

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 کلیدواژه‌های 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 ناکارآمد، 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 اطلاع‌رسانی پزشکی کرمان ۱۳۹۳؛ ۲(۱): ۷۴-۶۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۳۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۸/۲۹

- 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: ۰۱۷۱ - ۳۳۶۰۳۳۰
Email: heidari_ar_2000@yahoo.com

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 آرایه 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).

مراقبت‌های اولیه نه تنها مراقبت‌های پزشکی بلکه مراقبت‌های اجتماعی، ارتقای سلامت و راهبردهای پیشگیری از بیماری با حفظ و ارتقای سلامت مردم از طریق آموزش سلامت و شناسایی مشکلات سلامت را در برمی‌گیرد (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 می‌گردد (۳). تیم‌های مذکور به بهبود سلامت و رفاه مردم کمک می‌کنند و در موضوعاتی مانند آرایه 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-اثر بخش متخصصان سلامت به کیفیت مراقبت سلامت برای

بیماران با نیازهای پیچیده به ویژه بیماری‌های غیر واگیر کمک خواهد کرد (۶).

Ream و Xyrichis کار تیمی در مراقبت بهداشتی را این‌گونه تعریف کردند: «فرآیندی 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، برنامه‌ریزی یا ارزشیابی مراقبت بهداشتی انجام شده از طریق همکاری منسجم، ارتباطات باز، تصمیم‌گیری مشترک و تولید ارزش افزوده برای بیمار، کارکنان و سازمان» (۷). تیم‌های مراقبت بهداشتی اولیه ضمن داشتن توانایی استفاده از یک رویکرد مؤثرتر و یکپارچه‌تر در مدیریت و بهبود کیفیت خدمات، دارای نقشی ضروری در شناسایی نیاز سلامت، برنامه‌ریزی، همکاری و آرایه مراقبت سلامت می‌باشند. با این توصیف، استفاده از تیم‌های مراقبت سلامت چندرشته‌ای به عنوان یک رویکرد مؤثر و عقلایی برای سازماندهی آرایه خدمات پزشکی قدمتی طولانی دارد (۸). این تیم‌ها شامل کارکنان بهداشتی مراکز محیطی، کارکنان سطح جامعه از سایر سطوح، کارکنان بهداشتی محلی، ماماها سنتی، شفا دهندگان سنتی و در سطح بالاتر مدیران سلامت می‌باشند (۹).

مفهوم تیم مراقبت بهداشتی اولیه به ارزش‌های فراحرفه‌ای مانند درک جامعه از الزامات عدالت اجتماعی، اولویت‌های بودجه‌ای 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 می‌گردد که هدف بهداشتی مشترکی دارند و اهداف مشترکشان بر اساس نیازهای جامعه تعیین می‌شود (۱۲).

یکی از وظایف تیم سلامت، آرایه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی به صورت فعال است (۱۳). برای آرایه چنین خدمات همه‌جانبه‌ای ترکیبی از مهارت‌های مختلف و حرفه‌ای موردنیاز است. بنابراین جهت آرایه 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

در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه پرداخته بودند، استخراج گردید. مطالعات با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی Science Direct، PubMed، Google Scholar، Scopus و Web of Science که حد به نسبت وسیعی از مجلات معتبر منتشر شده را نمایه می‌کنند، بازیابی و برای جستجوی مطالعات منتشر شده فارسی زبان از پایگاه‌های داده‌های SID، Magiran و Iranmedex 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.

به طور مداوم حمایت می‌شود (۱۴). به عبارت دیگر تشکیل تیم‌های بین رشته‌ای می‌تواند برای ارائه 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 ارائه 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 ارائه خدمات سلامت می‌شود (۱۷) و به عنوان بخشی از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که بر توزیع عادلانه سلامت در کشورهای در حال توسعه تأکید می‌کند، مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید از طریق ترکیب متناسب کارکنان حرفه‌ای، فنی، کمکی و محلی (که در قالب یک تیم فعالیت می‌کنند) ارائه شود (۳). همچنین اهمیت کار تیمی در مراقبت بهداشتی اولیه در گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت به وضوح اشاره گردیده و تأکید شده است، آن‌جا که تیم‌های 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

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 (۲۴، ۲۵). 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 ارائه 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).

