

Vesna Brumnić, Veleučilište „Lavoslav Ružička“ u Vukovaru, Vukovar
Dubravka Šimunović*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb

Timski rad u fizioterapiji – temelj suvremene rehabilitacijske doktrine

SAŽETAK

Uvod: Timski rad bitna je odrednica unutar holističke medicine jer pruža oblik kvalitetnije zdravstvene skrbi za pacijenta.

Cilj: Cilj istraživanja je utvrditi i identificirati utjecaj profila fizioterapeuta na provedbu timskog rada u fizioterapiji.

Metode: Istraživanje je provedeno na uzorku od 66 ispitanika, od toga 33 fizioterapeutska tehničara i 33 prvostupnika fizioterapije. U svrhu istraživanja korišten je Upitnik efikasnosti timskog rada, Posinković (2003).

Rezultati i rasprava: Fizioterapeuti starije kronološke dobi i s većim radnim iskustvom pokazuju tendenciju negativnog vrednovanja indikatora timskog rada mjerenih spomenutim upitnikom. Fizioterapeutske tehničari negativno vrednuju komunikaciju i sustav pritužbi, dok prvostupnici fizioterapije negativno vrednuju kompetentnost obavljanja zadataka.

Zaključak: Radni staž, dob, stupanj obrazovanja i mjesto zaposlenja su varijable koje moduliraju percepciju timskog rada unutar ispitanog uzorka fizioterapeuta.

Ključne riječi: timski rad, fizioterapija, poboljšanje zdravstvene skrbi

1. Uvod

U Hrvatskoj se posljednjih nekoliko godina sve više govori o važnosti timskog rada u svim područjima, pa tako i u zdravstvu i medicini. Svojom učinkovitošću moderna medicina ima sve više uspjeha u liječenju bolesti i održavanju osoba na životu

* Adresa za kontakt: Dubravka Šimunović, Zdravstveno veleučilište, Ksaver 209, Zagreb, e-mail: dubravka.simunovic@zvuh.hr

(Bobinac-Georgievski, 1998; Bobinac-Georgievski i sur., 1998). Porastom broja osoba s različitim kroničnim i degenerativnim bolestima, oštećenjima¹, onesposobljenjima² ili invalidnosti³ uloga rehabilitacijske medicine dolazi sve više do izražaja (Bobinac-Georgievski, 1997; Bobinac-Georgievski i sur., 1998). Kao posljedica ratnih zbivanja 90-ih godina u Republici Hrvatskoj započinje suradnja s kanadskom vladom i Svjetskom zdravstvenom organizacijom te je 1995. godine pokrenut projekt nazvan „Razvoj rehabilitacije u zajednici u Republici Hrvatskoj“ (Bobinac-Georgievski, 1997; Bobinac-Georgievski, 1998). Davnih devedesetih godina zaključeno je da će zbog svjetskih tendencija doći do velikih promjena u odgovornosti fizioterapeuta u procesu fizioterapije i rehabilitacije te da će fizioterapeuti preuzeti odgovorne uloge nezavisnih kliničara, pedagoga, voditelja i administratora (Vojvodić i sur., 1999). Bili su to počeci timskog rada u Hrvatskoj, u kojoj se rehabilitacijska doktrina kroz godine sustavno mijenjala zahvaljujući znanstvenim spoznajama, teorijskim saznanjima i praktičnom iskustvu. Ona se u današnje vrijeme temelji na primjeni načela i postavci interdisciplinarnog pristupa. Babić-Naglić (2007) definira rehabilitacijsku medicinu kao multidisciplinarni postupak dijagnostike i liječenja svih vrsta nesposobnosti i invalidnosti sa zajedničkim ciljem prevencije i smanjivanja invalidnosti. *Vodič za praksu fizioterapije* definira fizioterapiju: „Fizioterapija uključuje dijagnozu i upravljanje disfunkcijama pokreta i osnaživanje tjelesnih i funkcionalnih sposobnosti; ponovnu uspostavu, održavanje i promicanje optimalnog tjelesnog funkcioniranja, optimalne tjelesne spreme i dobrobiti (welnesa) te optimalne kvalitete života u odnosu na kretanje i zdravlje; te sprječavanje nastupa, simptoma i napretka oštećenja, funkcionalnih ograničenja te onesposobljenja koja mogu nastati bolešću, nepravilnim funkcioniranjem, različitim stanjima ili ozljedama“ (Hall, 2005).

S obzirom na velik značaj timskog rada te ulogu i značenje fizioterapijske profesije u suvremenoj rehabilitacijskoj doktrini, cilj ovoga istraživanja je utvrditi utjecaj timskog rada i identificirati utjecaj profila fizioterapeuta na provedbu timskog rada u fizioterapiji.

¹ Oštećenje je kliničko očitovanje bolesti na razini tkiva ili organa (Babić-Naglić, 2007).

² Nesposobnost je funkcijska posljedica oštećenja na razini osobe u cjelini (Babić-Naglić, 2007).

³ Invalidnost nastaje kao posljedica oštećenja ili nesposobnosti, zbog čega osoba ima ograničenja ili je onemogućena obavljati svoju ulogu na razini društva (Babić-Naglić, 2007).

2. Timski rad u fizioterapiji

Timski rad može se opisati kao kolektivni napor brojnih pojedinaca koji zajedno izvode niz konkretnih zadataka (Gillespie i sur., 2010). U novije vrijeme postao je glavni fokus zdravstva (Lerner i sur., 2009). Eldar i sur. (2008) navode da je kamen temeljac rehabilitacijske medicine upravo timski rad. Jones i sur. (2007) tvrde kako timski rad, suradnja i interdisciplinarna skrb postaju novi standardi zdravstvene skrbi i usluge, te da takav način rada u praksi nije iznimka. No istraživanja iz područja timskog rada u fizioterapiji na području Hrvatske vrlo su oskudna. Kovačić-Petar (2007) provela je istraživanje vezano uz zadovoljstvo i motivaciju fizioterapeuta i čimbenike koji na njih djeluju na uzorku od 186 fizioterapeuta čiji su rezultati izuzetno značajni za timski rad. Rezultati su, nažalost, pokazali da 71 % fizioterapeuta nema zadovoljavajuću opremu i sredstva da bi adekvatno obavili svoj posao, 75 % nema priliku raditi ono u čemu je najbolje, a 77 % ispitanika izjasnilo se da u posljednjih 7 dana nitko nije pohvalio njihov rad.

Timski rad ima vrlo visok utjecaj na kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga i važan je faktor u funkcioniranju zdravstvenog sustava (Nikić i sur., 2008). Timski rad najrašireniji je oblik izvođenja složenih profesionalnih zadataka za čije ostvarenje su potrebna znanja iz različitih profesionalnih područja, specijalizirana znanja iz istog ili sličnih profesionalnih područja (Kobolt i Žižak, 2007). Prema Vytu (2008) podrazumijeva se da rehabilitacija i zdravstvena skrb uključuju različite medicinske, socijalne i psihološke aspekte. Rehabilitacijska medicina nastoji maksimalizirati funkcionalne i psihosocijalne sposobnosti pacijenta s invaliditetom i poboljšati njihovu kvalitetu života, što nadilazi mogućnosti jednog pojedinca, bez obzira bio on liječnik ili neki drugi medicinski stručnjak (Eldar i sur., 2008). Reilly i suradnici (2014) navode da pacijent treba svakako biti u središtu zdravstvene skrbi, što zagovora i slijedi novija rehabilitacijska doktrina.

Tako, primjerice, Stavrev i Ilieva (2003) ukazuju na nov pristup u rehabilitaciji pacijenata s TEP-om kuka koji nije usmjeren samo na suradnju između ortopeda, traumatologa i fizioterapeuta, a njihov zajednički utjecaj ne svodi se samo na fizičko stanje pacijenata, nego i na pacijentov psihoemocionalni status, kako bi se poboljšale pacijentove kvalitete života.

Interdisciplinarni timovi u zdravstvu, s članovima drugih struka, moraju odgovoriti na poziv timskog rada, surađuju i profesionalnu komuniciraju kako bi se optimizirala skrb za bolesnika (Hall i Weaver, 2001). Nužno je, dakle, osim liječnika i fizioterapeuta, uključiti u tim cijeli niz različitih stručnjaka: medicinska sestra, radni terapeut, socijalni radnik, kineziolog, stomatolog, ortopedski tehničar, psiholog, logoped, svećenik (Bobinac-Georgijevski, 1998; Stavrev i Ilieva, 2003; Jurinić i sur.,

1999; Filipović i Jurakić, 2009; True i sur., 2014). Integrirana akcija je preduvjet za uspješnu rehabilitaciju (Küçükdeveci i sur., 2013).

Očito je da poboljšanje kvalitete života obuhvaća široku lepezu djelovanja koja treba biti individualna i usmjerena na svakog pacijenta pojedinačno. Fizioterapija stoga, kao dio suvremene rehabilitacijske doktrine, zastupa holistički pristup koji je sveobuhvatan, stoga i timovi stručnjaka bilo kao stalni ili povremeni članovi, sudjeluju u tom opsežnom zadatku. Holistički pristup, integralna zastupljenost medicinske i psihosocijalne sastavnice, interdisciplinarni timski rad, kontinuitet i praćenje, problemska orijentiranost te evaluacija ishoda samo su neki od činitelja suvremene rehabilitacijske doktrine koji nisu dovoljno afirmirani u našoj svakodnevnoj praksi, te ih je ubuduće potrebno poboljšavati (Bobinac-Georgievski, 1998).

