

## موانع و تسهیل‌کننده‌های کار تیمی در مراقبت‌های بخش زایمان: یک مطالعه کیفی

سیده طاهره میرمولایی\* می‌نور لمیعیان\*\* معصومه سیمبر\*\*\* ابوعلی ودادهیر\*\*\*\* آری‌ن قلی‌پور\*\*\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مهم‌ترین ارکان موفقیت در ارائه خدمات مناسب در بخش زایمان، کار تیمی خوب (بین متخصصان زنان و ماماها) است. از این رو مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر کار تیمی در بخش زایمان یکی از بیمارستان‌های دولتی شهر تهران انجام گرفته است. **روش بررسی:** این مطالعه کیفی با ۹ نفر از ماماها و ۴ نفر از متخصصان زنان که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند، انجام یافته است. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته در سال ۹۳-۱۳۹۲ در یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران جمع‌آوری و به روش تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شد.

**یافته‌ها:** موانع و تسهیل‌کننده‌های کار تیمی در بخش لیبر دو مضمون پدیدار شده در این مطالعه بودند. طبقات اصلی مضمون موانع کار تیمی: مسایل زمینه‌ای (تضادهای بین حرفه‌ای، مسایل قانونی، دریافت مالی)؛ مشکلات فردی (مشکل جسمی، ویژگی‌های منفی شخصیتی، مسایل خانوادگی)؛ نقص توانایی و مهارت؛ (نداشتن توانمندی و انگیزه، ضعف آموزشی، تجربه کم) و سیستم مدیریتی سازمان یا خارج تیم (برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نامناسب، ساختار سلسله مراتبی، عدم ارزشیابی تیم، بی‌عدالتی) و طبقات اصلی مضمون تسهیل‌کننده‌های کار تیمی: مدیریت داخلی تیم؛ (رهبر تیم، جوکاری، شفاف‌سازی ارزش‌گذاری فعالیت افراد، اجرای درست قوانین بالادستی) همکاری، همیاری و همدلی؛ (کمک و همکاری، همدلی و حمایت از هم) و ویژگی فردی لازم برای کار در تیم زایمان (روابط مناسب، ویژگی‌های مثبت شخصیتی)، بود.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه، موانع و تسهیل‌کننده‌های کار تیمی در بخش لیبر به صورت جامع و در سطوح مختلف شناسایی شدند. براساس این یافته‌ها می‌توان مداخلاتی را جهت افزایش سطح کار تیمی طراحی و اجرا نمود.

نویسنده مسؤل:  
می‌نور لمیعیان؛  
دانشکده علوم پزشکی  
دانشگاه تربیت مدرس  
e-mail:  
lamyianm@modares  
.ac.ir

**واژه‌های کلیدی:** مطالعه کیفی، کار تیمی، ماما، متخصص زنان، موانع کار تیمی، تسهیل‌کننده‌های کار تیمی، بخش زایمان

- دریافت مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: دی ماه ۱۳۹۴

### مقدمه

کیفیت مراقبت‌های مادری در بخش لیبر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱). بخش زایمان به عنوان یک بخش اورژانس و خدمات آن جزء فوریت‌ها به حساب می‌آید. لذا اصول

مراقبت‌های فوریتی نیز بر این بخش مترتب است. اهمیت استانداردهای مراقبتی در بخش زایمان و نیز در مورد مادر و کودک به حدی است که خطوط راهنمای خاص هر یک از حوادث و موارد مربوط به آن‌ها تدوین شده و به منظور پیشگیری از خطاها و تضمین کیفیت خدمات، ملاک عمل ارائه‌کنندگان خدمات است و همچنین ابزارهایی برای تضمین کیفیت

\* دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
\*\* گروه آموزشی مامایی و بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
\*\*\* دانشیار گروه آموزشی مامایی و بهداشت باروری دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
\*\*\*\* دانشیار گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
\*\*\*\*\* استادیار گروه آموزشی جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران  
\*\*\*\*\* استاد گروه آموزشی مدیریت منابع انسانی دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مراقبت‌های مامایی تدوین و معیارهایی برای پیامدهای مراقبت‌های مامایی تعیین و برای ارزشیابی اثربخشی تیم‌های مامایی به کار می‌رود (۳ و ۲). بنابراین سلامت زنان در همه دوران زندگی و با اهمیت بیش‌تر در دوران باروری از اولویت‌های نظام سلامت در تمامی کشورهاست و شاخص‌های سلامت زنان در دوران باروری و به ویژه زایمان از جمله نشانگرهای وضعیت سلامت جامعه و توسعه یافتگی محسوب می‌شود (۴). برنامه‌ریزی و سامان‌دهی ارائه خدمات مامایی در بخش زایمان یکی از مهم‌ترین راهبردها در کاهش میزان بار بیماری‌های زنان در دوران باروری و زایمان و همچنین کاهش آمار بالای سزارین است که نیازمند توجه جدی است (۷-۵).

به تازگی کار تیمی به عنوان یکی از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌ها در پیامدهای مثبت و هزینه - اثربخش در محیط‌های سازمانی مختلف و نیز در تعامل افراد با هم در محیط‌های پرخطر، مطرح شده است (۸ و ۹). در این راستا، کالج آمریکایی متخصصان زنان و مامایی نیز اهدافی را در مورد ایمنی بیماران مشخص کرده است. یکی از این اهداف تعهد به فرهنگ ایمنی بیمار از طریق کار عملی روزانه در کار تیمی، ارتباطات، همکاری و رهبری قوی در مورد فراهم‌کنندگان خدمت است (۱۰). بنابراین همکاری مؤثر بین گروه‌های حرفه‌ای به طور فزاینده‌ای به عنوان عنصر اساسی در ایمنی و کیفیت خوب مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه است. کار تیمی به ویژه در زمینه مراقبت‌های مادری در بخش لیبر، جایی که زنان پدیده مهم زایمان را تجربه می‌کنند، مهم

است (۱۱). نتایج برخی از مطالعات اخیر انجام گرفته در زمینه موانع کارهای تیمی، عوامل زیادی را شناسایی کرده‌اند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به عدم تعریف شفاف وظایف افراد، مدیریت ضعیف، ارتباطات ناسازگار، وجود سلسله مراتب در بخش‌ها، عدم مهارت و دانش کافی و تقسیم نامناسب مسؤلیت‌ها اشاره کرد (۱۷-۱۲). اما با وجود اهمیت کار تیمی در بخش لیبر، مطالعات در این خصوص اندک بوده است و برخی از آن‌ها به آموزش و یادگیری کار تیمی، آگاهی از موقعیت و تصمیم‌گیری در تیم و تضادهای بین حرفه‌ای در تیم زایمان و بخش لیبر پرداخته‌اند (۲۰-۱۸). از آن جا که در تمام دنیا سیاست‌گذاری‌ها در حوزه خدمات مادری و مدل مناسب ارائه این خدمات، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و مدل مناسب برای هر شرایط، محیط و زمینه‌ای متفاوت است (۲۱)، بررسی و شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های کار تیمی در محیط‌های مختلف برای استفاده اختصاصی در آن محیط‌ها می‌تواند نتیجه مطلوبی در برداشته باشد (۲۲). از این رو بیمارستان‌های ما نیز نیازمند داشتن مدل مناسب کار تیمی خود در بخش‌های زایمان هستند. ارائه مدل بومی و مناسب کار تیمی مستلزم تحقیقات در این زمینه است. نتایج برخی از مطالعات ایرانی حاکی از نقص و لزوم توسعه کار تیمی در بیمارستان‌ها بوده است (۲۳). همچنین یک مطالعه کیفی در مورد سزارین، در بررسی رفتارهای ارائه‌کنندگان خدمات زایمانی حاکی از کاهش مهارت‌های اداره زایمان طبیعی در متخصصان زنان و ماماها و اشکال در آموزش این دو گروه و نیز

فقدان همکاری بین آن‌ها بوده است (۲۴). با توجه به کمبود مطالعه در مورد کار تیمی در بخش لیبر و وجود مشکلات در این زمینه و نیز با در نظر گرفتن توانایی و قابلیت مطالعات کیفی در دستیابی به تجربیات شرکت‌کنندگان (۲۵ و ۲۶)، مطالعه کیفی حاضر با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر کار تیمی در بخش زایمان (از دیدگاه اعضای تیم زایمان) در یکی از بیمارستان‌های دولتی شهر تهران انجام گرفته است.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعات کیفی است. محیط انجام مطالعه یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. انتخاب این بیمارستان به این دلیل بود که در آن ماماها خود به انجام زایمان می‌پردازند و این کار به صورت یک کار تیمی با متخصصان زنان انجام می‌گیرد. بنابراین مشارکت‌کنندگان از بین ماماها و پزشکان متخصص زنان شاغل در بخش لیبر انتخاب شدند و رضایت خود از شرکت در مطالعه را کتباً اعلام کردند. معیارهای ورود آن‌ها شامل: ملیت ایرانی، زبان فارسی، داشتن حداقل یک سال تجربه کاری یا اشتغال دائم در این بخش بود.

برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. در این روش افرادی به عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند که دارای بیش‌ترین و غنی‌ترین اطلاعات بوده و می‌توانستند اطلاعات خود را به طور مناسب در اختیار محقق قرار دهند (۲۷ و ۲۸). این کار تا مرحله رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه

یافت، منظور از اشباع داده‌ها حالتی است که دیگر هیچ اطلاعات جدیدی از داده‌ها استخراج نمی‌شود و طبقات با توجه به حداکثر ویژگی‌های خود تکامل پیدا کرده‌اند. این مرحله در مطالعه حاضر با ۱۳ شرکت‌کننده (۹ ماما و ۴ پزشک متخصص زنان) به دست آمد. همچنین سعی شد شرکت‌کنندگان به لحاظ سنی، وضعیت استخدامی، سابقه کار، مدرک تحصیلی و موقعیت شغلی از تنوع لازم برای پدید آوردن داده‌های متنوع برخوردار باشند. از بین ۹ ماما، پنج نفر متأهل، سه نفر کارشناس ارشد و بقیه کارشناس مامایی بودند. همچنین سه نفر طرحی و یک نفر قراردادی و بقیه استخدام رسمی بودند. سابقه کار آن‌ها از یک و نیم تا ۲۷ سال بود. از بین متخصصان زنان نیز همه متأهل و استخدامی بودند و نیز سابقه کاری آن‌ها بین ۶ تا ۲۴ سال و یک نفر از آن‌ها عضو هیأت علمی بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته (Semi-Structured) استفاده شد. مصاحبه‌ها در محل بخش و در اتاق استراحت کارکنان انجام گرفت. حین مصاحبه‌ها از سؤالات راهنما (مانند بیان تجربه خود از کار تیمی، بیان مواردی از کار تیمی خوب و کار تیمی بد، دلایل خوب شدن یا بد شدن کار تیمی، ارتباطات بین افراد تیم و ...) که با استفاده از مرور متون و نظرات متخصصان این حیطه طراحی شده بود، استفاده شد. مدت زمان هر یک از مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۱۱۵ دقیقه متغیر بود. تعداد ۱۶ مصاحبه انجام گرفت. گفته‌های افراد با کسب رضایت‌شان در حین مصاحبه با استفاده از

تحلیل داده‌ها در جلسات مشترک تیم تحقیق و نیز بازبینی همکاران (peer check)، متخصصان (expert check) و غوطه‌وری (Immersed) در داده‌ها با مراجعه مکرر به آن‌ها و اصلاحات لازم در کدگذاری و در برخی موارد کدگذاری مجدد استفاده شد.

برای رعایت مسایل اخلاقی در این مطالعه از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کسب گردیده و همچنین افراد حق انصراف و ترک مطالعه را در هر موقع که اراده نمایند، داشتند. جهت انجام مطالعه حاضر از کمیته اخلاق در پژوهش واقع در دانشگاه تربیت مدرس با شماره د ۵۲/۵۱۲۰ تأییدیه اخلاقی کسب گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه بعد از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، دو درون‌مایه موانع و تسهیل‌کننده‌های کار تیمی آشکار شد. درون‌مایه موانع کار تیمی در بخش لیبر از چهار طبقه مسایل زمینه‌ای (شامل زیرطبقات تضادهای بین حرفه‌ای، مسایل قانونی و مسایل مالی)، مشکلات فردی (شامل زیرطبقات مشکل جسمی، ویژگی‌های منفی شخصیتی و مسایل خانوادگی)، نقص توانایی و مهارت (شامل زیرطبقات نداشتن توانمندی و انگیزه، ضعف آموزشی و تجربه کم) و سیستم مدیریتی سازمان یا خارج تیم (با زیرطبقات سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی نامناسب، ساختار سلسله‌مراتبی، عدم ارزشیابی تیم و بی‌عدالتی) استخراج شد. درون‌مایه تسهیل‌کننده‌های کار تیمی نیز از سه طبقه مدیریت داخلی تیم (با زیرطبقات مدیر یا رهبر تیم، جو کاری،

دستگاه ضبط صوت ضبط شد. همچنین محقق در حین مصاحبه از یادداشت‌برداری نیز برای ثبت اطلاعات استفاده کرد. متن مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از پایان هر مصاحبه، چند بار گوش داده شده و در نرم‌افزار Word تایپ شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای قراردادی (Conventional Content- Analysis) استفاده شد که روشی برای شناسایی، تحلیل و گزارش الگوهای (تم‌ها) موجود در داخل متن است و در تحلیل داده‌های کیفی کاربرد بسیار زیادی دارد. این نوع تحلیل، زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که نظریه‌های موجود در زمینه موضوع تحقیق محدود باشد (۲۹). همچنین نحوه کدگذاری در مطالعات کیفی و رعایت اعتبار یافته‌ها مدنظر قرار گرفت (۳۰ و ۳۱). مراحل تحلیل و کدبندی داده‌ها به ترتیب زیر بود: آشنایی با متن داده‌ها (خواندن چند باره متن‌های تایپ شده و غوطه‌وری در داده‌ها و شناسایی خط داستان)، شناسایی و استخراج کدهای اولیه (با کدگذاری عبارات و جملات و پاراگراف‌ها)، قرار دادن کدهای مشابه در کنار هم در یک زیرطبقه و زیرطبقات مشابه در یک طبقه و نهایتاً استخراج درون‌مایه‌ها از طبقات، همچنین کدگذاری مجدد و تغییر نام برخی از زیرطبقات. کلیه این مراحل با ارایه نتایج به همکاران تیم تحقیق و نیز متخصصانی خارج از تیم تحقیق و استفاده از نظرات آن‌ها انجام گرفت.

