

УДК 614.212:[316.46+005.551]

DOI: <http://doi.org/10.30978/CEES-2021-1-52>

Лідерство та командоутворення в клінічній практиці (за результатами кейс-дослідження)



**А. О. Белебеєва^{1,2}, М. В. Шевченко²,
Ю. Г. Вернигор², Л. М. Семенюк¹**

¹Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

²Школа охорони здоров'я, Національний університет
«Києво-Могилянська академія», Київ

Необхідність реформування системи охорони здоров'я (СОЗ) України потребує якісно нового підходу до управління як на державному рівні, так і на рівні закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Як показує міжнародний досвід, системи охорони здоров'я, які активно реагують на потреби населення та готові до впровадження інноваційних технологій, матимуть значний вплив на власне майбутнє. Нові моделі СОЗ потребують вищого рівня співпраці та взаємодії між медичним персоналом як у ЗОЗ, так і поза ними [1, 2].

Деякі дослідники вказують на зростання ролі «кваліфікаційного рівня керівників охорони здоров'я та іншого медичного персоналу в процесі перебудови галузі, що є запорукою успішності та ефективності модернізації, оскільки сучасна охорона здоров'я неможлива без клінічного лідерства» [3].

Клінічне лідерство — це процес впливу на інновації щодо надання медичної допомоги та вдосконалення як організаційних процесів, так і індивідуальних практик надання медичних послуг для досягнення якості та безпечності. Залучення медичних працівників до керівництва та управління СОЗ у будь-якому масштабі (команда, відділення, лікарня чи орган охорони здоров'я) є професійним

обов'язком усіх клініцистів [4, 5]. Незважаючи на докази [6], які свідчать про те, що клінічне лідерство має важливе значення для забезпечення безпечної та ефективної клінічної допомоги, багато медичних працівників, насамперед лікарі, приймаючи офіційну керівну роль, не завжди мають відповідні компетентності [7]. Майже завжди керівники медичних закладів різного масштабу вчаться виконувати роль лідера під час власної діяльності, використовуючи здоровий глузд та метод проб і помилок, причому їх помилки, з огляду на особливості сфери діяльності, можуть мати серйозні наслідки [8].

Сучасні теорії лідерства (Ф. Тейлора [9], Р. Белбіна [10]) зосереджені на роботі в команді та спілкуванні, а не на рисах характеру найманого працівника. За даними деяких досліджень клінічного лідерства, «правильно сформовані медичні команди мають стимул працювати разом для досягнення спільних цілей. Учасники хоча й мають різні ролі та навички, але їх взаємодія визначає успіх команди» [11]. Така діяльність надає всім учасникам багато переваг. Зокрема керівництво ЗОЗ концентрує увагу на фінансуванні та стратегічних завданнях, які відповідають потребам пацієнтів, медичні працівники — на

Белебеєва А. О., Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, лікар акушер-гінеколог консультативної поліклініки. 01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-а; Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», студентка магістерської програми «Менеджмент в охороні здоров'я. 04655, м. Київ, вул. Волоська, 10; E-mail: alla.bebeveeva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2677-6582>. Шевченко М. В., д. мед. н., доцент, ст. наук. співр., Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія». 04655, м. Київ, вул. Волоська, 10; E-mail: m.shevchenko@ukma.edu.ua; <https://orcid.org/0000-0003-1828-8447>. Вернигор Ю. Г., старший викладач; Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія». 04655, м. Київ, вул. Волоська, 10; E-mail: y.vernyhor@ukma.edu.ua, <https://orcid.org/0000-0001-5243-1716>. Семенюк Л. М., д. мед. н., професор, Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, завідувачка відділу репродуктивної медицини та хірургії. 01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-а; E-mail: semeniukliudmyla1@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7354-7061>.

наданні медичних послуг для забезпечення максимальної клінічної ефективності. У закладах, де наявна взаємодія медичного персоналу з пацієнтами, клінічні лідери відіграють роль цілісної команди [12, 13]. Командна робота медичного персоналу сприяє постійному поліпшенню результатів діяльності як структурних підрозділів, так і закладу в цілому (за даними дослідження «Self perception of leadership style and behaviour in primary healthcare») [14].

