

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
MEDICINSKI FAKULTET

Marin Mamić

PREDIKTORI ZADOVOLJSTVA BOLESNIKA I MEDICINSKIH SESTARA KAO  
INDIKATORA PROCESA U SUSTAVU UPRAVLJANJA KVALITETOM  
ZDRAVSTVENE NJEGE

Doktorska disertacija

Osijek, 2024.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
MEDICINSKI FAKULTET

Marin Mamić

PREDIKTORI ZADOVOLJSTVA BOLESNIKA I MEDICINSKIH SESTARA KAO  
INDIKATORA PROCESA U SUSTAVU UPRAVLJANJA KVALITETOM  
ZDRAVSTVENE NJEGE

Doktorska disertacija

Osijek, 2024.

Mentorica rada: izv. prof. dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn.

Komentorica rada: doc. dr. sc. Tihana Mendeš, dr. med.

Rad ima 103 stranice.

## **Zahvala**

Iznimne zahvale mentorici izv. prof. dr. sc. Štefci Mikšić i komentorici doc. dr. sc. Tihani Mendeš koje su svojim strpljenjem, podrškom, pomoći i poticanju pri provođenju istraživanja i izradi doktorske disertacije.

Zahvaljujem se izv. prof. dr.sc. Slavki Galić na pomoći prilikom obrade rezultata.

Zahvaljujem ravnatelju OŽB Požega, dr. sc. Ivanu Vukoji na pomoći i potpori prilikom izrade ove disertacije.

Zahvaljujem svim djelatnicima OŽB Požega koji su pomogli izradi ove disertacije.

Zahvaljujem svim svim ispitanicima koji su pristali sudjelovati u ovom istraživanju, a samim time i u izradi ove doktorske disertacije – hvala Vam od srca!

Najviše zahvaljujem svojoj obitelji na podršci i velikom razumijevanju u svakom trenutku.

*Ova disertacija je posvećena Leonu, Ivani i Marici.*

## Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Indikatori procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege.....	4
1.2. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege.....	6
1.3. Zadovoljstvo poslom.....	8
1.4. Organizacijska pravednost.....	9
1.4.1. Distributivna pravednost.....	10
1.4.2. Proceduralna pravednost.....	10
1.4.3. Interakcijska pravednost.....	10
1.4.4. Odnos organizacijske pravednosti i zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege....	11
1.5. Crte ličnosti.....	12
1.5.1. Ekstraverzija.....	12
1.5.2. Neuroticizam.....	12
1.5.3. Savjesnost.....	13
1.5.4. Ugodnost.....	13
1.5.5. Otvorenost za iskustva.....	13
1.5.6. Odnos crta ličnosti i zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege.....	14
2. HIPOTEZA.....	1
3. CILJEVI.....	1
4. ISPITANICI I METODE.....	17
4.1. Ustroj studije.....	17
4.2. Ispitanici.....	17
4.2.1. Bolesnici.....	18
4.2.2. Medicinske sestre i medicinski tehničari.....	19
4.3. Etička načela.....	19
4.4. Metode.....	19
4.4.1. Upitnik demografskih podataka za medicinske sestre / medicinske tehničare.....	20

4.4.2. Upitnik s demografskim podacima za bolesnike.....	20
4.4.3. Skala percipirane organizacijske pravednosti .....	20
4.4.4. Indeks zadovoljstva poslom .....	21
4.4.5. NEO petofaktorski inventar.....	21
4.4.6. Upitnik zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (PSNCQQ-Cro).....	21
4.5. Statističke metode .....	22
5. REZULTATI .....	25
5.1. Obilježja bolesnika.....	25
5.2. Obilježja medicinskih sestara i medicinskih tehničara .....	27
5.3. Faktorska analiza Upitnika organizacijske pravednosti i Indeksa zadovoljstva poslom	28
5.3.1 Faktorska analiza Upitnika organizacijske pravednosti .....	28
5.3.1. Faktorska analiza Indeksa zadovoljstva poslom.....	32
5.4. Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege .....	33
5.5. Crte ličnosti bolesnika.....	42
5.6. Crte ličnosti, zadovoljstvo poslom i organizacijska pravednost medicinskih sestara i medicinskih tehničara.....	42
5.7. Razlike u kvaliteti zdravstvene njege bolesnika .....	43
5.7.1. Razlike u kvaliteti zdravstvene njege bolesnika prema sociodemografskim varijablama .....	43
5.7.2. Razlike u kvaliteti zdravstvene njege bolesnika prema varijablama koje se odnose na hospitalizaciju .....	45
5.8. Uloga sociodemografskih, bolničkih i osobnih prediktora u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika.....	46
5.8.1 Potencijalni sociodemografski čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza.....	46
5.8.2. Potencijalni bolnički čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza.....	47
5.8.3. Potencijalni osobni čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza.....	48

5.8.4. Uloga sociodemografskih, bolničkih i osobnih prediktora u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – multivarijantna analiza .....	49
5.9. Uloga sociodemografskih, poslovnih i osobnih prediktora medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika .....	52
5.9.1. Potencijalni sociodemografski prediktori medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza.....	53
5.9.2. Potencijalni poslovni prediktori iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza.....	53
5.9.3. Potencijalni osobni prediktori iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza.....	54
5.9.4. Uloga sociodemografskih, poslovnih i osobnih prediktora medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – multivarijantna analiza .....	55
6. RASPRAVA .....	57
6.1. Razlike u razini zadovoljstva bolesnika pruženom zdravstvenom njegom s obzirom na njihova demografska obilježja, varijable vezane uz hospitalizaciju i njihovo zdravstveno stanje .....	60
6.2. Doprinos varijabli vezanih uz demografska obilježja, zdravstveno stanje i crte ličnosti bolesnika na razinu zadovoljstva bolesnika kao indikatora procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege .....	63
6.2. Doprinos varijabli vezanih uz demografska obilježja, posao i crte ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara na razinu zadovoljstva bolesnika kao indikatora procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege .....	67
7. ZAKLJUČAK .....	73
8. SAŽETAK .....	74
9. SUMMARY .....	75

10. LITERATURA .....	77
11. ŽIVOTOPIS.....	97



## **POPIS KRATICA**

ANA – engl. „American Nurses Association“

PSNCQQ – engl. „Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire“

NEO FFI – NEO petofaktorski inventar

## **POPIS TABLICA**

- Tablica 5.1. Sociodemografski podatci bolesnika25
- Tablica 5.2. Raspodjela zaposlenja i financijskog stanja bolesnika26
- Tablica 5.3. Bolesnici prema varijablama koje se odnose na hospitalizaciju26
- Tablica 5.4. Socioemografski podatci medicinskih sestara / medicinskih tehničara27
- Tablica 5.5. Medicinske sestre i medicinski tehničari prema poslovnim varijablama28
- Tablica 5.6. Koeficijent pouzdanosti i prosječna korelacija Skale percipirane organizacijske pravednosti29
- Tablica 5.7. Rezultati KMO i Bartlettovog testa Skale percipirane organizacijske podrške29
- Tablica 5.8. Faktorska opterećenja stavki upitnika Skale percipirane organizacijske pravednosti31
- Tablica 5.9. Koeficijent pouzdanosti i prosječna korelacija Indeksa zadovoljstva poslom32
- Tablica 5.10. Rezultati KMO i Bartlettovog testa Indeksa zadovoljstva poslom32
- Tablica 5.11. Faktorska opterećenja stavki u jednofaktorskom upitniku Indeksa zadovoljstva poslom33
- Tablica 5.12. Raspodjela i deskriptivna statistika čestica upitnika zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege34
- Tablica 5.13. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema spolu bolesnika35
- Tablica 5.14. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema stupnju obrazovanja bolesnika36
- Tablica 5.15. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema mjestu stanovanja bolesnika37
- Tablica 5.16. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema bračnom stanju bolesnika38
- Tablica 5.17. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema radnom statusu bolesnika40
- Tablica 5.18. Povezanost čestica Upitnika zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege s dobi, financijskim i zdravstvenim stanjem bolesnika i dužinom hospitalizacije41
- Tablica 5.19. Deskriptivna statistika ukupnog rezultata zadovoljstva kvalitetom njege bolesnika42
- Tablica 5.20. Deskriptivna statistika crta ličnosti bolesnika42
- Tablica 5.21. Deskriptivna statistika organizacijske podrške, zadovoljstva poslom i crta ličnosti medicinskih sestara i tehničara43
- Tablica 5.22. Razlike u zadovoljstvu bolesnika kvalitetom zdravstvene njege prema sociodemografskim varijablama44

- Tablica 5.23. Razlike u kvaliteti zdravstvene njege prema varijablama koje se odnose na hospitalizaciju u skupini bolesnika46
- Tablica 5.24. Potencijalni sociodemografski čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza47
- Tablica 5.25. Potencijalni bolnički čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza48
- Tablica 5.26. Potencijalni osobni čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza48
- Tablica 5.27. Prvi korak regresijske analize – bolesnici49
- Tablica 5.28. Drugi korak regresijske analize – bolesnici50
- Tablica 5.29. Treći korak regresijske analize – bolesnici52
- Tablica 5.30. Regresijska analiza medicinske sestre i tehničari53
- Tablica 5.31. Potencijalni poslovni prediktori iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza54
- Tablica 5.32. Potencijalni osobni prediktori iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza54
- Tablica 5.33. Prvi korak regresijske analize – medicinske sestre i medicinski tehničari55
- Tablica 5.34. Drugi korak regresijske analize – medicinske sestre i medicinski tehničari56
- Tablica 5.35. Treći korak regresijske analize – medicinske sestre i medicinski tehničari56

## 1. UVOD

Koncept kvalitete zdravstvene skrbi već dugi niz godina tema je rasprave u znanstvenoj zajednici. Pružanje što kvalitetnije skrbi bolesnicima cilj je svakog zdravstvenog sustava te je ona u Republici Hrvatskoj zajamčena i zakonom (1). Bitni aspekti zdravstvene skrbi i općenito zdravstvenih sustava uključuju učinkovitost, djelotvornost, dostupnost, sigurnost, jednakost, opravdanost, prikladnost, pravovremenost, prihvatljivost, odgovornost, zadovoljstvo korisnika, usmjerenost na bolesnika, kontinuitet skrbi te druge relevantne čimbenike (2, 3). Navedene dimenzije ključne su u ocjeni kvalitete zdravstvene skrbi, a izbor određene dimenzije ima važnu ulogu u procesu mjerenja kvalitete. Stoga je važno da svaka država prepozna i uzme u obzir različite aspekte i realne potrebe te prilagodi svoj zdravstveni sustav sukladno njima (3, 4).

Kvaliteta zdravstvene skrbi definira se kao stupanj do kojega zdravstvene usluge za pojedince i populacije povećavaju vjerojatnost željenih zdravstvenih ishoda (5). Kvaliteta zdravstvene skrbi, temeljena na profesionalnom znanju utemeljenom na dokazima, ključna je za postizanje univerzalne zdravstvene zaštite. Koristeći dostupne resurse ona udovoljava definiranim zahtjevima i ispunjava bolesnikova očekivanja pružajući najbolju moguću zdravstvenu skrb uz što manji rizik (6). Naglasak na profesionalnome znanju utemeljenome na dokazima sugerira na važnost pridržavanja najnovijih znanstvenih spoznaja i kliničkih smjernica u praksi zdravstvene skrbi. Prema HZZO-u, kvaliteta zdravstvene zaštite obuhvaća niz mjera poduzetih tijekom medicinskoga postupka čiji je cilj postizanje pozitivnoga ishoda liječenja i sprječavanje neželjenih događaja koji mogu uzrokovati nepovoljne posljedice (7).

U Europi je osnivanjem Stručnog odbora za kvalitetu zdravstvene zaštite 1995. godine prvi put značajnije usmjerena pažnja prema kvaliteti skrbi i sigurnosti bolesnika u Europi (8), dok je dvije godine kasnije ministarstvima zdravstva preporučeno uspostavljanje sustava kvalitete zdravstvene skrbi (8, 9). U Republici Hrvatskoj od 2007. godine obaveza je svih ustanova koje se bave zdravstvenome skrbi, a imaju više od 40 zaposlenih, uspostava posebnih jedinica koje se bave osiguranjem i unapređenjem kvalitete zdravstvene zaštite dok su druge zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici koje se bave zdravstvenom djelatnošću obvezni odrediti osobu odgovornu za kvalitetu zdravstvene zaštite (10 – 13).

U medicini ključni pojmovi povezani s kvalitetom obuhvaćaju indikatore i standarde. S jedne strane su indikatori kvalitete koji se dijele na kliničke pokazatelje i pokazatelje sigurnosti bolesnika te predstavljaju mjerljive podatke unutar procesa liječenja, kao što su vrijeme čekanja na totalnu endoprotezu kuka, magnetnu rezonanciju, kemoterapiju i radioterapiju, vrijeme provedeno u hitnome bolničkom prijemu, postotak otkrivanja određenih karcinoma i sl. (14).

S druge su strane standardi kvalitete zdravstvene zaštite koje je usvojila Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Ti standardi sadrže detaljne opise kriterija povezanih s izvođenjem zdravstvenih postupaka, zdravstvenim osobljem, opremom, materijalima i radnim okruženjem u kojem se provode zdravstvene usluge. Njihov je cilj osigurati visoku razinu kvalitete zdravstvene zaštite (15). Prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene pod točkom 4. „Prava i iskustva bolesnika, zadovoljstvo osoblja“ zdravstvena je ustanova dužna kontinuirano provoditi anketiranje koje se odnosi na iskustva i zadovoljstvo bolesnika koji su bili hospitalizirani te jednom godišnje provesti evaluaciju rezultata (16). Evaluacija zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga ključna je za procjenu kvalitete pružene skrbi. Stoga je važno sustavno ocijeniti zadovoljstvo bolesnika kako bi se dobio uvid u postignuti standard usluge. Praćenje kvalitete zdravstvene skrbi i zadovoljstva bolesnika važno je i za adekvatno upravljanje resursima i omogućuje fokusiranje na preferencije korisnika (17). Integracija povratnih informacija o zadovoljstvu bolesnika u procesu upravljanja resursima omogućuje bolje usmjeravanje tih resursa prema područjima koja najviše doprinose zadovoljstvu bolesnika, što rezultira poboljšanjem kvalitete pružene skrbi. Osim zadovoljstvu bolesnika, adekvatno upravljanje resursima doprinosi i optimizaciji korištenja resursa, što je vrlo važno u današnjim zdravstvenim sustavima koji nastoje pružiti što bolju zdravstvenu skrb uz sve manje financijske izdatke (18), jer se zdravstvo uvijek suočava sa zahtjevima za smanjenjem troškova, povećanjem produktivnosti, skraćivanjem boravka bolesnika u bolnici te očuvanjem ili poboljšanjem kvalitete skrbi. Ova dinamika stvara nove izazove u upravljanju kvalitetom i zahtijeva pravovremene i precizne informacije za donošenje odluka. Preraspodjela resursa, redefiniranje uloga i odgovornosti te pružanje zdravstvene skrbi moraju biti pažljivo planirani i provedeni (12).

Uvođenje kvalitete u zdravstveni sustav uključuje povećanu razinu zadovoljstva bolesnika, veću transparentnost u procesu pružanja skrbi, smanjenje broja pritužbi, veću odgovornost prema potrebama bolesnika te izgradnju povjerenja u zdravstvene ustanove koje se

pridržavaju standarda kvalitete. Također, poboljšava se planiranje i kontrola u zdravstvenom sektoru, smanjuje broj neočekivanih događaja, grešaka i rizika, što rezultira boljim ishodom i funkcionalnom razinom usluge (19).

Također, zadovoljstvo bolesnika, uz to što je prema zakonu jedna od obaveza koju ustanova treba pratiti, smatra se i jednim od ishoda zdravstvenih usluga (20 – 23). Mjerenje zadovoljstva bolesnika pruža ključne informacije o učinku zdravstvenoga sustava, time pridonoseći cjelokupnome upravljanju kvalitetom (23 – 26).

Bolesnikovo zadovoljstvo definira se kao podudarnost između očekivanja optimalne skrbi i percepcije o stvarnoj skrbi koja je primljena (27). Stoga važnost ovoga mjerenja leži u pružanju informacija o tome koliko su zdravstvene usluge uspješno ispunile očekivanja bolesnika (28). Međutim, očekivanja bolesnika stvorena su prije pružanja usluge i na njih mogu utjecati različiti čimbenici, uključujući prethodna iskustva, sociokulturne norme, ugled pružatelja usluge, osobne karakteristike bolesnika (28).

Međutim, kada se općenito gledaju ključna obilježja kvalitete određene pružene usluge, ona uključuju ljudski aspekt s karakteristikama poput brzine odgovora, dostupnosti, preciznosti, ljubaznosti, ugodnosti, kompetentnosti, vjerodostojnosti, pouzdanosti, učinkovitosti, fleksibilnosti, poštenja i sigurnosti (29). Kako je riječ o ljudskim dimenzijama pružatelja zdravstvenih usluga, ali i korisnika istih tih usluga koji procjenjuju kvalitetu, one se mogu smatrati subjektivnima jer se mijenjaju ovisno o karakteristikama i trenutnome stanju onoga koji usluge pruža, ali i onoga koji koristi usluge.

Potvrda subjektivnosti vidljiva je kroz istraživanja koja su pokazala kako različiti osobni čimbenici mogu utjecati na zadovoljstvo kvalitetom zdravstvenom skrbi. Tako se pokazalo kako individualni čimbenici koji su pozitivno povezani sa zadovoljstvom bolesnika uključuju mlađu dob, zaposlenje, višu razinu obrazovanja, niži socioekonomski status, bračni status, bolje percipirano zdravlje, muški spol i manju učestalost korištenja usluga (30).

Važno je napomenuti i kako je zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom skrbi važno i zato što bolesnici koji su zadovoljniji vjerojatnije će slijediti medicinski propisane postupke, time pridonoseći pozitivnom utjecaju na zdravlje (31 – 34). Stoga niti ne čudi što se u istraživanjima pokazalo kako zadovoljstvo zdravstvenome skrbi može utjecati na sveukupnu kvalitetu života bolesnika nakon provedene hospitalizacije (35). Bolesnici koji su zadovoljni pruženom skrbi više će vjerovati stručnjacima, bilo liječnicima, bilo medicinskim sestrama ili

nekim drugim zdravstvenim djelatnicima, koji su im dali određene upute nakon liječenja. Pridržavanjem navedenih uputa za pretpostaviti je kako će njihovo zdravstveno stanje biti bolje nego u slučaju da se ne pridržavaju uputa, a s boljim zdravljem dolazi i bolja kvaliteta života (35).

### **1.1. Indikatori procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege**

Evaluacija kvalitete sestrinske prakse započela je kada je Florence Nightingale prepoznala ulogu sestrinstva u kvaliteti zdravstvene zaštite i počela mjeriti ishode zdravstvene njege kod bolesnika. Koristila je statističke metode kako bi generirala izvještaje koji su povezivali ishode bolesnika s uvjetima okoline (36). Tijekom Krimskoga rata 1854. neki od Nightingaleinih specifičnih poboljšanja uključivali su smanjenje prenapučenosti bolničkih soba (kreveti bolesnika morali su biti udaljeni tri stope), osiguranje ventilacije, uklanjanje konja koji su bili smješteni u podrumu bolnice, osiguranje da su kanalizacijski sustavi koji vode iz bolnice ispirani nekoliko puta dnevno te dezinfekcija toaleta i odvoda s tresetnim ugljenom (37). Učinci njenih postupaka vidjeli su se kroz kratko vrijeme te je u roku od šest mjeseci od njezina dolaska stopa smrtnosti od bolesti pala s 42,7 % na 2,2 % (37). Time je pokazala kako je važno pratiti i evaluirati zdravstvenu njegu već tada i koliko se time može utjecati na ishode, ne samo zdravstvene njege nego i cjelokupne zdravstvene skrbi.

Tek je u devedesetim godinama 20. stoljeća započeto s definiranjem pokazatelja kvalitete zdravstvene njege. Reorganizacija radne snage i redizajn zdravstvenog sustava ukazao je na potrebu identificiranja veza između sastava medicinskog osoblja i ishoda kod bolesnika (38), te je 1995. godine American Nurses Association (ANA) izdala „Patient safety and quality initiative“ kako bi istražila utjecaj skrbi medicinskih sestara registriranih na ishode bolesnika (39, 40). ANA je koncept kvalitete zdravstvene njege definirala kao predanost struke u pružanju visokokvalitetnih usluga te je definirala indikatore procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege (41).

Indikatori kvalitete zdravstvene njege su:

- 1) Stopa bolničkih infekcija – broj laboratorijski potvrđenih infekcija povezanih s mjestima perifernih ili centralnih intravenskih katetera na 1000 dana bolesnika po jedinici.
- 2) Stopa ozljeda bolesnika: stopa na 1000 dana bolesnika pri kojoj bolesnici doživljavaju neplaniran pad na pod tijekom svojega boravka u bolnici.
- 3) Zadovoljstvo bolesnika – definirano je korištenjem sljedećih potkategorija:

- Zadovoljstvo bolesnika njegom: bolesnikovo mišljenje i percepcija o njezi koju je pružilo medicinsko osoblje tijekom boravka u bolnici, određeno skaliranim odgovorima na jedinstven niz pitanja namijenjenih dobivanju bolesnikovih stavova o ključnim elementima usluga njege.
  - Zadovoljstvo bolesnika upravljanjem boli: bolesnikovo mišljenje i percepcija o tome koliko dobro je medicinsko osoblje upravljalo njihovom boli, određeno skaliranim odgovorima na jedinstven niz pitanja namijenjenih dobivanju bolesnikovih stavova o specifičnim aspektima upravljanja boli.
  - Zadovoljstvo bolesnika informacija dobivenim tijekom edukacija: bolesnikovo mišljenje ili percepcija o naporima medicinskog osoblja da ih educira o njihovom stanju i potrebama za njegu, određeno skaliranim odgovorima na jedinstveni niz pitanja namijenjenih dobivanju bolesnikovih stavova o specifičnim aspektima aktivnosti edukacije bolesnika.
  - Zadovoljstvo bolesnika njegom: bolesnikovo mišljenje ili percepcija o njezi primljenoj tijekom boravka u bolnici, određeno skaliranim odgovorima na jedinstveni niz pitanja namijenjenih dobivanju bolesnikovih stavova o globalnim aspektima njege.
- 4) Očuvanje integriteta kože: broj bolesnika s dekubitusom u stadiju I, II, III ili IV podijeljen s brojem bolesnika u stadiju prevalencije.
  - 5) Zadovoljstvo medicinskoga osoblja: zadovoljstvo poslom koje izražavaju medicinske sestre koje rade u bolničkim okruženjima, određeno skaliranim odgovorima na jedinstven niz pitanja namijenjenih dobivanju stavova medicinskoga osoblja prema specifičnim aspektima njihove zaposlenosti.
  - 6) Broj sati njege koji obavljaju medicinske sestre: postotak sati njege koji obavljaju medicinske sestre s izravnim odgovornostima za bolesnike u odnosu na ukupan broj sati njege te vrijeme koje povremeno u zdravstvenoj njezi provode neovlaštene osobe.
  - 7) Ukupan broj sati njege pruženih po bolesniku dnevno: ukupan broj produktivnih sati rada medicinskoga osoblja s izravnim odgovornostima za bolesnike na odjelima za akutnu skrb po bolesniku dnevno (42 – 45).

Indikatori procesa identificiraju strukture skrbi i procese skrbi, koji zauzvrat utječu na ishode skrbi. Ovi su pokazatelji specifični za zdravstvenu njegu i razlikuju se od medicinskih pokazatelja kvalitete skrbi (38). Razina kvalitete u područjima strukture, procesa i ciljeva zdravstvene njege mjeri se pomoću različitih indikatora. Ti indikatori koje primjenjuju pružatelji usluga odnose se na različite aspekte skrbi ili njezine ishode, a rezultat su aktivnosti



medicinskih sestara (46). Indikatori kvalitete njege igraju ključnu ulogu, ne samo u ocjenjivanju kvalitete pružene skrbi već i u ostvarivanju i procjeni postavljenih organizacijskih ciljeva za poboljšanje zdravstvene zaštite. Oni također pružaju dokaze o učinkovitosti i financijskoj isplativosti pojedinih medicinskih procesa. Praćenje indikatora kvalitete omogućava bolju mogućnost mjerenja i analize kvalitete zdravstvene njege (47). Bez praćenja indikatora kvalitete teško je osigurati visoku kvalitetu pružanja usluga, s obzirom na to da je nemoguće identificirati dobre i loše davatelje usluga ili dobre i loše praktičare bez pouzdanih informacija o kvaliteti zdravstvene njege (48). Također, bez mjerenja kvalitete nemoguće je utvrditi u kojoj mjeri nove regulacije ili intervencije za poboljšanje kvalitete zaista djeluju i poboljšavaju kvalitetu kao što se očekivalo ili postoje i negativni učinci povezani s tim promjenama (48). Ovaj je način praćenja dobar zato što bolesnici sve više samostalno biraju pružatelja usluga zdravstvene skrbi. Korisnici zdravstvenih ustanova tako imaju uvid u kvalitetu usluge koja im može biti pružena (44), ali i za lakše praćenje same ustanove o kvaliteti rada svojih zaposlenika. Bolesnici koji traže visokokvalitetnu skrb uz minimalne troškove izravno će uspoređivati ocjene i kvalitetu različitih pružatelja usluga međusobno te aktivno birati pružatelja usluga koji najbolje odgovara njihovim preferencijama i potrebama (45). Da bi bolesnici mogli aktivno birati najboljega pružatelja usluga, oni trebaju biti informirani o kvaliteti pružatelja, a upravo stoga su i razvijeni indikatori kvalitete (46). Istraživanja su pokazala kako je za bolesnike u biranju zdravstvene ustanove važna reputacija bolnice, iskustvo liječnika i preporuke drugih bolesnika (47). Određeni biraju svoju lokalnu bolnicu samo zbog blizine i pristupačnosti (48), a također su se prethodna osobna iskustva bolesnika, ali i iskustva prijatelja i bližnjih te zadovoljstvo prethodnim liječenjem također pokazali vrlo važnim u biranju zdravstvene ustanove liječenja (49).

### **1.2. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege**

Kvaliteta zdravstvene njege može se definirati kao odgovor medicinskih sestara na fizičke, psihološke, emocionalne, socijalne i duhovne potrebe bolesnika kako bi se oni mogli vratiti svojim zdravim i normalnim životima (23, 50). Zadovoljstvo je uvjerenje i izražavanje stavova o određenoj usluzi. Ima tri glavne komponente: emocionalni ili kognitivni odgovor; očekivanja, proizvod i iskustvo korištenja usluge; te odgovor temeljen na iskustvu nakon korištenja i izbora (51). Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege odražava odnos između percipirane, dobivene njege, u odnosu na onu razinu njege koju su bolesnici očekivali dobiti prilikom dolaska u zdravstvenu ustanovu (52), odnosno riječ je o balansu između

očekivanja i percepcije. Može se reći kako je zadovoljstvo bolesnika subjektivna procjena bolesnika njegove kognitivne i emocionalne reakcije kao rezultat interakcije između očekivanja i percepcije stvarne skrbi (53). Zadovoljstvo njegom ima sljedeće komponente: očekivanje, fizičko okruženje u bolnici, komunikaciju i informacije, sudjelovanje i uključenost, međuljudske odnose te kompetencije (51).

Medicinske sestre i medicinski tehničari provode najviše vremena uz bolesnike u stacionarnim zdravstvenim ustanovama. Kvaliteta zdravstvene njege jedan je od najvažnijih čimbenika zadovoljstva bolesnika ukupnom pruženom zdravstvenom skrbi (52). Time se jasno implicira kako nezadovoljstvo zdravstvenom njegom direktno umanjuje zadovoljstvo ukupnom kvalitetom skrbi i obrnuto, u slučaju zadovoljstva njegom povećava se zadovoljstvo ukupnom kvalitetom zdravstvene skrbi.

Također, zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege vrlo je bitan čimbenik u odlučivanju pojedinca o ustanovi njegova liječenja, ali i jedan od indikatora za ukupnu procjenu ustanove o kvaliteti pružene zdravstvene njege. Stoga je vrlo važno razumjeti čimbenike na temelju kojih bolesnici stvaraju svoju percepciju o kvaliteti zdravstvene njege. Kako je riječ o subjektivnoj procjeni, na nju mogu utjecati osobni čimbenici iz perspektive korisnika usluge, ali i mnogi osobni čimbenici iz perspektive pružatelja tih istih usluga.