برای قوام (Rigor)، انتقال‌پذیری و پایایی داده‌ها از برقراری ارتباط صمیمانه با مشارکت‌کنندگان و ارایه نتایج مصاحبه‌ها و کدگذاری به برخی از آن‌ها و همچنین تفسیر و

می‌شود و این امر بر کیفیت کاری افراد در تیم و به ویژه در ارتباطات اثر منفی می‌گذارد.

(۲) مسایل قانونی: مسایل قانونی (پزشکی قانونی) از جمله مواردی است که می‌تواند موجب ترس بیش از اندازه افراد شده و روی انجام وظایف آن‌ها به نحو صحیح اثرگذار باشد یا باعث شود که آن‌ها از وظایف مصوب خود سرباز زنند یا از انجام اقدامات نجات بخش اما دارای خطر، امتناع ورزند. مثال‌هایی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان عبارتند از: «ترس از مسایل لگال (قانونی) یک طوری شده که روی کارکرد تأثیر گذاشته ... جرأت را از من می‌گیره.» (ماما ۱) یا «بالاخره مسایل قانونی به خصوص در مورد پزشکان جدید باعث احتیاط بیش از اندازه می‌شود و آن‌ها هر اقدامی را انجام نمی‌دهند. خوب بالتبع سزارین هم بیشتر می‌شه.» (پزشک ۳)

(۳) دریافت مالی: یکی از مهم‌ترین مسایل در گروه پزشکی و در نزد تمامی حرف آن، مسأله دریافت مالی است. از آن جا که حرفه‌های پزشکی با جان و سلامت مردم در ارتباط هستند، وظایف شغلی آن‌ها پر مسؤولیت است. هر چه مسؤولیت حرفه‌ای افراد بیشتر باشد، استرس شغلی و سختی کارشان بیشتر می‌شود. بنابراین به همین اندازه انتظار دریافت مالی دارند. اگر دریافت مالی آن‌ها نسبت به حجم کاری و مسؤولیت‌شان مناسب نباشد موجبات نارضایتی آن‌ها را فراهم می‌آورد و به تدریج ممکن است در کیفیت کاری آن‌ها نیز اثر بگذارد. اکثر مشارکت‌کنندگان در اظهارات خود

شفاف‌سازی ارزش‌گذاری فعالیت افراد و اجرای درست قوانین بالادستی)، همکاری، همیاری و همدلی (با زیرطبقات کمک و همکاری و همدلی و حمایت از هم) و ویژگی‌های فردی برای کار در تیم زایمان (شامل زیرطبقات روابط مناسب و ویژگی‌های مثبت شخصیتی) پدیدار گردید.

### موانع کار تیمی در بخش لیبر

طبقات برآمده از داده‌هایی که حاکی از عوامل مختل‌کننده و کاهش‌دهنده کیفیت کاری تیم و افراد بود، به موانع کار تیمی نام‌گذاری شد. چهار طبقه مرتبط با موانع به شرح ذیل است:

#### الف) مسایل زمینه‌ای

منظور از مسایل زمینه‌ای، مشکلاتی است که به نگرش و ارتباطات بین حرفه‌ای افراد و همچنین مسایل قانونی و دریافت مالی ربط دارد.

(۱) تضادهای بین حرفه‌ای: نگرش منفی حرفه‌ها به هم در ارتباطات کاری و نیز در حین انجام وظایف و فعالیت‌ها، می‌تواند منبعی برای اختلال در کار تیمی باشد. از جمله این موانع تضادهای بین حرفه‌ای است. کما این که در اظهارات شرکت‌کنندگان ردپای این قضیه وجود دارد. مثلاً، «پرستارها خیلی با ماماها خوب نیستن چیزهایی را گیر می‌دن ... مثلاً موقع تحویل گرفتن بیمار» (ماما ۱) یا «... متخصصان زنان ماما را قبول ندارند عامل مزاحم می‌دانند» (ماما ۲). یا «مریض هم به من اعتماد نمی‌کند وقتی جلوش دکتر می‌گوید این (ماما) بلد نیست» (ماما ۷). همان‌گونه که مشخص است تضاد بین حرفه‌های مختلف موجب نوعی بدبینی و عدم اعتماد نسبت به حرفه دیگر

به این مطلب اشاره داشتند: به طور مثال: «مثلاً همین مسأله حق زایمانی که گذاشتند. ببینید حق زایمان تو مرکز ما برقراره از همون ابتدای ۸۴ که بخشنامه‌اش آمد برقرار هم شد. ولی باز مامای من می‌گفت ۳۵ هزار تومان متخصص زنان بگیره و ۲ هزار تومان من بگیرم، نه ولش کن پس همون مریض بره سزارین بشود. یعنی این تأثیر گذاشته رو کارکرد منی که به من حق زایمان را می‌دهند ... به خاطر این که احساس می‌کنم از نظر مالی داره به من اجحاف می‌شه من زحمتش را می‌کشم، پزشک درسته که تو بیمارستانه ولی تو اتاقتش خوابیده. من دارم لیبر را کنترل می‌کنم من دارم زایمانش را انجام می‌دهم. الان هم به همین نسبت اضافه شده باز بیش‌تر پول زایمان طبیعی را به پزشک می‌دهند. این اصلاً درست نیست.» (ماما ۱) این مسأله در اظهارات پزشک هم وجود داشت: «چون مطمئناً مامایی جزء کارهای سنگین است و پر استرس است. من فکر می‌کنم که باید بروند بررسی کنند که چقدر درخور کار این ماما است. کاری که این ماما دارد انجام می‌دهد آیا این حقوق که دارد دریافت می‌کند مناسب است؟ به هر حال فکر می‌کنم باید بیش‌تر رویش کار کنند قسمت مالی قضیه را.» (پزشک ۱) به طور کلی پزشکان هم دریافت مالی و تلویحاً تأثیر آن بر کار را بسیار حایز اهمیت می‌دانستند. مثلاً: «مطمئناً من فکر می‌کنم قسمت مالی قضیه خیلی تأثیرگذاره روی این مسأله (کار افراد) به صورت ناخودآگاه.» (پزشک ۱) یا «... من خودم تو کارم، یعنی در کار فرد فردمان

مشکلاتی است که تو محیط کاری داریم و تو محیط اجتماعی داریم. فرض کنی وقتی که تأمین نیستیم مجبوریم چند جا کار کنیم و این خیلی تأثیر منفی ممکن است داشته باشد و باعث خستگی می‌شود. بالاخره مسأله مالی مؤثر است.» (پزشک ۲)

#### ب) مشکلات فردی

منظور از مشکلات فردی مشکلاتی است که بدون این که به دیگران ارتباط داشته باشد، گریبانگیر افراد است ولی می‌تواند به عنوان یک مانع بر روی کیفیت ارتباطات و کار افراد در تیم اثر بگذارد. مشکلات فردی در این مطالعه از سه دسته مشکلات جسمی، ویژگی‌های منفی شخصیتی و مسایل خانوادگی استخراج شد.

۱) مشکل جسمی: کار در تیم زایمان مستلزم سرپا ماندن در ساعات طولانی و نیز فعالیت بدنی زیاد و خیلی از اوقات انجام حجم زیادی از کار است. لذا اشتغال در بخش لیبر در طی سال‌های متمادی می‌تواند صدمات و آسیب‌های جسمانی برای افراد به بار آورد. مشکلات جسمی مانع از سرعت در کار و نیز موجب کاهش کیفیت کاری افراد می‌شود. به طوری که موجب کم کاری افراد و واگذاری حجم بیش‌تر کار بر روی دوش همکاران دیگر می‌شود. به همین دلیل می‌تواند باعث اختلال در ارتباط بین همکاران و به همین دلیل ترک پیش از موعد شغل گردد. برخی از مشارکت‌کنندگان این مورد را مطرح کردند: «ماماهای با تجربه‌تر ما با درخواست بازنشستگی پیش از موعد خیلی‌هاشون بازنشسته شدند رفتند ... مشکلاتی که از نظر بیماری و توانمندی بالاخره کم‌رود داشتند پادرد داشتند سردرد داشتند و

۳) مسایل خانوادگی: مسایل مربوط به خانواده که باعث آزار افراد است و یا آرامش روانی آن‌ها را در محیط کار برهم می‌زند. نظیر محیط خانوادگی نامناسب از حیث روابط با همسر و فرزند و غیره. مثلاً آن‌جا که مشارکت‌کنندگان می‌گویند: «به خاطر مشکلاتی که خودشان در زندگی خانوادگی داشتند مشکلات بالاخره همسر و فرزند ... این را به کار و محیط کارشون منتقل می‌کردند.» (ماما ۱) یا آن‌جا که پزشکی اهمیت آرامش داشتن از لحاظ خانوادگی را مطرح می‌کند و این طور می‌گوید: «این که از نظر خانوادگی آرامش داشته باشی و حالا دارید می‌آیید تو محیط کارتان ... تو کار اثر داره» (پزشک ۱)

#### ج) نقص توانایی و مهارت

نداشتن توانایی در انجام وظایف، نداشتن تجربه و ضعف آموزش‌های دوران تحصیل، موجب می‌شود که افراد به هنگام اشتغال با مشکل روبه‌رو شده و نتوانند وظایف خود را با کیفیت لازم انجام دهند و لذا این ضعف موجب اختلال در کار نهایی تیم می‌شود و کیفیت خدمات تیم را نامطلوب می‌کند. همچنین قضاوت همکاران تیم نسبت به فردی که توانایی و مهارت لازم را ندارد نیز منفی می‌کند. سه زیرطبقه مرتبط با این طبقه عبارت بودند از: نداشتن توانمندی و انگیزه، ضعف آموزشی و تجربه کم.

۱) نداشتن توانمندی و انگیزه: عدم توانمندی در انجام فعالیت‌ها و وظایف و یا تجربه کم موجب عدم اعتماد به نفس افراد و کاهش کیفیت کاری و نیز قضاوت منفی دیگران نسبت به او می‌شود. این موارد تقسیم صحیح

بیماری‌هایی را داشتند که به مرور هم در اثر سن و هم کار زیاد براشون به وجود آمده بود و هم از این طرف شیفت‌ها خیلی زیاد ... نمی‌توانستند خوب کار کنند نمی‌کشیدند کانتکت بین ماماها بسیار زیاد بود. خوب غیرقابل اجتناب بود و تقریباً ما هر شیفت مشکل داشتیم مشاجره داشتیم تو کار ...» (ماما ۱)

۲) ویژگی‌های منفی شخصیتی: این مشکلات شامل موارد و مشکلاتی است که در خود شخص و رفتارش وجود دارد و مانعی در کار تیمی و همکاری بین فردی است. کما این که در اظهارات مشارکت‌کنندگان نیز آمده است: «وقتی به دروغ می‌گه من نگفتم من چطوری ثابت کنم یا از خودم دفاع کنم. خوب این باعث می‌شه که آدم دیگه راحت نتونه کار کنه.» (ماما ۳) یا «طرحی‌های سری قبل‌مان که آمده بودند خیلی‌هاشون اصلاً بلد نبودند که با بزرگ‌تر چطوری برخورد کنند. من مسؤل شیفت باهاشون مشکل داشتم» (ماما ۶). یا «اولین باری که آدم این‌جا، پروب گذاشتن روی شکم را فکر می‌کنم دیگه همه بلدند می‌خواهی قلب را پیدا کنی همه می‌توانند پیدا کنند. من داشتم دنبالش می‌گشتم. دکتر این‌جوری کرد» اینو وردارین کی اینو گذاشته این‌جا، پروب بلد نیست بگذارد روی شکم ... به من برخورد جلوی مریض توهین کرد ... آره دیگه این روی کیفیت کار فرد اثر می‌گذارد. کلاً با همه پرسنل و همه مسؤل‌امون هم همین‌جور بود. اخلاق خیلی بدی داشت. «به نظر من فوق‌العاده آدم به نظر من آدم بسیار بی‌ادبی بود ... کسی دوست نداشت باهاش کار کنه ...» (ماما ۷)