Аналіз результатів міжнародних наукових публікацій щодо клінічного лідерства на різних рівнях надання медичної допомоги свідчить про потребу поглибленого вивчення лідерських навичок у медичного персоналу [15, 16] та ідентифікації їх ролей у команді з урахуванням особистісних можливостей та мотивації.

Мета роботи — дослідити розподіл ролей медичного персоналу в командах, які надають медичну допомогу в закладі охорони здоров'я третинного рівня.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено серед медичних працівників відділень репродуктивної медицини, хірургії

та консультативної поліклініки Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України з використанням методології Р. Белбіна для діагностики командних ролей, а саме опитувальника BTRSPI (The Belbin Team Role Self-Perception Inventory) [17]. В його основу покладено типологію ролей. Відповідно до теорії ролевих команд Р. Белбіна успішна команда повинна мати збалансовані ролі, хоча співвідношення окремих ролей при цьому може відрізнятися (наприклад, один член команди може брати декілька ролей або лише одну). Під час розгляду кандидатури при прийнятті на роботу бажано проводити діагностику претендента за зазначеною методологією, а не орієнтуватися лише на його професійний досвід. Члени «діючої» команди мають розуміти завдання та функції різних ролей з урахуванням власних особистісних характеристик для формування успішної команди [18]. Згідно з методологією Р. Белбіна в команді виділяють 9 ролей. Короткі характеристики з описом сильних і припустимих слабких місць наведено у табл. 1. На думку Р. Белбіна, лише збалансована команда може

Таблиця 1

Характеристики ролей за методологією Р. Белбіна [18, адаптовано з джерела]

Командна роль	Сильні сторони	Слабкі сторони
Генератор ідей	Креативний, образний, вільнодумець, генерує ідеї та легко вирішує проблеми	Ігнорує неважливі речі. Занадто заклопотаний для ефективного спілкування
Дослідник ресурсів	Товариський, захоплений, комунікабельний. Досліджує можливості та набуває нові контакти	Занадто оптимістичний. Швидко втрачає інтерес, як тільки закінчується ентузіазм
Координатор/голова	Зрілий, впевнений, ідентифікує таланти. Визначає цілі. Делегує повноваження	Можна розглядати як маніпулятивну особистість. Розвантажує власну частину роботи
Мотиватор	Любить переборювати труднощі, динамічний, добре працює під тиском. У нього є порив і мужність для подолання перешкод	Схильний до провокацій. Може образити людські почуття
Спостерігач-оцінювач	Стратегічний та розважливий. Точно бачить усі варіанти та судження	Недостатність драйву та нездатність мотивувати інших. Схильний до надмірної критики
Колективіст/душа компанії	Кооперативний, чутливий і дипломатичний. Вміє слухати та уникає конфліктів	Нерішучий у переломні моменти. Уникає конфронтацій
Реалізатор/виконавець	Практичний, надійний, ефективний. Реалізує ідеї та організує правильно роботу	Деяко негнучкий. Повільно реагує на нові можливості
Завершувач/контролер	Старанний, добросовісний, стурбований. Шукає помилки. Шліфує та вдосконалює	Схильний до надмірного переживання. Неохоче делегує повноваження іншим членам команди
Спеціаліст/експерт	Цілеспрямований, самоорганізований, відданий. Ділиться рідкісними знаннями та навичками	Спеціалізується лише на вузькій темі. Зациклений на певних сферах

Таблиця 2
Загальна характеристика респондентів

Показник	Абс.	%
Кількість осіб	25	100,0
Середній вік, роки	44 ± 11	
Стать:		
жіноча	19	76,0
чоловіча	6	24,0
Відділення:		
репродуктивної медицини	7	28,0
консультативна поліклініка	11	44,0
ендокринної хірургії	7	28,0
Посада:		
лікарі з різними спеціалізаціями	13	52,0
лікарі-хірурги	6	24,0
медична сестра	4	16,0
завідувач відділення	2	8,0
Стаж роботи, роки	21 ± 11	

бути ефективною, не лише виконувати поставлені завдання, а й досягти максимального результату.