Za ostvarivanje kvalitetnog timskog rada posjedovanje isključivo stručnih znanja i vještina ipak nije dovoljan preduvjet. Jednako tako su važne i nužno potrebne komunikacijske vještine, sukobi, podjela uloga, voditelj, zajednički ciljevi, motivacija, sastanci, načini donošenja odluka, poštovanje normi, sinergija, kohezija itd. (Tudor i Srića, 2006) Svaki član tima u svom radu može imati korist ako odredi i prihvati zajedničke ciljeve i planiranje medicinske skrbi pacijenta (Levack i sur., 2006). Zajednički ciljevi, edukacije, posjedovanje potrebnih vještina i znanja za obavljanje određene uloge u timu samo su dio čimbenika koji pomaže izgradnji sinergija⁴ (Tudor i Srića, 2006), koja je izuzetno važna za postojanje timskog rada. Ako je grupa povezana, ima zajedničke ciljeve, članovi grupe vole raditi u timu, druže se poslovno i privatno - povećavat će se kohezija⁵ (Tudor i Srića, 2006), što će vjerojatno djelovati pozitivno na motivaciju.

Čak i kada bi svi navedeni uvjeti bili ispunjeni, tim ne bi mogao djelovati kao cjelina ako pacijent i/ili njegova obitelj nisu uključeni kao ravnopravni članovi tima. Pacijent treba biti informiran, mora imati određenu ulogu, zadatke, mogućnost sudjelovanja u donošenju odluka te mora nastojati djelovati k zajedničkom cilju, a za sve to mora biti i motiviran. Tako, primjerice, Orlić (2003) opisuje važnost aktivnog sudjelovanja pacijenta u cjelokupnoj pripremi za operaciju ugradnje umjetnog zgloba kuka, a potom i u rehabilitaciji. Ako iz nekog razloga pacijent nije u mogućnosti aktivno surađivati, u tim je potrebno uključiti obitelj.

⁴ Sinergija je pojava kada dva ili više elemenata nekog sustava djeluju zajedno dajući pritom veći učinak od onog koji bi ostvarili zbrojem pojedinačnih djelovanja (Tudor i Srića, 2006).

⁵ Kohezija se definira kao privlačnost grupe članovima, pri čemu postoji unutrašnja privlačnost i povezanost između članova tima (Tudor i Srića, 2006).

2.1. Uloge članova tima

Provedena istraživanja pokazala su da je u poslovima visokog rizika manje pogrešaka ako se radi timski nego kad se radi pojedinačno (Lerner i sur., 2009). U timskom radu svaki član tima ima određenu ulogu koje se treba pridržavati. Tudor i Srića (2006) definiraju ulogu kao svaki zaokruženi skup očekivanih, ustaljenih, standardnih i opetovanih ponašanja pojedinaca u skupini. Važno je da svaki član tima jasno zna koja je njegova uloga u timu, te da se uloge drugih članova akceptiraju i poštuju.

Fizioterapeut ne može kvalitetno odigrati/obaviti svoju ulogu u timu ako ne poznaje metodologiju rada unutar svoje struke. Da bi se postigla učinkovita interdisciplinarna suradnja, zdravstveni radnici trebaju imati određene interdisciplinarne kompetencije, instrumente i metode rada (Vyt, 2008). Fizioterapeuti, dakle, moraju provoditi metodologiju rada koju je potrebno standardizirati i usuglasiti ih sa svjetskim standardima i normama. Na taj način će fizioterapijska usluga, a samim time i zdravstvena skrb, biti kvalitetnija i učinkovitija. U prilog tome idu preporuke Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) 2001. godine koja je publicirala međunarodni sustav klasifikacije (Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, onesposobljenja i zdravlja (ICF)). Jelsma (2009) navodi, na osnovi provedenog istraživanja, kako je potrebno zemljama u razvoju poticati primjenjivanje ICF-a. Prema navodima Bartolac i Radić (2009) korist od primjene ICF-a višestruka je; primjerice, uloge u rehabilitacijskom timu su jasnije, što je posebno važno u slučajevima kada dolazi do preklapanja uloga. Preklapanje uloga često je prisutno u timu koji se bavi rehabilitacijom neuroloških pacijenata (Tempest i Mcintyre, 2006), zatim u djelokrugu rada fizioterapeuta i radnih terapeuta itd. (Babić-Naglić, 2007)

2.2. Norme kao sastavnica timskog rada

Norme su poželjni i prikladni oblici svakodnevnog ponašanja, odnosno interna pravila u grupi, običaji i tzv. kućna pravila koja grupa nameće svojim članovima očekivanjem ili postavljanjem zahtjeva. Norme su pozadina prihvaćanja ili neprihvaćanja promjena i novosti, novih članova, suradnje, potrebe za edukacijom, prenošenje znanja mlađim kolegama, prihvaćanje mišljenja drugih itd.

2.3. Komunikacija u timu

Jedna od karakteristika timskog rada svakako je dobra i kvalitetna komunikacija. Bez nje je nemoguće zamisliti postojanje jednog bolničkog odjela ili bilo koje druge organizacije. Pod komunikacijom se u najširem smislu podrazumijeva razmjena

poruka, i to informacija, mišljenja i osjećaja (Tudor i Srića, 2006). O njoj ovisi kakva će biti atmosfera u timu, hoće li se članovi tima međusobno družiti, na koji način će i koliko postojati suradnja i interakcija, kakvo će biti rukovođenje, a samim time i motivacija članova tima (Tudor i Srića, 2006).

Najčešći sukobi unutar tima nastaju upravo na području komunikacije (Tudor i Srića, 2006). Dobra komunikacija prestaje kada se razgovor dviju ravnopravnih osoba pretvori u monolog nadređenog (Tudor i Srića, 2006). Isti autori navode da se moderna organizacija ne može sastojati od gazda i podčinjenih te da ona mora biti načinjena od timova.

2.4. Sukobi na razini tima

U timskom radu stručnjaci različitih, ali i istih struka proživljavaju važna razdoblja i aspekte svoje profesionalne karijere (Kobolt i Žižak, 2007). Isprepliću se pozitivne i negativne emocije, odnosi neovisnosti i povezanosti, slaganje i suprotstavljanje, suradnja i sukobi (Kobolt i Žižak, 2007). U timskom radu, dakle, postoje određeni sukobi koje dijelimo na konstruktivne i destruktivne, te oni kao takvi mogu imati pozitivne, ali nažalost i negativne utjecaje (Tudor i Srića, 2006). Sukobi otežavaju suradnju, što ometa učinkovitu komunikaciju i timski rad (Gillespie i sur., 2010), no nije preporučljivo poticati beskonfliktnu sredinu (Tudor i Srića, 2006). Poželjno je postojanje konstruktivnih sukoba koji će pridonijeti boljem i kvalitetnijem rješenju problema i nastalih situacija (Tudor i Srića, 2006). Tudor i Srića (2006) pojašnjavaju kako sukobi, slično kao u medicini otrovi, mogu u malim, pažljivo odmjerenim dozama biti ljekoviti. Obilježje dobrog tima je sveprisutan osjećaj podrške, sigurnosti i povjerenja, pri čemu se članovi mogu osloniti jedni na druge kada se pojave poteškoće te preuzimati kreativne rizike, sigurni u podršku svojih suradnika (West, 2005). No umjesto toga, sukobi su najčešće destruktivni te dovode do suprotnih situacija, nezadovoljstva djelatnika, stresa itd. Destruktivni sukob može uvjetovati iščezavanje tima, iako skupina fizički nije prestala postojati (Tudor i Srića, 2006).

2.5. Posljedice nedostatka timskog rada

Tim se mora izgraditi, kao posebno stanje organizacijskih i ljudskih odnosa unutar dobre skupine (Tudor i Srića, 2006). Eldar i sur. (2008) navode nedostatak prilika za obrazovanje i stjecanje vještina i stavova potrebnih za učinkovit timski rad (vještine vezane uz komunikaciju, suradnju i rukovođenje). Malo je dostupnih informacija koje mogu pomoći profesionalcima koji rade u rehabilitaciji pri donošenju autentičnih transdisciplinarnih pristupa u radu i praksi (Jones i sur., 2007). Puno pogrešaka i nepotrebnih troškova u zdravstvu uzrokovano je

nepostojanjem timskog rada ili disfunkcionalnim timskim radom (Vyt, 2008; Lerner i sur., 2009). Idealni timski rad uključuje besprijeckornu sinkronizaciju mnogih malih zadataka koji čine postupak (Gillespie i sur., 2010). S obzirom na to, timski je rad teško ostvariti, a učinkovitost postupka rehabilitacije je smanjena. Pojava i prevladavanje negativnih emocija, kao što su ljutnja, agresivnost, nekooperativnost, bezvoljnost i nezadovoljstvo ubrzo će pridonijeti blokiranju svakog timskog djelovanja (Tudor i Srića, 2006). Osobne frustracije guraju čovjeka u konfliktna ponašanja. One proizlaze iz nemogućnosti ostvarenja stanovitog cilja ili duljeg potiskivanja nekih drugih osobnih problema (Tudor i Srića, 2006). Karakterne osobine nekih osoba takve su da su, primjerice, agresivni ili autokrati, ili su kruti voditelji i tome slično.