وظایف را دچار اختلال می‌کند و اعتماد همکاران به آن عضو تیم را که توانمندی مناسب و یا تجربه ندارد، خدشه‌دار می‌کند. این امر در گفته‌های مشارکت‌کنندگان وجود دارد. به طور مثال: «واقعاً یک خرده هم ماماها به خصوص ماما‌های جدید از جنبه خودشون توانمندی‌شون را از دست داده‌اند. احساس می‌کنم اکثرشون انگیزه ندارند. یک کار تحقیقی نکردن ... انگیزه‌شون را از دست داده‌اند.» (ماما ۱). یا از زبان یکی از پزشکان داریم: «... چیزهایی که توی معاینات گزارش کرده بودند (ماماها) درست نبود یا این که گفتند بچه‌ای مانیتور قلبش خوب بوده ولی با آپگار پایین به دنیا آمد خوب من نمی‌تونم دیگه اعتماد کنم ... پزشکان جدید هم خیلی علمی بلدند ولی مشکل مهارتی دارند.» (پزشک ۲)

۲) ضعف آموزشی: آموزش‌های دوران تحصیل نقش به‌سزایی در کسب مهارت‌ها و توانایی انجام وظایف در زمان اشتغال به کار دارد. اظهارات مشارکت‌کنندگان حاکی از نقص‌های آموزشی دوران تحصیل در دو حوزه آموزش کار تیمی و به‌ویژه مهارت‌های عملی مربوط به وظایف حرفه‌ای بود. مثال: «من یکی از پزشکان را یادم می‌آید که وقتی می‌خواست آمبو بزند نمی‌دانست حداقل این پوزیشن سر را باید اکستنشن بدهد، یعنی همین جوری روی هوا داشت آمبو می‌زد. من بهش گفتم.» (ماما ۷) یا «خوب آره این یک چیز کلی است (عدم آمادگی) که متأسفانه همه ما داریم تا یک درجاتی. چون خیلی آموزش داده نشده بهمان کارهای گروهی. تحت آموزش قرار نگرفته‌ایم که توی کار گروهی چه شرایطی را باید رعایت

کنیم. چه از نظر اخلاقی چه از نظر حالا قوانین که آره یک چیزهایی را برای آدم تعیین می‌کنند. ولی به هر حال خیلی چیزها تعریف شده نیست دیگر و این مشکلاتی را در حین کار به وجود می‌آورد.» (پزشک ۳)

۳) تجربه کم: کمبود تجربه ناشی از دو عامل کمبود تمرین و تکرار در دوران تحصیل و نیز کمبود سال‌های اشتغال به کار است. به هر حال هر دوی این موارد در اظهارات مشارکت‌کنندگان مشاهده شد. به طور مثال: «طرحی‌ها که می‌آیند تازه کارن حداقل سه ماه اول یا شش ماه اول یک مقدار تو کار مشکل دارن ولی یواش یواش برطرف می‌شود ...» (ماما ۲) یا «... البته بیشتر کامپلیکشن‌ها وقتی اتفاق می‌افتد که اون کار به دست آدم غیرحرفه‌ای و بی‌تجربه سپرده می‌شود.» (پزشک ۱) یا «اوایل که آدم شروع می‌کند تجربه کم‌تر دارد. بنابراین خیلی از چیزها را ممکن است توجه نکند ...» (پزشک ۲)

د) سیستم مدیریتی در سازمان یا خارج تیم سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و عملکرد سیستم کلان مدیریتی در سازمان‌ها که تیم‌ها تحت لوای آن کار می‌کنند، می‌تواند بر کارکردهای تیم و افراد آن اثرگذار باشد. وجود اشکالات در سیستم مدیریتی سطوح بالاتر، موجب کاهش کیفیت عملکرد و خدمات تیم می‌شود. در این مطالعه طبقه سیستم مدیریتی سازمان یا خارج تیم از چهار زیرطبقه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نامناسب، ساختار سلسله‌مراتبی، عدم ارزشیابی تیم و بی‌عدالتی حاصل شد.

۱) برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نامناسب: بدیهی است که هر سیستم مدیریتی

برای عملکرد مناسب باید برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری درست داشته باشد، تا زیرمجموعه‌های آن بتوانند عملکرد و نتایج مطلوب داشته باشند. داده‌های این مطالعه حاکی از وجود مشکلات در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح بالاتر مدیریت بود. به طوری که بی‌توجهی مدیریت کلان سازمان (خارج از تیم) به اجرای درست قوانین کلان نظیر اجرای پروتوکل‌ها و راهنماهای ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت، برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها یا روش‌های معمول نامناسب و عدم اصلاح آن‌ها، بی‌توجهی به منافع واقعی مراجعان و نداشتن برنامه در بهبود خدمات زایمان نظیر بی‌توجهی به کاهش آمار سزارین، بی‌توجهی به درخواست کارکنان تیم زایمان و به مشارکت نگرفتن آن‌ها در برنامه‌ریزی‌های مرتبط، عدم رعایت نقش و شرح وظایف حرفه‌ها و تغییر نامطلوب آن و در نظر نگرفتن جایگاه مناسب برای حرفه‌ها در تیم موجب بی‌تفاوتی و یا کاهش انگیزه و کیفیت کاری افراد و نهایتاً تیم و نیز صدمه به منافع مراجع می‌شود.

مثال‌هایی از اظهارات مشارکت‌کنندگان در عدم رعایت پروتوکل‌ها: «خوب آره باید برایش (زایمان طبیعی) پروتوکل داشته باشیم ولی نداریم. ولی خوب این قضیه پشتیبان لازم داره دیگه. کار گروهی باید باشد دیگه. من الان در آموزش زایمان فیزیولوژیک فقط دارم روی مریض کار می‌کنم. تو اتاق زایمان دست من خیلی کوتاه است. من به مریض می‌گویم وقتی رفتی زایمان بگو من دوره زایمان فیزیولوژیک را رفتم ... یعنی به جای این که همه روی

زایمان فیزیولوژیک کار کنند، من فقط دارم مخ یک نفر را به عنوان مریض می‌زنم ... زایمان فیزیولوژیک جزء اهداف بخش نیست و پروتوکل برایش ندارد یا اجرا نمی‌کند، مثلاً اجباراً برای همه مریض‌ها رگ می‌گیرند. ...» (ماما ۵) یا «... چرا آمار سزارین این قدر می‌رود بالا. اگر این موارد رعایت می‌شد که این جور نبود. نه، براساس پروتوکل رفتار نمی‌کنند.» (ماما ۶) یا «ببینید یک چیزهایی هست که روتین شده است همه‌مون می‌دانیم نباید، اما انجام می‌دهیم. ولی این که شما یک پلان داشته باشید یک برنامه‌ریزی مشخص داشته باشید مثلاً مریض با کیسه آب پاره می‌آید ما چه کاری در سه ماهه اول یا دوم یا سوم انجام می‌دهیم. این شاید پروتوکل‌هایش توی وزارت بهداشت مشخص باشد. این باید تو هر بخشی پروتوکل‌های اجرایی‌اش مشخص باشد ... خیلی مشخص نیست یا انجام نمی‌شود یا متفاوت انجام می‌شود. همه یکسان عمل نمی‌کنند هر پزشکی یک جور عمل می‌کند. خود ماماها هم همین‌طور.» (پزشک ۲)

«به ما خیلی نمی‌گویند در جلسه چه مسایلی مطرح می‌شود. به نظرم بیشتر Failure هاست. اما فقط تذکر می‌دهند و غر می‌زنند. فقط در همین حد. برنامه‌ریزی خاصی برایش انجام نمی‌دهند. مثلاً آمار نشان داد بیشتر Failure ها در شیفت صبح بوده است. وقتی است که پزشک متخصص هم حضور دارد. ولی کار خاصی در این زمینه انجام ندادند. یا سزارین زیاد بشود خودشان می‌خواهند که وی‌آی‌پی‌هاشون (VIP) را ببرند بالا که درآمد بیمارستان برود بالا. اصلاً استراتژی

یکی پر شود این کار اضافه است ... به ما گوش نمی‌دهند. یک چیزهایی حالت زورگویی هست ولی ما مجبوریم انجام دهیم. ... با این حاکمیت بالینی و اعتباربخشی که راه افتاده است، کاغذ بازی زیاد شده است ... اینا روی کار اصلی اثر می‌گذارد ...»

همچنین برخی از اظهارات شرکت‌کنندگان در خصوص تغییرات نامطلوب وظایف و تعیین جایگاه حرفه‌ای نامناسب از سوی مدیریت و تأثیر این موارد بر کیفیت خدمات عبارتند از: «... یعنی وقتی تو جلسه یک تصمیمی را دکتر ... (رییس بیمارستان) و دکتر ... (رییس بخش نوزادان) گرفته باشند، من دیگر هر چی بگویم اصلاً دیگر حرف من را کسی قبول نمی‌کند حتی اگر حق هم با من باشد ... ما هم از جایگاه قدرتی برخوردار نیستیم مجبوریم تابع باشیم ... خوب این توی کار اثر دارد دیگر. مثلاً تصمیم گرفتند نوزاد را بگذارند کنار مادر بلافاصله بعد از زایمان و به بخش نوزادان نفرستند، کارهایش را هم ماماها انجام دهند. بعد آمدند دیدند که یک شب تا صبح بچه شیر نخورده بود. به دلیل شلوغی و کیس‌هایی که بود. خوب پرسنلی زیاد نشده بود اما کار زیاد شده بود ...» (ماما ۵) یا «... الان ماما داره جای پزشک کار می‌کند، کارای اونو انجام می‌ده، کار خودش را انجام نمی‌ده و اون جایگاه خودش را نداره تو تیم. یعنی یک کاری کردن که مامایی دیگه وجود نداشته باشه. خوب این روی خدماتش برای مریض اثر داره. حقوق واقعی مریض ادا نمی‌شه. به نظر من باید یک طوری برنامه‌ریزی کنن که ماما به نقش قبلی خودش برگردد.» (ماما ۹)

بیمارستان همین است. ... حقوق بیمار رعایت نمی‌شود. مامای شماره ۴ در خصوص محتوای جلسات مدیریتی می‌گوید: یا: «... آیا اقدامی کردند که ماه قبل سزارین ما ۶۰ درصد بود کاری کردند؟ نکردند ... متأسفانه چرا باید مسؤول بیمارستان مدنظرش باشد که پزشک راندمان کارش بالاست آیا کیفیت کارش هم بالاست یا فقط تعداد سزارین‌هاش بالاست. آیا بررسی می‌شود که عوارض کارش چقدر است؟ آمار بالای سزارین اصلاً مهم نیست فقط پزشک درآمد بیشتری برای بیمارستان داشته باشد. این‌ها همه روی کار تیم تأثیر می‌گذارد.» (ماما ۶) یا «پزشکی که مسؤول شیفت صبح است، تو اتاق عمل است، سر عمل هیستریکتومی. الان مریضی مشکل پیدا می‌کند. ما به اجبار از پزشک درمانگاه کمک می‌خواهیم با وجودی که سرش هم شلوغ است. خوب آن پزشک درمانگاه مسؤول نیست. اما این‌جا روتین شده. شما نباید وقتی پزشک اورژانس زایمان هستی هیستریکتومی توی شیفت بگذاری. تو روز عملت باید این کار را بکنی. ولی خوب همه‌شان این کار را می‌کنند. خوب عمل‌های سنگین‌شان را وقتی در لیبر شیفت هستند می‌گذارند.» (ماما ۶)

در خصوص بی‌توجهی مدیریت کلان به درخواست کارکنان تیم زایمان و به مشارکت نگرفتن آن‌ها در برنامه‌ریزی‌های مرتبط، مامای شماره ۲ اظهار داشت: «نه نه می‌گویند باید انجام شود. مثلاً می‌گویند ما تشخیص می‌دهیم که شما باید این کار را انجام دهید ... می‌گوییم بابا ما خودمان برگه اولیه ادمیت را پر می‌کنیم همه این‌ها را می‌پرسیم. دیگر لازم نیست این

۲) ساختار سلسله مراتبی: وقتی صحبت از تیم می‌کنیم در واقع باید به مهم‌ترین عامل و آن نحوه ارتباط بین افراد به ویژه از حرفه‌های مختلف و نیز بین مدیر یا رهبر تیم و دیگر افراد توجه داشته باشیم. تیم‌های موفق تیم‌هایی هستند که ارتباطات بین افراد و حتی رهبر با دیگران افقی طراحی شده است. ارتباطات شدیداً ریسی و مرئوسی و یا اصطلاحاً عمودی موجب کاهش همکاری و همیاری و همدلی در تیم می‌شود. طراحی این ارتباطات از سیاست‌گذاری‌ها و تعیین نقش و جایگاهی است که مدیریت کلان خارج از تیم برای تیم ترسیم می‌کند و این طراحی را به داخل تیم و مدیریت آن تسری می‌دهد. این مدلی است که اصولاً در زمان تحصیل به حرفه‌ها آموزش داده می‌شود. در اظهارات مشارکت‌کنندگان نیز این مورد مشاهده می‌شود: «... (پزشکان) سطح خودشان را بالاتر می‌بینند. شدیداً تو بیمارستان‌ها پزشک سالاری است. این که پشتوانه داشته باشند و فکر کنند به هر حال اگر کاری انجام می‌دهند حمایت می‌شوند و این که در مورد پزشکان فرهنگ‌سازی شود. پزشکان ممکن است پزشکان خوبی باشند ولی متأسفانه این مسأله پزشک سالاری باعث شده است که خیلی از لحاظ برخوردی خوب برخورد نکنند. احساس کنند چون پزشک هستند حرف اول را می‌زنند. ... شما هر بخشی بروید پزشک سالاری است. این را از دوران رزیدنتی با خودشان دارند. اون کار تیمی را یاد نمی‌گیرند. اون بالاتر بودن از بقیه را یاد می‌گیرند ... من فکر می‌کنم آن‌ها با آمادگی کار در تیم، وارد کار نمی‌شوند. این کار تیمی را خراب می‌کند ... ما این‌جا یا نظر