Респондентів поділили на три команди з урахуванням місця роботи. До команди I залучено 7 медичних працівників відділу репродуктивної медицини, до команди II — 11 медичних працівників консультативної поліклініки різних спеціальностей (лікар-уролог, лікарі-ендокринологи, лікар-невропатолог, лікар-дерматовенеролог, лікар-оториноларинголог, старша медична сестра, сестра медична), до команди III — 7 медичних працівників відділення ендокринної хірургії (лікарі-хірурги-ендокринологи та сестра медична).

До проведення опитування укладено угоду про нерозголошення та захист конфіденційної інформації респондентів.

Дослідження проведено у декілька етапів. На першому етапі респонденти ідентифікували та оцінювали свою роль у команді за методом самооцінки. Респонденти відповідали «Так»/«Ні» на 3 короткі запитання, які стосувалися знань про розподіл членів команд за типологією ролей, запропонованою Р. Белбінім [1]; віри, що ролі, які співробітники виконують у відділенні, ідентичні їх посаді чи очікуванням; довіри до визначення командних ролей за типом особистості [3]. На другому етапі проводили безпосередньо діагностику та визначення командних ролей серед обраного медичного персоналу.

Статистичний аналіз виконано з використанням стандартних методів описової (параметричної і непараметричної) статистики за допомогою програмного продукту SPSS Statistics v17 (IBM, США). Значущість різниці для категоріальних змінних обраховано за критерієм χ^2 , для метричних (віку і стажу) — за тестом Крускала—Валліса (Kruskal–Wallis ranksumtest).

Опитування проведено в умовах пандемії Covid-19, тому має деякі обмеження щодо генеральної сукупності та пілотний характер.

У дослідженні взяли участь 25 медичних працівників (табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За даними проведеного опитування, на запитання щодо знань про розподіл членів команд за типологією ролей, запропонованою Р. Белбінім, усі респонденти не були раніше знайомі з цією методологією, що може свідчити, що медичні працівники більш сконцентровані на безперервному професійному розвитку, аніж на розвитку м'яких навичок (soft skills), які відповідають за успішну участь у робочому процесі та високу продуктивність. Тому медичний персонал центру потребує більше інформаційних ресурсів та методів для вивчення питань щодо клінічного лідерства у спільній діяльності. В майбутньому дослідження можна розширити для більш поглибленого вивчення ролей та формування ефективних команд.

На запитання щодо ідентичності ролей, які співробітники виконують у командах, їх посадам чи описам, 50% респондентів відповіли «Ні». Отриманий результат вказує на потребу детальнішого вивчення рольового розподілу в досліджуваних командах.

Щодо залежності командних ролей від типу особистості 84% респондентів відповіли ствердно. Це можна вважати позитивною «знахідкою», оскільки члени команд розуміють важливість правильного розподілу ролей та розвитку лідерських навичок для оптимізації виробничих процесів. Отримані результати узгоджуються з думками інших дослідників, які вказують на необхідність формування профілю збалансованої команди для досягнення ефективних результатів у професійній сфері. Щоб команди працювали належним чином, організаційне середовище має підтримувати концепцію команди [19].

Установлено, що результати самооцінки респондентів власних ролей у командах та діагностики розподілу ролей з використанням BTRSPI-опитувальника збіглися лише у 5% респондентів. Це може свідчити про



Рисунок. Розподіл ролей у досліджуваних командах

необхідність проведення діагностики щодо розподілу ролей Р. Белбіна для визначення сильних та слабких сторін кожного члена команди. Також це допоможе встановити потенціал кожного медичного працівника та сформувати повноцінну збалансовану команду.

