

Research Paper: Exploring Barriers of Teamwork in Providing Rehabilitation Services: A Qualitative Content Analysis



Parisa Jahanbin¹ , *Kianoush Abdi¹ , Mohammad Saeed Khanjani² , Mohammad Ali Hosseini¹

1. Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Rehabilitation Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Jahanbin P, Abdi K, Khanjani MS, Hosseini MA. [Exploring Barriers of Teamwork in Providing Rehabilitation Services: A Qualitative Content Analysis (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2019; 20(3):210-221. <http://dx.doi.org/10.32598/rj.20.3.210>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/rj.20.3.210>



Received: 12 Mar 2019
Accepted: 10 Aug 2019
Available Online: 01 Oct 2019

ABSTRACT

Objective Teamwork is a fundamental part of medical rehabilitation. The purpose of rehabilitation teamwork programs aims to enhance the functional and mental capabilities of disabled people to improve their quality of life. One of the problems of providing rehabilitation services in Iran is teamwork. In fact, teamwork is a missing link in rehabilitation services, and teamwork between physicians and therapists in different areas of rehabilitation helps to provide quality rehabilitation services. Therefore, this study aimed to identify barriers to teamwork in providing rehabilitation services.

Materials & Methods This study was conducted in a qualitative approach to identify the barriers of teamwork using conventional content analysis based on Graneheim method (2004) in Shiraz and Tehran in 2017. 32 participants were selected based on purposive sampling with maximum diversity and sampling until data saturation. Data were collected through semi-structured interviews. Before the interview, the purpose of the study was explained and informed consent was obtained from the participants. Interviews lasted between 20 and 60 minutes and MAXQDA 10 software was used for data analysis. In this study, four criteria of acceptability, reliability, transferability and verification capability of Guba and Lincoln were used to evaluate and validate the data.

Results After conducting interviews and analyzing of data, 846 primary codes extracted by removing similar codes. The classes were identified from the indirect open coding process by reading the text several times and assigning related codes to them by continually comparing the codes with each other and ensuring the accuracy of the coding. The findings of this study showed that the barriers to teamwork in providing rehabilitation services included a core theme of "trustworthy of a missing link to rehabilitation teamwork", and six main categories including: "disorderly planning and planning", "poor communication and coordination", "Lack of financial resources", "inadequate education system", "false cultural beliefs", "inadequate knowledge and experience", as well as 20 subcategories..

Conclusion According to the findings, efficient rehabilitation teamwork requires a comprehensive understanding, considering the long-term in addressing the barriers. Identifying the barriers for providing rehabilitation teamwork can be the first action in the formation and advancement of teamwork at hospitals and rehabilitation centers. The "trustworthy of a missing link to rehabilitation teamwork" was the main barrier to teamwork. The results of this study can provide insights and extensive knowledge about teamwork to policy-makers, managers, providers, and rehabilitation staff for removing these barriers to order promotion of rehabilitation services. Therefore, it is vital for health policy-makers and managers to change their vision and focus on teamwork as a key part of health plans. Further research is suggested.

Keywords:

Teamwork, Barriers, Rehabilitation services, Qualitative study

* Corresponding Author:

Kianoush Abdi, PhD.

Address: Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912)7603800

E-Mail: k55abdi@yahoo.com

شناسایی موانع کار تیمی در ارائه خدمات توانبخشی: تحلیل محتوای کیفی

پریسا جهان‌بین^۱، کیانوش عبدی^۲، محمد سعید خانجانی^۳، محمد علی حسینی^۴

۱- گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۲۱ اسفند ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۹ مرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

اهداف: کار تیمی، سنگ بنای توانبخشی پزشکی است. هدف از برنامه‌های کار تیمی توانبخشی ارتقای توانمندی‌های عملکردی افراد ناتوان به منظور بهبود کیفیت زندگی است. یکی از مشکلات ارائه خدمات توانبخشی در کشور ایران کار تیمی است. در واقع کار تیمی حلقه مفقوده خدمات توانبخشی است. انجام کار تیمی بین پزشکان و درمانگران در حیطه‌های مختلف توانبخشی به ارائه باکیفیت خدمات توانبخشی کمک می‌کند. بنابراین، این مطالعه با هدف شناسایی موانع کار تیمی در ارائه خدمات توانبخشی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد کیفی برای شناسایی موانع کار تیمی در شهرستان‌های شیراز و تهران در سال ۱۳۹۶ و با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی بر اساس روش گرانهم انجام شد. ۳۲ مشارکت‌کننده بر اساس نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شدند. قبل از انجام مصاحبه، هدف مطالعه توضیح داده شد و از مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه گرفته شد. مدت‌زمان انجام مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید و برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد. در این پژوهش برای ارزیابی و صحت داده‌ها از چهار معیار مقبولیت، قابلیت اطمینان، قابلیت انتقال و قابلیت تأیید پیشنهادی گوبا و لینکن استفاده شد.

یافته‌ها: پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، ۸۴۶ کد اولیه با حذف کدهای مشابه استخراج شد. طبقات از فرایند غیرمستقیم کدگذاری باز همراه با خواندن چندین بار متن و اختصاص کدهای مرتبط به آن‌ها با استفاده از مقایسه مداوم کدها با یکدیگر و اطمینان از دقت کدگذاری شناسایی شدند. یافته‌های این مطالعه نشان داد موانع کار تیمی در ارائه خدمات توانبخشی شامل یک مضمون اصلی تولید حلقه گمشده کار تیمی توانبخشی و شش طبقه شامل ساختار و برنامه‌ریزی نابسامان، ارتباط و هماهنگی ضعیف، کمبود منابع مالی، نظام آموزشی ناکارآمد، باورهای فرهنگی نادرست، شناخت و تجربه ناکافی و ۲۰ زیرطبقه هستند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه، یک کار تیمی اثربخش توانبخشی نیازمند درک و شناخت جامعی از موانع کار تیمی در بلندمدت است. شناخت موانع کار تیمی می‌تواند اولین اقدام اساسی در شکل‌گیری و پیشبرد کار تیمی در بیمارستان‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی باشد. تولید حلقه گمشده کار تیمی توانبخشی، مهم‌ترین مفهوم در مبحث مانع در انجام کار تیمی بود. نتایج می‌تواند بینش و دانش وسیعی درباره کار تیمی در اختیار سیاست‌گذاران، مدیران و کادر توانبخشی کشور بگذارد تا برای رفع موانع و ارتقای کیفیت خدمات توانبخشی از آن استفاده کنند. بنابراین ضرورت دارد سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت بینش خود را تغییر دهند و به کار تیمی به عنوان بخش اصلی برنامه‌های سلامت توجه کنند. پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها:

کار تیمی، موانع، خدمات توانبخشی، مطالعه کیفی

مقدمه

هماهنگ‌شده که دو یا چند نفر به طور همزمان، پیوسته و مشترک انجام می‌دهند، تعریف می‌کند و به اهداف توافق‌شده مشترک، آگاهی روشن و احترام به نقش‌های دیگران اشاره می‌کند [۱].

استفاده از تیم‌ها به طور درخور توجهی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامتی افزایش یافته است و تیم‌ها نقش حیاتی در شیوه ارائه خدمات مربوط به سلامتی ایفا می‌کنند.

دافت^۱ تیم را یک واحد از دو یا چند نفر تعریف می‌کند که کار خود را برای انجام یک هدف خاص هماهنگ می‌کنند و باهم تعامل دارند. مفهوم تیم مفهوم مأموریت مشترک و مسئولیت جمعی است [۱]. سازمان جهانی بهداشت کار تیمی را اقدامی

1. Daft

* نویسنده مسئول:

دکتر کیانوش عبدی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی.

تلفن: ۰۲۰ ۷۶۰۳۸۰۰ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: k55abdi@yahoo.com

کاهش تکرار و شکاف‌های ارائه خدمات و فراهم کردن خدمات جامع و تداوم بهتر مراقبت، بهبود بخشد [۱۵-۱۳].

در کشور ما یکی از مشکلات ارائه خدمات توانبخشی کار تیمی است، در واقع کار تیمی حلقه مفقوده خدمات توانبخشی است. انجام کار تیمی بین پزشکان و درمانگران در حیطه‌های مختلف توانبخشی به ارائه باکیفیت خدمات توانبخشی کمک می‌کند، ولی در ایران کار تیمی به ندرت انجام می‌شود و تیمی که فرد بیمار یا مددجو را حمایت کند به ندرت دیده می‌شود و بسیاری از درمانگران درباره کار تیمی آموزش کافی و رسمی ندیده‌اند [۱۶].

هریک از اعضای تیم، فرهنگ حرفه‌ای خاص و ارزش‌ها، باورها، نگرش‌ها و رفتارهای ویژه خود را دارند. علاوه بر این تخصصی شدن نیز سبب می‌شود افراد بیشتر بر دانش و فرهنگ گروه حرفه‌ای خود تمرکز داشته باشند. همه این‌ها می‌تواند مانعی برای انجام کار تیمی شود [۱۷]. بنابراین با کنار هم قراردادن گروهی از افراد حرفه‌ای، به طور خودبه‌خودی کار تیمی مطلوب حاصل نمی‌شود، بلکه برای انجام این کار برنامه‌ریزی، آموزش و تمرین لازم است [۱۸].

مطالعات محدودی درباره کار تیمی در کشور و در حیطه توانبخشی انجام شده است و مطالعات قبلی، مثلاً مطالعه شقایق فرد و همکاران در شیراز با استفاده از رویکرد کمی به توصیف نگرش فیزیوتراپیست‌ها و دیگر حرفه‌های توانبخشی در فرایند کار تیمی پرداخته است. رویکرد مراجع‌محوری و دانش و مهارت اعضای تیم از عوامل مؤثر در تقویت و اختلافات بین اعضا و ضعف ارتباطات از موانع کار تیمی بودند. همچنین نگرش اعضای تیم توانبخشی در مراکز دولتی و خصوصی نسبت به کار تیمی بسیار خوب بود [۱۰]. در حالی که در مطالعه ما از رویکرد کیفی برای بررسی موانع کار تیمی استفاده شد.

همچنین با توجه به پیچیده و انتزاعی بودن پدیده کار تیمی و نقص دانش در این حوزه و وابسته به زمینه بودن آن در جوامع متفاوت، محققان بر آن شدند تا این مطالعه را برای ایجاد درک بهتری بر اساس تجربیات ارائه‌دهندگان رشته‌های مختلف خدمات توانبخشی انجام دهند. همچنین هدف این مطالعه شناسایی موانع کار تیمی برای کمک به سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان به منظور رفع این موانع و ارتقای کیفیت در ارائه خدمات توانبخشی بود که در نهایت به توانمندسازی افراد ناتوان و بهبود کیفیت زندگی ایشان منجر می‌شود.

مواد و روش‌ها

طرح مطالعه

این مطالعه، پژوهشی کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی^۲

2. Conventional content analysis

درواقع کار تیمی، سنگ بنای توانبخشی پزشکی است [۴، ۳]. هدف از برنامه‌های کار تیمی در توانبخشی افزایش قابلیت‌های عملکردی و روانی افراد ناتوان به منظور بهبود کیفیت زندگی آن‌هاست. درخور توجه است که فرد متخصص به تنهایی نمی‌تواند دانش، مهارت و تجربه کافی را در زمینه ارائه خدمات به مراجعان در تمامی زمینه‌های بهداشتی درمانی فراهم کند. بنابراین لازم است تمام متخصصان در تیم درمانی به طور کامل برای حل مشکلات بیماران با سطوح مختلف ناتوانی با یکدیگر همکاری کنند [۷-۵]. در سیستم مراقبت بهداشتی نیز به دلیل اینکه افراد از رشته‌های مختلف با هم کار می‌کنند و کوچک‌ترین خطا در عملکرد آن‌ها می‌تواند بر سلامت یا حیات افراد یا جوامع اثر بگذارد، کار تیمی جایگاه بسیار مهمی دارد [۸].

اهمیت کار تیمی در حوزه بهداشت و سلامت تا حدی است که مطالعات در نقاط مختلف جهان در زمینه فواید آن و عوامل مؤثر بر آن صورت گرفته است و این موضوع از چشم متخصصان حوزه توانبخشی نیز به دور نبوده است؛ برای مثال مدل‌های مختلفی از کار تیمی در حوزه توانبخشی معرفی شده است که از نظر فلسفه، ساختار و هدف و راهبردهای دستیابی به اهداف با هم تفاوت دارند. این مدل‌ها شامل مدل بین‌رشته‌ای، چندرشته‌ای و فرارشته‌ای است که مدل بین‌رشته‌ای در این میان در بالابردن سطح ارتباطات و همکاری بین اعضا مؤثرتر بوده است [۹، ۱۰].

شواهد نشان می‌دهد عملکرد تیمی در بین اعضای تیم سلامت با ضعف‌هایی روبه‌رو است؛ به طوری که در یک مطالعه در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه شهید بهشتی، تنها ۵۹ درصد از پرستاران عقیده داشتند که کارها به صورت تیمی انجام می‌شود [۱۱]. همچنین پیچیدگی سیستم مراقبت بهداشتی به همراه تغییرات در تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی، خواستار همکاری مؤثر و کارآمد میان گروه‌های مختلف متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که همکاری مؤثر بین گروه‌های مختلف از متخصصان را در حیطه سلامت فرامی‌خواند [۱۲].

بر اساس تجربه تیم تحقیق به نظر می‌رسد نداشتن کار تیمی و نشناختن آن موجب اختلال در فرایند درمان و توانبخشی می‌شود؛ به گونه‌ای که موجب می‌شود نه تنها افراد جامعه نسبت به کار تیمی دیدگاه مناسبی نداشته باشند، بلکه فرایند توانبخشی و درمان به سمت پزشک‌سالاری و فردگرایی پیش رود.

در صورتی که اگر کار تیمی به خوبی شناخته شود، این امر تسریع روند درمان و ایجاد فرهنگ کار تیمی در مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و توانبخشی را به دنبال خواهد داشت و از تحمیل هزینه‌های زیاد خدمات توانبخشی به فرد، خانواده و نظام سلامت پیشگیری می‌کند، چراکه مطالعات نشان داده‌اند کار تیمی با همکاری اعضای از رشته‌های مختلف، می‌تواند به بهره‌وری بیشتر منابع منجر شود و استانداردهای مراقبت را از طریق

مصاحبه‌ها چندین بار سطر به سطر خوانده شدند تا درک کلی از متن به دست آمد، سپس واحدهای معنایی، خلاصه واحدهای معنایی و کدگذاری باز صورت گرفت؛ به این صورت که جملاتی که پاسخ سؤالات مطرح شده در مصاحبه هستند به صورت واحد معنایی و خلاصه واحد مشخص و سپس به مفاهیم اصلی در خلاصه واحد معنایی یک کد اختصاص داده شد که با مقایسه کدهای مشابه با یکدیگر، فهرستی از زیرطبقات به دست آمد و در آخر زیرطبقات بازخوانی شدند و سپس بر اساس تشابه و ارتباط زیرطبقات با یکدیگر طبقات دسته‌بندی و در نهایت مضمون اصلی استخراج شد. برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد.

صحت و استحکام داده‌ها

در این پژوهش برای ارزیابی و صحت داده‌ها از چهار معیار مقبولیت^۷، قابلیت اطمینان^۸، قابلیت انتقال^۹ و قابلیت تأیید^{۱۰} گوبا^{۱۱} و لینکن^{۱۲} استفاده شد. [۲۱]. در این مطالعه محقق برای تأیید اعتبار و مقبولیت داده‌ها از روش درگیر شدن طولانی مدت با داده‌ها به مدت ۱۲ ماه و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد [۲۲]. همچنین از استراتژی چک کردن مصاحبه با مشارکت‌کننده برای قابلیت اطمینان استفاده شد [۲۳]. معیار سوم برای صحت و استحکام داده‌ها قابلیت انتقال است؛ یعنی یافته‌ها بتوانند انتقال پیدا کنند و یا قابلیت کاربرد در دیگر محیط‌ها یا گروه‌های مشابه را داشته باشند.

در این پژوهش محقق با انجام توصیفات عمیق و تحلیلی و غنی از زمینه و خصوصیات شرکت‌کنندگان، توصیف بستر مطالعه و توصیف واضح و روشن از موانع و محدودیت‌ها، شرایط استفاده از یافته‌ها را در دیگر بسترهای اجتماعی برای خوانندگان فراهم کرد [۲۱]. در این پژوهش برای نیل به معیار قابلیت تأیید، تمامی مراحل انجام تحقیق، به‌ویژه مراحل تحلیل داده‌ها در تمام مسیر به صورت مشروح و مبسوط ثبت شد تا اگر محقق دیگری مایل به ادامه پژوهش در این حوزه باشد به راحتی بتواند بر اساس مکتوبات و مستندات موجود مربوط به مصاحبه‌ها و تحلیل‌ها و دیگر مراحل پژوهش این کار را دنبال کند.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه که در نتیجه تجارب ۳۲ نفر از مشارکت‌کنندگان به دست آمد (جدول شماره ۱)، طبقات موانع کار تیمی را آشکار کرد، این موانع شامل یک مضمون اصلی و ۶ طبقه و ۲۰ زیرطبقه است. (جدول شماره ۲).

7. Credibility
8. Dependability
9. Transferability
10. Conformability
11. Guba
12. Linklen

و بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر است که هدف کلی این مطالعه شناسایی موانع کار تیمی در ارائه خدمات توان‌بخشی بود. در این روش مفاهیم از طریق انجام مصاحبه به طور مستقیم و پس از انجام کدگذاری از داده‌ها استخراج شد. از تجزیه و تحلیل محتوای کیفی برای تفسیر محتوای داده‌های متن استفاده شد که از طریق فرایند طبقه‌بندی منظم، تم‌های ضمنی و صریح یا الگوها در متن می‌تواند شناسایی شود [۱۹].

مشارکت‌کنندگان

مشارکت‌کنندگان ۳۲ نفر (۲۱ مرد و ۱۱ زن) شامل متخصصان در رشته‌های داخلی ۱ نفر، اطفال ۲ نفر، مغز و اعصاب ۱ نفر، جراحی ترمیمی گفتاری ۱ نفر و کارشناسان توان‌بخشی در رشته‌های ارتوپد فنی ۲ نفر، کاردرمانی ۳ نفر، گفتار درمانی ۵ نفر، فیزیوتراپی ۱۲ نفر، پرستاری ۲ نفر، مدیر توان‌بخشی ۲ نفر و مشاوره توان‌بخشی ۱ نفر با سابقه بالینی بیش از ۵ سال ارائه خدمات توان‌بخشی و تمایل به شرکت در پژوهش در مراکز درمانی و دانشگاهی از شهرهای تهران و شیراز در سال ۹۶ بودند. از روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ با حداکثر تنوع^۴ برای نمونه‌گیری استفاده شد و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها یعنی تا زمانی که با مشاهده داده‌ها از سوی تیم تحقیق، داده جدیدی استخراج نشد، ادامه یافت.