نمی‌دهیم یا وقتی هم می‌خواهیم نظر بدهیم به پزشک می‌گوییم بهتر نیست این کار را بکنید. خیلی غیرمستقیم. تو اون کشورهای پیشرفته ارتباطات هم سطحه. خوب تو اون تیم آدم خیلی حس بهتری داره. این‌جا خیلی اختلاف هست. خیلی هم اختلاف است.» (ماما ۶) یا «آن‌ها (منظور مسؤولان بیمارستان) اکثراً حق را به پزشکشان می‌دهند ... پزشک سالاریه دیگه ...» (ماما ۷) یا «باید سلسله مراتب باشد. به هر حال کسی که می‌خواهد مسؤولیتی را به عهده بگیرد و پاسخگو باشد (منظور پزشک) باید سلسله مراتب باشد دیگه.» (پزشک ۲)

۳) عدم ارزشیابی تیم: از وظایف سیستم مدیریت خارج یا مافوق تیم، به غیر از ارزشیابی تک تک افراد تیم، ارزشیابی کل تیم و نتایج عملکرد آن است. ماحصل کارکرد تیم، ماحصل عملکرد فردی افراد و نیز عملکرد جمعی افراد به عنوان یک کل به نام تیم است. عملکرد فردی افراد روی عملکرد دیگران در تیم اثر تقویت‌کنندگی دارد و لذا ماحصل یک کار تیمی چیزی بیش از جمع جبری عملکرد تک تک افراد تیم است. برای بهبود عملکرد تیم باید ارزشیابی تیمی نیز وجود داشته باشد و تیم‌ها در جوار هم مورد مقایسه و تذکر و تشویق قرار بگیرند. چنانچه ارزشیابی تیمی در برنامه‌های مدیریت مافوق تیم وجود نداشته باشد، این امر می‌تواند مانعی در بهبود عملکرد تیم‌ها و مسؤولیت‌پذیری جمعی آن‌ها باشد. مثال: «تیم ارزشیابی نمی‌شود، فرد ارزشیابی می‌شود. ارزشیابی روی فرد اثر دارد روی تیم اثر ندارد ...» (ماما ۴) یا «خیلی تیم ارزیابی نمی‌شود ... مثلاً آمار سزارین دارد می‌رود بالا، ندیدم کاری بکنند.» (ماما ۶)

۴) بی‌عدالتی: رعایت عدالت در محیط‌های کاری موجب افزایش انگیزه افراد و تشویق به ارائه بهترین کیفیت کاری می‌شود. در هر سازمانی شاغلان ابتدا خود را با همکاران مشابه خود از لحاظ رشته و سابقه و سپس با همکاران از دیگر حرفه‌ها که کار مشترک با آن‌ها انجام می‌دهند، مقایسه می‌کنند. دو عامل مهم مورد مقایسه حجم کاری و میزان دریافت مالی است و سپس مسائلی نظیر احترام و جایگاه پذیرفته شده شغلی از سوی دیگران، مورد توجه قرار می‌گیرد. مثال: «خوب این خیلی روی من تأثیر می‌گذارد. سختی کار من از پرستار کم‌تره؟ اون با ۲۵ سال سابقه بازنشسته می‌شود ... یا سیستم گزارش خطا و بررسی خطا برای خطای ما هست ولی در مورد پزشک نیست.» (ماما ۶) یا «... احساس می‌کنند فشار کاری زیادی بهشان می‌آید بدون این که ارزش زیادی برایشان قایل باشند یا دریافتی‌شان مناسب باشد ... احساس می‌کنند با آدم‌ها به صورت متفاوت برخورد می‌شود. برخوردهای تبعیض‌آمیز وجود دارد این خیلی روی کار مؤثر است.» (پزشک ۲)

موانع کار تیمی در بخش لیبر به همراه طبقات و زیرطبقات، در جدول شماره ۱ آمده است.

#### تسهیل‌کننده‌های کار تیمی در بخش لیبر

عوامل مثبت و مؤثر در بهبود کار تیم زایمان که به عنوان تسهیل‌کننده‌های کار تیمی نام‌گذاری شد، از سه طبقه مدیریت داخلی تیم؛ همکاری، همیاری و همدلی و ویژگی‌های فردی لازم برای کار در تیم زایمان، حاصل شد.

#### الف) مدیریت داخلی تیم

منظور از مدیریت داخلی تیم، وجود یک مدیر یا رهبر خوب و نحوه صحیح مدیریت تیم توسط اوست که با هدایت و آموزش افراد و اجرای سیاست‌ها و مقررات مناسب، شفاف‌سازی در ارزش‌گذاری فعالیت افراد و نیز متناسب کردن حجم فعالیت‌ها و پرداخت‌های مالی و اجرای درست قوانین، جو کاری مناسبی برای انجام کار تیمی خوب و نهایتاً یک سیستم مدیریتی مناسب را فراهم می‌کند. این طبقه از چهار زیرطبقه مدیر یا رهبر تیم، جو کاری، شفاف‌سازی ارزش‌گذاری فعالیت افراد و اجرای درست قوانین بالا دستی مربوط استخراج شد.

۱) مدیر یا رهبر تیم: بدیهی است که رهبر تیم با برنامه‌ریزی و تقسیم کار درست و نظارت مستقیم بر فعالیت افراد تیم و تنظیم و اجرای مناسب روابط، مقررات و قوانین می‌تواند به انجام بهینه فعالیت‌های تیمی کمک کند و باعث بهبود کار افراد و تیم شود. در تیم زایمان دو مدیر یا رهبر وجود دارد. یکی مامای مسئول که مدیر ماماها تیم زایمان است و دیگری رییس بخش که مدیر مافوق همه و مدیر مجموعه پزشکان و ماماها بخش لیبر است. هم‌چنان که مشارکت‌کنندگان گفته‌اند: «... مسئول بخش ما (مامای مسئول) خوب از ماماش دفاع می‌کند ...» (ماما ۷) یا «... خیلی مهم است چه آن کسی که مدیریت و نظارت آن جا را به عهده دارد، چه مامایی که مسئول آن جا هست و چه متخصص زنانی که ناظر آن جا جاست خیلی مهم است که اون خودش آرامش داشته باشد. یعنی اگه کسی باشد که عصبی باشد و خودش آدم مضطربی باشد و بخواهد

شرح وظیفه ماما چیست یعنی مشخص است که در چه موقع باید چه کار کنیم ...» (ماما ۵) برای افراد تیم بسیار اهمیت دارد که بدانند در ازای چه میزان فعالیتی مثلاً چه مقدار اضافه کاری دریافت می‌کنند. «از وقتی که قرار شده نحوه اضافه کاری‌ها براساس میزان مشخصی از فعالیت باشد و میزان کار افراد در طی همه شیفت‌ها ثبت می‌شود و در آخر ماه براساس آن اضافه کاری داده می‌شود، در نتیجه دیگر کسی دلخور نیست، کسی دلخور نیست یعنی کارها وقتی شفاف باشد این‌طور (مشخص و مناسب بودن میزان دریافت براساس عملکرد) ...» (ماما ۶)

۴) اجرای درست قوانین بالادستی: اگر اجرای قوانین مصوب سازمان یا مدیریت بالا دست، در داخل تیم موردنظر و پیگیری مدیر قرار گرفته و به اجرا درآید، افراد احساس می‌کنند که حقوق آن‌ها رعایت شده است و این باعث کارکرد بهتر آن‌ها در تیم می‌شود. به طور مثال: «با پیگیری مامای مسئول، تمام بخشنامه‌های قانونی مالی اداری در این بیمارستان رعایت می‌شود» (ماما ۱) یا «... از طرف دیگر قانون بهره‌وری این جا انجام شده در طی ۲ سال اخیر و شیفت‌ها سبک شده است ...» (ماما ۳)

ب) همکاری، همیاری و همدلی

۱) همدلی و حمایت از هم: برای قوام یک کار تیمی لازم است اعضای تیم از هم حمایت کنند و به ویژه در شرایط سخت و مشکلاتی که پیش می‌آید این کار را انجام دهند. همان‌گونه که مشارکت‌کنندگان گفته‌اند: «تو چقدر زود ناراحت می‌شوی باید تو یک خرده مقاوم‌تر

این اضطراب را به جای این که در خودش حل کند مشکل را حل کند، به دیگران منتقل کند خوب جو به هم می‌ریزد و مطمئناً درصد خطا افزایش پیدا می‌کند.» (پزشک ۱).

۲) جو کاری مناسب: اگر افراد تیم در محیط و جو کاری خود احساس راحتی و آرامش داشته باشند و نسبت به هم دوستانه و صمیمانه رفتار کنند، همکاری و هماهنگی بین آن‌ها بهتر شده و این امر در کیفیت کاری و خدماتی که به مراجع ارائه می‌کنند، تأثیر به سزایی دارد. کما این که در داده‌ها داشتیم: «فکر می‌کنند که دارند محل دوم زندگی‌شان می‌روند ... همه با هم دوست و همراه هستند ... تذکرها دوستانه است ... بالتبع روی کار من ماما اثر دارد. من ماما هم احساس امنیت بیشتری می‌کنم بهتر می‌توانم کار کنم.» (ماما ۱) یا «خیلی جو صمیمی و خوبی بود. یعنی ما ۶ تا زایمان داشتیم اصلاً ما خسته نشدیم.» (ماما ۳) همان‌گونه که مشخص است افراد تیم در یک جو صمیمی حتی در صورت انجام حجم زیادی از کار، وظایف خود را به درستی و با رضایت انجام می‌دهند بدون این که احساس خستگی کنند.

۳) شفاف‌سازی ارزش‌گذاری فعالیت

افراد: برای افراد تیم مهم است، بدانند که چه وظایفی دارند و در ازای چه میزان حجم کاری چقدر دریافتی دارند و این که این تنظیمات کاری برای همه افراد تیم یکسان اجرا و حقوق همه عین هم رعایت شود و از این حیث فرقی بین افراد گذاشته نشود. این امر در گفته‌های مشارکت‌کنندگان آمده است: «بله شرح وظیفه داریم، روی برد هم زده که اگر پزشک نبود،

باشی. توی جامعه می‌آیی تو محیط‌های مختلفی کار می‌کنی باید بتوانی این چیزها را تحمل داشته باشی. اینا پیش می‌آید ولی چیزهایی نیستند که تو روند کاری ما تأثیر داشته باشد.» (ماما ۲) یا «من حق می‌دهم به پرسنل که عصبی باشند چون واقعاً رسیدگی تو این زمینه کم است. مثلاً این که پنجره پلمب شده است که صدا بیرون نرود یک خودخواهی است چون یک عده این جا دارند کار می‌کنند. اصلاً هوای مسموم این جا آدم را مریض ترم می‌کند. حالا ما که قرار است برویم. ولی آن که می‌خواهد ۲۰ سال این جا کار کند بیچاره چه می‌خواهد بکشد.» (ماما ۳) یا «البته آن حمایتی که مدیر شما از شما می‌کند، خیلی مهم است که چه طوری از شما حمایت کند ... یعنی اگر آدم احساس کند یک حامی دارد راحت‌تر می‌تواند این مسایل را بپذیرد. هم باعث می‌شود آن مشکل تکرار نشود. خوب مسئول من هم حرف من را شنید هم حرف پزشک را شنید. تذکر لازم را داد. هم باعث شد آن پزشک به خودش اجازه ندهد کارش را تکرار کند هم باعث شد من احساس خوبی پیدا کنم.» (ماما ۶)

۲) کمک و همکاری: برای این که کارهای یک تیم به خوبی انجام یابد، باید اعضای تیم دارای حس همکاری یا بالاتر از آن حس همیاری باشند. این که شما در موقع لزوم به همکار خود در تیم کمک کنید باعث سرعت در امور و حفظ کیفیت کاری تیم می‌شود. اگر افراد معتقد به همکاری و همیاری با دیگر اعضای تیم نباشند و صرفاً وظایف خود را انجام دهند، در بسیاری از مواقع کار تیم به پیش نمی‌رود. در بخش زایمان مورد مطالعه ما بیش‌تر افراد بر

وجود همکاری و همیاری بین اعضای تیم زایمان اذعان داشتند. به طور مثال: «این جا اگر همکار دیگری مریض فیلردار همکارش را ببیند سعی نمی‌کند اون را بگوید سعی می‌کند آن را رفع و رجوع کند و بعد به همکارش یا مسئول بخش می‌گوید» (ماما ۱) یا «کار تیمی تعامل بین همکاران است دیگر. حالا پزشک متخصص زنان با ماما، ماماها با هم و ماما حتی با کمک بهیار و خدمه. یعنی کاری که دست به دست هم می‌دهیم تا بهترین خدمت به مریض ارایه شود. در کار تیمی اولاً همکاری مهمه. ما سعی می‌کنیم به هم کمک کنیم ...» (ماما ۵) یا «همکاران یک مریض مکنونیومی غلیظ بود که فرستاده بودند اتاق عمل ولی خودشان نرفته بودند. در صورتی که باید می‌رفتند. بعد زنگ زدند که یک ماما می‌خواهیم. من دیدم بچه‌ها صبحانه می‌خورند. خوب من خودم رفتم.» (ماما ۶)

ج) ویژگی‌های فردی لازم برای کار در تیم زایمان ویژگی‌های فردی به خصوصیات افراد اشاره دارد و این که آیا خصوصیات شخصیتی مطلوب را برای برقراری ارتباط صحیح با دیگران و انجام خدمات دارند. این طبقه از دو زیرطبقه روابط مناسب و ویژگی‌های مثبت شخصیتی پدیدار شد.