3. Cilj i problem istraživanja

Cilj ovoga istraživanja je utvrditi i identificirati utjecaj timskog rada u terapiji kao prediktora u skrbi za bolesnika.

Polazeći od predmeta, problema i cilja istraživanja te na osnovi nekih empirijskih pretpostavki postavljene su sljedeće nul-hipoteze:

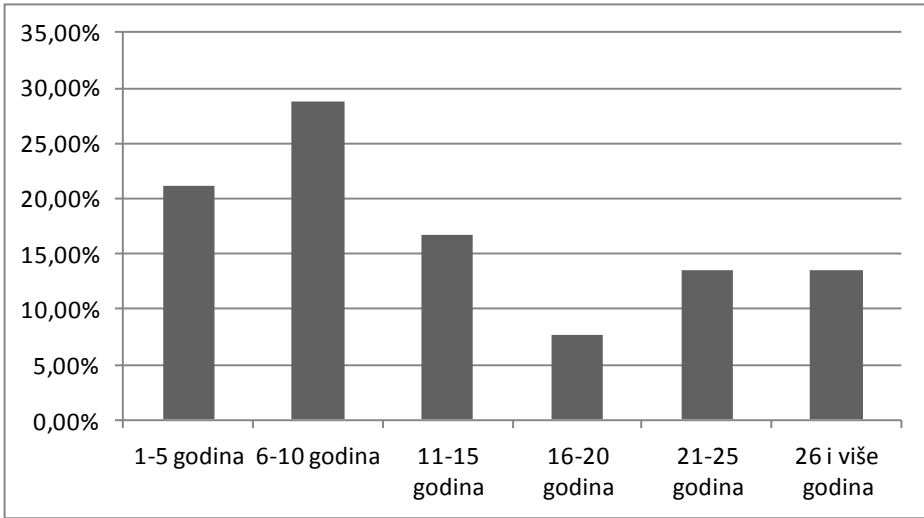
1. Pretpostavlja se da ne postoji korelacija između dobi ispitanika i sklonosti k timskom radu.
2. Pretpostavlja se da ne postoji korelacija između duljine trajanja radnog vijeka ispitanika i sklonosti k timskom radu.
3. Pretpostavlja se da ne postoji statistički značajna razlika u sklonosti k timskom radu u odnosu na stručnu spremu ispitanika.

4. OPIS ISTRAŽIVANJA

4.1. Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo 66 ispitanika ($N = 66$), odnosno 66 fizioterapeuta. Uzorak je prigodan s obzirom na različitost institucija (riječ je o fizioterapeutima iz slavonske regije čiji je djelokrug rada primarno vezan uz bolničko okružje u kojem su ispitanici zaposleni), spol, dob, duljinu trajanja radnog staža i stručnu spremu. Svi su fizioterapeuti dobrovoljno pristali sudjelovati u istraživanju.

S obzirom na stručnu spremu u istraživanju je sudjelovalo 33 fizioterapeutskih tehničara (50 %), dok su ostala 33 ispitanika (50 %) prvostupnici fizioterapije.



Grafikon 1. Duljina trajanja radnog staža

S obzirom na duljinu radnog staža 14 ispitanika (21,2 %) ima radni staž u trajanju od jedne do 5 godina, 19 ispitanika (28,8 %) ima radni staž u trajanju od 6 do 10 godina, 8 ispitanika (12,1 %) ima radni staž u trajanju od 11 do 15 godina, 11 ispitanika (16,7 %) ima radni staž u trajanju od 16 do 20 godina, 5 ispitanika (7,6 %) ima radni staž u trajanju od 21 do 25 godina, a 9 ispitanika (13,6 %) ima radni staž dulji od 26 godina (grafikon 1).

4.2. Varijable

Nezavisne varijable primijenjene u ovom radu su spol, dob, pripadnost određenoj ustanovi, stručna sprema i duljina trajanja radnog staža. Zavisna varijabla je sklonost k timskom radu.

4.3. Metodologija rada

Istraživanje je provedeno metodom anketnog upitnika. Korišten je *Upitnik efikasnosti timskog rada* koji je preuzet iz diplomskog rada Ane Kuničić-Posinković pod naslovom „Analiza efikasnosti timskog rada“ (2003). Upitnik je djelomično modificiran pa pojedina pitanja nisu primijenjena, a nekoliko je pitanja dodano (označena su zvjezdicom). Faze u kojima je provedeno istraživanje su sljedeće: (1) testiranje anketnog upitnika, (2) odabir uzorka, (3) prikupljanje podataka (anketiranje) i (4) unos i obrada rezultata.

Za statističku obradu podataka korištena je studentska verzija programa SPSS 17 (**Statistical Package** for the Social Sciences).

Neparametrijske statističke mjere korištene su iz nekoliko razloga:

1. Uzorci po mjerenim subgrupama (npr. lokacija bolnice, obrazovni status) su vrlo maleni (ponekad i ispod 10).
2. Odgovori na upitniku (Analiza efikasnosti timskog rada, 2003) dani su na Likertovoj skali koja u ovom slučaju nema jednake intervale između pojedinih odgovora, dakle, u pitanju je ordinalna skala.
3. Neparametrijska statistika barata rangovima i time je manje osjetljiva na individualne aritmetičke razlike i ekstremne vrijednosti. Vjerojatnost pogrešnog odbacivanja nul-hipoteze time je niža.

Izračunat je neparametrijski koeficijent korelacije (Spearman Rho) između dobi ispitanika (gdje u prvu kategoriju spadaju ispitanici između 21. i 30. godine, u drugu ispitanici između 31. i 40. godine, u treću ispitanici između 41. i 50. godine, u četvrtu između 51. i 60. godine te u petu kategoriju ispitanici koji imaju više od 61 godinu starosti) i navedenih faktora. S obzirom na malen broj ispitanika u pojedinim dobnim subgrupama nije testirana razlika u odgovorima između pojedinih dobnih grupa. Na isti način računata je i korelacija između radnog staža i faktora iz upitnika.

U svrhu testiranja razlike u odgovorima na pitanja iz upitnika o timskom radu, a između dviju grupa s različitom stručnom spremom, korišten je Man–Whitneyjev U-test.

Za računanje generalnog efekta varijable “Bolnica” korišten je Kruskal-Wallisov test, u čijoj osnovi leži Hi-kvadrat test. Za testiranje razlika u odgovorima na upitnik grupiranim u faktore, a između ispitanika iz pojedinih bolnica, korišten je Man-Whitneyjev U-test.

4.4. Analiza upitnika

Upitnik koji je korišten za analizu utjecaja profila fizioterapeuta na provedbu timskog rada u fizioterapiji sastojao se od četiri skupine tvrdnji identificiranih kao:

- sinergija u timu (pitanja 5 do 9)
- vještine (pitanja 10 do 14)
- inovacije (pitanja 15 do 17)
- kvaliteta (pitanja 18 do 22)

Prva skupina tvrdnji odnosi se na sinergiju u timu i zajednički cilj, odnosno na osjećaj pripadnosti koji članovi tima dijele.

Druga skupina tvrdnji obuhvaća vještine pojedinca, tj. usmjerena je na treniranost članova tima, kompetencije u obavljanju dijela posla, kao i fleksibilnost unutar razine posla.

Treća skupina tvrdnji usmjerena je na traženje načina za unapređivanje produktivnosti i načina rada, dakle na inovativnost.

U fokusu četvrte skupine tvrdnji je upravljanje kvalitetom, odnosno stupanj poznavanja potreba pacijenata kao i standardi praćenja rada cijelog tima.

Kako bi se osigurao odaziv u ispunjavanju upitnika s ispitanicima je obavljen pojedinačni razgovor prije ispunjavanja te pojašnjena svrha upitnika i zajamčena anonimnost pri obradi i prezentaciji rezultata. Za ispunjavanje upitnika korištena je „Pen and pencil“ metoda. Od ispitanika se tražilo izjašnjenje o svojoj suglasnosti o pojedinim tvrdnjama i to na Likertovoj ljestvici od pet stupnjeva: 1 = u potpunosti se ne slažem, 2 = ne slažem se, 3 = niti se slažem, niti se ne slažem (neutralan), 4 = slažem se, 5 = u potpunosti se slažem.

5. Rezultati i rasprava

Tablica 1 prikazuje rezultate dobivene Spearmannovom korelacijom koji ukazuju na korelaciju dobi ispitanika i pojedinih tvrdnji. Prikazani su rezultati među kojima postoji razina signifikantnosti od $p < 0,01$ i $p < 0,05$.

