

بررسی ارتباط نگرش و خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای در فراگیران حرف مختلف علوم پزشکی

فاطمه کشمیری^{۱*}

۱. دانشیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

● دریافت مقاله: ۹۹/۵/۶ آخرین اصلاح مقاله: ۹۹/۹/۱۳ ● پذیرش مقاله: ۹۹/۹/۲۲

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط خودکارآمدی و نگرش نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای در فراگیران حرف مختلف علوم پزشکی انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود. در فاز اول، روان‌سنجی پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای و نگرش نسبت به تیم بررسی شد. در فاز دوم، وضعیت نگرش نسبت به تیم و خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای، پرسش‌نامه‌های مذکور توسط ۱۷۸ نفر از دستیاران، کارورزان پزشکی عمومی و دانشجویان پرستاری ارزیابی شد.

یافته‌ها: روایی صوری و محتوایی و پایایی ابزارهای مورد بررسی تأیید گردید. بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، گویه‌های ابزار خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای در چهار طبقه «ارتباط مؤثر با بیمار، جلب مشارکت بیمار، کار تیمی بین حرفه‌ای و تعامل بین حرفه‌ای» طبقه‌بندی گردید. پایایی ابزار سنجش نگرش نسبت به تیم Cronbach's $\alpha = 0.74$ و پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی Cronbach's $\alpha = 0.95$ و ICC = 0.90 تأیید شد. نمرات خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای با میانگین 0.41 ± 0.10 و نگرش نسبت به تیم با میانگین 0.43 ± 0.17 در سطح ضعیف بود و ارتباط معنی‌داری بین میانگین نمرات مذکور مشاهده شد ($r = 0.80, P = 0.001$).

نتیجه‌گیری: توجه به تأیید روان‌سنجی ابزارهای مذکور، می‌توان از آن‌ها جهت ارزیابی تکوینی فراگیران رشته‌های مختلف استفاده کرد تا از طریق ارزیابی مستمر، رایج بازخورد و برنامه‌ریزی توسعه‌ای، بستر لازم جهت رشد رفتار همکاری بین حرفه‌ای در تیم‌های آموزشی و درمانی فراهم گردد.
کلید واژه‌ها: همکاری بین حرفه‌ای، نگرش، تیم، خودکارآمدی، ارتباط بین حرفه‌ای

نویسنده مسؤول: گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

مقدمه

ایمنی بیمار به عنوان شاخص مهم در سیستم‌های ارایه خدمات سلامت شناخته شده است و انتظار می‌رود پرسنل نظام سلامت توانمندی‌های لازم را جهت ارایه خدمات ایمن و باکیفیت کسب کنند (۱). این مهم موجب شد سازمان جهانی بهداشت، انجمن‌های علمی و مؤسسات اعتباربخشی آموزشی در جهان به تدوین چارچوب‌هایی برای تبیین توانمندی‌های ضروری در راستای تحقق اهداف ارایه خدمات ایمن و باکیفیت در سیستم‌های سلامت بپردازند (۴-۱). در این راستا، توانمندی همکاری بین حرفه‌ای در برنامه‌های آموزشی در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش مداوم مورد توجه ویژه قرار گرفته است (۴-۶). از این‌رو، در برنامه‌های آموزشی، همکاری بین حرفه‌ای و کار تیمی به عنوان توانمندی اساسی تعریف شد (۶، ۵). در متون، حیطه‌های متنوعی برای همکاری بین حرفه‌ای تعیین شده است که از آن جمله می‌توان به ارزش‌های حرفه‌ای، شناخت نقش و مسئولیت‌ها، کار تیمی، ارتباطات بین حرفه‌ای، رهبری و مدیریت تعارض اشاره کرد (۷-۴). کار تیمی و ارتباطات بین حرفه‌ای به عنوان عناصر اساسی همکاری بین حرفه‌ای، می‌تواند نقش مؤثری بر کارکرد تیم‌های سلامت داشته باشد (۹-۷). نتایج پژوهش مروری در حوزه آموزش و همکاری بین حرفه‌ای مؤید لزوم انجام مطالعات بیشتر برای تعیین عوامل مؤثر بر همکاری بین حرفه‌ای در تیم‌های سلامت است (۱۱، ۱۰). بنابراین، شناخت عوامل پیشگویی‌کننده و تأثیرگذار بر تغییر رفتار مانند نگرش و خودکارآمدی در بین اعضای مختلف تیم‌های سلامت و برنامه‌ریزی بر اساس آن، می‌تواند راهکاری برای رشد رفتار همکاری بین حرفه‌ای در مداخلات آموزشی ارایه دهد.

خودکارآمدی و نگرش افراد به رفتار مورد نظر، در انتخاب و انجام رفتار مهم تلقی می‌شود. مفهوم خودکارآمدی، عامل اصلی در تئوری Bandura می‌باشد و به عنوان پیش‌شرط مهم و اصلی در تغییر رفتار معرفی شده است. بر اساس این تئوری، رفتار افراد از تعامل متقابل عوامل محیطی، رفتار و فرد حاصل می‌گردد (۱۳، ۱۲). خودکارآمدی، درک فرد از توانایی‌های خود برای

سازماندهی کردن و عملی کردن مسیرهای مورد نیاز در مدیریت شرایط آینده تعریف شده است (۱۳، ۱۲). باورهای خودکارآمدی هدایتگر چگونگی تفکر، احساس و برانگیختگی فردی و در نهایت، عملکرد افراد است. منظور از خودکارآمدی شخصی در تئوری Bandura، احساس شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با موقعیت‌های زندگی و میزان ادراک فرد از درجه کنترلی است که در موقعیت‌های مختلف دارد. خودکارآمدی عاملی فردی است که بر انتخاب و انجام یک رفتار مشخص تأثیر می‌گذارد (۱۲-۱۵) که تعیین می‌کند چگونه افراد فکر، احساس و رفتار کنند (۱۶، ۱۳). خودکارآمدی درک شده، تعیین‌کننده نوع رفتار انتخابی، پشتکار و کیفیت عملکرد افراد است (۱۷). خودکارآمدی در مراحل اولیه با «خودمقاعده‌سازی» و با باور به این که «من فکر می‌کنم» و «من می‌توانم» رشد و گسترش پیدا نمی‌کند، بلکه در اثر حمایت‌های متوالی و پیگیری برنامه‌های واقع‌بینانه شکل می‌گیرد (۱۸) که لازم است در سازمان‌ها مورد توجه قرار گیرد. در عملکرد بالینی فراگیران، خودکارآمدی یک عامل کلیدی برای رفتار مستقل شناخته می‌شود (۱۷) که به افراد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های مختلف احساس شایستگی کنند و نقش‌های خود را بپذیرند (۲۰، ۱۹). نتایج مطالعه محمدی و همکاران نشان داد که خودکارآمدی بالاتر در افراد، موجب سازگاری بهتر و در نهایت، کارکرد بهتر در رفتار مورد نظر می‌شود (۲۱). Robb در تحقیق خود بیان کرد که خودکارآمدی تسهیلگر، تبدیل آموخته‌های فرد به عملکرد است که منجر به کاهش شکاف بین تئوری و عملکرد می‌گردد (۲۲). این امر انگیزه، اعتماد به نفس و عملکرد بالینی فراگیران را در موقعیت‌های پیچیده و دشوار بالینی افزایش می‌دهد (۱۷).