۱) روابط مناسب: روابط مناسب، نحوه برقراری صحیح ارتباطات توسط فرد با دیگران است. این ارتباطات شامل ارتباطات داخل تیم، بین اعضای تیم و ارتباطات با افرادی است که در خارج از تیم هستند. بنابراین روابط مناسب افراد در داخل تیم و نیز خارج از تیم موجب سهولت کارها و هماهنگی و همکاری لازم در

انجام نقش و وظایف شغلی می‌شود. در اظهارات مشارکت‌کنندگان آمده است: «... شرایط ارتباطی هم که من با دفتر پرستاری دارم با ریاست بیمارستان و با مدیریت دارم. این‌ها هم همه تأثیرگذار است.» (ماما ۱) یا «... یعنی یک ارتباط متخصصان با هم خوبه و ارتباط ماماها با هم خوبه و ارتباط متخصصان با ماماها هم اکثراً خوبه. ما نه تنها مشکلی نداریم این روند رو هم تعقیب می‌کنیم...» (ماما ۲) یا «... و من به توانایی‌هایشان (ماما) هیچ‌وقت شک نکردم. با آن‌ها مشورت می‌کنم. نظرشان را می‌پرسم. من حیث‌المجموع رضایت دارم.» (پزشک ۱)

۲) ویژگی‌های مثبت شخصیتی: این تسهیل‌کننده شامل ویژگی‌هایی است که افراد تیم برای انجام نقش و فعالیت خود به طور مناسب و مطلوب، باید آن‌ها را داشته باشند. در واقع بدون این ویژگی‌ها کار آن‌ها از کیفیت لازم برخوردار نیست. کما این که مشارکت‌کنندگان گفته‌اند: «خودش آدم مثبتی

است، از نظر شخصیتی برای کارش ارزش قایل است. برای مریضی که زیر دستش هست ارزش قایل است. خوب وجدان کاری و حس مسؤولیت هم هست دیگه.» (ماما ۵) یا «احترام و اعتماد مهم است. مسؤولیت‌پذیری، وجدان کاری و دلسوزی برای مراجع همین طور. تو شغل ما فرد باید صبور باشد. نباید به هم بدبین باشیم یا تهمت بزنیم. خطای خودمان را گردن دیگری نیندازیم.» (ماما ۷) یا «من توی همکارانم من کسی را نداشتم که ببینم برای قسمت مالی قضیه هست که دارد برای مریضش کوتاهی می‌کند. خدا را شکر من هیچ موردی هیچ وقت احساس نکردم.» (پزشک ۱) یا «خوب تیم زایمان بچه‌ها بعضی‌ها خیلی علاقمندن. بعضی‌ها خیلی دلسوزند. بعضی هم مدیریت را خوب بلد هستند. این‌ها اثر دارد (در کار تیمی)» (پزشک ۲)

تسهیل‌کننده‌های کار تیمی در بخش لیبر به همراه طبقات و زیرطبقات در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۱- موانع کار تیمی در بخش لیبر

درون‌مایه	طبقه اصلی	طبقه فرعی
موانع کار تیمی در بخش لیبر	مسائل زمینه‌ای	تضادهای بین حرفه‌ای
		مسائل قانونی
		دریافت مالی
	مشکلات فردی	مشکل جسمی
		ویژگی‌های منفی شخصیتی
		مسائل خانوادگی
	نقص توانایی و مهارت	نداشتن توانمندی و انگیزه
		ضعف آموزشی
		تجربه کم
	سیستم مدیریتی سازمان یا خارج تیم	برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نامناسب
		ساختار سلسله‌مراتبی
		عدم ارزشیابی تیم
بی‌عدالتی		

جدول ۲- تسهیل‌کننده‌های کار تیمی در بخش لیبر

درون‌مایه	طبقه اصلی	طبقه فرعی
تسهیل‌کننده‌های کار تیمی در بخش لیبر	مدیریت داخلی تیم	رهبر تیم
		جو کاری
		شفاف‌سازی ارزش‌گذاری فعالیت افراد
		اجرای درست قوانین بالادستی
	همکاری و همیاری و همدلی	کمک و همکاری
		همدلی و حمایت از هم
	ویژگی‌های فردی لازم برای کار در تیم زایمان	روابط مناسب
		ویژگی‌های مثبت شخصیتی

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به دلیل اهمیت کار تیمی و ارتباط مستقیم آن با ایمنی بیماران و مراجعان و نیز اهمیت خدمات مادری، در مورد عوامل مؤثر بر کار تیمی در بخش زایمان انجام یافت. نتایج مطالعه نشان داد که عوامل مختلفی به عنوان موانع و تسهیل‌کننده‌ها در عملکرد تیم زایمان نقش دارند. چهار عاملی که به عنوان مانع در کار تیم زایمان تلقی می‌شوند، عبارت بودند از: «مسائل زمینه‌ای»، «مشکلات فردی»، «نقص توانایی و مهارت» و «سیستم مدیریتی سازمان یا خارج تیم» و سه عاملی که به عنوان تسهیل‌کننده کار تیم زایمان محسوب می‌شوند، عبارت بودند از: «مدیریت داخلی تیم»، «همکاری، همیاری و همدلی» و «ویژگی‌های فردی لازم برای کار در تیم زایمان». در ادامه این بخش با استناد به مطالعات انجام یافته مشابه، به تحلیل مهم‌ترین موضوعات در هر عامل ممانعتی یا تسهیل‌کننده پرداخته خواهد شد.

همان‌طور که اشاره شد، چهار عامل ممانعتی برای کار تیم زایمان مشخص گردید که یکی از آن‌ها مسائل زمینه‌ای بود. این عامل

از موضوعاتی نظیر تضادهای بین حرفه‌ای، مسایل قانونی و مالی استخراج شد. اما مهم‌ترین این موانع در کار تیمی در بخش مورد مطالعه، تضادهای بین حرفه‌ای یا بین رشته‌ای بود. این تضادها در مطالعات در سطوح گوناگون و حرف مختلف نیز گزارش شده است. به طور مثال بین ماماها و متخصصان زنان و زایمان و همچنین بین ماماها و پرستاران که این، به نوعی نشان‌دهنده تضادها و اختلافات در درون بخش و بین بخش‌هاست (Kruske و Heatly، ۲۰۲۵، ۳۳). مطالعه مشخص کرد که همکاری یا همیاری بین رشته‌ای (interdisciplinary collaboration) در مراقبت‌های مادری، یک فرآیند اندیشمندانه و پویاست که متخصصان مراقبت‌های مادر و نوزاد از چند حرفه را با هم دیگر و با مشارکت خود مادر برای تولید پیامدهای با کیفیت، درگیر می‌کند. همچنین پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری را با سطوح مناسب درگیری بین یک فرد متخصص (حرفه‌ای) با مادر، در طی دوره کامل حول تولد، به اشتراک می‌گذارد. تمام مؤسسات درگیر، رعایت، فهم و پرورش رویکردی را برای عمل به کار می‌برند که دانش و تخصص

حرفه‌های مختلف را به همان‌گونه که زن نیاز دارد، مورد استفاده قرار دهند (۳۴).

در مطالعه حاضر، موضوع «سلسله مراتب» و همچنین گفته‌های شرکت‌کنندگان نظیر «پزشک سالاری»، که در جای دیگر با تفصیل بیش‌تر به آن خواهیم پرداخت، نشان داد که بین ماماها و متخصصان زنان تضاد وجود دارد و گاه این تضاد با دیگر حرفه‌ها نظیر پرستاران نیز هست که البته کم یا کم اثرتر است. دلیل آن شاید این باشد که تیم زایمان مورد مطالعه شامل ماماها و متخصصان زنان بود و پرستاران در آن حضور نداشتند و موارد اندک تضاد با پرستاران مربوط به پرستاران بخش‌های هم جوار (بخش بعد از زایمان یا اتاق عمل) بود. بنابراین توجه بیش‌تر به تنظیم مناسب روابط، نقش و وظایف ماماها و متخصصان زنان به منظور بهبود کار تیمی، می‌تواند نتایج بهتری را به بار بیاورد. از دیدگاه برخی مطالعات، دلایل احتمالی این تضادها می‌تواند دانش و آگاهی کم افراد از موقعیت و توانمندی‌های افراد در رشته دیگر، شفاف نبودن نقش‌ها، تصورات قالبی نادرست مددجو (client stereotyping)، تفاوت در هنجارها، الگوها و ارزش‌های حاکم در رشته‌های مختلف، وجود هنجارهای منفی در کار تیمی (negative team norms) و مسایل مدیریتی باشد. با توجه به اثرات سوء تضادهای بین رشته‌ای بر کیفیت و ایمنی خدمات سلامت (۳۵) و به خصوص خدمات حساس و اورژانسی مانند مراقبت‌های زایمانی (۳۶)، برنامه‌ریزی و انجام مداخلات مؤثر در این زمینه باید در اولویت برنامه‌ها قرار گیرد.

عامل ممانعتی دیگر مشکلات فردی بود که از مشکلات جسمی، ویژگی‌های منفی شخصیتی و مسایل خانوادگی حاصل شد. همان‌گونه که در اظهارات مشارکت‌کنندگان نیز مشخص بود، بدیهی است که مشکلات جسمی و نیز مشکلات خانوادگی می‌توانند بر عملکرد افراد اثر منفی بگذارند و موجب کاهش کیفیت کاری آن‌ها شوند. همچنین ویژگی‌های منفی شخصیتی موجب اختلال در ارتباطات افراد و ایجاد تنش بین آن‌ها می‌شود و نهایتاً این موضوع همکاری، همیاری و همدلی بین افراد را از بین می‌برد که خود می‌تواند تأثیر سوء بر کیفیت خدمات داشته باشد.

عامل دیگر از موانع کار تیمی، نقص توانایی و مهارت بود که از نداشتن توانمندی و انگیزه، ضعف آموزشی و تجربه کم به دست آمد. بدیهی است که تجربه کم در کیفیت کاری افراد اثرگذار است، اما تیم‌ها ناگزیر از استفاده از افراد جدید و جوان هستند که به هر حال طول می‌کشد تا تجربه کسب کنند. اما نداشتن توانمندی، انگیزه و ضعف آموزشی مواردی هستند که کاملاً قابل اصلاح هستند و قاعدتاً نباید وجود داشته باشند. در این مطالعه، نداشتن توانمندی و مهارت و انگیزه کافی و نیز ضعف آموزشی در اعضای تیم، شامل حال هم ماماها و هم پزشکان بود. در خصوص رشته مامایی با توجه به شرایط کاری فعلی حاکم بر آن و ضعف‌های موجود در آموزش‌های دانشگاهی (همان‌طور که شرکت‌کنندگان اشاره داشتند) این امر قابل توجیه است. اما این موضوع در افرادی که به تازگی وارد محیط کاری شده بودند و جوان‌تر بودند، بیش‌تر به

چشم می‌خورد. این امر حاکی از وضع فعلی نظام آموزشی است که افراد را برای نقش و وظیفه‌شان به درستی تربیت نمی‌کند. درک ماماها و نگرش آن‌ها نسبت به مرزهای حرفه‌ای کارشان در کار تیمی و کیفیت کاری افراد حایز اهمیت است. برخی یافته‌ها حاکی از این است که در نظام رایج مراقبت‌های فعلی، مهارت‌های سنتی عاطفی، اجتماعی و مراقبتی ماماها به دلیل رشد فن‌آوری و نیز به علت این که نقش‌های جدید ماماها شامل انجام کارهایی می‌شود که قبلاً توسط پزشکان انجام می‌شد، تضعیف شده است. این امر موجب نگرانی ماماها در مورد مرزهای حرفه‌ای شغلی‌شان و عدم اطمینان به شرایط حرفه‌ای و نقش و مهارت‌های یک ماما شده است (۳۷). بدیهی است که رها کردن نقش کاری خود و انجام کارهای پزشکی و صرفاً در اختیار پزشک بودن انگیزه کاری ماماها را کاهش می‌دهد و در روحیه و کیفیت کار آن‌ها اثر نامطلوب می‌گذارد و آن‌ها را از وظایف اصلی خود دور می‌کند. این مشکل باید در دوران تحصیل مدنظر نظام آموزشی قرار گیرد و افراد را برای پذیرفتن نقش و وظیفه صحیح شغلی خود آماده کند و در آموزش‌های حین خدمت مورد تأکید قرار گیرد.