Середній вік респондентів — 44 роки (див. табл. 2). Це може вказувати на брак молодих кадрів, що є негативним аспектом для розвитку цього СОЗ.

За даними дослідження встановлено статистично значущий зв'язок між статтю та приналежністю до команди. Зокрема у команді I працюють лише жінки, у команді III — частка чоловіків становить 91 % ($p < 0,002$). Аналогічна ситуація і щодо посади та роботи в окремій із досліджуваних клінічних команд ($p < 0,001$). Згідно з отриманими даними гіпотеза щодо існування взаємозв'язку між віком респондента та вираженістю у нього командних ролевих поведінкових функцій не підтвердилася ($p < 0,991$).

Установлено, що команди статистично значущо відрізнялися за наповненням ролей ($p < 0,087$). Дані щодо розподілу ролей у досліджуваних командах наведено на рисунку.

Вивчення розподілу ролей дало змогу виявити закономірності в команді I: у 57 % респондентів діагностовано роль завершувача (контролера). Характерними рисами цієї ролі є велика увага до деталізації у роботі, схильність до перфекціонізму, добросовісне виконання роботи, що є позитивним у роботі лікаря-акушера-гінеколога. Негативними рисами — надмірне переживання щодо повноти та

якості надання медичної допомоги пацієнтам. За даними опитування, 40 % респондентів цієї команди виконують роль спеціаліста (експерта), кожен п'ятий (20 %) — колективіст (душа компанії). Однак у команді відсутні ролі координатора (голови), дослідника ресурсів, спостерігача (оцінювача), мотиватора та реалізатора (виконавця), тобто більшість командних ролей. Це може призвести до дисбалансу в роботі. Кожен член команди був поінформований про наявність/відсутність у нього тої чи тої ролі. Адже згідно з теорією Р. Белбіна людина володіє зазвичай декількома ролями та може їх використовувати залежно від ситуації. Неправильний підбір ролей у команді може негативно вплинути на ефективність роботи як в команді, так і у закладі в цілому (наприклад, можливе виникнення конфліктних ситуацій у колективі, значний відтік кадрів тощо).

Також встановлено, що керівник цього відділення має виражену роль колективіста (душі компанії). Як відомо, ефективний керівник є ефективним командним гравцем. Цей ролевий тип відомий вмінням до дипломатії, співчутливості та уникненням конфліктів, при цьому є потреба у розвитку або посиленні таких якостей, як рішучість та делегування повноважень іншим членам команди. Адже в умовах сьогодення роль лідера стає важливішою і помітнішою в СОЗ [20].

У команді II наявні такі ролі, як генератор ідей, дослідник ресурсів, завершувач (контролер), реалізатор (виконавець), спеціаліст (експерт), спостерігач

(оцінювач). Серед респондентів діагностовано більшість ролей, тобто команда є гармонійнішою порівняно з іншими командами. Такий результат може бути пов'язаний з різноманітністю лікарських спеціалізацій порівняно з іншими командами (переважно однієї спеціалізації), хоча ця гіпотеза потребує детальнішого вивчення. У цій команді відсутні ролі колективіста (душі компанії), мотиватора та координатора, що може негативно впливати на швидкість та динаміку вирішення питань і провокувати виникнення конфліктних ситуацій. Практикуючі лікарі та середній медичний персонал також потребують ресурсів та інструментів для підтримки колективної роботи і формування можливості досягати поставлених цілей.

Провідна роль у команді III — це колективіст (душа компанії) (діагностовано у 80 % респондентів). Переважання цієї ролі допомагає лікарям-хірургам-ендокринологам злагоджено працювати в команді, уникаючи конфліктів, та легко співпрацювати один з одним. Роль генератора ідей (50 % респондентів) дає змогу створювати креативні проекти та мати нестандартні підходи до вирішення завдань. Роль завершувача (контролера) наявна лише у 14 % респондентів, а кожен п'ятий у команді виконує роль спеціаліста (експерта). Зафіксовано відсутність ролі координатора (голови), дослідника ресурсів, спостерігача-оцінювача та реалізатора (виконавця), що може мати негативний вплив на рішучість у прийнятті рішень у стресових ситуаціях, постановку цілей, стратегічне мислення, призвести до «розсіювання» зусиль на різні ідеї та недостатньої їх реалізації в майбутньому.

Отримані результати узгоджуються з даними інших досліджень, зокрема особи, які ідентифікують себе як колективіст (душа компанії) рідше сприймаються як ефективні лідери та мають значно менший вплив на координацію всередині команди [21, 22]. У кризових ситуаціях особливо важлива роль координатора (голови) для організації надання своєчасної та якісної медичної допомоги.

За результатами дослідження рекомендовано всім членам досліджуваних команд розглянути можливість долучення до програм розвитку лідерських якостей та командоутворення. Адже такі знання сприятимуть ефективнішій роботі кожного члена клінічної команди, а розвиток м'яких навичок — кар'єрному зростанню та успіху в повсякденному житті.

ВИСНОВКИ

Дослідження засвідчило важливість вивчення розподілу ролей у командах.

За отриманими результатами встановлено, що командна (поведінкова) роль (ролі) члена досліджуваних команд залежить від статі та посади, але не пов'язана з віковим чинником.

Командні ролі в клінічних командах розподілено по-різному: найвираженіші рольові ознаки в усіх командах — це спеціаліст (експерт), завершувач (контролер). Установлено відсутність ролі координатора (голови). Такі ролі, як спостерігач (оцінювач) та дослідник ресурсів, наявні лише у команді лікарів консультативної поліклініки. Для збільшення продуктивності роботи членів команд слід розвивати почуття ідентичності команди, що сприяє підвищенню рівня згуртованості, залучення членів до виконання спільної роботи та морального духу, що рекомендовано за результатами досліджень.

Передумови для ефективного функціонування команди полягають у чіткому розумінні членами команди своєї ролі в досягненні поставлених цілей і завдань, що узгоджується з результатами інших досліджень [23].

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці цієї статті.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — А. О. Белебеєва, М. В. Шевченко; збір матеріалу — А. О. Белебеєва; обробка матеріалу — А. О. Белебеєва, Ю. Г. Вернигор; написання тексту — А. О. Белебеєва, М. В. Шевченко, Л. М. Семенюк; статистичне опрацювання даних — А. О. Белебеєва, Ю. Г. Вернигор; редагування тексту — М. В. Шевченко, Л. М. Семенюк.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Hills L. Understanding medical practice team roles. *J Med Pract Manage.* 2015;30(5):328-32.
- Brenner DA. Next-generation academic medicine. *J Clin Invest.* 2012;122(11):4280-2. doi:10.1172/JCI66847.
- Технологія управління закладом охорони здоров'я. [Текст]: дайджест /Укладач: ГЯ Єржак. Дніпро: ДОНМБ, 2018;1:9. http://medlib.dp.gov.ua/jirbis2/images/dajest/health_managment_1_2018_.pdf.
- Swanwick T, McKimm J. What is clinical leadership... and why is it important? *Clin Teach.* 2011;8(1):22-6. doi:10.1111/j.1743-498X.2010.00423.x.
- McKimm J, Swanwick T. Leadership development for clinicians: what are we trying to achieve? *Clin Teach.* 2011;8(3):181-5. doi:10.1111/j.1743-498X.2011.00473.x.
- Ham C. Reforming the NHS from within: beyond hierarchy, inspection and markets L.: The King's Fund, 2014. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/>

- files/field/field_publication_file/reforming-the-nhs-from-within-kingsfund-jun14.pdf.
7. Бордюг КД. Таксомія стилів лідерства та особливості лідерства в управлінні медичним закладом. Європейський вектор економічного розвитку. 2019;2(27): 28-38. doi: 10.32342/2074-5362-2019-2-27-3.
 8. Organizational Behavior / Human Relations. Module 10: Managing Groups and Teams. <https://courses.lumenlearning.com/wmopen-organizationalbehavior/chapter/theories-of-group-and-teamwork/>
 9. Belbin for Teams. www.belbin.com.
 10. Johnston C, Turpin N, Wynn-Jones W. Medical leadership in perioperative practice: I. BJA Education. 2016;16:203-8. doi:10.1093/bjaed/mkv041.
 11. Fielden J, Duncan T. Medical leadership in perioperative practice: II. BJA Education. 2016;16:209-11. doi:10.1093/bjaed/mkv042/
 12. Abuhejleh A, Dulaimi M, Ellahham S. Using lean management to leverage innovation in healthcare projects: case study of a public hospital in the UAE. BMJ Innov. 2016;2(1):22-32.
 13. Jodari Solà et al. Self-perception of leadership style and behavior in primary healthcare BMC Health Services Research (2016) 16:572. doi 10.1186/s12913-016-1819-2.
 14. Minke S.N, van der Sande R, van der Marck MA et al. Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. European Journal of General Practice. 2019;25:1:7-18. doi: 10.1080/13814788.2018.1515907.
 15. Savage M, Savage C, Brommels M et al. Medical leadership: boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. BMJ Open. 2020;10(7):e035542. doi: 10.1136.
 16. Bao R. Research on the relationship between team roles theory and team effectiveness. UK.: Francis Academic Press, 2019. doi: 10.25236/icemeet.2019.424.
 17. Белбин РМ. Команды менеджеров. М.: ГИППО, 2003.
 18. Fisher H, Hunter TA. The structure of Belbin's team roles. UK.:Mcgraw-Hill, 1998.
 19. Jain A K, Thompson J M, Chaudry J et al. High-performance teams for current and future physician leaders: an introduction. J Surg Educ. 2008;65(2):145-50. doi: 10.1016/j.jsurg.2007.10.003.
 20. Parker GM. Team players and teamwork: new strategies for developing successful collaboration. 2nd ed. San Francisco.: John Wiley & Sons, 2008.
 21. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000;320:745. doi:101136.
 22. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13(Suppl 1):i85-i90. doi: 10.1136/qshc.2004.010033.
 23. Jones L, Way D. Healthy workplaces and effective teamwork: viewed through the lens of primary healthcare renewal. Healthc Pap. 2007;7:92-7; discussion 109-19. doi: 10.12927/hcpar.18685.

РЕЗЮМЕ

Лідерство та командоутворення в клінічній практиці (за результатами кейс-дослідження)

А. О. Белебеєва^{1,2}, М. В. Шевченко², Ю. Г. Вернигор², Л. М. Семенюк¹

¹Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

²Школа охорони здоров'я, Національний університет «Києво-Могилянська академія», Київ

Мета роботи — дослідити розподіл ролей медичного персоналу в командах, які надають медичну допомогу в закладі охорони здоров'я третинного рівня.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 25 медичних працівників із трьох структурних підрозділів Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України: відділення репродуктивної медицини (n = 7), консультативної поліклініки (n = 11), відділення ендокринної хірургії (n = 7). Використано методологію Р. Белбіна для діагностики командних ролей, а саме опитувальник BTRSPI (The Belbin Team Role Self-Perception Inventory). Дослідження проведено у два етапи. На першому етапі респонденти ідентифікували та оцінювали свою роль у команді за методом самооцінки. Респонденти відповідали «Так»/«Ні» на 3 короткі запитання, які стосувалися знань про розподіл членів команд за типологією ролей, запропованою Р. Белбінім; віри, що ролі, які співробітники виконують у відділенні, ідентичні їх посадам чи очікуванням; довіри до визначення командних ролей за типом особистості. На другому етапі здійснювали діагностику та визначення командних ролей серед медичного персоналу. Опитування проведено в умовах пандемії COVID-19, тому має деякі обмеження щодо генеральної сукупності та пілотний характер.

Результати та обговорення. За даними опитування встановлено, що всі респонденти раніше не були знайомі із зазначеною методологією. Кожен

другий респондент не вірив у ідентичність ролей, які співробітники виконують у командах, їх посадам чи описам. Однак 84 % респондентів вказали на залежність командних ролей від типу особистості. Результати самооцінки респондентів власних ролей у командах та діагностики розподілу ролей з використанням BTRSPI-опитувальника збіглися лише у 5 % респондентів. За даними дослідження встановлено статистично значущий зв'язок між статтю та приналежністю до команди. Зокрема, у команді I (відділення репродуктивної медицини) працюють лише жінки, у команді III (відділення ендокринної хірургії) — 91 % чоловіків ($p < 0,002$). Аналогічна ситуація щодо посади та роботи в окремій клінічній команді ($p < 0,001$). Гіпотеза щодо існування взаємозв'язку між віком респондента та вираженістю у нього командних рольових поведінкових функцій не підтвердилася ($p < 0,991$). Команди статистично значущо відрізнялися за наповненням ролей ($p < 0,087$). Виявлено закономірності розподілу ролей у кожній із досліджених команд.

Висновки. Дослідження засвідчило важливість вивчення розподілу ролей у командах. За його результатами встановлено, що командна (поведінкова) роль (ролі) члена команд залежить від статі та посади, але не пов'язана з віковим чинником. Командні ролі в досліджених клінічних командах розподілені по-різному: найвираженіші рольові ознаки в усіх командах — це спеціаліст (експерт), завершувач (контролер). Установлено відсутність ролі координатора (голови). Такі ролі, як спостерігач (оцінювач) та дослідник ресурсів, наявні лише у команді лікарів консультативної поліклініки.

Ключові слова: ролі, команда, лідерство, клінічна практика.

РЕЗЮМЕ

Лидерство и командообразование в клинической практике (по результатам кейс-исследования)

А. А. Белебеева^{1,2}, **М. В. Шевченко**²,
Ю. Г. Вернигор², **Л. М. Семенюк**¹

¹ Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, Киев

² Школа здравоохранения, Национальный университет «Киево-Могилянская академия», Киев

Цель работы — исследовать распределение ролей медицинского персонала в командах, которые

оказывают медицинскую помощь в учреждении здравоохранения третичного уровня.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 медицинских работников из трех структурных подразделений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины: отделения репродуктивной медицины ($n = 7$), консультативной поликлиники ($n = 11$), отделения эндокринной хирургии ($n = 7$). Использована методология Р. Белбина для диагностики командных ролей, а именно опросник BTRSPI (The Belbin Team Role Self-Perception Inventory). Исследование проведено в два этапа. На первом этапе респонденты идентифицировали и оценивали свою роль в команде по методу самооценки. Респонденты отвечали «Да»/«Нет» на 3 кратких вопроса относительно знаний о распределении членов команд по типологии ролей, предложенной Р. Белбиным; веры, что роли, которые сотрудники выполняют в отделении, идентичны их должностям или ожиданиям; доверия к определению командных ролей по типу личности. На втором этапе осуществляли диагностику и определение командных ролей среди медицинского персонала. Опрос проведен в условиях пандемии COVID-19, поэтому имеет некоторые ограничения относительно генеральной совокупности и пилотный характер.

Результаты и обсуждение. По данным опроса установлено, что все респонденты ранее не были знакомы с указанной методологией. Каждый второй респондент не верил в идентичность ролей, которые сотрудники выполняют в командах, их должностям или описаниям. Однако 84 % респондентов указали на зависимость командных ролей от типа личности. Результаты самооценки респондентов собственных ролей в командах и диагностики распределения ролей с использованием BTRSPI-опросника совпали только у 5 % респондентов. По данным исследования установлена статистически значимая связь между полом и принадлежностью к команде. В частности, в команде I (отделение репродуктивной медицины) работают только женщины, в команде III (отделение эндокринной хирургии) — 91 % мужчин ($p < 0,002$). Аналогичная ситуация с должностью и работой в отдельной клинической команде ($p < 0,001$). Гипотеза о существовании взаимосвязи между возрастом респондента и выраженностью у него командных рольовых поведенческих

ких функций не подтвердилась ($p < 0,991$). Команды статистически значимо отличались по наполнению ролей ($p < 0,087$). Выявлены закономерности распределения ролей в каждой из исследованных команд.

Выводы. Исследование показало важность изучения распределения ролей в командах. По его результатам установлено, что командная (поведенческая) роль (роли) члена команд зависит от пола и должности, но не связана с возрастным фактором. Командные роли в исследованных клинических командах распределены по-разному: наиболее выраженные ролевые признаки во всех командах — это специалист (эксперт), завершитель (контролер). Установлено отсутствие роли координатора (председателя). Такие роли, как наблюдатель (оценщик) и исследователь ресурсов, имеются только в команде врачей консультативной поликлиники.

Ключевые слова: роли, команда, лидерство, клиническая практика.

SUMMARY

Leadership and team building in clinical practice (according to the results of a case study)

A. O. Belebeyeva^{1,2}, **M. V. Shevchenko**²,
Yu. G. Vernigor², **L. M. Semenyuk**¹

¹ Ukrainian Scientific and Practical Center for Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

² School of Public Health of National University «Kyiv-Mohyla Academy», Kyiv

The purpose of this paper is to study the distribution of the roles of medical staff in teams that provide medical care in a tertiary health care facility.

Materials and methods. The study was conducted among medical workers of the Ukrainian Scientific and Practical Center for Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine: Departments of Reproductive Medicine, Surgery and Consultative Clinic according to R. Belbin's methodology for diagnosing team roles using BSPIQ uestionnaire (Belbin Self-Perception Inventory).

The study involved 25 health workers from three structural units of the center: the Department of Reproductive Medicine (7 respondents), a consultative clinic of different specialties (11) and the Department of Endocrine Surgery (7).

This study was conducted in several stages. In the first stage, respondents identified and assessed their role in the team based on self-assessment. Respondents answered «Yes» / «No» to 3 short questions concerning the knowledge about the distribution of team members according to the typology of roles proposed by R.M. Belbin (1); belief that the roles that employees perform in the department are identical to their positions or expectations; confidence in the definition of team roles by personality type (3). The following is the direct diagnosis and definition of team roles among the selected medical staff of this health care institution. The survey was conducted during COVID-19 pandemic, so it has some sampling limitations and is a pilot study.

Results and discussion. According to the survey, it was found that all respondents were not previously familiar with this methodology. Every second respondent does not believe in the identity of the roles that employees perform in these teams, their positions or descriptions. However, 84 % of respondents indicated the dependence of team roles on personality type.

The results of respondents' self-assessment of their own roles in teams and direct diagnosis of the distribution of roles using the BSPI-questionnaire coincided with only 5 % of respondents. According to the study, there was a statistically significant relationship between gender and team membership. In particular, only women work in team I (Department of Reproductive Medicine), and 91 % of men ($p < 0.002$) work in team III (Department of Endocrine Surgery). The situation is similar in terms of position and work in individual clinical teams studied ($p < 0.001$). The hypothesis of the existence of a relationship between the age of the respondent and the severity of his command role behavioral functions was not confirmed ($p < 0.991$). The teams differed statistically significantly in the filling of roles ($p < 0.087$). Separate regularities of distribution of roles in each of the studied commands are revealed.

Conclusions. This study points to the importance of studying the distribution of roles in teams. According to its results, it was found that the team (behavioral) role (role) of a member of the studied teams depends on gender and position, but is not related to the age factor. Team roles in the studied clinical teams are distributed differently: the most pronounced role characteristics in all teams are a

specialist (expert), a completer-finisher (controller); the absence of a coordinator role has been established. Roles such as monitor evaluator and resource investigator exist only in the team of doctors of the consulting clinic.

Keywords: roles, team, leadership, clinical practice.

*Дата надходження до редакції 18.01.2021 р.
Дата рецензування 11.02.2021 р.
Дата підпису статті до друку 22.02.2021 р.*