل می کند یا مانع می شود و مطالعه تأثیر کووید-19 بر ماهیت کار چند تخصصی در آماده سازی برای بحران های آینده مهم است. - اعضای تیم بهداشت و درمان خط مقدم پزشک در طول موج اولیه کووید-19.

## 2. روش ها

### 2.1. طراحی مطالعه

این مطالعه توصیفی کیفی، دیدگاه های HCW های خط مقدم بستری را در مورد کار تیمی، ارتباطات و رهبری در یک مرکز پزشکی منطقه ای VA در طول موج اولیه کووید-19 مورد بررسی قرار داد. شرکت کنندگان در مطالعه بخشی از تیم هایی بودند که دوره های بین رشته ای سازمان یافته روزانه (IDR) را قبل از همه گیری با هم انجام می دادند. این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگتر بود که تجربیات HCWs و بیماران مبتلا به IDR در کنار بالین را بررسی کرد. این مطالعه توسط هیئت بررسی نهادی چندگانه کلرادو تأیید شد و رضایت آگاهانه اخذ شد (تأیید پروتکل COMIRB #19-2644)

### 2.2. تنظیمات و شرکت کنندگان

ما یک نمونه راحت از پرستاران کنار بالین، داروسازان، و هماهنگ کننده های مراقبت در واحدهای پزشکی بستری مراقبت های حاد در مرکز پزشکی منطقه ای کوه راکی (VA (RMR VAMC)، یک بیمارستان منطقه ای آکادمیک 88 تختی استخدام کردیم. همه هماهنگ کنندگان مراقبت از نظر آموزش پرستار بودند. شرکت کنندگان در صورتی واجد شرایط مطالعه بودند که به طور منظم در IDR کنار تخت قبل از همه گیری شرکت کرده بودند (بیش از 50 درصد شیفت هایشان). هدف ما نمونه برداری از کسانی بود که با IDR کنار تخت آشنا بودند و می توانستند در مورد تغییرات کار تیمی و ارتباطات در طول زمان نظر بدهند. IDR در بالین در ژوئن 2019 در بخش های مراقبت های حاد در

RMR VAMC اجرا شد و شامل ورودی ساختاری از پزشکان، پرستاران، داروسازان و هماهنگ کنندگان مراقبت درباره برنامه‌های مراقبت در کنار بالین بیمار بود. در طول موج شیوع کووید-19، تیم‌های چند تخصصی به دور هم جمع شدن در خارج از اتاق‌های بیماران ادامه دادند و سعی کردند با اعضای تیمی که از راه دور با فناوری صدا کار می‌کردند، تماس بگیرند.

### 2.3. جمع آوری داده ها

ما شرکت کنندگان را بین مارس و ژوئن 2020 از طریق ایمیل و شفاهی در گروه‌ها جذب کردیم. مشارکت داوطلبانه، محرمانه بود و به نقش‌ها یا مسئولیت‌های کاری مرتبط نبود. یک محقق کیفی با تجربه بدون رابطه قبلی با شرکت کنندگان، با شرکت کنندگان موافقت کرد و 18 مصاحبه نیمه ساختاریافته و عمیق از طریق تلفن (SRJ) انجام داد. نرخ مشارکت 46٪ (از 39 HCW واجد شرایط دعوت شده برای شرکت) بود. موضوعات مصاحبه شامل تجربیات کار تیمی و ارتباط در طول کووید-19، اثرات همه‌گیری بر IDR و رهبری، و مشارکت کارکنان در طول واکنش کووید-19 بود. مصاحبه‌ها تا 1 ساعت به طول انجامید و به صورت صوتی ضبط و به صورت حرفه‌ای رونویسی شد. ما مصاحبه‌ها را انجام دادیم تا زمانی که به اشباع داده‌ها رسیدیم، جایی که هیچ اطلاعات جدیدی ظاهر نشد.<sup>14,15</sup> شرکت‌کننده برای قدردانی از وقت خود یک کارت هدیه 25 دلاری دریافت کردند.

### 2.4. تحلیل داده ها

ما تجزیه و تحلیل را با استفاده از یک رویکرد تکراری، مبتنی بر تیم، استقرایی برای شناسایی مضامین کلیدی انجام دادیم.<sup>16</sup> با توجه به تحلیل موضوعی، تیم مطالعه یک کتاب‌کد تعریف و توافق کردند و دو کدگذار (SC, MP) همه رونوشت‌های شناسایی نشده را به طور مستقل کدگذاری کردند؛ هر گونه تفاوت در کدگذاری در طول فرآیند مقایسه و تطبیق داده شد. اول، ما رونوشت‌ها را به صورت قیاسی با استفاده از مجموعه‌ای موقت از کدهای استخراج شده از سوالات مصاحبه کدگذاری کردیم. کتاب‌کد شامل تعاریف هر کد برای چارچوب تجزیه و تحلیل است. سپس نتایج

توسط تیم مطالعه (SC، SRJ، KM) برای تفسیر یافته‌های اولیه بررسی و مورد بحث قرار گرفت. با استفاده از این بینش‌ها، چرخه دوم کدگذاری را به صورت استقرایی انجام دادیم تا الگوهای درون کدگذاری اولیه را جستجو کنیم و مضامین را شناسایی کنیم. 19 نقل قول‌های نماینده برای هر موضوع و زیرمضمون نشان داده شده در جدول 2 انتخاب شدند. نتایج با شرکت‌کنندگان برای بررسی آنها به‌عنوان معیار اعتبار، و دو شرکت‌کننده با تأیید نتایج پاسخ دادند. 13 نرم‌افزار NVivo نسخه 12 برای مدیریت داده‌ها استفاده شد (QSR International Pty Ltd. (2020)). (NVivo).