همان‌گونه که گفتیم، ضعف آموزشی یکی دیگر از موضوعات مرتبط با عامل نقص توانایی و مهارت بود که توسط مشارکت‌کنندگان چه ماما چه پزشک به دفعات مطرح شد. بنابراین به نظر می‌رسد، باید در آموزش‌های دوران تحصیل و نیز آموزش‌های حین خدمت، اصلاحات و اقدامات لازم به اجرا

درآید. در مطالعه Kilgore و Langford که با هدف بررسی راهکارهای کاهش خطر شکست کار تیمی بین رشته‌ای انجام گرفته است، محققان اشاره می‌کنند که مفهوم کار تیمی مفهوم نوپایی است و در برخی از مطالعات انجام گرفته، مشکلات روش شناختی وجود دارد. با وجود این، از نتایج مطالعات سازمانی و مطالعات بین رشته‌ای کار تیمی در حیطه علوم سلامت، می‌توان در طراحی مبنای نظری برای برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت استفاده کرد (۳۸). با توجه به این موضوع که در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، در حین دوره‌های تحصیلی دانشجویان، به خصوص در رشته‌های بالینی مباحثی همچون مهارت‌های ارتباطی، مدیریتی و کار تیمی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد، همچنین با در نظر گرفتن این که رشته مامایی محیط بالینی مستقل برای خود ندارد و این امر باعث کاهش کیفیت آموزش مهارت‌های لازم می‌شود و نهایتاً در آموزش تخصص زنان نیز همه مهارت‌های لازم به میزان کافی آموزش داده نمی‌شود و بیش‌ترین تأکید بر یادگیری مهارت سزارین است، نداشتن توانمندی و مهارت و انگیزه کافی می‌تواند در این زمینه قابل توجه باشد. از این رو به نظر می‌رسد بازنگری کوریکولوم رشته‌های گروه پزشکی با تمرکز بیش‌تر روی موضوعات مهارت‌های بالینی و کار تیمی، برگزاری دوره‌های آموزشی در بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلان و نیز ایجاد انگیزه‌های مناسب در این زمینه هم برای ماماها و هم برای متخصصان زنان، می‌تواند راهگشا باشد.

تیمی، می‌تواند در ارتقای مهارت و صلاحیت افراد برای بهتر کار کردن در تیم زایمان نقش به‌سزایی داشته باشد.

از موانع مهم دیگر در کار تیم زایمان، سیستم مدیریتی سازمان یا خارج تیم بود که زیر مجموعه آن شامل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نامناسب، ساختار سلسله‌مراتبی، عدم ارزشیابی تیم و بی‌عدالتی بود. در ادامه به تحلیل مهم‌ترین آن‌ها یعنی برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نامناسب، ساختار سلسله‌مراتبی و عدم ارزشیابی تیم می‌پردازیم.

همان‌گونه که اشاره شد در این مطالعه، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نامناسب، از موضوعات استخراج شده در بخش موانع در حوزه مدیریت خارج تیم بود. از مهم‌ترین مواردی که در این زمینه شرکت‌کنندگان بیان کردند، اجرا نشدن پروتوکل‌ها و راهنماهای ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، نامتناسب بودن برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها برای بهبود کیفیت خدمات زایمان، افزایش بی‌رویه وظایف، بدون توجه به نظر کارکنان و بدون افزایش تعداد کارکنان، نادیده گرفتن درخواست کارکنان و به‌مشارکت نطلبیدن آن‌ها در برنامه‌ریزی‌ها، بی‌توجهی به زایمان‌فیزیولوژیک و آمار بالای سزارین و راه‌اندازی بخش VIP سزارین (سزارین با پرداخت خصوصی به درخواست مادر) که سبب افزایش بیش‌تر موارد سزارین و در نتیجه اختلافات بین پزشکان (به دلیل تأکید بر جذب بیش‌ترین مراجع و تعیین تکلیف آن‌ها در نوبت کاری خود) شده بود و در نهایت به ایجاد پرداخت مالی مستقیم بین بیمار و پزشک اشاره کرد. در

براساس نظر Sorbero و همکاران، سه حوزه از شایستگی‌های مورد نیاز برای رسیدن به یک کار تیمی مؤثر شامل: دانش کار تیمی، مهارت‌های کار تیمی و نگرش‌های کار تیمی است (۳۹). در راستای افزایش مهارت و عملکرد تیمی افراد، به ویژه در حیطه‌های حساس و اورژانسی مانند خدمات زایمان در سال‌های اخیر مطالعاتی به شکل طراحی‌های آموزشی شبیه‌سازی شده برای ارایه‌دهندگان مختلف مراقبت‌های بهداشتی درمانی از جمله ماماها، متخصصان زنان و بیهوشی به اجرا درآمده است و نحوه عملکرد تیمی در موقعیت‌های اورژانسی آموزش داده شده است (۲۸). نتایج اغلب این‌گونه مداخلات نیز به طور چشم‌گیری در افزایش مهارت و عملکرد افراد مؤثر بوده است (۴۳-۴۰). در مطالعه Sorensen نیز اشاره شده است که سناریوهای واقعی برای آموزش‌های ساختگی اورژانس‌های خاص مؤسسات، رفتارهای تیمی را بهبود می‌بخشد و منجر به پیامدهای بهتر برای مادران و شیرخواران می‌شود (۴۴). همچنین در مطالعه Clark و همکاران آمده است که تیم‌های مامایی می‌توانند پاسخ‌های اورژانس و اثربخشی خود را از طریق آموزش شبیه‌سازی شده تیمی بهبود بخشند (۴۵). با توجه به این که در کشور ما از این نوع آموزش‌ها برای توانمندسازی افراد و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت هم در دانشگاه‌ها و هم در مراکز ارایه‌دهنده خدمات سلامت، به ندرت استفاده می‌شود، بنابراین طراحی و استفاده از مدل‌های بومی و مناسب محیط‌های بیمارستانی در ایران، برای آموزش انواع مهارت‌های بالینی حرفه‌ای و مهارت‌های

مطالعات مختلف دیگر انجام گرفته در این زمینه نیز به نقش مدیریت و عوامل سازمانی و سیاست‌گذاری در کار تیمی اشاره شده است (۲۵ و ۴۹-۴۶).

ساختار سلسله مراتبی، از دیگر موضوعات زیرمجموعه عامل ممانعتی مدیریت خارج تیم بود که بیش‌تر شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. آن‌ها از ساختار سلسله مراتبی که در رأس آن پزشکان قرار داشته و عملکرد آن‌ها در این سلسله مراتب قدرت، باعث تضعیف کار تیمی و بی‌انگیزگی دیگران شده بود، ناراضی بودند. این درحالی است که بیش‌تر مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان‌دهنده این واقعیت است که همکاری بین پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در سایر کشورها، نتایج خوبی برای بیماران و سیستم سلامت در بر داشته است (۵۳-۵۰). نتایج مطالعه Mousques و همکاران در فرانسه نشان داد که همکاری تیمی بین پزشکان و پرستاران، در مراقبت از بیماران دیابتی نوع ۲، بسیار اثربخش و مقرون به صرفه بوده است (۵۴). اما مطالعه کیفی Munro و همکاران در کانادا و کلمبیا نیز که با هدف بررسی موانع کار تیمی بین پزشکان و پرستاران با ماماها در مناطق روستایی انجام یافته، نتایج تقریباً مشابه مطالعه حاضر گزارش کرده است (۵۵). در مطالعه حاضر دلیل اصلی نقش تضعیف‌کننده پزشکان در کار تیمی، می‌تواند اختلاف اختیارات و توقعات بین پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی درمانی و بی‌توجهی و یا ناآگاهی نسبت به توانمندی و جایگاه و لذا نادیده گرفتن شدن نقش حرفه‌های دیگر از

سوی پزشکان، در ایران باشد. عامل مهم دیگر نداشتن نقش مطلوب و مستقل حرفه‌ای سایر کارکنان در ارتباط با پزشکان است. تغییر و تضعیف نقش مستقل حرفه‌ای ماما در امر زایمان طبیعی در سال‌های اخیر نسبت به گذشته نه چندان دور، موجب بی‌انگیزگی و کاهش کیفیت کاری ماماها و در نتیجه صدمه به منافع مراجعان بخش لیبر و کاهش آمار و کیفیت زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها شده است. بدیهی است که کاهش کیفیت آموزش مامایی در این زمینه نیز مؤثر بوده است که می‌توان با بازنگری برنامه آموزشی و افزایش کمی و کیفی واحدهای نظری و بالینی لازم برای تربیت یک مامای واجد شرایط و مستقل در امر بارداری و زایمان طبیعی مشکل را برطرف کرد. یک مامای با کیفیت است که می‌تواند مورد اعتماد هم مراجع و هم پزشک قرار گیرد و مسئولیت‌های قانونی کار خود را بپذیرد. البته ایجاد و افزایش پل‌های ارتباطی بین پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از جمله ماماها در دوران تحصیل و اشتغال، تشکیل کمیته‌ها و جلسات مشترک بین آن‌ها، تبیین نقش و وظایف مستقل حرفه‌ای هر کدام برای دیگری و نیز برنامه‌ریزی برای آموزش آن‌ها به شکل تیمی برای ایجاد تیم‌های زایمان شایسته و ایمن در بیمارستان‌ها، می‌تواند راهگشای این مشکل باشد. طراحی دو نوع تیم یکی تیم ماماها برای بارداری و زایمان طبیعی و فیزیولوژیک و دیگری تیم ماماها و متخصصان زنان برای بارداری و زایمان غیرطبیعی برای ارائه خدمات ایمن در این زمینه حایز اهمیت بسیار است و تأثیر منفی ساختار

نامناسب سلسله مراتبی فعلی را که موجب تضادهای بین حرفه‌ای، عدم اعتماد و بدبینی نسبت به هم می‌شود، از بین می‌برد.

ارزشیابی نکردن تیم و توجه ارزشیابی‌ها صرفاً به عملکرد فردی افراد نیز موضوع دیگری بود که در ارتباط با مانع مدیریت سازمان یا خارج تیم در این مطالعه استخراج گردید. در مطالعه مروری Xyrichis و Lowton اشاره شده که یکی از شش عامل مؤثر در کار تیمی، ارزشیابی است (۴۷). امروزه در حیطه‌های مختلف ارایه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از جمله مراقبت‌های مامایی، توجه بسیار زیادی به ارزشیابی مؤثر و کارآمد کار تیمی و فعالیت بین رشته‌ای شده است (۶۳-۵۶). از این رو توجه به اصول ارزشیابی کار تیمی در بیمارستان‌های ایران نیز باید مورد تأکید قرار گیرد. در این زمینه استفاده از نتایج مطالعات انجام گرفته می‌تواند بسیار مفید واقع شود.

در سیستم مدیریت خارج تیم، به عنوان مانع کار تیمی، بی‌عدالتی موردی بود که به دفعات در اظهارات مشارکت‌کنندگان آمده بود. بدیهی است که احساس هر نوع بی‌عدالتی از حیث حقوق، احترام، دریافت مالی، تبعیض بین حرف و عدم توجه به درخواست کارکنان مثلاً سختی کار، موجب بی‌انگیزگی و کاهش کیفیت کاری آن‌ها می‌شود. این امر به نوبه خود می‌تواند تاحدی کیفیت خدمات زایمانی و منافع مراجعان را نیز تحت‌الشعاع خود قرار دهد.

موانع شرح داده شده بالا، اصولاً حاکی از اشکال در سیستم مدیریتی و سازمان کلان حاکم بر تیم زایمان است. یکی از دلایل احتمالی وجود مشکلات و موانع سازمانی و مدیریتی،

می‌تواند عدم آشنایی خود مدیران و برنامه‌ریزان از اصول کار تیمی و شرایط الزامات آن باشد. زیرا در ساختارهای مدیریتی وزارت بهداشت و نیز بیمارستان‌های ایران معمولاً افراد مدیر صرفاً دارای تحصیلات بالینی هستند و بدون آموزش و تجربه لازم در خصوص موضوعات مدیریتی به طور عام و اهمیت کار تیمی و کارکرد تیم به طور خاص، در پست‌های مدیریتی قرار می‌گیرند. بنابراین ناکافی بودن آگاهی‌ها و نداشتن نگرش لازم موجب سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های نامناسب توسط آن‌ها می‌شود. به نظر می‌رسد آموزش مسئولان و مدیران در سطوح مختلف و نیز افراد حرفه‌های مختلف که در تیم مشترک کار می‌کنند، در این زمینه بتواند این مشکل را رفع کند.

حال به بحث در خصوص عوامل تسهیل‌کننده کار تیمی در بخش لایبر می‌پردازیم. همان‌طور که اشاره شد، سه عامل تسهیل‌کننده برای کار تیم زایمان مشخص گردید که شامل مدیریت داخلی تیم، همکاری، همیاری و همدلی و ویژگی‌های فردی لازم برای کار در تیم زایمان بود.

در ابتدا به عامل تسهیل‌کننده مدیریت داخلی تیم می‌پردازیم که چهار مورد در زیرمجموعه این عامل شامل رهبر تیم، جو کاری، شفاف‌سازی ارزش‌گذاری فعالیت افراد و اجرای درست قوانین بالادستی شناسایی شد. در خصوص وجود مدیر یا رهبر مناسب در بخش لایبر در این مطالعه، اکثر شرکت‌کنندگان از وجود فرد لایق (مامای مسئول یا مدیر ماماها) در سمت مدیریت و نحوه مدیریت و عملکرد او در

راستای کار تیمی ابراز رضایت داشتند. دلیل این امر می‌تواند وجود افراد با سابقه کاری بالا و تجارب زیاد در پست‌های مدیریتی در محیط مورد مطالعه باشد. در مطالعه Nancarrow و همکاران در استرالیا که به بررسی ده ویژگی تیم‌های کاری مؤثر و خوب در محیط‌های بهداشتی درمانی پرداخته شده، اولین و مهم‌ترین ویژگی وجود یک مدیر و رهبر مناسب در تیم ذکر شده است. مدیری که کاریزماتیک بوده و تمامی اعضای تیم او را پذیرفته و قبول داشته باشند (۵۲). همچنین در مطالعه Ten Have و همکاران در هلند که با هدف تهیه یک چک لیست معتبر برای ارزیابی عملکرد مدیریت در کارهای تیمی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام گرفت، ۱۰ شاخص کیفی برای مدیریت مناسب معرفی شده است که می‌تواند در زمینه کارهای تیمی و بین حرفه‌ای مورد استفاده قرار گیرد (۶۴). سایر مطالعات انجام گرفته در این زمینه نیز در مورد تشخیص‌های مشکل بیمار، وجود مدیریت و رهبری مناسب را از تسهیل‌کننده‌ها و الزامات عملکرد مناسب تیم‌های کاری برشمرده‌اند (۶۵ و ۶۶).

