

ارزیابی عملکرد تیم‌های کاری دانشکده علوم پزشکی آبادان از دیدگاه مدیران و کارشناسان

عبدالله خوانزاده^۱، محمداسماعیل مطلق^۲، عبدالرضا میرشکاک^۳، مریم نیاکان^۴، ندا اکبری نساجی^۵، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی^{۶*}

- ۱- گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشکده علوم پزشکی آبادان
- ۲- گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- ۳- معاونت توسعه مدیریت و منابع، دانشکده علوم پزشکی آبادان
- ۴- کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان
- ۵- مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان
- ۶- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۵/۱۰/۱، اصلاح: ۹۵/۱۲/۲۵، پذیرش: ۹۶/۲/۶

چکیده

مقدمه و هدف: ایجاد و توسعه تیم‌های کاری به عنوان یکی از راهکارهای مناسب برای استفاده بهینه از ظرفیت‌های موجود همواره مورد تأکید سازمان‌ها قرار دارد. این مطالعه با هدف شناخت تیم‌های کاری دانشکده علوم پزشکی آبادان و کارکرد آنها انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه به صورت مقطعی در تابستان ۱۳۹۳ انجام گرفت. نمونه پژوهش مدیران و کارشناسان دانشکده علوم پزشکی آبادان بودند که بصورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خود ساخته شامل ۸ متغیر دموگرافیک و ۹ سؤال مرتبط تیم‌های کاری بود. داده‌ها به صورت خودایفاد جمع‌آوری و در SPSS23 در سطح معنی‌داری $\alpha < 0/05$ تحلیل شد.

یافته‌ها: از بین ۱۳۹ نمونه مورد بررسی، ۹۵ نفر (۶۸/۳٪) حداقل در یکی از تیم‌های کاری تا حداکثر در هشت تیم کاری و مجموعاً در ۲۶۲ تیم کاری عضو بودند. از نظر حیطه سازمانی ۲۲۴ (۸۵/۵٪) تیم داخلی، ۲۷ (۱۰/۳٪) تیم دانشگاهی و ۱۱ (۴/۲٪) تیم استانی بود. ۸۰٪ عضویت با ابلاغ رسمی و ۶۴/۸٪ دعوت به جلسات با اعلام دستور انجام گرفت. سطح جاری‌سازی، ارزیابی و اصلاح و اثربخشی تیم‌های کاری با سقف ۵، به ترتیب $3/25 \pm 0/9$ ، $3/16 \pm 1/0$ ، $3/32 \pm 1/0$ بود. بین تحصیلات، حیطه شغلی و سطح جاری‌سازی، بین محل خدمت، حیطه شغلی و ارزیابی و اصلاح، بین تحصیلات، محل خدمت، حیطه شغلی، سمت سازمانی و اثربخشی تیم‌های کاری تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد حدود دوسوم افراد در تیم‌های کاری با کارکردی در سطح متوسط مشارکت دارند. پیشنهاد می‌شود برای ارتقای کارکردهای تیم‌های کاری برنامه‌های مداخله‌ای طراحی و اجراء گردد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی عملکرد، تیم‌های کاری، دیدگاه مدیران، علوم پزشکی آبادان

مقدمه

یافته، به گونه‌ای که تیم‌ها به عنوان عنصری بنیادی در سازمان‌های نوین، جایگزین افراد در رویکردهای سنتی شده‌اند. در بسیاری از سازمان‌ها، واحد اصلی ساختار سازمانی، تیم‌های کاری هستند که برای انجام وظایف مهم و حل مسایل پیچیده سازمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۳). تیم‌های کاری که از افرادی محدود با مهارت، دانش و تجربیات گوناگون و مکمل تشکیل می‌شوند به طور پویا، به هم پیوسته و توافقی برای تحقق اهداف مشترک سازمانی فعالیت می‌کنند. تیم‌ها در مقایسه با گروه از درجه اعتماد، اطمینان، تعهد،