Tablica 1. Dobiveni rezultati analizom Spearmannove korelacije: korelacija dobi ispitanika i pojedinih tvrdnji

		DOB ISPITANIKA	
Spearmann	Jasno je određen smisao/cilj tima u kojem radim	Koeficijent korelacije	-,275*
		Sig. (2 - tailed)	,025
		N	66
	Osjećam se vrijednim članom tima	Koeficijent korelacije	-,293*
		Sig. (2 - tailed)	,017
		N	66
	Pacijent je ravnopravni član tima u kojem radim	Koeficijent korelacije	-,333**
		Sig. (2 - tailed)	,006
		N	66
	Rješavanje problema se doživljava kao učenje i razvoj tima	Koeficijent korelacije	-,241*
		Sig. (2 - tailed)	,052
		N	66
	Jasno su definirani standardi rada unutar tima	Koeficijent korelacije	-,260*
		Sig. (2 - tailed)	,035
		N	66

* Razina značajnosti $p < 0,05$

** Razina značajnosti $p < 0,01$

Dobiveni rezultati općenito sugeriraju da iskusniji i stariji fizioterapeuti pokazuju veći stupanj nezadovoljstva timskim radom i njegovom organizacijom, kao i vlastitim te pacijentovim statusom unutar timskog rada, što se može povezati upravo s njihovim dugogodišnjim iskustvom i prevladavanjem negativnih iskustava koja su ih pratila tijekom rada. Što se tiče nezadovoljstva standardima, pretpostavlja se da su stariji fizioterapeuti tijekom radnog vijeka više educirali unutar struke, te da su upućeniji u standarde koji se primjenjuju u svijetu (a u našim bolnicama ne primjenjuju se u tolikoj mjeri). S druge strane, unutar rada samoga tima uočavaju se razlike u metodologiji rada fizioterapeuta koji imaju stupanj dodatne edukacije u odnosu na fizioterapeute koji to nemaju, a ipak primjenjuju i provode fizioterapijsku procjenu, intervenciju i evaluaciju pacijenata, iako za to nisu adekvatno osposobljeni. Samim time može se reći da standardi rada nisu definirani, te da su promjenjivi i nepostojani. Starijim uposlenicima važno je utjecati na proces rada i uvjete u kojima se rad obavlja (tzv. kontrola rada), u većini slučajeva imaju veću mogućnost kontrole rada od mlađi uposlenika (Bubaš i sur., 2009). Ako nisu ispunjene ove karakteristike dolazi do povećanja stresa na poslu (Bubaš i sur., 2009). Isti autori (Bubaš i sur., 2009) također navode kako stariji uposlenici imaju višu razinu radne etike, vole strukturiranost i pravila, poštuju hijerarhiju i autoritet te posvećuju više pozornosti kvaliteti rada. Također navode da većina istraživanja provedenih u Europskoj uniji pokazuje da su radnici starije životne dobi uglavnom zadovoljni na svojim radnim mjestima, jer oni koji nisu zadovoljni prekidaju radni odnos i traže drugo radno mjesto. No teško je zamisliti i uspoređivati Hrvatsku i zemlje Europske unije kada se zna da je Hrvatska još uvijek opterećena posljedicama ratnih zbivanja, velikim brojem nezaposlenih osoba, narušene socioekonomske sigurnosti. Vjerojatnost da će netko dati otkaz zbog nezadovoljstva, a da pri tome zna da će drugo radno mjesto naći teško ili možda nikako, vrlo je mala. Radnici uglavnom, unatoč nezadovoljstvu, stresu, čak i mobingu ostaju na svom radnom mjestu.

Nul-hipoteza glasi: Pretpostavlja se da ne postoji korelacija između dobi ispitanika i sklonosti k timskom radu. Odgovor na nul-hipotezu: Navedena nul-hipoteza može parcijalno biti odbačena. Postoji statistički značajna korelacija u sklonosti k timskom radu u odnosu na dob ispitanika, rastom dobi raste i stupanj nezadovoljstva timskim radom i njegovom organizacijom kao i negativna percepcija pacijentova statusa unutar tima. Statistički značajna korelacija i to negativnog predznaka između sklonosti k timskom radu i dobi ispitanika uočava se u sljedećim tvrdnjama: „jasno je određen smisao/cilj tima u kojem radim“ ($r = -0,275$); „osjećam se vrijednim članom“ ($r = -0,293$); „rješavanje problema doživljava se kao učenje i razvoj tima“ ($r = -0,241$) i „jasno su definirani standardi rada unutar tima“ ($r = -0,260$), gdje razina

značajnosti iznosi $p < 0,05$. Statistički značajna negativna korelacija postoji u tvrdnji „pacijent je ravnopravni član tima u kojem radim“ ($r = -0,333$), gdje razina značajnosti iznosi $p < 0,01$ (tablica 1).

Tablica 2 prikazuje rezultate dobivene Spearmannovom korelacijom koji ukazuju na korelaciju duljine trajanja radnog staža i pojedinih tvrdnji. Prikazani su koeficijenti korelacije koji su dosegli razinu signifikantnosti od $p < 0,01$ i $p < 0,05$.

Tablica 2. Dobiveni rezultati analizom Spearmannove korelacije: korelacija radnog staža ispitanika i pojedinih tvrdnji

Spearman			RADNI STAŽ ISPITANIKA
	Jasno je određen smisao/cilj tima u kojem radim	Koeficijent korelacije	
Sig. (2 - tailed)			,006
N			66
Osjećam se vrijednim članom tima	Koeficijent korelacije		-,248*
	Sig. (2 - tailed))		,045
	N		66
Pacijent je ravnopravni član tima u kojem radim	Koeficijent korelacije		-,294*
	Sig. (2 - tailed)		,017
	N		66
Rješavanje problema se doživljava kao učenje i razvoj tima	Koeficijent korelacije		-,369**
	Sig. (2 - tailed)		,002
	N		66
Jasno su definirani standardi rada unutar tima	Koeficijent korelacije		-,259*
	Sig. (2 - tailed)		,036
	N		66

* Razina značajnosti $p < 0,05$

** Razina značajnosti $p < 0,01$

Korelacija radni staž ispitanika i tvrdnje „jasno je određen smisao/cilj tima u kojem radim“ signifikantna je na razini značajnosti $p < 0,01$ i iznosi ($r = -0,337$), a to znači da je s povećanjem radnog staža ispitanika poimanje o smislu, odnosno cilju timskog rada u kojem rade nejasnije, odnosno, ispitanici uočavaju da preciziran cilj rada s pacijentom nije jasno određen i definiran (tablica 2). Jasno definiranje ciljeva svih članova tima, uključujući i pacijenta, je osnova timskog rada u interdisciplinarnom timu. Timska orijentacija i ciljevi tima trebaju biti usklađeni s onim što je najbolje

za pacijenta i time važnije od ciljeva pojedinca (Weller i sur., 2014), što dodatno pojašnjava važnost rehabilitacijske doktrine suvremenog doba. Tako, primjerice, rezultati istraživanja koje su proveli Banez i sur. (2014) sugeriraju nužnosti sagledavanja i implementiranja interdisciplinarnih pristupa u cjelokupni proces rehabilitacije. Prema autorima, interdisciplinarni pristup osigurava cjelovitu rehabilitaciju, kraće vrijeme izbjivanja s radnog mjesta i kraće bolovanje.

Radni staž ispitanika i tvrdnja „osjećam se vrijednim članom tima“ negativno koreliraju na razini značajnosti $p < 0,05$ i koeficijent korelacije iznosi ($r = -0,248$), stoga se može zaključiti da ispitanici s povećanjem radnog staža tendiraju negativnijem vrednovanju sebe kao vrijednog člana tima. Korelacija između tvrdnje „pacijent je ravnopravni član tima u kojem radim“ u odnosu na radni staž ispitanika pokazuje razinu značajnosti $p < 0,05$ i iznosi ($r = -0,294$) vjerojatno stoga što mlađi fizioterapeuti idealiziraju situaciju. No nova rehabilitacijska doktrina zaista vodi računa o zadovoljstvu pacijenta, što je važan zdravstveni ishod, pri čemu je komunikacija s kliničkim osobljem bitna odrednica (Siassakos i sur., 2011).

Korelacija između tvrdnje „jasno su definirani standardi rada unutar tima“ u odnosu na radni staž ispitanika je na razini značajnosti $p < 0,05$, iznosi ($r = -0,259$) i ukazuje na zaključak da su jasno definirani standardi rada unutar tima manje razumljivi ispitanicima koji imaju više radnog staža. Na razini $p < 0,01$ signifikantnosti tvrdnja „rješavanje problema se doživljava kao učenje i razvoj tima“ u odnosu na radni staž ispitanika i iznosi ($r = -0,369$) dobiveni rezultati su sugerirali da ispitanici s više radnog staža rješavanje problema ne doživljavaju kao učenje i razvoj tima, već suprotno tome. Takav stav vjerojatno je posljedica negativnog radnog iskustva u situacijama kada se voditelji postavljaju autoritativno prema članovima tima, a problemi se uglavnom rješavaju omalovažavanjem članova tima, destruktivnim sukobima ili pasivnim povlačenjem „slabijeg“ člana tima.