جو کاری مناسب موردی بود که در مجموعه تسهیل‌کننده‌های کار تیم زایمان قرار گرفت. یافته‌های این مطالعه حاکی از تأثیر مثبت محیط و جو کاری بر نتایج کار تیمی و روابط افراد بود، به طوری که جو صمیمی محیط کار و توأم با همکاری موجب بهبود کیفیت کاری افراد و افزایش رضایتمندی آن‌ها بود. مطالعات دیگران نیز بر اهمیت همکاری تیمی و جو کاری تیم و تأثیر محیط دوستانه کاری بر کار تیم تأکید کرده‌اند (۶۷ و ۶۸).

از دیگر موضوعات مدیریت داخلی تیم که جزء تسهیل‌کننده‌ها بود، شفاف‌سازی ارزش‌گذاری فعالیت افراد توسط مدیر است. در بخش لیبر مورد مطالعه، مامای مسؤل با برقراری مقررات داخلی مورد توافق همه در خصوص میزان کار و نحوه پرداخت اضافه کاری و حق زایمان و در دسترس قرار دادن میزان فعالیت و دریافتی همگان، موجب رضایت اعضای تیم شده بود که در اظهارات آن‌ها نیز مشخص بود. همچنین با پیگیری‌های او قوانین بالادستی مربوط به وزارت بهداشت مثلاً میزان پرداخت در خصوص هر زایمان، شامل حال اعضای (ماماهای) تیم شده بود و این مورد نیز موجبات خشنودی آن‌ها را فراهم کرده بود. بدیهی است اگر اعضای تیم احساس کنند که مدیریت تیم به حقوق آن‌ها توجه دارد و به ازای فعالیت خود دریافتی مناسب دارند، انگیزه بیشتری پیدا می‌کنند و روحیه کاری آن‌ها بالاتر می‌رود و به نوبه خود انسجام تیمی هم افزایش می‌یابد.

دومین عامل تسهیل‌کننده در بخش لیبر در مطالعه حاضر، همکاری، همیاری و همدلی بود که زیرمجموعه آن موضوعات کمک و همکاری و همدلی و حمایت از هم بودند. اظهارات مشارکت‌کنندگان وجود هر دو مورد را در بخش لیبر و بین همکاران نشان داد. به طوری که آن‌ها مواردی از همکاری بین خود و کار کردن به جای همکار و حتی حمایت عاطفی از همکاران خود را مطرح کردند. با توجه به تفاوت ظریف معانی همیاری و همکاری، همیاری (collaboration) بیشتر بین ماماها (به ویژه اگر هم سال‌تر یا دوست بودند) و همکاری

(cooperation) بین ماماها و پزشکان وجود داشت. وجود همیاری و همکاری از مواردی است که می‌تواند موجب ارتقای کار تیمی شود. مطالعات مختلف مداخله‌ای در این زمینه حاکی از بهبود نتایج و فرآیندهای تیم بوده است (۶۹). اصولاً کار تیمی بهتر است از سطح همکاری بالاتر رفته و به صورت همیاری و همدلی باشد. این امر انسجام، اتحاد و یکپارچگی تیمی و احساس مسئولیت جمعی را افزایش می‌دهد و لذا باعث بهبود نتایج خدمات تیم می‌شود. کما این که در مطالعه‌ای همکاری بین ماماها و متخصصان زنان موجب کاهش آمار سزارین بدون افزایش میزان مرگ و میر نوزادان شد (۷۰).

عامل تسهیل‌کننده سوم ویژگی‌های فردی لازم برای کار در تیم زایمان بود. این عامل برآمده از دو مورد روابط مناسب و ویژگی مثبت شخصیتی بود. طبق اظهارات شرکت‌کنندگان، روابط مناسب بین اکثر اعضای تیم و البته بیشتر در بین گروه‌های همسان و همسال وجود داشت. اکثر شرکت‌کنندگان و به خصوص ماماها، به ارتباطات خوب بین خودشان و به ویژه با گذشت زمان اشاره داشتند. دلیل احتمالی این که این موضوع در بین ماماها بیشتر دیده می‌شد، شاید احساس نیاز آن‌ها به یک نوع اتحاد و همکاری در مقابل سایر گروه‌های قدرتمند در بیمارستان از جمله پزشکان و پرستاران باشد که به نوبه خود باعث تبدیل این موضوع به یک عامل مؤثر در کار تیمی می‌شد. همچنین علت دیگر می‌تواند مربوط به تضادهای بین حرفه‌ای و سلسله مراتب قدرتی پزشکان باشد که در بخش موانع

ذکر شد. اما با وجود این، باید راه کارهایی را به کار بست تا فرهنگ ارتباطات مناسب با سایر حرف و نیز با دیگر بخش‌ها در بیمارستان برقرار گردد و این کار باید از دوران تحصیل این حرفه‌ها با هم آغاز گردد. زیرا نتایج مطالعات انجام گرفته نشان‌دهنده این موضوع است که همکاری و روابط خوب بین رشته‌ای می‌تواند بسیار مؤثر و راهگشا تر باشد (۲۷، ۲۶ و ۷۵-۷۱).

ویژگی‌های مثبت شخصیتی افراد نیز در حوزه تسهیلگرها قرار داشت. به طوری که بیشتر شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. طبق اظهارات شرکت‌کنندگان افرادی که در تیم زایمان کار می‌کنند، چه ماما و چه پزشک باید از ویژگی‌های شخصیتی مناسب برخوردار باشند و در ارتباطات با دیگران رعایت احترام را بکنند. مسئولیت‌پذیری فردی و جمعی، وجدان کاری، دلسوزی، صبر و مواردی از این دست مستلزم کار در تیم زایمان است که مشارکت‌کنندگان بر آن‌ها تأکید داشتند. از آن جا که این موضوع از اهمیت به سزایی برخوردار است، دیگران نیز در مطالعات خود به آن توجه کرده‌اند. به طوری که Lane و Reiger در مطالعه خود خصوصیات لازم برای پزشک از دیدگاه ماماها و خصوصیات لازم برای ماما از دیدگاه پزشک زنان را مطرح کرده‌اند (۳۶). بنابراین به نظر می‌رسد که در انتخاب افراد برای آموزش در رشته مامایی یا تخصص زنان باید به ویژگی‌های شخصیتی این افراد توجه کرد و همچنین در حین دوران تحصیل روی اکتساب و تقویت این ویژگی‌ها کار کرد.

اگر بخواهیم ایرادی را بر این مقاله مترتب سازیم، محدود بودن شرکت‌کنندگان به یک

بیمارستان است. البته هدف مطالعات کیفی تعمیم‌پذیری نیست. با وجود این براساس مرور متون انجام گرفته توسط محقق، مطالعه حاضر از معدود مطالعات انجام گرفته در زمینه کار تیمی در بیمارستان در ایران و به ویژه اولین مطالعه در خصوص کار تیمی در بخش لیبر است که می‌تواند مبنای مطالعات کیفی و کمی دیگر قرار گیرد.

با توجه به این که ایمنی مراجعان و بیماران با کار تیمی ارتباط تنگاتنگ دارد، بررسی کار تیم‌ها از جمله تیم زایمان و یافتن موارد قوت و ضعف و عوامل منفی و مثبت مؤثر بر آن برای برنامه‌ریزی‌ها و اصلاحات آتی بسیار اثربخش است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کار تیمی در بخش زایمان بیمارستان مورد مطالعه، با موانع و تسهیل‌کننده‌های مختلفی هم در سطح سازمانی و مدیریتی و هم در سطح فردی مواجه است. نظر به جایگاه و اهمیت خدمات زایمانی و نقش کار تیمی در کیفیت این خدمات، برنامه‌ریزی و انجام مداخلات مناسب در زمینه رفع موانع و تقویت تسهیل‌کننده‌ها امری اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد. با توجه به موانع ذکر شده در مطالعه حاضر، ایجاد و تقویت دو تیم مشخص با وظایف و پروتوکل‌های معین، یکی تیم ماماها برای خدمات بارداری و زایمان فیزیولوژیک و دیگر تیم بین ماماها و متخصصان زنان برای خدمات بارداری و زایمان غیرطبیعی، نظارت دقیق‌تر بر اجرای پروتوکل‌های و راهنماهای وزارت بهداشت در بخش لیبر، بهبود سیستم آموزشی با اصلاح کمی و کیفی برنامه‌های آموزشی رشته‌های هم تیم و اجرای مناسب

کار تیمی بین حرفه‌ای در بیمارستان‌های آموزشی به ویژه بین ماماها و متخصصان زنان، فراهم کردن محیط آموزش بالینی مستقل برای رشته مامایی برای آموزش مطلوب بارداری و زایمان فیزیولوژیک و نیز اجرای برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت و توانمندسازی کارکنان با تمرکز بر آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و نیز کار تیمی، اقدامات مناسب در زمان تحصیل و اشتغال برای یادگیری کار تیمی و آشنایی حرفه‌های مختلف با نقش و وظایف هم و بهبود ارتباطات بین حرفه‌ای و رفع تضاد بین آن‌ها، استفاده مناسب از توانمندی‌های افراد در هر رشته و دادن اختیار و نقش مناسب و مستقل به آن‌ها براساس آن، جایگزین نکردن یک حرفه برای انجام وظایف حرفه دیگر، بهبود ارتقای برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های مربوط در این موارد، توسعه سیستم ارزشیابی به صورت ارزشیابی تیم همراه با ارزشیابی فرد، توجه به مشکلات فردی افراد و کمک به رفع آن‌ها، استقرار سیاست‌ها و قوانین حمایت‌کننده و از جمله پرداخت مالی مناسب با مسئولیت و سختی کار، به‌کارگیری راهکارهایی برای تقویت انگیزش و غنای شغلی افراد و اقدام در رفع موانع قانونی، با هدف افزایش عملکرد تیم‌های زایمانی در بخش لیبر توصیه می‌شود.

لازم به ذکر است که این مقاله بخشی از یافته‌های یک رساله دکتری در دانشگاه تربیت مدرس (دانشکده پزشکی، گروه بهداشت باروری و مامایی) است و هزینه آن توسط معاونت پژوهشی دانشگاه یاد شده پرداخت شده است.

## تشکر و قدردانی

محقق بر خود لازم می‌داند از تمامی مشارکت‌کنندگان مطالعه که وقت خود را صمیمانه در اختیار قرار داده و در مطالعه

شرکت کردند، از مسؤولان بیمارستان که اجازه همکاری دادند و سایر عزیزانی که ما را صمیمانه در انجام این مطالعه یاری کردند تقدیر و تشکر کند.

## منابع

- 1 - [Midwife graduated and post graduated competency regulations]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2009. (Persian)
- 2 - Grunebaum A. Error reduction and quality assurance in obstetrics. *Clin Perinatol*. 2007 Sep; 34(3): 489-502.
- 3 - Mann S, Pratt S, Gluck P, Nielsen P, Risser D, Greenberg P, et al. Assessing quality obstetrical care: development of standardized measures. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006 Sep; 32(9): 497-505.
- 4 - Shroff FM. *The new midwifery*. Toronto: Women's Press; 1997.
- 5 - [Midwife's: losses ring in health care]. Available at: <http://www.afkarnews.ir/vdcjyie8.uqemazsffu.html>. 2014. (Persian)
- 6 - Cox KJ. Midwifery and health disparities: theories and intersections. *J Midwifery Womens Health*. 2009 Jan-Feb; 54(1): 57-64.
- 7 - Midwifery 2020: The core role of the midwife. Available at: [www.nes.scot.nhs.uk/media/1891153/core\\_role.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/1891153/core_role.pdf). Accessed March 31, 2010.
- 8 - Clarke SP, Aiken LH. Failure to rescue. *Am J Nurs*. 2003 Jan; 103(1): 42-7.
- 9 - Sexton JB, Holzmueller CG, Pronovost PJ, Thomas EJ, McFerran S, Nunes J, et al. Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *J Perinatol*. 2006 Aug; 26(8): 463-70.
- 10 - American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Quality Improvement and Patient Safety. ACOG committee opinion: patient safety in obstetrics and gynecology. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004 Jul; 86(1): 121-3.
- 11 - Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. *J Midwifery Womens Health*. 2010 May-Jun; 55(3): 250-4.
- 12 - Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. Communication skills and error in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2007 Dec; 13(6): 732-6.
- 13 - Suddick K, De Souza LH. Therapists' experiences and perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: critical happenings in effective and ineffective teamwork. *J Interprof Care*. 2007; 21(6): 669-86.
- 14 - Eldar R, Marincek C, Kullmann L. Need for rehabilitation teamwork training in Europe. *Croat Med J*. 2008 Jun; 49(3): 352-357.
- 15 - Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*. 2000 Mar 18; 320(7237): 745-9.
- 16 - Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*. 2004 Oct; 13(5): 330-4.
- 17 - Chakraborti C, Boonyasai R, Wright S, Kern DE. A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *J Gen Intern Med*. 2008 Jun; 23(6): 846-853.
- 18 - Murray-Davis B, Marshall M, Gordon F. What do midwives think about interprofessional working and learning?. *Midwifery*. 2011 Jun; 27(3): 376-81.