تحولات سریع دهه‌های اخیر در کنار توسعه اقتصادی باعث شده که سازمان‌ها با ایجاد تغییرات اساسی در ساختار خود، به سمت تخصص‌گرایی وظایف و فعالیت‌ها توسعه یابند (۱). تیم‌های کاری که با عناوین مختلف از قبیل کمیته، کمیسیون، کارگروه یا شورا پدیدار شدند یکی از راهکارهای مقابله با چالش‌های ناشی از تخصصی شدن همواره مورد توجه سازمان‌ها بوده است (۲). در سال‌های اخیر توجه به ایجاد و پویایی تیم‌های کاری آنقدر گسترش

* مسئول مقاله:

انسجام و هماهنگی بیشتری برخوردار هستند (۵-۴). تیم‌های کاری مزایای فراوانی برای سازمان‌ها ایجاد می‌کنند که مهم‌ترین آن: افزایش تعهدات بین اعضا، ارتباطات موثرتر اعضا با مدیر، افزایش رضایت شغلی، تغییر طرز تلقی افراد از اجبار به اختیار، افزایش اثربخشی فرایند تصمیم‌گیری، الزام‌آور شدن پاسخگویی، بهبود کیفیت، کاهش هزینه‌های عملیات و افزایش سودآوری می‌باشد (۷-۶). 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 (۹-۸).

در سازمان‌های نظام مراقبت سلامت خصوصاً بیمارستان‌ها به دلیل اینکه ماهیت و نوع کار به گونه‌ای است که عمده فعالیت‌ها به صورت تیمی انجام می‌گیرد، توسعه و پویاسازی تیم‌های کاری ضرورت بیشتری می‌یابد (۱۰). در خصوص نقش و اهمیت بهره‌مندی از تیم‌های کاری در سازمان‌های نظام مراقبت سلامت مطالعه محدودی انجام گرفت که هر کدام به درجاتی، اثربخشی تیم‌های کاری را تأیید نمودند.

در مطالعه نوری‌زاده و همکاران کار تیمی بر باورها و احساسات (رضایت‌مندی، انگیزش، آرامش، کاهش استرس و فشار کاری، اعتماد و بهبود جایگاه) و همچنین بر بازدهی شغلی (شناخت و آگاهی، تقسیم کار و افزایش کیفیت خدمات، ارجاع و درآمد، درمان همه جانبه، جلوگیری از دوباره کاری و عوارض ثانویه بیماری) تأثیر مثبت داشت (۱۱). در مطالعه محفوظ‌پور و همکاران بیش از نیمی از پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران اعتقاد داشتند که کارهای مطلوب به شکل تیمی انجام می‌گیرد، بیش از یک سوم افراد در کار تیمی احساس امنیت داشتند و بیش از نیمی از افراد اظهار داشتند که در حین انجام کار تیمی، تبادل دانش و اطلاعات در بین اعضای تیم صورت می‌پذیرد (۱۲).

در نظام مراقبت سلامت که اهداف نهایی آن تامین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه است، طبیعتاً رسیدن به این اهداف جامع بدون توجه به عوامل تأثیرگذار اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی امکان‌پذیر نخواهد بود. بنابراین 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 برون سازمانی نظام سلامت به حساب می‌آید (۱۴-۱۳). 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 اختصاصی و دوره‌ای خواهد داشت. لذا این مطالعه به منظور شناخت تیم‌های کاری دانشکده علوم پزشکی آبادان و کارکرد آنها از دیدگاه مدیران و کارشناسان انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع پیمایشی بوده که در تابستان ۱۳۹۳ انجام گرفت. جامعه پژوهش متشکل از مدیران و کارشناسان ۵ معاونت ستادی (۱- بهداشت، ۲- درمان، ۳- غذا و دارو، ۴- توسعه مدیریت و منابع و ۵- آموزشی، پژوهشی و دانشجویی)، ۲ دانشکده پزشکی و پرستاری و ۲ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (آبادان و خرمشهر) و ۷ بیمارستان (طالقانی و شهید بهشتی آبادان، ولی عصر خرمشهر، حاجیه نرگس معرفی و راه زینب ماهشهر، شهید معرفی‌زاده شادگان، شهدای هندیجان) تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی آبادان بودند که به صورت سرشماری انتخاب شدند.