همکاری بین حرفه‌ای مفهوم پیچیده‌ای است که تحقق آن نیازمند شناخت عوامل فردی، فرهنگی و سیستمی در جامعه مورد بررسی می‌باشد. عوامل فردی به عنوان مهم‌ترین عامل در فرایند همکاری بین حرفه‌ای شناخته شده است که رشد دانش، مهارت‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های کار تیمی در بین آن‌ها اهمیت دارد. علاوه بر این، نگرش و باور افراد به مفید بودن و

در مقاطع پزشکی عمومی و تخصصی) در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که به صورت سرشماری در تحقیق حاضر وارد شدند، انجام شد.

در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه «خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای» و ابزار «نگرش نسبت به تیم» استفاده گردید. پرسش‌نامه سنجش خودکارآمدی همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای اولین بار در سال ۲۰۱۴ توسط Hagemeier و همکاران تدوین شد (۲۶). این پرسش‌نامه شامل ۳۳ سؤال می‌باشد و بر اساس چارچوب توانمندیهای همکاری بین حرفه‌ای تدوین شده است (۲). سؤالات به صورت لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره‌دهی می‌شود. نمره کل پرسش‌نامه از میانگین نمرات ۳۳ سؤال پرسش‌نامه محاسبه گردید. بنابراین، نمرات خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای برای هر سؤال حداکثر ۵ و حداقل ۱ تعیین شد و نمرات به صورت قراردادی در چهار سطح خیلی ضعیف (۱-۲)، ضعیف متوسط (۲/۳-۳/۴)، قوی (۳/۴-۴/۵) و قوی (۴/۵-۵/۶) طبقه بندی گردید (۲).

پرسش‌نامه دوم، مقیاس سنجش نگرش نسبت به تیم بود که اولین بار توسط Heinemann و همکاران تدوین گردید و پایایی آن با ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۳ مورد تأیید قرار گرفت (۲۷). این پرسش‌نامه شامل ۱۹ سؤال در دو حیطه «کیفیت خدمات سلامت» (۱۴ گویه) و «پزشک‌محوری» (۵ گویه) می‌باشد. نحوه نمره‌دهی سؤالات ابزار مذکور به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) است. نمره کل پرسش‌نامه از میانگین نمرات ۱۹ سؤال پرسش‌نامه برای هر سؤال محاسبه گردید. بنابراین، نمرات نگرش نسبت به تیم برای هر فرد حداکثر ۵ و حداقل ۱ تعیین و به صورت قراردادی در چهار سطح خیلی ضعیف (۱-۲)، ضعیف (۲/۳-۳/۴)، قوی (۳/۴-۴/۵) و قوی (۴/۵-۵/۶) طبقه بندی شد (۲۷).

فاز اول مطالعه: روان‌سنجی ابزارهای مورد مطالعه: فرایند ترجمه و بازترجمه توسط دو متخصص مسلط به زبان فارسی و انگلیسی صورت گرفت. نسخه‌های ترجمه شده مقایسه و نسخه

احساس شایستگی درک شده از توانایی‌های فردی، نقش مؤثری برای مشارکت در همکاری بین حرفه‌ای دارد (۱۷). نگرش عامل دیگری است که در فرایند تصمیم افراد برای انتخاب یک رفتار نقش مؤثری دارد (۲۳) و به عنوان عامل مؤثر در رشد دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای همکاری بین حرفه‌ای معرفی شده است (۱۰). بنابراین، می‌توان گفت که نگرش و خودکارآمدی از عوامل تأثیرگذار بر تحقق همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای محسوب می‌شود (۲۵، ۲۴). به عبارت دیگر، کارایی مؤثر افراد، به مهارت، نگرش و باورهای خودکارآمدی آن‌ها بستگی دارد و افرادی که توانایی‌های خود را باور داشته باشند، می‌توانند در مسیر موفقیت گام بردارند (۱۷). بنابراین، ضرورت دارد با انجام مطالعات متناسب، تحلیل درستی از وضعیت موجود در محیط مورد بررسی ایجاد شود تا مبنایی برای انجام مداخلات مؤثر فراهم گردد. با توجه به این که در محیط مورد بررسی، برنامه‌های آموزشی به طور عمده مبتنی بر رشته طراحی و اجرا می‌شوند، رشد مهارت‌های همکاری بین حرفه‌ای در برنامه‌های آموزش رسمی لحاظ نشده است. بنابراین، بررسی سطح نگرش و خودکارآمدی فراگیران در رابطه با همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای در بعد تعامل فرد- رفتار، می‌تواند نقطه آغازی جهت برنامه‌ریزی‌های مرتبط با رشد همکاری بین حرفه‌ای در بین فراگیران حرف مختلف باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای و نگرش نسبت به تیم در بین فراگیران رشته‌های پرستاری و پزشکی دوره عمومی و تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی- تحلیلی) بود که در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۹ و در دو فاز انجام شد. در فاز اول، ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای سنجش خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای و نگرش نسبت به تیم بررسی گردید. در فاز دوم، مطالعه پیمایشی با شرکت فراگیران دوره‌های آموزش بالینی (پرستاری و پزشکی

اولیه فارسی پرسش‌نامه مذکور تدوین گردید. نسخه مذکور توسط متخصصان آموزش پزشکی، آموزش پرستاری و متخصصان بالینی (۴ نفر) مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت، نسخه نهایی پرسش‌نامه‌ها تدوین شد. در گام بعدی، نسخه فارسی شده پرسش‌نامه‌ها به زبان اصلی ترجمه (بازترجمه) و برای تأیید به متخصص زبان انگلیسی ارسال گردید. بعد از تطابق نسخه بازترجمه بر اساس نسخه اصلی، نظرات وی در تیم تخصصی مورد بررسی و اصلاحات قرار گرفت. در نهایت، نسخه فارسی پرسش‌نامه‌های مذکور تأیید شد.

به منظور بررسی روایی محتوایی و صوری نسخه فارسی پرسش‌نامه‌های مذکور، از تکنیک Delphi استفاده گردید. این تکنیک با شرکت اعضای هیأت علمی آموزش پزشکی و متخصصان بالینی (۱۵ نفر) در ۴ راند اجرا شد. در راند اول، نسخه فارسی پرسش‌نامه‌ها برای متخصصان ارسال گردید تا نظرات آنان در رابطه با روایی محتوایی پرسش‌نامه‌ها به صورت کیفی مورد بررسی قرار گیرد. پس از دو هفته از اجرای هر راند، نظرات افراد جمع‌آوری و پس از سازماندهی مجدد برای اجرای راند بعدی ارسال شد. اجرای این تکنیک تا چهار راند ادامه یافت تا در راند چهارم کد جدید ارایه نشد. در این مرحله، روایی محتوایی کیفی نسخه فارسی پرسش‌نامه‌ها تأیید گردید. برای تعیین روایی محتوا به روش کمی، از دو شاخص نسبت روایی محتوا (Content validity ratio یا CVR) و شاخص روایی محتوا (Content validity index یا CVI) استفاده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوا، از متخصصان مذکور درخواست شد تا هر گویه را بر اساس طیف سه درجه‌ای (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. بر اساس جدول Lawshe، حداقل ارزش CVR تعیین شد (۱۵). در CVI، معیار ارتباط برای هر یک از گویه‌های ابزارهای مذکور با استفاده از طیف چهار درجه‌ای (خیلی زیاد = ۴، زیاد = ۳، کم = ۲ و خیلی کم = ۱) مورد بررسی قرار گرفت (۱۶).

تحلیل عاملی اکتشافی: با توجه به اهمیت تبیین سازه‌های خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای و پیچیدگی این

مفهوم، تحلیل عاملی اکتشافی پرسش‌نامه خودکارآمدی همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای برای اولین بار در پژوهش حاضر انجام شد. بدین منظور، ۳۵۰ نفر از فراگیران در رشته‌های مختلف (پرستاری = ۱۹۵ نفر و پزشکی = ۱۵۵ نفر) در مطالعه وارد شدند. معیار ورود فراگیران، رشته‌های مختلف پزشکی و پرستاری بود که حداقل سه ماه از دوره آموزش بالینی خود را در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد گذرانده باشند. کلیه فراگیران شاغل به تحصیل که معیار ورود را داشتند، وارد تحقیق شدند. در تحلیل عاملی اکتشافی، کفایت نمونه‌گیری بر اساس شاخص Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ارزیابی گردید. همچنین، آزمون Bartlett جهت مناسب بودن داده مورد استفاده قرار گرفت. از تحلیل مؤلفه‌های اصلی و دوران متعامد Varimax نیز جهت شناخت ابعاد مقیاس‌ها استفاده شد.

پایایی ابزارها از طریق انسجام درونی (Internal consistency) و ثبات پرسش‌نامه (Reproducibility) مورد سنجش قرار گرفت. انسجام درونی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب Cronbach's alpha و ثبات پرسش‌نامه با استفاده از رویکرد آزمون-بازآزمون ارزیابی گردید. **فاز دوم مطالعه:** در این مرحله به منظور بررسی نگرش و خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای شرکت‌کنندگان، مطالعه پیمایشی انجام شد. معیار ورود دانشجویان مقاطع مختلف رشته‌های پزشکی عمومی، دستیاری پزشکی تخصصی و پرستاری بودند که حداقل شش ماه دوره آموزشی خود را در بیمارستان گذرانده باشند. جامعه مورد بررسی به صورت سرشماری وارد پژوهش شدند. پرسش‌نامه‌ها توسط پرسشگر به صورت میدانی در بین شرکت‌کنندگان توزیع و توضیحاتی در رابطه با هدف مطالعه به شرکت‌کنندگان ارایه گردید. پرسش‌نامه‌ها به صورت خودایفا توسط دانشجویان رشته‌های پرستاری، کارورزان پزشکی عمومی و دستیاران تخصصی تکمیل شد.

پرستاری شرکت داشتند (نرخ پاسخگویی = ۷۶ درصد) که شامل ۹۰ نفر کارورز پزشکی عمومی (۵۰/۶ درصد)، ۳۵ نفر دستیار تخصصی (۱۹/۷ درصد) و ۵۳ نفر دانشجوی پرستاری (۲۹/۸ درصد) بودند.

سنجش روایی: با توافق کلیه متخصصان شرکت‌کننده در فاز اول مطالعه، روایی صوری و محتوایی ابزارهای مورد استفاده تأیید گردید. نتایج حاصل از محاسبه CVR نشان داد که همه گویه‌های پرسش‌نامه‌ها بر اساس جدول Lawshe، مقادیر بالاتر از ۰/۴۹ را کسب کردند. در هر دو پرسش‌نامه، گویه‌های مورد ارزیابی در CVI مقادیر بیشتر از ۰/۷۹ را به دست آوردند و در پرسش‌نامه حفظ شدند. در نهایت، روایی کمی و کیفی پرسش‌نامه سنجش خودکارآمدی با ۳۳ گویه و نگرش نسبت به تیم با ۱۹ گویه مورد تأیید قرار گرفت.

تحلیل عاملی اکتشافی: نتایج این مرحله در رابطه با پرسش‌نامه خودکارآمدی در همکاری و ارتباطات بین حرفه‌ای نشان داد که کفایت نمونه‌گیری بر اساس شاخص KMO (۰/۹۰)، مؤید مجاز بودن تحلیل عاملی بوده است و در آزمون Bartlett مناسب بودن داده‌ها در سطح $P = ۰/۰۰۱$ تأیید شد. نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر حاکی از وجود روابط قابل کشف بین متغیرهای مورد بررسی در فرایند تحلیل عاملی بود. بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی، مدل اندازگیری شده شامل سؤالات با بار عاملی معنی‌دار می‌باشد که سازه‌های پرسش‌نامه خودکارآمدی در همکاری و ارتباطات بین حرفه‌ای شامل حیطه «ارتباط مؤثر با بیمار، جلب مشارکت بیمار، کار تیمی بین حرفه‌ای و تعامل بین حرفه‌ای» گزارش گردید. در جدول ۱ بار عاملی هر یک از گویه‌ها ارائه شده است.

انسجام درونی با استفاده از ضریب Cronbach's alpha و تکرارپذیری با استفاده از آزمون Interclass coefficient (ICC) محاسبه گردید. همچنین، نمرات نگرش و خودکارآمدی همکاری و ارتباطات بین حرفه‌ای با استفاده از شاخص‌های آزمون توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون‌های ANOVA و t) تحلیل شد. آزمون همبستگی Pearson جهت تعیین رابطه بین نمرات خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای و نگرش نسبت به تیم استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی: داده‌ها به صورت بی‌نام و با استفاده از کد جهت رعایت محرمانگی جمع‌آوری گردید. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد IR.SSU.REC.1399.147 تأیید شده است.

یافته‌ها

در فاز اول، اعضای هیأت علمی آموزش پزشکی و متخصصان بالینی (۱۵ نفر) شرکت کردند که از بین آن‌ها، ۸ نفر مرد (۵۳/۳۳ درصد) و ۷ نفر زن (۴۶/۶۶ درصد) بودند. میانگین سنی آن‌ها ۴۶ ± ۶ سال بود. همچنین، در مجموع ۴۱۵ نفر از فراگیران در رشته‌های پزشکی و پرستاری در مراحل تحلیل عاملی اکتشافی پرسش‌نامه خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباطات بین حرفه‌ای (۳۵۰ نفر) و انسجام درونی (۳۵ نفر) و در ثبات آزمون (۳۰ نفر) هر دو پرسش‌نامه مشارکت نمودند. در فاز دوم، ۱۷۸ نفر از دستیاران و کارورزان پزشکی و دانشجویان

جدول ۱: بارهای عاملی گویه‌های پرسش‌نامه خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای

بار عاملی	گویه‌ها
	ارتباط مؤثر با بیمار
۰/۵۶	۱- من مهارت‌های ضروری برای ارتباط مؤثر با بیمار را دارم.
۰/۵۴	۲- من مهارت‌های ضروری برای ارتباط مؤثر با اعضای تیم درمان را دارم.
۰/۶۶	۳- به طور شفاف با بیمار ارتباط برقرار می‌کنم.
۰/۷۶	۴- من فعالانه به بیماران گوش می‌دهم تا به طور کامل، دیدگاه آن‌ها را در مورد بیماری استخراج کنم.
۰/۷۵	۵- من رابطه خوبی با بیمارم برقرار می‌کنم.
۰/۷۳	۶- وقتی با بیماران ملاقات دارم، اصول ارتباط بیمارمحور را رعایت می‌کنم.
۰/۶۱	۷- من به نحوی اطلاعات به دست آمده از بیمار را مدیریت می‌کنم تا اطمینان پیدا کنم که نیازهای بیمار و نگرانی‌های وی را به طور کامل درک کرده‌ام.
۰/۷۱	۸- وقتی که با بیمار تعامل می‌کنم به طور مؤثر احساسات بیمار را در نظر می‌گیرم.
۰/۷۴	۹- با جلب اعتماد بیمار، با بیمار ارتباط برقرار می‌کنم.
۰/۷۱	۱۰- بحث با بیمار را به گونه‌ای پایان می‌دهم که اطلاعات دریافتی توسط بیمار تسهیل گردد.
۰/۷۲	۱۱- وقتی که اختلافی برای ارایه برنامه درمانی پیش می‌آید، من از راهبردهای مشارکت بیمار برای به دست آوردن دیدگاه مشترک استفاده می‌کنم.
	جلب مشارکت بیمار
۰/۶۱	۱۲- به طور شفاف با بیمار ارتباط برقرار می‌کنم.
۰/۶۲	۱۳- به طور حرفه‌ای نظراتم را با بیمار مطرح می‌کنم.
۰/۷۱	۱۴- به طور مؤثر نقش و مسئولیت‌های دیگر اعضای تیم را برای بیمار توضیح می‌دهم.
۰/۶۳	۱۵- اگر بیمار تمایل داشته باشد، به طور مؤثر بیمار را در برنامه درمانی وی مشارکت می‌دهم.
۰/۵۰	۱۶- برای بیماران کم‌سواد، اطلاعات را به طور مؤثر به وی ارایه می‌کنم.
۰/۵۰	۱۷- نقش و مسئولیت خودم را به طور شفاف برای بیمار بیان می‌کنم.
۰/۵۱	۱۸- صبورانه با بیمار ارتباط برقرار می‌کنم.
۰/۶۰	۱۹- در مورد محدودیت‌های دانشی و مهارتی خود با بیمار به طور مؤثر صحبت می‌کنم.
	کار تیمی بین حرفه‌ای
۰/۷۰	۲۰- به طور شفاف دانش خودم را به دیگر اعضای تیم سلامت انتقال می‌دهم.
۰/۷۰	۲۱- به صورت حرفه‌ای به بازخورد سایر اعضای تیم پاسخ می‌دهم.
۰/۶۲	۲۲- به طور مؤثر بر موانع ارتباطی که همکاری با اعضای تیم سلامت را محدود می‌کند، غلبه می‌کنم.
۰/۵۰	۲۳- به شیوه محترمانه‌ای به سایر اعضای تیم درمان بازخورد می‌دهم.
۰/۶۱	۲۴- اعضای تیم درمان را تشویق می‌کنم تا آزادانه نظراتشان را اظهار کنند.
۰/۵۵	۲۵- به تعارضات بین حرفه‌ای به صورت حرفه‌ای پاسخ می‌دهم.
۰/۵۶	۲۶- با دیگر اعضای تیم ارتباط حمایت‌گرایانه مثبتی را برقرار می‌کنم.
۰/۶۶	۲۷- من از ساختار سلسله مراتبی اختیار در بین اعضای تیم درک درستی دارم.
۰/۶۸	۲۸- من وقتی به عنوان عضوی از تیم در کار درمانی مشارکت می‌کنم، درک درستی از نقش خودم دارم.
۰/۷۸	۲۹- من درک خوبی از نقش سایر اعضای تیم دارم.

تعامل بین حرفه‌ای	
۰/۶۵	۳۰- دیدگاه‌هایم را به طور محترمانه با دیگر اعضای تیم مطرح می‌کنم.
۰/۷۵	۳۱- فعالانه به سایر اعضای تیم گوش می‌دهم.
۰/۷۴	۳۲- به تخصص سایر اعضای تیم احترام می‌گذارم.
۰/۶۹	۳۳- در ارتباط با سایر اعضای تیم، به آن‌ها اعتماد می‌کنم.

معنی‌داری بین میانگین نمره خودکارآمدی و سن شرکت‌کنندگان مشاهده نشد ($r = ۰/۲۰$, $P = ۰/۹۰$).

وضعیت نگرش نسبت به تیم در بین شرکت‌کنندگان با میانگین نمره $۰/۴۳ \pm ۲/۱۷$ در سطح ضعیف بود. کمترین نمره $۱/۰۰$ و بیشترین $۳/۳۷$ به دست آمد. میانگین نمره نگرش شرکت‌کنندگان نشان داد وضعیت آنان در هر دو طبقه در سطح ضعیف بود (جدول شماره ۲). میانگین نمره نگرش مردان و زنان به ترتیب $۰/۱۴ \pm ۲/۰۶$ و $۰/۱۴ \pm ۲/۲۸$ به دست آمد که نشان داد این نمره به طور معنی‌داری در دانشجویان مؤنث بالاتر می‌باشد ($P = ۰/۰۰۱$). رابطه معنی‌داری بین میانگین نمره نگرش و سن شرکت‌کنندگان مشاهده نشد ($r = ۰/۱۰$, $P = ۰/۷۲۰$).

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات نگرش نسبت به تیم و خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($r = ۰/۸۰$, $P = ۰/۰۰۱$).

نمرات خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای و نگرش به تیم در بین شرکت‌کنندگان به تفکیک رشته‌های مختلف در جدول ۲ ارائه شده است.