### 3. نتایج

ما با یازده پرستار، پنج هماهنگ‌کننده مراقبت و دو داروساز (تعداد = 18) که در واحدهای پزشکی مراقبت‌های حاد در RMR VAMC بین مارس و ژوئن 2020 کار می‌کردند، مصاحبه کردیم. شرکت‌کنندگان بین 31 تا 50 سال سن داشتند و میانگین سنی آنها 38 بود. عمدتاً زن (88.9٪) و قفقازی (83٪) بودند. میانگین تعداد سالهای کار 10.3 و میانگین سالهای استخدام در سیستم VA 7.9 بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اضافی خود گزارش شده در جدول 1 ارائه شده است. ما چهار موضوع کلیدی را ارائه می‌کنیم که دیدگاه‌های کارکنان چند تخصصی مراقبت‌های بهداشتی را در مورد کار تیمی در طول همه‌گیری کووید-19 برجسته می‌کند: 1. کار تیمی چند تخصصی در طول کووید-19، 2. ارتباطات در طول کووید-19، 3. مراقبت از بیمار در طول کووید-19 و 4. پاسخ سازمانی در طول کووید-19. مضامین در زیر توضیح داده شده است و نقل قول‌های توضیحی اضافی در جدول 2 فهرست شده است.

جدول ۱ مشخصات دموگرافیک مصاحبه شوندگان ۱۸ نفر.

مشخصه هایه جمعیتی	شرکت کنندگان، n	درصد از شرکت کنندگان
انضباط		
پرستار	11	61.1
هماهنگ کننده مراقبت	5	27.8
داروساز	2	11.1
جنسیت		
مؤنث	16	88.9
نر	2	11.1
مسابقه		
سفید	15	83
سیاه	1	5.6
اسپانیایی	1	5.6
نژاد مختلط	1	5.6
تجربه	Years ( $\pm$ SD)	
میانگین سنی ۲۰	38 $\pm$ 6	
میانگین سالهای تمرین ۲۰	10.3 $\pm$ 5.6	
میانگین سال کار در سیستم ۲۰VA	7.9 $\pm$ 4.5	

### 3.1. موضوع 1. کار تیمی بین حرفه ای در طول کووید-19

شرکت کنندگان هم چالش‌ها و هم پیشرفت‌های کار تیمی را در طول واکنش اولیه کووید-19 شرح دادند. در میان چالش‌ها، تغییرات در تکالیف تیمی، جدایی جغرافیایی و به حداقل رساندن کارکنان در واحدهای کووید-19 از سخت‌ترین آنها بود. در طول این مدت، داروسازان و هماهنگ کنندگان مراقبت به دلیل کمبود تجهیزات حفاظت شخصی (PPE) از واحدها برای کار از راه دور منتقل شدند. آنها توضیح دادند که از نظر عاطفی چقدر سخت است که نتوانیم در آن مناطق در کنار هم تیمی های خود کار فیزیکی کنیم و این احساس را به گناه بازماندگان تشبیه کردند. زمانی که ارتباط با تیم‌ها و بیماران فقط به فناوری صوتی محدود می‌شد، شرکت کنندگان در تلاش برای احساس یکپارچگی در مراقبت از بیمار بودند. این ارتباط غیرمستقیم با تیم های بستری و بیماران آنها را از تیم های خود دور کرد. آن‌ها احساس می‌کردند که نظراتشان کمتر مورد توجه قرار می‌گرفت و توصیه‌هایشان وزن کمتری داشت. یک هماهنگ کننده مراقبت گفت:

متوجه شدم که تیم های پزشکی آنقدر در دسترس نیستند، زیرا نمی توانستند من را ببینند. من فقط یک صدا در آن طرف [تلفن] بودم و بنابراین به عنوان یکی از اجزای اتفاقی که در جریان بود دیده نمی شدم.» (شرکت کننده 22، هماهنگ کننده مراقبت)

پرستاران کنار بالین توصیف کردند که در طول هفته‌ها دیگر اعضای تیم را ندیده‌اند، زیرا افراد به واحدهای کووید-19 اختصاص داده شده‌اند تا تماس متقابل را به حداقل برسانند. با وجود این، بسیاری از پرستاران احساس می‌کردند که کار تیمی در واحدشان بهبود یافته است، و این را به حس «یکی بودن» با کسانی که در کنار تخت می‌مانند نسبت می‌دهند. آنها یک تجربه مشترک و جمعی از کار کردن از طریق یک تجربه جدید و ترسناک با هم و کمک به یکدیگر در انجام وظایفی مانند تحویل لوازم به اتاق های بیماران را توصیف کردند. پرستاران همچنین به افزایش همکاری با پزشکان اشاره کردند زیرا سیلوهای حرفه ای کاهش یافت و پزشکان در انجام وظایف پرستاری برای بیماران کووید-19 کمک کردند. یک پرستار به اشتراک گذاشت:

سیلوها، موانعی که ما روزانه در شرایط عادی از آن عبور می کنیم... بسیاری از آن ها سقوط کرده است.» (شرکت کننده 24، پرستار)

علاوه بر این، استراتژی‌های ارتباطی چند تخصصی جدید خط مقدم، مانند افزایش تجمعات تیمی، توانایی پرستاران را برای مطرح کردن نگرانی‌ها در مورد مسائل مربوط به مراقبت از بیمار بهبود می‌بخشد و همچنین حس کار گروهی آنها را بهبود می‌بخشد.

### 3.2. موضوع 2. ارتباط در طول کووید-19

ارتباطات سازمانی در بین رشته‌ها، واحدها و تیم‌ها به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده بزرگ در سلامت کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و تأثیر بر اعتماد به سازمان توصیف شد. شرکت‌کنندگان بیان کردند که ارتباطات مؤثر، شفاف و مداوم از سوی رهبری و بین تیم‌ها برای هدایت پاسخ به کووید-19 کلیدی است. ارتباط مداوم از سوی رهبری در

میان همه شرکت‌کنندگان بسیار ارزشمند بود. بسیاری توضیح دادند که چگونه ارتباطات سازمانی در هفته‌های اولیه افزایش کووید-19 تشدید شد. یک داروساز گفت:

ما دو بار در روز جلساتی در مورد کد بلوز داشتیم که سیستم واکنش اضطراری ما است. ما جلسات روزانه در این یک طبقه داشتیم، فقط برای اینکه سعی کنیم منبع [اطلاعات] کووید باشیم... فرمان حادثه ما به ما ایمیل‌های روزانه می‌داد و این در واقع آرامش‌بخش بود.» (شرکت‌کننده 28، داروساز)

سایر عناصر ارزشمند ارتباط در طول همه‌گیری شامل شفافیت بود، مانند ارائه به‌روزرسانی‌های رهبری حتی زمانی که «خبر بد» بود یا زمانی که هنوز تصمیم‌گیری نشده بود اما در حال انجام بود. همچنین ارتباطی که باعث ایجاد جامعه و روابط بین HCW ها شد، مهم بود. یکی از نمونه‌های این ارتباطات «مکالمه‌های COVID تیم‌های بین حرفه‌ای و بیماران را تحت تاثیر قرار داد.

در مقابل huddles، برخی از شرکت‌کنندگان خاطرنشان کردند که ایمیل‌ها روش ارتباطی کمتر مؤثری در طول همه‌گیری بود، زیرا در خانه به راحتی در دسترس نبودند و برای برقراری ارتباط در روزهای بسیار پر استرس و پرمشغله غیرعملی بودند. برخی دیگر از زمانی که به نظر می‌رسید سوالات یا نگرانی‌های آنها توسط مدیریت بی پاسخ مانده و زمانی که پیگیری وجود نداشت، ناامیدی را توصیف کردند. در حالی که شرکت‌کنندگان از تشدید ارتباطات در ابتدا قدردانی کردند، بسیاری اشاره کردند که فرکانس ارتباط در ماه مه و ژوئن 2020 با انتظار بازگشت به "عادی جدید" کاهش یافت. این کاهش ارتباطات منجر به احساس هرج و مرج و رها شدگی شد. یک پرستار در ماه می 2020 گفت: ارتباط در ابتدا کاملاً شگفت‌انگیز بود. حالا، می‌توانم بگویم در دو یا سه هفته گذشته، فقط احساس می‌کنم که کاملاً از بین رفته است و هیچ‌کس دیگر واقعاً به پرستاران اهمیت نمی‌دهد. فکر می‌کنم اکنون این فقط یک چیز سیستمی است، جایی که هیچ‌کس دیگر واقعاً نمی‌داند چه اتفاقی می‌افتد و هرج و مرج زیادی با بازگشت به حالت عادی جدید وجود دارد." (شرکت‌کننده 31، پرستار)

داروسازان و هماهنگ‌کنندگان مراقبت، برخلاف پرستاران، توصیف کردند که حتی در آغاز همه‌گیری اطلاعات مستقیم زیادی از رهبری خود دریافت نکرده‌اند. آنها گزارش دادند که اطلاعات کمی از رهبری مستقیم در مورد تصمیمات



کارکنان، استفاده از PPE و تغییر پروتکل های مراقبت از بیمار دریافت کرده اند. اکثر آنها گزارش دادند که به طور فعال مجبور به جستجوی به روز رسانی در مورد مراقبت از بیمار خارج از گروه های اصلی حرفه ای خود هستند.

### **3.3. موضوع 3. مراقبت از بیمار در طول کووید-19**

به دلیل درگیری قبلی شرکت کنندگان با IDR کنار تخت، بسیاری در مورد اینکه چگونه ناتوانی تیمها در جمع شدن در اتاقهای بیمار به طور منظم بر بیماران در طول کووید-19 تأثیر می گذارد، بحث کردند. هنگامی که تیم ها در راهرو ملاقات می کردند یا زمانی که پرستاران و پزشکان قادر به برقراری ارتباط مستقیم با بیماران یا همراهی با آنها نبودند، بیماران نمی توانستند در بحث های مراقبت شرکت کنند. یکی از پرستاران گفت:

چندین گزارش از بیماران داشتم که ناامید شده بودند زیرا نمی دانستند چه اتفاقی دارد می افتد. آنها فقط ارتباطی که می خواستند نداشتند.» (شرکت کننده 24، پرستار)

بیماران همچنین در طول افزایش کووید-19 با نگرانی های ایمنی جدیدی روبرو شدند. یک داروساز توضیح داد که قبلاً سؤالات مربوط به تجویز دارو اغلب به طور طبیعی در طول دوره IDR در کنار تخت مطرح می شد، اما از آنجایی که آنها از راه دور کار می کردند، این سؤالات مورد توجه آنها قرار نگرفت. پرستاران همچنین به مشکل مدیریت بیماران در معرض خطر سقوط به دلیل اقدامات احتیاطی تماسی و مشکل در رساندن بیماران به روشها در نتیجه تغییر سریع پروتکل های انتقال بیمار اشاره کردند.

### **3.4. موضوع 4. پاسخ سازمانی در طول کووید-19**

شرکت کنندگان چندین ویژگی از واکنش سازمانی محلی VA به شیوع کووید-19 را تعریف کردند که برای کار آنها ارزشمند بود یا نیاز به بهبود داشت. یکی از مثبت ترین تلاش هایی که آنها به آن اشاره کردند، ایجاد برنامه های حمایت عاطفی برای کارکنان بود. این شامل به اشتراک گذاشتن منابع سلامت روان (که به طور منظم توسط رهبری اجرایی انجام می شود) و برگزاری سخنرانی های سلامتی، صحبت با روانشناسان، و گذراندن وقت با سگ های درمانی (که

توسط مشارکت پرستار/پزشک خط مقدم و تیم مراقبت تسکینی ترتیب داده شده بود) بود. تلاش قابل توجه دیگری که پرستاران توصیف کردند، حضور فیزیکی مدیران فوری آنها در واحد بود تا اطمینان حاصل شود که آنها به خوبی تأمین و حمایت می شوند. بازدیدهای حضوری رهبری اجرایی در میان کارکنان بین حرفه ای بسیار مورد قدردانی و ارزش قرار گرفت، اما به عنوان نادر توصیف شد.

پرستاران همچنین زمان‌هایی را توصیف کردند که احساس نمی‌کردند توسط رهبری درک شده یا مورد حمایت قرار می‌گرفتند و زمانی که رهبری نتوانستند محدودیت‌های کارشان را در طول پاسخ کووید-19 تشخیص دهند. هماهنگ‌کننده‌های مراقبت و پرستاران هر دو ابراز تمایل کردند که در تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند و ایده‌های آنها نه تنها شنیده شود، بلکه توسط مدیریت بالاتر گنجانده شود، و شاهد شفافیت بیشتر در فرآیند تصمیم‌گیری سازمانی باشند. یک هماهنگ‌کننده مراقبت بیان کرد که چگونه سلسله مراتب سازمانی مانع از مشارکت تجربه و دانش HCW در خط مقدم تصمیم‌گیری سازمانی می‌شود:

پرستاران اینجا در برخی نقاط احساس شنیده یا قدردانی نکرده اند. من فکر می‌کنم که بیشتر به ساختار سلسله مراتب مدیریتی مربوط می‌شود که ما در اینجا داریم، و بنابراین کسانی که در رهبری اجرایی هستند ممکن است از نظر آنچه که واقعاً روزانه در یک سطح اتفاق می‌افتد، کاملاً آگاه نباشند و جزئیات محور نباشند. اما جزئیاتی که واقعاً می‌تواند بر نحوه عملکرد روزانه شما در اینجا تأثیر بگذارد. (شرکت کننده<sup>21</sup>، هماهنگ‌کننده مراقبت)

جدول 2 مضامین کیفی و نقل قول های گویا.

موضوع	موضوع فرعی	نقل قول
موضوع 1. بین حرفه ای کار تیمی در طول کووید-19	چالش برای کار تیمی: جدا از تیم ها	رهبری من من را در این واحد نمی خواست... بنابراین مجبور بودم بیمارانم را از دور تماشا کنم... و سپس فقط Vocera (فناوری صوتی) بود تا با تیم های پزشکی صحبت کند. جانبازان در حال عبور بودند و من نمی توانستم آنجا باشم، نمی توانم دست آنها را بگیرم، نمی توانم خانواده را به آنجا ببرم، نمی توانم کمکی کنم. احساس می کردم نمی توانم کمکی کنم و کاری انجام نمی دهم. (شرکت کننده 22، هماهنگ کننده مراقبت)
	بهبود کار تیمی: شکستن سیلوهای بین حرفه ای	من فکر می کنم کار تیمی بهتر بوده است زیرا همه ما دور هم جمع شده ایم و متوجه شده ایم که این وضعیت برای همه ترسناک است و نمی خواهیم کسی احساس تنهایی کند. (شرکت کننده 30، پرستار)
موضوع 2. ارتباط در طول کووید-19	جنبه های مفید ارتباط در طول کووید-19	ما دور به روزرسانی COVID را داریم که در ایستگاه پرستار با پزشکان و پرستاران اتفاق می افتد. و آنها فقط به روزرسانی هایی را ارائه می کنند یا به روزرسانی هایی را که در راه است یا در حال انجام است به ما می گویند. و هر گونه سوال یا نگرانی که ممکن است داشته باشیم می پرسند. و هنگامی که آن ها بیان می شوند، آنها را به بالاتر می برند، یا راه حل هایی ارائه می دهند. بنابراین آنها فرصتی را برای شنیده شدن صدای پرستاران فراهم می کنند. (شرکت کننده 23، پرستار)
	جنبه های غیر مفید ارتباط در طول کووید-19	تمام اطلاعاتی که در مورد برنامه ریزی و تغییرات کووید-19 به دست آوردم، و غیره، از طریق یکی از این دو مورد بود K2 huddle، که توسط بیماران بیمارستان هدایت می شود، یا از طریق برنامه ریز ترخیص در تیم من که بیشتر دریافت کرده است اطلاعات زیرا آنها بخشی از مرکز جریان بیمار هستند. بنابراین بسیار ناراحت کننده بود زیرا اطلاعات زیادی وجود دارد که به اشتراک گذاشته می شد، اما ما چیزی از خود

<p>دریافت نکردیم رهبری. (شرکت کننده 18، داروساز)</p>		
<p>من شایعاتی مبنی بر تغییر سیاست در مورد چگونگی توقف اقدامات احتیاطی انزوا و چگونه تصمیم می‌گیریم که یک بیمار مبتلا به کووید مثبت اکنون دیگر کووید محسوب نمی‌شود مثبت و چیزهایی از این قبیل من فکر می‌کنم ارتباطات از نظر آن سیاست‌ها تغییر می‌کند و ارتباط از کنترل عفونت قطع شده است زیرا تیم مدیریت حادثه این کار را نکرده است گرد شده است و ما این کارها را انجام نداده ایم. (شرکت کننده 29، پرستار)</p>	<p>کاهش ثبات در ارتباطات در طول زمان</p>	
<p>ما آنقدر زمان نداریم که با آنها بنشینیم و صحبت کنیم زیرا بیشتر آنها هستند تنها، یا اگر بیماران بستری داریم که به طور نامحدود آنجا هستند و نمی‌توانند با خانواده ملاقات کنند آنها که معمولاً خانواده‌ها می‌خواهند بیایند و با آنها بنشینند. (شرکت کننده 30، پرستار)</p>	<p>عدم تعامل بیمار با تیم مراقبت</p>	<p>موضوع 3. مراقبت از بیمار در طول کووید-19</p>
<p>من فکر می‌کنم همه در حال یادگیری هستند، اما وقتی یک هفته دیگر می‌آیی احساس سختی می‌کند دقیقاً همان کاری که ما انجام می‌دهیم و اینگونه است که یک بیمار را ترخیص می‌کنیم و اینگونه هستیم انتقال بیماران و سپس همه آن چیزی است که من انتظار داشتم [یک هفته دیگر]. من فکر می‌کنم که ایمنی را مانند یک هدف متحرک احساس کرده است. (شرکت کننده 29، پرستار)</p> <p>من می‌توانم بگویم که از آنجایی که ما آنقدرها در زمین نیستیم، شاید سؤالات کمتری در مورد آن داشته باشیم تجویز دارو و این چیزها (شرکت کننده 18، داروساز)</p>	<p>خطرات ایمنی بیمار</p>	
<p>آنها [رهبری] سعی داشتند تا حدودی به این تأثیر فوق العاده عاطفی و ذهنی بپردازند تأثیری که این دارد (شرکت کننده 28، داروساز)</p>	<p>حمایت عاطفی از کارکنان</p>	<p>موضوع 4. پاسخ سازمانی در طول کووید-19</p>
<p>ما به راحتی فراموش می‌کنیم که در اطراف هستیم تا زمانی که چیزی منفجر شود. مثل اینکه فراموش کرده اند بفرستند اطلاعات به</p>	<p>نیاز به ترکیب اعضای تیم خط مقدم دیدگاه‌ها در تصمیم‌گیری</p>	

<p>دست ما رسیده یا از ما بپرسید، "ما در فکر انجام این کار هستیم، بچه ها نظر شما چیست؟" ما داریم این ترکیب عظیم از افراد مختلف از همه اقشار پرستاری که می توانستند به طور بالقوه در کمک کردن کمک کنند نه تنها پرستاران دیگرمان را آسوده می کنیم، بلکه راههایی را نیز در نظر می گیریم که چگونه می توانستیم این کار را انجام دهیم کار. از ما خواسته نشد فقط به ما گفته شد. (شرکت کننده 22، هماهنگ کننده مراقبت)</p>		
<p>فکر می کنم یک مکان خوب برای شروع، سایه زدن برای یک روز کامل و دیدن اینکه چقدر در حال دویدن هستیم در اطراف... فقط این که این افرادی که این تصمیمات را می گیرند در کنار ما باشند، می تواند باشد یک جای خوب برای شروع. (شرکت کننده 31، پرستار)</p> <p>واقعاً تغییر خوبی بود که احساس کنید: «اوه، کارگردان امروز روی زمین است و او هم هست از شما بپرسید که آیا سؤالی دارم یا نیازی دارم که به آن توجه نشده است.» و مانند: «اوه، این مدیر پرستاری در اطراف است.» (شرکت کننده 29، پرستار)</p>	<p>ارزش دادن به رهبری در واحد</p>	

#### 4. بحث

این مطالعه تجربیات و دیدگاههای پرستاران بستری، هماهنگ کنندگان مراقبت و داروسازان را با توجه به ارتباطات، کار تیمی، مراقبت از بیمار، و تلاشهای سازمانی در طول موج اولیه کووید-19 در یک بیمارستان منطقه ای VA برجسته می کند. در حالی که تیمهای چند تخصصی تکه تکه بودند، کار تیمی برای آنهايي که در واحدهای بستری ماندند، در حالی که برای رسیدن به اهداف مشترک کار می کردند و سیلوهای چند تخصصی را شکستند، بهبود یافت. تجارب شرکت کنندگان با کار تیمی، ارتباطات، مراقبت از بیمار و رهبری، توصیه هایی را برای استراتژی های سازمانی برای بهبود مشارکت و سلامت HCW در زمان های بحران ارائه می دهد. این توصیه ها عبارتند از: (1) ارائه ارتباطات روشن، شفاف و منسجم، (2) ادغام تخصص خط مقدم در تصمیم گیری های سازمانی، و (3) پشتیبانی مداوم رهبری.

مطالعه ما به مجموعه مقالات اخیر اضافه می کند که نشان می دهد کارگران خط مقدم برای ارائه شفافیت نقش و دانش رویه های عملیاتی استاندارد،<sup>21</sup> برای پرورش رفاه روانی،<sup>22-24</sup> و شنیدن صداهای خط مقدم، نیاز دارند و از سازمانشان انتظار حمایت دارند. مطالعات به گزارش مزایای برنامه ریزی همه گیری چند تخصصی و توصیف سازگاری با کار گروهی در طول همه گیری محدود می شود. این مطالعه درک عمیق تری از پویایی تیم خط مقدم در طول کووید-19 ارائه می کند و پیشنهادهایی برای بهبود ارتباطات، کار گروهی و رویکرد رهبری ارائه می کند.

تجربیات شرکت کنندگان در مطالعه ما به خوبی با مفهوم هماهنگی رابطه ای (RC) ترسیم می شود. کار تیمی موثر از طریق ارتباطات به موقع، مکرر، دقیق و حل مسئله مبتنی بر دانش مشترک، اهداف مشترک و احترام متقابل هدایت می شود. RC 26 نتایج کیفیت و کارایی را بهبود می بخشد، از سلامت کارگران حمایت می کند و نوآوری را در سراسر صنایع تقویت می کند. نشان می دهد که RC بین اعضای تیم به تنهایی برای سلامتی و تعامل HCW کافی نیست. نقش رهبری سازمانی را نمی توان دست کم گرفت. شرکت کنندگان ما توضیح می دهند که توانمندسازی کارکنان به شدت در نحوه پاسخگویی رهبری به آنها و ترکیب ایده های آنها ریشه دارد. کارکنان بهداشت و درمان از رهبری انتظار دارند که به صورت فیزیکی حضور داشته باشند، در مورد دامنه عملکرد خود بیاموزند، به طور شفاف ارتباط برقرار کنند، و تخصص کارکنان را در تصمیم گیری ها لحاظ کنند. خرابی در ارتباطات و پشتیبانی رهبری، اعتماد HCW را به سازمان خود از بین می برد و به آسیب اخلاقی کمک می کند.

شرکت کنندگان تجربیات قبلی خود از کار در تیمها در IDR کنار تخت را با تجربیات خود در طول موج کووید-19 مقایسه کردند، و آنها را در موقعیتی منحصر بفرد قرار دادند تا در مورد چگونگی تأثیر بیماری همه گیر بر مراقبت از بیمار و روابط HCW اظهار نظر کنند. اعضای تیم فرانت لاین که از راه دور کار می کردند، احساس می کردند که ارتباطشان با بیماران قطع شده است و موقعیت خود را در تیم چند تخصصی از دست می دهند. این اختلال در تیم ها باعث ایجاد حس شکسته در جامعه و مانع از توانایی آنها در ارائه سطوح پیش از بحران از مراقبت با کیفیت و ایمنی بیمار شد. در مقابل، پرستاران کنار بالینی که در واحدهای بستری ماندند، بهبود کار تیمی و رفاقت با دیگران در خط مقدم را گزارش کردند که ناشی از شکست سیلوهای حرفه ای و تشدید حمایت متقابل بود. این یافته ها نشان می دهد

که فضاهای کاری مشترک به یک جامعه قوی کمک می کند که می تواند مشارکت HCW و کار تیمی را هدایت کند. حذف اعضای تیم از فضاهای کاری مشترک و گردش کار تیم می تواند تیم های چند تخصصی و ایمنی بیمار را تهدید کند و ممکن است بر خلاف تلاش ها برای شکستن سیلوهای حرفه ای عمل کند.

یکی دیگر از یافته های قابل توجه در مطالعه ما شامل اختلاف در میزان اطلاعات موجود برای گروه های مختلف حرفه ای خط مقدم در همان بیمارستان است. داروسازان و هماهنگ کنندگان مراقبت باید به طور فعال اطلاعاتی در مورد تغییرات و پروتکل های جاری در طول دوره مطالعه جستجو می کردند در حالی که این اطلاعات به راحتی - حداقل در ابتدا - در دسترس پرستاران کنار تخت بود. اختلاف بین در دسترس بودن ارتباطات برای گروه های مختلف خط مقدم حرفه ای نشان می دهد که رهبری بیمارستان ممکن است ترکیب و عملکرد تیم های چند تخصصی خط مقدم و وابستگی متقابل آنها در ارائه مراقبت از بیمار را کاملاً درک نکند. مطالعه اخیر در مورد دیدگاه کارکنان خدمات بهداشتی محیط از این ایده حمایت می کند