جمع‌آوری داده‌ها

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه فردی چهره‌به‌چهره نیمه‌ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. هر مصاحبه با یک سؤال باز آغاز شد: درک و تجربه خودتان از مشکلات یا موانع کار تیمی در خدمات توان‌بخشی را برایمان توضیح دهید؟ که با سؤالات تعقیبی یا کاوشی بر اساس انعکاسی از پاسخ مشارکت‌کننده ادامه می‌یافت؛ مثلاً اگر پاسخ این بود: مشکلات و موانع زیادند، پرسش می‌شد: می‌توانید توضیح دهید کدامند؟ یا اینکه منظورتان از تضاد منافع چیست؟ بیشتر توضیح دهید؟ قبل از انجام مصاحبه، هدف مطالعه توضیح داده شد و از مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه گرفته شد، مدت‌زمان انجام مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۶۰ دقیقه بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

از روش تحلیل محتوای قراردادی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی توسط گرانهم^۵ و لندمن^۶ انجام شد [۲۰]. در این روش، محتوای هریک از مصاحبه‌های ضبط‌شده کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شد و

3. Purposeful sampling
4. Maximum variation
5. Graneheim
6. Lundman

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

تعداد	تجربه (سال)	جنس		مشارکت‌کننده
		زن	مرد	
۱۲	۶		*	فیزیوتراپیست
	۲۴	*		فیزیوتراپیست
	۱۷	*		فیزیوتراپیست
	۱۸		*	فیزیوتراپیست
	۲۵		*	فیزیوتراپیست
	۳۰	*		فیزیوتراپیست
	۱۸		*	فیزیوتراپیست
	۱۰		*	فیزیوتراپیست
	۳۵		*	فیزیوتراپیست
	۳۱	*		فیزیوتراپیست
	۲۷	*		فیزیوتراپیست
	۲۹	*		فیزیوتراپیست
۵	۱۴		*	گفتاردرمان
	۲۵	*		گفتاردرمان
	۱۸	*		گفتاردرمان
	۱۶		*	گفتاردرمان
	۱۲		*	گفتاردرمان
۳	۲۲		*	کاردرمان
	۱۸		*	کاردرمان
	۲۰		*	کاردرمان
۲	۲۰	*		متخصص اطفال
	۲۴	*		متخصص اطفال
۱	۳۰		*	متخصص داخلی
۱	۱۵		*	مشاوره توان‌بخشی
۲	۱۴		*	ارترزیست
	۱۱		*	ارترزیست
۱	۲۲		*	فوق تخصص جراحی (گفتار)
۲	۲۵		*	پرستار
	۲۴		*	پرستار
۱	۷	*		متخصص مغز و اعصاب
۲	۲۳		*	مدیریت توان‌بخشی
	۱۶		*	مدیریت توان‌بخشی
۳۲	—	۱۱	۲۱	جمع

توانبخشی

جدول ۲. موانع کار تیمی در ارائه خدمات توانبخشی

تولیت حلقه گمشده کار تیمی توانبخشی (مضمون اصلی)	
طبقات	زیرطبقات
ساختار و برنامه‌ریزی نابسامان	زیرساخت‌های ناکافی
	درمان بی‌برنامه
	نقص در سازماندهی
ارتباط و هماهنگی ضعیف	ضعف در مستندسازی و بازخورد
	رهبری نامشخص
	توافق کم بین اعضا
	ناهماهنگی بین اعضای تیم
کمبود منابع مالی	محدودبودن کار تیمی به رشته‌های خاص
	گسستگی ارتباطات
	عدم پوشش بیمه‌ای
نظام آموزشی ناکارآمد	اعتبارات و بودجه ناکافی
	نقص در نظام آموزشی دانشگاه
	نقص آموزش همگانی
باورهای فرهنگی نادرست	پزشک‌سالاری
	ضعف اعتماد و باورپذیری
	نگرش منفی به کار تیمی
	فردگرایی
شناخت و تجربه ناکافی	احساس تضاد منافع
	شناخت ناکافی و ناآگاهی از رشته‌های توانبخشی
	کم‌تجربگی درمانگران از کار تیمی

توانبخشنتی

ارتباط و هماهنگی ضعیف

بیشتر مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که ارتباط و هماهنگی ضعیف یکی از موانع برجسته در انجام کار تیمی است. داشتن تعامل و همکاری بین کادر توان‌پزشکی پیش شرط و از عوامل مهم در درمان مؤثر افراد مراجعه‌کننده برای خدمات توانبخشی است و نداشتن این ارتباط به تشدید ناتوانی و تحمیل هزینه‌های سنگین به فرد و جامعه منجر می‌شود که این موضوع به شکل ارتباط و هماهنگی ضعیف ظهور می‌یابد.

این طبقه شامل پنج زیرطبقه از جمله رهبری نامشخص، توافق کم بین اعضا، ناهماهنگی بین اعضای تیم، محدودبودن کار تیمی به رشته‌های خاص و گسستگی ارتباطات است. در این باره یکی

ساختار و برنامه‌ریزی نابسامان

یافته‌ها نشان می‌دهد یکی از چالش‌ها و دغدغه‌های اصلی بیشتر مشارکت‌کنندگان، ساختار و برنامه‌ریزی نابسامان در کار تیمی برای ارائه خدمات توانبخشی بود. این طبقه شامل چهار زیرطبقه (زیرساخت‌های ناکافی، درمان بی‌برنامه، نقص در سازماندهی، ضعف در مستندسازی و بازخورد) است. در این خصوص یکی از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد: «یکی از موانع نبود ساختار مناسب، ارائه خدمات توانبخشی تیمی است و در جامعه ما و در محیط‌های بالینی ما هیچ ساختار منسجمی برای کار تیمی تعریف و معین نشده است» (مشارکت‌کننده ۲۲).

اعتماد و باورپذیری، نگرش منفی به کار تیمی، فردگرایی و احساس تضاد منافع است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره بیان کرد: «این یکی از مشکلات اصلی است که هر کس معتقد است من دارم کار را انجام می‌دهم و نیازی ندارم. یک فیزیوتراپیست ممکن است بگوید کار من مهم است، یک گفتاردرمان ممکن است بگوید کار من مهم است، اگر از این موضع برخورد کنیم کار تیمی شکل نمی‌گیرد و فردگرایی وجود خواهد داشت» (مشارکت‌کننده ۲۵).

شناخت و تجربه ناکافی

ناکافی بودن آگاهی و شناخت‌نداشتن کادر توان‌بخشی از یکدیگر موجب می‌شود افراد نه تنها از رشته‌های توان‌بخشی، بلکه از تخصص خود و دیگران و از نحوه انجام کار تیمی اطلاع نداشته باشند و این ناآگاهی و بی‌تجربگی، سردرگمی متقابل بین درمانگران و افراد ناتوان را در حین ارائه خدمات توان‌بخشی فراهم می‌آورد که این خود یکی از موانع انجام کار تیمی است. این طبقه شامل دو زیرطبقه از جمله شناخت ناکافی از رشته‌های توان‌بخشی و کم‌تجربگی درمانگران از کار تیمی است. درباره ناآگاهی افراد جامعه، یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «مردم هم آگاهی ندارند که برای رفع مشکلاتشون رشته‌های توان‌بخشی و تیم توان‌بخشی وجود دارد و خیلی از پزشکان هم بیماران را به پزشکان دیگر ارجاع می‌دهند، بدون اینکه از رشته‌های توان‌بخشی مطلع باشند و این باعث می‌شود بیماران همچنان از وجود رشته‌های توان‌بخشی بی‌اطلاع باشند و از خدمات توان‌بخشی سودی نبرند» (مشارکت‌کننده ۲۷).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه شناسایی موانع کار تیمی در ارائه خدمات توان‌بخشی بود که به دلیل اهمیت کار تیمی در ارائه خدمات توان‌بخشی انجام گرفت. این موضوع می‌تواند با توجه به زمینه خدمات توان‌بخشی در ایران و ارائه خدمات از سوی چندین سازمان مانند وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و هلال احمر باشد. در عین حال، تولید در بیشتر کشورها یکپارچه است، اما در این پژوهش، «تولیت حلقه گمشده کار تیمی توان‌بخشی» به عنوان دغدغه اصلی یافت شده است. علاوه بر این، ضرورت پرداختن به این موضوع به دلیل نقص محتوای کار تیمی در نظام آموزش دانشگاهی برای دانشجویان پزشکی و توان‌بخشی ضروری است. همچنین به چالش‌های فرهنگی در کشور از قبیل فردگرایی و پزشک‌سالاری نیز اشاره شده است. در این پژوهش تولید به عنوان حلقه مفقوده کار تیمی در توان‌بخشی در نظر گرفته شده است و موانع کار تیمی بر اساس تجربه و درک مشارکت‌کنندگان شامل ساختار و برنامه‌ریزی نابسامان، ارتباط و هماهنگی ضعیف، کمبود منابع مالی، نقص در نظام آموزش دانشگاهی، باورهای فرهنگی نادرست و شناخت و تجربه ناکافی است. در مطالعات دیگر نیز به این موانع پرداخته شده است که در ادامه درباره‌شان بحث می‌شود.

از مشارکت‌کنندگان گفت: «ما با هم ارتباطی نداریم. باید حالا که تیم تشکیل شده است، هر از گاهی، دور هم جمع بشویم و مریض را با هم ارزیابی بکنیم، ولی هر کدام از ما برای خودش کار می‌کند. من هیچ کجا چنین چیزی ندیدم. در این سال‌ها هم هیچ کجا ندیدم که یک تیم بشینند در اتاقی و در قالب یک جلسه و درباره مریض‌ها با هم صحبت کنند و به هم نظراتشان رو بگویند» (مشارکت‌کننده ۱۷).

کمبود منابع مالی

یکی از مشکلات اساسی در حیطه توان‌بخشی، کمبود منابع مالی است که پیامدهای آن به کاهش کار تیمی بین درمانگران و مراجع منجر می‌شود. منابع مالی پایه اصلی انجام کارهای تیمی است و نبود آن مشکلاتی را در حین ارائه خدمات توان‌بخشی هم برای درمانگران و هم افراد ناتوان به بار می‌آورد. این طبقه شامل دو زیرطبقه از جمله نبود پوشش بیمه‌ای و اعتبارات و بودجه ناکافی است. مشارکت‌کننده‌ای در این خصوص بیان کرد: «یک مورد دیگر اینکه از یک نظر ممکن است هزینه کار تیمی برای درمان‌جو یا کسی که درمان یا خدمت را به او ارائه می‌دهیم زیاد باشد. همچنین هزینه کار تیمی برای مددجو زیاد است» (مشارکت‌کننده ۱).

نظام آموزشی ناکارآمد

نظام آموزشی ناکارآمد در آموزش مهارت انجام کار تیمی بین دانشجویان و استادان و متخصصان رشته‌های توان‌بخشی از موانعی بود که بیشتر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند و معتقدند که نقص در این زمینه باعث می‌شود کار تیمی با مشکلاتی مواجه شود. این طبقه شامل دو زیرطبقه از جمله نقص در نظام آموزش دانشگاهی و نقص در آموزش همگانی است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص چنین می‌گوید: «به نظر من باید اتاق فکری از صاحبان اندیشه و دلسوز این کار تشکیل بشود. از دبستان یا حتی پیش‌دبستان شروع کنند و در بچه‌ها کار تیمی و گروهی را رشد بدهند. ما از دوران کودکی از سال‌ها پیش مشکل داریم. مربوط به اکنون نیست. ما برای کار دسته جمعی آموزش ندیدیم» (مشارکت‌کننده ۲۳).

باورهای فرهنگی نادرست

ارزش و باورهای فرهنگی در ارائه خدمات سلامتی، از جمله خدمات توان‌بخشی و کار تیمی عامل برجسته‌ای به شمار می‌آید. بیشتر مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که یکی از فاکتورهای کلیدی که موجب اختلال در کار تیمی توان‌بخشی می‌شود وجود باورهای فرهنگی نادرست بین اعضای تیم توان‌بخشی (پزشکان، درمانگران و غیره) است که این امر، امری نهادینه شده است.

این طبقه شامل چهار زیرطبقه از جمله پزشک‌سالاری، ضعف

شود و حالات خاصی از دانش و قدرت ممکن است برتری خاصی پیدا کند که روابط حرفه‌ای بین اعضای تیم را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین ممکن است بین اعضای تیم درباره صحت اهداف سازمانی و مفاهیم برای ساختار بندی کار اعضا اختلاف نظر وجود داشته باشد و اعضای تیم با مشکلاتی در زمینه ارتباطات، فقدان حمایت سازمانی و مدیریت نگرانی‌ها و نگهداری استقلال حرفه‌ای روبه‌رو شوند [۳۰].

درباره مطالعه ما نبود توافق بین اعضا یکی از موانع ارتباطات بود که با یافته‌های این مطالعه تطابق دارد. در مطالعه پاتولین پنی^{۱۷} از جمله موانع ایجاد شده در همکاری شکست در ارتباطات بیان شد [۳۱]. در مطالعه دیگر انجام شده از سوی استراتل و همکاران، همکاری بین پزشکان عمومی و متخصصان سلامت حرفه‌ای و متخصصان توان‌بخشی به شکل ضعیف گزارش شد که با یافته‌های این مطالعه درباره همکاری ضعیف بین کادر توان‌بخشی با پزشکان ارتباط دارد [۳۲]. یافته‌های مطالعه خادمیان و همکاران نشان داد دانشجویان مهارت ارتباط بین‌فردی خوبی برای انجام کار تیمی دارند، در حالی که در مطالعه ما ارتباط و هماهنگی ضعیفی بین کادر توان‌بخشی گزارش شد [۱۱].

ضعف آموزشی یکی از موانع کار تیمی بود که مشارکت‌کنندگان به دفعات مطرح کردند. بنابراین به نظر می‌رسد باید در دوران کودکی و در دوران دانشجویی در دانشگاه‌ها آموزش‌هایی درباره کار تیمی به صورت دوره‌ها و کارگاه‌هایی به دانشجویان ارائه شود. در مطالعه میرمولایی و همکاران یکی از موانع اصلی در کار تیمی، نقص در آموزش و مهارت، از جمله نداشتن تجربه و ضعف آموزش‌های دوران تحصیل بود که موجب اختلال در کار نهایی تیم می‌شود [۲۶].

در مطالعه ما نیز به نقص در آموزش دوران دانشگاهی هم به شکل عملی و هم نظری اشاره شد. نتایج مطالعه عبدی و همکاران بیانگر این بود که یکی از نگرانی‌های اصلی بیشتر مشارکت‌کنندگان به‌ویژه مدیران و سیاست‌گذاران ارائه‌دهندگان خدمات توان‌بخشی نقص در نظام آموزش دانشگاهی توان‌بخشی است که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت [۱۶].

از دیگر موانع کار تیمی در این مطالعه باورهای فرهنگی نادرست بود که پزشک‌سالاری، داشتن احساس تضاد منافع فردگرایی، داشتن نگرش منفی و ضعف اعتماد و باورپذیری نسبت به کار تیمی از زیرطبقات این مفهوم بودند. در مطالعه میرمولایی و همکاران به پزشک‌سالاری به عنوان ساختار سلسله‌مراتبی و یکی از موانع اشاره شده است. نگرش منفی حرفه‌ها به هم در ارتباطات کاری و نیز در حین انجام وظایف از جمله موانع انجام کار تیمی است. در مطالعه ما هم به پزشک‌سالاری و هم به نگرش منفی نسبت به کار تیمی اشاره شد که با یافته‌های این مطالعه

همان‌طور که اشاره شد یکی از موانع بارز که بیشتر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، ساختار و برنامه‌ریزی نابسامان برای انجام کار تیمی بود که شامل زیرطبقاتی از جمله زیرساخت‌های ناکافی، درمان بی‌برنامه، نقص در سازماندهی و ضعف در مستندسازی و بازخورد هستند. در مطالعه کیفی جان‌ام. استراتل^{۱۳} و همکاران یکی از موانعی که مشارکت‌کنندگان گزارش دادند، موانع سازمانی (از دست دادن جزئیات تماس، دسترسی کم، محدودیت‌های برنامه‌ریزی و غیره) و موانع ساختاری (مقررات حفظ حریم خصوصی و مقررات مربوط به گزارش‌های توان‌بخشی) بود که در مطالعه ما علاوه بر ساختارهای ناکافی، درمان بی‌برنامه و نقص در مستندسازی به نقص در سازماندهی نیز اشاره شد. در مطالعه فیل نیوتن^{۱۴} و همکاران یافته‌های مطالعه نشان داد یکی از موانع کار تیمی شامل عوامل سازمانی است که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد [۲۴، ۲۵].

در مطالعه انجام شده از سوی سیده طاهره میرمولایی و همکاران از موانع مهم در کار تیم زایمان، سیستم مدیریتی سازمان یا خارج تیم بود که زیرمجموعه آن شامل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نامناسب، ساختار سلسله‌مراتبی، ارزشیابی نکردن تیم و بی‌عدالتی بود که با یافته‌های این مطالعه درباره ساختار و برنامه‌ریزی نابسامان همخوانی دارد [۲۶].

بر اساس تحلیل داده‌ها ارتباط و هماهنگی ضعیف یکی از موانع مهم کار تیمی به شمار می‌رود که طبقات تشکیل دهنده آن رهبری نامشخص، نبود توافق بین اعضای تیم، ناهماهنگی بین اعضای تیم، محدود بودن کار تیمی به رشته‌های خاص، و گسستگی ارتباطات هستند. متأسفانه، بسیاری از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی عادت به ارتباطات کم و کار تیمی ضعیف دارند که این به دلیل وجود داشتن فرهنگ انتظارات پایین و فرهنگی است که در آن کارکنان مراقبت‌های بهداشتی تمایل دارند تبادل اطلاعات به شکل ناقص صورت گیرد؛ به طوری که حتی متخصصان از داشتن اختلاف بالینی چشم پوشی می‌کنند [۲۷، ۲۸].

طبق مطالعه سالت^{۱۵} و همکاران شکست در عملکرد مؤثر ممکن است به دلیل مشکلاتی در رهبری، ارتباطات ضعیف تخصص، ضعف تصمیم‌گیری و نبود اهداف شفاف و تعیین شده به وجود آید که با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد [۲۹].

همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه اوپی^{۱۶} و همکاران تیم‌ها ضعیف و شکننده هستند و ارتباطات بین متخصصان مختلف در تیم‌های بین‌رشته‌ای ممکن است با مفروضاتی از قبیل موقعیت رشته‌های گوناگون و برتری برخی تخصص‌ها پیچیده

13. Jan M. Stratil

14. Phil newton

15. Salt

16. Opie

17. Pauline Penney

همخوانی دارد [۲۶].

توصیه می‌شود.

از یکسو کمبود زمان کافی برای اجرای پژوهش در چارچوب سنوات تحصیلی کارشناسی‌ارشد و به تبع آن استفاده‌نکردن از روش‌هایی مثل یادداشت در عرصه و مشاهده به عنوان روش‌های تکمیلی در مطالعه حاضر از محدودیت‌های تیم تحقیق بود.

انجام مطالعات کیفی با روش گراند تئوری برای شناسایی فرایند کار تیمی در خدمات توان‌بخشی و استفاده از روش‌های مشاهده و یادداشت در عرصه، همچنین تغییر در محتوای دروس رشته‌های پزشکی و توان‌بخشی و گنجاندن سرفصل کار تیمی و برگزاری کارگاه‌های آموزش برای دانش‌آموختگان پزشکی و توان‌بخشی توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد مدیریت توان‌بخشی است که کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران با کد اخلاق IR.USWR.REC.1396.109 آن را تأیید کرده است. پیش از شروع مصاحبه‌ها از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش رضایت آگاهانه گرفته شد و این اطمینان حاصل شد که اطلاعات به صورت محرمانه محفوظ خواهد ماند و مشارکت‌کنندگان هر زمان که تمایل دارند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

حامی مالی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پرستار جهان بین، گروه مدیریت توان‌بخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی است.

مشارکت‌نویسندگان

ایده‌سازی: کیانوش عبدی؛ مفهوم‌سازی: پرستار جهان‌بین، کیانوش عبدی؛ روش‌شناسی: کیانوش عبدی، محمدعلی حسینی و محمد سعید خانجانی؛ تحقیق و بررسی: پرستار جهان‌بین، کیانوش عبدی، محمد سعید خانجانی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی: پرستار جهان‌بین، کیانوش عبدی، محمدعلی حسینی و محمد سعید خانجانی؛ مدیریت و نظارت پروژه: کیانوش عبدی.

تعارض منافع

محققان اعلام می‌کنند در این پژوهش تضاد منافی وجود ندارد.

نگرش و تصورات غلط در میان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت و درمان باعث ماندن موانع ارائه خدمات به افراد ناتوان می‌شود [۳۵-۳۳]. در مطالعه دیگری که شقایق فرد و همکاران در شیراز انجام دادند، نگرش اعضای تیم توان‌بخشی در مراکز دولتی و خصوصی نسبت به کار تیمی بسیار خوب بود [۱۰]. اما در مطالعه حاضر نگرش بیشتر اعضای توان‌بخشی نسبت به کار تیمی منفی بود. در مطالعه میاکرافت^{۱۸} و همکاران برای بهبود روندهای توان‌بخشی نیاز به دیدگاه‌ها و نگرش‌های متفاوت بود اما با توجه به نگرش‌ها و فرهنگ‌های متفاوت حرفه‌های مختلف، همکاری می‌تواند نادیده گرفته شود [۳۶].

یافته‌های مطالعه ما نیز نشان داد نگرش منفی پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات توان‌بخشی به کار تیمی یکی از موانع جدی بود. دریافته‌های مطالعه الدار^{۱۹} و همکاران در کشورهای اروپایی حسادت، غرور، تصور از دست‌دادن قدرت، ترس از تهدید موقعیت حرفه‌ای و ناتوانی در برقراری ارتباط و همکاری مؤثر با دیگران به دلیل نگرش نامناسب و ناآگاهی از روند انجام فرایند گروهی از جمله عوامل مؤثر بر نگرش افراد به کار گروهی گزارش شده است. با وجود این، در این کشورها آموزش مهارت‌های مربوط به کار تیمی و بالابردن توانایی اعضای تیم برای دنبال کردن روندی که باعث پیشرفت کار تیمی می‌شود، از الزامات آموزش‌های درمانی است [۴].

بر اساس یافته‌های این مطالعه، شناسایی موانع کار تیمی یکی از مهم‌ترین عناصر در ارائه خدمات توان‌بخشی است و یافته‌های این مطالعه نشان داد کار تیمی چندانی در حیطه توان‌بخشی کشور انجام نمی‌شود و از مهم‌ترین چالش‌ها و موانع در ارائه خدمات توان‌بخشی، ساختار و برنامه‌ریزی نابسامان، باورهای فرهنگی نادرست و نگرش منفی به کار تیمی و ارتباطات و هماهنگی ضعیف بین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی و توان‌بخشی است.

در مجموع بیشتر مشارکت‌کنندگان درباره کار تیمی دیدگاه و نگرش منفی داشتند و از آنجایی که خدمات توان‌بخشی باید به شکل تیمی ارائه شود، باید فرهنگ‌سازی و آموزش‌هایی در ابعاد آموزش همگانی و نظام آموزش دانشگاهی صورت پذیرد که از دوران ابتدایی از مدارس آغاز شود و در دوران دانشجویی به شکل تغییر در محتوای دروس و برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌ها تکامل یابد. از سوی دیگر این یک ضرورت انکارناپذیر است که سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان، موانع کار تیمی را بشناسند و به کار تیمی به عنوان رکن اصلی انجام خدمات توان‌بخشی توجه کنند. بر این اساس انجام تحقیقات کیفی بیشتری در این زمینه