پایایی پرسش‌نامه سنجش خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای با انسجام درونی (ضریب Cronbach's alpha)، $۰/۹۵$ و ثبات پرسش‌نامه $۰/۹۰$ تأیید شد. پایایی ابزار سنجش نگرش نسبت به تیم با انسجام درونی (ضریب Cronbach's alpha)، $۰/۷۴$ و ثبات پرسش‌نامه $۰/۷۶$ مورد تأیید قرار گرفت.

در فاز دوم پژوهش، ۱۷۸ نفر از دستیاران و کارورزان پزشکی و دانشجویان پرستاری شرکت داشتند که شامل ۸۲ مرد ($۴۳/۴$ درصد) و ۹۶ زن ($۵۳/۹$ درصد) بودند. ۹۰ نفر کارورز پزشکی عمومی ($۵۰/۶$ درصد)، ۳۵ نفر دستیار تخصصی ($۱۹/۷$ درصد) و ۵۳ نفر دانشجوی پرستاری ($۲۹/۸$ درصد) با میانگین سنی $۵/۸۸ \pm ۲۸/۸۰$ سال در مطالعه شرکت کردند. وضعیت خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای با میانگین نمره $۰/۴۱ \pm ۲/۱۰$ در سطح ضعیف گزارش گردید. میانگین نمره خودکارآمدی زنان ($۰/۳۸ \pm ۲/۱۶$) نسبت به مردان ($۰/۴۲ \pm ۲/۰۲$) به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P = ۰/۰۲$). ارتباط

جدول ۲: میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در رابطه با خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای

P	F	رشته			حیطه
		پرستار	دستیار	کارورز پزشکی عمومی	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه ای					
۰/۶۲	۰/۴۶	۱/۹۴ $\pm$ ۰/۶۱	۲/۰۴ $\pm$ ۰/۵۱	۲/۰ $\pm$ ۰۱/۵۱	ارتباط موثر با بیمار
۰/۱۴	۱/۹۴	۲/۲۹ $\pm$ ۰/۷۸	۲/۴۵ $\pm$ ۰/۵۶	۲/۰ $\pm$ ۲۷/۵۵	جلب مشارکت بیمار
۰/۲۲	۱/۵۱	۲/۰۳ $\pm$ ۰/۵۲	۲/۱۹ $\pm$ ۰/۴۶	۲/۰ $\pm$ ۱۰/۴۹	کار تیمی بین حرفه ای
۰/۱۸	۰/۴۶	۱/۷۰ $\pm$ ۰/۴۹	۱/۸۵ $\pm$ ۰/۴۹	۱/۰ $\pm$ ۷۲/۴۸	تعامل بین حرفه ای

نمره کلی خودکارآمدی همکاری و ارتباط بین حرفه ای	۲/۰±۰۵/۴۰	۲/۱۵±۰/۴۰	۲/۰۲±۰/۴۷	۱/۷۲	۰/۱۸
نگرش نسبت به تیم					
کیفیت خدمات سلامت	۲/۰±۲۴/۵۳	۲/۱۴±۰/۳۸	۲/۱۵±۰/۴۳	۰/۸۲	۰/۴۴
پزشک محوری	۲/۰±۲۲/۵۲	۲/۱۵±۰/۳۸	۲/۱۳±۰/۳۸	۰/۵۸	۰/۵۶
نمره کلی نگرش به تیم	۲/۰±۲۴/۵۳	۲/۱۴±۰/۳۸	۲/۱۵±۰/۳۶	۰/۸۲	۰/۴۴

تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات نگرش و خودکارآمدی در همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای بر اساس رشته و مقطع مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

همکاری بین حرفه‌ای در بین اعضای تیم‌های سلامت، یکی از راهکارهای تحقق آرایه خدمات ایمن معرفی شده است (۲۸). بنابراین، لازم است بهبود نگرش، خودکارآمدی و عملکرد همکاری بین حرفه‌ای در میان اعضای تیم سلامت مورد توجه قرار گیرد (۲۸، ۲۹). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ابزارهای سنجش نگرش به تیم و ابزار سنجش خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای اعتبار لازم را دارد. نتایج فاز دوم حاکی از وجود رابطه مثبت و معنی دار بین نگرش و خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای بود؛ اگرچه نمرات فراگیران رشته‌های پرستاری، پزشکی عمومی و دستیاران تخصصی در هر دو متغیر نگرش و خودکارآمدی وضعیت ضعیفی داشت.

در رابطه با همبستگی مثبت و معنی دار بین نگرش نسبت به تیم و خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای، نتایج مطالعه خادهمیان و تهرانی نشاط نشان داد که مهارت ارتباط بین فردی دانشجویان با نگرش آن‌ها نسبت به کار تیمی ارتباط مستقیم و معنی داری داشت (۳۰) که با نتایج تحقیق حاضر مشابه بود. این دو متغیر همسو با یکدیگر هستند. نگرش مثبت موجب احساس خودکارآمدی بیشتر در توانایی انجام همکاری بین حرفه‌ای می‌گردد و همچنین، باور به توانایی انجام کار تیمی، به

ایجاد نگرش مثبت کمک می‌کند. اگرچه در نتایج بررسی حاضر همسویی دو متغیر نگرش و خودکارآمدی نشان داد که نگرش منفی به تیم بین حرفه‌ای، موجب خودکارآمدی پایین در کار تیمی فراگیران شده است و همچنین، احساس خودکارآمدی پایین، منجر به ایجاد نگرش منفی به تیم بین حرفه‌ای می‌گردد که با رابطه فرد-رفتار در تئوری Bandura (۱۲) و Adams (۱۳) مطابقت دارد. این امر می‌تواند ناشی از مغفول ماندن آموزش در رابطه با مهارت‌های ارتباطی و همکاری بین حرفه‌ای در بین برنامه‌های آموزشی رسمی و غیر رسمی باشد. در پژوهش حاضر فراگیران به طور عمده برنامه‌های مبتنی بر رشته در دانشکده‌ها و حتی آموزش بالینی را تجربه کردند. آنان کمتر در موقعیت‌های آموزش بین حرفه‌ای فرصت تمرین و تجربه همکاری بین حرفه‌ای را داشتند. به نظر می‌رسد این موضوع، علاوه بر رشد نگرش فردمحور، بر عدم خودکارآمدی در عملکرد تیمی آن‌ها نیز تأثیرگذار است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره نگرش و خودکارآمدی نسبت به همکاری و ارتباطات بین حرفه‌ای در بین دانشجویان پرستاری، پزشکی عمومی و دستیاران تخصصی شرکت‌کننده در سطح ضعیفی گزارش گردید که با نتایج تحقیق Williams و همکاران (۳۰) مغایرت داشت. در پژوهش آن‌ها، سطح خودکارآمدی نسبت به آموزش و همکاری بین حرفه‌ای شرکت‌کنندگان در سطح متوسط برآورد شد (۳۱). تفاوت در نتایج می‌تواند ناشی از رشته‌های گوناگون مشارکت‌کنندگان و فرهنگ جامعه در دو محیط مورد بررسی باشد.

نتایج مطالعه محفوظ‌پور و مژده‌کار نشان داد که حدود ۵۰ درصد از پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان شاغل در بیمارستان لبافی‌نژاد معتقد بودند که کار تیمی در بیمارستان انجام می‌شود (۳۱). بنابراین، به نظر می‌رسد رشد توانایی‌های کار تیمی برای پرسنل سلامت لازم است مورد توجه قرار گیرد. در تحقیق شقایق‌فرد و همکاران، نگرش پرسنل رشته‌های مختلف توان‌بخشی مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، طب توان‌بخشی و اعضای مصنوعی در سطح مطلوب گزارش شد (۳۲). تفاوت نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از محیط انجام فعالیت، ماهیت فعالیت‌های توان‌بخشی و درک بهتر از ضرورت همکاری با سایر حرف برای ارائه خدمات توان‌بخشی در بین دستیاران و پرسنل حرف درگیر باشد. در مطالعه شقایق‌فرد و همکاران، ارتباطات نامناسب درون گروهی، پنداشت اشتباه از درخواست کمک و عدم آگاهی از فرایند کار تیمی، به عنوان چالش‌های کار تیمی عنوان گردید (۳۲). Nørgaard و همکاران در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که قبل از مداخله، وضعیت خودکارآمدی در ارتباطات فردی شرکت‌کنندگان در سطح متوسط بوده و آموزش بین حرفه‌ای تأثیر معنی‌داری بر بهبود خودکارآمدی شرکت‌کنندگان در همکاری و ارتباطات داشته است (۳۳، ۳۴). به نظر می‌رسد عدم تجربه آموزش بین حرفه‌ای، می‌تواند در ضعف نگرش و خودکارآمدی شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر تأثیر داشته باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره نگرش به کار تیمی بین شرکت‌کنندگان در سطح ضعیفی قرار داشت. در تحقیق خادامیان و تهرانی نشاط نگرش دانشجویان پرستاری نسبت به کار تیمی در حد متوسط رو به بالا و مهارت‌های ارتباط بین فردی در سطح متوسط تا مطلوب بود (۲۹) که با نتایج پژوهش حاضر مشابهت نداشت و این امر می‌تواند ناشی از تفاوت فرایندهای آموزشی به ویژه در دوران آموزش بالینی باشد. با توجه به این که در سیستم آموزش دانشکاه علوم پزشکی شیراز، عضویت فراگیران در تیم‌های درمانی در دوران آموزش بالینی به طور ویژه مورد

توجه است، به نظر می‌رسد دانشجویان توانسته‌اند نگرش و مهارت‌های ارتباط بین فردی بیشتری را کسب کنند (۲۹). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نمره نگرش شرکت‌کنندگان در هر دو حیطه کیفیت خدمات سلامت و پزشک‌محوری در سطح پایینی قرار داشت. یکی از چالش‌های تحقق کار تیمی بین حرفه‌ای، باور دستیابی به ارائه خدمات با کیفیت از طریق همکاری بین حرفه‌ای می‌باشد. زمانی که اعضای تیم نگرش مثبتی به تیم و کار تیمی نداشته باشند، ایجاد مهارت و تغییر رفتار در آن‌ها دشوار است؛ حتی اگر دانش و مهارت فنی آن را نیز کسب کرده باشند. نکته مهم دیگر، رویکرد پزشک‌محوری می‌باشد که لازم است در تیم سلامت کنترل گردد و از طریق رشد توانمندی‌های اعضای تیم، به سمت رویکرد مشارکت بین حرفه‌ای تغییر کند. در این راستا، وفادار و همکاران یکی از مشکلات توسعه همکاری بین حرفه‌ای را رویکرد پزشک‌محوری در سیستم‌های آموزشی و درمانی ایران معرفی کردند (۳۵). یافته‌های تحقیق اردلان و اسکندری نشان داد که اثر مؤلفه‌های رهبری تیمی عمل‌محور بر مهارت‌های تیمی و هم‌افزایی تیمی مثبت و معنی‌دار است (۳۶) که با نتایج بررسی حاضر همسو بود. در پژوهش حاضر نیز رویکرد پزشک‌محوری (فردیت‌گرایی) بر ضعف نگرش در کار تیمی و درک شرکت‌کنندگان از خودکارآمدی در همکاری بین حرفه‌ای مؤثر بود. نتایج مطالعات مختلف، آموزش بین حرفه‌ای را به عنوان راهکاری برای بهبود خودکارآمدی و نگرش نسبت به همکاری بین حرفه‌ای معرفی کرده‌اند (۳۵، ۲۴). آموزش بین حرفه‌ای به پذیرش نقش اعضای تیم و درک مسئولیت‌های مرتبط کمک می‌کند و می‌تواند نگرش تیم‌محور را در بین آنان رشد دهد و بر عملکرد بین حرفه‌ای اعضای تیم تأثیرگذار باشد (۲۴).

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، تفاوت معنی‌داری بین نمرات خودکارآمدی و نگرش نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای شرکت‌کنندگان در مقاطع و رشته‌های مختلف وجود داشت. این امر نشان دهنده نیاز همه فراگیران رشته‌های درگیر در ارائه خدمات سلامت در محیط مورد بررسی به رشد توانمندی‌های

همکاری و ارتباطات بین حرفه‌ای است. شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر را دستیاران تخصصی، کاروزان پزشکی و دانشجویان پرستاری تشکیل دادند که به عنوان عضوی از تیم درمان در حال ایفای نقش در تیم‌های ارایه دهنده خدمات سلامت هستند. فراگیران رشته‌های پزشکی، رهبری تیم‌های سلامت در آینده را بر عهده دارند که مهارت و نگرش آن‌ها در رابطه با همکاری بین حرفه‌ای، به طور مؤثری بر هدایت سایر اعضای تیم هم تأثیرگذار است. در مطالعه Costa و همکاران، رهبری قوی به عنوان جزء اساسی استقرار فرهنگ همکاری بین حرفه‌ای در سطح تیمی و بیمارستان معرفی گردید. رهبری همکاری محور موجب ایجاد انگیزه بین اعضای تیم برای عملکرد مطلوب و حمایت از آرمان‌های مشارکتی سازمان می‌شود و نقش مهمی در پیشبرد همکاری بین حرفه‌ای دارد (۳۷).

در تحقیق van Schaik و همکاران، رهبری تیمی به عنوان توانمندی اساسی همکاری بین حرفه‌ای تبیین شده است. در پژوهش آنان، توانایی برقراری ارتباط، گوش دادن فعال، تسهیل‌کنندگی، حل مشکل و تصمیم‌گیری مشارکتی از جمله مهارت‌های ضروری رهبری مبتنی بر رویکرد بین حرفه‌ای تعیین شده است (۳۸). هنگامی که رهبر تیم درک درستی از همکاری بین حرفه‌ای نداشته باشد و یا مهارت‌های ضروری برای هدایت افراد را در قالب تیم کسب نکرده باشد، بدیهی است که نمی‌توان انتظار داشت بتواند درمان تیم‌محور را برنامه‌ریزی و اجرا نماید و هدایتگر اهداف ارایه خدمات مبتنی بر تیم به عنوان مهم‌ترین استراتژی ارایه خدمات ایمن و بیمارمحور باشد (۳۹، ۲، ۱). از سوی دیگر، اعضای تیم لازم است مسئولیت‌های فردی و تیمی خود را بشناسند و این باور را داشته باشند که به عنوان عضوی از تیم، لازم است مسئولیت‌پذیر و پاسخگو باشند. غالب بودن رویکرد تک حرفه‌ای و ناپایده انگاشتن مسئولیت‌های تیمی و مسئولیت‌پذیری محدود در برابر سایر اعضای تیم، منجر به بروز خطاهای پزشکی و چالش‌های بین حرفه‌ای می‌گردد (۳۶). بنابراین، ایجاد نگرش بین حرفه‌ای، مفید دانستن ارایه خدمات تیم‌محور و رشد باور در رابطه توانایی کار تیمی و همکاری با

سایر حرف لازم است از دوران تحصیل در بین فراگیران رشته‌های مختلف علوم پزشکی به طور ویژه مد نظر قرار گیرد. این امر منطبق با تئوری شناختی اجتماعی و در بعد فرد- رفتار قابل تفسیر می‌باشد. نگرش فرد و خودکارآمدی درک شده به طور مستقیم بر هم اثر می‌گذارد و رفتار افراد را شکل می‌دهد (۱۲، ۱۳). بنابراین، رشد خودکارآمدی و نگرش مثبت به همکاری بین حرفه‌ای، می‌تواند در افزایش همکاری بین حرفه‌ای میان اعضای تیم سلامت مؤثر باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، اگرچه تفاوتی بین میانگین نمرات خودکارآمدی شرکت‌کنندگان در طبقات پرشن‌نامه خودکارآمدی شامل ارتباط مؤثر با بیمار، جلب مشارکت بیمار، کار تیمی بین حرفه‌ای و تعامل بین حرفه‌ای مشاهده نشد، اما نمرات خودکارآمدی آنان در طبقه‌های تعامل بین حرفه‌ای و ارتباط مؤثر با بیمار پایین‌تر نمرات سایر طبقه‌ها بود. این موضوع می‌تواند ناشی از عدم توجه به آموزش مهارت‌های ارتباط بین فردی و بین حرفه‌ای باشد. ارتباط مؤثر و گوش دادن فعال، از جمله توانمندی‌های اساسی همکاری بین حرفه‌ای عنوان می‌شود (۹) که لازم است برای رشد این توانایی در بین شرکت‌کنندگان مورد توجه ویژه قرار گیرد. نتایج مطالعه Watters و همکاران نشان داد که آموزش در محیط شبیه‌سازی شده با مشارکت فراگیران حرف مختلف، موجب افزایش توانایی درک شده شرکت‌کنندگان در رابطه با مهارت‌های ارتباطی، کار تیمی، رهبری و مدیریت در سناریوهای بالینی می‌شود (۴۰). بنابراین، لازم است برنامه‌ریزی جهت رشد پایبندی فراگیران به رعایت اصول بیمارمحوری و درمان مبتنی بر تیم در سیستم‌های آموزشی- درمانی در دانشگاه مورد بررسی صورت گیرد.

استفاده از خودارزیابی، حجم نمونه محدود و تعداد رشته‌های شرکت‌کننده، از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد. با توجه به این که پژوهش حاضر در یک دانشگاه علوم پزشکی انجام شد، نتایج می‌تواند متأثر از عوامل فرهنگ محیط مورد بررسی و ویژگی‌های فردی و سیستمی باشد. همچنین، خودگزارش‌دهی ممکن است موجب

رشد دانش و مهارت فراگیران، فرصت‌های حمایتی ایجاد گردد و تقویت نگرش مثبت به کار تیمی بین حرفه‌ای مورد توجه مدیران آموزشی قرار گیرد. با توجه به تأیید روان‌سنجی ابزارهای مذکور، می‌توان از آن‌ها جهت ارزیابی تکوینی فراگیران رشته‌های مختلف استفاده نمود تا از طریق ارزیابی مستمر، رایه بازخورد و برنامه‌ریزی توسعه‌ای، بستر لازم برای رشد رفتار همکاری بین حرفه‌ای در تیم‌های آموزشی و درمانی فراهم گردد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با کد ۸۵۱۱ و تحت حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شد.

بیش یا کم گزارش‌دهی توسط شرکت‌کنندگان شود. بنابراین، انجام مطالعات چند مرکزی با شرکت افراد در رشته‌های درگیر در رایه خدمات بهداشتی- درمانی و توان‌بخشی و همچنین، پژوهش‌های مداخله‌ای مبتنی بر تئوری با هدف رشد عوامل تأثیرگذار بر خودکارآمدی و نگرش در رابطه با همکاری بین حرفه‌ای توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، شاخص‌های روایی پرسش‌نامه‌های سنجش خودکارآمدی در همکاری و ارتباطات بین حرفه‌ای و نگرش نسبت به تیم در محیط مورد بررسی تأیید گردید. با توجه به وجود ارتباط مثبت و معنی‌دار بین خودکارآمدی و نگرش نسبت به همکاری و ارتباط بین حرفه‌ای و ضعف شرکت‌کنندگان در دو متغیر مورد ارزیابی، پیشنهاد می‌گردد علاوه بر توسعه برنامه‌های آموزشی جهت

References:

1. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010.
2. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C: Interprofessional Education; 2011.
3. WHO. Learning together to work together for health. WHO: Geneva. 1988.
4. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. [cited 2010 Feb2]. Available From: <http://www.ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>.
5. Swing SR. Assessing the ACGME general competencies: general considerations and assessment methods. Acad Emerg Med. 2002;9:1278-88. doi: 10.1111/j.1553-2712.2002.tb01588.x. [PMID: 12414482].
6. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Med Teach. 2007 Sep;29(7):642-7. doi: 10.1080/01421590701746983. [PMID: 18236250].
7. Reeves S. The rise and rise of interprofessional competence. J Interprof Care. 2012 Jul;26(4):253-5. doi: 10.3109/13561820.2012.695542. [PMID: 22676141].
8. Curran V, Hollett A, Casimiro I, McCarthy P, Banfield V, Hall V, et al. Development and validation of the interprofessional collaborator assessment rubric (ICAR). J Interprof Care. 2011 Sep;25(5):339-44. doi: 10.3109/13561820.2011.589542. [PMID: 21732723].
9. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. J Interprof Care. 2009 Jan;23(1):41-51. doi: 10.1080/13561820802338579. [PMID: 19142782].
10. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. Med Teach. 2016 Jul;38(7):656-68. doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663. [PMID: 27146438].
11. Reeves S. A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2001 Dec;8(6):533-42. doi: 10.1046/j.1351-0126.2001.00420.x. [PMID: 11842481].
12. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press; 1995.

13. Bandura A, Adams NE. Analysis of Self-efficacy Theory in Behavior Change. *Cognitive Therapy and Research*. 1977;1(4):287-310.
14. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev*. 1977 Mar;84(2):191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191. [PMID: 847061].
15. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *J Management*. 2012;38(1):9-44.
16. Mohebi Amin A, Rabiei M. Study of the Relationship between Self-Efficacy Beliefs and Creative Teaching in Mashhad Nursing and Midwifery Faculty. *Research in Medical Education*. 2019;11(1):10-9. [In Persian]
17. Motahari M, Rahimibashar M, Ghasemnegad S. The Relationship between Clinical Self-Efficacy and Academic Achievement Motivation in Nursing Students. *Research in Medical Education*. 2020;12(2):10-20. [In Persian]
18. Amirizadeh S, Shakerinejad G, Shahri P, Saki-Malehi A. Application of Self-Efficacy Theory in Nutrition Education for Weight Control in Obese and Overweight Female High School Students. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2016;4(2): 139-48. [In Persian]
19. Abdal M, Masoudi Alavi N, Adib- Hajbaghery M. Clinical Self-Efficacy in Senior Nursing Students: A Mixed- Methods Study. *Nurs Midwifery Stud*. 2015 Sep;4(3):e29143. doi: 10.17795/nmsjournal29143. [PMID: 26576443]. [PMCID: PMC4644605].
20. Masoudi Alavi N. Self-Efficacy in Nursing Students. *Nurs Midwifery Stud*. 2014 Dec; 3(4): e25881. doi: 10.17795/nmsjournal25881. [PMID: 25741520]. [PMCID: PMC4348730].
21. Mohammadi Mj, Mohebi S, Dehghani F, Ghasemzadeh MJ. Correlation between Academic Self-Efficacy and Learning Anxiety in Medical Students Studying at Qom Branch of Islamic Azad University, 2017, (Iran). *Qom Univ Med Sci J*. 2019; 12(12): 89-98. [In Persian]
22. Robb M. Self-efficacy with application to nursing education: a concept analysis. *Nurs Forum*. Jul-Sep 2012;47(3):166-72. doi: 10.1111/j.1744-6198.2012.00267.x. [PMID: 22861653].
23. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Behaviour and Health Education :Theory Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass press; 2008.
24. Becker H, Timmerman GM, Delville C, Seo E. A Multifaceted Model to Evaluate Interprofessional Education in Clinical Nurse Specialist Programs. *Clin Nurse Spec*. Sep/Oct 2017;31(5):243-251. doi: 10.1097/NUR.0000000000000320. [PMID: 28806230].
25. Rogers E, King S. The influence of a patient-counseling course on the communication apprehension, outcome expectations, and self-efficacy of first-year pharmacy students. *Am J Pharm Educ*. 2012 Oct 12;76(8):152. doi: 10.5688/ajpe768152. [PMID: 23129851]. [PMCID: PMC3475781].
26. Hagemeyer NE, Hess R, Hagen KS, Sorah EL. Impact of an Interprofessional Communication Course on Nursing, Medical, and Pharmacy Students' Communication Skill Self-Efficacy Beliefs. *Am J Pharm Educ*. 2014 Dec 15;78(10):186. doi: 10.5688/ajpe7810186. [PMID: 25657373]. [PMCID: PMC4315208].
27. Heinemann GD, Schmitt MH, Farrell MP, Brallier SA. Development of an attitudes toward health care teams scale. *Eval Health Prof*. 1999 Mar;22(1):123-42. doi: 10.1177/01632789922034202. [PMID: 10350960].
28. Collaborative Interprofessional Education. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.
29. Khademian Z, Tehrani Neshat B. The Relationship between Interpersonal Communication Skills and Nursing Students' Attitudes toward Teamwork. *Sadra Med Sci J*. 2017;5(2):99-110. [In Persian]
30. Williams B, Beovich B, Ross L, Wright C, Ilic D. Self-efficacy perceptions of interprofessional education and practice in undergraduate healthcare students. *J Interprof Care*. 2017 May;31(3):335-341. doi: 10.1080/13561820.2017.1286637. [PMID: 28266888].
31. Mahfoozpour S, Mojdekar R. Attitudes of Health Care providers toward Teamwork, Safety Climate and knowledge Transfer through Team Collaboration in an Educational Medical Center in Tehran. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2012;21(76):35-41. [In Persian]
32. Shaghayeghfard B, Derakhshan Rad S, Kamali Sarvestani F. Attitude survey of physiatrist and rehabilitation professionals towards team working process in the city of Shiraz. *J Res Rehabil Sci*. 2012;8(8):1319-27. [In Persian]
33. Nørgaard B, Ammentorp J, Ohm Kyvik K, Kofoed PE. Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *J Contin Educ Health Prof*. Spring 2012;32(2):90-7. doi: 10.1002/chp.21131. [PMID: 22733636].
34. Nørgaard B, Draborg E, Vestergaard E, Odgaard E, Jensen DC, Sørensen J. Interprofessional clinical training improves self-efficacy of health care students. *Med Teach*. 2013 Jun;35(6):e1235-42. doi: 10.3109/0142159X.2012.746452. [PMID: 23360486].

35. Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. Barriers to Implementation of Team Care and Interprofessional Education: the Viewpoints of Educational Managers of Iranian Health System. *Iran J Med Educ*. 2015;14(11): 943-56. [In Persian]
36. Ardalan M, Eskandari A. The effect of action-oriented team leadership components on the development of team synergy with the mediating role of individual learning and team skills. *Journal of Organizational Culture Management*. 2015;13(4):1019-40. doi:10.22059/JOMC.2016.55426. [In Persian]
37. Costa DK, Barg FK, Asch DA, Kahn JM. Facilitators of an interprofessional approach to care in medical and mixed medical/surgical ICUs: a multicenter qualitative study. *Res Nurs Health*. 2014 Aug;37(4):326-35. doi: 10.1002/nur.21607. [PMID: 24995554]. [PMCID: PMC4113012].
38. van Schaik S, O'Brien B, Almeida S, Adler S. Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. *Med Educ*. 2014 Jun;48(6):583-92. doi: 10.1111/medu.12424. PMID: 24807434.
39. Mitchell P, Matthew W, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb E, et al. Core principles and values of effective team-based health care. Institute of Medicine. [cited 2012 Oct12]. Available From: <https://michigancenterfornursing.org/sites/default/files/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf>.
40. Watters C, Reedy G, Ross A, Morgan NJ, Handslip R, Jaye P. Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. *BMJ Open*. 2015 Jan 13;5(1):e005472. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005472. [PMID: 25586366]. [PMCID: PMC4298099].