محدودیت های این مطالعه شامل یک نمونه شرکت کننده زن عمدتاً قفقازی است. ما نمی توانیم در مورد دیدگاه رشته هایی که در مطالعه لحاظ نشده اند اظهار نظر کنیم. از آنجایی که این مطالعه در یک بیمارستان VA انجام شد، نمی توانیم در مورد اینکه آیا موضوعات اضافی ممکن است در سیستم های مراقبت بهداشتی غیردولتی یکپارچه ایجاد شود (مانند ملاحظات اضافی مربوط به هزینه های مراقبت بهداشتی یا هماهنگی مراقبت) اظهار نظر کنیم. نقاط قوت این مطالعه شامل نمونه ای نماینده از پرستاران، هماهنگ کنندگان مراقبت و داروسازان با تجربیات متنوع بیمارستانی، و تجزیه و تحلیل دقیق و مبتنی بر تیم است که سوابق پزشکی، جامعه شناختی و آموزشی را در بر می گیرد. در حالی که حجم نمونه کوچک بود، به اشباع داده ها رسیدیم و نرخ مشارکت با توجه به ماهیت کیفی مطالعه و شرایط کاری همه گیر بالا بود. همانطور که یکی از شرکت کنندگان در بررسی اعضا،<sup>13</sup> با توجه به ارتباط سازمان و استراتژی های رهبری اشاره کرد، این مطالعه همچنین بهترین شیوه های بالقوه را ارائه می دهد که نه تنها در طول همه گیری بلکه در زمینه "زمان های عادی" بیشتر مورد مطالعه قرار می گیرند.

کار آینده باید شامل حمایت از ایجاد فرآیندهای ارتباطی ساختاریافته و قابل اعتماد باشد که تخصص خط مقدم را به رهبری سیستم بهداشت و درمان ارتقا دهد. محققان باید روش‌هایی را بررسی کنند که می‌توانند به طور موثر صداهای خط مقدم را در تصمیم‌گیری سازمانی در مراقبت‌های بهداشتی بگنجانند و روش‌های موثر برای ایجاد حمایت متقابل در تیم‌های خط مقدم را بررسی کنند.

مطالعه ما دیدگاه‌های تیم‌های مراقبت بهداشتی چند تخصصی بستری را در طول موج اولیه کووید-19 ارائه می‌کند. تجربیات شرکت کنندگان پیشنهاداتی را برای تقویت تیم‌ها و بهبود سلامت کارکنان در مواقع بحران ارائه می‌دهد. در حالی که این یک مطالعه تک‌سایتی بود، ما معتقدیم ساختار استراتژی‌های اولیه واکنش به کووید-19 در این بیمارستان مشابه بیمارستان‌های دیگر در ایالات متحده بود، و ایده‌های ارائه شده توسط شرکت‌کنندگان برای افزایش ارتباطات بیمارستانی و کار تیمی به احتمال زیاد برای بسیاری از تنظیمات بیمارستان اعمال می‌شود.

## 5. نتیجه گیری‌ها

تیم‌های بهداشت و درمان بین حرفه‌ای در طول کووید-19 تکه تکه شدند. در حالی که اعضای تیم که از راه دور کار می‌کردند موقعیت خود را در تیم‌های خط مقدم از دست دادند و برای ارائه کیفیت مراقبت قبل از همه‌گیری تلاش می‌کردند، آن‌هایی که در کنار بالین ماندند، حمایت متقابل را تقویت کردند و سیلوهای چند تخصصی را شکستند. برای مقابله موفقیت آمیز با بحران‌های آینده، تجارب HCW نشان می‌دهد که سیستم‌های بهداشت و درمان باید فرآیندهای ارتباطی ساختاریافته‌ای را ایجاد و اجرا کنند تا به طور قابل اعتمادی تخصص HCW را با رهبری سازمانی به اشتراک بگذارند، و پشتیبانی رهبری مداوم را برای کسانی که در خط مقدم هستند، ارائه دهند.

## تامین مالی/حمایت

این کار توسط کمک هزینه برنامه برای مربیان بالینی دانشگاهی (PACE) از بخش پزشکی دانشگاه کلرادو تامین شد.



## سایر افشاگری ها

نویسندگان هیچ تضاد منافی برای اعلام ندارند.

## تایید اخلاقی

نویسندگان تأییدیه هیئت بررسی نهادی VA را دریافت کردند و تصویب هیئت بررسی نهادی چندگانه کلرادو تحت تسریع مرور.

## سلب مسئولیت

محتویات این دست نوشته بیانگر دیدگاه های وزارت امور کهنه سربازان یا دولت ایالات متحده.

## در دسترس بودن داده ها

مجموعه داده های تجزیه و تحلیل شده در طول مطالعه کنونی در دسترس هستند نویسنده متناظر به درخواست معقول

## بیانیه مشارکت نویسنده CRediT

سارا آر جردن: مدیریت داده ها، تجزیه و تحلیل رسمی، تحقیق، روش شناسی، اعتبارسنجی، مدیریت پروژه، نرم افزار، تجسم، نوشتن - پیش نویس اصلی، نوشتن - بررسی و ویرایش. سوزان سی. کانرز: نوشتن - بررسی و ویرایش، تحلیل رسمی. کاتارزینا ا. Mastalerz: مفهوم سازی، کسب منابع مالی، تجزیه و تحلیل رسمی، تحقیق، روش شناسی، نظارت، تجسم، نگارش - پیش نویس اصلی، نگارش - بررسی و ویرایش.

## سپاسگزاریهها

نویسندگان مایلند از مارلن پالومار برای کمک او در این زمینه تشکر کنند تجزیه و تحلیل و HCWS خط مقدم در VA که وقت خود را اهدا کردند در طول یک بحران

## References

1. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the 19-کووید pandemic. *JAMA, J Am Med Assoc.* Jun 2 2020;323(21):2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>.
2. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the 19-کووید global epidemic. *JAMA.* Apr 21 2020;323(15):1439–1440. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>.
3. Campoe K. Interprofessional collaboration during 19-کووید. *Medsurg Nurs.* 2020;29 (September-October 2020;(5):297–298.
4. Goldman J, Xyrichis A. Interprofessional working during the 19-کووید pandemic: sociological insights. *J Interprof Care.* Sep-Oct 2020;34(5):580–582. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1806220>.
5. Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for 19-کووید patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health.* Dec 17 2020;18(1):100. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>.
6. Sagherian K, Steege LM, Cobb SJ, Cho H. Insomnia, fatigue and psychosocial wellbeing during 19-کووید pandemic: a cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *J Clin Nurs.* Nov. 2020;20. <https://doi.org/10.1111/jocn.15566>.
7. Al Knawy BA, Al-Kadri HMF, Elbarbary M, Arabi Y, Balkhy HH, Clark A. Perceptions of postoutbreak management by management and healthcare workers of a Middle East respiratory syndrome outbreak in a tertiary care hospital: a qualitative study. *BMJ Open.* May 5 2019;9(5), e017476. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017476>.
8. Tseng HC, Chen TF, Chou SM. SARS: key factors in crisis management. *J Nurs Res.* Mar. 2005;13(1):58–65.
9. Holmgren J, Paillard-Borg S, Saaristo P, von Strauss E. Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa. *Nurs Open.* Jul 2019;6(3):824–833. <https://doi.org/10.1002/nop2.258>.
10. Honey M, Wang WY. New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). *Nurs Crit Care.* Mar-Apr. 2013;18(2):63–69. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00520.x>.
11. Stifter J, Terry A, Phillips J, Heitschmidt M. A short report on an interprofessional mobilizer team: innovation and impact during the 19-کووید pandemic. *J Interprof Care.* Sep-Oct 2020;34(5):716–718. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1813696>.

12. Natale JE, Boehmer J, Blumberg DA, et al. Interprofessional/interdisciplinary teamwork during the early 19-کووید pandemic: experience from a children's hospital within an academic health center. *J Interprof Care*. Sep-Oct 2020;34(5): 682–686. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1791809>.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. Dec 2007;19(6):349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
14. Morse JM. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qual Health Res*. Sep. 2015;25(9):1212–1222. <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>.
15. Kuper A, Lingard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. *BMJ*. Aug 7 2008;337:a1035. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1035>.
16. Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications; 2012.
17. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *Int J Qual Methods*. 2006;5:80–92.
18. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. SAGE Publications; 1990. 19. Esterberg KG. *Qualitative Methods in Social Research*. McGraw-Hill; 2002.
20. Sang AX, Tisdale RL, Nielsen D, et al. How much time are physicians and nurses spending together at the patient bedside? *J Hosp Med*. Aug 1 2019;14(8):468–473. <https://doi.org/10.12788/jhm.3204>.
21. Hunger J, Schumann H. How to achieve quality assurance, shared ethics and efficient teambuilding? Lessons learned from interprofessional collaboration during the 19-کووید pandemic. *GMS J Med Educ*. 2020;37(7):Doc79. <https://doi.org/10.3205/zma001372>.
22. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of 19-کووید and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: a rapid systematic review. *Brain Behav Immun Health*. Oct 2020;8, 100144. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>.
23. Ripp J, Peccoraro L, Charney D. Attending to the emotional well-being of the health care workforce in a New York city health system during the 19-کووید pandemic. *Acad Med*. Aug 2020;95(8):1136–1139. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003414>.
24. Hofmeyer A, Taylor R. Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of 19-کووید. *J Clin Nurs*. Jan. 2021;30(1-2):298–305. <https://doi.org/10.1111/jocn.15520>.
25. Takizawa PA, Honan L, Brissette D, Wu BJ, Wilkins KM. Teamwork in the time of 19-کووید. *FASEB Bioadv*. Nov 17 2020. <https://doi.org/10.1096/fba.2020-00093>.
26. Hoffer Gittel J. *Transforming Relationships for High Performance: The Power of Relational Coordination*. Stanford University Press; 2016.
27. Bolton R, Logan C, Gittel JH. Revisiting relational coordination: a systematic review. *J Appl Behav Sci*. 0(0):0021886321991597. doi:10.1177/0021886321991597.
28. Jordan SR, Daddato AE, Patel HP, Jones CD. Forgotten frontline workers: environmental health service employees' perspectives on working during the 19-کووید pandemic. *J Hosp Med*. published online March 9 2022; doi:10.1002/jhm.12781.
29. Mastalerz KM, Rohs C, Sjoberg H, Kenney R. Workshop: enhancing communication during times of crisis and change: lessons learned from 19-کووید. In: *Society of Hospital Medicine Annual Meeting. Virtual Conference*. vol. 4. 2021.