Dosadašnja istraživanja pokazala su kako bolesnici izgrađuju svoju percepciju o kvaliteti zdravstvene njege, odnosno kako su njihova očekivanja od medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji ju pružaju temeljena na ljubaznosti, susretljivosti, sposobnosti brzoga rješavanja njihova trenutnog problema, kao i vještini izvođenja medicinskih postupaka, informiranja, dostupnosti te susretljivosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara (53 – 55).

No kako je riječ o subjektivnoj procjeni bolesnika, bez obzira na ranije navedena očekivanja, na njihovo zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege mogu utjecati dužina boravka u bolnici, prethodne hospitalizacije, stupanj obrazovanja, dob, spol i mjesto stanovanja bolesnika (51, 52, 54, 56, 57). Također se pokazalo kako postoji povezanost između zadovoljstva bolesnika njegom medicinskih sestara i zanimanja bolesnika, odjela prijema i težine bolesti (58, 59). Nadalje, mjesečni prihodi kućanstva, priroda pružene skrbi, očuvanje dostojanstva i privatnosti te emocionalna podrška i empatija bili su značajni čimbenici koji utječu na zadovoljstvo bolesnika njegom medicinskih sestara (60 – 67).

Međutim, postoje i čimbenici koji djeluju na procjenu kvalitete zdravstvene njege bolesnika koju donose medicinske sestre i medicinski tehničari, pa se tako pokazalo kako zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara, njihovo radno vrijeme (68 - 70), ali i radno okruženje može utjecati na percepciju zadovoljstva kvalitetom njege koju se pruža bolesnicima (71).

Postoji i treći čimbenik koji nije manje važan za napomenuti u ovome kontekstu, a riječ je o profesionalnome okruženju u kojima medicinske sestre i tehničari obavljaju svoj posao. Okruženje medicinske sestre sastoji se od skupa specifičnih ili apstraktnih karakteristika organizacije povezanih procesima i strukturama te organizacije, koje medicinske sestre smatraju olakšavajućim ili ograničavajućima za njihovu profesionalnu praksu (72 – 74). Okruženje medicinske sestre može biti jedan od najvažnijih čimbenika s najvećim utjecajem na ishode medicinske sestre, na percepciju kvalitete skrbi bolesnika, ali i na percepciju sigurnosti bolesnika (75). Također, profesionalno okruženje može utjecati na kvalitetu medicinske njege i produktivnost (76 – 80).

### **1.3. Zadovoljstvo poslom**

Zadovoljstvo poslom definirano je kao „ugodno ili pozitivno emocionalno stanje, koje je rezultat procjene vlastitih radnih iskustava“ (81). Zadovoljstvo poslom odražava se na opću kvalitetu života uključujući socijalne odnose, povezanost s obitelji i percipirani zdravstveni status, utječući na radne rezultate, izostanke s posla i fluktuaciju zaposlenika. Nezadovoljstvo poslom u nekim slučajevima može rezultirati ozbiljnim psihološkim stanjem poput sindroma sagorijevanja (81 – 83).

Zadovoljstvo poslom općenit je stav zaposlenika prema svome poslu na koji mogu utjecati različiti čimbenici kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara. S jedne strane su organizacijski čimbenici poput sigurnosti posla, radnog vremena, uvjeta rada, međuljudskih odnosa, organizacije posla i plaća, koji djeluju na umanjene ili povećanje zadovoljstva poslom, smjenskim radom, stečenim radnim iskustvom, nadzorom nadređenih, različitim povlasticama i mogućim nagradama aktivnosti na poslu, suradnicima, međuljudskim odnosima, potencijalnim napredovanjem pa sve do zadovoljstva komunikacijom (84 – 86). U današnje vrijeme jedan je od važnijih čimbenika zadovoljstva poslom i preopterećenost poslom, koja se javlja zbog nedostatka radne snage, kako u cijeloj Europi tako i u Republici

Hrvatskoj. Preopterećenost poslom dovodi do stresa i sindroma sagorijevanja na poslu koji potom dovode do smanjena zadovoljstva poslom (84, 87).

S druge strane su osobni čimbenici koji utječu na zadovoljstvo poslom poput dobi, ukupnih prihoda i stupnja obrazovanja (84, 88).

Važno je za napomenuti kako veće zadovoljstvo poslom poboljšava kvalitetu obavljenih zadataka i učinkovitost na radu, povećava aktivnost i produktivnost na poslu, poboljšava međuljudske odnose, ima utjecaj na bolju organizaciju posla i, što je vrlo bitno, smanjuje izostanke s posla zbog bolovanja (89 – 92). Dakle, veće zadovoljstvo poslom utječe na kvalitetu pružene zdravstvene njege medicinskih sestara i medicinskih tehničara (89, 94, 95). Premda zadovoljstvo poslom može povećati produktivnost, s druge strane zadovoljstvo/ nezadovoljstvo poslom može nastati i zbog same izvedbe (dobre ili loše) ili radne učinkovitosti tako da će produktivniji radnici biti zadovoljniji poslom, dok će oni neproduktivniji biti nezadovoljniji (91). Dobra produktivnost uzrokovana je prisutnošću intrinzičnih i ekstrinzičnih nagrada. Ako zaposlenik osjeća da je nagrada primljena pravedno, tada dolazi do povećanja zadovoljstva poslom (91). Dakle može se reći kako je zadovoljstvo poslom sestara i tehničara važan čimbenik u zdravstvenome sektoru jer su stavovi i ponašanje zaposlenika direktno povezani s kvalitetom usluge.

### **1.4. Organizacijska pravednost**

Organizacijska pravednost bila je tema koja je okupirala pisce i filozofe godinama. Međutim sustavna istraživanja na ovu temu nisu provedena do šezdesetih godina prošloga stoljeća (96).

Jedna od prvih ideja o organizacijskoj pravednosti izvedena je iz teorije jednakosti (97, 98). Prema ovoj teoriji zaposlenici uspoređuju omjere njihovih vlastitih percipiranih radnih ishoda s njihovim vlastitim percipiranim radnim ulozima s odgovarajućim omjerima njihovih kolega. U ovome kontekstu ulazi su se odnosili na vrijeme i trud, dok su se ishodi odnosili na nagrade poput promocije, plaće, priznanja, opreme ili drugih resursa vezanih uz posao koji pomažu zaposlenicima u obavljanju poslovnih zadataka ili održavanju cjelokupna blagostanja (99, 100).

U razvoju teorije organizacijske pravednosti, istraživači su identificirali tri glavna modela, uključujući dvofaktorski model (distribucijsku i proceduralnu pravednost), trofaktorski model (distribucijsku, proceduralnu i interakcijsku pravednost) i četverofaktorski model

(distribucijsku, proceduralnu, interpersonalnu i informacijsku pravednost). Međutim, većina postojećih istraživanja proučavala je organizacijsku pravednost koristeći trofaktorski ili četverofaktorski model (101 – 104). Organizacijska pravednost jest stupanj percepcije zaposlenika o tome koliko se u organizaciji s njime postupa pravedno (105, 106).

### **1.4.1. Distributivna pravednost**

Distributivna pravednost jest pravednost ishoda koje zaposlenik dobiva od svoje organizacije (106, 107). Ovdje se ne podrazumijevaju samo plaće zaposlenika, već se ova komponenta pravednosti odnosi na mnogo šire područje koje uključuje napredovanje na radnom mjestu, kvalitetu života na radnome mjestu, organizacijsku učinkovitost, status zaposlenika, ali i već spomenutu plaću koju zaposlenici dobivaju za svoj rad (100, 108). U distributivnoj pravednosti nije riječ o apsolutnoj visini dobitaka koje osoba dobiva od organizacije, nego jesu li ishodi pravedno raspodijeljeni (100). Kada se ishod percipira kao nepravedan, to može utjecati na emocionalne reakcije pojedinca (npr. bijes, sreća, ponos ili krivnja) i kogniciju (npr. kognitivno iskrivljavanje vlastitih dobitaka i ishoda ili dobitaka i ishoda kod drugih), kao i na njihovo ponašanje (npr. izvedbu i povlačenje) (101).

### **1.4.2. Proceduralna pravednost**

Proceduralna pravednost jest pravednost formalnih procedura, odnosi se na percepciju zaposlenika koliko je pravedan proces koji je korišten u donošenju određenih odluka (109), odnosno u kojoj mjeri oni koji su pogođeni odlukama percipiraju postupke donošenja odluka pravednima (106, 109). Konkretno, pravičnost postupaka treba zadovoljiti sljedeće kriterije: u kojoj mjeri potiskuju pristranost, stvaraju dosljedne raspodjele, oslanjaju se na točne informacije, mogu se ispraviti, predstavljaju brige svih primatelja te se temelje na vladajućim moralnim i etičkim standardima (110). U okviru organizacija, proceduralna pravda smatra se na temelju društvene razmjene i ima značajan utjecaj na kognitivne, afektivne i ponašajne reakcije zaposlenika prema organizaciji (101, 111). Proceduralna pravednost pozitivno utječe na radno angažiranje zaposlenika, dijeljenje znanja i inovativno radno ponašanje (98). Ona također olakšava zaposlenicima prihvaćanje promjene ciljeva organizacije te omogućuje lakše prilagođavanje zaposlenika različitim vanjskim pritiscima (101, 112).

### **1.4.3. Interakcijska pravednost**

Interakcijska pravednost odnosi se na procese komunikacije, poput uljudnosti, iskrenosti i poštovanja, između nadređenih i zaposlenika (109, 113). Navedena pravednost proizlazi iz ponašanja rukovoditelja prema svojim zaposlenicima, usredotočena je na međuljudsku

komunikaciju i ponašanje tijekom provedbe postupaka (114). Što se rukovoditelji više ponašaju s poštovanjem i ljubaznošću, bez predrasuda prema svakome zaposleniku te što više pokazuju da su svi zaposlenici vrijedni tijekom svoje komunikacije, to će češće biti percipirani pravednima (114, 115).

#### **1.4.4. Odnos organizacijske pravednosti i zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege**

Navedeni konstrukt nije istraživani u odnosu na zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege. Međutim u različitim istraživanjima njegove su se komponente pokazale povezanim sa zadovoljstvom poslom, kako kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara, tako i u drugim profesijama. Budući da se zadovoljstvo poslom sestara i tehničara pokazalo kako može utjecati na zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege bolesnika, moguće je i kako različite komponente organizacijske pravednosti upravo preko zadovoljstva poslom mogu utjecati na percepciju bolesnika o radu medicinskih sestara i medicinskih tehničara (106).

Istraživanja su pokazala kako su sestre i tehničari koji percipiraju kako se organizacija prema njima odnosi pravedno skloniji razvijanju i održavanju boljih odnosa s organizacijom (116). Također, pozitivnija percepcija proceduralne i interakcijske pravednosti preko radne angažiranosti djeluje na visoku kvalitetu pružene usluge (117). Navedena istraživanja nisu provedena na uzorku medicinskih sestara i tehničara, ali bi rezultati mogli biti vrlo bitni u profesiji kao što je sestринство (118) jer bi poboljšavanjem pružene usluge bolesnicima njihova percepcija o kvaliteti njege mogla biti veća. Uz navedeno, pokazalo se kako su sve tri dimenzije organizacijske pravednosti, pogotovo proceduralna pravednost, povezane s kvalitetom radnoga učinka kod sestara i tehničara (119). Mogućnost da medicinske sestre sudjeluju u donošenju odluka te pružanje mogućnosti autonomnog rada, kvalitetnija komunikacija, suradnja i otvorenost u odnosu s drugim zaposlenicima povećavaju zadovoljstvo poslom, poboljšavaju kvalitetu skrbi i olakšavaju zapošljavanje i zadržavanje osoblja (119, 120). U istraživanjima koja su se provodila na uzorcima sestara i tehničara pokazalo se kako su sve tri dimenzije organizacijske pravednosti povezane sa zadovoljstvom poslom: što je distributivna, proceduralna i interakcijska pravednost veća, veće je i zadovoljstvo poslom, dok su se samo distributivna i proceduralna komponenta pokazale značajnim prediktorima zadovoljstva poslom (106). S druge strane, u nekim istraživanjima nije se pokazalo kako su navedeni konstrukti u međusobnome odnosu (121).

### 1.5. Crte ličnosti

Svaka se osoba razlikuje od druge po stavovima, razmišljanjima, uvjerenjima te je jedinstvena po tome. Osobnost čini svaku osobu i njezino ponašanje i doživljava jedinstvenima (122). Tako crte ličnosti odražavaju osnovne dimenzije prema kojima se osobe razlikuju i svaki pojedinac se nalazi negdje na svakoj dimenziji, što znači da mogu imati nisku, srednju ili visoku razinu određene crte ličnosti (122). Odnosno nitko nema isključivo jednu crtu ličnosti, nego su one kombinacija svih crta, samo su neke manje izražene, a druge više (106). Osobine ličnosti su osobne karakteristike koje mogu utjecati na ponašanje, spoznaju i afekte, imajući sličnosti s konstruktom karakterističnih snaga ličnosti (123). Dijelom su crte ličnosti genetski određene, prema nekim procjenama između 40 % i 50 %, s varijacijom koja se može objasniti drugim čimbenicima, poput utjecaja kulture i okoline (124). Također, crte ličnosti su stabilne i malo promjenjive (125).

Tijekom povijesti bilo je više pokušaja taksonomije ljudske ličnosti da bi se došlo do danas dominantnoga petofaktorskog modela ličnosti (tzv. „Velikih pet“) koji su razvili McCrae i Costa, a koji opisuju pet crta ličnosti kao dio univerzalne ljudske prirode (126). Danas je ovaj oblik opisivanja ličnosti jedan od vodećih te je naširoko primjenjivan i potvrđen istraživanjima (127).

Model „Velikih pet“ čine sljedeće dimenzije ličnosti: ekstraverzija, neuroticizam, savjesnost, ugodnost i otvorenost za iskustva kao temeljne crte ličnosti (126).

#### 1.5.1. Ekstraverzija

Osobe s izraženom crtom ličnosti ekstroverzije obično traže društvene interakcije i uživaju u druženju s drugima. Njih se često opisuju kao energične, živahne i optimistične. U grupnim situacijama, ekstroverti obično puno govore te imaju visoku razinu društvene kompetencije (106, 127, 128, 129, 130). Ekstroverte, odnosno ljude koji postižu visoke rezultate na dimenziji ekstraverzije, karakteriziraju interpersonalne osobine poput socijabilnosti, topline i asertivnosti, ali i osobine temperamenta, poput aktivnosti, traženja uzbuđenja i pozitivne emocionalnosti (106, 128 – 130) te entuzijazma (106).

#### 1.5.2. Neuroticizam

Neuroticizam se odnosi na sklonost doživljavanja negativnih emocija umjesto emocionalne stabilnosti (106, 131). Za osobe koje postižu visoke rezultate na neuroticizmu čini se da češće imaju depresivna raspoloženja, više su ljutite, agresivne i ranjive (132, 133), za razliku od

osoba koje imaju niske rezultate na neuroticizmu i koje su mirne, opuštene i stabilne. Osobe koje postižu visoke rezultate na ljestvicama neuroticizma sklone su iracionalnim idejama, slabije mogu kontrolirati svoje impulse i imaju slabije kapacitete za prevladavanje stresnih situacija, dok su osobe s niskim rezultatima na ljestvicama neuroticizma emocionalno stabilne, staložene, relaksirane i u stanju da se suoče sa stresnim situacijama bez panične uznemirenosti (106, 132, 133).

### **1.5.3. Savjesnost**

Osobine savjesnosti podudaraju se s vještinom emocionalne regulacije i odgađanja zadovoljstva, pokazivanja samodiscipline, ispunjavanja obveza te postizanja uspjeha u različitim izazovima (134, 135). Neke od glavnih karakteristika uključuju visoku razinu samosvijesti, promišljene vještine donošenja odluka te zadržavanje fokusa na zadatku pri radu prema cilju. Savjesni ljudi mogu biti orijentirani na rutinu, a neki se mogu boriti s potrebom za kontrolom kako bi se osjećali sigurno. Takve su osobe obično ambiciozne i usmjerene na ciljeve u svome radu i akademskim nastojanjima, odnosno teže postignućima te obično uživaju u osjećaju zauzetosti i radu prema željenome rezultatu, pri čemu im ove aktivnosti često pružaju osjećaj ispunjenja, dok sebe smatraju kompetentnima (106, 127).

### **1.5.4. Ugodnost**

Ugodnost je tendencija osobe da bude ugodna, suosjećajna, kooperativna i prilagodljiva u socijalnim odnosima umjesto da bude neprijateljski raspoložena i sumnjičava (133). Karakteristike osoba koje postižu visoke rezultate na ljestvicama ugodnosti su: obzirnost, prijateljstvo, spremnost na pomaganje drugome. Ove osobe češće koriste pregovaranje za rješavanje sukoba te je vjerojatnije da će se povući iz socijalnih sukoba (128). Drugim riječima, prijateljski su nastrojene, brižne, tople i tolerantne (136). Nasuprot njima, osobe koje postižu niske rezultate na ljestvicama ugodnosti su agresivne, obično nastoje koristiti svoju agresivnost prilikom rješavanja sukoba, egocentrične su, nepovjerljive i nespremne na suradnju (137).

### **1.5.5. Otvorenost za iskustva**

Otvorenost se odražava u intelektualnoj znatiželji, otvorenosti uma, netradicionalnosti i kreativnosti te u preferenciji za neovisnošću, novitetom i različitošću (137, 138). Takve su osobe znatiželjne i cijene znanje, a rado prihvaćaju više mogućih rješenja za neki problem, ne bježe od novih ideja. Inovativnih su i liberalnih misli i mišljenja, sklone eksperimentiranju i nekonvencionalnim vrijednostima (134). Sam doživljaj emocija, kako negativnih, tako i



pozitivnih, kod ovih je osoba mnogo intenzivniji. Često dovode autoritet u pitanje, a spremno prihvaćaju nove etičke, socijalne i političke ideje, no nisu zbog toga nedisciplinirane, već naprotiv, i one se mogu dosljedno i odgovorno pridržavati usvojenoga sustava vrijednosti kao i tradicionalisti (139).

### **1.5.6. Odnos crta ličnosti i zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege**

Odnos crta ličnosti bolesnika i percepcije kvalitete zdravstvene njege nije istraživan ni u Republici Hrvatskoj ni u svijetu. Isto tako nije istraživan ni odnos crta ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara prema percepciji kvalitete zdravstvene njege kod bolesnika. Međutim, crte ličnosti imaju važnu ulogu u interpersonalnim odnosima (140), što je i u osnovi odnosa bolesnika i medicinske sestre, tako da je za očekivati kako će navedeni konstrukti imati doprinos percepciji bolesnika o kvaliteti zdravstvene njege. Osobe koje su savjesnije, ugodnije i emocionalno stabilnije (tj. manje neurotične) vjerojatnije će se bolje snalaziti u svojim poslovima koji uključuju interpersonalne relacije zbog dobrog povezivanja s drugim osobama u usporedbi s osobama kojima nedostaju te osobine. Također, ugodnije i emocionalno stabilnije osobe vjerojatnije će se bolje snaći u timskom radu u kojemu radnici moraju učinkovito komunicirati međusobno (106, 140). No takve medicinske sestre i medicinski tehničari koji imaju izraženiju ekstraverziju, pozitivne emocije, asertivnost, društvenost i savjesnost pristupaju svome radu s revnošću koja dovodi do osjećaja postignuća i zadovoljstva te oni koji su ugodni u interakcijama, rješavaju sukobe komunikacijom, izražavaju empatiju i pomažu drugima, osjećaju se ispunjenije i zadovoljnije na svome poslu (106). Već je ranije rečeno kako zadovoljstvo poslom može utjecati na zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom njegom, pa je moguće kako bi i crte ličnosti preko navedenoga konstrukta mogle utjecati na isto.

S druge strane, medicinske sestre i medicinski tehničari s izraženijim crtama ličnosti neuroticizma doživljavaju i stvaraju negativne interakcije s bolesnicima i kolegama što može rezultirati frustracijom, povećanim stresom i napetošću u profesionalnim odnosima, međuljudski odnosi mogu se doživljavati lošijima nego što oni to objektivno jesu, ali mogu doista i biti loši (106, 141). Također, s izraženijim crtama ličnosti ugodnosti, savjesnosti i ekstraverzije navedeni odnosi će se stvarati ili doživljavati puno boljima (106). Pokazalo se u prethodnim istraživanjima kako neuspjeh u razvoju učinkovitih međuljudskih odnosa, a ovdje se može reći i doživljavanje učinkovitih međuljudskih odnosa, s bolesnicima i drugim sudionicima u timu može negativno utjecati na pružanje kvalitetne njege bolesnicima (142, 143).

## **2. HIPOTEZA**

1. Zadovoljstvo poslom, percipirana organizacijska pravednost te ugodnost i neuroticizam kao crte ličnosti doprinosit će percepciji kvalitete zdravstvene njege iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara.
2. Zdravstveno stanje, dužina boravka, spol te neuroticizam, ekstraverzija i ugodnost kao crte ličnosti doprinosit će percepciji kvalitete zdravstvene njege iz perspektive bolesnika.

### **3. CILJEVI**

1. Ispitati razlike u razini zadovoljstva bolesnika pruženom zdravstvenom njegom s obzirom na njihova demografska obilježja, varijable vezane uz hospitalizaciju i njihovo zdravstveno stanje
2. Ispitati doprinos varijabli vezanih uz demografska obilježja, posao i crte ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara na razinu zadovoljstva bolesnika kao indikatora procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege
3. Ispitati doprinos varijabli vezanih uz demografska obilježja, zdravstveno stanje i crte ličnosti bolesnika na razinu zadovoljstva bolesnika kao indikatora procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege

### 4. ISPITANICI I METODE

#### 4.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao presječno istraživanje (engl. „cross sectional study“) (144).

#### 4.2. Ispitanici

Ispitanici u ovome istraživanju bile su medicinske sestre i medicinski tehničari svih stupnjeva obrazovanja (srednja stručna sprema, prvostupnici, visoka stručna sprema) i bolesnici hospitalizirani na odjelima koji su pristali na istraživanje. Istraživanje je provedeno u Općoj županijskoj bolnici Požega na Odjelu ginekologije i porodništva s rađaonicom, Odjelu psihijatrije, Odjelu neurologije, Službi za interne bolesti (Odjel za opću internu medicinu i endokrinologiju, Odjel za gastroenterologiju i nefrologiju, Odjel infektologije i dermatovenerologije, Odjel pulmologije, Odjel kardiologije) i Službi za kirurške bolesti (Odjel opće kirurgije i urologije, Odjel za traumatologiju i ortopediju, Odjel abdominalne kirurgije, Odjel otorinolaringologije i oftalmologije, Jedinica intenzivnoga liječenja). Studija je uključivala dvije grupe ispitanika: medicinske sestre i medicinske tehničare te bolesnike.

Istraživanje je provedeno na dvije razine:

- nulta razina – Upitnik zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (PSNCQQ) preveden je, primijenjen na uzorku hospitaliziranih bolesnika te je napravljena statistička obrada i validacija hrvatske verzije Upitnika zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege (PSNCQQ-Cro) (145);
- prva razina – istraživanje je provedeno na ispitanicima;
- druga razina – analizirani su prikupljeni podatci.

Istraživanje je provedeno u razdoblju od lipnja 2022. do veljače 2024. godine.

Sudionicima istraživanja bila je zajamčena anonimnost na način da su potpisani pristanak na kojemu je navedeno ime i prezime odmah odvajali u posebnu kuvertu. Istraživanje na medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima provodilo se grupno, no vodilo se računa da ispitanice i ispitanici budu dovoljno odvojeni jedni od drugih kako se ne bi ometali. Osobni podatci ispitanika (ime i prezime, OIB, adrese e-pošte, brojevi telefona) na upitnicima nisu se

prikupljali. Ispunjene upitnike ispitanici su odlagali u zasebnu kuvertu s ostalima, dok su pristanke na istraživanje odlagali u zasebnu kuvertu, također zajedno s ostalima kako bi se osigurala anonimnost ispitanika. Bolesnici su ispitivani prilikom otpusta iz bolnice. Ispitanici su dobili informacije kako u svakome trenutku mogu odustati od istraživanja, a ispitanici-bolesnici dobili su i informaciju da njihovo odbijanje da sudjeluju u istraživanju ni na koji način neće utjecati na daljnju skrb o njima. Dio testiranja i interpretacije rezultata upitnika NEO FFI provodio je klinički psiholog.

Za uočavanje srednjega efekta u razlici numeričkih varijabli između 5 nezavisnih skupina, uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,8, bila je minimalna potrebna veličina uzorka od 200 ispitanika. Za regresijsku analizu u skupini bolesnika minimalna potrebna veličina uzorka s 29 prediktora uz snagu testa od 0,8 bila je 184 ispitanika. Za uočavanje srednjega efekta ( $p_{H1}=0,3$ ) u povezanosti numeričkih varijabli, uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,8 minimalna potrebna veličina uzorka je 67 ispitanika. Za hijerarhijsku regresijsku analizu u skupini medicinskih sestara i medicinskih tehničara potrebna je minimalna veličina uzorka od 103 ispitanika sa 7 prediktora, uz snagu testa od 0,8 (146). Ako je uzorak dovoljno velik i adekvatno reprezentativan za populaciju koju se proučava, snaga testa od 0,8 smatra se prihvatljivom (147).

### 4.2.1. Bolesnici

Kriteriji za uključivanje bolesnika bili su:

- dobrovoljni pristanak na istraživanje,
- bolesnici stariji od 18 godina,
- bolesnici koji čitaju i razumiju hrvatski jezik,
- bolesnici koji su duže od 3 dana u bolnici (iz razloga što se na taj način upoznaju sa svim zaposlenicima u smjeni) (148),
- bolesnici kojima zdravstveno stanje, motorička i kognitivna sposobnost omogućavaju samostalno ispunjavanje upitnika.

Kriteriji za isključivanje bolesnika iz istraživanja bili su:

- bolesnici mlađi od 18 godina,
- bolesnici koji ne čitaju i ne razumiju hrvatski jezik,
- bolesnici koji su kraće od 3 dana u bolnici (148),

- bolesnici kojima je zdravstveno stanje lošije te motorička i kognitivna sposobnost ne omogućavaju samostalno ispunjavanje upitnika.

### 4.2.2. Medicinske sestre i medicinski tehničari

Kriteriji za uključivanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara u istraživanje bili su:

- medicinske sestre i medicinski tehničari zaposleni u bolničkim ustanovama i koji primjenjuju neposrednu zdravstvenu skrb za bolesnika,
- ispitanici koji čitaju i razumiju hrvatski jezik,
- dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju.

Kriteriji za isključivanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara iz istraživanja bili su:

- ispitanici koji nisu zaposleni u bolničkim ustanovama i u neposrednoj skrbi za bolesnika,
- ispitanici koji ne čitaju i ne razumiju hrvatski jezik.

### 4.3. Etička načela

Istraživanje je provedeno u skladu s važećom Helsinškom deklaracijom, Kodeksom medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske te Zakonom o zaštiti prava pacijenta Republike Hrvatske. Za provođenje istraživanja dobiveno je odobrenje etičkoga povjerenstva OŽB Požega, Ur. broj: 02-7/2-2/1-4-2022, odobreno 20. svibnja. 2022. i Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Osijeku Klasa: 602-04/23-08/03, Ur. broj: 2158-61-46-23-149, odobreno 30. listopada 2023.

### 4.4. Metode

U istraživanju su korišteni sljedeći instrumenti: Upitnik demografskih podataka za medicinske sestre / medicinske tehničare i Upitnik demografskih podataka za bolesnike, Skala percipirane organizacijske pravednosti (engl. „Perceived Organizational Justice Scale“), Skala zadovoljstva poslom (engl. „Index od Job Satisfaction“), NEO petofaktorski inventar (engl. „Neuroticism Extraversion Openness Five-Factor Inventory“) i Upitnik zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (engl. „Patient satisfaction with nursing care quality questionnaire“).