- 19 - Mackintosh N, Berridge EJ, Freeth D. Supporting structures for team situation awareness and decision making: insights from four delivery suites. *J Eval Clin Pract.* 2009 Feb; 15(1): 46-54.
- 20 - Kennedy HP, Lyndon A. Tensions and teamwork in nursing and midwifery relationships. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Jul-Aug; 37(4): 426-35.
- 21 - Martin CM, Kasperski J. Developing interdisciplinary maternity services policy in Canada. Evaluation of a consensus workshop. *J Eval Clin Pract.* 2010 Feb; 16(1): 238-45.
- 22 - Doyle J. Barriers and facilitators of multidisciplinary team working: a review. *Paediatr Nurs.* 2008 Mar; 20(2): 26-9.
- 23 - Tabibi J, Nasiripour AA, Maleki MR, Raessi P, Mahmmoudi M, Azimi L. [Survey of employees' safety attitude in a teaching hospital Tehran 2010]. *Iran Occupational Health.* 2011; 7(4): 25-31. (Persian)
- 24 - Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2011 Jul 5; 11: 159.
- 25 - Temkin-Greener H, Gross D, Kunitz SJ, Mukamel D. Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Med Care.* 2004 May; 42(5): 472-81.
- 26 - Lane H, Weil J, Jelinek GA, Boughey M, Marck CH, Weiland TJ, et al. Ideal care and the realities of practice: interdisciplinary relationships in the management of advanced cancer patients in Australian emergency departments. *Support Care Cancer.* 2014 Apr; 22(4): 1029-35.
- 27 - Dadiz R, Weinschreider J, Schriefer J, Arnold C, Greves CD, Crosby EC, et al. Interdisciplinary simulation-based training to improve delivery room communication. *Simul Healthc.* 2013 Oct; 8(5): 279-91.
- 28 - Freeth D, Ayida G, Berridge EJ, Mackintosh N, Norris B, Sadler C, et al. Multidisciplinary obstetric simulated emergency scenarios (MOSES): promoting patient safety in obstetrics with teamwork-focused interprofessional simulations. *J Contin Educ Health Prof.* 2009 Spring; 29(2): 98-104.
- 29 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005 Nov; 15(9): 1277-88.
- 30 - Grbich C. *Qualitative data analysis: an introduction.* London: Sage; 2007.
- 31 - Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. *Analysing qualitative data.* *BMJ.* 2000 Jan 8; 320(7227): 114-6.
- 32 - Patterson D. Interdisciplinary team communication among forensic nurses and rape victim advocates. *Soc Work Health Care.* 2014; 53(4): 382-97.
- 33 - Schneider JF, de Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Conceptions of a mental health team about interdisciplinary work. *Rev Gaucha Enferm.* 2009 Sep; 30(3): 397-405.
- 34 - Heatley M, Kruske S. Defining collaboration in Australian maternity care. *Women Birth.* 2011 Jun; 24(2): 53-7.
- 35 - Reese DJ, Sontag MA. Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health Soc Work.* 2001 Aug; 26(3): 167-75.
- 36 - Reiger KM, Lane KL. Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Aust Health Rev.* 2009 May; 33(2): 315-24.
- 37 - Prowse J, Prowse P. Role redesign in the national health service the effects on midwives' work and professional boundaries. *Work Employment & Society.* 2008 Dec; 22(4): 695-712.
- 38 - Kilgore RV, Langford RW. Reducing the failure risk of interdisciplinary healthcare teams. *Crit Care Nurs Q.* 2009 Apr-Jun; 32(2): 81-8.
- 39 - Sorbero ME, Farley DO, Mattke S, Lovejoy SL. Outcome measures for effective teamwork in inpatient care: final report. Santa Monica, CA: RAND Health; 2008.
- 40 - Robertson B, Schumacher L, Gosman G, Kanfer R, Kelley M, DeVita M. Simulation-based crisis team training for multidisciplinary obstetric providers. *Simul Healthc.* 2009 Summer; 4(2): 77-83.

- 41 - Cooper JB, Singer SJ, Hayes J, Sales M, Vogt JW, Raemer D, et al. Design and evaluation of simulation scenarios for a program introducing patient safety, teamwork, safety leadership, and simulation to healthcare leaders and managers. *Simul Healthc*. 2011 Aug; 6(4): 231-8.
- 42 - Lamb D. Could simulated emergency procedures practised in a static environment improve the clinical performance of a Critical Care Air Support Team (CCAST)? A literature review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007 Feb; 23(1): 33-42.
- 43 - Daniels K, Auguste T. Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training. *Semin Perinatol*. 2013 Jun; 37(3): 146-50.
- 44 - Sorensen SS. Emergency drills in obstetrics: reducing risk of perinatal death or permanent injury. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2007 Jan-Mar; 9(1): 9-16.
- 45 - Clark EA, Fisher J, Arafeh J, Druzin M. Team training/simulation. *Clin Obstet Gynecol*. 2010 Mar; 53(1): 265-77.
- 46 - Parker Oliver D, Peck M. Inside the interdisciplinary team experiences of hospice social workers. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2006; 2(3): 7-21.
- 47 - Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008 Jan; 45(1): 140-53.
- 48 - Matos E, de Pires DE, de Sousa Campos GW. Work relationships among interdisciplinary teams: contributions for new methods of organization in health work. *Rev Bras Enferm*. 2009 Nov-Dec; 62(6): 863-9.
- 49 - Reuben DB, Yee MN, Cole KD, Waite MS, Nichols LO, Benjamin BA, et al. Organizational issues in establishing geriatrics interdisciplinary team training. *Gerontol Geriatr Educ*. 2003; 24(2): 13-34.
- 50 - Ferreira RC, Varga CR, da Silva RF. Working in multiprofessional teams: the perspectives of family health residents. *Cien Saude Colet*. 2009 Oct; 14 Suppl 1: 1421-8.
- 51 - Schmalenberg C, Kramer M, King CR, Krugman M, Lund C, Poduska D, et al. Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 1. *J Nurs Adm*. 2005 Oct; 35(10): 450-8.
- 52 - Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*. 2013; 11: 19.
- 53 - Halcomb E, Davidson P, Daly J, Yallop J, Tofler G. Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004 Jul; 3(2): 135-47.
- 54 - Mousques J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy*. 2010 Dec; 98(2-3): 131-43.
- 55 - Munro S, Kornelsen J, Grzybowski S. Models of maternity care in rural environments: barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*. 2013 Jun; 29(6): 646-52.
- 56 - Fairhall N, Sherrington C, Kurrle SE, Lord SR, Lockwood K, Howard K, et al. Economic evaluation of a multifactorial, interdisciplinary intervention versus usual care to reduce frailty in frail older people. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Jan; 16(1): 41-8.
- 57 - Higgins A, Sharek D, Nolan M, Sheerin B, Flanagan P, Slaicuinaite S, et al. Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability. *J Adv Nurs*. 2012 Nov; 68(11): 2559-69.
- 58 - Archavlis E, Tselis N, Birn G, Ulrich P, Zamboglou N. Combined salvage therapies for recurrent glioblastoma multiforme: evaluation of an interdisciplinary treatment algorithm. *J Neurooncol*. 2014 Sep; 119(2): 387-95.
- 59 - Burns AS, Delparte JJ, Ballantyne EC, Boschen KA. Evaluation of an interdisciplinary program for chronic pain after spinal cord injury. *PM R*. 2013 Oct; 5(10): 832-8.

- 60 - Gagnon B, Murphy J, Eades M, Lemoignan J, Jelowicki M, Carney S, et al. A prospective evaluation of an interdisciplinary nutrition-rehabilitation program for patients with advanced cancer. *Curr Oncol*. 2013 Dec; 20(6): 310-8.
- 61 - Martin J, Torre F, Aguirre U, Gonzalez N, Padierna A, Matellanes B, et al. Evaluation of the interdisciplinary PSYMEPHY treatment on patients with fibromyalgia: a randomized control trial. *Pain Med*. 2014 Apr; 15(4): 682-91.
- 62 - Metzeltin SF, Daniels R, van Rossum E, Cox K, Habets H, de Witte LP, et al. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2013 Sep; 50(9): 1184-96.
- 63 - Wimmer MD, Randau TM, Petersdorf S, Pagenstert GI, Weißkopf M, Wirtz DC, et al. Evaluation of an interdisciplinary therapy algorithm in patients with prosthetic joint infections. *Int Orthop*. 2013 Nov; 37(11): 2271-8.
- 64 - Ten Have ECM, Nap RE, Tulleken JE. Measurement properties and implementation of a checklist to assess leadership skills during interdisciplinary rounds in the intensive care unit. *The Scientific World Journal*. 2015; 2015: 1-7.
- 65 - McCallin A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *J Nurs Manag*. 2003 Nov; 11(6): 364-70.
- 66 - Berson Y, Shamir B, Avolio BJ, Popper M. The relationship between vision strength, leadership style, and context. *The Leadership Quarterly*. 2001; 12(1): 53-73.
- 67 - Cashman S, Reidy P, Cody K, Lemay C. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *J Interprof Care*. 2004 May; 18(2): 183-96.
- 68 - Dickie C. Exploring workplace friendships in business: cultural variations of employee behaviour. *Research and Practice in Human Resource Management*. 2009; 17(1): 128-137. Available from: <http://rphrm.curtin.edu.au/2009/issue1/friendships.pdf>
- 69 - Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons; 2009.
- 70 - Homer CS, Davis GK, Brodie PM, Sheehan A, Barclay LM, Wills J, et al. Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG*. 2001 Jan; 108(1): 16-22.
- 71 - Nemergut DR, Townsend AR. The importance of interdisciplinary communication with patients about complex, chronic illnesses: our experiences as parents of a child with a craniopharyngioma. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2015 Jan; 28(1-2): 3-5.
- 72 - Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *J Multidiscip Healthc*. 2015 Jan 14; 8: 33-7.
- 73 - Amin AN, Owen MM. Productive interdisciplinary team relationships: the hospitalist and the case manager. *Lippincotts Case Manag*. 2006 May-Jun; 11(3): 160-4.
- 74 - Cornell P, Townsend-Gervis M, Vardaman JM, Yates L. Improving situation awareness and patient outcomes through interdisciplinary rounding and structured communication. *J Nurs Adm*. 2014 Mar; 44(3): 164-9.
- 75 - Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *J Nurs Scholarsh*. 2015 May; 47(3): 275-84.

# Teamwork barriers and facilitators in the maternity wards: A qualitative study

Seyedeh Tahereh Mirmolaei\* (MSc.) - Minoor Lamyian\*\* (Ph.D) - Masoumeh Simbar\*\*\* (Ph.D)  
- Abouali Vedadhir\*\*\*\* (Ph.D) - Aryan Gholipour\*\*\*\*\* (Ph.D).

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Jul. 2015  
Accepted: Dec. 2015

**Background & Aim:** Teamwork (between obstetricians and midwives) is one of the main pillars of success in the provision of appropriate services in the maternity wards. Therefore, this study aimed to identify the factors influencing teamwork in a maternity ward in a public hospital in Tehran, Iran.

**Methods & Materials:** In this qualitative study, nine midwives and four obstetricians were selected through purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews from an affiliated hospital of Tehran University of Medical Sciences in 2013-2014. Data were analyzed using conventional content analysis.

**Results:** Two themes including the teamwork barriers (four categories) and facilitators (three categories) were extracted from the data analysis. The main categories of teamwork barriers were the underlying issues (inter-professional conflicts, legal issues, and salary and financial issues), individual problems (physical problems, negative personality characteristics and domestic problems), lack of skills (lack of abilities and motivation, educational weakness and lack of experience) and the external management system (inappropriate policy making and planning, hierarchical structure, lack of team evaluation and lack of justice). The main categories of teamwork facilitators were the internal management of team (good leader or manager, appropriate workplace climate, values clarification of the team members' practices, and proper implementation of regulations), cooperation, collaboration and empathy (help and cooperation and empathy and support), and essential personal qualities for teamwork (good communication and good personality characteristics).

**Conclusion:** In this study, the teamwork barriers and facilitators in the maternity wards were comprehensively identified at different levels. According to the results, interventions can be designed and implemented to enhance teamwork.

Corresponding author:  
Minoor Lamyian  
e-mail:  
lamyianm@modares.  
ac.ir

**Key words:** qualitative study, teamwork, midwife, obstetrician, barriers of teamwork, facilitators of teamwork, maternity ward

### Please cite this article as:

- Mirmolaei ST, Lamyian M, Simbar M, Vedadhir A, Gholipour A. [Teamwork barriers and facilitators in the maternity wards: A qualitative study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2015; 21(4): 1-29. (Persian)

\* Ph.D Student in Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran; Dept. of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\* Dept. of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

\*\*\* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\*\*\* Dept. of Anthropology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

\*\*\*\*\* Dept. of Human Resource Management, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran