تیم سلامت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: مروری بر عوامل تسهیل‌گر و موانع مؤثر بر کارکرد اثربخش

وحید یزدی فیض آبادی[۱]، مینا انصاری[۲]، مصطفی امینی رارانی[۳]، احمد نقیب‌زاده تهامی[۴]، علیرضا حیدری[۵]

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش گسترده‌ای را در اصلاحات نظام سلامت کشورهای جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه ایفا می‌کنند. یکی از ارکان کلیدی برای توسعه این مراقبت‌ها، تیم‌های مراقبت بهداشتی اولیه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل تسهیل‌گر و موانع مؤثر بر کارکرد اثربخش این تیم‌ها انجام پذیرفت.

روش: مطالعه حاضر از نوع مروری بود که در آن مقالات مرتبط با موضوع از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر انتخاب و مطالعه شدند. پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی با استفاده از کلید واژه‌های مناسب مربوط به عوامل تسهیل‌گر و موانع مؤثر بر کارکرد تیم سلامت مورد جستجو قرار گرفت و پس از بررسی‌های منظم و طبقه‌بندی‌های مشخص ارایه گردید.

یافته‌ها: مهم‌ترین عوامل تسهیل‌گر در کارکرد اثربخش تیم‌های مراقب بهداشتی اولیه عبارت از «اهداف روشن، سیستم‌های مدیریتی و بالینی، تقسیم کار، نزدیکی جغرافیایی، آموزش، ارتباطات، حل تعارض، انسجام، مشارکت، رضایت و جذابیت شغلی، محیط کار، پیشرفت شغلی، روحیه همدلی، اندازه و ترکیب حرفه‌ای، ثبات تیم، حمایت سازمانی، ترغیب نوآوری، جلسات منظم، نظام ارزشیابی عملکرد و بازخورد، رقابت، رهبری و اعتماد متقابل» بود. از مهم‌ترین موانع برای کارکرد اثربخش تیم‌ها در مطالعات می‌توان به «رهبری ناکارامد، ارتباطات ضعیف، ضعف تصمیم‌گیری، اهداف مبهم، تعارض مخرب، ابهام در نقش‌ها، ترکیب ناهمگون، مکانیسم‌های تشویقی نامناسب و دانش ناکافی اعضا» اشاره کرد.

بحث و نتیجه‌گیری: به منظور بهبود وضعیت کار تیمی در نظام سلامت، برگزاری کارگاه‌ها، توانمندسازی مردم، تشویق همکاری‌های بین‌بخشی با تأکید بر عوامل تسهیل‌گر و موانع مؤثر بر کارکرد اثربخش تیم سلامت پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: تیم سلامت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تسهیل‌گر، موانع، کارکرد اثربخش، تداوم مراقبت

ارجاع: یزدی فیض آبادی وحید، انصاری مینا، امینی رارانی مصطفی، نقیب‌زاده تهامی احمد، حیدری علیرضا. **تیم سلامت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: مروری بر عوامل تسهیل‌گر و موانع مؤثر بر کارکرد اثربخش.** مجله دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی کرمان ۱۳۹۳؛ ۲ (۱): ۷۴-۶۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۸/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۳۰

۱- دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان و گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۵- دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسؤول)

آدرس: مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، انتهای گلبرگ یکم، کوی گل‌ها، گرگان، ایران تلفن: ۳۳۶۰۳۳۰ - ۰۱۷۱

Email: heidari_ar_2000@yahoo.com

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]

مقدمه

سلامت یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بشر است و نظام سلامت نقش روزافزونی را برای حفظ و ارتقای سلامت مردم در ابعاد مختلف آن بر عهده دارد (۱). به منظور دستیابی به اهداف نظام سلامت باید کارکردهای چهارگانه (تولیت، تولید منابع، تأمین مالی و ارایه خدمت) در قالب برنامه‌های مبتنی بر سطوح پیشگیری به صورت جامعه محور، سرپایی و بستری فراهم شود. با توجه به مفهوم عدالت در سلامت که به بهره‌مندی همه افراد از فرصت عادلانه برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت اشاره می‌کند، باید این امکان را بر اساس نیاز آن‌ها فراهم کرد (۲). یکی از راهکارها در این زمینه، استفاده از نظام ارجاع و اجرای راهبرد مراقبت بهداشتی اولیه می‌باشد. این مراقبت‌ها نقشی اساسی در اصلاحات نظام سلامت در سطوح محلی، ملی و جهانی ایفا می‌کنند (۳).

مراقبت های اولیه نه تنها مراقبت های پزشکی بلکه مراقبت های اجتماعی، ارتقای سلامت و راهبردهای پیشگیری از بیماری با حفظ و ارتقای سلامت مردم از طریق آموزش سلامت و شناسایی مشکلات سلامت را در برمی گیرد (۴). استفاده از تیم‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه چند تخصصی با عملکرد خوب، راهبردی کلیدی در اشاعه اصلاحات نظام سلامت در سراسر قلمروهای جهانی، ملی و استانی محسوب می گردد (۳). تیم‌های مذکور به بهبود سلامت و رفاه مردم کمک می کنند و در موضوعاتی مانند ارایه مراقبت مبتنی بر شواهد، حمایت از تلاش‌های فردی، خانواده و جامعه در سبک زندگی سالم، مشارکت فعالانه شهروندان در تصمیمات، تأثیرگذاری بر سلامت آن‌ها و نظام مراقبت بهداشتی و نشان دادن شواهد سیاسی، اقتصادی و اجتماعی نظام‌مند از نابرابری‌های سلامت همچون فقر، خشونت و انزوای اجتماعی که برای شهروندان در اولویت هستند، نقش دارند (۳).

فعالیت تیم‌های سلامت شامل مدیریت سلامت منطقه و مراقبت بهداشتی اولیه در سطوح فردی، خانواده و جامعه می‌باشد که به وسیله زیرساختار (تدارکات، آموزش و سیستم اطلاعات سلامت) و پشتیبانی فنی حمایت می‌شود (۵). بنابراین کار تیمی از طریق همکاری و هماهنگی هزینه- اثربخش متخصصان سلامت به کیفیت مراقبت سلامت برای بیماران با نیازهای پیچیده به ویژه بیماری‌های غیر واگیر کمک خواهد کرد (۶).

Xyrichis و Ream کار تیمی در مراقبت بهداشتی را این‌گونه تعریف کردند: «فرایندی پویا شامل دو یا چند متخصص مراقبت بهداشتی با پیش‌زمینه‌ای از مهارت‌ها، اهداف و فعالیت‌های مشترک سلامت و انجام اقدامات مادی و معنوی در ارزیابی، برنامه ریزی یا ارزشیابی مراقبت بهداشتی انجام شده از طریق همکاری منسجم، ارتباطات باز، تصمیم گیری مشترک و تولید ارزش افزوده برای بیمار، کارکنان و سازمان» (۷). تیم‌های مراقبت بهداشتی اولیه ضمن داشتن توانایی استفاده از یک رویکرد مؤثرتر و یکپارچه تر در مدیریت و بهبود کیفیت خدمات، دارای نقشی ضروری در شناسایی نیاز سلامت، برنامه ریزی، همکاری و ارایه مراقبت سلامت می باشند. با این توصیف، استفاده از تیم های مراقبت سلامت چندرشته ای به عنوان یک رویکرد مؤثر و عقلایی برای سازماندهی ارایه خدمات پزشکی قدمتی طولانی دارد (۸). این تیم‌ها شامل کارکنان بهداشتی مراکز محیطی، کارکنان سطح جامعه از سایر سطوح، کارکنان بهداشتی محلی، ماماهای سنتی، شفا دهندگان سنتی و در سطح بالاتر مدیران سلامت می‌باشند (۹).

مفهوم تیم مراقبت بهداشتی اولیه به ارزش های فراحرفه ای مانند درک جامعه از الزامات عدالت اجتماعی، اولویت‌های بودجه ای برای خدمات سلامت و نیز ارزش‌های حرفه‌ای (مانند قدرت و اختیار) بستگی دارد (۱۰). دایر کردن تیم‌های بهداشت و درمان مستلزم توجه به دو سؤال عمده است: چه کسی در تیم عضو است؟ و چگونه اعضای یک تیم با یکدیگر کار می‌کنند؟ (۱۱). بنابراین تیم سلامت به گروهی از افراد اطلاق می گردد که هدف بهداشتی مشترکی دارند و اهداف مشترکشان بر اساس نیازهای جامعه تعیین می‌شود (۱۲).

یکی از وظایف تیم سلامت، ارایه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی به صورت فعال است (۱۳). برای ارایه چنین خدمات همه جانبه ای ترکیبی از مهارت‌های مختلف و حرفه ای موردنیاز است. بنابراین جهت ارایه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثربخش به تیمی متشکل از رشته‌ها و مهارت‌های مختلف نیاز می‌باشد و به همین دلیل در مراقبت سلامت از رویکرد تیمی

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]

به طور مداوم حمایت می‌شود (۱۴). به عبارت دیگر تشکیل تیم‌های بین رشته‌ای می‌تواند برای ارایه این‌گونه خدمات اثربخش باشد. Salt تیم بین رشته‌ای را یک واحد عملکردی از افراد با آموزش ویژه و متنوع که فعالیت‌هایشان را به منظور تدارک خدمات به یک مشتری یا گروهی از مشتریان ارایه می‌کنند، تعریف کرده است (۹). فعالیت بین رشته‌ای به «هدف مشترک، تفکیک مهارت‌ها یا فعالیت‌های حرفه‌ای و برخی فرایندهای ارتباطی، هماهنگی، همکاری یا تفکر مشترک» اشاره می‌کند (۵). ساختار یک تیم بیشتر تحت تأثیر رفتار هر عضو تیم قرار دارد (۶) و همکاری و آماده بودن اعضا برای کار تیمی مهم است و مهارتی است که باید کسب گردد (۱۶، ۱۵).