Negativno koreliranje istih tvrdnji u odnosu na dob i u odnosu na radni staž može se objasniti postojanjem relativne povezanosti između tih dviju varijabli, odnosno stariji ispitanici uglavnom paralelno s time imaju i više radnoga staža. Također se može reći da su stariji fizioterapeuti iskusniji, da su tijekom trajanja radnog staža imali više negativnih iskustava te stoga imaju više negativan stav. Osim toga, stariji zdravstveni djelatnici teško mijenjaju kulturu ponašanja te sporo usvajaju promjene u smislu timskog rada, komunikacije itd. (Gillespie i sur., 2010)

Nul-hipoteza glasi: Pretpostavlja se da ne postoji korelacija između duljine trajanja radnog vijeka ispitanika i sklonosti k timskom radu. Odgovor na nul-hipotezu: Postoji statistički značajna povezanost negativnog predznaka u sklonosti k timskom radu u odnosu na duljinu trajanja radnog vijeka ispitanika, odnosno, ispitanici s

dužim trajanjem radnog vijeka pokazuju veći stupanj nezadovoljstva timskim radom i njegovom organizacijom, kao i vlastitim te pacijentovim statusom. Statistički značajan koeficijent korelacije između sklonosti k timskom radu i duljine trajanja radnog vijeka ispitanika uočava se s obzirom na sljedeće tvrdnje: „osjećam se vrijednim članom“ ($r = -0,248$), „pacijent je ravnopravni član tima u kojem radim“ ($r = -0,294$) i „jasno su definirani standardi rada unutar tima“ ($r = -0,259$), gdje razina značajnosti iznosi $p < 0,05$. Statistički značajna razlika postoji i u tvrdnjama „jasno je određen smisao/cilj tima u kojem radim“ ($r = -0,337$) i „rješavanje problema doživljava se kao učenje i razvoj tima“ ($r = -0,369$), gdje razina značajnosti iznosi $p < 0,01$ (tablica 2).

Tablica 3. Dobiveni rezultati analizom Spearmannove korelacije: korelacija dobi ispitanika i faktora timskog rada

Spearman	FAKTORI TIMSKOG RADA		DOB ISPITANIKA
	SINERGIJE		Koeficijent korelacije
		Sig. (2 - tailed)	,010
		N	66

* Razina značajnosti $p < 0,05$

Izračunat je neparametrijski koeficijent korelacije (Spearman Rho) između dobi ispitanika u odnosu na faktore timskog rada (sinergije, vještine, inovacija i kvaliteta). Rezultati su pokazali da dob negativno korelira sa sinergijama u timu ($r = -0,314$, $p < 0,05$, $N = 66$), dok ostali rezultati nisu pokazali značajnu razliku (tablica 3).

Tablica 4. Dobiveni rezultati analizom Spearmannove korelacije: korelacija radnog staža ispitanika i faktora timskog rada

Spearman	FAKTORI TIMSKOG RADA		RADNI STAŽ ISPITANIKA
	SINERGIJE		Koeficijent korelacije
		Sig. (dvosmjerna)	,011
		N	66
INOVACIJE		Koeficijent korelacije	-,243*
		Sig. (dvosmjerna)	0,50
		N	66

* Razina značajnosti $p < 0,05$

Što se tiče djelovanja duljine trajanja radnog staža utvrđeno je da ono također negativno korelira sa sinergijama u timu ($r = -0,313$, $p < 0,05$, $N = 66$), ali i s inovacijama ($r = -0,243$, $p < 0,05$, $N = 66$) (tablica 4).

Ispitanici starije životne dobi i dužeg trajanja radnog staža, koji su iskusniji od svojih mlađih kolega, imaju više negativan stav prema sinergijama i zajedništvu u timu, što je opet najvjerojatnije povezano s nizom neugodnih iskustava koja su ispitanici doživjeli. Također su stariji ispitanici i ispitanici s dužim stažem vjerojatno kritičniji i objektivniji, a neki od njih su također i voditelji timova, što je, pretpostavlja se, jedan od razloga drugačijeg pogleda na situaciju na odjelu u odnosu na mlađe kolege. Fizioterapeuti koji su voditelji pododjela i odjela imaju i veću odgovornost, a usko surađuju s liječnicima na vizitama i liječničkom konziliju. Važno je naglasiti da se pitanja sinergije odnose na zajedničke ciljeve, učinkovitost komunikacije, osjećaj vrijednosti, uloge te pripadnosti pacijenta, kao ravnopravnog člana timu. Sve nabrojene stavke su vrlo važne i može se reći da su one temeljne za postojanje timskog rada. Nameće se pitanje jesu li postojeće grupe zaista timovi ili su to samo radne skupine koje bi tek trebalo educirati i od njih izgraditi timove.

Tvrđnje vezane uz inovacije zapravo se odnose na sustav nagrađivanja koji, nažalost, u našim bolnicama ne postoji. Ispitanici s dužim radnim stažem osjećaju da ih se ne cijeni dovoljno, a rješavanje problema ne doživljavaju pozitivno, već kao negativno iskustvo. U zemljama Europske unije osjećaj diskriminacije češće se javlja kod uposlenika koji su stariji od 45. godina (Bubaš i sur., 2009). Ovi faktori djeluju destimulirajuće i negativno na intrinzičnu motivaciju ispitanika, što svakako dovodi do nezadovoljstva i određenih frustracija. Navedeni problemi se potom, naravno, reflektiraju na smanjenje kvalitete skrbi prema pacijentu. Beganlić i sur. (2009) utvrdili su kako se kao posljedica mobinga javlja upravo pad motivacije kod čak 59 % ispitanika. Ova saznanja otvaraju nova pitanja, od kojih je jedno svakako status pacijenata, te njihovo zadovoljstvo zdravstvenom uslugom i osjećaj pripadnosti timu.

U svrhu testiranja razlike u odgovorima na pitanja iz upitnika o timskom radu između dviju grupa s različitom stručnom spremom korišten je Man–Whitneyjev U-test.

Tablica 5. Rezultati dobiveni testiranjem razlika između dviju grupa s različitom stručnom spremom pomoću Man–Whitneyjeva U-testa

	Komunikacija unutar tima je učinkovita	Svi članovi tima su educirani i kompetentni za stručno obavljanje svoga posla	Pritužbe se redovito razmatraju, a pouke se sustavno primjenjuju u daljnjem radu
Mann-Whitney - U	378,000	396,500	366,000
Wilcoxon - W	939,000	957,500	927,000
Z	-2,213	-1,984	-2,403
Asimptotička signifikanca (dvosmjerna)	,027	,047	,016

Postoji statistički značajna razlika u vrednovanju komunikacije unutar tima u odnosu na stručnu spremu ispitanika ($Z = -2,21$, $p < 0,05$) (tablica 5). Prvostupnici u prosjeku pozitivnije ocjenjuju komunikaciju unutar tima od fizioterapeutskih tehničara (medijan je 2 naspram 3, $N = 33$). Mogući razlog različitih stajališta je vjerojatno upravo u tome što su prvostupnici tijekom studiranja slušali kolegij iz komunikacijskih vještina te su spomenute vještine i usvojili, dok djelatnici starije životne dobi nisu educirani te nisu ovladali komunikacijskim vještinama. U visokim tehnološkim okruženjima, kao što su bolnice, gdje eskalira opterećenje i interdisciplinarna organizacija, zaposlenici su suočeni sa sve većim zahtjevima u znanju i vještinama (timski rad, vodstvo, komunikacija) (Schmidt i sur., 2010). Edukacija je ključ timske suradnje; ona poboljšava komunikaciju i povećava profesionalno razumijevanje (Gillespie i sur., 2010). Američki institut za medicinu sugerira nužnost izvođenja kontinuirane edukacije s ciljem učenja ponašanja u timu, vodstva, komunikacije, pri čemu je važno uzeti u obzir i ostale ljudske čimbenike koji mogu smanjiti medicinske pogreške i poboljšati sigurnost pacijenata (Zeltser i Nash, 2010). Neki autori naglašavaju da je ključ za poboljšanje timskog rada u interdisciplinarnom timu vertikalno obrazovanju budućih zdravstvenih djelatnika (studenti), te smatraju da inovativni pristupi u edukaciji imaju trajni utjecaj na timsku komunikaciju i koheziju (Gillespie i sur., 2010). Smith (2005) u svom radu opisuje projekt koji je proveden s dodiplomskim studentima fizioterapije u tzv. fokus grupama. Razumijevanje uloga ostalih zdravstvenih djelatnika te razvijanje vještina rada u timu je sastavni dio obrazovanja u smislu pripremanja studenata fizioterapije za buduću profesiju, kako bi bili učinkovitiji u praksi te kvalitetnije surađivali s drugim članovima tima. Nedostaci u edukaciji doprinose razvoju poteškoća u planiranju, pregovaranju za voditelja, delegiranju i organiziranju

poslova. Dakle, već tijekom studiranja potrebno je sve zdravstvene djelatnike educirati i poticati na timsku suradnju. Vitalna uloga interdisciplinarnе komunikacije je priznata kao kritična odrednica timskih performansi i kao takva smanjuje pogreške i štete u zdravstvu (Gillespie i sur., 2010). Primjerice, oko 50 % nuspojava u australskim bolnicama javlja se kao rezultat komunikacijskih neuspjeha između zdravstvenih djelatnika (Gillespie i sur., 2010). U Sjedinjenim Američkim Državama medicinske pogreške rezultiraju s oko 44.000 do 98.000 smrtnih slučajeva godišnje; podrijetlo tih pogrešaka je multifaktorijalno, a općenito se povezuju s problemima u komunikaciji i timskom radu (Suva i sur., 2011).

Postoji također statistički značajna razlika s obzirom na stručnu spremu ispitanika u vrednovanju educiranosti i kompetentnosti za stručno obavljanje svoga posla unutar tima ($Z = -1,984$ $p < 0,05$), vidi tablicu 5. Fizioterapeutski tehničari, za razliku od prvostupnika fizioterapije, u prosjeku pozitivnije ocjenjuju educiranosti i kompetentnosti za stručno obavljanje svoga posla unutar tima (medijan je 4 naspram 3, $N = 33$). Fizioterapeutski tehničari imaju minimalne mogućnosti pohađanja različitih tečajeva, kao što su npr. Bobath ili PNF tečaj i mnogi drugi tečajevi. S obzirom na navedeno nivo njihovog znanja je sigurno niži u odnosu na prvostupnike fizioterapeute koji su završili neke od tečajeva dodatne edukacije. Što se osoba više educira ona je više otvorena novim znanjima, više uočava vlastita neznanja, tako da se pretpostavlja da fizioterapeutski tehničari djelomično precjenjuju svoje znanje. No razlog takovog stava može biti i suprotan. Prvostupnici bi, s obzirom na viši nivo obrazovanja, trebali imati veći stupanj odgovornosti, provoditi specifičnije fizioterapijske vježbe koje su dio fizioterapijskih vještina. Samim time njihova odgovornost je veća, a time i očekivani rezultati. S obzirom na sve veće zahtjeve koji se stavljaju pred zdravstvene djelatnike svakako se povećava i nivo stresa. Fizioterapeutski tehničari sukladno tome trebali bi imati jednostavnije radne zadatke za koje su, vjerojatno, tijekom školovanja i osposobljeni. Kroz gore navedeno nameće se nekoliko pitanja, npr. pitanje Plave knjige, kompetentnosti za obavljanje pojedinih radnih zadataka, mogućnosti odlaska na dodatne edukacije, njihovo financiranje itd. Kovačić-Petar (2007) u svom istraživanju utvrdila je da čak 86 % ispitanih fizioterapeuta nije imalo priliku za učenje i profesionalni razvoj, a 90 % ih je reklo da u prethodnoj godini poslodavac nije financirao mogućnosti za edukaciju fizioterapeuta. Članak 10. Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti obvezuje fizioterapeute na dodatnu edukaciju i usavršavanje kada to zahtijevaju opseg i složenost poslova te se provodi u svrhu poboljšanja kvalitete i učinkovitosti rada fizioterapeuta, a vezani su (članak 11.) za promijenjene potrebe stanovništva i pacijenata za fizioterapeutskom skrbi, nova znanstvena saznanja te nove dijagnostičke i terapijske postupke. Postavlja se pitanje kakva je kvaliteta, a samim

time i učinkovitost tima te zadovoljstvo pacijenta kao korisnika zdravstvene skrbi ako fizioterapeuti, kao članovi tima, nemaju mogućnost dodatne edukacije i stručnog usavršavanja.

Postoji statistički značajna razlika u vrednovanju pritužbi unutar tima u odnosu na stručnu spremu ispitanika ($Z = -2,40, p < 0,05$), vidi tablicu 5. Prvostupnici u prosjeku pozitivnije ocjenjuju pritužbe unutar tima od fizioterapeutskih tehničara (medijan je 2 naspram 3, $N = 33$). Može se pretpostaviti da su prvostupnici svjesniji da pritužbe trebaju biti važan dio komunikacije s pacijentima te da ih je potrebno sagledati na konstruktivan, a ne destruktivan način. Nivo zdravstvene usluge potrebno je podići na viši razinu, pružiti pacijentima veću kvalitetu zdravstvene skrbi i uključiti ih u timski rad. Povratne informacije pacijenata izuzetno su važne, potrebno ih je razmotriti i, naravno, izvući iz svake pritužbe pouku koja se može primijeniti u daljnjem radu. Pritužbe ne moraju uvijek biti osnovane, no svaku je potrebu razmotriti i vidjeti zašto je do pritužbe došlo. Fokusirana i usmjerena komunikacija povezuje se s boljom percepcijom pacijenta o pruženoj zdravstvenoj skrbi (Siassakos i sur., 2013).

Nul-hipoteza: Pretpostavlja se da ne postoji razlika u sklonosti k timskom radu između ispitanika različite stručne spreme. Odgovor na nul-hipotezu: Postoji statistički značajna razlika u sklonosti k timskom radu u odnosu na stručnu spremu ispitanika. Prvostupnici, u odnosu na fizioterapeutske tehničare, statistički značajnije pozitivno ocjenjuju sljedeće tvrdnje: „komunikacija unutar tima je učinkovita“ ($Z = -2,21, p < 0,05$, medijan je 2 naspram 3, $N = 33$) i „pritužbe se redovito razmatraju, a pouke se sustavno primjenjuju u daljnjem radu“ ($Z = -2,40, p < 0,05$, medijan je 2 naspram 3, $N = 33$). Fizioterapeutski tehničari, za razliku od prvostupnika fizioterapije, u prosjeku pozitivnije ocjenjuju tvrdnju „svi članovi tima su educirani i kompetentni za stručno obavljanje svoga posla“ ($Z = -1,984, p < 0,05$, medijan je 4 naspram 3, $N = 33$), vidi tablicu 5.

Tablica 6. Rezultati dobiveni za grupne varijable u odnosu na mjesto zaposlenja pomoću Kruskal-Wallisova testa

	Sinergije	Vještine	Inovacije	Kvaliteta
Chi-Quadrat	14,050	18,814	10,651	21,928
Df	2	2	2	2
Asimptotička signifikanca (dvosmjerna)	,001	,000	,005	,000

Ispitanici se razlikuju po svojim prosudbama o timskom radu ovisno o tome u kojoj bolnici su zaposleni (generalni efekt bolnice vidljiv je iz rezultata Kruskal-Wallisova testa, u čijoj osnovi leži Hi-Kvadrat test: χ^2 iznosi 14,05, $p < 0,01$, $df = 2$ za faktor sinergije, χ^2 iznosi 18,81, $p < 0,01$, $df = 2$ za faktor vještine, χ^2 iznosi 10,65, $p < 0,05$, $df = 2$ za faktor inovacije i χ^2 iznosi 21,93, $p < 0,01$, $df = 2$ za faktor kvalitete, vidi tablicu 6.

Sinergija u timu snažno ovisi o voditelju i njegovom načinu vođenja. Vodstvo ne uključuje samo koordinaciju i planiranje, nego i razvoj tima, motiviranje i uspostavljanje pozitivnog ozračja (Weller i sur., 2014). Postojeće hijerarhijske razlike i razlike zbog statusa unutar tima, što opetovano utječe na razinu dijeljenja informacija i načina kako uposlenici komuniciraju jedni s drugima (Gillespie i sur., 2010). Nova rehabilitacijska doktrina zagovara timski pristup koji se temelji na dobrobiti bolesnika tijekom i poslije rehabilitacije. No psihološka barijera za učinkovitu komunikaciju često je hijerarhijska struktura u zdravstvu, pri čemu rukovoditelji vole koristiti naredbe, dok ostali članovi tima nemaju mogućnost utjecaja na donesene odluke, ne mogu ih osporiti, niti davati prijedloge (Weller i sur., 2014), što nikako nije za dobrobit bolesnika. Pri otvaranju nove bolnice u Mindenu (Njemačka) 2010. svi članovi tima koji su na vodećim pozicijama prošli su tečaj za upravljanje ljudskim resursima, s ciljem kvalitetnog timskog rada radi održanja sigurnosti pacijenata (Schmidt i sur., 2010). Upravljačka elita u Hrvatskoj uglavnom njeguje autoritarnost, koju prati tiranski odnos spram podređenih (Petar, 2005). Ako je voditelj autoritativan, ne dozvoljava djelatnicima zajedničko neformalno druženje, pri čemu možda ne postoji ni formalno druženje, u smislu sastanaka na kojima djelatnici mogu izraziti svoje mišljenje i probleme, zadovoljstvo radnom atmosferom, povezanost djelatnika i izmjena mnogih neformalnih, ali i formalnih informacija se smanjuje i u konačnici dolazi do frustracija i lošijih rezultata. Istraživanja pokazuju da u neformalnom komuniciranju ima oko 75 % točnosti, te ga treba shvaćati posve ozbiljno i ne treba ga sprječavati (Tudor i Srića, 2006). Quine (1999) donosi rezultate istraživanja u kojem je sudjelovalo 1100 zdravstvenih djelatnika Nacionalnog zdravstvenog sustava u Velikoj Britaniji; 38 % izvijestilo je o zlostavljanju na radnom mjestu, 42 % ispitanika bilo je svjedocima zlostavljanja drugih osoba. Istraživanje je pokazalo da su djelatnici koji su izloženi zlostavljanju imali nižu razinu zadovoljstva poslom, dok je istovremeno razina stresa uzrokovana radom bila veća. Pretpostavlja se da je postotak zlostavljanja veći što je razina odgovornosti veća. Beganlić i sur. (2009) prezentirali su rezultate istraživanja u kojem su sudjelovale medicinske sestre i tehničari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Tuzli. Istraživanje je pokazalo da je u 2008. godini više od pola medicinskih sestara i tehničara (54 %) bilo izloženo mobingu, a da je oko 22 % ispitanika radi toga

zatražilo bolovanje. Zanimljivo je da su moberi u čak 49 % slučajeva kolege sličnog statusa, a u 32 % slučajeva voditelji, odnosno nadređeni. Knežević i sur. (2009) utvrdili su kroz istraživanje provedeno u gradu Zagrebu da su zdravstveni djelatnici u bolnicama izloženi cijelom nizu različitih radnih stresora s velikim intenzitetom. U Europskoj uniji (EU) stres na radnom mjestu prisutan je gotovo kod svakog trećeg zaposlenika, što iznosi čak 28 % ili 41,2 milijuna zaposlenika; češće je zastupljen u žena nego muškaraca (Beganlić i sur., 2009).

Smanjene mogućnosti sudjelovanja pri donošenju odluka, manjak nadzora nad metodama rada, nestručnost, nejasne i proturječne uloge, loši odnosi sa suradnicima, slaba komunikacija, loše rukovođenje te nejasno definirani ciljevi samo su neki od uzroka stresa (Juras i sur., 2009). Prethodni navodi pridonose lošem osjećanju članova tima, neravnopravnosti te u konačnici nesigurnosti, općem nezadovoljstvu, smanjenju intrinzične motivacije, a također nastaju i različite psihosomatske bolesti članova tima (Juras i sur., 2009; Beganlić i sur., 2009). Ako u timu prevladavaju negativne emocije, frustracije, depresivna stanja članova tima, posljedica će biti smanjenje motiviranosti za rad, češća izbjavanjima s posla u smislu bolovanja, što u konačnici loše utječe na kolektiv (Juras i sur., 2009). Srića (2009) donosi podatke svoga istraživanja u kojem kaže da se u Hrvatskoj svakodnevno osjeća loše na poslu skoro devet od deset ljudi i da bi rado pobjegli na bolovanje. Djelotvornost, učinkovitost i motiviranost također su smanjeni zbog stresa (Beganlić i sur., 2009). Isti autori navode kako je istraživanje provedeno u Hrvatskoj utvrdilo da je mobing na radnom mjestu iskusilo i do 53,4 % ispitanika. Unatoč svim navodima, a i mnogim drugim neizrečenim problemima, fizioterapeuti nastavljaju svoje školovanje i trajno se educiraju u želji da budu bolji i kvalitetniji na sveobuhvatnu dobrobit svojih pacijenata. Njihova motivacija je većim dijelom intrinzična, jer se inovacije u radu ionako ne nagrađuju. S obzirom na to da se stalno govori da smo zemlja znanja i ističe važnosti cjeloživotnog obrazovanja, ove činjenice govore u potpunosti protiv toga. No događaju se i suprotne situacije. Pojedini članovi tima ne žele prihvatiti inovacije u radu i prilagođavati se novim standardima. Zadovoljni su načinom rada koji su naučili prije možda više desetaka godina. Nove spoznaje i saznanja u medicini svakodnevno napreduju, stoga se zdravstveni djelatnici moraju usavršavati i trajno educirati (Vodopija, 2009).

Istraživanje koje smo proveli ukazuje na probleme i poteškoće na području timskog rada, stoga je važno provesti daljnja istraživanja vezana uz problematiku timskog rada, mišljenja i zadovoljstva pacijenata pruženim uslugama, kako bismo doznali koliko su pacijenti zadovoljni sudjelovanjem u timskom radu. Također je potrebno provjeriti jesu li mnogobrojni spomenuti stručnjaci, uključujući i fizioterapeute, ravnopravni članovi tima koji skrbe o pacijentu, odlučuju li zajednički o dijagnozi,

terapiji i ciljevima. Na taj način bi se saznalo prakticira li se u Hrvatskoj, i uolikoj mjeri, multidisciplinarni, interdisciplinarni ili transdisciplinarni model timskog rada ili se samo na formalnoj razini zagovara timski rad, a zapravo se radi o strukovnim skupinama. Zbog svega navedenog opravdano se može postaviti pitanje: Postoje li realni uvjeti za praktičnu provedbu rehabilitacijske doktrine novijeg doba na našim prostorima, ako se zna da je rehabilitacijska doktrina doba u kojem živimo i profesionalno djelujemo temeljno orijentira na pacijenta, koji osim potrebe za rehabilitacijom na razini fizičkog ima i dodatna potraživanja? Zagovaranje nove rehabilitacijske doktrine iziskuje od fizioterapeuta novu viziju i koncepciju strukovnog djelovanja (rada) koje podrazumijevaju primjenu specifičnih profesionalnih vještina, učinkovitih ne samo za vrijeme trajanja terapije, već i cijelog života. To podrazumijeva timski rad, prijenos informacija, stavljanje pojedinca u središte, što je ujedno paradigma holističke medicine 21. stoljeća. Pitanja i problemi su mnogobrojni i otvaraju ideje za neka nova istraživanja koja bi zasigurno pridonijela podizanju razine kvalitete zdravstvene skrbi.

6. Zaključak

Novija rehabilitacijska doktrina temelji se na holističkoj medicini te sagledava pacijenta s fizičkog, mentalnog i socijalnog aspekta. Ona u zdravstvu zagovara fokusiranje na osobu, njene prioritete, ciljeve te povezivanje navedenog. Pri tome je važno naglasiti da postojeće hijerarhijske i statusne razlike unutar tima utječu na kvalitetu profesionalnih informacija, radnu učinkovitost i rezultate rehabilitacije.

Dobiveni rezultati sugeriraju da fizioterapeuti s dužim radnim stražom pokazuju veći stupanj nezadovoljstva timskim radom i njegovom organizacijom te vlastitim i pacijentovim statusom unutar tima; fizioterapeutske tehničari negativnije vrednuju komunikaciju i sustav pritužbi; prvostupnici negativnije vrednuju kompetentnost obavljanja zadataka; veći stupanj nezadovoljstva starijih djelatnika timskim radom može se povezati s njihovim dugogodišnjim iskustvom stečenim u praksi te mogućim nagomilavanjem negativnih emocija tijekom radnog vijeka. Percipiranje pacijenta kao manje ravnopravnog člana tima od strane starijih ispitanika uvjetovano je stereotipima tradicionalne medicinske skrbi. Razlika u stavovima o kompetentnosti na razini strukovnog profila pod utjecajem je razine i stupnja obrazovanja; prvostupnici fizioterapije s obzirom na viši razinu naobrazbe imaju i veću razinu odgovornosti. Nezadovoljstvo koje pokazuju ispitanici velikim je dijelom rezultat negativnih stavova prema sinergijama u timu, vještinama, inovacijama i kvaliteti timskog rada

Nažalost, tematika timskog rada unutar populacije fizioterapeuta empirijski je nedovoljno istraženo područje. Komparativna analiza sa sličnim istraživanjima nije moguća, pa je o uzrocima dobivenih rezultata moguće samo hipotetizirati i nadati se da će budući znanstveni radovi kompleksnijeg dizajna, s većim uzorkom ispitanika i sveobuhvatnijim mjernim instrumentima unijeti više spoznaja o kompleksnosti socijalnih i profesionalnih interakcija koje nastaju u jednoj tako zahtjevnoj djelatnosti kakva je fizioterapija.

Iako je istraživanje provedeno na relativno malom broju ispitanika, dobiveni rezultati otvaraju neka nova pitanja. Zadovoljstvo pacijenata pruženom uslugom i kvalitetom, osjećaj ravnopravnosti pacijenta, kao i ostalih članova tima, sudjelovanje svih članova tima u zajedničkom određivanju dijagnoze, terapije i definiranju ciljeva, prisutnost stresa, mobinga te načini rukovođenja i zadovoljstvo djelatnika voditeljem samo su neka od pitanja koja nisu tema ovoga rada te prelaze njegove pretpostavke, ciljeve i granice, a njihovo je poznavanje nužno za kvalitetan timski rad i nameće se samo po sebi .