کلیه مدیران و کارشناسان در دسترس با حداقل یک سال سابقه خدمت که در زمان پرسشگری مدیریت یا مسؤلیت یکی از واحدها یا برنامه‌های بهداشتی درمانی، آموزشی، پژوهشی یا اداری مالی 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 واحد پژوهش با حضور کلیه افراد شرکت داده‌شده برگزار و در خصوص اهداف پژوهش و کلیه سؤالات تحقیق توضیح داده شد. مدیران و کارشناسان بعد از آشنایی با اهداف و محتوای پژوهش و اعلام رضایت، پرسش‌نامه توزیع شده را به صورت خودایفاد تکمیل و در اختیار پژوهشگران قرار دادند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته شامل دو قسمت: ۱- متغیرهای فردی و سازمانی با ۸ سؤال باز و بسته (محل خدمت، جنس، سن، کل سابقه خدمت، آخرین مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، حیطه شغلی و سمت شغلی) و ۲- سؤالات باز و بسته مربوط به متغیرهای وابسته در خصوص نام تیم کاری، ساختار تیم کاری (گسترده فعالیت سازمانی تیم کاری، نحوه به عضویت افراد، نقش فرد در تیم کاری، نحوه دعوت به جلسات و داشتن اهداف و شرح وظایف مدون)، کارکرد تیم‌های کاری (سطح جاری‌سازی یا فواصل زمانی برگزاری جلسات، پرداختن به اهداف و وظایف مرتبط)، سطح ارزیابی و اصلاح (سنجش دوره‌ای، اصلاح و بهبود عملکرد) و اثربخشی تیم‌های کاری (نقش تیم‌های کاری در کاهش یا حل مشکلات سازمانی و یا ارتقای برنامه‌های نظام سلامت) جمعاً با ۹ سؤال بود که روایی آن به شکل صوری با نظرخواهی از ۷ صاحب‌نظر حوزه سلامت که در مدیریت و رهبری تیم‌های کاری تجربه داشتند و اعمال نظر موارد نیاز به اصلاح تأیید شد و پایایی آن هم با آزمون کرونباخ به میزان ۸۹ 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

۵۶ نفر (۴۰/۳٪) عضو هیچ کدام از تیم‌های کاری داخل سازمانی، ۱۲۱ نفر (۸۷/۱٪) عضو هیچ کدام از تیم‌های کاری دانشگاهی و ۱۲۶ نفر (۹۰/۶٪) عضو هیچ کدام از تیم‌های کاری خارج دانشگاهی مرتبط با سلامت نبودند و مابقی از حداقل یک تیم تا حداکثر در ۸ تیم کاری داخل سازمانی، ۴ تیم کاری داخل دانشگاهی و ۴ تیم کاری خارج دانشگاهی عضویت داشتند.

قابل ذکر است از کل ۱۳۹ مدیر و کارشناس مورد مطالعه، سرجمع ۲۶۲ مورد عضویت در تیم‌های مختلف کاری ثبت شده است که ۳۱ نوع تیم کاری در رسته مدیریتی، سازمانی، رفاهی و ۲۷ نوع تیم کاری در رسته بهداشتی درمانی بودند. تیم‌های کاری با فراوانی بیش از ۵ مورد عضویت به ترتیب عبارت بودند از: کمیته بحران با ۲۶ عضویت، کنترل عفونت بیمارستانی با ۱۷ عضویت، مدارک پزشکی با ۱۶ عضویت، کمیته مرگ و میر با ۱۳ عضویت، کمیته اخلاق با ۱۰ عضویت، بهبود کیفیت با ۹ عضویت، کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه با ۸ عضویت، کمیته‌های آموزش، حوادث غیرمترقبه، دارو و درمان، سلامت مادران و مرگ مادران هر کدام با ۷ عضویت و شورای پژوهشی با ۶ عضویت. جدول ۱ میانگین عضویت افراد مورد مطالعه را در تیم‌های مختلف کاری بر اساس محل خدمت نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین عضویت مدیران و کارشناسان دانشکده علوم پزشکی آبادان در تیم‌های مختلف کاری بر حسب محل خدمت