18. Miacraft

19. Elder

References

- [1] Gafa M, Daft R, Fenech A, Scerri C, Price D. Teamwork in healthcare organisations. *Pharmacy Education*. 2005; 5(2):1-7. [DOI:10.1080/15602210500174474]
- [2] Rahn DJ. Transformational teams: Examining the relationship of nursing teamwork to patient outcomes [PhD. dissertation]. Philadelphia: Drexel University; 2014.
- [3] Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring teamwork in health care settings: A review of survey instruments. *Medical Care*. 2015; 53(4):e16-e30. [DOI:10.1097/MLR.0b013e31827feef6] [PMID]
- [4] Eldar R, Marincek C, Kullmann L. Need for rehabilitation teamwork training in Europe. *Croatian Medical Journal*. 2008; 49(3):352-7. [DOI:10.3325/cmj.2008.3.352] [PMID] [PMCID]
- [5] Korner M, Bengel J. [Teamwork and team success in multi- and interdisciplinary teams in medical rehabilitation (German)]. *Rehabilitation*. 2004; 43(6):348-57. [DOI:10.1055/s-2004-828533] [PMID]
- [6] Nijhuis BJ, Reinders-Messelink HA, de Blécourt AC, Olive WG, Groothoff JW, Nakken H, et al. A review of salient elements defining team collaboration in paediatric rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 2007; 21(3):195-211. [DOI:10.1177/0269215506070674] [PMID]
- [7] Pachalski A. The organization, role, and significance of the rehabilitation team. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja*. 2005; 7(1):99-102. [PMID]
- [8] Khademian Z. [Teamwork training in healthcare delivery system: A review of the literature (Persian)]. 2017; 5(3):173-86.
- [9] Millward LJ, Jeffries N. The team survey: A tool for health care team development. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35(2):276-87. [DOI:10.1046/j.1365-2648.2001.01844.x]
- [10] Shaghayegh Fard B, Derakhshan Rad SA, Kamali Sarvestani F. [Attitude survey of physiatrist and rehabilitation professionals towards team working process in the city of Shiraz (Persian)]. *Journal of Research in Rehabilitation Science*. 2012; 8(8):1319-27.
- [11] Khademian Z, Tehrani Neshat. [The relationship between interpersonal communication skills and nursing students' attitudes toward teamwork (Persian)]. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2017; 5(2):99-110.
- [12] Körner M, Lippenberger C, Becker S, Reichler L, Müller C, Zimmermann L, et al. Knowledge integration, teamwork and performance in health care. *Journal of Health Organization and Management*. 2016; 30(2):227-43. [DOI:10.1108/JHOM-12-2014-0217] [PMID]
- [13] Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(1):140-53. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015] [PMID]
- [14] Muller C, Zimmermann L, Korner M. [Facilitators and barriers to interprofessional collaboration in rehabilitation clinics: A survey of clinical executive managers (German)]. 2014; 53(6):390-5. [DOI:10.1055/s-0034-1375639] [PMID]
- [15] Cruz LC, Fine JS, Nori S. Barriers to discharge from inpatient rehabilitation: A teamwork approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2017; 30(2):137-47. [DOI:10.1108/IJHCQA-07-2016-0102] [PMID]
- [16] Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Farahani FK. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *Electronic Physician*. 2015; 7(7):1476-85. [DOI:10.19082/1476] [PMID] [PMCID]
- [17] Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; 19 (suppl. 1):188-96. [DOI:10.1080/13561820500081745] [PMID]
- [18] Clancy CM, Tornberg DN. TeamSTEPS: Assuring optimal teamwork in clinical settings. *American Journal of Medical Quality*. 2007; 22(3):214-7. [DOI:10.1177/1062860607300616] [PMID]
- [19] Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9):1277-88. [DOI:10.1177/1049732305276687] [PMID]
- [20] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2):105-12. [DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001] [PMID]
- [21] Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*. 1981; 29:75. [DOI:10.1007/BF02766777]
- [22] Beck CT. Qualitative research: The evaluation of its credibility, fittingness, and auditability. *Western Journal of Nursing Research*. 1993; 15(2):263-6. [DOI:10.1177/01939459930150212] [PMID]
- [23] Lincoln YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*. 1995; 1(3):275-89. [DOI:10.1177/107780049500100301]
- [24] Stratil J, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S. Optimizing cooperation between general practitioners, occupational health and rehabilitation physicians in Germany: A qualitative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2017; 90(8):809-21. [DOI:10.1007/s00420-017-1239-6] [PMID] [PMCID]
- [25] Newton PJ, Halcomb EJ, Davidson PM, Dennis AR. Barriers and facilitators to the implementation of the collaborative method: Reflections from a single site. *BMJ Quality & Safety*. 2007; 16(6):409-14. [DOI:10.1136/qshc.2006.019125] [PMID] [PMCID]
- [26] Mirmolaei ST, Lamyian M, Simbar M, Vedadhir A, Gholipour A. [Teamwork barriers and facilitators in the maternity wards: A qualitative study (Persian)]. *Hayat*. 2016; 21(4):1-29.
- [27] O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional communication and team collaboration. In: Hughes RG, editors. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.

- [28] Varjoshani NJ, Hosseini MA, Khankeh HR, Ahmadi F. Tumultuous atmosphere (physical, mental), the main barrier to emergency department inter-professional communication. *Global Journal of Health Science*. 2015; 7(1):144-53. [DOI:10.5539/gjhs.v7n1p144] [PMID] [PMCID]
- [29] Saltz CC. The interdisciplinary team in geriatric rehabilitation. *Journal of Gerontological Social Work*. 1992; 18(3-4):133-42. [DOI:10.1300/J083v18n01_09] [PMID]
- [30] Opie A. Effective team work in health care: A review of issues discussed in recent research literature. *Health Care Analysis*. 1997; 5(1):62-70. [DOI:10.1002/(SICI)1099-1042(199703)5:13.0.CO;2-L] [PMID]
- [31] Penney P. Collaborative practice in community based rehabilitation teams: An international perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2016; 97(10):e39. [DOI:10.1016/j.apmr.2016.08.114]
- [32] Stratil JM, Rieger MA, Völter-Mahlknecht S. Cooperation between general practitioners, occupational health physicians, and rehabilitation physicians in Germany: What are problems and barriers to cooperation? A qualitative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2017; 90(6):481-90. [DOI:10.1007/s00420-017-1210-6] [PMID] [PMCID]
- [33] Hewitt-Taylor J. Children with complex, continuing health needs and access to facilities. *Nursing Standard*. 2009; 23(31):35-41. [DOI:10.7748/ns.23.31.35.s47] [PMID]
- [34] McColl MA, Forster D, Shortt SE, Hunter D, Dorland J, Godwin M, et al. Physician experiences providing primary care to people with disabilities. *Healthcare Policy*. 2008; 4(1):e129-47. [DOI:10.12927/hcpol.2008.19989]
- [35] Abdi K, Arab M, Khankeh HR, Kamali M, Rashidian A, Khalajabadi Farahani F, et al. Challenges in providing rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 2016; 13(4):1-11. [DOI:10.9734/BJMMR/2016/23337]
- [36] Kraft M, Blomberg K, Hedman AMR. The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation- An interview study. *International journal of older people Nursing*. 2014; 9(3):209-16. [DOI:10.1111/opn.12020] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank