



## بررسی کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران: دیدگاه مدیران و کارشناسان

سیدداود نصرالله‌پور شیروانی<sup>۱</sup> / محمداسماعیل مطلق<sup>۲</sup> / محمد شریعتی<sup>۳</sup> / پری حاجی‌سیدعزیزی<sup>۴</sup>

چکیده

مقدمه: تیم‌های کاری بستر مناسبی را برای استفاده بهینه از ظرفیت‌های سازمانی فراهم می‌نمایند و به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در ارتقاء بهره‌وری و افزایش رضایت کارکنان همواره مورد توجه سازمان‌ها می‌باشند. این مطالعه با هدف شناخت کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام گرفت.

روش کار: مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع پیمایشی بوده که در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام گرفت. جامعه پژوهش معاونت بهداشتی ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی کشور بودند که به‌صورت سهمیه‌ای و تصادفی منظم انتخاب شدند. در دانشگاه‌های منتخب، مدیران و کارشناسان به‌صورت سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS18 با آزمون‌های آماری در سطح معنی‌داری  $\alpha < 0/05$  تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین تعداد عضویت مدیران و کارشناسان در تیم‌های داخلی، دانشگاهی، استانی و وزارتی به ترتیب  $0/9 \pm 1/2$ ،  $0/8 \pm 1/2$ ،  $0/5 \pm 1/0$  و  $0/2 \pm 0/4$  بود. عمده موارد عضویت (۷۸/۴ درصد) با ابلاغ رسمی و ۷۶/۲٪ تشکیل جلسات با دستور کار بوده و ۷۶/۲٪ اعضای تیم‌های کاری اعلام نمودند که تیم‌های کاری فعلی رویکرد مدون دارند. از نظر مدیران و کارشناسان سطح جاری‌سازی، ارزیابی و اصلاح و اثربخشی تیم‌های کاری از کل ۵ امتیاز به ترتیب  $0/9 \pm 0/4$ ،  $0/8 \pm 0/2$  و  $0/9 \pm 0/3$  بود. بین سطح جاری‌سازی، فراوانی عضویت مدیران و کارشناسان در تیم‌های مختلف کاری و تیپ‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p=0/014$ )، ( $p=0/032$ ).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد عملکرد و اثربخشی تیم‌های کاری در حد متوسط بوده لذا پیشنهاد می‌گردد برای بهبود عملکرد برنامه‌های مداخله‌ای طراحی و اجراء گردد.

کلیدواژه‌ها: تیم‌کاری، کارکرد، اثربخشی، معاونت بهداشتی، دانشگاه‌های علوم پزشکی

• وصول مقاله: ۹۳/۰۳/۳ • اصلاح نهایی: ۹۳/۰۷/۲۹ • پذیرش نهایی: ۹۳/۰۸/۲۶

۱. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران؛ نویسنده مسئول (dnshirvani@gmail.com)

۲. استاد گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

۳. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران



## مقدمه

تیم‌های کاری با عناوین کمیته، کمیسیون، کارگروه، شورا از افراد مختلف یک یا چند سازمان با مسئولیت‌ها و فعالیت‌های مشخص رسمی به منظور رسیدن به یک یا چند هدف مشترک به صورت موقت یا دائمی تشکیل می‌شوند [۱-۲]. توجه به ایجاد و تقویت تیم‌های کاری به دلیل امکان تجمیع ظرفیت‌ها و هم‌افزایی بیشتر، ایجاد روح فداکاری و اشتیاق، اخذ تصمیمات برتر و سریع‌تر غیرقابل اجتناب خواهد بود [۳]. به دلایل فوق‌الذکر مدیران با اعتقاد به اینکه با تشکیل تیم‌های کاری مؤثر می‌توانند در راستای بهبود و توسعه عملکرد سازمانی گام‌های بلندتری بردارند، همواره برای تقویت و توسعه تیم‌های کاری اقدام می‌نمایند. به عبارتی، سازمان‌ها برای رویارویی با معضلات پیچیده در دنیای پرقابوت و متحول‌شونده کسب‌وکار، تیم‌های کاری را ایجاد و توسعه می‌دهند تا بدین طریق قادر به حل مشکلات مهم تولید، کیفیت خدمات و مالی باشند [۴]. تیم‌های کاری مزایای فراوانی برای سازمان‌ها ایجاد می‌کنند که مهم‌ترین آن: افزایش رضایت شغلی، تغییر طرز تلقی از اجبار به اختیار، تعهد بیشتر اعضا، ارتباطات بهتر اعضا با مدیر، افزایش اثربخشی فرایند تصمیم‌گیری، بهبود کیفیت، کاهش هزینه‌های عملیات، افزایش سودآوری سازمان می‌باشد [۵]. تیم کاری که از طریق افزایش سطوح مشارکت و تصمیم‌گیری جمعی برای بهبود عملکرد طراحی شده است بر پشتکار و خلاقیت افراد تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود که کارکنان مسئولیت اقدامات خود را به عهده بگیرند و پاسخگویی عملکردشان باشند [۶]. در سازمان‌های جدید و با وظایف پیچیده، تیم‌سازی و مشارکت دادن افراد در تیم‌های کاری، یکی از عوامل مؤثر در توانمندسازی کارکنان به حساب می‌آید [۷-۸].