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

Bodenheimer و Grumbach 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 دریافت‌کنندگان 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 بین‌رشته‌ای 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

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 قابل‌سنجش 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 می‌کنند 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.

اهداف مشترک، مشارکت و حمایت از نوآوری، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های 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 زمینه‌ای هستند که اثربخشی تیم را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۰، ۲۹). مطالعات نشان داده‌اند که کار تیمی با اعضای از رشته‌های مختلف می‌تواند به منابع بیشتر بهره‌وری دستیابی پیدا نماید و استانداردهای مراقبت را از طریق کاهش تکرار و شکاف‌های ارائه خدمات و فراهم کردن خدمات جامع (۳۱) و تداوم بهتر مراقبت، بهبود بخشد (۱۴).

ویژگی‌های فردی و تعهد کارکنان، ارتباطات درون تیمی و فرصت توسعه روش‌های 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

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،

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 ساختار بندی 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 پایین تری 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).

کارکنان در سازمان‌های بهداشتی-درمانی اشاعه یابد و برنامه‌ریزی‌های منظمی در جهت توانمندسازی مردم برای مشارکت در فعالیت‌های مرتبط با سلامتی انجام گیرد. به منظور پایداری و ساختارمند کردن فعالیت‌های بین‌بخشی، شایسته است اقدامات مقتضی با همکاری سایر بخش‌های مرتبط با سلامت صورت پذیرد. تحقیقات مدون و کاربردی برای تصمیم‌گیری بر پایه شواهد و سیاست‌گذاری‌های علمی 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 تسهیل نمودند، تشکر نمایند.

تیم‌های مراقب بهداشتی به منزله کانون هماهنگی نقش کلیدی در توسعه مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق هماهنگی با سایر بخش‌های درون جامعه دارند (۱۸).

یکی از دلایل موفقیت شبکه بهداشت و درمان کشور در ارائه اثربخش خدمات سلامت و کنترل بیماری‌های واگیر، تأکید بر کار تیمی بود. این فعالیت علاوه بر این که در سطوح مختلف شبکه به طور رسمی وجود داشت، با به کارگیری رابطین بهداشت به عنوان داوطلبین مردمی مشارکت جامعه را در تصمیم‌گیری و اجرا گسترش داد. برنامه پزشک خانواده سلامت‌نگر و برقراری نظام ارجاع نیز جز با توجه به کار تیمی به طور صحیح عملیاتی نمی‌گردد.

به منظور بهبود وضعیت کار تیمی در نظام سلامت لازم است به آن تنها به عنوان یک اصطلاح تئوریک توجه نگردد و اثرات مطلوب آن با برگزاری کارگاه‌های عملی برای مدیران و

References

- Ahmadvand A, Akbari ME. Health system reforms: A guide for equity and efficiency. Tehran, Iran: Ebn-Sina Cultural Corporation; 2005. [In Persian].
- Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Health in 5th development plan, Tehran: MOHME, 2009. [In Persian].
- 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.
- Poulton BC, West MA. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. *J Adv Nurs* 1993; 18(6): 918-25.
- Sands RG. "Can you overlap here?": A question for an interdisciplinary team. *Discourse Processes* 1993; 16(4): 545-64.
- 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.
- Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2008; 61(2): 232-41.
- Heinemann GD, Zeiss AM. Team performance in health care: assessment and development. New York, NY: Springer Science & Business Media; 2002.
- Salt CC. The interdisciplinary team in geriatric rehabilitation. *Journal of Gerontological Social Work* 1992; 18(1-2): 133-42.
- 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.
- Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004; 291(10): 1246-51.
- 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.
- Huffman MC. Family physicians and the health care team. *Can Fam Physician* 1993; 39: 2165-70.
- 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.
- Leggat SG. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 17.
- McCallin A. Interprofessional practice: learning how to collaborate. *Contemp Nurse* 2005; 20(1): 28-37.
- Fulop T, Roemer MI. International development of health manpower policy. *WHO Offset Publ* 1982; 61: 1-168.

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, Mearthur 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].

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

Vahid Yazdi Feyzabadi¹, Mina Ansari², Mostafa Amini Rarani³,
Ahmad Naghibzadeh Tahami⁴, Alireza Heidari⁵

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 inhibitors 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 inhibitors 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)

Address: 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