از آن‌جا که رویکرد تیمی نسبت به مشکلات مرتبط با سلامت منجر به بهبود ارایه خدمات سلامت می شود (۱۷) و به عنوان بخشی از راهبرد مراقبت های بهداشتی اولیه است که بر توزیع عادلانه سلامت در کشورهای در حال توسعه تأکید می کند، مراقبت های بهداشتی اولیه باید از طریق ترکیب متناسب کارکنان حرفه‌ای، فنی، کمکی و محلی (که در قالب یک تیم فعالیت می‌کنند) ارایه شود (۳). همچنین اهمیت کار تیمی در مراقبت بهداشتی اولیه در گزارش های سازمان جهانی بهداشت به وضوح اشاره گردیده و تأکید شده است، آن‌جا که تیم های مراقبت اولیه نقش هماهنگ کننده دارند، کار آن‌ها جذاب‌تر و درخور تمجید و اثر کلی کار آنان بر سلامت نیز مثبت خواهد بود (۱۸).

با توجه به نقش کار تیمی در گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه به منظور دستیابی عادلانه و اثربخش به خدمات اجتماع محور، توجه به عوامل تسهیل‌گر بر اثربخشی کارکرد این تیم‌ها در انجام وظایف محول شده و همچنین شناسایی موانع پیش روی آن‌ها ضروری است. در این راستا مطالعه حاضر با مروری بر مطالعات پیشین در ادبیات این حوزه سعی در شناسایی عوامل تسهیل‌گر و موانع مؤثر بر اثربخشی کارکرد این تیم‌ها داشت.

روش‌ها

در این مطالعه مروری مقالاتی که به بررسی عوامل تسهیل‌گر و موانع مؤثر بر اثربخشی کارکرد تیم‌های سلامت در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه پرداخته بودند، استخراج گردید. مطالعات با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی Google Scholar، PubMed، Direct Science، Web of Science و Scopus که حد به نسبت وسیعی از مجلات معتبر منتشر شده را نمایه می‌کنند، بازیابی و برای جستجوی مطالعات منتشر شده فارسی زبان از پایگاه‌های داده‌ای SID، Iranmedex و Magiran استفاده گردید. واژه‌های کلیدی مورد استفاده شامل Primary health care team، Health team و Teamwork در پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی و کار تیمی، تیم سلامت و تیم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی بود. این واژه‌ها به صورت جستجوی پیشرفته در پایگاه‌های ذکر شده و با عملگرهای OR و AND مورد جستجو قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از مقالات منتشر شده در فاصله بین سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۰، تمام مطالعات کیفی مرتبط با موضوع و مطالعاتی که به طور خاص به عوامل تسهیل‌گر و موانع مؤثر بر کارکرد اثربخش تیم‌های مراقبت بهداشتی اولیه پرداخته بودند. در مرحله اول عناوین مقالات مورد بررسی قرار گرفت و بعد از حذف موارد غیر مرتبط، چکیده مقالات منتخب مطالعه و در صورت داشتن معیارهای ورود، مقالات به صورت تمام متن ارزیابی شدند. انواع مقالات بررسی شده شامل مقاله اصیل (Original article)، مقاله مروری (Review article)، گزارش (Report) و گزارش کوتاه (Short communication) بود و مقالاتی که به صورت نامه به سردبیر (Letter to editor) بودند، در نظر گرفته نشد.

یافته‌ها

با جستجوی اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی و بعد از حذف مقالات تکراری، ۲۲۷ مقاله به دست آمد که از این بین با مطالعه عناوین آن‌ها، ۷۷ مقاله مرتبط با موضوع تشخیص داده شد و در مرحله بعد با مطالعه چکیده مقالات، ۳۳ مطالعه که دارای معیارهای ورود بودند و به طور خاص به عوامل تسهیل‌گر و موانع کارکرد اثربخش تیم‌های مراقبت بهداشتی اولیه پرداخته بودند، انتخاب و بررسی شدند.

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]

مطالعات مورد بررسی هر یک به عوامل مثبت، منفی و یا هر دو دسته عوامل مؤثر بر کارکرد اثربخش تیم‌های مراقبت بهداشتی اولیه پرداخته بودند که با مطالعه آن‌ها این عوامل به دو دسته کلی عوامل تسهیل‌گر بر کارکرد اثربخش و موانع آن تقسیم‌بندی شدند که در ادامه به آن‌ها اشاره شده است.

عوامل تسهیل‌گر بر کارکرد اثربخش تیم سلامت

Grumbach و Bodenheimer اهداف روشن با پیامدهای قابل سنجش، سیستم‌های مدیریتی و بالینی، تقسیم کار، آموزش همه اعضای تیم و ارتباطات مؤثر را به عنوان پنج ویژگی کلیدی برای تیم‌های مراقبت‌های اولیه سلامت معرفی کردند (۱۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، زمانی یک تیم مراقبت بهداشتی بیشترین موفقیت را دارد که هدف، ارتباطات مناسب، هماهنگی، مکانیسم‌های حل تعارض و مشارکت متعهدانه هر یک از اعضا در آن وجود داشته باشد (۱۲). تیم‌های منسجم و یکپارچه باعث افزایش اثربخشی وظایف، بهبود سلامت روان و قابلیت تداوم در اجرای امور می‌شوند (۲۰، ۱۹).

یکی از عناصر اصلی عملکرد شغلی و حرفه‌ای «رضایت شغلی» است (۲۱) که باعث افزایش اثربخشی، کارایی و بهره‌وری سازمان و احساس رضایتمندی فرد می‌شود. عواملی همچون جذابیت شغلی، شرایط مناسب کار، امکان پیشرفت، وجود صداقت و همکاری در میان همکاران و وجود همدلی در برابر مشکلات در محیط کار به ویژه پسندیده بودن مشاغل گروه پزشکی از نظر جامعه می‌تواند در رضایت شغلی پزشک خانواده و اعضای تیم سلامت و عملکرد بهتر تیمی مؤثر باشد، رضایت دریافت کنندگان خدمات سلامت و بیماران را به دنبال داشته و کیفیت و اثربخشی سیستم مراقبت‌های بهداشتی را تحت تأثیر قرار دهد (۲۲).

عوامل ساختاری و فرایندی نیز می‌توانند عملکرد تیم‌های بین رشته‌ای در مراقبت اولیه و مراقبت‌های اجتماع محور را تحت تأثیر قرار دهند؛ به طوری که ساختار تیم، محل تیم، ترکیب و اندازه تیم و دسترسی به حمایت سازمانی نشانگرهای مهمی از یک کار تیمی موفق هستند. ساختار تیم شامل نزدیکی جغرافیایی اعضای تیم، اندازه و ترکیب آن و حمایتی که یک سازمان فراهم می‌کند، برای کار تیمی موفق حیاتی است (۱۴).

در خصوص اندازه و ترکیب تیم به نظر می‌رسد که تیم‌های بزرگ‌تر در مقایسه با تیم‌های کوچک‌تر، سطوح پایین‌تری از مشارکت (که به میزان قابل توجهی با اثربخشی تیم در ارتباط می‌باشد) را برای اعضا فراهم می‌آورد (۲۳). بنابراین تیم‌های با اندازه کوچک‌تر عملکرد بهتری نسبت به تیم‌های بزرگ‌تر دارند (۲۵، ۲۴). علاوه بر اندازه یک تیم، ترکیب آن عامل مهمی است که کار تیمی چند تخصصی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). تیم‌های با تنوع شغلی بالاتر، اثربخشی کلی بیشتری دارند و نوآوری‌های معرفی شده توسط این تیم‌ها اصلی‌تر می‌باشد و تأثیر قابل توجهی بر مراقبت اولیه و مراقبت از بیمار دارد (۲۶). از دیگر عوامل ساختاری، ثبات تیم با توجه به اعضای آن است که در تیم‌های دارای نسبت بالایی از کارکنان تمام وقت و کسانی که با هم به مدت طولانی کار می‌کنند، اثربخش‌تر هستند (۱۴). همچنین عامل مهم دیگر در کار تیمی اثربخش، حمایت سازمانی از کار تیمی و اعضای تیم است. مسأله مهم در بین موضوعات حمایت سازمانی مربوط به تشویق نوآوری و پیاده‌سازی تغییرات است (۲۷). به طور کلی حمایت بالا از نوآوری در تیم، اثربخشی آن را پیش‌بینی می‌کند و با کیفیت کار تیمی بسیار مرتبط است (۲۶). این تیم‌های نوآور در ارایه خدمات سلامت اثربخش‌تر عمل می‌کنند (۲۳).

همان‌طور که اشاره شد، فرایندهای تیم نیز عاملی کلیدی در اثربخشی تیم‌ها محسوب می‌شود. فرایندهای تیم شامل جلسات تیم، اهداف و مقاصد و ممیزی می‌باشد (۱۴). جلسات تیمی منظم با کار تیمی اثربخش و سطوح بالاتری از نوآوری در ارتباط است (۲۶) و به ویژه برای کار اثربخش گروه مهم می‌باشد (۲۵). ارتباطات پیشرفته حاصل شده از جلسات تیم به عنوان یک تسهیل‌گر مهم برای کار تیمی اثربخش شناسایی شده است (۱۴). فرایندهای تیم، تعیین راهبردها و اهداف روشن برای تیم، حصول اطمینان از جلسات منظم تیم و ممیزی به ترویج کار تیمی اثربخش منجر می‌شود (۱۴).

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]

اهداف مشترک، مشارکت و حمایت از نوآوری، بهترین پیش‌بینی کننده‌های اثربخشی هستند. تیم‌های دارای اهداف روشن و سطوح بالاتری از مشارکت و تأکید بر کیفیت و حمایت از نوآوری، مراقبت سلامت اثربخش را فراهم می‌کنند (۲۶). مقاصد مشترک شفاف، بزرگ‌ترین تأثیر را بر اثربخشی تیم مراقبت سلامت اولیه دارند (۲۲). طبق گفته Borrill و همکاران مقاصد شفاف‌تر باعث اثربخشی بیشتر تیم می‌شود (۲۶). اهداف معمول تیم یکی از دلایل برای بهبود کارکرد تیمی است (۲۷). همچنین ممیزی فرایندی حیاتی است که می‌تواند اثربخشی تیم را به منظور حفظ عملکرد خوب یا بهبود عملکرد در منطقه ارزیابی کند (۲۸). بازخورد تیمی منظم بر عملکرد تیم و ماهیت رقابتی روابط عوامل زمینه ای هستند که اثربخشی تیم را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۰، ۲۹).

مطالعات نشان داده‌اند که کار تیمی با اعضایی از رشته‌های مختلف می‌تواند به منابع بیشتر بهره‌وری دستیابی پیدا نماید و استانداردهای مراقبت را از طریق کاهش تکرار و شکاف‌های ارایه خدمات و فراهم کردن خدمات جامع (۳۱) و تداوم بهتر مراقبت، بهبود بخشد (۱۴).

ویژگی های فردی و تعهد کارکنان، ارتباطات درون تیمی و فرصت توسعه روش های کاری خلاق درون تیم عناصر مهمی برای کار تیمی اثربخش هستند (۲۴). ارتباط باز، احترام به سایر اعضای تیم، درک نقش و تخصص خود و آمادگی برای یادگیری به عنوان عوامل مهم برای همکاری شناسایی شده‌اند (۳۲). روابط بین فردی مثبت به دستیابی به محیط کاری مشوق برای اعضای تیم، ارتباطات فزاینده و کار تیمی اثربخش کمک می‌کند (۱۴). همچنین احترام و اعتماد متقابل زیربنای کار تیمی اثربخش (۳۳، ۳۲، ۲۷، ۲۴) و رهبری شفاف نیز به عنوان یک عامل کلیدی در فرایندهای تیمی اثربخش شناخته شده است. به بیان دیگر فقدان شفافیت رهبری، سطوح پایین‌تری از اثربخشی تیمی را پیش‌بینی می‌کند و با کیفیت کار تیمی ضعیف در ارتباط است (۲۶).

Antoniadis و Videlock مشخصه‌های اصلی کار تیمی اثربخش را چنین برشمردند: فضایی آرام، بحث و گفتگو در میان اعضا، اهداف مشترک شفاف، گوش دادن اعضا به یکدیگر، وجود اتفاق نظر، انتقاد سازنده، وظایف روشن و قابل قبول، رهبری مشترک و بازرسی فرایند گروه (۳۴). همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، محققان مختلف در مطالعات خود عوامل تسهیل‌گر مشترکی را در عملکرد اثربخش تیم‌ها ذکر کرده‌اند.

عوامل تسهیل‌گر بر کارکرد اثربخش تیم‌های مراقبت بهداشتی و مطالعات انجام شده مرتبط با آن شامل اهداف روشن با پیامدهای قابل سنجش و تعیین راهبردها (۳۴، ۲۷، ۲۴، ۱۴، ۱۱)، سیستم‌های مدیریتی و بالینی (۱۱)، تقسیم کار (۱۱)، آموزش همه اعضای تیم (۱۱)، ارتباطات مؤثر (۳۴، ۳۲، ۲۴، ۱۴، ۱۱)، وجود مکانیسم‌های حل تعارض (۱۲)، یکپارچگی در تیم (۲۰، ۱۹)، مشارکت متعهدانه (۲۶، ۱۲)، رضایت شغلی (۲۱)، جذابیت شغلی (۲۲)، شرایط مناسب کار (۲۲)، امکان پیشرفت شغلی (۳۲، ۲۲)، وجود صداقت و همکاری و همدلی در میان همکاران (۲۲)، نزدیکی جغرافیایی اعضای تیم و فضای مشترک فیزیکی (۱۴)، اندازه و ترکیب (تیم‌های چند تخصصی) (۳۱، ۲۶، ۱۴)، اندازه تیم (تیم‌های با اندازه کوچک‌تر عملکرد بهتری نسبت به تیم‌های بزرگ‌تر دارند) (۲۵-۲۳)، ثبات تیم (۱۴)، حمایت سازمان از کار تیمی و اعضای تیم (۲۷، ۱۴)، تشویق نوآوری و حمایت از آن (۲۷، ۲۶، ۲۴، ۲۳)، جلسات تیمی منظم (۲۶، ۲۵، ۱۴)، وجود ممیزی و ارزشیابی عملکرد (۳۴، ۲۶، ۱۴)، بازخورد تیمی منظم (۳۴، ۳۰، ۲۹)، رقابت بین اعضا (۳۰، ۲۹)، رهبری شفاف (۳۴، ۲۶) و احترام و اعتماد متقابل (۳۳، ۳۲، ۲۷، ۲۴) می‌باشد.

موانع مؤثر بر کارکرد اثربخش تیم سلامت

این مسأله که تیم‌ها به طور قطع به بهبود مراقبت سلامت کمک می کنند هنوز روشن نشده است. برپایی یک تیم به طور قطع موفقیت آن را تضمین نمی‌کند (۶). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که عوامل زیادی می‌توانند مانع از دستیابی تیم‌های مراقبت بهداشتی اولیه به کارکرد اثربخش خود شوند. به عبارت دیگر، عدم توجه به عوامل تسهیل‌گر در کارکرد اثربخش تیم‌ها می‌تواند زمینه شکست آن‌ها در دستیابی به اهداف مراقبت بهداشتی اولیه را فراهم نماید. در این میان برخی عوامل از اهمیت بیشتری برخوردارند که مطالعات مختلف به طور مکرر روی آن‌ها تأکید داشته‌اند. در ادامه به مهم‌ترین موانع مؤثر بر کارکرد اثربخش تیم‌ها بر اساس مروری بر مطالعات پرداخته می‌شود.

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]

طبق یافته‌های Opie، تیم‌ها ممکن است شکننده و ضعیف باشند. ارتباطات بین متخصصان مختلف در تیم‌های بین رشته‌ای ممکن است با مفروضاتی از موقعیت رشته‌های گوناگون و برتری برخی تخصص‌ها پیچیده 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 حمایت سازمانی و منابع ممکن است در حداقل باشد و بین اعضای تیم در مورد صحت اهداف سازمانی و مفاهیم برای ساختاربندی کار اعضا اختلاف نظر وجود داشته باشد (۶). به عنوان یک نتیجه جامعه‌پذیری حرفه‌ای، اعضای تیم ممکن است نتوانند ارزش‌های ورودی متفاوتی را درک کنند. جامعه‌پذیری حرفه‌ای می‌تواند در تسهیم قدرت بین متخصصان و بین متخصصان و بیماران پیچیده باشد. اعضای تیم با مشکلاتی در زمینه ارتباطات، فقدان حمایت سازمانی و مدیریت نگرانی‌ها در خصوص نگهداری استقلال حرفه‌ای روبه‌رو هستند (۶). طبق مطالعه Borrill و همکاران فقدان شفافیت رهبری، سطوح پایین‌تری از اثربخشی تیمی را پیش‌بینی می‌کند و با کیفیت کار تیمی ضعیف در ارتباط است (۲۶).

Salt همچنین پیشنهاد کرده است که شکست در عملکرد مؤثر ممکن است به دلیل وجود مشکلاتی در رهبری، ارتباطات ضعیف تخصص، ضعف تصمیم‌گیری و فقدان اهداف معین شده شفاف رخ دهد (۹). وجود تعارض در تیم‌ها در ارتباط با هویت حرفه‌ای می‌تواند به عنوان مانعی برای روابط مثبت در تیم و کار تیمی اثربخش عمل کند (۱۴). از دیگر موانع اثربخشی کار تیمی طبق یافته‌های Cashman و همکاران ابهام و سوء تفاهم در مورد نقش‌ها و مسؤولیت‌های حرفه‌ای می‌باشد (۲۷)؛ به طوری که به گفته Wiles و Robison (۳۵) و Field و West (۳۶) این مانع در خصوص ارتقای تعارض حرفه‌ای و تفاوت‌های فردی در میان اعضای تیم نیز شناخته شد. پژوهشگران چهار عامل که می‌تواند توسعه تیم را با مشکل مواجه سازد، مشخص کرده‌اند: ناهمگونی ترکیب تیم، تعارض نقش و نقش بیش از حد، فشار حاکم بر اعضا توسط ساختار سازمانی بزرگ‌تر و فقدان پاداش‌های سازمانی و دانش اعضا درباره فرایند توسعه تیم (۲۷).

Field و West سه موضوع برای کار تیمی ضعیف را شناسایی کردند که شامل ۱- شکست در تنظیم زمان برای جلسات منظم به منظور تعیین اهداف، ۲- روشن شدن نقش‌ها و رسیدگی به تغییرات و ۳- تفاوت در وضعیت، قدرت و ابراز وجود در میان اعضای تیم بود (۳۶).

در مجموع با توجه به مطالعات مورد بررسی، از جمله موانع پیش روی تیم‌های سلامت می‌توان به فقدان شفافیت در رهبری (۲۶، ۹)، ارتباطات ضعیف بین تخصص‌ها (۹)، ضعف تصمیم‌گیری (۹)، فقدان اهداف معین شده شفاف (۳۶، ۹)، وجود تعارض (۳۵، ۳۴، ۲۷، ۱۴)، ابهام و سوء تفاهم در مورد نقش‌ها و مسؤولیت‌های حرفه‌ای (۳۶، ۳۵، ۲۷)، ناهمگونی ترکیب تیم (۲۷)، فقدان پاداش‌های سازمانی (۲۷) و فقدان دانش اعضا درباره فرایند توسعه تیم (۲۷) اشاره کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

تیم مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش محوری را به عنوان رابط میان جامعه و دیگر سطوح نظام سلامت بر عهده دارد که نقش آن کمک به مردم برای پیدا کردن راه خویش در مجموعه پیچیده نظام سلامت و جلب حمایت دیگر واحدها از طریق ارجاع بیماران و درخواست یاری از متخصصان خواهد بود. بنابراین توسعه تیم‌های مراقبت اولیه اثربخش مستلزم توجه به ابعاد شکل‌گیری و پایداری این تیم‌ها و فرایندهای آن می‌باشد. شناسایی عواملی که بر اثربخشی کارکرد ارایه خدمات توسط این تیم‌ها تأثیرگذار است، می‌تواند به برنامه‌ریزان و مجریان برنامه‌های سلامت در دستیابی به اهداف مراقبت‌های بهداشتی اولیه کمک نماید.

شواهد نشان می‌دهد که توسعه کار تیمی در سازمان‌های ارایه دهنده مراقبت‌های بهداشتی رابطه معنی‌داری با توانمندی کارکنان در ارایه خدمات دارد (۳۷). مراقبت‌های بهداشتی اولیه به تیمی از افراد ماهر نیاز دارد که به طور عمده شامل ترکیبی از نیروهای پزشک، پرستار، کارکنان کمکی و سایر تخصص‌های مرتبط با ارایه مراقبت‌های اولیه می‌باشد. یکی از مبانی مراقبت‌های بهداشتی اولیه توجه به تداوم مراقبت (که مستلزم همکاری و هماهنگی بین سطوح مختلف ارایه دهنده خدمت است) می‌باشد. در این بین،

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]

تیم‌های مراقب بهداشتی بـه منزلـه کـانون هماهنگی نقـش کلیـدی در توسـعه مراقبـت‌هـای بهداشـتی اولیـه از طریـق هماهنگی با سایر بخش‌های درون جامعه دارند (۱۸).

یکی از دلایل موفقیت شبکه بهداشت و درمان کشـور در ارایه اثربخش خدمات سلامت و کنترل بیمـاری‌هـای واگیـر، تأکید بر کار تیمی بود. این فعالیت علاوه بر این‌که در سـطوح مختلف شبکه به طور رسمی وجود داشـت، بـا بـه کـارگیری رابطین بهداشت به عنوان داوطلبین مردمی مشارکت جامعه را در تصمیم‌گیری و اجرا گسترش داد. برنامـه پزشـک خـانواده سلامت‌نگر و برقراری نظام ارجاع نیز جز با توجه به کار تیمی به طور صحیح عملیاتی نمی‌گردد.

به منظور بهبود وضعیت کار تیمـی در نظـام سـلامت لازم است به آن تنها به عنوان یک اصطلاح تئوریک توجه نگـردد و اثرات مطلوب آن با برگزاری کارگاه‌های عملی برای مـدیران و کارکنـان در سـازمان‌هـای بهداشـتی- درمـانی اشـاعه یابـد و برنامه‌ریزی‌های منظمـی در جهـت توانمندسـازی مـردم بـرای مشارکت در فعالیت‌های مـرتبط بـا سـلامتی انجـام گیـرد. بـه منظور پایداری و ساختارمند کـردن فعالیـت‌هـای بـین‌بخشـی، شایسته است اقدامات مقتضی بـا همکـاری سـایر بخـش‌هـای مرتبط با سلامت صورت پـذیرد. تحقیقـات مـدون و کـاربردی برای تصمیم‌گیری بر پایه شواهد و سیاست‌گذاری‌های علمـی و بومی در جهت بهبود کار تیمی در نظام سلامت صورت پذیرد.

قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از سرکار خانم دکتر بتول احمدی که با راهنمایی‌های خود انجام این مطالعه را تسـهیل نمودند، تشکر نمایند.

References

1. Ahmadvand A, Akbari ME. Health system refroms: A guide for equity and efficiency. Tehran, Iran: Ebn-Sina Cultutal Corporation; 2005. [In Persian].
2. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Health in 5th development plan, Tehran: MOHME, 2009. [In Persian].
3. McPherson CM, McGibbon EA. Rural interprofessional primary health care team development and sustainability: establishing a research agenda. Primary Health Care Research & Development 2010; 11(4): 301-14.
4. Poulton BC, West MA. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. J Adv Nurs 1993; 18(6): 918-25.
5. Sands RG. "Can you overlap here?": A question for an interdisciplinary team. Discourse Processes 1993; 16(4): 545-64.
6. Opie A. Effective team work in health care: a review of issues discussed in recent research literature. Health Care Anal 1997; 5(1): 62-70.
7. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. J Adv Nurs 2008; 61(2): 232-41.
8. Heinemann GD, Zeiss AM. Team performance in health care: assessment and development. New York, NY: Springer Science & Business Media; 2002.
9. Salt CC. The interdisciplinary team in geriatric rehabilitation. Journal of Gerontological Social Work 1992; 18(1-2): 133-42.
10. Barnard D. The viability of the concept of a primary health care team: a view from the medical humanities. Soc Sci Med 1987; 25(6): 741-6.
11. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? JAMA 2004; 291(10): 1246-51.
12. Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1985; 717: 7-92.
13. Huffman MC. Family physicians and the health care team. Can Fam Physician 1993; 39: 2165-70.
14. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. Int J Nurs Stud 2008; 45(1): 140-53.
15. Leggat SG. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. BMC Health Serv Res 2007; 7: 17.
16. McCallin A. Interprofessional practice: learning how to collaborate. Contemp Nurse 2005; 20(1): 28-37.
17. Fulop T, Roemer MI. International development of health manpower policy. WHO Offset Publ 1982; 61: 1-168.

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]

18. Van Lerberghe W. The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
19. van WC. Teamwork. Lancet 1994; 344(8932): 1276-9.
20. Firth-Cozens J. Celebrating teamwork. Qual Health Care 1998; 7(Suppl): S3-S7.
21. Liu CM, Chien CW, Chou P, Liu JH, Chen VT, Wei J, et al. An analysis of job satisfaction among physician assistants in Taiwan. Health Policy 2005; 73(1): 66-77.
22. Lindner JR. Understanding employee motivation. Extension Journal 1998; 36(3).
23. Poulton BC, West MA. The determinants of effectiveness in primary health care teams. Journal of Interprofessional Care Jan 1999; 13(1): 7-18.
24. Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? J Interprof Care 2001; 15(1): 29-35.
25. Rutherford J, Mcarthur M. A qualitative account of the factors affecting team-learning in primary care. Education for Primary Care 2004; 15(3): 352-60.
26. Borrill C, West M, Shapiro D, Rees A. Team working and effectiveness in health care. British Journal of Healthcare Management 2000; 6(8): 364-71.
27. Cashman S, Reidy P, Cody K, Lemay C. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. J Interprof Care 2004; 18(2): 183-96.
28. West MA, Markiewicz L. Building team-based working: a practical guide to organizational transformation. Hoboken, NJ: Wiley; 2003.
29. Hackman JR. Groups that work (and those that don't): creating conditions for effective teamwork. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1990.
30. Tannenbaum SI, Beard RL, Salas E. Team building and its influence on team effectiveness: An examination of conceptual and empirical developments. In: Kelley L, editor. Issues, theory, and research in industrial/organizational psychology. Philadelphia, PA: Elsevier; 1992. p. 117-53.
31. Hallett Ch, Birchall E. Coordination and child protection: a review of the literature. London, UK: H.M. Stationery Office; 1992.
32. Dieleman SL, Farris KB, Feeny D, Johnson JA, Tsuyuki RT, Brilliant S. Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. J Interprof Care 2004; 18(1): 75-8.
33. Cook G, Gerrish K, Clarke C. Decision-making in teams: issues arising from two UK evaluations. J Interprof Care 2001; 15(2): 141-51.
34. Antoniadis A, Videlock JL. In search of teamwork: A transactional approach to team functioning. Infant-Toddler Intervention: The Transdisciplinary Journal 1991; 5: 157-67.
35. Wiles R, Robison J. Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. J Adv Nurs 1994; 20(2): 324-30.
36. Field R, West M. Teamwork in primary health care. 2. Perspectives from practices. Journal of Interprofessional Care 1995; 9(2): 123-30.
37. Tourani T, Yazdi Feizabadi V, Gohari M. A study on empowerment atmosphere in relation with empowerment perception on Kerman teaching hospital's personals. J Health Adm 2008; 11(31): 17-26. [In Persian].

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]

Health Team in Primary Health Care: Facilitators and Inhibitors of the Effective Function (Review Article)

Vahid Yazdi Feyzabadi[1], Mina Ansari[2], Mostafa Amini Rarani[3], Ahmad Naghibzadeh Tahami[4], Alireza Heidari[5]

Review Article

Abstract

Introduction: Primary health care (PHC) plays a central role in health system reforms of countries across the world, particularly developing countries. PHC teams are considered as one of the key principals for developing these services. This study aimed to identify the facilitators and inhibitors of the effective function of these teams.

Method: The current study was a review article, in which relevant articles were extracted from credible databases and studied. Foreign and domestic databases were searched using suitable keywords about effective facilitators and inhibitors of the health team function. The results were presented in descriptive tables after careful investigation and specified classifications.

Results: Most important facilitators of the effective function of PHC teams were: clear goals, presence of administrative and clinical systems, labor division, geographical proximity, training, effective communication, conflict solution, integration, participation, job attraction and satisfaction, workplace, career, empathy, professional size and mix, stability, organizational support, encouragement for innovation, regular meetings, performance evaluation system and feedback, competition, leadership, and mutual trust. Furthermore, the most important inhibitators of health teams' effective function were: inefficient leadership, poor communication, poor decision making, ambiguous goals, destructive conflict, unclear roles, inharmonious team mix, inappropriate rewarding mechanisms, and insufficient knowledge of team members.

Discussion and Conclusion: Planning workshops, public empowerment, and promoting intersectoral collaboration with emphasis on facilitators and inhibitators of teams' effective function are suggested in order to improve team work in the health sector.

Keywords: Health team, Primary health care, Facilitator, Inhibitor, Effective function, Continuous care

Citation: Yazdi Feyzabadi V, Ansari M, Amini Rarani M, Naghibzadeh Tahami Y, Heidari A. **Health Team in Primary Health Care: Facilitators and Inhibitors of the Effective Function (Review Article).** J Manage Med Inform Sch 2014; 2(1): 66-74

Received: 20.11.2013 Accepted: 09.02.2014

1- PhD Candidate of Health Policy, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran AND Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- MSc of Health Services Management, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3- PhD Candidate of Health Policy, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4- Msc of Epidemiology, Research Center for Social Determinants of Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
5- PhD Candidate of Health Policy, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran (Corresponding author)
Addrees: Health Management and Social Development Research Center, End of Golbarg 1 Alley, Golha St, Gorgan, Iran
Tel: +98 1713360330
Email: heidari_ar_2000@yahoo.com

[Downloaded from jms.kmu.ac.ir on 2024-03-28]