در مطالعه چیت‌چین گزارش گردید که تشکیل و توسعه گروه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان آیت‌الله کاشانی تهران، موجب افزایش اشغال تخت به میزان ۲/۶٪، گردش تخت به میزان ۶/۲٪ و افزایش رضایت شغلی کارکنان به میزان ۱۷/۲٪ در طول یک سال شده است [۹]. به نظر کافمن وقتی اعضای تیم با تخصص و مهارت‌های مکمل و همکاری مناسب، باهم عمل جراحی را انجام می‌دهند، خطاهای پزشکی کاهش می‌یابد [۱۰]. انصاری و همکاران در مطالعه خود تأیید نمودند تیم کاری جراحی که واجد شرایط لازم باشد، اثربخشی را افزایش می‌دهد [۱۱]. در تحقیق کمالی ۵۳٪ مدیران مورد مطالعه نقش تیم‌های کاری را در اجرای طرح مدیریت جامع کیفیت (Total quality management) در سیستم بهداشتی درمانی مؤثر می‌دانستند [۱۲].

در نظام مراقبت سلامت به دلیل اینکه رسیدن به اهداف سلامت آحاد جامعه بدون توجه به عوامل تأثیرگذار اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی، اثربخشی لازم را در پی نخواهد داشت، جلب مشارکت گروه‌ها و سازمان‌های مختلف جهت تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم اهمیت زیادی دارد. ایجاد و توسعه تیم‌های کاری یکی از راه‌کارهای مؤثر برای تقویت همکاری و هم‌اندیشی گروه‌های مختلف درون و برون‌سازمانی نظام سلامت به حساب می‌آید [۱۳-۱۴]. اما آیا همه سازمان‌های نظام مراقبت سلامت با درک صحیح از نقش مؤثر تیم‌های کاری از استعدادها و ظرفیت‌های موجود سازمانی بهره‌مندی لازم را دارند، خود نیازمند به بررسی‌های مقطعی خواهد بود. لذا این مطالعه با هدف شناخت تیم‌های کاری و کارکرد و اثربخشی آن‌ها در معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام گرفت.

## روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع پیمایشی بوده که در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام گرفت. جامعه پژوهش متشکل از

سطح جاری سازی (فواصل زمانی برگزاری جلسات، پرداختن به اهداف و وظایف مرتبط) و ۲- سطح ارزیابی و اصلاح (ارزیابی عملکرد، اصلاح و بهبود عملکرد) و اثربخشی تیم- های کاری (نقش تیم های کاری در کاهش یا حل مشکلات سازمانی و یا ارتقای برنامه های نظام سلامت) جمعاً با ۱۳ سؤال بود که روایی آن به شکل صوری با نظرخواهی از ۵ صاحب- نظر حوزه سلامت که در مدیریت و رهبری تیم های کاری تجربه داشتند، سنجیده شد و پایایی آن هم با آزمون کرونباخ به میزان ۸۶ درصد مورد تأیید قرار گرفت. برای پاسخ به متغیرهای فردی و سازمانی، سؤالات سن و کل سابقه خدمت به صورت کمی گسسته و بقیه سؤالات مربوط به متغیر فردی با کدهای تعیین شده و برای پاسخ به سؤالات متغیرهای وابسته از قبیل نقش فرد در تیم کاری، نحوه دعوت به جلسه و داشتن اهداف و شرح وظایف مدون با کدهای تعیین شده و سطح جاری سازی، سطح ارزیابی و اصلاح و سطح اثربخشی با مقیاس ۵ رتبه ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) به ترتیب با امتیاز ۵ تا ۱ اقدام شد. داده های جمع آوری شده با آزمون های اسپیرمن برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه ای، با آزمون های کروسکال والیس برای مقایسه میانگین ها و مجذور کای برای متغیرهای کیفی در نرم افزار SPSS-18 در سطح معناداری  $\alpha < 0/05$  تحلیل شدند.

### یافته ها

از بین ۲۶۷ نفر مدیر و کارشناس مورد بررسی، ۶۳ نفر (۲۳/۶ درصد) عضو هیچ کدام از تیم های کاری نبودند و مابقی از حداقل در یک تیم کاری تا حداکثر در ۱۳ تیم کاری عضویت داشتند. از نظر گستره سازمانی ۱۳۷ نفر (۵۱/۳ درصد) حداقل در یک تیم کاری داخلی، ۱۱۳ نفر (۴۲/۳ درصد) حداقل در یک تیم کاری دانشگاهی، ۸۶ نفر (۳۲/۲ درصد) حداقل در یک تیم کاری استانی و فقط ۸ نفر (۳ درصد) در تیم های کاری وزارتتی عضو بودند.

مدیران و کارشناسان حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور بودند که با توجه به فرمول حجم نمونه گیری و استفاده از نمونه گیری آسان

$$n = \frac{Nz^2s^2}{d(N-1) + z^2s^2} = \frac{41 \times 4 \times 0/25}{0/05(40) + 4 \times 0/25} = \frac{41}{3/05} \approx 13$$

۱۳ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی با در نظر گرفتن تیپ- بندی [۱۵]. به صورت تصادفی منظم (دانشگاه های علوم پزشکی ایران، کرمان و گیلان از تیپ یک، دانشگاه های علوم پزشکی سمنان، مازندران، هرمزگان، همدان، یزد از تیپ دو و دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی ایلام، خراسان جنوبی، رفسنجان، قم و گناباد از تیپ سه و مستقل) به عنوان نمونه انتخاب شدند. در نمونه منتخب، کلیه مدیران و کارشناسان در دسترس با حداقل یک سال سابقه خدمت در ستاد دانشگاهی که در زمان پرسشگری مدیریت یا مسؤولیت یکی از واحدهای فنی، اداری مالی یا یکی از برنامه های مشخص (از جمله تنظیم خانواده، تغذیه، بیماری های واگیر و غیرواگیر) را به عهده داشتند به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. برای توجیه و کسب رضایت شفاهی نمونه پژوهش، ابتدا یک جلسه توجیهی حدود یک ساعت در هر دانشگاه یا دانشکده با حضور کلیه افراد شرکت داده شده برگزار شد و در خصوص اهداف پژوهش و کلیه سؤالات تحقیق توضیح داده شد. مدیران و کارشناسان مسئول بعد از آشنایی با اهداف و محتوای پژوهش و اعلام رضایت، پرسش نامه توزیع شده را به صورت خودایفاد تکمیل و در اختیار پژوهشگران قرار دادند. ابزار جمع آوری داده ها پرسش نامه محقق ساخته شامل دو قسمت: ۱- متغیرهای فردی و سازمانی با ۸ سؤال (تیپ دانشگاهی، جنس، سن، کل سابقه خدمت، آخرین مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، سمت شغلی و حیطه شغلی) و ۲- سؤالات مربوط به متغیرهای وابسته در خصوص ساختار (گسترده فعالیت سازمانی تیم کاری، نحوه به عضویت گرفتن، نقش فرد در تیم کاری، نحوه دعوت به جلسه و داشتن اهداف و شرح وظایف مدون)، کارکرد تیم های کاری شامل: ۱-

نظیر غربالگری فنیل کتونوری (PKU یا Phenylketonuria)، ارتباطات برای بوستان تندرستی، طرح انطباق، برنامه آهن-یاری، بهداشت دهان و دندان، تحرک بدنی، حاکمیت بالینی و تحقیق و توسعه (Research and development)، دخانیات، ساماندهی آبیاری سبزیجات با فاضلاب خام، سیاست گذاری، شیر مدارس، کمیته مناسبت‌ها، مستندسازی اموال، مشاوره ازدواج، برون‌سپاری و غیره متفاوت بوده است. بنابراین، تعداد تیم‌های کاری که در همه دانشگاه‌ها فعال بودند بسیار محدود بود و بعضی از تیم‌های فعال شده حاصل ابتکارات و خلاقیت‌های محلی بود که در خیلی از دانشگاه‌های دیگر تجربه نشده است.

جدول (۱) میانگین عضویت مدیران و کارشناسان معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را در تیم‌های مختلف کاری از نظر گستره سازمانی نشان می‌دهد.

قابل ذکر است از کل ۲۶۷ مدیر و کارشناس مورد مطالعه، سرجمع ۵۶۰ مورد عضویت در تیم‌های مختلف کاری ثبت شده است که فراوانی آن به ترتیب عبارت‌اند از: کمیته‌های پزشک خانواده روستایی و شهری ۳۶ مورد، مرگ‌ومیر مادران ۳۵ مورد، مرگ‌ومیر کودکان ۳۰ مورد، هیئت‌مدیره یا شورای مدیران ۲۹ مورد، آموزش سلامت یا شورای علمی آموزشی و رسانه ۲۸ مورد، مدارس مروج سلامت ۲۴ مورد، برنامه‌ریزی استراتژیک و عملیاتی ۲۱ مورد، تحقیق در نظام سلامت (Health System Research) یا شورای پژوهشی ۱۹ مورد، پایش و نظارت ۱۴ مورد، التور، آمار و اطلاعات، بهورزی و بیماری‌های منتقله از آب و غذا هر کدام ۱۰ مورد، شیر مادر ۹ مورد، نقل و انتقالات، پیشنهادات و اختلاف ناشی از کمبود ید (Iodine Deficiency Disorders) هر کدام ۸ مورد، بهداشت روان، مشاغل سخت و زیان‌آور و آموزش نیروی انسانی هر کدام ۷ مورد تا تیم کاری حداقل یک موردی

جدول ۱: میانگین عضویت مدیران و کارشناسان معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در تیم‌های مختلف کاری بر اساس تیپ‌بندی

تیپ دانشگاهی	تعداد و درصد مدیران و کارشناسان مورد بررسی	تیم‌های داخلی	تیم‌های دانشگاهی	تیم‌های استانی	تیم‌های وزارتی	کل تیم‌های کاری
یک	۶۱ (۲۲/۸)	۰/۸±۱/۰	۰/۵±۰/۹	۰/۴±۰/۹	۰/۰±۰/۰	۱/۶±۱/۲
دو	۱۰۲ (۳۸/۲)	۰/۹±۱/۳	۰/۹±۱/۳	۰/۸±۱/۲	۰/۱±۰/۳	۲/۷±۱/۶
سه و مستقل	۱۰۴ (۳۹/۰)	۱±۱/۲	۰/۹±۱/۳	۰/۳±۰/۷	۰/۰۲±۰/۱	۲/۲±۱/۵
کل	۲۶۷	۰/۹±۱/۲	۰/۸±۱/۲	۰/۵±۱/۰	۰/۰۴±۰/۲	۲/۳±۱/۵

همان‌طور که جدول (۱) نشان می‌دهد فراوانی عضویت از تیم‌های داخلی به سمت تیم‌های وزارتی یا کشوری به تدریج کاهش می‌یابد. با آزمون کروسکال والیس بین فراوانی (تعداد) عضویت مدیران و کارشناسان در تیم‌های مختلف کاری و تیپ‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی (با بالاتر بودن تعداد عضویت مدیران و کارشناسان در دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ ۲ و پایین‌تر بودن تعداد عضویت در دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ ۱) تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p = ۰/۰۳۲$ ).

نحوه عضویت افراد در تیم‌های مختلف کاری، نحوه دعوت اعضاء جهت شرکت در جلسات و داشتن اهداف و شرح وظایف مدون و مکتوب در دانشگاه‌های مورد مطالعه و حتی در یک دانشگاه بین تیم‌های مختلف متفاوت بوده است. جدول (۲) خصوصیات تیم‌های کاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را بنا به اظهار اعضای آن در تیپ‌های مختلف دانشگاهی نشان می‌دهد.

جدول ۲: ساختار تیم‌های کاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از نظر اعضای بر اساس تیپ‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی

تیپ دانشگاهی	نحوه عضویت				نحوه دعوت به جلسه				رویکرد مدون (اهداف و شرح وظایف)	
	بدون ابلاغ رسمی		با ابلاغ رسمی		بدون ذکر دستور کار		با ذکر دستور کار		ندارد	دارد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
یک	۷۸	۸۶/۷	۱۲	۱۳/۳	۷۵	۸۴/۳	۱۴	۱۵/۷	۲۳	۲۵/۶
دو	۱۹۲	۷۸	۵۳	۲۲	۱۸۸	۷۶/۴	۵۸	۲۳/۶	۵۲	۲۲/۱
سه و مستقل	۱۷۰	۷۵/۶	۵۵	۲۴/۴	۱۶۲	۷۲/۶	۶۱	۲۷/۴	۵۵	۲۵
کل	۴۴۰	۷۸/۴	۱۲۰	۲۱/۴	۴۲۵	۷۶/۲	۱۳۳	۲۳/۸	۱۳۱	۲۳/۸
P	۰/۱۹۸		۰/۰۹۳		۰/۷۰۵					

همان‌طور که جدول (۲) نشان می‌دهد، محاسبه درصدها جداگانه به ازای هر کدام از تیپ‌های دانشگاهی و هر کدام از متغیرها انجام گرفت. با آزمون مجذور کای (خی ۲) بین نحوه عضویت، نحوه دعوت به جلسه، داشتن رویکرد مدون و تیپ‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی رابطه معنی‌دار وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

سطح جاری‌سازی، سطح ارزیابی و اصلاح از کارکردها و سطح اثربخشی جهت حل مشکلات یا ارتقای نظام سلامت از معیارهای مورد بررسی تیم‌های کاری بود که اعضای آن در معاونت‌های بهداشتی ارزیابی‌های خود را اعلام نمودند. جدول (۳) سطح کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را بر اساس تیپ‌بندی دانشگاه‌های مورد مطالعه و جدول ۴ بر اساس گستره یا محدوده سازمانی نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول (۲) نشان می‌دهد، محاسبه درصدها جداگانه به ازای هر کدام از تیپ‌های دانشگاهی و هر کدام از متغیرها انجام گرفت. با آزمون مجذور کای (خی ۲) بین نحوه عضویت، نحوه دعوت به جلسه، داشتن رویکرد مدون و تیپ‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی رابطه معنی‌دار وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

سطح جاری‌سازی، سطح ارزیابی و اصلاح از کارکردها و سطح اثربخشی جهت حل مشکلات یا ارتقای نظام سلامت از معیارهای مورد بررسی تیم‌های کاری بود که اعضای آن در معاونت‌های بهداشتی ارزیابی‌های خود را اعلام نمودند. جدول (۳) سطح کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را بر اساس تیپ‌بندی دانشگاه‌های مورد مطالعه و جدول ۴ بر اساس گستره یا محدوده سازمانی نشان می‌دهد.

جدول ۳: سطح کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از نظر اعضای آن بر اساس تیپ‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی

تیپ دانشگاهی	یک	دو	سه و مستقل	کل	P
سطح کارکرد جاری‌سازی	۳/۲±۰/۸	۳/۴±۰/۱	۳/۴±۰/۹	۳/۴±۰/۹	۰/۰۱۴
سطح کارکرد ارزیابی و اصلاح	۳/۲±۰/۹	۳/۲±۱/۰	۳/۳±۰/۹	۳/۲±۰/۸	۰/۴۵۶
سطح اثربخشی	۳/۳±۰/۹	۳/۴±۱/۰	۳/۵±۰/۹	۳/۴±۰/۹	۰/۲۳۶

همان‌طور که جدول (۳) نشان می‌دهد بر اساس مقیاس لیکرت سطح کارکرد و سطح اثربخشی تیم‌های کاری در تیپ‌های مختلف دانشگاهی بین خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) از ۵ امتیاز یا نمره سقف، بیش از حد متوسط بوده است و بین آن‌ها تنها سطح جاری‌سازی تیم‌های کاری در تیپ‌های مختلف دانشگاهی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p = 0/014$ ).

همان‌طور که جدول (۳) نشان می‌دهد بر اساس مقیاس لیکرت سطح کارکرد و سطح اثربخشی تیم‌های کاری در تیپ‌های مختلف دانشگاهی بین خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) از ۵ امتیاز یا نمره سقف، بیش از حد متوسط بوده است و بین آن‌ها تنها سطح جاری‌سازی تیم‌های کاری در تیپ‌های مختلف دانشگاهی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p = 0/014$ ).

جدول ۴: سطح کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از نظر اعضاء

برحسب گستره سازمانی

P	کل	وزارتی	استانی	دانشگاهی	داخلی	گستره سازمانی	
۰/۴۸۴	۳/۴±۰/۹	۳/۱±۰/۶	۳/۳±۰/۹	۳/۴±۱/۰	۳/۴±۰/۹	جاری‌سازی	سطح
۰/۲۲۶	۳/۲±۰/۹	۳/۰±۱/۱	۳/۱±۱/۰	۳/۳±۱/۰	۳/۳±۰/۹	ارزیابی و اصلاح	کارکرد
۰/۴۸۲	۳/۴±۰/۹	۳/۷±۰/۷	۳/۴±۱/۰	۳/۴±۰/۹	۳/۴±۰/۹	سطح اثربخشی جهت ارتقاء نظام سلامت	

اعضا، نداشتن اهداف و وظایف روشن و ارزیابی ناکافی از روند فعالیت آن داشته باشد که دو مورد آخر تا حدودی در همین مطالعه به تأیید رسیده است.

یکی از یافته‌های مطالعه حاضر پایین‌تر بودن سطح ارزیابی و اصلاح تیم‌های کاری بود که تا حدود زیادی با مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران و مطالعه مطلق و همکاران هم‌خوانی دارد [۱۶-۱۵]. در مطالعات مذکور که عملکرد معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران با مدل تعالی سازمانی مورد ارزیابی قرار گرفت، تأیید شده است که در سازمان‌های مورد مطالعه، تعداد برنامه‌های اجرا شده از تعداد برنامه‌های مدون شده کمتر است و آن تعداد از برنامه‌هایی که به اجرا در می‌آیند، همگی مورد ارزیابی و اصلاح قرار نمی‌گیرند. ارزیابی عملکرد یکی از راه کارهای مؤثر برای شناسایی نقاط قوت و ضعف می‌باشد که اگر متعاقب آن برنامه‌های بهبود، طراحی و اجرا گردد، منجر به افزایش اثربخشی خواهد شد. در مطالعه انصاری و همکاران گزارش شده است که ارزیابی عملکرد، پاداش و حمایت‌های سازمانی در اثربخشی تیم‌های جراحی تأثیر داشته است [۱۱]. پاسوس و کائاتانو در مطالعه خود تأیید نمودند که ارزیابی عملکرد تأثیر مثبتی در بهبود عملکرد تیم‌ها دارد [۱۷].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سطح جاری‌سازی تیم‌های کاری احصاء شده در حد متوسط بوده است که تا حدود زیادی با مطالعه سایر محققان هم‌خوانی دارد [۱۶-۱]. برگزاری جلسات منظم، پرداختن به موضوعاتی که از وظایف اصلی تیم‌های کاری می‌باشد، مستندسازی مصوبات و پیگیری آن تا حصول نتایج نهایی از مواردی هستند که در جاری‌سازی

همان‌طور که جدول (۴) نشان می‌دهد بر اساس مقیاس لیکرت سطح کارکرد و سطح اثربخشی تیم‌های کاری در گستره مختلف سازمانی بین خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) بیش از حد متوسط بوده است و بین هیچ کدام از آن‌ها با گستره سازمانی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

گرچه بین برداشت مدیران و کارشناسان در خصوص سطح کارکرد و سطح اثربخشی تیم‌های کاری کمی متفاوت بوده است ولی تنها با آزمون اسپیرمن بین مقطع تحصیلی مدیران و کارشناسان و برداشت آنان در خصوص سطح جاری‌سازی تیم‌های کاری تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $\chi^2 = 0/114$  &  $P = 0/002$ ).

بحث و نتیجه گیری

نظر به اهمیت تأثیرگذاری تیم‌های کاری بر بهبود و توسعه عملکرد سازمانی، تأکید شده است که مدیران باید در عین نظارت مستمر بر پیشرفت امور، بخش عمده‌ای از وظایف مدیریتی خود را به تیم‌های کاری واگذار نمایند. بنابراین، مدیران باید به اعضای تیم اجازه اظهارنظر در تصمیم‌گیری‌های سازمانی را بدهند تا تصمیمات با مشارکت اکثریت کارکنان عملیاتی و مقاومت‌ها به حداقل موارد کاهش یابد [۱]. یافته‌های این مطالعه نشان داد که از نظر مدیران و کارشناسان ستادی، اثربخشی سازمانی تیم‌های کاری که خودشان در آن عضویت داشتند، برای حل مشکلات یا ارتقای نظام سلامت در حد متوسط بوده است که این با مطالعه کمالی هم‌خوانی دارد [۱۲]. دستاورد در حد متوسط تیم‌های کاری در ایران ممکن است دلایل متعددی از جمله انتخاب نامناسب

علوم پزشکی تیپ دو می‌باشد و یا می‌تواند به خاطر بیشتر بودن مشکلات سازمانی و محلی دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ دو و اعتقاد و تمایل به حل آن از طریق فعال‌سازی تیم های کاری باشد و یا به احتمال زیادتر ممکن است به خاطر متعدد بودن برنامه‌های بهبود باشد که ضرورت تشکیل و توسعه عملکرد تیم‌های کاری بیش از دانشگاه‌های دیگر مورد تأکید قرار گرفته است.

یکی از یافته‌های این مطالعه ارتباط مستقیم معنی‌دار بین مقطع تحصیلی مدیران و کارشناسان و برداشت آنان در خصوص سطح جاری‌سازی تیم‌های کاری بوده است. مورد مذکور، می‌تواند به خاطر بیشتر بودن اطلاعات افراد دارای تحصیلات بالاتر باشد که همه واقعیت‌های موجود شامل موانع بازدارنده و پیچیدگی مسائل که ممکن است جاری‌سازی تیم‌های کاری را با مشکل مواجه نماید، در ارزیابی‌های خود لحاظ نموده و بدین ترتیب، عملکرد تیم‌های کاری را در سطح بالاتری قضاوت نمودند.

یکی از یافته‌های مطالعه حاضر متنوع بودن تیم‌های کاری شناسایی شده می‌باشد که اکثریت آن‌ها در همه دانشگاه‌های مورد مطالعه جاری و فعال نبودند. ایجاد و فعال نمودن بعضی از تیم‌های کاری گرچه با ابلاغ واحدهای سطح مافوق، الزام-آور بود ولی به دلیل عدم نیاز محلی یا ضعف سازمانی در فعال نگه‌داشتن آن به تدریج از امور جاری سازمان کنار گذاشته شدند. بنابراین، ایجاد و فعال‌سازی تیم‌های کاری می‌تواند وابسته به دیدگاه مدیران ارشد، دیدگاه مدیران میانی و کارشناسان و فرهنگ سازمانی باشد که چقدر به کار تیمی و تقویت هماهنگی‌های درون و برون‌سازمانی اهمیت می‌دهند و همچنین شرایط استانی و نیازهای محلی هم می‌تواند تأثیرگذار باشد [۲۴]؛ که مجموع عوامل مذکور باعث ایجاد تنوع و نابرابر بودن تعداد تیم‌های کاری در دانشگاه‌های مختلف شده است.

مطالعه حاضر فقط به اظهارات فردی و ارزیابی‌های ذهنی افراد مورد بررسی محدود شده است. عدم بررسی مستندات تیم‌های کاری از جمله مستندات موجود در دبیرخانه‌ها یا مستندات که

هر تیم کاری مدنظر قرار می‌گیرد. در پژوهش پوربافرانی در سال ۱۳۸۲ حدود ۸۳ درصد از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جلسات کمیته‌ها را به صورت منظم و با حضور اعضاء برگزار و جهت پیگیری مصوبات جلسه هم اقدام شد [۱۸]. در مطالعه‌ی کبیرزاده و همکاران در سال ۱۳۸۶، تشکیل جلسات کمیته‌ی مدارک پزشکی ۴۲/۸٪ گزارش گردید و وضعیت آن در این خصوص نامطلوب ارزیابی شده است [۱۹]. در مطالعه نیسی و همکار که به منظور بررسی عملکرد کمیته‌ی مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت، ۵۵/۶٪ جلسات کمیته‌ی مدارک پزشکی دانشگاه‌های مذکور تشکیل گردید که از بین آن ۷۳/۵٪ جلسات با حضور ناقص اعضا تشکیل شده بود [۲۰]. بنابراین، مطالعات مذکور نشان داد تشکیل جلسات که یکی از معیارهای جاری‌سازی تیم‌های کاری می‌باشد، عمدتاً در حد متوسط انجام می‌گیرد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیش از دوسوم تیم‌های کاری دارای اهداف و شرح وظایف مدون بودند که تا حدود زیادی با مطالعه سایر محققان هم‌خوانی دارد [۱۵-۱۶]. اهداف سازمانی تیم‌های کاری، معیارهای بنیادی را برای ارزیابی صحت اقدامات و عملکرد ارائه می‌دهند و این در حالی است که بدون روشن بودن اهداف سازمانی، قضاوت در مورد ارزش نتایج کسب‌شده غیرممکن خواهد بود [۲۱]. نداشتن اهداف مشترک و وظایف تعریف شده یکی از موانع مهم در مؤثر واقع شدن تیم‌های کاری می‌باشد [۲۲]. تحقیقاتی که توسط مک کمپ و همکارانش در مورد اهداف تیم‌های کاری انجام گرفت، نشان دادند که اهداف روشن و مشخص، به بهبود عملکرد تیم و روند داخلی آن کمک می‌کند [۲۳].

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین میانگین عضویت در تیم‌های مختلف کاری و تیپ‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی تفاوت معنی‌دار وجود دارد که این یا به خاطر بالاتر بودن میزان استقبال مدیران و کارشناسان شاغل در دانشگاه‌های

- تدوین شاخص‌های کمی ارزیابی کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری که از ضعف و محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد مورد بررسی قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از حمایت مالی و پشتیبانی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، از معاونین محترم بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد مطالعه و معاونان محترم فنی و اجرایی آنان به خاطر ایجاد بستر مناسب برای انجام پرسشگری و از مدیران محترم گروه‌ها و کارشناسان محترم که در تکمیل پرسشنامه صمیمانه مشارکت نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

به‌طور معمول در اختیار دبیران کمیته‌ها قرار دارد شامل اهداف و شرح وظایف مدون یا مکتوب شده، تعداد جلسات برگزار شده، صورت جلسه‌ها و لیست اعضای شرکت کننده در جلسه و درصد شرکت مدیران ارشد، تعداد مصوبات و مصوبات اجراء شده به تفکیک مصوبات درون و بیرون بخشی و موارد دیگر از ضعف‌های مطالعه حاضر می‌باشد که خود نیازمند به پژوهشی مستقل در یک دوره زمانی وسیع تر می‌باشد.

با توجه به نتایج مطالعه که عضویت مدیران و کارشناسان را در تیم‌های مختلف کاری در سطح نسبتاً بالا و سطح عملکردی و اثربخشی را در حد متوسط نشان می‌دهد و همچنین با توجه به محدودیت‌های مذکور پیشنهاد می‌گردد:

- مشارکت مدیران و کارشناسان جهت عضویت در تیم‌های مختلف کاری توسعه داده شود به گونه‌ای هر مدیر یا کارشناس ستادی حداقل در یک تیم کاری فعال باشد.

- اهداف همه تیم‌های کاری مدون و وظایف هر کدام روشن شود.

- چک‌لیست و شاخص‌هایی برای ارزیابی مقطعی همه تیم‌های کاری طراحی و مورد بهره‌برداری قرار گیرد.

- تیم‌های کاری که دارای کارکردهای ملموس هستند و دستاوردهای موفق و مثبتی را کسب نمودند در سطح سازمان اطلاع‌رسانی شود.

- در وب‌سایت دانشگاه‌های علوم پزشکی، تیم‌های فعال کاری با ذکر اهداف و وظایف، اسامی اعضا و وابستگی سازمانی آن‌ها، تاریخ جلسات برگزار شده و دستاوردهای ملموس آن به‌روزرسانی شود.

- مطالعه‌ای به منظور بررسی امکان ادغام بعضی از تیم‌های کاری با هم‌پوشانی و اهداف تقریباً مشابه، انجام شود و در صورت دارا بودن شرایط ادغام، ادغام انجام گیرد تا با تمرکز بیشتر منابع و ظرفیت‌ها، دستاوردهای بزرگ‌تر و مؤثرتری حاصل شود.



## References

1. Pullon S. Teamwork: A fundamental principle of primary health care and an essential prerequisite for effective management of chronic conditions. NZFP 2007; 34(5): 318-321.
2. Kirkman BL, Rosen B. Beyond Self-Management: Antecedents and Consequences of Team Empowerment. The Academy of Management Journal 1999; 42(1): 58-74.  
Available from:  
URL:[http://www.academos.ro/sites/default/files/beyond\\_self\\_management.pdf](http://www.academos.ro/sites/default/files/beyond_self_management.pdf)
3. Mickan S, Rodger S. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. J Interprof Care 2005; 19(4):358-70.
4. Oandasan I, Baker GR, Barker K, Bosco C, Amour D, Jones L, et al. Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Policy Synthesis and Recommendations. Canadian Health Services Research Foundation. June 2006
5. Yohe SW, Hatfield L. Moderating factors in participative management. Proceedings of the Academy of Organizational Culture, Communications and Conflict 2003; 7(2): 33-38.  
Available from:  
URL:<http://www.scribd.com/doc/37924140/Moderating-Factors-in-Participative-Management-Ok#>
6. Advancing Teamwork in Healthcare: A Guide and Toolkit for Building Capacity and Facilitating Interprofessional Collaborative Practice and Education. BC's Practice Education Committee; 2013
7. Jiyao C, Richard R. Team empowerment, uncertainty and performance in new product development, Wesley J. ISBM report. 2005; 14.
8. Cashman S, Reidy P, Cody K, Lemay C. Developing and measuring progress to-ward collaborative, integrated, interdis-ciplinary health care teams. J Interprof Care 2004; 18(2):183-96.
9. Chitchin MR. The effectiveness of participative management on the performance of hospital of Ayetollah Kashani in tehran. MSc thesis. Tehran: Iran University of Medical Sciences. School of Management and Medical Information Sciences. 2001; 99-106. [Persian]
- 10- Kaufman L. The wrong nephrectomy. Bulletin of the Royal College of Anaesthetists 2003; 17: 848-9.
11. Ansari ME, Ghazanfari A, Ansari Sh. Employee's views about the influential factors on surgical work teams efficacy in teaching hospitals affiliated Isfahan University of Medical Sciences; 2007- 2008. Journal of Health Administration 2008; 11(34): 35-42 [Persian]
12. Kamali K. An evaluation the role of Training, group work and customer orientation in the implementation of total quality management (TQM) in Miyaneh health system of province as viewed by the executors 2004. MSc thesis. Tehran: Iran University of Medical Sciences.

- School of Management and Medical Information Sciences. 2004: 11. [Persian]
13. Maleki MR, Tofighi S, Nasrollapour Shirvani SD, Motlagh ME, Kabir MJ, Jafari N. Comprehensive Performance assessment models & Organizational Excellence. 1st ed. Babolsar: Nima; 2010. [Persian]
14. Nasrollapour Shirvani SD, Mohoudi S. Evidence –Based Policymaking in Health System And Its Achievements and Challenge in Iran. Babol Universities of Medical Sciences. 2013. [Persian]
15. Nasrollapour Shirvani SD, Maleki MR, Motlagh ME, Kavosi Z, Tofighi S, Gohari MR. Self assessment of Iran Universities of Medical Sciences based on European Foundation for Quality Management (EFQM) and Iran excellence model. World Applied Sciences Journal 2011, 15 (10): 1391-1397 [Persian]
16. Motlagh ME, Nasrollapour Shirvani SD, Maleki MR. Performance Evaluation of Vice-Chancellery for Health of Universities/Schools of Medical Sciences in Iran based on Iranian National Productivity and Excellence Award Model. Hakim Research Journal 2013; 16(2): 80-88. [Persian]
17. Passos AM, Caetano A. exploring the effects of intragroup conflict and past performance feedback on team effectiveness. Journal of Managerial Psychology 2005; 20(3-4): 231-44.
18. Pour-Bafarani A. Evaluation of Functions and Performance of Medical Record Committee in Educational Hospitals Related to Isfahan. MSC thesis. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2003. [Persian]
19. Kabirzadeh A, Bagherian-Farahabadi E, Rezazadeh E, Mohseni-Saravi B. Survey on Performance of Hospital Medical Records Committee 2005-2007. Journal of Health Information Management 2008; 2(5):167-74. [Persian]
20. Neisi F, Azizi A, The Survey of Medical Records Committee Performance in Teaching hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapour University of Medical Sciences-2010. JENTASHAPIR JOURNAL OF HEALTH RESEARCH 2011; 2(3): 135-139.  
<http://www.magiran.com/viewpdf.asp?no=2> [Persian]
21. Zarraga C, Garcia-Falcon M. "Factors favoring knowledge management in work teams". Journal of knowledge management 2003; 7(2): 81-96.
22. Toop L, Hodges I. Primary care teamwork in the Christchurch area: Part 2 – barriers to greater collaboration. N Z Fam Physi-cian 1996: 51-9.
23. McComb SA, Green SG, Compton WD. Project goals, team Performance, and shared understanding. Engineering Management Journal 1999; 11(3):7-12.
24. Motlagh ME, Shariati M, Maleki MR, Tofighi S, Nasrollapour Shirvani SD, Haji seiyed Azizi P. Performance Evaluation in Health Vice-Chancellery of Universities/ Faculties of Medical Sciences of Iran on base Iranian National Productivity and Excellence Award & EFQM Excellence Model. 1st ed. Babol University of Medical Sciences: Honaroltahrir; 2012. [Persian]



## Function and Effectiveness of Work Teams in Vice-Chancellery for Health in Medical Universities in Iran: from Managers and Experts' Perspectives

Nasrollapour Shirvani SD<sup>1</sup>\ Motlagh ME<sup>2</sup>\ Shariati M<sup>3</sup>\ Haji seyed Azizi P<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** Work teams provide good platforms for optimal use of organizational capacities and have always been considered as one of the important factors in promoting productivity and increasing satisfaction among employees. This study aimed at understanding the function and effectiveness of work teams in medical universities in Iran.

**Methods:** In this descriptive- analytic study, conducted in 2012-2013, 13 vice-Chancellery for Health in Medical Universities were randomly selected. This survey was conducted on managers and experts. Data collection was done using a researcher made questionnaire, the validity and reliability of which was confirmed. Data analysis was performed using SPSS 18.0 through related statistical tests at a significant level of  $\alpha < 0.05$ .

**Results:** The average membership of managers and experts in internal, academic, provincial and ministerial teams was  $1.2 \pm 0.9$ ,  $1.2 \pm 0.8$ ,  $1.0 \pm 0.5$  and  $0.2 \pm 0.04$ , respectively. 78.4% of the membership was with official notification, and 76.2% with invitation to the meeting. 76.2% of working team members stated that the present work teams enjoy organized approaches. Deployment level, assessment, renovation and effectiveness of work teams, from managers and experts' perspectives, was  $0.9 \pm 3.4$ ,  $0.8 \pm 3.2$ ,  $0.9 \pm 3.4$ , respectively. There was a significant difference ( $p=0.0140$ ), ( $p=0.032$ ) among deployment level, membership frequency of managers and experts in different work teams and types of medical universities.

**Conclusion:** The Performance and effectiveness of team works was at average level; therefore, it is recommended to design and implement intervention programs leading to improved performance

**Keywords:** Team works, Effectiveness, Function, Vice-Chancellery for Health, of Medical Universities

• Received: 24/May/2014 • Modified: 21/Oct/2014 • Accepted: 17/Nov/2014

1. Assistant Professor of Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran; Corresponding Author (dnshirvani@gmail.com)

2. Professor of Department of Pediatrics, School of Medicine, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3. Associate Professor of Department of Community Medicine, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Office of Family & Population Health, Department of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