محل خدمت	فراوانی مدیران و کارشناسان مورد بررسی	تیم‌های داخل سازمانی	تیم‌های دانشگاهی	تیم‌های خارج دانشگاهی	کل تیم‌های کاری
معاونت‌های ستادی	۲۵ (۱۸)	۰/۴۸±۱/۲	۰/۳۸±۰/۶۵	۰/۳۳±۰/۹۰	۱/۱±۱/۶
دانشکده‌های پزشکی و پرستاری	۱۵ (۱۰/۵)	۱/۱±۱/۸	۰/۸۵±۱/۴	۰/۰۸±۰/۳۰	۲/۰±۲/۰
شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها	۲۳ (۱۶/۸)	۲/۱±۲/۲	۰/۰۵±۰/۲۰	۰/۱۰±۰/۳۰	۲/۳±۲/۲
بیمارستان‌ها	۷۶ (۵۴/۷)	۲/۰±۲/۱	۰/۰۴±۰/۳۰	۰/۰۳±۰/۲۰	۲/۱±۲/۱
کل	۱۳۹	۱/۶±۲/۰	۰/۲۰±۰/۶۰	۰/۱۰±۰/۴۰	۱/۹±۲/۰
p-value		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳۱	۰/۱۴۰

مکتوب در واحدهای مختلف دانشکده علوم پزشکی آبادان متفاوت بوده است. جدول ۲ خصوصیات تیم‌های کاری دانشکده علوم پزشکی آبادان را بنا به اظهار اعضای آن بر حسب خدمت نشان می‌دهد.

کدهای تعیین شده و سطح جاری‌سازی، سطح ارزیابی و اصلاح و سطح اثربخشی با مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) به ترتیب با امتیاز ۵ تا ۱ اقدام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های اسپیرمن برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال والیس برای مقایسه میانگین‌ها و مجذور کای برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS-23 در سطح معناداری $\alpha < 0.05$ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۳۹ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۹۹ نفر (۷۱/۲٪) زن بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۳ نفر (۹/۴٪) فوق-دیپلم، ۱۰۶ نفر (۷۶/۵٪) لیسانس و ۲۰ نفر (۱۴/۱٪) مدرک فوق-لیسانس و بالاتر را داشتند. ۱۱۶ نفر (۸۳/۷٪) فارغ‌التحصیل از رشته‌های پزشکی، پیراپزشکی و سایر رشته‌های وابسته و مابقی از رشته‌های غیروابسته به پزشکی و پیراپزشکی بودند. ۱۱۰ نفر (۷۹/۱٪) در حیطه بهداشتی درمانی، ۱۹ نفر (۱۴/۱٪) در حیطه اداری مالی و ۱۰ نفر (۶/۸٪) در حیطه آموزشی پژوهشی مشغول بکار بودند. ۹۵ نفر (۶۸/۳٪) سمت مدیر یا مسئول و ۴۵ نفر (۳۱/۷٪) سمت کارشناس داشتند.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد فراوانی عضویت از تیم‌های داخل سازمانی به سمت تیم‌های دانشگاهی و خارج دانشگاهی به تدریج کاهش می‌یابد.

نحوه عضویت افراد در تیم‌های مختلف کاری، نحوه دعوت اعضاء جهت شرکت در جلسات و داشتن اهداف و شرح وظایف مدون و

جدول ۲: ساختار تیم‌های کاری دانشکده علوم پزشکی آبادان از نظر اعضاء بر اساس محل خدمت

رویکرد مدون		نحوه دعوت به جلسه						نحوه عضویت				ساختار تیم‌های کاری	
ندارد		دارد		بدون ذکر دستور کار		با ذکر دستور کار		بدون ابلاغ رسمی		با ابلاغ رسمی			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	محل خدمت	
۳/۴	۱	۹۶/۶	۲۸	۲۹/۰	۹	۷۱/۰	۲۲	۳۰/۰	۹	۷۰/۰	۲۱	معاونت‌های ستادی	
۵۰/۰	۱۳	۵۰/۰	۱۳	۵۰/۰	۱۳	۵۰/۰	۱۳	۱۲/۵	۳	۸۷/۵	۲۱	دانشکده‌های پزشکی و پرستاری	
۱۳/۳	۶	۸۶/۷	۳۹	۳۰/۰	۱۲	۷۰/۰	۲۲	۲۲/۳	۱۰	۷۶/۷	۳۳	شبکه بهداشت و درمان	
۸/۱	۱۱	۹۱/۹	۱۲۵	۳۴/۴	۴۴	۶۵/۶	۸۴	۱۸/۰	۲۳	۸۲/۰	۱۰۵	بیمارستان‌ها	
۱۳/۱	۳۱	۸۶/۹	۲۰۵	۳۴/۷	۷۸	۶۵/۳	۱۴۷	۲۰/۰	۴۵	۸۰/۰	۱۸۰	کل	
۰/۰۰۱		۰/۱۱۶						۰/۳۴۳				p-value	

سلامت آحاد جامعه از معیارهای مورد بررسی تیم‌های کاری بود که اعضای آن در دانشکده علوم پزشکی آبادان ارزیابی‌های خود را به صورت کیفی اعلام نمودند. جدول ۳ سطح کارکرد و اثربخشی تیم-های کاری دانشکده علوم پزشکی آبادان را از نظر اعضای آن بر حسب گستره یا محدوده سازمانی و جدول ۴ بر حسب محل خدمت با سقف ۵ نمره نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، محاسبه درصدها جداگانه به ازای محل خدمت و هر کدام از متغیرهای مرتبط با ساختار متداول تیم‌های کاری انجام گرفت. با آزمون مجذور کای، تنها بین محل خدمت افراد مورد مطالعه و داشتن رویکرد مدون رابطه معنی‌دار وجود داشت.

سطح جاری‌سازی، سطح ارزیابی و اصلاح از کارکردها و سطح اثربخشی جهت حل مشکلات درون و برون سازمانی یا ارتقای سطح

جدول ۳: میانگین کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری دانشکده علوم پزشکی آبادان بر حسب محدوده سازمانی

p-value	کل	خارج دانشگاهی	داخل دانشگاهی	داخل سازمانی	محدوده فعالیت	کارکرد
۰/۶۳۰	۳/۲۵±۰/۹	۳/۰۹±۱/۲	۲/۹۶±۱/۲	۳/۲۹±۰/۸	جاری‌سازی	سطح کارکرد
۰/۰۰۳	۳/۱۶±۱/۰	۲/۵۵±۰/۹	۲/۵۹±۱/۲	۳/۲۶±۰/۶	ارزیابی و اصلاح	
۰/۸۰۸	۳/۳۲±۱/۰	۳/۲۷±۱/۲	۳/۱۹±۱/۳	۳/۳۳±۱/۰	سطح اثربخشی	

متوسط بود و تنها بین محدوده فعالیت و سطح ارزیابی و اصلاح تیم‌های کاری تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد بر اساس مقیاس لیکرت سطح کارکرد و سطح اثربخشی تیم‌های کاری در محدوده مختلف سازمانی از سطح خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵)، عمدتاً بیش از حد

جدول ۴: سطح عملکرد تیم‌های کاری دانشکده علوم پزشکی آبادان بر حسب محل خدمت

p-value	کل	بیمارستان‌ها	شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها	دانشکده‌ها	معاونت‌های ستادی	واحد سازمانی
۰/۳۳۳	۳/۲۵±۰/۹	۳/۲۹±۰/۹	۳/۲۴±۰/۸	۲/۸۸±۱/۲	۳/۲۳±۰/۸	سطح کارکرد
۰/۰۰۱	۳/۱۶±۱/۰	۳/۳۲±۱/۰	۳/۲۴±۰/۶	۲/۰۴±۰/۸	۳/۱۰±۰/۹	ارزیابی و اصلاح
۰/۵۹۶	۳/۳۲±۱/۰	۳/۳۸±۱/۱	۳/۴۰±۱/۱	۳/۰۰±۱/۴	۳/۲۶±۰/۹	سطح اثربخشی

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد بر اساس مقیاس لیکرت سطح عملکردی تیم‌های کاری در واحدهای مورد مطالعه از سطح خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) به جزء در دانشکده‌ها بیش از حد متوسط بود و بین واحد سازمانی و سطح ارزیابی و اصلاح تفاوت معنی‌دار وجود داشت. گرچه بین برداشت مدیران و کارشناسان در خصوص سطح کارکرد و سطح اثربخشی تیم‌های کاری کمی متفاوت بود ولی تنها با آزمون کندالز بین سن مدیران و کارشناسان و برداشت آنان در خصوص سطح ارزیابی و اصلاح تیم‌های کاری تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P=0/019$ & $r=0/117$).

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 اظهار نظر در تصمیم‌گیری‌های سازمانی را بدهند تا تصمیمات با مشارکت اکثریت کارکنان عملیاتی و مقاومت‌ها به حداقل موارد کاهش یابد (۶-۷). 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 نصرالله پور شیروانی همخوانی دارد (۱۵). دستاوردهای در حد متوسط تیم‌های کاری در ایران ممکن است دلایل متعددی از جمله انتخاب نامناسب 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 نصرالله پور شیروانی و همکاران و مطالعه مطلق و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۶-۱۷). 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 راه‌کارهای مؤثر برای شناسایی نقاط قوت و ضعف می‌باشد که اگر متعاقب آن برنامه‌های بهبود، طراحی و اجرا گردد، منجر به افزایش اثربخشی خواهد شد. پاسوس و کاتانانو در مطالعه خود تأیید نمودند که ارزیابی عملکرد تأثیر مثبتی در بهبود عملکرد تیم‌ها دارد (۱۸).

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 (۱۶-۱۷). 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 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 به‌صورت منظم و با حضور اعضاء برگزار و جهت پیگیری مصوبات جلسه هم اقدام شد (۱۹). در مطالعه‌ی کبیرزاده و همکاران در سال ۱۳۸۶، تشکیل جلسات کمیته‌های مدارک پزشکی ۴۲/۸ درصد گزارش گردید و وضعیت آن در این خصوص نامطلوب ارزیابی شده است (۲۰). 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 درصد جلسات کمیته‌ی مدارک پزشکی دانشگاه‌های مذکور تشکیل گردید که از بین آن ۷۳/۵٪ جلسات با حضور ناقص اعضا تشکیل شده بود (۲۱). بنابراین، مطالعات مذکور نشان می‌دهد تشکیل جلسات که یکی از معیارهای جاری‌سازی تیم‌های کاری محسوب می‌شود، عمدتاً در حد متوسط انجام می‌گیرد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیش از دو سوم تیم‌های کاری دارای اهداف و شرح وظایف مدون بودند که تا حدود زیادی با مطالعه سایر محققان هم‌خوانی دارد (۱۶-۱۷). 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 (۲۲). نداشتن اهداف مشترک و وظایف تعریف‌شده یکی از موانع مهم در مؤثر واقع‌شدن تیم‌های کاری می‌باشد (۲۳). 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 (۲۴).

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین میانگین عضویت در تیم‌های مختلف کاری و واحدهای تابعه دانشکده علوم پزشکی آبادان تفاوت معنی‌دار وجود دارد که این یا به خاطر بالاتر بودن میزان استقبال مدیران و کارشناسان شاغل در شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها می‌باشد و یا می‌تواند به خاطر بیشتر بودن مشکلات سازمانی و اعتقاد و تمایل به حل آن از طریق فعال‌سازی تیم‌های 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 سایر واحدهای دانشکده مورد تأکید قرار گرفته است.

- مشارکت مدیران و کارشناسان جهت عضویت در تیم‌های مختلف کاری توسعه داده شود به گونه‌ای هر مدیر یا کارشناس مسئول برنامه‌ها، 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 دانشکده، 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، اقدام لازم گیرد تا با تمرکز بیشتر منابع و ظرفیت‌ها، دستاوردهای بزرگ‌تر و مؤثرتری حاصل شود.
- تدوین شاخص‌های کمی ارزیابی کارکرد و اثربخشی تیم‌های کاری که از نقاط ضعف و محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشکده علوم پزشکی آبادان 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.

یکی از یافته‌های این مطالعه ارتباط معکوس معنی‌دار بین سن مدیران و کارشناسان و برداشت آنان در خصوص سطح ارزیابی و اصلاح تیم‌های کاری بوده است. مورد مذکور، می‌تواند به خاطر این باشد که افراد با سن بالاتر شناخت و تجربه بیشتری در ارزیابی دارند و همه واقعیت‌های موجود را در ارزیابی‌های خود لحاظ نموده و بدین ترتیب، سطح ارزیابی را واقعی‌تر قضاوت نمودند.

یکی از یافته‌های مطالعه حاضر متنوع بودن تیم‌های کاری شناسایی شده و نابرابر بودن آن در واحدهای مختلف دانشکده می‌باشد که اکثریت آن‌ها در همه واحدهای دانشکده جاری و فعال بودند. گرچه ایجاد و فعال نمودن بعضی از تیم‌های کاری با ابلاغ واحدهای سطح مافوق، الزام‌آور بوده ولی شرایط مختلف واحدهای دانشکده و نیازهای محلی هم می‌تواند در ایجاد تنوع تیم‌های کاری تأثیرگذار باشد (۲۵) که مجموع عوامل مذکور باعث ایجاد تنوع و نابرابر بودن تعداد تیم‌های کاری در واحدهای مختلف دانشکده شده است.

در 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 مستنداتی که 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 شرکت‌کننده در جلسه و درصد شرکت مدیران ارشد، تعداد مصوبات و مصوبات اجراء شده به تفکیک مصوبات درون و برون‌بخشی و موارد دیگر از ضعف‌های مطالعه حاضر می‌باشد که خود نیازمند به پژوهشی مستقل در یک دوره زمانی وسیع‌تر می‌باشد.

با توجه به نتایج مطالعه که عضویت حدود دو سوم مدیران و کارشناسان را حداقل در یکی از تیم‌های کاری نشان داد، سطح عملکردی و اثربخشی مجموعه تیم‌های کاری در حد متوسط و سطح ارزیابی و اصلاح پایین‌تر از سطح متوسط ارزیابی شد و همچنین نظر به محدودیت‌های این مطالعه پیشنهاد می‌گردد:

References

1. Procter S, Currie G. Target-based teamworking: groups, work and interdependence in the UK civil service. *Human Relations* 2004; 57(12): 1547–1572.
2. 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.
3. Gibson CB, Porath CL, Benson GS, Lawler EE. What results when firms implement practices: The differential relationship between specific practices, firm financial performance, customer service, and quality. *Journal of Applied Psychology* 2007; 92(6): 1467-1480.
4. Millward LJ, Jeffries N. The team survey: a tool for health care team development. *J Adv Nurs* 2001; 35(2) 276–287.
5. 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.
6. Cashman SB, Reidy P, Cody K, Lemy CA. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care* 2004; 18(2): 183-196.
7. Yohe SW, Hatfield L. Moderating factors in participative management. *Proceedings of the Academy of Organizational Culture, Communications and Conflict* 2003; 7(2): 33-38.
8. Wageman R, Hackman RJ, Lehman E. Team Diagnostic Survey: Development of an Instrument. *Journal of Applied Behavioral Science* 2005; 41(4): 373-398.
9. 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.
10. Tavkoli MR, Karimi S, Javadi M, Jabari AR. The Survey weaknesses performance - Based Scheme (New Guidelines fee for Service Design) in Selected Teaching Hospitals of Isfahan 2014, a Qualitative Study. *Journal of Healthcare Management* 2016; 6(4): 81-89. [Persian]
11. Noorzadeh Dehkordi S, Dadashzadeh L, Dadgoo M, Shafaroodi N, Kamali M. Experience of Physiotherapists of Teamwork Results: Teamwork of Team Work Results: A Qualitative Study. *Physical Treatments Journal* 2014; 4(3): 161-168 [Persian]
12. 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 2009. *JOURNAL OF SHAHID BEHESHTI SCHOOL OF NURSING & MIDWIFERY* 2012; 22(76): 35-41. [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. Nasrollahpour 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 S, Motlagh M, Shariati M, Haji seiyed azizi P. Function and Effectiveness of Work Teams in Vice-Chancellery for Health of Universities of Medical Sciences in Iran: Viewpoint of Managers and Experts. *Journal of Health Administration*. 2015; 17 (58) :17-27. [Persian]
16. Nasrollahpour 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
17. Motlagh ME, Nasrollahpour 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]
18. 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.
19. 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]
20. 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]
21. 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]

22. Zarraga C, Garcia-Falcon M. "Factors favoring knowledge management in work teams". Journal of knowledge management 2003; 7(2): 81-96.
23. 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.
24. McComb SA, Green SG, Compton WD. Project goals, team Performance, and shared understanding. Engineering Management Journal 1999; 11(3): 7-12.
25. 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]

Assessment of performance of Work Teams in of Abadan School of Medical Sciences: Managers and Experts' Perspectives

Adbollah Khanzadeh(MD)¹, Mohammad Esmaeil Motlagh(MD)², Adbolreza Mirshakak(GP)³, Maryam Niakan(MSc)⁴, Neda Akbari-Nassaji(MSc)⁵, Seyed Davoud Nasrollahpour Shirvani(Ph.D)^{6*}

1. Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, IR Iran.
2. Professor, Pediatrics Department, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, IR Iran.
3. Deputy of Development of Management and Resources, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, IR Iran.
4. School of Nursing, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, IR Iran.
5. Lecturer, School of Nursing, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, IR Iran.
6. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, IR Iran. (Corresponding Author) Email: dnshirvani@gmail.com

Received:2016-12-30, Revised: 2017-03-15, Accepted:2017-04-26

Abstract

Background: 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 Abadan School of Medical Sciences.

Methods: In this descriptive- analytic study, conducted in 2014. This survey was conducted on managers and experts of Abadan School of Medical Sciences. Data collection was done using a researcher made questionnaire, 9 demographic variables and 8 questions were included about teams. Data analysis was performed using SPSS23 at a significant level of $\alpha < 0.05$.

Findings: Of the 139 samples, 95 patients (68.3%) in at least one work teams to a maximum of eight work teams and had a total of 262 teams members. Of organizational domains, 224 (85.5%) domestic teams, 27 (3.10%) academic teams and 11 (2.4%) was the provincial team. 80% of the membership was with official notification, and 68.8% with invitation to the meeting. Deployment level, assessment, renovation and effectiveness of work teams, from managers and experts' perspectives, was 3.25 ± 0.9 , 3.16 ± 1.0 , 3.32 ± 1.0 , respectively. There was a significant difference Between education, employment environment and deployment level, the place of employment, occupational and assessment, renovation, between education, place of work, employment environment the organization and effectiveness of work teams ($P < 0.05$).

Conclusion: The study found that about two-thirds of people with functional work teams involved at the intermediate level. It is recommended to design and implement intervention programs leading to improved performance

Keywords: Assessment of performance, Work Teams, Managers' Perspectives, Abadan of Medical Sciences.

*Corresponding Author:

Address: General educational department medical faculty, Babol University of medical science

E-mail: dnshirvani@gmail.com , **Tell:** 01132190631