LITERATURA:

1. Babić-Naglić, Đ. Biomehanika, ortopedske i reumatske bolesti, rehabilitacija, tjelesno vježbanje u starijoj dobi. Rehabilitacija. U: Duraković, Z. i sur. Gerijatrija - Medicina starije dobi. 2. izd. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije d. o. o., 2007:508-511.
2. Banez, GA, Frazier TW, Wojtowicz AA, Buchannan K, Henry DE, Benore E. Chronic pain in children and adolescents: 24-42 month outcomes of an inpatient/day hospital interdisciplinary pain rehabilitation program. *J Pediatr Rehabil Med.* 2014;7(3):197-206.
3. Bartolac A, Radić S. Primjena ICF - iskustva u radnoj terapiji i fizioterapiji. U: Rađenović O, Schuster S (ured.) Zbornik radova. Fizioterapija - vještina i kreativnost. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2009:103-105.
4. Beganlić A, Pranjić N, Brković A, Batić-Mujanović O, Herenda S. Učinci mobinga na privremenu sprečenost za rad u medicinskih sestara-tehničara. *Sigurnost.* 2009;51(1):1-9.
5. Bobinac-Georgievski A. Rehabilitacija u zajednici kao proces integralne skrbi za osobe s fizičkim onesposobljenjem. Sažetak radova. Drugi kongres s međunarodnim sudjelovanjem: Management u zdravstvu/s.n. (ur.). Zagreb: s.n., 1997:91-94.
6. Bobinac-Georgievski A. Rehabilitacija u zajednici: razvoj u Republici Hrvatskoj. U: Bobinac-Georgievski, A (ured.) Rehabilitacija u zajednici. Prva hrvatsko-kanadska tematska konferencija o projektu Razvoj rehabilitacije u zajednici u RH za pozvane sudionike. Zagreb: Opća bolnica Sveti Duh, 1998: 1-2.
7. Bobinac-Georgievski A. Vizija razvoja rehabilitacije u zajednici u Republici Hrvatskoj. U: Bobinac-Georgievski A (ured.) Rehabilitacija u zajednici. Prva hrvatsko-kanadska tematska konferencija o projektu Razvoj rehabilitacije u zajednici u RH za pozvane sudionike. Zagreb: Opća bolnica Sveti Duh, 1998: 24-26.

8. Bobinac-Georgievski A, Jakšić M, Mihalić A. Uloga bolnice u 21. stoljeću u razvoju rehabilitacije u zajednici (RUZ). U: Sažeci radova: Treći kongres hrvatskih bolnica/s.n. (ur.). Zagreb: HLZ - Hrvatsko liječničko društvo za upravljanje i rukovođenje u zdravstvu, 1998: 38-39.
9. Bubaš M, Milošević M, Knežević B, Mustajbegović J. Stres u starijih radnika. *Sigurnost*. 2009;51(2):105–111.
10. Eldar R, Marincek C, Kullmann L. Need for Rehabilitation Teamwork Training in Europe. *Croat Med J*. 2008;49(3):352-357.
11. Filipović V, Jurakić D. Zaključci okruglih stolova Prvog kongresa Studija fizioterapije Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu Fizioterapija: vještina i kreativnost. *Hrvat. Športskomed. Vjesn*. 2009;24:52-54.
12. Hall C. Introduction to Therapeutic Exercise and the Modified Disablement Model. U: Hall CM, Brody LT i sur. *Therapeutic exercise: moving toward function* 2. izd. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 1-4.
13. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ*. 2001;35(9):867-75.
14. Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(6):732-41.
15. Jelsma J. Use of the international classification of functioning, disability and health: A literature survey. *J Rehabil Med*. 2009;41:1–12.
16. Jones CA, Beaupre LA, Johnston DW, Suarez-Almazor ME. Total joint arthroplasties: current concepts of patient outcomes after surgery. *Clin Geriatr Med*. 2005;21(3):527-41.
17. Juras K, Knežević B, Golubić R, Milošević M, Mujstabegović J. Stres na radu: mjere prepoznavanja, rješenja i prevencija. *Sigurnost*. 2009;51(2):121-126.
18. Jurinić A, Vojvodić S, Bobinac-Georgievski A, Jakšić M, Graberski-Matasović M, Redenšek B. Physiotherapist's role in community based rehabilitation-Croatian experience. 13th International Congress of the World Confederation for Physical Therapy. Jokohama, 1999;506-506.
19. Knežević B, Golubić R, Milošević M, Matec L, Mustajbegović J. Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: istraživanje u Zagrebu. *Sigurnost*. 2009;51(2):85-92.
20. Kobolt A, Žizak A. Timski rad i supervizija timova. *Ljetopis socijalnog rada*. 2007;14(2):367-386.
21. Kovačić-Petar V. Motivacija fizioterapeuta. U: Zbornik radova. Holistički pristup u fizioterapiji. Kongres Hrvatskog zbora fizioterapeuta s međunarodnim sudjelovanjem. Vukovar, Hrvatski zbor fizioterapeuta, 2007;113-116
22. Kuničić-Posinković A. Analiza efikasnosti timskog rada. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2003. Diplomski rad.
23. Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva EM, Varela E, Valero R, Berteanu M, Christodoulou N. Inflammatory arthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013;49(4):551-64.
24. Lerner S, Magrane D, Friedman E. Teaching teamwork in medical education. *Mt Sinai J Med*. 2009;76(4):318-29.
25. Levack WM, Dean SG, McPherson KM, Siegert RJ. How clinicians talk about the application of goal planning to rehabilitation for people with brain injury-variable interpretations of value and purpose. *Brain Inj*. 2006;20(13-14):1439-49.
26. Narodne novine. Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti. Zagreb: Narodne novine, 2008;120(08):2.
27. Nikić D, Arandelović M, Nikolić M, Stanković A. Zadovoljstvo poslom kod zdravstvenih radnika. *Acta Medica Medianae* 2008; 47(4):9-12.
28. Orlić D. Život s umjetnim zglobovima kuka. Zagreb: Tiskara d. d., 2003:59.
29. Petar S. Tamna strana upravljanja ljudima. Zagreb: Mozaik knjiga, 2005:140-162.

30. Reilly JM, Aranda MP, Segal-Gidan F, Halle A, Han PP, Harris P, Jordan K, Mulligan R, Resnik C, Tsai KY, Williams B, Cousineau MR. Assessment of student interprofessional education (IPE) training for team-based geriatric home care: does IPE training change students' knowledge and attitudes? *Home Health Care Serv Q.* 2014;33(4):177-93.
31. Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ.* 1999;318(7178):228-232.
32. Schmidt CE, Hardt F, Möller J, Malchow B, Schmidt K, Bauer M. Improvement of team competence in the operating room: Training programs from aviation. *Anaesthesist.* 2010;59(8):717-726.
33. Siassakos D, Bristowe K, Hambly H, Angouri J, Crofts JF, Winter C, Hunt LB, Draycott TJ. Team communication with patient actors: findings from a multisite simulation study. *Simul Healthc.* 2011; 6(3):143-9.
34. Siassakos D, Fox R, Bristowe K, Angouri J, Hambly H, Robson L, Draycott TJ. What makes maternity teams effective and safe? Lessons from a series of research on teamwork, leadership and team training. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92(11):1239-43.
35. Smith S. Encouraging the development of team working skills in physiotherapy students. *International Journal of Therapy and Rehabilitation.* 2005;12(10):454-461.
36. Stavrev VP, Ilieva EM. The holistic approach to rehabilitation of patients after total hip joint replacement. *Folia Med (Plovdiv)* 2003;45(4):16-21.
37. Suva D, Haller G, Lübbecke-Wolff A, Macheret F, Kindler V, Hoffmeyer P. From aviation to surgery: the challenge of safety. 2011; 7(287):670-3.
38. Tempest S, McIntyre A. Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2006;28(10):663- 667.
39. True G, Stewart GL, Lampman M, Pelak M, Solimeo SL. Teamwork and delegation in medical homes: primary care staff perspectives in the Veterans Health Administration. *J Gen Intern Med.* 2014;29(suppl 2):632-639.
40. Tudor G, Srića V. Menadžer i pobjednički tim: čarolija timskog rada. 3. izd. Zagreb: MEP Consult, 2006.
41. Vodopija Š. Učenjem u društvo znanja: savjetnik za učenike, studente i roditelje. Zadar: Naklada d.o.o., 2009: 87-97.
42. Vojvodić S, Jurinić A, Bobinac-Georgievski A, Polovina A, Graberski-Matasović M, Redenšek B. Physiotherapy in Croatia-view in the future. 13 th International Congress of the World Confederation for Physical Therapy. Jokohama, 1999;541-541.
43. Vyt A. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metab Res Rev* 2008; 24(1):106-109.
44. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J.* 2014; 90(1061):149-54.
45. West M. Tajne uspješnog upravljanja timom. Zagreb: Školska knjiga, 2005.
46. Zeltser MV, Nash DB. Approaching the evidence basis for aviation-derived teamwork training in medicine. *Am J Med Qual.* 2010;25(1):13-23.

Vesna Brumnić, Dubravka Šimunović

Teamwork in physiotherapy basis of new rehabilitaiton doctrine

SUMMARY

Introduction: Teamwork is an important determinant in holistic medicine as it offers better medical care for the patient.

Objective: The goal of this study is to define and identify the effects of physiotherapist profiles on teamwork functioning in physiotherapy.

Methods: The sample included 33 physiotherapists and 33 physiotherapists with bachelor degrees. The Team Work Efficacy Questionnaire, Posinković (2003), has been used.

Results and discussion: The older and more experienced physiotherapists showed a tendency towards more negative ratings regarding teamwork indicators measured with the Team Work Efficacy Questionnaire. Physiotherapists demonstrated more negative values when rating 'communication' and 'the complaining system' within the team, compared to their higher educated colleagues. On the other hand physiotherapists with bachelor degree regarded 'the duty competence' less positive than their colleagues with the lower educational degree.

Summary: Work experience, age, educational level, and working institution are variables that modulate the perception of the teamwork within the tested sample of physiotherapists.

Key words: team working, physiotherapy, medical care improvement