### 4.4.1. Upitnik demografskih podataka za medicinske sestre / medicinske tehničare

Upitnik s demografskim podacima konstruiran je za potrebe ovoga istraživanja, a sadržavao je podatke o dobi, spolu, bračnome stanju, mjestu stanovanja (urbana ili ruralna područja), odjelu unutar bolnice u kojoj je ispitanik zaposlen, stupnju obrazovanja, zaposleničkom statusu (statusu ugovora o radu), godinama staža, vlastitu procjenu zdravstvenoga stanja (na Likertovoj skali od 5 stupnjeva pri čemu 1 označava „jako loše“ dok 5 označava „odlično“) kao i učestalost bolovanja u protekloj godini (ispitanici su upisali koliko dana su prethodne godine bili na bolovanju). Upitnik je kreiran za potrebe istraživanja.

### 4.4.2. Upitnik s demografskim podacima za bolesnike

Upitnik je uključivao podatke o dobi, spolu, bračnome stanju, stupnju obrazovanja, mjestu stanovanja, odjelu na kojem su hospitalizirani, dužini hospitalizacije, načinu prijema (hitni, redoviti, premještaj iz druge ustanove i neki drugi načini prijema), broju hospitalizacija u bolnici u prethodne dvije godine, broju osoba u sobi tijekom liječenja, procjeni vlastitoga zdravstvenog stanja (na Likertovoj skali od 5 stupnjeva pri čemu 1 označava „jako loše“ dok 5 označava „odlično“) i zaposlenju. Upitnik je kreiran za potrebe istraživanja.

### 4.4.3. Skala percipirane organizacijske pravednosti

Skala percipirane organizacijske pravednosti (engl. „Perceived Organizational Justice Scale“) sastoji se od dvadeset čestica. Njome se mjeri doživljaj organizacijske pravednosti. Upitnik se sastoji od tri podljestvice kojima se ispituju tri dimenzije organizacijske pravednosti: proceduralna, distributivna i interakcijska pravednost (149, 150). Ispitanici odgovaraju na pitanja prema ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva gdje 1 označava „uopće se ne slažem“, a 5 „u potpunosti se slažem“. Od ukupno dvadeset čestica u upitniku, devet ih je namijenjeno mjerenju interakcijske pravednosti, četiri su čestice namijenjene mjerenju distributivne pravednosti, a sedam je čestica namijenjeno mjerenju proceduralne pravednosti. Rezultat se prikazuje kao suma čestica svake dimenzije pravednosti zasebno te se prikazuju odvojeno. Veći rezultat na svakoj podskali pokazuje veću percepciju pravednosti ispitanika. Na hrvatskome uzorku iz 2013. godine pouzdanost izražena Cronbachovim alfa koeficijentom iznosi  $\alpha = 0,88$  za podskalu distributivne,  $\alpha = 0,95$  za podskalu proceduralne, za podskalu informacijske  $\alpha = 0,92$  i  $\alpha = 0,93$  za podskalu interpersonalne pravednosti (151). Na ovome uzorku potvrđena je trofaktorska struktura te je pouzdanost izražena Cronbachovim alfa koeficijentom iznosi  $\alpha = 0,88$  za podskalu distributivne,  $\alpha = 0,95$  za podskalu proceduralne, a  $\alpha = 0,88$  za podskalu interakcijske.

### 4.4.4. Indeks zadovoljstva poslom

Indeks zadovoljstva poslom (engl. „Index of Job Satisfaction“) skala je od pet čestica koja se koristi kao mjera općeg zadovoljstva poslom (152). Skala mjeri generalni stav pojedinca prema poslu koji obavlja (npr. „Poprilično sam zadovoljan sadašnjim poslom“ ili „Uživam u svome poslu“). Ova je skala preporučena kao valjana i pouzdana mjera općega zadovoljstva poslom (153). Ispitanici daju procjenu u kolikoj se mjeri pojedina čestica odnosi na njih na ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva gdje 1 označava „uopće se ne slažem“, a 5 „potpuno se slažem“. Ukupni je rezultat suma rezultata svih pet čestica (od kojih se 3. i 5. boduju u suprotnome smjeru). Teorijski je raspon rezultata 5 – 25, a veći rezultat označava veće zadovoljstvo poslom ispitanika. Računanjem Cronbachovog alfa koeficijenta na hrvatskome reprezentativnom uzorku 2012. godine dobivena je slična pouzdanost od  $\alpha = 0,88$  (154), dok je 2020. iznosio  $\alpha = 0,85$  (155). Na ovome uzorku pouzdanost izražena Cronbachovim alfa koeficijentom iznosi  $\alpha = 0,83$ .

### 4.4.5. NEO petofaktorski inventar

Ovaj su upitnik razvili Costa i McCrae, a njime se mjeri pet dimenzija ličnosti. Nazvali su ga „NEO PI-R“ (engl. „Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory – Revised“). Upitnik se sastoji od 240 tvrdnji na koje se odgovara na ljestvici Likertova tipa u rasponu od 1 („potpuno netočno“) do 5 („potpuno točno“). Faktorskom analizom iz ovoga je instrumenta izdvojeno po 12 čestica s najvišim opterećenjem na pojedinačnome faktoru i tako je dobiven skraćeni oblik inventara nazvan NEO-FFI (engl. „Neuroticism Extraversion Openness Five-Factor Inventory“) koji se sastoji od 60 čestica (156). Namijenjen je ispitivanju pet velikih crta ličnosti: neuroticizma, ekstraverzije, otvorenosti za iskustva, savjesnosti i ugodnosti. Ispitanici čitaju tvrdnje i procjenjuju na ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva u kojoj se mjeri određena tvrdnja odnosi na njih (157). Pouzdanost inventara NEO-FFI izražena Cronbachovim alfa koeficijentom za podskalu Neuroticizma iznosi Cronbach  $\alpha = 0,84$ , Ekstraverzije Cronbach  $\alpha = 0,72$ , Otvorenosti za iskustva Cronbach  $\alpha = 0,58$ , Ugodnosti Cronbach  $\alpha = 0,66$  i Savjesnosti Cronbach  $\alpha = 0,80$  (154, 158). NEO petofaktorski inventar jest instrument koji je zaštićeno psihodijagnostičko sredstvo pa ga nije moguće priložiti.

### 4.4.6. Upitnik zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (PSNCQQ-Cro)

Upitnik zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (engl. „Patient satisfaction with nursing care quality questionnaire“) sastoji se od tri dijela i njime se mjeri zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (145, 159). Prvi dio upitnika sastoji se od 19 čestica koje se odnose na procjenu kvalitete zdravstvene njege. Ispitanici odgovaraju tako da



procjenjuju stupanj svoga slaganja s pojedinom tvrdnjom na skali Likertova tipa od 1 („izvršno“) do 5 („loše“). Prvi dio upitnika računa se kao suma svih odgovora, pri čemu veći rezultat označava i veću procjenu kvalitete zdravstvene njege iz perspektive ispitanika. Pouzdanost hrvatske verzije PSNCQQ upitnika izražena Cronbachovim alfa koeficijentom jest  $\alpha = 0,97$  (145).

Za validaciju za hrvatsko govorno područje i korištenje Upitnika zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege u disertaciji dobiveno je dopuštenje Sveučilišta Western iz Ontarija u Kanadi. Provedena je faktorska i konfirmativna analiza upitnika na uzorku bolesnika (0. faza istraživanja). Faktorska analiza potvrdila je jednofaktorsku strukturu upitnika. Uzorak bolesnika na kojemu je napravljena validacija nije bio dio uzorka na kojemu je provedeno istraživanje potrebno za izradu doktorske disertacije. PSNCQQ preveden je na hrvatski jezik i prilagođen kulturnim specifičnostima prema smjernicama za validaciju upitnika (160).

Drugi dio upitnika sastoji se od četiri pitanja koja se odnose na procjenu ukupne kvalitete usluge koju su ispitanici dobili tijekom hospitalizacije, procjenu ukupne kvalitete zdravstvene njege koju su ispitanici dobili tijekom hospitalizacije, procjenu svoga zdravstvenog stanja te odgovor na pitanje bi li preporučili zdravstvenu ustanovu svojim prijateljima i obitelji za daljnje liječenje. Na pitanja o kvaliteti zdravstvene usluge, kvalitete zdravstvene njege i procjene zdravstvenog stanja ispitanici odgovaraju tako da procjenjuju stupanj svog slaganja s pojedinom tvrdnjom na ljestvici Likertova tipa gdje od 1 („izvršno“) do 5 („loše“). Na pitanje o preporuci zdravstvene ustanove ispitanici odgovaraju tako da procjenjuju stupanj svoga slaganja s pojedinom tvrdnjom na ljestvici Likertova tipa od 1 („u potpunosti se slažem“) do 5 („u potpunosti se ne slažem“). Treći dio upitnika odnosi se na demografska pitanja (145, 159), koja su već uključena u demografski upitnik te on nije korišten u istraživanju.

### 4.5. Statističke metode

Za opis distribucije frekvencija istraživanih varijabli upotrijebljene su deskriptivne statističke metode, dob bolesnika kategorizirana je u deskriptivne svrhe i radi daljnje analize. Srednje vrijednosti dobi medicinskih sestara, medicinskih tehničara i bolesnika, dužine radnoga staža i dužine bolovanja medicinskih sestara i medicinskih tehničara, crta ličnosti (neuroticizma, ugodnosti, savjesnosti, otvorenosti za iskustva i ekstraverzije), percipirane organizacijske pravednosti (distributivne, proceduralne i interakcijske), ukupnoga rezultata kvalitete

zdravstvene njege, zadovoljstva poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara te razine slaganja s pojedinim tvrdnjama u Upitniku zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege izražene su medijanom i interkvartilnim rasponom.

Normalnost razdiobe provjerena je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Za izračunavanje povezanosti između varijabli korišteni su Spearmanovi koeficijenti korelacije. Za provjeru razlika u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege kod bolesnika između dvije nezavisne kategorije (spol, mjesto stanovanja) korišten je Mann-Whitneyjev test, dok je za provjeru razlika između više nezavisnih kategorija (dobi, stupnju obrazovanja, bračnome stanju, zaposlenju, dužini hospitalizacije, načinu prijema u zdravstvenu ustanovu i odjelu hospitalizacije) korišten Kruskal-Wallisov test uz post hoc Dunnettov test i Bonferroni korekciju (Bonferroni korekcija kontrolira ukupnu stopu pogreške tipa I kada se provodi više usporedbi).

Kod Skale percipirane organizacijske podrške i Indeksa zadovoljstva poslom rađena je analiza pouzdanosti upitnika korištenjem Cronbachovog koeficijenta. Bartlettov test sferičnosti i mjera adekvatnosti uzorka prema Kaiseru-Meyeru-Olkinu (KMO) korištena je za procjenu prikladnosti podataka za faktorsku analizu. Konstruktivna valjanost upitnika potvrđena je korištenjem eksploratorne faktorske analize.

Prije provjere prediktora kvalitete njege iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara, provedena je agregacija rezultata kvalitete zdravstvene njege prema odjelu hospitalizacije bolesnika / odjelu zaposlenja (medicinske sestre i medicinski tehničari). Agregacija je provedena jer postoje dva uzorka ispitanika koji nisu ispunili identične upitnike, te u tom slučaju nije bilo moguće provesti interferencijsku statistiku. Kod tako grupirane varijable u slučaju uobičajene regresije analize postoji mogućnost pogreške, jer je zavisna varijabla na grupnoj razini, a nezavisne su na individualnoj razini (161) te su korištene dodane težinske vrijednosti u Hijerarhijskoj regresijskoj analizi kojima se navedena pogreška umanjuje (HWLS – „Hierarchical Weighted Least Squares“) (162). Dodavanjem težinskih vrijednosti kod agregiranja podataka omogućuje se bolje prilagođavanje različitim karakteristikama uzorka ili populacije, što rezultira preciznijim, reprezentativnijim i pouzdanijim rezultatima analize. Korištenje težinskih vrijednosti može rezultirati stabilnijim procjenama parametara, smanjujući varijancu i poboljšavajući pouzdanost rezultata. Kao zavisna varijabla uzeta je kvaliteta zdravstvene njege prema odjelu hospitalizacije/zaposlenja, a kao nezavisne prediktorske varijable uključeni su demografski podatci (spol, dob, status

zaposlenja, stupanj obrazovanja, procjena zdravstvenoga stanja medicinskih sestara i medicinskih tehničara te dužina radnoga staža), crte ličnosti, zadovoljstvo poslom i organizacijska pravednost.

Za određivanje prediktora kvalitete zdravstvene njege iz perspektive bolesnika korištena je Hijerarhijska regresijska analiza. Hijerarhijska analiza provedena je u tri koraka. Kao zavisna varijabla uzeta je kvaliteta zdravstvene njege, a kao nezavisne prediktorske varijable u prvome koraku bili su demografski podatci bolesnika (dob, spol, bračno stanje, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja), u drugome koraku uključene su varijable koje se odnose na hospitalizaciju (dužina hospitalizacije, način prijema, broj hospitalizacija u bolnici u prethodne dvije godine, procjena vlastitoga zdravstvenog stanja i zaposlenje) te su u trećemu koraku uključene crte ličnosti bolesnika. Hijerarhijska analiza provedena je iz razloga kako bi se utvrdio doprinos pojedine skupine varijabli objašnjenju varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege. Testiranja matrice regresijskog modela uključivala su provjeru normalnosti, linearnosti, multikolinearnosti, homoskedastičnosti, nezavisnosti reziduala (odstupanja u modelu) i netipičnih točki.

Za obradu su korišteni programi G\*Power (verzija 3.1.9.7, Franz Faul, Sveučilište u Kielu, Njemačka) (146), statistički paket IBM SPSS Statistics for Windows (verzija 25, IBM Corp., Armonk, NY, SAD; 2017) (163) i JASP (verzija 0.17.2.1, Department of Psychological Methods, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands) (164).

## 5. REZULTATI

### 5.1. Obilježja bolesnika

U uzorku bolesnika bilo je prisutno više žena 111 (52,4 %) u odnosu na muškarce 101 (47,6 %), prema stupnju obrazovanja najviše ih je bilo sa završenom srednjom stručnom spremom, njih 126 (59,4 %), prema bračnome statusu 'u braku ili izvanbračnoj zajednici', njih 144 (67,9 %), u ruralnim područjima živjelo je njih 115 (54,2 %), te su svoje zdravstveno stanje procjenjivali su jako dobrim njih 79 (37,3 %). Medijan dobi bolesnika bio je 54,5 godina (interkvartilnoga raspona od 36 do 65 godina) (Tablica 5.1.).

Tablica 5.1. Sociodemografski podatci bolesnika

Sociodemografske varijable		N (%)
Spol	žensko	111 (52,4)
	muško	101 (47,6)
Stupanj obrazovanja	nezavršena OŠ	0
	OŠ	45 (21,2)
	SSS	126 (59,4)
	VŠS	14 (6,6)
	VSS	27 (12,7)
Bračno stanje	u braku / izvanbračnoj zajednici	144 (67,9)
	neudana/neoženjen	32 (15,1)
	razvedena/razveden	12 (5,7)
	udovica/udovac	24 (11,3)
Mjesto stanovanja	selo	115 (54,2)
	grad	97 (45,8)
Zdravstveno stanje prilikom prijema	jako loše	12 (5,7)
	loše	39 (18,4)
	dobro	100 (47,2)
	jako dobro	49 (23,1)
	odlično	12 (5,7)
		<b>Me (IQR)</b>
Dob	54,5 (36 – 65)	

Legenda: N – Broj ispitanika; % - Postotak; OŠ Osnovna škola; SSS – Srednja stručna sprema; VŠS – Viša stručna sprema; VSS – Visoka stručna sprema; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

Od ukupnoga broja ispitanih bolesnika najviše njih je bilo zaposleno, njih 133 (62,7 %) i procjenjivali su svoje financijsko stanje jako dobrim, njih 88 (41,5 %) (Tablica 5.2).

Tablica 5.2. Raspodjela zaposlenja i financijskog stanja bolesnika

Poslovne i financijske varijable		N (%)
Zaposlenje	zaposlen/a	133 (62,7)
	nezaposlen/a	21 (9,9)
	umirovljenik	47 (22,2)
	student/učenik	11 (5,2)
Financijsko stanje	jako loše	9 (4,2)
	loše	26 (12,3)
	dobro	83 (39,2)
	jako dobro	88 (41,5)
	odlično	6 (2,8)

Legenda: N – Broj ispitanika; % - Postotak

U dijelu upitnika koji se odnosio na hospitalizaciju najviše je bolesnika bilo naručeno na hospitalizaciju, njih 116 (54,7 %), u sobi su boravili s dvije i više osoba, njih 90 (42,5 %) i u bolnici su boravili prvi puta, njih 115 (54,2 %). Medijan dužine boravka bio je 6 dana (interkvartilnoga raspona od 3 do 9 dana) (Tablica 5.3.).

Tablica 5.3. Bolesnici prema varijablama koje se odnose na hospitalizaciju

Hospitalizacijske varijable		N (%)
Način prijema	preko hitnog prijema	82 (38,7)
	naručen sam na hospitalizaciju	116 (54,7)
	premještaj iz druge ustanove	5 (2,4)
	nešto drugo	9 (4,2)
Broj bolesnika u sobi	sam u sobi	42 (19,8)
	s jednom osobom	80 (37,7)
	s dvije i više osoba	90 (42,5)
Broj boravaka	samo jednom	115 (54,2)
	dva puta	53 (25)
	tri puta	23 (10,8)
	četiri puta	14 (6,6)
	više od četiri puta	7 (3,3)
		Me (IQR)
Dužina boravka u bolnici		6 (3 - 9)

Legenda: N – Broj ispitanika; % - Postotak; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

## 5.2. Obilježja medicinskih sestara i medicinskih tehničara

U uzorku medicinskih sestara i medicinskih tehničara bilo je prisutno više žena 94 (87 %) u odnosu na muškarce 14 (13 %), prema stupnju obrazovanja najviše ih je bilo sa završenom srednjom stručnom spremom, njih 73 (67,6 %), prema bračnome statusu 'u braku ili izvanbračnoj zajednici', njih 71 (65,7 %), živjelo je u urbanim područjima, njih 63 (58,3 %), zaposlenih, njih 133 (62,7 %), svoje zdravstveno stanje procjenjivali su dobrim, njih 71 (65,7 %) i svoje financijsko stanje dobrim, njih 74 (68,5 %). Medijan dobi medicinskih sestara i medicinskih tehničara bio je 39 godina (interkvartilnog raspona od 32 do 53 godina) (Tablica 5.4.).

Tablica 5.4. Socioemografski podatci medicinskih sestara / medicinskih tehničara

Sociodemografske varijable		N (%)
Spol	muško	94 (87)
	žensko	14 (13)
Stupanj obrazovanja	SSS	73 (67,6)
	VŠS	30 (27,8)
	VSS	5 (4,6)
Bračno stanje	u braku / izvanbračnoj zajednici	71 (65,7)
	nisu u braku	23 (21,3)
	razvedeni	14 (13)
	udovci/udovice	0
Mjesto stanovanja	selo	45 (41,7)
	grad	63 (58,3)
Zdravstveno stanje	jako loše	3 (2,8)
	loše	1 (0,9)
	dobro	71 (65,7)
	jako dobro	20 (18,5)
	odlično	13 (12)
Financijsko stanje	jako loše	0
	loše	8 (7,4)
	dobro	74 (68,5)
	jako dobro	19 (17,6)
	odlično	7 (6,5)
		<b>Me (IQR)</b>
Dob		39 (32 – 53)

Legenda: N – Broj ispitanika; % – Postotak; SSS – Srednja stručna sprema; VŠS – Viša stručna sprema; VSS – Visoka stručna sprema; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

U dijelu upitnika koji se odnosio na posao medicinskih sestara i medicinskih tehničara najviše ih je bilo zaposleno na neodređeno, njih 89 (82,4 %) i na odjelu neurologije, njih 11 (10,2 %). Medijan dužine radnog staža bio je 20 godina (interkvartilnoga raspona od 9,25 do 32,75 godina) (Tablica 5.5.).

Tablica 5.5. Medicinske sestre i medicinski tehničari prema poslovnim varijablama

Uposleničke varijable	N (%)	
Status zaposlenja	neodređeno	89 (82,4)
	određeno	19 (17,6)
Odjel zaposlenja	Psihijatrija	7 (6,5)
	Ginekologija	10 (9,3)
	Rodilište	8 (7,4)
	Interna I	6 (5,6)
	Interna II	7 (6,5)
	Trauma	8 (7,4)
	Opća kirurgija	7 (6,5)
	Abdominalna kirurgija	6 (5,6)
	ORL	8 (7,4)
	JIL	9 (8,3)
	Infektologija	7 (6,5)
	Pulmologija	6 (5,6)
	Neurologija	11 (10,2)
	Kardiologija	8 (7,4)
<b>Me (IQR)</b>		
Dužina radnoga staža	20 (9,25 – 32,75)	
Bolovanje u prethodnoj godini	0 (0 – 3)	

Legenda: N – Broj ispitanika; % - Postotak; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

### 5.3. Faktorska analiza Upitnika organizacijske pravednosti i Indeksa zadovoljstva poslom

#### 5.3.1 Faktorska analiza Upitnika organizacijske pravednosti

Koeficijenti unutarnje konzistencije za podljestvice upitnika organizacijske pravednosti pokazali su odličnu pouzdanost podljestvice proceduralna pravednost ( $\alpha = 0,950$ ) i dobru pouzdanost podljestvica distributivne ( $\alpha = 0,885$ ) i interakcijske pravednosti ( $\alpha = 0,855$ ).

Nadalje, utvrđeno je da je prosječna korelacija među stavkama od 0,525 za podljestvicu interakcijske pravednosti do 0,683 za podljestvicu proceduralne pravednosti, što ukazuje na visok stupanj dosljednosti među stavkama upitnika. Ovi rezultati dodatno podupiru pouzdanost instrumenta i njegovu sposobnost da učinkovito mjeri željenu konstrukciju (Tablica 5.6.).

Tablica 5.6. Koeficijent pouzdanosti i prosječna korelacija Skale percipirane organizacijske pravednosti

Skala percipirane organizacijske pravednosti		
Distributivna	$\alpha$	0,885
	$r_s$	0,661
Interakcijska	$\alpha$	0,885
	$r_s$	0,525
Proceduralna	$\alpha$	0,950
	$r_s$	0,683

Legenda:  $\alpha$  – Cronbachov  $\alpha$  koeficijent;  $r_s$  – Prosječne korelacije

Prije nastavka daljnje analize bilo je bitno potvrditi da su ispunjeni svi preduvjeti za provedbu faktorske analize. Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) mjera, koja procjenjuje primjerenost uzorkovanja za faktorsku analizu, dala je vrlo zadovoljavajuću vrijednost  $KMO = 0,865$ . To premašuje preporučeni prag od 0,5, što ukazuje da su podaci vrlo prikladni za faktorsku analizu. Dodatno, Bartlettov test sferičnosti bio je značajan ( $\chi^2(190) = 1784,691$ ;  $p < 0,001$ ), što sugerira da se korelacijska matrica značajno razlikuje od matrice identiteta. Ovaj ishod podržava prisutnost značajnih odnosa među varijablama, dodatno potvrđujući prikladnost podataka za faktorizaciju. Zajedno, ovi rezultati pružaju snažnu sigurnost da je korelacijska matrica prikladna za faktorsku analizu, osiguravajući valjanost i pouzdanost naknadnih ishoda faktorske analize (Tablica 5.7.).

Tablica 5.7. Rezultati KMO i Bartlettovog testa Skale percipirane organizacijske podrške

Kaiser-Meyer-Olkin test		0,865
Bartlettov Test sferičnosti	Približna vrijednost $\chi^2$	1784,691
	ss	0,190
	p	0,000

Legenda: ss – Stupnjevi slobode; p – Statistička značajnost



Provedena je eksplorativna faktorska analiza kako bi se identificirali zajednički čimbenici. Analiza je otkrila trofaktorsku strukturu upitnika, kojom je objašnjeno 69,31 % zajedničke varijance. Što se tiče opterećenja faktora pojedinačnih stavki, ono je bilo u rasponu od 0,655 do 0,928. Ovi nalazi pokazuju da su sve čestice imale zadovoljavajuće faktorsko opterećenje koje je premašilo prag od 0,30 (Tablica 5.8.).

Tablica 5.8. Faktorska opterećenja stavki upitnika Skale percipirane organizacijske pravednosti

	Komponente		
	1	2	3
U kojoj mjeri Vaša plaća i nagrade odražavaju trud koji ste uložili u posao	0,011	- 0,044	<b>0,897</b>
U kojoj mjeri su Vaša plaća i nagrade primjereni za posao koji ste obavili	0,044	- 0,052	<b>0,928</b>
U kojoj mjeri Vaša plaća i nagrade odražavaju Vaš doprinos organizaciji	- 0,039	0,066	<b>0,805</b>
U kojoj mjeri su Vaša plaća i nagrade opravdani s obzirom na Vaš učinak	0,027	0,003	<b>0,797</b>
U kojoj mjeri ste bili u mogućnosti izraziti vlastite stavove i osjećaje tijekom tih postupaka	- 0,063	<b>0,779</b>	0,089
U kojoj mjeri ste imali utjecaj na ishode do kojih se došlo putem tih postupaka	- 0,048	<b>0,842</b>	- 0,084
U kojoj mjeri su se ti postupci primjenjivali dosljedno	- 0,156	<b>0,785</b>	0,192
U kojoj mjeri su ti postupci bili nepristrani	- 0,057	<b>0,674</b>	0,188
U kojoj mjeri su se ti postupci temeljili na točnim informacijama	0,120	<b>0,655</b>	0,136
U kojoj mjeri ste mogli podnijeti žalbu na ishode tih postupaka	0,108	<b>0,757</b>	- 0,267
U kojoj mjeri su ti postupci bili u skladu s etičkim i moralnim standardima	0,127	<b>0,823</b>	- 0,115
U kojoj mjeri se Vama nadređena osoba ponašala uljudno prema Vama	<b>0,830</b>	- 0,038	- 0,006
U kojoj mjeri se Vama nadređena osoba ophodila prema Vama s dostojanstvom	<b>0,863</b>	0,053	0,086
U kojoj mjeri se Vama nadređena osoba ophodila prema Vama s poštovanjem	<b>0,855</b>	0,049	0,045
U kojoj mjeri se Vama nadređena osoba suzdržala od neumjesnih primjedbi ili komentara	<b>0,809</b>	0,027	0,083
U kojoj mjeri je Vama nadređena osoba bila iskrena prilikom komuniciranja s Vama	<b>0,894</b>	- 0,025	0,033
U kojoj mjeri Vam je Vama nadređena osoba temeljito objasnila postupke	<b>0,813</b>	- 0,007	0,005
U kojoj mjeri su objašnjenja Vama nadređene osobe o postupcima bila razumna	<b>0,890</b>	- 0,090	0,083
U kojoj mjeri Vas je Vama nadređena osoba pravovremeno upoznala s detaljima	<b>0,860</b>	0,026	- 0,082
U kojoj mjeri se činilo da Vama nadređena osoba prilagođava komunikaciju specifičnim potrebama pojedinaca	<b>0,785</b>	0,029	- 0,180
<i>Ukupno objašnjene varijance</i>			69,31%

Legenda: 1 – Prvi faktor; 2 – Drugi faktor; 3 – Treći faktor

### 5.3.1. Faktorska analiza Indeksa zadovoljstva poslom

Koeficijent unutarnje konzistencije za cijeli upitnik Indeksa zadovoljstva poslom pokazao je dobru pouzdanost ukupnoga rezultata po svim česticama ( $\alpha = 0,838$ ). Nadalje, utvrđeno je da je prosječna korelacija među stavkama 0,509, što ukazuje na visok stupanj dosljednosti među stavkama upitnika. Ovi rezultati dodatno podupiru pouzdanost instrumenta i njegovu sposobnost da učinkovito mjeri željenu konstrukciju (Tablica 5.9.).

Tablica 5.9. Koeficijent pouzdanosti i prosječna korelacija Indeksa zadovoljstva poslom

Indeks zadovoljstva poslom	
$\alpha$	0,838
$r_s$	0,509

Legenda:  $\alpha$  – Cronbachov  $\alpha$  koeficijent;  $r_s$  – Prosječne korelacije

Prije nastavka daljnje analize bilo je bitno potvrditi da su ispunjeni svi preduvjeti za provedbu faktorske analize. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mjera koja procjenjuje primjerenost uzorkovanja za faktorsku analizu dala je vrlo zadovoljavajuću vrijednost,  $KMO = 0,805$ . To premašuje preporučeni prag od 0,5, što ukazuje da su podaci vrlo prikladni za faktorsku analizu. Dodatno, Bartlettov test sferičnosti bio je značajan ( $\chi^2$  (ss = 10) = 207,781;  $p < 0,001$ ), što sugerira da se korelacijska matrica značajno razlikuje od matrice identiteta. Ovaj ishod podržava prisutnost značajnih odnosa među varijablama, dodatno potvrđujući prikladnost podataka za faktorizaciju. Zajedno, ovi rezultati pružaju snažnu sigurnost da je korelacijska matrica prikladna za faktorsku analizu, osiguravajući valjanost i pouzdanost naknadnih ishoda faktorske analize (Tablica 5.10.).

Tablica 5.10. Rezultati KMO i Bartlettovog testa Indeksa zadovoljstva poslom

Kaiser-Meyer-Olkin test		0,805
Bartlettov test sferičnosti	Približna vrijednost $\chi^2$	207,781
	ss	10
	P	<b>&lt; 0,001</b>

Legenda: ss – Stupnjevi slobode; p – Statistička značajnost

Provedena je eksplorativna faktorska analiza kako bi se identificirali zajednički čimbenici. Analiza je otkrila da je jednofaktorski upitnik objasnio 60,94 % zajedničke varijance. Što se tiče opterećenja faktora pojedinačnih stavki, ono je bilo u rasponu od 0,677 do 0,828. Ti nalazi pokazuju da su sve čestice imale zadovoljavajuće faktorsko opterećenje koje je premašilo prag od 0,30 (Tablica 5.11.).

Tablica 5.11. Faktorska opterećenja stavki u jednofaktorskom upitniku Indeksa zadovoljstva poslom

	Komponenta
	1
Prilično sam zadovoljan/zadovoljna sa sadašnjim poslom	0,828
Većinu vremena sam oduševljen/oduševljena svojim poslom	0,785
Svaki dan na poslu čini mi se beskrajno dug	0,677
Uživam u svom poslu	0,795
Moj mi je posao mrzak	0,811
Ukupno objašnjene varijance	60,94 %

#### 5.4. Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege

U dijelu upitnika koji se odnosi na zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege najniža razina slaganja bila je kod čestica „Kako ocijenite uljudnost, ljubaznost i poštovanje od strane medicinskih sestara i tehničara“  $Me = 5$  (interkvartilnoga raspona od 4 do 5) i „Kako brzo su Vam pomogle kada ste zatražili za pomoć“  $Me = 4,5$  (interkvartilnoga raspona od 4 do 5) (Tablica 5.12.).

Tablica 5.12. Raspodjela i deskriptivna statistika čestica upitnika zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege

	Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege					Me (IQR)
	N (%)					
	1	2	3	4	5	
1. Informacije koje ste dobili	2 (0,9)	21 (9,9)	42 (19,8)	69 (32,5)	78 (36,8)	4 (3-5)
2. Upute	4 (1,9)	15 (7,1)	38 (17,9)	63 (29,7)	92 (43,4)	4 (3-5)
3. Jednostavnost dobivanja informacija	5 (2,4)	15 (7,1)	37 (17,5)	62 (29,2)	93 (43,9)	4 (3-5)
4. Informacije koje su dale medicinske sestre	7 (3,3)	12 (5,7)	29 (13,7)	74 (34,9)	90 (42,5)	4 (4-5)
5. Informiranje obitelji	4 (1,9)	20 (9,4)	45 (21,2)	71 (33,5)	72 (34)	4 (3-5)
6. Uključivanje obitelji u njegu	6 (2,8)	23 (10,8)	50 (23,6)	74 (34,9)	59 (27,8)	4 (3-5)
7. Briga i njega medicinskih sestara	7 (3,3)	12 (5,7)	19 (9)	52 (24,5)	122 (57,5)	5 (4-5)
8. Usmjerenost medicinskih sestara na vaše stanje	6 (2,8)	16 (7,5)	29 (13,7)	62 (29,2)	99 (46,7)	4 (4-5)
9. Uvažavanje vašeg mišljenja	6 (2,8)	25 (11,8)	41 (19,3)	76 (35,8)	64 (30,2)	4 (3-5)
10. Razmatranje vaših potreba	8 (3,8)	13 (6,1)	30 (14,2)	76 (35,8)	85 (40,1)	4 (4-5)
11. Dnevna rutina medicinskih sestara	5 (2,4)	18 (8,5)	37 (17,5)	82 (38,7)	70 (33)	4 (3-5)
12. Davanje pomoći	4 (1,9)	14 (6,6)	26 (12,3)	65 (30,7)	103 (48,6)	4 (4-5)
13. Odgovor sestriinskog osoblja na vaše pozive	8 (3,8)	16 (7,5)	16 (7,5)	66 (31,1)	106 (50)	4,5 (4-5)
14. Vještina i kompetentnost medicinskih sestara	5 (2,4)	19 (9)	13 (6,1)	72 (34)	103 (48,6)	4 (4-5)
15. Koordinacija njege	6 (2,8)	14 (6,6)	21 (9,9)	66 (31,1)	105 (49,5)	4 (4-5)
16. Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara	7 (3,3)	23 (10,8)	33 (15,6)	67 (31,6)	82 (38,7)	4 (3-5)
17. Privatnost	6 (2,8)	16 (7,5)	37 (17,5)	62 (29,2)	91 (42,9)	4 (3-5)
18. Upute prilikom otpuštanja	10 (4,7)	12 (5,7)	32 (15,1)	75 (35,4)	83 (39,2)	4 (3-5)
19. Organizacija njege nakon otpusta	11 (5,2)	14 (6,6)	40 (18,9)	76(18,9)	71(33,5)	4 (3-5)

Legenda: N – Broj ispitanika; % - Postotak; 1 – U potpunosti se ne slažem; 2 – U potpunosti se slažem; 3 – Niti se slažem niti se ne slažem; 4 – slažem se; 5 – U potpunosti se ne slažem; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

Rezultati su pokazali kako u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege prema spolu bolesnika postoji značajna razlika u sljedećim aspektima zdravstvene njege: „Informacije koje ste dobili“ (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,007$ ), „Upute“ (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,007$ ), „Jednostavnost dobivanja informacija“ (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,014$ ), „Informacije koje su dale medicinske sestre“ (Mann-Whitneyjev test;  $p < 0,001$ ), „Informiranje obitelji“ (Mann-Whitneyjev test;  $p < 0,001$ ), „Usmjerenost medicinskih sestara na njihovo stanje“ (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,039$ ), „Uvažavanje vašeg mišljenja“ (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,039$ ), „Vještina i kompetentnost medicinskih sestara“ (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,018$ ), „Upute prilikom otpuštanja“ (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,012$ ) i „Organizacija njege nakon otpusta“ (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,006$ ). Sa svim navedenim aspektima zdravstvene njege značajno su zadovoljniji muškarci u odnosu na žene (Tablica 5.13.)

Tablica 5.13. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema spolu bolesnika

	Spol		p*
	muško	žensko	
Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege	Me (IQR)		
1. Informacije koje ste dobili	4 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,007</b>
2. Upute	5 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,004</b>
3. Jednostavnost dobivanja informacija	4 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,014</b>
4. Informacije koje su dale medicinske sestre	5 (4-5)	4 (3-5)	<b>&lt;0,001</b>
5. Informiranje obitelji	4 (4-5)	4 (3-4)	<b>&lt;0,001</b>
6. Uključivanje obitelji u njegu	4 (3-5)	4 (3-4)	0,204
7. Briga i njega medicinskih sestara	5 (4-5)	5 (4-5)	0,110
8. Usmjerenost medicinskih sestara na vaše stanje	5 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,039</b>
9. Uvažavanje vašeg mišljenja	4 (3-5)	4 (3-4)	<b>0,039</b>
10. Razmatranje vaših potreba	4 (4-5)	4 (3-5)	0,064
11. Dnevna rutina medicinskih sestara	4 (4-5)	4 (3-5)	0,065
12. Davanje pomoći	5 (4-5)	4 (4-5)	0,303
13. Odgovor sestrinskog osoblja na vaše pozive	5 (4-5)	4 (3-5)	0,118
14. Vještina i kompetentnost medicinskih sestara	5 (4-5)	4 (4-5)	<b>0,018</b>
15. Koordinacija njege	5 (4-5)	4 (3-5)	0,096
16. Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara	4 (3-5)	4 (3-5)	0,192
17. Privatnost	4 (4-5)	4 (3-5)	0,141
18. Upute prilikom otpuštanja	4 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,012</b>
19. Organizacija njege nakon otpusta	4 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,006</b>

Legenda: p – Statistička značajnost; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon; \* Mann-Whitneyjev test

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege prema stupnju obrazovanja bolesnika (Tablica 5.14.).

Tablica 5.14. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema stupnju obrazovanja bolesnika

	Stupanj obrazovanja				p*
	OŠ	SSS	VŠS	VSS	
Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege	Me (IQR)				
1. Informacije koje ste dobili	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	0,677
2. Upute	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	0,566
3. Jednostavnost dobivanja informacija	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (4-4)	5 (4-5)	0,352
4. Informacije koje su dale medicinske sestre	4 (4-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	5(4-5)	0,703
5. Informiranje obitelji	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	0,239
6. Uključivanje obitelji u njegu	4 (3-4)	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3,5-5)	0,051
7. Briga i njega medicinskih sestara	4 (4-5)	5 (4-5)	4,5 (4-5)	5 (4,5-5)	0,149
8. Usmjerenost medicinskih sestara na vaše stanje	4 (3-5)	4 (4-5)	4,5 (4-5)	5 (4-5)	0,105
9. Uvažavanje vašeg mišljenja	3 (3-5)	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (3-5)	0,233
10. Razmatranje vaših potreba	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	0,765
11. Dnevna rutina medicinskih sestara	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3,25-5)	4 (4-5)	0,589
12. Davanje pomoći	4 (3-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	4 (4-5)	0,065
13. Odgovor sestrinskog osoblja na vaše pozive	4 (3-5)	4,5 (4-5)	5 (4,25-5)	5 (4-5)	0,087
14. Vještina i kompetentnost medicinskih sestara	4 (3-5)	4 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,064
15. Koordinacija njege	4 (3-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,053
16. Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3,25-4,75)	5 (4-5)	0,086
17. Privatnost	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (4-5)	5 (4-5)	0,293
18. Upute prilikom otpuštanja	4 (3-5)	4 (3,25-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	0,202
19. Organizacija njege nakon otpusta	4 (3-4)	4 (3-5)	4,5 (4-5)	4 (4-5)	0,056

Legenda: OŠ – Osnovna škola; SSS – Srednja stručna sprema; VŠS – Viša stručna sprema; VSS – Visoka stručna sprema; p – Statistička značajnost; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon; \*Kruskal-Wallisov test

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u pojedinim aspektima zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege prema mjestu stanovanja bolesnika (Tablica 5.15.).

Tablica 5.15. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema mjestu stanovanja bolesnika

Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege	Mjesto stanovanja		p*
	grad	selo	
		Me (IQR)	
1. Informacije koje ste dobili	4 (3-5)	4 (3-5)	0,971
2. Upute	4 (3-5)	4 (3-5)	0,710
3. Jednostavnost dobivanja informacija	4 (3-5)	4 (3-5)	0,717
4. Informacije koje su dale medicinske sestre	4 (4-5)	4 (3-5)	0,400
5. Informiranje obitelji	4 (3-5)	4 (3-5)	0,944
6. Uključivanje obitelji u njegu	4 (3-4)	4 (3-5)	0,368
7. Briga i njega medicinskih sestara	5 (4-5)	5 (4-5)	0,687
8. Usmjerenost medicinskih sestara na vaše stanje	4 (4-5)	4 (4-5)	0,887
9. Uvažavanje vašeg mišljenja	4 (3-5)	4 (3-5)	0,647
10. Razmatranje vaših potreba	4 (4-5)	4 (4-5)	0,992
11. Dnevna rutina medicinskih sestara	4 (3-5)	4 (3-5)	0,967
12. Davanje pomoći	5 (4-5)	4 (4-5)	0,982
13. Odgovor sestrinskog osoblja na vaše pozive	4 (4-5)	5 (4-5)	0,236
14. Vještina i kompetentnost medicinskih sestara	4 (4-5)	4 (4-5)	0,791
15. Koordinacija njege	4 (4-5)	4 (4-5)	0,922
16. Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara	4 (3-5)	4 (3-5)	0,735
17. Privatnost	4 (3-5)	4 (3-5)	0,830
18. Upute prilikom otpuštanja	4 (3-5)	4 (4-5)	0,914
19. Organizacija njege nakon otpusta	4 (3-5)	4 (3-5)	0,373

Legenda: p – Statistička značajnost; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon; \* Mann-Whitneyjev test

U dijelu pitanja Upitnika zadovoljstvom kvalitetom zdravstvenom njegom pokazalo se kako prema bračnom statusu bolesnika postoji značajna razlika u zadovoljstvu sljedećim aspektima zdravstvene njege: „Uključivanje obitelji u njegu“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,034$ ), „Razmatranje vaših potreba“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,047$ ), „Odgovor sestrinskog osoblja na vaše pozive“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,029$ ) i „Upute prilikom otpuštanja“ međutim post hoc usporedbama pokazalo se kako nema značajnih razlika između uspoređivanih parova kod navedenih aspekata (Dunn-Bonferroni test;  $p > 0,05$ ). Kod aspekata „Informacije koje ste dobili“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,028$ ) i „Koordinacija njege“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,015$ ) značajno su zadovoljniji bolesnici koji su razvedeni u odnosu na one koji nisu u braku (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ). Kod aspekata „Briga i



njega medicinskih sestara“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,007$ ), „Davanje pomoći“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,007$ ), „Vještina i kompetentnost medicinskih sestara” (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,011$ ) i „Privatnost” (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,005$ ) značajno su zadovoljniji bolesnici koji su razvedeni u odnosu na one koji su udovci/udovice i koji nisu u braku (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ) te kod aspekta „Usmjerenost medicinskih sestara na vaše stanje” (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,006$ ) značajno su zadovoljniji bolesnici koji su razvedeni i koji su u bračnoj zajednici u odnosu na one koji su udovci/udovice (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ) (Tablica 5.16.).

Tablica 5.16. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema bračnom stanju bolesnika

Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege	Bračni status				p*
	u braku	nisu u braku	razvedeni	udovci/ice	
	N (%)				
1. Informacije koje ste dobili	4 (3-5)	3,5 (3 – 4,25)	5 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,028</b>
2. Upute	4 (4-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	3,5 (3-5)	0,061
3. Jednostavnost dobivanja informacija	4 (3,75-5)	4 (3-5)	5 (4,75-5)	4 (3-5)	0,068
4. Informacije koje su dale med. sestre	4 (4-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	4 (3-5)	0,137
5. Informiranje obitelji	4 (3-5)	3,5 (3-5)	5 (4-5)	3,5 (3-5)	0,078
6. Uključivanje obitelji u njegu	4 (3-5)	3,5 (3-4)	4 (2,75-5)	4 (2,75-5)	<b>0,034</b>
7. Briga i njega medicinskih sestara	5 (4-5)	4 (3-5)	5 (5-5)	4 (3-5)	<b>0,007</b>
8. Usmjerenost med. sestara na vaše stanje	4 (3-5)	4 (3-5)	5 (4,75-5)	4 (3-4,25)	<b>0,006</b>
9. Uvažavanje vašeg mišljenja	4 (3-5)	4 (3-4,25)	5 (3,75-5)	4 (3-4,25)	0,254
10. Razmatranje vaših potreba	4 (4-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,047</b>
11. Dnevna rutina medicinskih sestara	4 (4-5)	4 (3-4)	4,5 (4-5)	4 (3-5)	0,054
12. Davanje pomoći	4 (3-5)	4 (3-5)	5 (5-5)	4 (3-5)	<b>0,007</b>
13. Odgovor sestrinskog osoblja na vaše pozive	5 (4-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	4 (3-5)	<b>0,029</b>
14. Vještina i kompetentnost med. sestara	5 (4-5)	4 (3-5)	5 (5-5)	4 (3-5)	<b>0,011</b>
15. Koordinacija njege	5 (4-5)	4 (3-5)	5 (5-5)	4 (3,75-5)	<b>0,015</b>
16. Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara	4 (3,75-5)	4 (2,75-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	0,162
17. Privatnost	4 (4-5)	4 (3-5)	5 (4,75-5)	3,5 (3-5)	<b>0,005</b>
18. Upute prilikom otpuštanja	4 (4-5)	4 (3-4,25)	5 (4-5)	4 (3-4)	<b>0,009</b>
19. Organizacija njege nakon otpusta	4 (3-5)	4 (3-4,25)	4 (4-5)	4 (2-4,25)	0,138

Legenda: p – Statistička značajnost; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon; \* Kruskal-Wallisov test

U dijelu pitanja Upitnika zadovoljstvom kvalitete zdravstvene njege pokazalo se kako prema zaposlenju bolesnika postoji značajna razlika u zadovoljstvu sljedećim aspektima zdravstvene njege: „Informacije koje ste dobili“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,018$ ), „Upute“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,001$ ) i „Odgovor sestričkog osoblja na vaše pozive“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,001$ ). Navedenim aspektima zdravstvene njege značajno su zadovoljniji bolesnici koji su zaposleni i koji su studenti u odnosu na umirovljenike (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ). Značajna razlika postoji i u sljedećim aspektima: „Jednostavnost dobivanja informacija“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,001$ ), „Informacije koje su dale medicinske sestre“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,006$ ), „Informiranje obitelji“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,003$ ), „Vještina i kompetentnost medicinskih sestara“ (Kruskal-Wallisov test;  $p < 0,001$ ) i „Organizacija njege nakon otpusta“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,002$ ). Navedenim aspektima zdravstvene njege su značajno zadovoljniji bolesnici koji su zaposleni i nezaposleni u odnosu na umirovljenike (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ). Također postoji razlika u aspektima „Briga i njega medicinskih sestara“ (Kruskal-Wallisov test;  $p < 0,001$ ), „Usmjerenost medicinskih sestara na vaše stanje“ (Kruskal-Wallisov test;  $p < 0,001$ ), „Uvažavanje vašeg mišljenja“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,003$ ), „Razmatranje vaših potreba“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,018$ ), „Dnevna rutina medicinskih sestara“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,007$ ), „Davanje pomoći“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,006$ ), „Koordinacija njege“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,001$ ), „Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,037$ ), „Privatnost“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,001$ ) i „Upute prilikom otpuštanja“ (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,001$ ), pri čemu su navedenim aspektima zdravstvene njege značajno zadovoljniji bolesnici koji su zaposleni u odnosu na umirovljenike (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ) (Tablica 5.17.).

Tablica 5.17. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege prema radnom statusu bolesnika

Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege	Radni status				p*
	zaposleni	nezaposleni	umirovljenici	studenti/učenici	
1. Informacije koje ste dobili	4 (4-5)	4 (3-5)	4 (3-4)	4 (4-5)	<b>0,018</b>
2. Upute	4 (4-5)	4 (4-5)	3 (3-4)	5 (4-5)	<b>0,001</b>
3. Jednostavnost dobivanja informacija	4 (4-5)	5 (4-5)	3 (3-4)	4 (4-5)	<b>0,001</b>
4. Informacije koje su dale medicinske sestre	4 (4-5)	5 (4-5)	4 (3-4)	4 (4-5)	<b>0,006</b>
5. Informiranje obitelji	4 (4-5)	4 (3-5)	3 (3-4)	3 (3-5)	<b>0,003</b>
6. Uključivanje obitelji u njegu	4 (3-5)	4 (3-4)	3 (3-4)	4 (3-5)	0,059
7. Briga i njega medicinskih sestara	5 (4-5)	5 (4-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	<b>&lt;0,001</b>
8. Usmjerenost medicinskih sestara na vaše stanje	5 (4-5)	5 (4-5)	4 (3-4)	4 (3,5-5)	<b>&lt;0,001</b>
9. Uvažavanje vašeg mišljenja	4 (3-5)	4 (3-4)	3 (3-4)	4 (2,5-5)	<b>0,003</b>
10. Razmatranje vaših potreba	4 (4-5)	4 (4-5)	4 (3-4)	4 (4-5)	<b>0,018</b>
11. Dnevna rutina medicinskih sestara	4 (4-5)	4 (3-5)	4 (3-4)	4 (3-4)	<b>0,007</b>
12. Davanje pomoći	5 (4-5)	4 (4-5)	4 (3-5)	4 (4-5)	<b>0,006</b>
13. Odgovor sestrinskog osoblja na vaše pozive	5 (4-5)	5 (4-5)	4 (3-5)	5 (4,5-5)	<b>0,001</b>
14. Vještina i kompetentnost medicinskih sestara	5 (4-5)	5 (4-5)	4 (3-4,5)	4 (4-5)	<b>&lt;0,001</b>
15. Koordinacija njege	5 (4-5)	5 (4-5)	4 (3-4,5)	5 (4-5)	<b>0,001</b>
16. Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-4)	4 (4-5)	<b>0,037</b>
17. Privatnost	4 (4-5)	4 (4-5)	3 (3-4)	5 (4-5)	<b>0,001</b>
18. Upute prilikom otpuštanja	4 (4-5)	4 (3-5)	4 (3-4)	5 (3,5-5)	<b>0,001</b>
19. Organizacija njege nakon otpusta	4 (4-5)	4 (3-5)	4 (3-4)	4 (3,5-5)	<b>0,002</b>

Legenda: p – Statistička značajnost; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon; \* Kruskal-Wallisov test

U dijelu pitanja Upitnika zadovoljstvom kvalitetom zdravstvene njege pokazalo se kako su dob bolesnika i dužina hospitalizacije negativno povezani, dok je samoprocjena zdravstvenog stanja prilikom prijema pozitivno povezana sa svim aspektima zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege (Spearmanove korelacije;  $p < 0,05$ ). Samoprocjena financijskog statusa pozitivno je povezana sa sljedećim aspektima zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege: „Davanje pomoći“, „Odgovor sestrinskog osoblja na vaše pozive“, „Odgovor sestrinskog osoblja na vaše pozive“, „Vještina i kompetentnost medicinskih sestara“, „Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara“, „Privatnost“, „Upute prilikom otpuštanja“ (Spearmanove korelacije;  $p < 0,05$ ) (Tablica 5.18.).

Tablica 5.18. Povezanost čestica Upitnika zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege s dobi, financijskim i zdravstvenim stanjem bolesnika i dužinom hospitalizacije

Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege		dob	zdr. stanje	dužina hospit.
1. Informacije koje ste dobili	$\rho$	-0,158	0,238	-0,166
	$p^*$	<b>0,022</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,016</b>
2. Upute	$\rho$	-0,283	0,279	-0,225
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>
3. Jednostavnost dobivanja informacija	$\rho$	-0,237	0,326	-0,183
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>
4. Informacije koje su dale medicinske sestre	$\rho$	-0,199	0,238	-0,171
	$p^*$	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,013</b>
5. Informiranje obitelji	$\rho$	-0,275	0,317	-0,191
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,005</b>
6. Uključivanje obitelji u njegu	$\rho$	-0,179	0,308	-0,196
	$p^*$	<b>0,009</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>
7. Briga i njega medicinskih sestara	$\rho$	-0,281	0,337	-0,150
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,029</b>
8. Usmjerenost medicinskih sestara na vaše stanje	$\rho$	-0,280	0,320	-0,208
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>
9. Uvažavanje vašeg mišljenja	$\rho$	-0,229	0,343	-0,250
	$p^*$	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
10. Razmatranje vaših potreba	$\rho$	-0,194	0,284	-0,215
	$p^*$	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>
11. Dnevna rutina medicinskih sestara	$\rho$	-0,149	0,291	-0,202
	$p^*$	<b>0,030</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>
12. Davanje pomoći	$\rho$	-0,243	0,305	-0,218
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>
13. Odgovor sestriinskog osoblja na vaše pozive	$\rho$	-0,258	0,266	-0,180
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,009</b>
14. Vještina i kompetentnost medicinskih sestara	$\rho$	-0,206	0,290	-0,196
	$p^*$	<b>0,003</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>
15. Koordinacija njege	$\rho$	-0,197	0,259	-0,198
	$p^*$	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>
16. Mirna atmosfera osigurana od strane medicinskih sestara	$\rho$	-0,172	0,302	-0,232
	$p^*$	<b>0,012</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>
17. Privatnost	$\rho$	-0,246	0,294	-0,238
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
18. Upute prilikom otpuštanja	$\rho$	-0,268	0,307	-0,255
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
19. Organizacija njege nakon otpusta	$\rho$	-0,247	0,242	-0,191
	$p^*$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,005</b>

Legenda:  $\rho$  – Spearmanov koeficijent korelacije;  $p$  - Statistička značajnost; \* Spearmanove korelacije

Pokazalo se kako je medijan ukupnog zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege 79,5 (intervartilnog raspona od 69 do 90) (Tablica 5.19.).

Tablica 5.19. Deskriptivna statistika ukupnog rezultata zadovoljstva kvalitetom njege bolesnika

	Me (IQR)
Zadovoljstvo kvalitetom njege kod bolesnika	79,5 (69 – 90)

Legenda: Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

### 5.5. Crte ličnosti bolesnika

U dijelu upitnika koji se odnosi na crte ličnosti bolesnika najviše izražena crta ličnosti bila je savjesnost, Me = 33 (interkvartilnoga raspona od 28 do 38), dok je najniža izražena bila neuroticizam, Me = 22 (interkvartilnoga raspona od 17 do 28) (Tablica 5.20.).

Tablica 5.20. Deskriptivna statistika crta ličnosti bolesnika

	Me (IQR)
Neuroticizam	22 (17 – 28)
Ekstraverzija	28 (23 – 31,75)
Otvorenost	23 (20 – 27)
Ugodnost	29 (25 – 33)
Savjesnost	33 (28 – 38)

Legenda: Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

### 5.6. Crte ličnosti, zadovoljstvo poslom i organizacijska pravednost medicinskih sestara i medicinskih tehničara

U dijelu upitnika koji se odnosi na organizacijsku podršku, zadovoljstvo poslom i crte ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara medijan zadovoljstva poslom iznosio je 19,5 (interkvartilnoga raspona od 16 do 21), dok je najviše izražena crta ličnosti bila savjesnost, Me = 36 (interkvartilnoga raspona od 33 do 39), dok je najniža izražena bila neuroticizam, Me = 21 (interkvartilnoga raspona od 16,25 do 27) (Tablica 5.21.).

Tablica 5.21. Deskriptivna statistika organizacijske podrške, zadovoljstva poslom i crta ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara

	Me (IQR)
Zadovoljstvo poslom	19,5 (16 – 21)
Distributivna pravednost	12 (10 – 15)
Interakcijska pravednost	34 (26 – 40,75)
Proceduralna pravednost	19 (14 – 22)
Neuroticizam	21 (16,25 – 27)
Ekstraverzija	28 (24 – 32)
Otvorenost	22 (19 – 25)
Ugodnost	30 (26 – 33)
Savjesnost	36 (33 – 39)

Legenda: Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

## 5.7. Razlike u kvaliteti zdravstvene njege bolesnika

### 5.7.1. Razlike u kvaliteti zdravstvene njege bolesnika prema sociodemografskim varijablama

Rezultati su pokazali kako su hospitalizirani muškarci bili značajno zadovoljniji kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na žene (Mann-Whitneyjev test;  $p = 0,009$ ). Značajna razlika postoji i s obzirom na dob ispitanika (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,001$ ), ispitanici u dobi od 71 godinu i stariji značajno su manje zadovoljni kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na ispitanike u dobi od 18 do 30 godina, 31 do 40 godina, 41 do 50 godina te od 51 do 60 godina (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ). Značajna razlika postoji s obzirom na bračno stanje bolesnika (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,013$ ). Post hoc usporedbe pokazale su kako nema značajnih razlika između ispitivanih parova (Dunn-Bonferroni test;  $p > 0,05$ ). Značajna razlika postoji i prema zaposlenju bolesnika (Kruskal-Wallisov test;  $p < 0,001$ ), bolesnici koji su zaposleni značajno su zadovoljniji kvalitetom njege u odnosu na one koji su u mirovini (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ). Značajna razlika postoji i prema samoprocjeni zdravstvenoga stanja bolesnika (Kruskal-Wallisov test;  $p < 0,001$ ); značajno su zadovoljniji kvalitetom njege bolesnici koji svoje zdravstveno stanje procjenjuju jako dobrim i odličnim u odnosu na one koji ga procjenjuju jako lošim i lošim (Dunn-Bonferroni test;  $p < 0,05$ ) (Tablica 5.22.).

Tablica 5.22. Razlike u zadovoljstvu bolesnika kvalitetom zdravstvene njege prema sociodemografskim varijablama

		Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege	
		Me (IQR)	p
Spol	muško	83 (72,5 – 90,5)	<b>0,009*</b>
	žensko	75 (65 – 89)	
Dob	18 – 30	81 (73 – 91,5)	<b>0,001†</b>
	31 – 40	84 (73,75 – 89,25)	
	41 – 50	84,5 (65,75 – 92,25)	
	51 – 60	80 (74 – 90)	
	61 – 70	75,5 (67 – 91)	
	71 i stariji	68 (54,25 – 77)	
Stupanj obrazovanja	OŠ	74 (61 – 85)	0,095†
	SSS	80 (69 – 90)	
	VŠS	80,5 (74,25 – 90,25)	
	VSS	83 (75 – 93,5)	
Bračno stanje	u braku / izvanbračnoj zajednici	81 (71 – 90)	<b>0,013†</b>
	neudana/neoženjen	73,5 (58,5 – 89,25)	
	razvedena/razveden	87,5 (83 – 92)	
	udovica/udovac	72 (60,75 – 79,5)	
Mjesto stanovanja	selo	79 (69,5 – 90)	0,671*
	grad	80 (68 – 91)	
Zaposlenje	zaposlen/a	83 (73 – 91)	<b>&lt;0,001†</b>
	nezaposlen/a	81 (69 – 91)	
	umirovljenik	71 (58 – 77,5)	
	student/učenik	81 (73,5 – 88)	
Zdravstveno stanje prilikom prijema	jako loše	57,5 (38 – 76,5)	<b>&lt;0,001†</b>
	loše	72 (62 – 83,5)	
	dobro	80 (69,75 – 88)	
	jako dobro	86 (74 – 95)	
	odlično	90,5 (81,25 – 93)	
Financijsko stanje	jako loše	78 (61 – 81)	0,157†
	loše	71,5 (57 – 83,5)	
	dobro	80 (71 – 90)	
	jako dobro	81 (71 – 90,25)	
	odlično	85 (73,25 – 92,5)	

Legenda: Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon; p – Statistička značajnost; \* Mann-Whitneyjev test; † Kruskal-Wallisov test

**5.7.2. Razlike u kvaliteti zdravstvene njege bolesnika prema varijablama koje se odnose na hospitalizaciju**

U dijelu ispitivanja razlika u zadovoljstvu bolesnika kvalitetom zdravstvene njege pokazalo se kako postoji značajna razlika u zadovoljstvu njegom prema načinu prijema u bolnicu (Kruskal-Wallisov test;  $p = 0,012$ ); značajno su zadovoljniji njegom bolesnici koji su naručeni u odnosu na one koji su hitno primljeni na hospitalizaciju (Dunn test;  $p < 0,05$ ). Značajna razlika postoji i prema broju bolesnika u sobi (Kruskal-Wallisov test;  $p < 0,001$ ); značajno su zadovoljniji njegom oni koji su bili sami ili s još jednom osobom u odnosu na one koji su bili s dvije ili više osoba u sobi (Dunn test;  $p < 0,05$ ). Također se pokazalo kako postoji značajna razlika u zadovoljstvu prema dosadašnjem broju boravaka u bolnici (Kruskal-Wallisov test;  $p < 0,001$ ), no post hoc usporedbe su pokazale kako nema značajnih razlika između ispitivanih parova (Dunn;  $p > 0,05$ ) (Tablica 5.23.).



Tablica 5.23. Razlike u kvaliteti zdravstvene njege prema varijablama koje se odnose na hospitalizaciju u skupini bolesnika

		Me (IQR)	p*
Način prijema	preko hitnog prijema	75,5 (63 – 86,75)	<b>0,012</b>
	naručen sam na hospitalizaciju	81,5 (73 – 91)	
	premještaj iz druge ustanove	73 (67 – 88)	
	nešto drugo	79 (39 – 86)	
Broj bolesnika u sobi	sam u sobi	86 (75 – 90,75)	<b>&lt;0,001</b>
	s jednom osobom	83,5 (71,25 – 92,25)	
	s dvije i više osoba	74,5 (64,25 – 84)	
Broj boravaka	samo jednom	81 (72 – 90,5)	<b>0,021</b>
	dva puta	80 (70 – 92)	
	tri puta	76 (65,5 – 88)	
	četiri puta	70 (50,25 – 79,5)	
	više od četiri puta	67 (48 – 77)	
Odjel hospitalizacije	Psihijatrija	79 (56 – 87)	0,091
	Ginekologija	82 (72 – 95)	
	Rodilište	86 (77,25 – 94,5)	
	Interna I	69 (64,5 – 80,5)	
	Interna II	70 (54 – 77)	
	Trauma	77 (60 – 92)	
	Opća kirurgija	77 (59,5 – 88)	
	Abdominalna kirurgija	74 (65 – 90)	
	ORL	86 (74,5 – 95)	
	JIL	80,5 (60,5 – 90,25)	
	Infektologija	87,5 (78,75 – 94,25)	
	Pulmologija	83 (73,25 – 90,25)	
	Neurologija	75 (45,75 – 85,25)	
	Kardiologija	88 (74,25 – 94,25)	

Legenda: Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon; p – Statistička značajnost; \* Kruskal-Wallisov test

## 5.8. Uloga sociodemografskih, bolničkih i osobnih prediktora u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika

### 5.8.1 Potencijalni sociodemografski čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

Linearnom regresijom uočavamo da na zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege značajan utjecaj ima spol bolesnika ( $p = 0,004$ ), visoka stručna sprema u odnosu na referentnu varijablu završene osnovne škole ( $p = 0,022$ ), bračno stanje 'udovci/udovice' ( $p = 0,040$ ) i 'neudani/neoženjeni' ( $p = 0,022$ ) u odnosu na one koji su 'u braku', umirovljenički status ( $p < 0,001$ ) u odnosu na zaposlene te zdravstveno stanje ( $p < 0,001$ ) i dob bolesnika ( $p < 0,001$ ) (Tablica 5.24.).

Tablica 5.24. Potencijalni sociodemografski čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

		$\beta$	t	p
Spol	žensko			
	muško	-0,195	-2,884	<b>0,004</b>
Stupanj obrazovanja	OŠ			
	SSS	0,132	1,556	0,121
	VŠS	0,108	1,424	0,156
	VSS	0,187	2,311	<b>0,022</b>
Bračno stanje	u braku / izvanbračna zajednica			
	neudana/neoženjen	-0,159	-2,305	<b>0,022</b>
	razvedena/razveden	0,072	1,048	0,296
	udovica/udovac	-0,143	-2,071	<b>0,040</b>
Mjesto stanovanja	selo			
	grad	0,033	0,480	0,632
Zaposlenje	zaposlen/zaposlena			
	nezaposlen/nezaposlena	-0,023	-0,343	0,732
	umirovljenik	-0,277	-4,055	<b>&lt;0,001</b>
	student/učenik	0,005	0,078	0,938
Zdravstveno stanje prilikom prijema		0,353	5,476	<b>&lt;0,001</b>
Financijsko stanje		0,131	1,911	0,057
Dob		-0,267	-4,015	<b>&lt;0,001</b>

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost

### 5.8.2. Potencijalni bolnički čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

Kako bi se utvrdio utjecaj varijabli koje se odnose na posao na zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege korištena je Linearna regresijska analiza te se pokazalo kako značajan utjecaj ima narudžba na hospitalizaciju kao način prijema u bolnicu ( $p = 0,001$ ) u odnosu na referentnu varijablu hitnoga prijema, boravak u sobi s dvije ili više osoba ( $p < 0,001$ ) u odnosu na boravak samog bolesnika u sobi te broj prethodnih boravaka u bolnici ( $p = 0,001$ ) i dužina boravka u bolnici ( $p < 0,001$ ) (Tablica 5.25.).

Tablica 5.25. Potencijalni bolnički čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

		$\beta$	t	p
Način prijema	preko hitnog prijema			
	naručen sam na hospitalizaciju	0,232	3,323	<b>0,001</b>
	premještaj iz druge ustanove	-0,036	-0,535	0,593
	nešto drugo	-0,073	-1,060	0,290
Broj bolesnika u sobi	sam u sobi			
	s jednom osobom	-0,085	-0,952	0,342
	s dvije i više osoba	-0,333	-3,732	<b>&lt;0,001</b>
Broj boravaka		-0,236	-3,521	<b>0,001</b>
Dužina boravka u bolnici		-0,247	-3,697	<b>&lt;0,001</b>

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t - Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost

### 5.8.3. Potencijalni osobni čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

Kako bi se utvrdio utjecaj crta ličnosti na zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege korištena je Linearna regresijska analiza te se pokazalo kako značajan utjecaj ima svih pet crta ličnosti – neuroticizam ( $p < 0,001$ ), ekstraverzija ( $p < 0,001$ ), otvorenost za iskustva ( $p = 0,008$ ), ugodnost ( $p < 0,001$ ) i savjesnost ( $p < 0,001$ ) (Tablica 5.26.).

Tablica 5.26. Potencijalni osobni čimbenici u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

	$\beta$	t	p
Neuroticizam	-0,433	-3,970	<b>&lt;0,001</b>
Ekstraverzija	0,377	5,900	<b>&lt;0,001</b>
Otvorenost	0,182	2,686	<b>0,008</b>
Ugodnost	0,439	7,065	<b>&lt;0,001</b>
Savjesnost	0,399	6,308	<b>&lt;0,001</b>

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t - Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost

#### 5.8.4. Uloga sociodemografskih, bolničkih i osobnih prediktora u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – multivarijantna analiza

Da bi se odgovorilo na pitanje koje su demografske varijable prediktori zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege provedena je hijerarhijska regresijska analiza. U prvome koraku unesene su varijable spola, obrazovanja, bračnoga statusa, zaposlenja, zdravstvenoga stanja i dobi bolesnika. Iz Tablice 5.26. vidljivo je da ova skupina varijabli objašnjava ukupno 16,8 % ( $AR^2 = 0,168$ ) varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege te da su značajni prediktori zadovoljstva njegovom spol bolesnika ( $p = 0,011$ ) bračno stanje 'neudana/neoženjen' ( $p = 0,011$ ) i zdravstveno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije ( $p = 0,001$ ). Vidljivo je kako prediktorske varijable u ovome koraku statistički značajno doprinose objašnjenju zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege ( $p < 0,001$ ). Uvidom u  $\beta$ -koeficijent vidljivo je da su ženski spol i bračni status ispitanika koji nisu u braku naspram referentne varijable onih koji su u braku značajni negativni prediktori te kako je zdravstveno stanje pozitivan prediktor zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (Tablica 5.27.).

Tablica 5.27. Prvi korak regresijske analize – bolesnici

	$\beta$	t	p	$AR^2$
(konstanta)		8,613	<0,001	0,168
spol	-0,167	-2,553	<b>0,011</b>	
obrazovanje - OŠ				
obrazovanje - SSS	0,014	0,159	0,874	
obrazovanje - VŠS	0,024	0,315	0,753	
obrazovanje - VSS	0,052	0,627	0,531	
bračno stanje – u braku				
bračno stanje – nisu u braku	-0,172	-2,568	<b>0,011</b>	
bračno stanje - razvedeni	0,081	1,247	0,214	
bračno stanje i udovci/udovice	-0,041	-0,569	0,570	
zaposlenje – zaposlen/zaposlena				
zaposlenje – nezaposlen/nezaposlena	-0,028	-0,431	0,667	
zaposlenje – umirovljenik	-0,103	-1,115	0,266	
zaposlenje – student/učenik	0,056	0,845	0,399	
dob	-0,049	-0,476	0,634	
zdravstveno stanje	0,265	3,521	<b>0,001</b>	

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t - Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost;  $AR^2$  – Koeficijent determinacije

U drugome koraku regresijske analize dodane su varijable koje se odnose na hospitalizaciju: način prijema, broj bolesnika u sobi, broj boravaka i broj dosadašnjih hospitalizacija. Iz Tablice 5.27. vidljivo je da ova skupina varijabli objašnjava ukupno 23,3 % ( $AR^2 = 0,233$ ) varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege te da su značajni prediktori zadovoljstva njegovom u ovome koraku i dalje zdravstveno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije te je značajna i varijabla boravka u sobi s tri i više bolesnika ( $p = 0,019$ ). Vidljivo je kako prediktorske varijable u ovome koraku statistički značajno doprinose objašnjenju zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege ( $p < 0,001$ ). Uvidom u  $\beta$ -koeficijent vidljivo je kako boravak u sobi s dvije i više osoba u odnosu na referentnu varijablu samostalnog boravka u sobi značajni negativni prediktori te kako je zdravstveno stanje i dalje pozitivan prediktor zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (Tablica 5.28.).

Tablica 5.28. Drugi korak regresijske analize – bolesnici

	$\beta$	t	p	
(konstanta)		8,908	<0,001	0,232
spol	-0,106	-1,584	0,115	
obrazovanje – OŠ	0,010	0,116	0,908	
obrazovanje – SSS	0,022	0,297	0,767	
obrazovanje – VŠS	-0,004	-0,048	0,962	
obrazovanje – VSS	-0,130	-1,948	0,053	
bračno stanje – u braku	0,092	1,459	0,146	
bračno stanje – nisu u braku	-0,029	-0,394	0,694	
bračno stanje – razvedeni	-0,029	-0,443	0,658	
bračno stanje i udovci/udovice	-0,059	-0,636	0,525	
zaposlenje – zaposlen/zaposlena	0,037	0,566	0,572	
dob	-0,036	-0,353	0,724	
zdravstveno stanje	0,207	2,772	<b>0,006</b>	
način prijema – hitni prijem				
način prijema – naručen na hospitalizaciju	0,117	1,652	0,100	
način prijema – premještaj iz druge ustanove	-0,011	-0,164	0,870	
način prijema – nešto drugo	-0,113	-1,766	0,079	
u sobi – sam				
u sobi – s još jednom osobom	-0,001	-0,016	0,987	
u sobi – s dvije i više osoba	-0,213	-2,326	<b>0,021</b>	
dužina hospitalizacije	-0,083	-1,184	0,238	
broj boravaka	-0,099	-1,424	0,156	

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost;  $AR^2$  – Koeficijent determinacije

U trećemu koraku regresijske analize dodane su crte ličnosti bolesnika. Iz Tablice 5.28. vidljivo je da ova skupina varijabli objašnjava ukupno 38,5 % ( $AR^2 = 0,385$ ) varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege te da su značajni prediktori zadovoljstva njegom u ovome koraku i dalje varijabla boravka u sobi s tri i više bolesnika ( $p = 0,002$ ) te crte ličnosti ugodnosti ( $p = 0,012$ ) i savjesnosti ( $p = 0,004$ ). Vidljivo je kako prediktorske varijable u ovome koraku statistički značajno doprinose objašnjenju zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege ( $p < 0,001$ ). Uvidom u  $\beta$ -koeficijent vidljivo je kako je boravak u sobi s dvije i više osoba u odnosu na referentnu varijablu samostalnog boravka u sobi značajan negativan prediktor dok su crte ličnosti savjesnosti i ugodnosti pozitivan prediktor zadovoljstva bolesnika zdravstvenom njegom (Tablica 5.29.).

Tablica 5.29. Treći korak regresijske analize – bolesnici

	$\beta$	t	p	AR <sup>2</sup>
(konstanta)		3,838	<0,001	0,385
Spol	-0,052	-0,834	0,405	
obrazovanje – OŠ				
obrazovanje – SSS	-0,110	-1,380	0,169	
obrazovanje – VŠS	-0,090	-1,289	0,199	
obrazovanje – VSS	-0,123	-1,603	0,111	
bračno stanje – u braku				
bračno stanje – nisu u braku	-0,111	-1,799	0,074	
bračno stanje – razvedeni	0,077	1,343	0,181	
bračno stanje – udovci/udovice	-0,034	-0,520	0,604	
zaposlenje – zaposlen/zaposlena				
zaposlenje – nezaposlen/nezaposlena	-0,008	-0,134	0,894	
zaposlenje – umirovljenik	0,030	0,364	0,717	
zaposlenje – student/učenik	0,016	0,277	0,782	
dob	-0,093	-1,015	0,311	
zdravstveno stanje	0,080	1,146	0,253	
način prijema – hitni				
način prijema – naručen na hospitalizaciju	0,091	1,413	0,159	
način prijema – premještaj iz druge ustanove	-0,010	-0,157	0,876	
način prijema – nešto drugo	-0,090	-1,566	0,119	
u sobi – sam				
u sobi – s još jednom osobom	-0,019	-0,232	0,817	
u sobi – s dvije i više osoba	-0,256	-3,098	<b>0,002</b>	
dužina hospitalizacije	-0,069	-1,094	0,275	
broj boravaka	-0,043	-0,668	0,505	
neuroticizam	-0,126	-1,557	0,121	
ekstraverzija	0,057	0,799	0,425	
otvorenost	0,060	1,001	0,318	
ugodnost	0,177	2,540	<b>0,012</b>	
savjesnost	0,215	2,879	<b>0,004</b>	

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost; AR<sup>2</sup> – Koeficijent determinacije

### 5.9. Uloga sociodemografskih, poslovnih i osobnih prediktora medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika

### 5.9.1. Potencijalni sociodemografski prediktori medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

Linearnom regresijom uočavamo da na zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvenom njegovom značajan utjecaj ima bračni status sestara i tehničara koji nisu u braku u odnosu na referentnu varijablu onih koji su u braku ili izvanbračnoj zajednici ( $p = 0,017$ ) (Tablica 5.30.).

Tablica 5.30. Regresijska analiza medicinske sestre i tehničari

		$\beta$	t	p
Spol	muško			
	žensko	0,031	0,322	0,748
Stupanj obrazovanja	SSS			
	VŠS	-0,008	-0,085	0,932
	VSS	0,097	0,989	0,325
Bračno stanje	u braku			
	nisu u braku	-0,237	-2,423	<b>0,017</b>
	razvedeni	0,018	0,186	0,853
Mjesto stanovanja	selo	0,016	0,160	0,873
	grad			
Zdravstveno stanje		-0,052	-0,539	0,591
Financijsko stanje		0,003	0,026	0,979
Dob		0,129	1,336	0,185

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost

### 5.9.2. Potencijalni poslovni prediktori iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

Kako bi se utvrdio utjecaj varijabli koje se odnose na posao medicinskih sestara i medicinskih tehničara na zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege korištena je Linearna regresijska analiza te se pokazalo kako značajan utjecaj ima bolovanje prethodne godine ( $p < 0,001$ ) i zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara ( $p = 0,007$ ) (Tablica 5.31.).



Tablica 5.31. Potencijalni poslovni prediktori iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

		$\beta$	t	p
Uposlenički status	neodređeno			
	određeno	-0,066	-0,678	0,499
Doužina radnog staža		0,137	1,427	0,157
Bolovanje protekle godine		-0,407	-4,592	<b>&lt;0,001</b>
Zadovoljstvo poslom		0,260	2,774	<b>0,007</b>
Distributivna pravednost		0,032	0,330	0,742
Interakcijska pravednost		-0,057	-0,590	0,556
Proceduralna pravednost		-0,014	-0,140	0,889

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost

### 5.9.3. Potencijalni osobni prediktori iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

Kako bi se utvrdio utjecaj crta ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara na zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege korištena je Linearna regresijska analiza te se pokazalo kako značajan utjecaj imaju crta ličnosti neuroticizma ( $p < 0,001$ ) i ugodnosti ( $p = 0,029$ ) (Tablica 5.32.).

Tablica 5.32. Potencijalni osobni prediktori iz perspektive medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – univarijantna analiza

	$\beta$	t	p
Neuroticizam	-0,384	-4,280	<b>&lt;0,001</b>
Ekstraverzija	0,062	0,640	0,523
Otvorenost	0,078	0,801	0,425
Ugodnost	0,210	2,216	<b>0,029</b>
Savjesnost	0,116	1,205	0,231

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost

#### 5.9.4. Uloga sociodemografskih, poslovnih i osobnih prediktora medicinskih sestara i medicinskih tehničara u predviđanju zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika – multivarijantna analiza

Da bi se odgovorilo na pitanje koje su demografske varijable prediktori zadovoljstva medicinskih sestara i medicinskih tehničara kvalitetom zdravstvene njege provedena je hijerarhijska regresijska analiza. U regresijsku analizu unesene su varijable koje su se pokazale značajnim u Linearnoj regresijskoj analizi. U prvome koraku unesena je varijabla bračnoga statusa. Iz Tablice 5.32. vidljivo je da ova skupina varijabli objašnjava ukupno 5,3 % ( $AR^2 = 0,053$ ) varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege te da su značajni prediktori zadovoljstva njegovom bračni status medicinskih sestara i medicinskih tehničara 'neudane/neoženjeni' u odnosu na referentnu varijablu bračnoga statusa 'u braku' ( $p = 0,010$ ). Vidljivo je kako prediktorske varijable u ovome koraku statistički značajno doprinose objašnjenju zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege ( $p = 0,022$ ). Uvidom u  $\beta$ -koeficijent vidljivo je da bračni status medicinskih sestara i tehničara koji nisu u braku naspram referentne varijable onih koji su u braku negativno doprinosi zadovoljstvu bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (Tablica 5.33.).

Tablica 5.33. Prvi korak regresijske analize – medicinske sestre i medicinski tehničari

	$\beta$	t	p	$AR^2$
1.korak	(konstanta)	99,178	<0,001	0,053
	Bračni status – u braku			
	bračni status – nisu u braku	-0,254	-2,622	<b>0,010</b>
	bračni status – razveden/-na	0,036	0,366	0,715

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost;  $AR^2$  – Koeficijent determinacije

U drugome koraku regresijske analize dodane su varijable koje se odnose na posao, dužinu bolovanja u protekloj godini i zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Iz Tablice 5.33. vidljivo je da ova skupina varijabli objašnjava ukupno 14,8 % ( $AR^2 = 0,148$ ) varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege te da su značajni prediktori zadovoljstva njegovom u ovome koraku zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara ( $p < 0,001$ ). Vidljivo je kako prediktorske varijable u ovome koraku statistički značajno doprinose objašnjenju zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene

njege ( $p < 0,001$ ). Uvidom u  $\beta$ -koeficijent vidljivo je kako zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara pozitivno doprinosi zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege bolesnika (Tablica 5.34.).

Tablica 5.34. Drugi korak regresijske analize – medicinske sestre i medicinski tehničari

	$\beta$	t	p	AR <sup>2</sup>
2.korak (konstanta)		25,367	<0,001	0,148
Bračni status – u braku				
bračni status – nisu u braku	-0,168	-1,710	0,090	
bračni status – razvedena/-na	0,083	0,896	0,372	
Bolovanje	-0,148	-1,489	0,140	
Zadovoljstvo poslom	0,356	3,700	<b>&lt;0,001</b>	

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost; AR<sup>2</sup> – Koeficijent determinacije

U trećemu koraku regresijske analize dodane su crte ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Iz Tablice 5.34. vidljivo je da ova skupina varijabli objašnjava ukupno 27 % (AR<sup>2</sup> = 0,270) varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege te da su značajan prediktor zadovoljstva njegovom bolesnika u ovome koraku crta ličnosti neuroticizma ( $p < 0,001$ ). Vidljivo je kako prediktorske varijable u ovome koraku statistički značajno doprinose objašnjenju zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege ( $p < 0,001$ ). Uvidom u  $\beta$ -koeficijent vidljivo je kako neuroticizam medicinskih sestara i medicinskih tehničara negativno doprinosi zadovoljstvu bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (Tablica 5.35.).

Tablica 5.35. Treći korak regresijske analize – medicinske sestre i medicinski tehničari

	$\beta$	t	p	AR <sup>2</sup>
3.korak (konstanta)		14,955	<0,001	0,270
Bračni status – u braku				
bračni status – nisu u braku	-0,143	-1,565	0,121	
bračni status - razvedena/na	-0,003	-0,031	0,975	
Bolovanje	-0,111	-1,163	0,248	
Zadovoljstvo poslom	0,164	1,652	0,102	
Neuroticizam	-0,422	-4,281	<b>&lt;0,001</b>	
Ugodnost	-0,025	-0,283	0,778	

Legenda:  $\beta$  – Standardizirani  $\beta$  koeficijent; t – Statistika za testiranje značajnosti koeficijenta; p – Statistička značajnost; AR<sup>2</sup> – Koeficijent determinacije

## 6. RASPRAVA

Brz tehnološki napredak, sve veći troškovi, demografske promjene i povećavanje očekivanja bolesnika zahtijevaju kontinuirani napredak današnjih sustava zdravstvene zaštite (165), ali i potrebu za što boljom regulacijom kroz praćenje i primjenu standarda kvalitete zdravstvene zaštite u cijelome zdravstvenom sustavu kako bi se omogućila evaluacija i usporedba pruženih postupaka sa standardima te se time omogućila jednoobrazna primjena što bolje zdravstvene zaštite (166). Međutim, osim što kvalitetnijeg pružanja zdravstvene zaštite, postoji i drugi važan čimbenik zbog kojega je potreba za praćenjem kvalitete zdravstvene zaštite, a to su sve veći financijski izdatci zdravstvenih sustava zbog sve većega tehnološkog napretka, ali i drugih čimbenika poput sve dužega životnog vijeka koji dovodi do opterećenja zdravstvenih sustava (167). Kako je zdravstvena njega jedan od najvažnijih čimbenika u ukupnoj procjeni bolesnika pruženom zdravstvenom uslugom (54, 106, 159), sve se više ukazivala potreba za evaluacijom sestrinske prakse te je početkom devedesetih godina dvadesetoga stoljeća ANA izdala indikatore kvalitete zdravstvene njege čime se omogućilo kvalitetno praćenje i evaluacija pružene njege bolesnicima (40, 41). Jedan je od indikatora zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom njegom, koje je, iako subjektivno, važno u smislu indikatora kvalitete njege jer daje uvid u bolesnikovo mišljenje o pruženoj zdravstvenoj njezi.

Kako je već napomenuto, samo zadovoljstvo jest subjektivna kategorija na koju mogu utjecati različiti čimbenici iz perspektive primatelja usluge, ali i iz perspektive pružatelja usluge zdravstvene skrbi (29, 30). U ovome se istraživanju nastojalo identificirati koji su to čimbenici te time omogućiti eventualne korekcije unutar sustava, ako su moguće.

Tako su rezultati ovoga istraživanja pokazali kako je ukupno zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom njegom visoko. Ovakvi rezultati u skladu su s drugim istraživanjima na ovu temu (54, 106, 159, 168). Bolesnici imaju različita očekivanja prilikom dolaska na liječenje koje se odnosi na ukupno liječenje, ali i na zdravstvenu njegu koja bi im trebala biti pružena tijekom boravka u bolnici te je važan cilj sestrinske prakse dijelom i zadovoljiti očekivanja bolesnika koje su imali prilikom dolaska (169). Može se primijetiti kako su prema ovim rezultatima prethodna očekivanja bolesnika uvelike ispunjena. To ukazuje na uspješno usklađivanje između onoga što su bolesnici očekivali prije dolaska u bolnicu i skrbi koju su

stvarno primili tijekom svog boravka. Takvo je usklađivanje ključno za poticanje pozitivnih iskustava bolesnika i povećanje ukupnog zadovoljstva zdravstvenim uslugama (170). Očekivanja bolesnika obuhvaćaju niz čimbenika, uključujući kliničke ishode, komunikaciju s pružateljima zdravstvenih usluga, emocionalnu podršku i fizičko okruženje skrbi (171). Ispunjavanje ovih očekivanja ne samo da doprinosi trenutnom zadovoljstvu već također igra značajnu ulogu u suradljivosti bolesnika, ishodima oporavka i vjerojatnosti da će zdravstvenu ustanovu preporučiti drugima (53 – 55, 171). Nadalje, razumijevanje i ispunjavanje očekivanja bolesnika sastavni su dio inicijativa skrbi usmjerenih na bolesnika. Aktivnim slušanjem bolesnika, razumijevanjem njihovih briga i prilagođavanjem planova skrbi u skladu s tim, pružatelji zdravstvenih usluga mogu stvarati poticajno okruženje koje promiče povjerenje i suradnju. Ovaj pristup ne samo da unapređuje odnos bolesnik – pružatelj usluga (u ovome slučaju bolesnik – medicinska sestra / medicinski tehničar) već također doprinosi boljim zdravstvenim ishodima i dobrobiti bolesnika (170).

Upravo zbog kompleksnosti zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvenom njegom izabran je upitnik Zadovoljstva kvalitetom zdravstvenom njegom (PSNCQQ) koji je prethodno validiran na hrvatskome području (145). Njegov izbor temeljio se na širokome području zdravstvene njege koji pokriva. Upitnik se sastoji od 19 čestica koje mjere zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege u različitim aspektima skrbi. Tako, između ostaloga, u prvome dijelu upitnika u tri čestice mjeri zadovoljstvo uputama i objašnjenjima koja se odnose na pretrage ili različite tretmane i uopće spremnost medicinskih sestara i medicinskih tehničara da odgovaraju na bolesnikova pitanja, a zatim njihovu komunikaciju s drugim bolesnicima, njihovim obiteljima i drugim članovima tima. Nakon toga slijede dvije čestice koje se odnose na obavještanje bolesnikove obitelji o njihovu stanju i potrebama te koliko je obitelj bila u mogućnosti sudjelovati i pomoći u njihovoj skrbi. Zatim slijedi zadovoljstvo uljudnošću i ljubaznošću, zadovoljstvo praćenja stanja bolesnika te zadovoljstvo mogućnošću izbora u situacijama kada su sestre i tehničari mogli taj izbor i dati te zadovoljstvo prilagođavanja bolesniku u dvije čestice. Nadalje slijede čestice koje se odnose na zadovoljstvo sposobnošću sestara i tehničara da umire bolesnika, njihovom brzinom odziva u slučaju potrebe, zadovoljstvo provedenim postupcima, timskim radom, osiguravanjem mirne atmosfere na odjelu i osiguravanju privatnosti tijekom pružanja njege. Zadnje dvije čestice odnose se na otpust: jedna ocjenjuje zadovoljstvo uputama prilikom otpusta, a druga osiguravanjem zadovoljenja njihovih potreba nakon otpusta (145).

U ovome istraživanju bolesnici su iskazivali visoko zadovoljstvo svim aspektima njege, međutim najviše su ipak iskazali zadovoljstvo uljudnošću, ljubaznošću i poštovanjem koje su pružale medicinske sestre i medicinski tehničari te njihovom brzinom odziva kada su zatražili pomoć. Navedeni rezultati sukladni su prethodnim istraživanjima istim upitnikom (145, 159, 158, 168) gdje se pokazalo kako bolesnici i u drugim zdravstvenim sustavima, ali i na drugačijem uzorku iskazuju podjednako zadovoljstvo određenim aspektima zdravstvene njege. Istraživanja su pokazala kako je učinkovita komunikacija između bolesnika i pružatelja zdravstvenih usluga ključna za pružanje skrbi i oporavak bolesnika (172 – 176). Tako se, između ostaloga, pokazalo kako su u slučajevima kada su se medicinske sestre i medicinski tehničari odnosili prema bolesnicima s toplinom, empatijom i poštovanjem bolesnici izjavljivali kako su sretniji. Dok su s druge strane, u suprotnim slučajevima, bolesnici izjavljivali nakon liječenja kako je loš odnos medicinskih sestara i medicinskih tehničara utjecao na njihovu percepciju ponuđenih zdravstvenih usluga (177). Slično se pokazalo i u drugim istraživanjima, tj. pokazalo se kako su bolesnici dobru komunikaciju između medicinskih sestara i medicinskih tehničara i bolesnika smatrali važnijom od fizičke njege (178) te ako im nije pružena, bili su nezadovoljni ukupnom njegovom. Što se tiče brzine odziva na potrebe očekivano je kako će bolesnici biti nezadovoljni ako njihove potrebe nisu zadovoljene na vrijeme (179). Mogućnost bolesnika da se pouzdaju u medicinske sestre i medicinske tehničare, ali i u ostale zdravstvene radnike također je vrlo bitan čimbenik u bolesnikovoj procjeni ukupnoga zadovoljstva pruženom uslugom (180).

Međutim treba imati na umu, kako se pokazalo u istraživanjima, da bolesnici mogu ocjenjivati i zadovoljstvo ukupnom zdravstvenom skrbi i zdravstvenom njegovom boljom nego što u stvari ona jest te mogu pomutiti realnu ocjenu pružene skrbi (181 – 183). Tako se u istraživanjima pokazalo kako postoji mnogo čimbenika koji mogu utjecati na visoke ocjene nakon provedene zdravstvene skrbi. Bolesnikov osjećaj zahvalnosti prema pružateljima zdravstvenih usluga često može dovesti do prenapuhanih ocjena kvalitete skrbi (181). Pozitivni međuljudski odnosi i povjerenje mogu uzrokovati da bolesnici previde ili minimiziraju nedostatke u svojoj skrbi (181 – 183). Društveno poželjni odgovori mogu dovesti do prenapuhanih ocjena pružene zdravstvene usluge jer se bolesnici se mogu osjećati pod pritiskom da daju pozitivne povratne informacije zbog želje da se prilagode društvenim očekivanjima ili da izbjegnu dojam nezahvalnosti (184, 185). Također, još jedan od čimbenika jest i to što tijekom kriznih situacija bolesnici često daju više ocjene za kvalitetu skrbi zbog trenutnog olakšanja i zahvalnosti što su uopće primili bilo kakvu skrb (186). Emocionalni intenzitet ovih iskustava

može zasjeniti sve nedostatke, što dovodi do pretjerano pozitivnih ocjena (186). Za pružatelje zdravstvenih usluga ovaj fenomen naglašava važnost razlikovanja zahvalnosti izazvane hitnim slučajevima i stvarne kvalitete skrbi pružene u takvim situacijama (171, 187).

Dakle potrebno je razumijevanje dinamike kako bolesnici ocjenjuju kvalitetu zdravstvene skrbi jer je presudno za zdravstvene djelatnike pri tumačenju povratnih informacija bolesnika, s obzirom na to da one možda nisu uvijek u skladu s mjerljivim ishodima.

### **6.1. Razlike u razini zadovoljstva bolesnika pruženom zdravstvenom njegom s obzirom na njihova demografska obilježja, varijable vezane uz hospitalizaciju i njihovo zdravstveno stanje**

U pogledu razlika u ukupnom zadovoljstvu kvalitetom zdravstvenom njegom pokazalo se kako postoje razlike prema spolu ispitanika. Također su rezultati pokazali i kako su muškarci zadovoljniji svim pojedinačnim aspektima zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvenom njegom. Dijelom su navedeni rezultati očekivani iz razloga što su već i razlike u pojedinačnim česticama upitnika zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege ukazivali kako su muškarci zadovoljniji svim aspektima zdravstvene njege koji su ispitivani. Rezultati su sukladni prethodnim istraživanjima koja su već ranije ukazivala na veće zadovoljstvo muškaraca njegom (23, 54, 145, 188). U ranijim se istraživanjima pokazalo kako žene vole više privatnosti tijekom vremena za posjete, one osjećaju više boli i manje se osjećaju sigurnima kada su prepuštene zdravstvenome osoblju (189). Mogući razlog navedenoga rezultata može biti u tome što bolesnice pridaju veću važnost stavu medicinskih sestara i socijalnoj podršci nego bolesnici (190), jer muškarci dijelom svoju socijalnu podršku više traže dobivaju od svojih supruga, dok se žene oslanjaju na zaposlenike zdravstvenih ustanova, pa tako i medicinske sestre i medicinske tehničare (191, 192). Također se kroz istraživanja pokazalo kako, kada su hospitalizirane, žene češće od muškaraca primjećuju znakove stresa i preopterećenosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara i s njima suosjećaju, a u današnjoj situaciji preopterećenosti zdravstvenih sustava ženama koje su hospitalizirane bi moglo biti teže, a možda bi bile i nezadovoljnije da se o njima brinu medicinske sestre i medicinski tehničari koji su preopterećeni poslom (193).

Rezultati su pokazali i kako su bolesnici u dobi od 71 godine i stariji značajno nezadovoljniji kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na bolesnike svih drugih dobnih skupina, također navedeni rezultat dijelom podupire rezultat povezanosti svih čestica koje su ukazale kako

postoji negativna povezanost svih pojedinačnih aspekata zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege, odnosno što je veća dob ispitanika, oni su nezadovoljniji svakim aspektom zdravstvene njege. Rezultati odnosa dobi i zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege nisu konzistentni u prethodnim istraživanjima: određena su ukazivala kako su stariji bolesnici zadovoljniji zdravstvenom njegom (54), dok su druga ukazivala upravo suprotno, kako su stariji bolesnici nezadovoljniji kvalitetom zdravstvene njege (145, 194). Mogući razlozi za te rezultate mogli bi biti u tome što se bolesnicima sa starenjem povećava potreba za zdravstvenom njegom i cjelokupnom zdravstvenom skrbi (145). Češći odlasci u zdravstvene ustanove i veći zahtjevi prema pružateljima zdravstvenih usluga mogu dovesti do većeg nezadovoljstva ako se njihova očekivanja ne ispune. Kako bolesnici nastavljaju stariti i razvijati sve više zdravstvenih poteškoća koje zahtijevaju više zdravstvenih usluga i postavljaju veće zahtjeve pred pružatelje usluga, njihovo zadovoljstvo može opadati (145). Kako je već ranije spomenuta navedena preopterećenost cijelog zdravstvenog sustava, ali i pojedinaca po odjelima, ponekad očekivanja ne mogu biti ispunjena baš zbog toga. Stoga je moguće kako je ovo razlog koji generira nezadovoljstvo u starijim skupinama bolesnika.

Također se pokazalo kako su bolesnici koji su prema zaposleničkom statusu umirovljenici nezadovoljniji ukupnom zdravstvenom njegom od onih koji su zaposleni. Također i razlike prema pojedinačnim česticama pokazuju kako su umirovljenici najnezadovoljniji svakom česticom kvalitete njege. Istraživanja na ovu temu nisu provedena, međutim uzrok ovakvih rezultata treba tražiti u prethodnim rezultatima razlika u dobi bolesnika. Stariji su bolesnici nezadovoljniji zdravstvenom njegom u odnosu na mlađe, pa je tako i očekivano i kako će oni koji su u mirovini biti nezadovoljniji njegom u odnosu na one koji su još u mlađoj dobi i zaposleni.

Sljedeći čimbenik koji se pokazao značajnim u razlikama zadovoljstva njegom bilo je samoprocijenjeno zdravstveno stanje. Pokazalo se kako su značajno zadovoljniji kvalitetom njege bolesnici koji svoje zdravstveno stanje procjenjuju jako dobrim i odličnim u odnosu na one koji ga procjenjuju jako lošim i lošim. Također, ovome ide u prilog i rezultat povezanosti koji je pokazao kako su svi pojedinačni aspekti kvalitete njege pozitivno povezani sa samoprocijenjenim zdravstvenim stanjem bolesnika, odnosno što su se bolesnici osjećali zdravijima, bolje su ocjenjivali pojedinačne aspekte njege. Rezultati su u skladu s drugim istraživanjima koja sugeriraju sličan odnos (23, 145). Dijelom se ovakav rezultat također može razumjeti i kroz prethodne rezultate dobi i zaposlenja, jer veća dob obično donosi lošije zdravstveno stanje koje zahtijeva veću potrebu za zdravstvenom njegom koja ponekad i ne



može biti ispunjena iz razloga koji su ranije spomenuti. No, kako se radi o samoprocjeni zdravstvenoga stanja, ostaje pitanje jesu li bolesnici doista lošega zdravstvenog stanja ili je to samo njihov subjektivan osjećaj. Tako postoje čimbenici koji nisu povezani sa zdravljem, a mogli bi potencijalno utjecati na zadovoljstvo jer se oslanjaju na samoprocjene bolesnika. Na primjer, pojedinci s općenito pesimističnim pogledom na život mogu imati tendenciju negativno doživljavati svoje zdravlje i izražavati nezadovoljstvo svojim uslugama zdravstvene njege (195). Također je moguće da bolesnici lošijega zdravstvenog statusa mogu biti kritičniji prema medicinskoj skrbi koju primaju, što dovodi do niže razine zadovoljstva jer mogu imati veća očekivanja ili im je potrebna intenzivnija njega (106).

U dijelu upitnika koji se odnosio na hospitalizaciju pokazalo se kako postoje razlike u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege prema načinu prijema u bolnicu. Tako su zadovoljniji njegom bolesnici koji su naručeni u odnosu na one koji su hitno primljeni na hospitalizaciju. Rezultati nisu u skladu s prethodnim istraživanjima koja su sugerirala kako nema razlika u zadovoljstvu njegom prema načinu prijema u bolnicu (54).

Jedan od mogućih razloga toga rezultata može biti u tome što bolesnici koji su naručeni na hospitalizaciju imaju više vremena za psihološku i emocionalnu pripremu, što može smanjiti stres i anksioznost te omogućiti bolje razumijevanje i prihvaćanje postupaka koje će proći tijekom boravka u bolnici (196). Također, naručeni bolesnici često dolaze na hospitalizaciju zbog planiranih i kontroliranih medicinskih zahvata, što može rezultirati većim povjerenjem u zdravstveni sustav i osjećajem sigurnosti (196, 197). S druge strane, bolesnici koji su hitno primljeni često dolaze u bolnicu pod visokim stupnjem stresa i anksioznosti zbog nepredviđene i hitne prirode njihovog stanja. Takvi bolesnici mogu imati manje vremena za prilagodbu i informiranje o postupcima i očekivanjima tijekom hospitalizacije, što može negativno utjecati na njihovo zadovoljstvo kvalitetom pružene njege (196, 197).

Također se pokazalo kako se prema načinu smještaja u bolnici značajno razlikovalo zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege, odnosno oni bolesnici koji su bili sami ili s još jednom osobom u sobi bili su značajno zadovoljniji kvalitetom njege u odnosu na one koji su bili s dvije ili više osoba u sobi. Bolesnici i njihova obitelj preferiraju jednokrevetne sobe (198, 199). Smještaj u jednokrevetnim sobama pruža privatnost i dostojanstvo te olakšava medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima usredotočenost na bolesnika što vjerojatno dovodi do većega zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege (200). Međutim, u istraživanjima su se pokazali i nedostaci ovakvoga načina liječenja jer smještaj u

jednokrevetnoj sobi donosi i nedostatke za bolesnike, kao i za medicinske sestre i medicinske tehničare u bolnicama (201, 202). Promjena bolničkoga dizajna u jednokrevetni smještaj ima utjecaj na aspekte sestrinstva i na radno okruženje medicinskih sestara (222). Pokazalo se kako je u takvim situacijama došlo do povećanja broja koraka koje medicinske sestre i medicinski tehničari prijeđu u svakoj smjeni, što ih je natjeralo da svoj rad planiraju s pretežnim ciljem smanjenja fizičkoga opterećenja (201). Navedena promjena načina rada u smjeni dovela je do promjene u planiranju i obavljaju svog posla. Oni su organizirali svoje aktivnosti skrbi s ciljem smanjenja hodanja tijekom posla, što se u nekim studijama pokazalo kao važan čimbenik koji je umanjio kvalitetu njege (199).

## **6.2. Doprinos varijabli vezanih uz demografska obilježja, zdravstveno stanje i crte ličnosti bolesnika na razinu zadovoljstva bolesnika kao indikatora procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege**

Kako bi se utvrdilo koji čimbenici doprinose zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege provedena je hijerarhijska regresijska analiza te se u prvome koraku pokazalo kako su značajni prediktori zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege muški spol, samoprocjena zdravstvenoga stanja i bračno stanje onih bolesnika koji nisu u braku u odnosu na one koji su u braku. U pogledu muškoga spola, koji je značajan prediktor zadovoljstva kvalitetom zdravstvenom njego, ovakav nalaz je sukladan prethodnim istraživanjima (145, 203). Razlozi navedenih rezultata mogli bi se tražiti u većemu znanju žena o njezi drugih osoba općenito nego muškaraca, što ih čini pažljivijima i kritičnijima prema aspektu kvalitete kada ocjenjuju učinak osoblja (203). Time su možda svjesnije aspekata kao što su nedostatak higijene, loša izvedba praktičnih vještina ili nedostatak pažnje prema fizičkim i psihosocijalnim potrebama. Međutim u istraživanjima se pokazivalo i kako žene imaju dojam kako kako medicinsko osoblje za njih ne izdvaja dovoljno vremena. S druge strane, i manjak osoblja, koji je kroničan problem zdravstvenih sustava (204) može doprinosti navedenome osjećaju jer se pokazalo kako žene obavljanje nečega u žurbi (kao što je pospremanje, stavljanje djece u krevet) ne smatra dobro urađenim poslom (203). Tako da je moguće kako žene u ulozi bolesnika u bolnicama više obraćaju pažnju na detalje koji muškarcima nisu toliko presudni (203). Međutim postoji i mogućnost kako je ženama doista i pružena lošija zdravstvena njega. Istraživanja na ovu temu su pokazala kako je plan zdravstvene njege ponekad značajno varirao ovisno o spolu bolesnika (203). Utvrđeno je da su bolesnice manje poticane na aktivnost, davalo im se manje lijekova protiv bolova, a medicinske sestre i

medicinski tehničari nisu izdvajali dovoljno vremena za psihološku podršku ženama (203). Dok se u drugim istraživanjima pokazalo kako medicinske sestre i medicinski tehničari prema muškarcima bili brižniji i prema njima su iskazivali pozitivniji stav (205, 206).

Drugi je čimbenik koji se pokazao značajnim prediktorom samoprocjena zdravstvenoga stanja bolesnika koja je pozitivno doprinosila zadovoljstvu kvalitetom zdravstvenom njegom kod bolesnika. Takav je nalaz u skladu s prethodnim istraživanjima (23, 114, 159, 158, 207). Moguće je kako je takav rezultat dobiven iz razloga što zdravijim ljudima nije toliko potrebna medicinska njega, ali oni i rjeđe komuniciraju s medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima od bolesnika koju su težega zdravstvenog stanja (23). Bolesnici koji su boljega zdravstvenog stanja ne zahtijevaju toliko veliku skrb u odnosu na one koji su lošijega stanja te stoga imaju manje mogućnosti iskusiti probleme s pristupom zdravstvenoj skrbi, možda i stvarne pogreške i nedostatke u zdravstvenoj njezi te možda iz toga razloga izražavaju veće zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege (23).

Također se pokazalo da i bračni status onih koji nisu u braku značajno negativno doprinosi zadovoljstvu kvalitetom zdravstvenom njegom. Navedeni rezultati nisu ujednačeni u prethodnim istraživanjima. Dok su određena istraživanja sugerirala kako su rastavljeni bolesnici i oni koji su udovci zadovoljniji kvalitetom zdravstvene njege (207), druga su ukazivala kako su oni bolesnici koji su u braku zadovoljniji (23), dok su treća pokazala kako nema razlike prema bračnome statusu bolesnika u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege (209). Mogući razlozi navedenih rezultata mogli bi biti u tome što supružnici mogu pomoći u komunikaciji s medicinskim osobljem, razumijevanju medicinskih informacija i pružanju emocionalne sigurnosti, što sve može pozitivno utjecati na bolesnikovo iskustvo liječenja (208). Bolesnici koji su imali podršku supružnika tijekom liječenja također su bili manje anksiozni i prijavljivali su višu razinu zadovoljstva njegom, u usporedbi s bolesnicima koji nisu bili u braku (210).

U prvome koraku regresijske analize demografske varijable objasnile su značajnih 16,8 % varijance zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege. Navedeni rezultat može se tumačiti na način da demografske karakteristike, uključujući spol, bračni status (osobe koje nisu u braku), i zdravstveno stanje ispitanika značajno utječu na percepciju bolesnika i njihovu evaluaciju zdravstvene njege. Međutim, i dalje ostaje neobjašnjeno 83,2 % varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege što sugerira kako i dalje postoje određeni faktori koji mogu utjecati na zadovoljstvo bolesnika, a koji nisu obuhvaćeni demografskim varijablama.

Ovdje je također bitno napomenuti kako je u analizi promatran prilagođeni koeficijent determinacije ( $AR^2$ ), koji u odnosu na jednostavni koeficijent determinacije ( $R^2$ ) pruža precizniju mjeru objašnjenja varijance iz razloga što se povećava samo ako novododani prediktor poboljša snagu predviđanja modela. Dodavanje neovisnih i irelevantnih prediktora regresijskome modelu ne rezultira povećanjem prilagođenoga koeficijenta determinacije (211).

U drugome koraku regresijske analize dodane su varijable koje se odnose na hospitalizaciju te se pokazalo kako spol bolesnika i bračno stanje nisu više značajni prediktori, dok je zdravstveno stanje i dalje značajan prediktor. No ovdje se značajnim pokazao i boravak bolesnika u sobi s dvije i više osoba u odnosu na one koji su u sobi bili sami. Mnogo je istraživanja pokazalo sljedeće prednosti jednokrevetnih soba: poboljšanu sigurnost bolesnika i smanjenje intrahospitalnih infekcija, poboljšanu učinkovitost i veće zadovoljstvo osoblja, a sve je navedeno ukazivalo kako dovodi i do većega zadovoljstva bolesnika liječenjem (212 – 216).

U drugome koraku regresijske analize uključene su varijable koje se odnose na hospitalizacije te su one značajno objasnile 6,4 % varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege te su zajedno s demografskim varijablama objašnjavale 23,2 % varijance zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege. Iako postotak objašnjene varijance nije velik kao što bi se možda očekivalo, on se pokazao značajnim te je ukazao na dodatan doprinos varijabli koje se odnose na hospitalizaciju bolesnika u objašnjavanju varijance zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege, te ukazao kako su i čimbenici hospitalizacije relevantni za razumijevanje bolesnikova zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege.

U trećemu koraku regresijske analize uključene su crte ličnosti bolesnika te se pokazalo kako samoprocijenjeno zdravstveno stanje nije više značajan prediktor zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege, dok boravak u sobi s dvije i više osoba i dalje negativno doprinosi zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na samostalan boravak u sobi. U ovome koraku, kada promatramo crte ličnosti, značajne su crte ličnosti ugodnosti i savjesnosti.

Visoko savjesne osobe često pokazuju bolje rezultate u procjeni kvalitete njege iz nekoliko razloga. Njihova organiziranost, pedantnost i pažljivost čine ih sklonijima pridržavanju preporuka liječnika, što uključuje redovito uzimanje lijekova i slijedenje plana liječenja (217). Ovakav način ponašanja može poboljšati kontrolu bolesti i ubrzati proces ozdravljenja, što dovodi do većega zadovoljstva kvalitetom pružene njege (218). Također osobe koje ostvaruju

visoke rezultate na ljestvici savjesnosti preferiraju strukturirane i predvidljive okoline (217). Kada su okolina i procedura u zdravstvenoj ustanovi jasno definirani, ti bolesnici osjećaju se ugodnije i sigurnije. Ta sigurnost može ojačati njihovo povjerenje u skrb koju dobivaju, što dodatno povećava njihovo zadovoljstvo (219). Nadalje, visoko savjesne osobe često imaju visoke standarde za sebe i druge te su ustrajne u postizanju ciljeva. Takve su osobe temeljite u procjeni kvalitete njege i aktivno se zauzimaju za svoje potrebe. Ova odlučnost potiče bolju komunikaciju s medicinskim osobljem i prilagodbu skrbi prema njihovim očekivanjima, što može dodatno poboljšati njihovo iskustvo (220). Na kraju treba spomenuti i kako se visoko savjesne osobe brinu o svome zdravlju i provode preventivne mjere, što može smanjiti potrebu za intenzivnim medicinskim zahvatima i bolničkim boravcima. Ova briga o zdravlju doprinosi njihovu općem doživljaju skrbi i zadovoljstvu kvalitetom pružene njege (221).

Drugi značajan prediktor od crta ličnosti bila je ugodnost. Što je izraženija navedena crta ličnosti kod bolesnika, to više doprinosi zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege bolesnika. Istraživanja na ovu temu nisu provedena, međutim osobe koje su visoko na skali ugodnosti opisuju se kao kooperativne, ljubazne, obazrive i društveno prilagodljive (222). One su sklone pokazivanju empatije, altruizma i želje za pomaganjem drugima (223). Takve osobe često teže harmoničnim odnosima, izbjegavaju sukobe i nastoje zadovoljiti potrebe i očekivanja drugih. Ugodne osobe također su poznate po tome što su pouzdane, pristojne i otvorene za savjete, što im omogućava da izgrade snažne i pozitivne međuljudske odnose (222, 223). Ugodnost, kao osobina ličnosti, odnosi se na tendenciju osobe da bude suradljiva, ljubazna, obazriva i društveno prilagodljiva (218). Jedan od razloga za to jest što su ugodne osobe sklonije pozitivnoj komunikaciji s medicinskim osobljem. Oni su obično pristojniji, otvoreniji za savjete i lakše izražavaju svoje potrebe i brige na nenapadan način (224), navedeno ponašanje može olakšati bolju komunikaciju i suradnju s medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima što posljedično može dovesti i do boljega razumijevanja i individualiziranijega pristupa zdravstvenih radnika, što može povećati bolesnikovo zadovoljstvo (224). Ugodne osobe također često pokazuju više povjerenja prema zdravstvenim radnicima i sustavu, što može smanjiti stres i anksioznost povezane s liječenjem. Povjerenje i osjećaj sigurnosti u procesu liječenja važni su aspekti bolesnikova iskustva i mogu značajno doprinijeti njihovom ukupnom zadovoljstvu zdravstvenom njegovom (225). Nadalje, ugodne osobe imaju tendenciju da budu optimističnije i pozitivnije u procjeni situacija, što može dovesti do boljega subjektivnog iskustva, čak i u izazovnim zdravstvenim situacijama. Njihova sposobnost da održavaju pozitivne međuljudske odnose može također

značiti da će imati podršku obitelji i prijatelja, što može dodatno poboljšati njihovo iskustvo zdravstvene njege (4). Dakle moguće je kako je mehanizam djelovanja crte ličnosti ugodnosti na zadovoljstvo kvalitetom zdravstvenom njegom bolesnika u tome što ove osobine olakšavaju interakciju i suradnju s medicinskim osobljem te doprinose pozitivnijemu stavu prema liječenju i oporavku.

Prema tome, može se sumirati kako su crta ličnosti neuroticizma medicinskih sestara i medicinskih tehničara najznačajniji prediktor zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege, dok su nešto manje važni, ali i dalje značajni, zadovoljstvo poslom i bračni status (oni koji nisu u braku) medicinskih sestara i medicinskih tehničara.

Dodatan naglasak važnosti crta ličnosti u stvaranju percepcije o kvaliteti zdravstvene njege dobiva se i uvidom u vrijednost prilagođenog koeficijenta determinacije koji je pokazao kako uključivanjem crta ličnosti u regresiju dolazi do značajnog povećanja od dodatnih 15,3 % objašnjenja varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege, čime se ukupno objašnjenje varijance u sva tri koraka povećalo na 38,5 %. Ovaj dodatni doprinos crta ličnosti pokazuje koliko su individualne razlike važne u percepciji i evaluaciji zdravstvene njege. Više izražene crte ličnosti poput ugodnosti, čije su karakteristike suradljivost, ljubaznost i društvena prilagodljivost, te savjesnosti, koja podrazumijeva organiziranost, pedantnost i odgovornost, značajno doprinose kako bolesnici doživljavaju svoju njegu (223). Bolesnici s izraženijim navedenim osobinama imaju veću sklonost pozitivnoj komunikaciji s medicinskim osobljem, boljemu pridržavanju medicinskih preporuka i većemu povjerenju u zdravstveni sustav, što sve zajedno doprinosi višim ocjenama zadovoljstva. Povećanje objašnjene varijance u trećemu koraku regresijske analize za 15,3 % nakon uključivanja crta ličnosti u model daje dodatan naglasak kako psihološke karakteristike bolesnika ne treba zanemarivati pri procjeni zadovoljstva kvalitetom zdravstvenom njegom te kako su one jedan od ključnih faktora koji mogu utjecati na bolesnikovo iskustvo i zadovoljstvo pruženom zdravstvenom njegom.

### **6.2. Doprinos varijabli vezanih uz demografska obilježja, posao i crte ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara na razinu zadovoljstva bolesnika kao indikatora procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege**

U dijelu istraživanja koje je provedeno među medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima prije obrade rezultata napravljena je faktorska analiza upitnika organizacijske

pravednosti i indeksa zadovoljstva poslom kako bi se utvrdila njihova pouzdanost, ali i faktorska struktura oba upitnika na istraživanome uzorku. Pogotovo jer je kod upitnika organizacijske pravednosti već i sam autor sugerirao kako on može mjeriti tri ili četiri dimenzije (113), tako uz dvije nepromjenjive dimenzije (proceduralna i distributivna) postoje i informacijska i interpersonalna, međutim i sam autor navodi kako se one mogu promatrati i kao jedna jedinstvena dimenzija, interakcijska (113). Tako su rezultati ovoga istraživanja pokazali kako se upitnik organizacijske pravednosti na ovome uzorku sastoji od tri faktora kojim je objašnjeno 69,31 % zajedničke varijance. Također sva tri faktora su pokazala odličnu pouzdanost (od  $\alpha = 0,855$  do  $\alpha = 0,950$ ). Kod Indeksa zadovoljstva poslom faktorska analiza je potvrdila jednofaktorsku strukturu originalnog upitnika (152) te se pokazalo kako upitnik ima dobru pouzdanost (od  $\alpha = 0,838$ ). Ti nalazi sugeriraju kako su navedene mjerne skale adekvatne za korištenje u daljnjim analizama te pružaju stabilnu i pouzdanu osnovu i adekvatnost za ispitivanje organizacijske pravednosti i zadovoljstva poslom među medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima.

Što se tiče rezultata regresijske analize, u prvome koraku analizirane su demografske varijable koje su bile značajne u univarijantnoj analizi. Kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara rezultati su pokazali kako oni koji nisu u braku značajno negativno doprinose procjeni kvalitete zdravstvene njege kod bolesnika u odnosu na one medicinske sestre i medicinske tehničare koji su u braku. Ne postoje istraživanja na ovu temu. Međutim mogući razlozi ovakvih rezultata mogli bi biti u tome što život u bračnoj zajednici pruža pozitivan učinak na zdravlje. Pojedinci u braku, posebno muškarci, imaju duži očekivani životni vijek od neoženjenih (226, 227), bolje mentalno zdravlje (228) i izvješćuju o većemu zadovoljstvu cjelokupnom kvalitetom života (229). Zapravo sve više literature opisuje koncept zaštitne uloge braka. Ovaj koncept podrazumijeva zaštitnu ulogu snažnoga društvenog odnosa koji može rezultirati boljim zdravljem jer supružnici (osobito žene) funkcioniraju kao njegovatelji, pružajući fizičku i emocionalnu podršku (230 – 232). Upravo je ovo možda poluga preko koje bračni status medicinskih sestara i medicinskih tehničara utječe na zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege bolesnika jer se pokazalo kako su medicinske sestre i medicinski tehničari koji su boljšeg zdravstvenog statusa zadovoljniji poslom (106), a s druge strane, oni koji su zadovoljniji poslom pružaju kvalitetniju zdravstvenu njegu (89, 94, 95, 233).

U prvome koraku regresijske analize varijable su objasnile 5,3 % varijance zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege bolesnika. Iako djeluje kako ovo objašnjenje nije veliko, ono je značajno, ali također treba i napomenuti kako je u ovome koraku bila uključena samo

varijabla bračnoga statusa bolesnika jer se ona jedina pokazala značajnom u univarijantnoj analizi koja je prethodila multivarijantnoj. Dakle, ova količina objašnjene varijance, jer se radi samo o jednome čimbeniku, ukazuje kako je bračni status medicinskih sestara i medicinskih tehničara vrlo važan čimbenik u razumijevanju zadovoljstva bolesnika zdravstvenom njegom.

U drugome koraku regresijske analize uključene su varijable koje se odnose na posao medicinskih sestara i medicinskih tehničara koje su se prethodno u univarijantnoj analizi pokazale značajnima – bolovanje protekle godine i zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Pokazalo se kako u ovome koraku jedino zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara značajno doprinosi zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege bolesnika. Takvi nalazi sukladni su prethodnim istraživanjima (89, 94, 95, 233). Dijelom je već ranije spomenut ovaj odnos koji je istraživan i dokazan (89, 94, 95, 233). Medicinske sestre i medicinski tehničari koji su zadovoljniji poslom skloniji su ispoljavanju pozitivnijih stavova i suosjećajnosti te pružanja skrbi koja je usredotočena na potrebe bolesnika (234). To rezultira poboljšanim kliničkim ishodima, smanjenim pogreškama u radu te povećanim zadovoljstvom bolesnika (234). Zadovoljne medicinske sestre pokazuju veću osjetljivost na zahtjeve bolesnika, emotivnu pomoć te jamče brže intervencije, čime se obogaćuje cjelokupno iskustvo bolesnika i zadovoljstvo zdravstvenim uslugama. Bolesnici su skloniji vidjeti kvalitetu liječenja u pozitivnome svjetlu kada o njima brinu medicinske sestre i medicinski tehničari koji su zadovoljni i potpuno uključeni, koji pokazuju empatiju, kompetentnost i profesionalnost (235). Različiti su se čimbenici kroz istraživanja pokazali kako mogu utjecati na zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara kao što je dob, odnosno stariji zaposlenici su u određenim istraživanjima bili zadovoljniji poslom (106, 236 – 238). Razlozi tome mogli bi biti u činjenici kako su u starijoj dobi smanjena određena očekivanja od posla, ali je došlo i do povećanja radnoga iskustva kasnije u karijeri, što može rezultirati lakšim ispunjavanjem očekivanja, a time i posljedično većim zadovoljstvom poslom (106). Također i ne manje važno, medicinske sestre i medicinski tehničari s napredovanjem u karijeri imaju priliku nastaviti s dodatnim obrazovanjem, te si time otvaraju vrata za bolje radno mjesto što može donijeti i osjećaj adekvatne nagrade za svoj doprinos, što može pozitivno utjecati na zadovoljstvo poslom (106). Od nekih drugih osobnih čimbenika, zdravstveno stanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara pokazalo se kao važan čimbenik koji utječe na zadovoljstvo poslom (106, 239), što svakako ne iznenađuje jer profesija medicinske sestre ponekad može biti fizički zahtjevna, s iscrpljujućim dugim smjenama, noćnim radom ili prekomjernim opterećenjem bolesnika po medicinskoj



sestri. Nemogućnost obavljanja radnih dužnosti u potpunosti ili uz cijenu dodatne fizičke patnje nedvojbeno će dovesti umanjenoga zadovoljstva poslom (106).

Dakle, zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara važno je za kvalitetniji doživljaj pružene skrbi kod bolesnika, ali s druge strane, mnogo je čimbenika koji mogu djelovati na to isto zadovoljstvo poslom, na koje se može utjecati, ali i oni na koje ne može utjecati sam zaposlenik ili organizacija. Međutim od održavanja visokog zadovoljstva poslom zdravstvena ustanova mogla bi imati višestruke koristi, od većih radnih učinaka (106), ali i zadovoljnije bolesnike, što je u današnjemu sve više tržišno orijentiranome zdravstvenom sustavu važno jer je usmena preporuka bolesnika jedan od najvažnijih čimbenika u biranju zdravstvene ustanove u kojoj će se bolesnik liječiti (47).

U drugome koraku navedene varijable koje su uključene u analizu objašnjavaju značajno 9,5 % varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege. Ovaj relativno velik postotak objašnjene varijance daje važnost svemu ranije napisanome o važnosti zadovoljstva poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara u krajnjem zadovoljstvu bolesnika zdravstvenom njegom, odnosno kako može imati značajan utjecaj na njihov radni učinak, motivaciju i sklonost pružanju visokokvalitetne njege. Time se ponovo naglašava važnost praćenja zadovoljstva medicinskih sestara i medicinskih tehničara koje bi radili poslodavci jer se time poboljšava jedan od indikatora kvalitete zdravstvene njege kao ključnih alata za mjerenje i poboljšanje pružanja zdravstvenih usluga, jer pružaju podatke koji mogu pomoći u razumijevanju i unapređenju različitih aspekata zdravstvene njege (43).

U trećemu koraku regresijske analize uključene su crte ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara koje su se u univarijantnoj analizi pokazale značajnima, a to su bile neuroticizam i ugodnost. Međutim samo se crta ličnosti neuroticizma medicinskih sestara i medicinskih tehničara pokazala kao značajan prediktor zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege, te se pokazalo kako ona negativno doprinosi zadovoljstvu bolesnika njegom. Nema prethodnih istraživanja na ovu temu. Za bolje razumijevanje potencijalnih razloga ovakvim rezultatima treba reći kako se neuroticizam definira kao opća sklonost doživljavanju negativnih učinaka te kako su neurotičniji pojedinci skloniji iracionalnim idejama te manje sposobni kontrolirati svoje impulse i lošije se nositi sa stresom od drugih osoba (240). Dakle neuroticizam je crta ličnosti kod koje osobe imaju sklonost doživljavanju negativnoga afekta, uključujući ljutnju, tjeskobu, samosvijest, razdražljivost, emocionalnu nestabilnost i depresiju (241). Osobe s povišenim razinama neuroticizma slabo reagiraju na

stres, uobičajene situacije tumače kao prijeteće, a manje frustracije mogu doživjeti kao beznadno porazne (241 - 243). Osobe s izraženijom navedenom crtom ličnosti razmišljaju na način koji dovodi do negativnije percepcije njihovih međuljudskih iskustava, bez obzira na objektivnu kvalitetu tih iskustava (244). Recimo, u kontekstu ovoga rada medicinske sestre i medicinski tehničari koji imaju izraženiju crtu ličnosti neuroticizma mogu šutnju bolesnika, koji može biti zabrinut za svoje stanje, interpretirati kao da bolesnici imaju nešto protiv njih. Kako je sestrištvo pomagačka profesija te uključuje niz međuljudskih odnosa na poslu, od kojih je jedan i odnos s bolesnikom, osobe s izražajnijim neuroticizmom mogu stvarati lošije odnose s bolesnicima te je moguće kako su i bolesnici nezadovoljniji njegovom u takvim situacijama. Prilikom narušenih međuljudskih odnosa između medicinskih sestara / medicinskih tehničara i bolesnika ne dolazi do stvaranja „terapijskog međuljudskog odnosa“ koji je fokusiran na postizanje najboljega ishoda za bolesnika (245). Ovaj je koncept povezan s konceptom skrbi usmjerene na bolesnika (245). Skrb usmjerena na bolesnika (poznata i kao skrb usmjerena na osobu ili skrb usmjerena na bolesnika i obitelj) opisuje standard skrbi koji osigurava da su bolesnik i njegova obitelj u središtu pružanja skrbi (246). Skrb usmjerena na bolesnika zahtijeva od zdravstvenih radnika da imaju sposobnost formiranja terapijskih međuljudskih odnosa koji izazivaju istinske želje bolesnika te prepoznaju i odgovaraju na njihove potrebe i emocionalne brige (247). Dakle moguće je kako ne stvaranjem ovih odnosa bolesnici mogu doživjeti kako njihove potrebe nisu zadovoljene (248).

Dakle može se sumirati kako su crte ličnosti savjesnosti i ugodnosti te boravak u sobi s dvije ili više osoba bolesnika najznačajniji prediktori zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege, dok su nešto manje važni, ali i dalje značajni, samoprocijenjeno zdravstveno stanje i spol bolesnika.

U trećem koraku crte ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara značajno objašnjavaju 13 %, dok ukupno sve varijable uključene u analizu objašnjavaju 27 % varijance zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege. Dakle i ovaj nalaz daje važnost neuroticizmu kao najsnažnijemu prediktoru kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji može utjecati na zadovoljstvo bolesnika njegovom. Ovaj nalaz ima značaj u daljnjoj selekciji osoblja koje zdravstvene ustanove primaju u radni odnos jer se prilikom prijema na posao može obratiti pažnja na navedenu crtu ličnosti, koja može biti važan čimbenik u zadovoljstvu bolesnika pruženom uslugom. Također, primjena nije ograničena samo na prijem u radni odnos, već i na selekciju studenata za studije medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Korištenje psiholoških procjena u procesu zapošljavanja i obrazovanja može

pomoći u identifikaciji kandidata koji su najbolje prilagođeni za pružanje visokokvalitetne zdravstvene njege, što dugoročno može smanjiti stopu fluktuacije osoblja i poboljšati ishode za bolesnike.

## 7. ZAKLJUČAK

Na osnovi provedenoga istraživanja i analizom dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Očekivano je i dobiveno da zadovoljstvo poslom pozitivno doprinosi zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege bolesnika, dok neuroticizam medicinskih sestara i medicinskih tehničara negativno doprinosi istome. Međutim, percipirana organizacijska pravednost i crta ličnosti ugodnosti nisu se pokazale značajnim prediktorima zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege kako je očekivano. Također su se kao značajan prediktor zadovoljstva njegovom istakli bračno stanje (oni koji nisu u braku) medicinskih sestara i medicinskih tehničara.
- Očekivano je i dobiveno da muški spol, bolje zdravstveno stanje i crta ličnosti ugodnosti bolesnika značajno pozitivno doprinose zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege bolesnika. Međutim dužina boravka u bolnici, neuroticizam i ekstraverzija bolesnika nisu se pokazali značajnim prediktorima zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege kako je očekivano. Također su se kao značajni prediktori zadovoljstva njegovom istakli bračno stanje (oni koji nisu u braku) i crta ličnosti savjesnosti bolesnika.
- Rezultati razlika u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege pokazali su kako postoje razlike prema spolu, dobi, bračnome stanju, zaposlenju i zdravstvenome stanju bolesnika. Također postoje razlike prema načinu prijema u bolnicu, broju bolesnika u sobi tijekom hospitalizacije i broju boravaka u bolnici.

## 8. SAŽETAK

**Cilj istraživanja:** Glavni je cilj doktorskoga rada bio ispitati doprinos varijabli vezanih uz demografska obilježja, posao i crte ličnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara na razinu zadovoljstva bolesnika kao indikatora procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege te ispitati doprinos varijabli vezanih uz demografska obilježja, zdravstveno stanje i crte ličnosti bolesnika na razinu zadovoljstva bolesnika kao indikatora procesa u sustavu upravljanja kvalitetom zdravstvene njege.

**Nacrt studije:** Provedena je presječna studija.

**Ispitanici i metode:** U istraživanju je sudjelovalo 212 hospitaliziranih bolesnika u Općoj županijskoj bolnici Požega i 108 medicinskih sestara i medicinskih tehničara zaposlenih na odjelima gdje su bolesnici hospitalizirani. Istraživanje je provedeno od 2022. do 2024. godine.

**Rezultati:** Dobiveno je kako zadovoljstvo poslom pozitivno ( $p < 0,001$ ), dok neuroticizam ( $p < 0,001$ ) i bračno stanje (oni koji nisu u braku) ( $p = 0,010$ ) medicinskih sestara i medicinskih tehničara negativno doprinosi zadovoljstvu kvalitetom zdravstvenom njegovom bolesnika. S druge strane, kod bolesnika muški spol ( $p = 0,011$ ), bolje zdravstveno stanje ( $p = 0,006$ ), boravak u sobi s dvije i više osoba u sobi ( $p = 0,002$ ) i crte ličnosti ugodnosti ( $p = 0,012$ ) i savjesnosti ( $p = 0,004$ ) bolesnika značajno pozitivno doprinose zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege bolesnika, dok bračno stanje (oni koji nisu u braku) negativno doprinosi zadovoljstvu bolesnika kvalitetom zdravstvene njege.

**Zaključak:** Najznačajniji su prediktori zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege neuroticizam medicinskih sestara i crte ličnosti ugodnosti i savjesnosti te boravak u sobi s dvije i više osoba kod bolesnika. Nešto manje važni, ali i dalje značajni prediktori su bračno stanje onih koji nisu u braku, zdravstveno stanje i spol bolesnika te bračno stanje onih koji nisu u braku i zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i medicinskih tehničara.

**Ključne riječi:** crte ličnosti, hospitalizirani bolesnici, kvaliteta zdravstvene njege, medicinske sestre / medicinski tehničari, organizacijska pravednost, zadovoljstvo poslom.

## 9. SUMMARY

### **Predictors of patient satisfaction and nurse satisfaction as indicators of process in the healthcare quality management system**

**Objectives:** The main objective of the doctoral thesis was to examine the contribution of variables related to demographic characteristics, job, and personality traits of nurses and technicians to the level of patient satisfaction as an indicator of processes in the nursing care quality management system, and to examine the contribution of variables related to demographic characteristics, health status, and personality traits of patients to the level of patient satisfaction as an indicator of processes in the nursing care quality management system.

**Study Design:** A cross-sectional study was conducted.

**Participants and Methods:** The study involved 212 hospitalized patients at the General County Hospital Požega and 108 nurses and technicians employed in the departments where the patients were hospitalized. The research was conducted from 2022 to 2024.

**Results:** Job satisfaction positively contributes to patient satisfaction with the quality of nursing care ( $p < 0.001$ ), while neuroticism ( $p < 0.001$ ) and marital status (those who are not married) ( $p = 0.010$ ) of nurses and technicians negatively contribute to patient satisfaction with the quality of nursing care. On the other hand, for patients, male gender ( $p = 0.011$ ), better health status ( $p = 0.006$ ), staying in a room with two or more people ( $p = 0.002$ ), and the personality traits of agreeableness ( $p = 0.012$ ) and conscientiousness ( $p = 0.004$ ) significantly positively contribute to patient satisfaction with the quality of nursing care. Conversely, marital status (those who are not married) negatively contributes to patient satisfaction with the quality of nursing care.

**Conclusion:** The most significant predictors of patient satisfaction with the quality of nursing care are the neuroticism of nurses and the personality traits of agreeableness and conscientiousness, as well as staying in a room with two or more people for patients. Less important but still significant predictors include marital status (those who are not married), the

health status and gender of patients, as well as job satisfaction and marital status (those who are not married) of nurses and technicians.

**Key Words:** hospitalized patients, job satisfaction, nurses, organizational justice, personality traits, quality of nursing care.

**10. LITERATURA**

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>. Datum pristupa: 17. 1. 2024.
2. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos I. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. Observatory Studies Series. Bodmin Cornwall: MPG Books Ltd; 2008.
3. Ostojić R, Bilas V, Franc S. Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica europske unije i republike hrvatske. Poslovna izvrsnost. 2012;6(2):109-25.
4. Shaw CD, Kalo I. Background for national quality policy in health systems. WHO document 2002. Dostupno na adresi: [www.euro.who.int/document](http://www.euro.who.int/document). Datum pristupa: 16. 8. 2023.
5. Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Vol. 1. Lohr KN, urednik. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.
6. WHO, Quality of care. Dostupno na: [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1). Datum pristupa: 20. 3. 2024.
7. Kvaliteta i sigurnost zdravstvene zaštite. Dostupno na: <https://hzzo.hr/nacionalna-kontaktna-tocka-ncp/zdravstveno-osiguranje-u-republici-hrvatskoj/kvaliteta-i-sigurnost-0#:~:text=Kvaliteta%20zdravstvene%20za%C5%A1tite%20podrazumijeva%20skup,Nacionalna%20strategija%20zdravstva>. Datum pristupa: 15. 2. 2024.
8. Drvodelić M. Pokazatelji kvalitete zdravstvene njege na bolničkom odjelu. University of Zagreb, School of Medicine. Diplomski rad, 2021. Dostupno na: <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A4651/datastream/PDF/view>. Datum pristupa: 11. 5. 2024.
9. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009 [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 1970. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>. Datum pristupa: 11. 4. 2024.
10. Zakon o zaštiti prava bolesnika. Dostupno na adresi: <https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-bolesnika>. Datum pristupa: 3. 2. 2024.



11. Priručnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite. Dostupno na adresi:  
<https://aaz.hr/hr/dokumenti/prirucnik-o-standardima-kvalitete-zdravstvene-zastite-i-nacinu-njihove-primjene>. Datum pristupa: 1. 2. 2024.
12. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I. 1. izd. Michigan: Health Administration Press; Ann Arbor; 1980.
13. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Narodne novine NN 107/2007 . Dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007\\_10\\_107\\_3129.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_10_107_3129.html). Datum pristupa: 18. 4. 2024.
14. Pokazatelji kvalitete. Dostupno na: <https://www.aaz.hr/hr/kvaliteta/pokazatelji>. Datum pristupa: 13. 4. 2024.
15. Standardi kvalitete. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Dostupno na: <https://aaz.hr/hr/kvaliteta/standardi>. Datum pristupa: 15. 4. 2024.
16. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011\\_07\\_79\\_1693.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html). Datum pristupa: 18. 4. 2024.
17. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. Health Affairs. 2002;21(3):80-90.
18. Gabani J, Mazumdar S, Suhrcke M. The effect of health financing systems on health system outcomes: A cross-country panel analysis. Health Econ. 2023;32(3):574-619.
19. Čakalić S. Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom pruženih usluga zdravstvene skrbi u kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet. Diplomski rad. 2018. Dostupno na: <https://repositorij.mefos.hr/islandora/object/mefos:782>. Datum pristupa: 14. 1. 2024.
20. Abdel Maqsood A S, Oweis AI, Hansa FS. Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. Int J Nurs Pract. 2012;18:140-6.
21. Akhtari-Zavare M, Abdullah M H, Syed Hassan ST, Binti Said S, Kamali M. Patient satisfaction: Evaluating nursing care for patients hospitalized with cancer in Tehran Teaching Hospitals, Iran. Glob J Health Sci. 2010;2(1):117-26.
22. Mohanan K, Kaur S, Das K, Bhalla A. Patient satisfaction regarding nursing care at emergency outpatient department in a tertiary care hospital. J Ment Health Hum Be. 2010;15(1):54-8.

23. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*. 2019;6(2):535-45.
24. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014;29(1):3-7.
25. Goh MI, Ang ENK, Chan YH, He HG, Vehvilainen Julkunen K. A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the revised humane caring scale. *Applied Nursing Research*. 2016;31:126-31.
26. Shinde M, Kapurkar K. Patient's satisfaction with nursing care provided in selected areas of tertiary care hospital. *Int J Sci Res*. 2014;3(2):150-60.
27. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988;25(1):25-36.
28. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CK. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*. 2009;87(4):271-8.
29. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64(1): 12-40.
30. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *Int J Health Care Qual Assur*. 2009;22:366-81.
31. Buchanan J, Dawkins P, Lindo JLM. Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *Int Emerg Nurs*. 2015;23:218-24.
32. Dzomeku VM, Atinga BE, Tulukuu P, Mantey RE. In-patient satisfaction with nursing care: A case study at Kwame Nkrumah University of Science and Technology hospital. *IJMRHS*. 2013;2(1):19-24.
33. Fröjd C, Swenne CL, Rubertsson C, Gunningberg L, Wadensten B. Patient information and participation still in need of improvement: Evaluation of patients' perceptions of quality of care. *J Nurs Manag*. 2011;19:226-36.
34. Baumbach L, Frese M, Härter M, König H-H, Hajek A. Patients Satisfied with Care Report Better Quality of Life and Self-Rated Health – Cross-Sectional Findings Based on Hospital Quality Data. *Healthcare*. 2023;11(5):775.
35. Renzi C, Tabolli S, Picardi A, Abeni D, Puddu P, Braga, M. Effects of patient satisfaction with care on health-related quality of life: A prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:712-8.

36. Dossey BM, Selanders LC, Beck DM, Attewell A. Florence Nightingale today: Healing, leadership, global action. Dostupno na: [www.nursingworld.org/books/pdescr.cfm?cnum=29#04FNT](http://www.nursingworld.org/books/pdescr.cfm?cnum=29#04FNT). Datum pristupa: 14. 2. 2024.
37. Sheingold BH, Hahn JA. The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960. *IJANS*. 2014;1:18-22.
38. Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Online J Issues Nursing*. Dostupno na: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-12-2007/number-3-september-2007/nursing-quality-indicators/>. Datum pristupa: 17. 4. 2024.
39. Vujanić E. Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2019. Diplomski rad. Dostupno na: <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A5440/datastream/PDF/view?language=hr>. Datum pristupa: 11. 1. 2024.
40. American Nurses Association. *Nursings report card for acute care*. Washington, DC: American Nurses Publishing; 1995.
41. Philip G, Hazlett SA. The measurement of service quality: a new P-C-P attributes model. *Int J Qual Reliab Manag*. 1997;14(3):260-86.
42. Burt K. Quality Watch: State Nurses Associations Work to Prove Nursing Quality. *AJN*. 1998;98(5):58.
43. Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators. *Online J Issues Nurs*. 2007;12(3):2.
44. Pravilnik o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Dostupno na adresi: <https://www.zakon.hr/cms.htm?id=29297>. Datum pristupa: 20. 2. 2024.
45. Leigh JA, Douglas CH. A case study of a preceptorship programme in an acute NHS Trust – using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development. *J Nurs Manag*. 2005;13:508-18.
46. Benceković Ž. Analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege na Internoj klinici (1. dio). *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*. 2008;4(14):0-0.
47. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, i sur. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Sci*. 2018;13:98.
48. Quentin W, Partanen VM, Brownwood I, Klazinga N. Measuring healthcare quality. U: Busse R, Klazinga N, Panteli D, i sur., urednici. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*.

- Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. 2019;53(3). Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549260/>. Datum pristupa: 20. 2. 2024.
49. John J. Patient satisfaction: the impact of past experience. *J Health Care Mark.* 1992;12(3):56-64.
50. Yusefi A, Sarvestani S, Kavosi Z, Bahmaei J, Mehrizi M, Mehralian G. Patients' perceptions of the quality of nursing services. *BMC Nursing.* 2022;21(1):131. doi: 10.1186/s12912-022-00906-1.
51. Sharew NT, Bizuneh HT, Assefa HK, et al Investigating admitted patients' satisfaction with nursing care at Debre Berhan Referral Hospital in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2018;8:e021107.
52. Kasa AS, Gedamu H. Predictors of adult patient satisfaction with nursing care in public hospitals of Amhara region, Northwest Ethiopia. *BMC Health Services Research.* 2019;19(1):52.
53. Ozsoy SA, Ozgür G, Durmaz Akyol A. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *Int Nurs Rev.* 2007;54:249-55.
54. Milutinović D, Simin D, Brkić N, Brkić S. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQQ questionnaire. *Scand J Caring Sci.* 2012;18:140-6.
55. Spector PE. *Job satisfaction: application, assesment, cause and consequences.* 1. izd. Thousand Oaks: Sage Publication; 1997.
56. Köberich S, Feuchtinger J, Farin E. Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2016;15:14.
57. Yusefi AR., Sarvestani SR. Kavosi Z, Bahmaei J, Mehrizi MM, Mehralian. Patients' perceptions of the quality of nursing services. *BMC Nurs.* 2022;21:131.
58. Liu Y, Wang G. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *J Nurs Care Qual.* 2007;22:266-71.
59. Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care.* 2003;15:337-44.
60. Etter JF, Perneger TV. Validating a satisfaction questionnaire using multiple approaches: a case study. *Soc Sci Med.* 1997;45:879-85.
61. Lin HC, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *Int J Qual Health Care.* 2004;16:437-45.

62. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs*. 2005;50:283-92.
63. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scand J Caring Sci*. 2003;17:339-46.
64. Richardson S, Casey M, Hider P. Following the patient journey: older persons' experiences of emergency departments and discharge. *Accid Emerg Nurs*. 2007;15:134-40.
65. Stoker S, Sayers A. Does the essence of care live up to patient expectations? *Practice Development in Health Care*. 2002;1:67-76.
66. Schofield I, Tolson D, Arthur D, Davies S, Nolan M. An exploration of the caring attributes and perceptions of work place change among gerontological nursing staff in England, Scotland and China (Hong Kong). *Int J Nurs Stud*. 2005;42:197-209.
67. Merkouris A, Andreadou A, Athini E, Hatzimbalasi M. Assessment of patient satisfaction in public hospitals in cyprus: a descriptive study. *Health Science Journal*. 2013;7:28-40.
68. Putra KR, Andayani T, Ningrum EH. Job satisfaction and caring behavior among nurses in a military hospital: A cross-sectional study. *Journal of Public Health Research*. 2021;10(2):2212.
69. Son YJ, Lee EK, Ko Y. Association of Working Hours and Patient Safety Competencies with adverse nurse outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(21):E4083.
70. Alharbi HF, Alzahrani NS, Almarwani AM, Asiri SA, Alhowaymel FM. Patients' satisfaction with nursing care quality and associated factors: A cross-section study. *Nurs Open*. 2023;10(5):3253-62.
71. Brešan M, Erculj V, Lajovic J, Ravljen M, Sermeus W, Grosek Š. The relationship between the nurses' work environment and the quality and safe nursing care: Slovenian study using the RN4CAST questionnaire. *PLoS One*. 2021;16:e0261466.
72. Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Res Nurs Health*. 2002;25(3):176-88.
73. Lambrou P, Merkouris A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. *Health Sci J*. 2014;8(3):298-317.

74. Lucas P, Jesus É, Almeida S, Araújo B. Relationship of the nursing practice environment with the quality of care and patients' safety in primary health care. *BMC Nurs.* 2023;2;22(1):413.
75. Lucas PRMB, Nunes EMGT. Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73:e20190479.
76. De Sul SIR, Lucas PRMB. Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nurs Open.* 2020;7(5):1475-81.
77. Aiken LH, Cerón C, Simonetti M, Lake ET, Galiano A, Garbarini A i sur. Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2018;29(3):322-7.
78. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care.* 2002;14:5-13.
79. De Brouwer BJM, Kaljouw MJ, Schoonhoven L, van Achterberg T. Essential elements of the nursing practice environment in nursing homes: psychometric evaluation. *Int J Older People Nurs.* 2017;12(2).
80. Coetzee SK, Klopper HC, Ellis SM, Aiken LH. A tale of two systems-nurses practice environment, well-being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):162-73.
81. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. U: Donnette MD, urednik. *Handbook of industrial and organisational psychology.* Chicago: Rand McNally1:1297-343.
82. Erdogan V, Yildirim A. Healthcare professionals' exposure to mobbing behaviors and relation of mobbing with job satisfaction and organizational commitment. *Procedia Comput Sci.* 2017;120:931-8.
83. Lee HJ. How emotional intelligence relates to job satisfaction and burnout in public service jobs. *Int Rev Adm Sci.* 2018;84:729-45.
84. Zangaro GA, Soeken KL. A meta - analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health.* 2007;30(4):445-58.
85. Daehlen M. Job satisfaction and job values among beginning nurses: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(12):1789-99.
86. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, De Haes HCJM. Stress, satisfation and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ.* 2003;168(3):271-5.
87. Hellín GMF, Ruiz Hernández JA, Ibáñez-López FJ, Seva Llor AM, Roldán Valcárcel MD, Mikla M, i sur. Relationship between Job Satisfaction and Workload of Nurses in Adult Inpatient Units. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;16;19(18):11701.

88. Wali R, Aljohani H, Shakir M, Jaha A, Alhindi H. Job Satisfaction Among Nurses Working in King Abdul Aziz Medical City Primary Health Care Centers: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2023;11;15(1):e33672.
89. Dor A, Halperin O. Nurses' Job Satisfaction and Motivation: Patients' and Nurses' Perceptions. *JBM*. 2022;10:121-31.
90. Jalal E, Hajibabae F, Farahaninia M, Joolae-Jolaei S, Hosseini A. Relationship between job satisfaction, absence from work and turnover among nurses. *J Nurs Midwifery Sci*. 2014;1:12-8.
91. Fauziah IO, Dian AS, Parawansa, JM. Performance Improvement through Interpersonal Communication and Job Satisfaction (Empirical Study of Nurses in Puskesmas/Community Health Center) in Makassar, Indonesia. *AEBMR*. 2018;92:2019:601-7.
92. Javanmardnejad S, Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharif Nia H, Montazeri A. Happiness, quality of working life, and job satisfaction among nurses working in emergency departments in Iran. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19:112.
94. Lu H, Zhao Y, While A. Job Satisfaction among Hospital Nurses: A Literature Review. *Int J Nurs Stud*. 2019;94:21-31.
95. Farman A, Kousar R, Hussain M, Waqas A, Gillani SA. Impact of Job Satisfaction on Quality of Care among Nurses on the Public Hospital of Lahore, Pakistan. *SJMPS*. 2017;3:511-9.
96. Colquitt JA, Conlon DE, Wesson M.J, Porter CO, Ng KY. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *J Appl Psychol*. 2001;86:425.
97. Adams JS. Towards an understanding of inequity. *J Abnorm Soc Psychol*. 1963;67:422. doi: 10.1037/h0040968.
98. Adams JS. Inequity in social exchange. *Adv Exp Soc Psychol*. 1965;2:267-99.
99. Ghosh D, Sekiguchi T, Gurunathan L. Organizational embeddedness as a mediator between justice and in-role performance. *J Bus Res*. 2017;75:130-7.
100. Pan X, Chen M, Hao Z, Bi W. The Effects of Organizational Justice on Positive Organizational Behavior: Evidence from a Large-Sample Survey and a Situational Experiment. *Front Psychol*. 2018;8:2315.
101. Cohen-Charash Y, Spector PE. The role of justice in organizations: a meta-analysis. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2001;86:278-321.

102. Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter CO, Ng KY. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *J Appl Psychol.* 2001;86:425.
103. Tessema MT, Tsegai G, Ready K, Embaye A, Windrow B. Effect of employee background on perceived organizational justice: managerial implications. *Int Rev Adm Sci.* 2014;80:443-63.
104. Akram T, Haider MJ, Feng YX. The effects of organizational justice on the innovative work behavior of employees: an empirical study from China. *Innovation.* 2016;2:114-26.
105. Mustafa MJ, Vinsent C, Badri SKZ. Emotional intelligence, organizational justice and work outcomes". *Prgan Manag J.* 2023;20(1):30-42.
106. Mamić M, Jovanović T, Galić S, Jelinčić I, Mikšić Š, Lovrić B, i sur. Influence of Personality Traits and Organizational Justice on Job Satisfaction among Nurses. *Behav Sci.* 2024;14(3):235.
107. Adams J. Inequity in social exchange. *Adv Exp Soc Psychol.* 1965;2:267-99.
108. Alexander S, Ruderman M. The role of procedural and distributive justice in organizational behavior. *Soc Justice Res.* 1987;1:177-98.
108. Cohen-Charash Y, Spector PE. The role of justice in organizations: a meta-analysis. *Organ Behav Hum Decis Process.* 2001;86:278-321.
109. Cropanzano R, Greenberg J. *Progress in Organizational Justice: Tunneling Through the Maze.* 4. izd. New York: John Wiley & Sons; 1997. str. 317-72.
110. Leventhal GS. What should be done with equity theory? U: Gergen K, Greenberg M, Willis R. *Social Exchange.* New York, NY: Springer; 1980. str. 27-55.
111. Swalhi A, Swalhi A, Zgoulli S, Zgoulli S, Hofaidhllaoui M, Hofaidhllaoui M. The influence of organizational justice on job performance: the mediating effect of affective commitment. *J Manage Dev.* 2017;36:542-59.
112. Lind EA, Tyler TR. *The Social Psychology of Procedural Justice.* Dordrecht: Springer Science & Business Media; 1988.
113. Colquitt JA, Rodell JB. Measuring justice and fairness. U: Cropanzano RS, Ambrose ML, urednici. *The Oxford handbook of justice in the workplace.* Oxford: Oxford University Press; 2015. str. 187-202.
114. Yangin D, Elma Cevat. The Relationship among Interactional Justice, Manager Trust and Teachers' Organizational Silence Behavior. *Univers J Educ Res.* 2017;5:325-33.



115. Colquitt JA, Canlon DE, Wesson MJ, Cristopher OIH, Yee K. Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *J Appl Psychol.* 2001;86(3):425-45.
116. Abu Auf Z, Bakr M, Shrief N. The relationship between organizational justice and nurses' productivity at Menoufia University Hospitals. *Menoufia Nursing Journal.* 2019;4(2): 57-68.
117. Kvist T, Voutilainen A, Mäntynen R. The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:466.
118. Moliner C, Martínez-Tur V, Ramos J, Peiró JM, Cropanzano R. Organizational justice and extrarole customer service: The mediating role of well-being at work. *Eur J Work Organ Psy.* 2008;17(3):327-48.
119. Mohamed SA. The relationship between organizational justice and quality performance among healthcare workers: a pilot study. *Sci World J.* 2014;2014:757425.
120. Beecroft PC, Dorey F, Wenten M. Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):41-52.
121. Elliot KEJ, Rodwell J, Martin AJ. Aged care nurses' job control influence satisfaction and mental health. *J Nurs Manag.* 2017;25:558-68.
122. Matthews G, Deary IJ, Whiteman MC. *Personality traits.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2003.
123. Dametto D, Noronha AP. Study between personality traits and character strengths in adolescents. *Curr Psychol.* 2021;40:5166.
124. Bouchard TJ. Genes, environment, and personality. *Science.* 1994;264(5166):1700-1.
125. Johnsen C. Personality traits and character strengths as predictors of well-being. *Diplomski rad.* Illionis: Eastern Illinois University; 2014. Dostupno na: <https://core.ac.uk/download/154532193.pdf>. Datum pristupa: 17. 2. 2024.
126. McCrae RR, Costa PT. *Personality in Adulthood: A Five-Factor Theory Perspective.* 2. izd. New York: The Guilford Press; 2003.
127. John OP, Srivastava S. *The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives.* U: Pervin LA, John OP, urednici. *Handbook of personality theory and research.* 2. izd. New York: Guilford; 1999.
128. McCabe KO, Fleeson W. What is extraversion for? Integrating trait and motivational perspectives and identifying the purpose of extraversion. *Psychol Sci.* 2012;23(12):1498-505.

129. Lai DWL, Qin N. Extraversion personality, perceived health and activity participation among community-dwelling aging adults in Hong Kong. *PLoS One*. 2018;13(12):e0209154.
130. Sun MY, Shi B. Impact of Introversion-Extraversion Personality Traits on Knowledge-Sharing Intention in Online Health Communities: A Multi-Group Analysis. *Sustainability*. 2023;15(1):417.
131. Kang W. Personality Traits Predict Life Satisfaction in Coronary Heart Disease (CHD) Patients. *J Clin Med*. 2022;26;11(21):6312.
132. Matthews G, Deary IJ, Whiteman MC. Personality traits. 3. izd. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
133. Cooper CL, Pervin LA. Personality: Critical Concepts. 1. izd. London: Routledge; 1998.
134. McCrae RR, John OP. An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *J Pers Soc Psychol*. 1992;60:175-215.
135. Judge TA. Five-Factor Model of Personality and Job Satisfaction: A Meta-Analysis. *J Appl Psychol*. 2002;87(3):530-41.
136. Akomolafe MJ. Personality Characteristics as Predictors of Academic Performance of Secondary School Students. *Mediterr J Soc Sci*. 2013;4:657-64.
137. McCrae RR, Costa PT, Martin TA, Oryol VE, Rukavishnikov AA, Senin IG, i sur. Consensual validation of personality traits across cultures. *J Res Pers*. 2006;38:179-201.
138. Angelini G. Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC Psychol*. 2023;11(1):49.
139. Knežević G, Radović B, Opačić G. Evaluacija „Big five“ modela ličnosti kroz analizu inventara ličnosti NEO PI-R. *Psihologija*. 1997;1-2:7-40.
140. Nadeem A, Mahmood Z, Saleem S. Personality traits as predictors of interpersonal difficulties in university students in Pakistan. *PJSCP*. 2018;16(1):3-9.
141. Adams JM. The Value of Worker Well-Being. *Public Health Rep*. 2019;134:583-6.
142. Younas A, Inayat S, Masih S. Nurses' perceived barriers to the delivery of person-centred care to complex patients: a qualitative study using theoretical domains framework. *J Clin Nurs*. 2023;32(3-4):368-81.
143. Younas A, Inayat S, Dal Molin A, Durante A. Nurses' Challenges to Developing Interpersonal Relationships During Integrated Care for Complex Patients. *West J Nurs Res*. 2023;10:894-901.

144. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest*. 2020;158(1):65-71.
145. Mamić M, Vidić H, Jovanović T, Galić S, Jelinčić I, Mikšić Š, i sur. Croatian Translation and Validation of the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ). *Healthcare*. 2024;12(9):888.
146. G\*Power: Statistical Power Analyses for Mac and Windows. Dostupno na adresi: <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower>. Datum pristupa: 22. 7. 2023.
147. Serdar CC, Cihan M, Yücel D, Serdar MA. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochem Med (Zagreb)*. 2021;31(1):010502.
148. Izumi S, Baggs JG, Knafl KA. Quality nursing care for hospitalized patients with advanced illness: concept development. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):299-315.
149. Cropanzano R, Bowen DE, Gilliland SW. The management of organizational justice. *AMP*. 2007;21(4):34-48.
150. Colquitt, J. A. On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):386-400.
151. Penezić Z, Slišković A, Rak I. Doprinos stavova prema radu i radnih vrijednosti pojašnjenju odgovornoga organizacijskog ponašanja. *Psihologijske teme*. 2013;22(3):457-80.
152. Brayfield AH, Rothe HF. An index of job satisfaction. *J Appl Psychol*. 1951;35(5):307-11.
153. Judge TA, Klinger R. Job satisfaction: Subjective well-being at work. U: Eid M, Larsen RJ, urednici. *The science of subjective well-being*. New York, NY: Guilford Press; 2008. str. 393-413.
154. Galić Z, Plećaš M. Quality of working life during the recession: The case of Croatia. *Croat Econ Surv*. 2012;14:5-41.
155. Šojat M. Neke odrednice zadovoljstva poslom programera na području Republike Hrvatske. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija; 2020. Dostupno na adresi: <https://repozitorij.hrstud.unizg.hr/islandora/object/hrstud:2349>. Datum pristupa: 12. 12. 2023.
156. Costa PT, McCrae RR. Revidirani NEO inventar ličnosti [NEO Personality Inventory-Revised]. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1989.

157. McCrae R, Costa P. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Pers Individ Dif*. 2004;36(3):587-96.
158. Matešić K, Nakić Radoš S, Kuna K. Comparing Relationship Between Personality Traits and Ways of Coping in Samples of Pregnant Women and Students. *Archives of Psychiatry Research*. 2019;55(2):153-64.
159. Laschinger HS, Hall LM, Pedersen C, Almost J. A psychometric analysis of the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire. *J Nurs Care Qual*. 2005;20(3):220-30.
160. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. 2005;8(2):94-104.
161. Thomas AG. Aggregated versus disaggregated data in regression analysis: implications for inference, *Economics Letters*. 2003;81(1):61-5.
162. Moineddin R, Urquia, ML. Regression Analysis of Aggregate Continuous Data. *Epidemiol*. 2014;25(6):929-30.
163. IBM SPSS Statistic. Dostupno na: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>. Datum pristupa: 12. 2. 2024.
164. JASP. Dostupno na: <https://jasp-stats.org/>. Datum pristupa: 12. 2. 2024.
165. Kol E, Arıkan F, İlaslan E, Akıncı M, Koçak M. A quality indicator for the evaluation of nursing care: Determination of patient satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*. 2017;25(1):51-6. DOI: 10.1016/j.colegn.2017.03.006.
166. Friganović A, Kalauz S, Redžić M, Ilić B, Kovačević I, Vidmanić S. Patient Satisfaction as a Nursing Care Quality Indicator in the ICU. *Croat Nurs J*. 2018;2 (1):5-20. <https://doi.org/10.24141/2/2/1/1>
167. Francis DL, Dumka N, Kotwal A, PK D. Why should we invest in health? Evidence from the lens of second-order benefits of health. *Journal of Global Health Reports*. 2023;7:e2023059. doi:10.29392/001c.85124
168. Ksykiewicz-Dorota A, Sierpińska L, Gorczyca R, Rogala-Pawelczyk G. Polish version of patient satisfaction with nursing care quality questionnaire (PSNCQQ). *Prog Health Sci*. 2011;1:51-6.

169. Kilic M, Oztunc G. Comparison of nursing care perceptions between patients who had surgical operation and nurses who provided care to those patients. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8(3):625-33.
170. Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JJ, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann Fam Med*. 2005;3(4):331-8.
171. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2012;75(2):257-63.
172. Crawford T, Candlin S, Roger P. New perspectives on understanding cultural diversity in nurse-patient communication. *Collegian*. 2017;24(1):63-9.
173. Madula P, Kalembo WF, Yu H, Kaminga CA. Healthcare provider-patient communication: A qualitative study of women's perceptions during childbirth. *Reprod Health*. 2018;15(135):1-10.
174. McCabe C. Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):41-9.
175. Schöpf AC, Martin GS, Keating MA. Humor as a communication strategy in provider-patient communication in a chronic care setting. *Qual Health Res*. 2017;27(3):374-90.
176. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20:158.
177. Joolae S, Joolaei A, Tschudin V, Bahrani N, Nikbakht NA. Caring relationship: the core component of patients' rights practice as experienced by patients and their companions. *J Med Ethics Hist Med*. 2010;3(4):1-7.
178. Boykins AD. Core communication competences in patient-centered care. *The ABNF J*. 2014;25(2):40-5.
179. Coulter A, Locock L, Ziebland S, et al. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ*. 2014;348:g2225.
180. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*. 2021;8:e019189. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019189.
181. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining patient experience. *Patient Experience Journal*. 2014;1(1):7-19.

182. Beach MC, Roter DL, Wang NY, Duggan PS, Cooper LA. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Educ Couns*. 2006;62(3):347-54.
183. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, Chochinov HM. Compassion in Health Care: An Empirical Model. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(2):193-203.
184. Tourangeau R, Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull*. 2007;133(5):859-83.
185. Fisher RJ. Social Desirability Bias and the Validity of Indirect Questioning. *J Consum Res*. 1993(20):303-15.
186. LaVela SL, Gallan AS. Evaluation and measurement of patient experience. *PXJ*. 2014;1(1):28-36.
187. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J*. 2003;20(5):402-5.
188. Ottosson B, Hallberg IR, Axellsson K, Loven L. Patients' satisfaction with surgical care impaired by cuts in expenditure and after interventions to improve nursing care at a surgical clinic. *Int J Qual Health Care*. 1997;9:43-53.
189. Teunissen TAM, Rotink ME, Lagro-Janssen ALM. Gender differences in quality of care experiences during hospital stay: A contribution to patient-centered healthcare for both men and women. *Patient Educ Couns*. 2016;99(4):631-7.
190. Wessels H, de Graeff A, Wynia K, de Heus M, Kruitwagen CL, Woltjer GT, i sur. Gender-related needs and preferences in cancer care indicate the need for an individualized approach to cancer patients. *Oncologist*. 2010;15:648-55.
191. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer*. 2000;88:226-37.
192. Clarke SA, Booth L, Velikova G, Hewison J. Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer Nurs*. 2006;29:66-72
193. Keller M, Henrich G. Illness-related distress: does it mean the same for men and women? Gender aspects in cancer patients' distress and adjustment. *Acta Oncol*. 1999;38:747-55.
194. Yesuf M, Abdu M. Patients' Perception Towards Quality of Nursing Care and Associated Factors at Agaro General Hospital, Southwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nurs*. 2023;9:23779608231197557.

195. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med.* 2003;18:23–30.
196. Thompson DA, Yarnold PR. Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: the disconfirmation paradigm. *Acad Emerg Med.* 1995;2(12):1057-62.
197. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2017.
198. Bloomer MJ, Lee SF, Lewis DP, Biro MA, Moss C. Single-room usage patterns and allocation decision-making in an Australian public hospital: A sequential exploratory study. *J Clin Nurs.* 2016;25(15-16):2200-10.
199. Cusack L, Wiechula R, Schultz T, Dollard J, Maben J. Anticipated advantages and disadvantages of a move to 100% single-room hospital in Australia: A case study. *J Nurs Manag.* 2019;27(5):963-70.
200. Ulrich RS. Evidence Based Environmental Design for Improving Medical Outcomes. 2003. Dostupno na: <https://www.brikbase.org/sites/default/files/Evidence%20Based%20Environmental%20Design%20for%20Improving%20Medical.pdf>. Datum pristupa: 18. 7. 2024.
201. Søndergaard SF, Andersen AB, Kolbaek R, Beedholm K, Frederiksen K. Influence of single-room accommodation on nursing care: A realistic evaluation. *Nurs Inq.* 2023;30(4):e12585.
202. Taylor E, Card AJ, Piatkowski M. Single-occupancy patient rooms: A systematic review of the literature since 2006. *HERD.* 2018;11(1):85-100.
203. Foss I. Gender Bias in Nursing Care? Gender-Related Differences in Patient Satisfaction with the Quality of Nursing Care. *Scand J Caring Sci.* 2002;16:19-26. 10.1046/j.1471-6712.2002.00045.x.
204. Tamata AT, Mohammadnezhad M. A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nurs Open.* 2023;10(3):1247-57.
205. Greipp ME. Client Age, gender, behaviour: effects on quality of predicted self-reactions and colleague reactions. *Nurs Ethics.* 1996;2:126-39.
206. Album D. Det kjønnsdelte pasientfellesskapet (The genderdivided patient commonality). U: Album D, MidreÅ G, urednici. Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam; 1987.
207. Alharbi HF, Alzahrani NS, Almarwani AM, Asiri SA, Alhowaymel FM. Patients' satisfaction with nursing care quality and associated factors: A cross-section study. *Nurs Open.* 2023;10(5):3253-62.

208. Al Qahtani MFA, Al Dahi S. Satisfaction with nursing care from the Inpatients' perspective in Prince Salman armed forced hospital Tabuk, Saudi Arabia. *MEJFM*. 2015;13:13-7. 10.5742/MEWFM.2015.92665
209. Wolff JL, Roter DL. Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Arch Intern Med*. 2008;168(13):1409-15.
210. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2014;140(1):140-87.
211. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. 3. izd. New York: Routledge; 2002.
212. Hosseini SB, Bagheri M. Comparison of Patient Satisfaction with Single Patient Rooms Versus Shared Patient Rooms. *Ann Mil Health Sci Res*. 2017;15(4):e80199.
213. Simon M, Maben J, Murrells T, Griffiths P. Is single room hospital accommodation associated with differences in healthcare-associated infection, falls, pressure ulcers or medication errors? A natural experiment with non-equivalent controls. *J Health Serv Res Policy*. 2016;21(3):147-55.
214. Taylor E, Card AJ, Piatkowski M. Single-Occupancy Patient Rooms: A Systematic Review of the Literature Since 2006. *HERD*. 2018;11(1):85-100.
215. Wilson J, Dunnett A, Loveday H. Relationship between hospital ward design and healthcare associated infection rates: what does the evidence really tell us? Comment on Stiller et al. 2016. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2017;6:71.
216. Hosseini S B, Bagheri M. Comparison of Patient Satisfaction with Single Patient Rooms Versus Shared Patient Rooms. *Ann Mil Health Sci Res*. 2017;15(4):e80199.
217. Costa Jr PT, McCrae RR. The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). U: Boyle GJ, Matthews G, Saklofske DH, urednici. *The SAGE handbook of personality theory and assessment, vol. 2. Personality measurement and testing*. London: Sage Publications, Inc.; 2008. str. 179-98.
218. Ozer DJ, Benet-Martínez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol*. 2006;57:401-21.
219. Saklofske DH, Austin EJ, Minski PS. Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Pers Individ Differ*. 2003;34(4):707-21.
220. Goldberg LR. An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *J Pers Soc Psychol*. 1990;59(6):1216-29.



221. Mikolajczak M, Roy E, Luminet O, de Timary P. Resilience and hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity under acute stress in young men. *Stress*. 2008;11(6):477-82.
222. John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. U: Pervin LA, John OP, urednici. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford Press; 1999. str. 102-38.
223. Kang W, Malvaso A. Associations between Personality Traits and Areas of Job Satisfaction: Pay, Work Itself, Security, and Hours Worked. *Behav Sci*. 2023;13:445.
224. Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol Bull*. 2004;130(6):887-919.
225. Hampson SE, Friedman HS. Personality and health: A lifespan perspective. U: John OP, Robins RW, Pervin LA, urednici. *Handbook of personality: Theory and research*. 3. izd. New York: The Guilford Press; 2008. str. 770-94.
226. Hu Y, Goldman N. Mortality differentials by marital status: an international comparison. *Demography*. 1990;27:233-50.
227. Simon RW. Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *Am J Sociol*. 2002;107:1065-96.
228. Stack S, Eshleman JR. Marital status and happiness: a 17-Nation Study. *J Marriage Fam* 1998;60:527.
229. Pandey KR, Yang F, Cagney KA, Smieliauskas F, Meltzer DO, Ruhnke GW. The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(12):e14871.
230. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38:300-14.
231. Espinosa J, Evans WN. Heightened mortality after the death of a spouse: marriage protection or marriage selection? *J Health Econ*. 2008;27:1326-42.
232. Arno PS, Levine C, Memmott MM. The economic value of informal caregiving. *Health Aff (Millwood)*. 1999;18:182-8.
233. Aron S. Relationship between Nurses' Job Satisfaction and Quality of Healthcare They Deliver [Magistarska disertacija, Minnesota State University, Mankato]. *Cornerstone: A Collection of Scholarly and Creative Works for Minnesota State University, Mankato*; 2015. Dostupno na: <https://cornerstone.lib.mnsu.edu/etds/506/>. Datum pristupa: 21. 6. 2024.

234. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2019;94:21-31.
235. Nurmeksela A, Mikkonen S, Kinnunen J, Kvist T. Relationships between nursing management, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit Level: A correlational study. *Research Square.* 2020;1(1):1-22.
236. Matagi L, Baguma P, Baluku MM. Age, job involvement and job satisfaction as predictors of job performance among local government employees in Uganda. *J Organ Eff People Perform.* 2022;9:489-505.
237. Bernal D, Snyder D, McDaniel M. The age and job satisfaction relationship: Does its shape and strength still evade us? *J Gerontol Ser B Psychol Sci.* 1998;53:287-93.
238. Curtis EA. The effects of biographical variables on job satisfaction among nurses. *Br J Nurs.* 2008;17:174-80.
239. Marchand A, Demers A, Durand P. Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociol Health Illn.* 2005;27:602-27.
240. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality. Inventory (NEO-PIR): Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
241. Ng TWH, Feldman DC. (2010). The relationships of age with job attitudes: A meta-analysis. *Personnel Psychology.* 2010;63(3):677–718.
242. Warr P. Age and occupational well-being. *Psychology and Aging.* 1992;7(1):37–45.
243. Widiger TA, Oltmanns JR. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World Psychiatry.* 2017;2:144-5.
244. Terman LM, Bittenwieser P, Ferguson LW, Johnson WB, Wilson DP. Psychological factors in marital happiness. New York: McGraw-Hill; 1938.
245. Kornhaber R, Walsh K, Duff J, Walker K. Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *JMDH.* 2016;9:537-46.
246. Bolster D, Manias E. Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(2):154-65.
247. Zandbelt LC, Smets EMA, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HCJM. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Med Care.* 2007;45(4):330-9.

248. Alhussin EM, Mohamed SA, Hassan AA, Al-Qudimat AR, Doaib AM, al Jonidy RM, i sur. Patients' satisfaction with the quality of nursing care: A cross-section study. IJANS. 2024;20:100690.

## 11. ŽIVOTOPIS

### Opći podaci:

Ime i prezime: Marin Mamić

Mjesto i datum rođenja: Slavonski Brod, 5. travnja 1978.

Zvanje: magistar sestrinstva (mag. med. techn.)

Matični broj studenta: 70210889/2021

Adresa: Tome Matića 20, Požega

Adresa e-pošte: marinmamic78@gmail.com

### Obrazovanje:

2023. Grupni analitičar, Institut za grupnu analizu (u tijeku)

2018. – 2023. Grupni psihoterapeut, Institut za grupnu analizu

2021. Poslijediplomski doktorski studij Biomedicina i zdravstvo u akademskoj godini, Medicinski fakultet u Osijeku

2016. – 2018. Sveučilišni diplomski studij sestrinstvo u Slavnskome Brodu, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek

2012. – 2015. Preddiplomski studij sestrinstva, Sveučilište sjever Varaždin

1992. – 1996. Srednja medicinska škola u Slavanskom Brodu

### Radno iskustvo:

1996. – 2019. OŽB Požega Odjel Psihijatrije

2019. – OŽB Požega Dnevna bolnica psihijatrije

2018. – Asistent vanjski suradnik FDMZ

### Članstvo u stručnim društvima:

HKMS – Hrvatska komora medicinskih sestara i tehničara

HKPT – Hrvatska komora psihoterapeuta

Objavljeni znanstveni i stručni radovi:

1. Mamić M, Gretzer T, Zirdum I, Vidić H, Tomić A, Mikšić Š, i sur. Meaning of Life in Secondary Abstainers from Alcohol (Abstain From Alcohol and Meaning of Life). *Archives of Psychiatry Research*. 2024;60(2):99-107. <https://doi.org/10.20471/june.2024.60.02.02>
2. Puharić M, Jovanović T, Puharić Z, Puharić F, Mamić M. Prediktori depresije kod učenika osmih razreda Požeško-slavonske županije. *Medica Jadertina*. 2024;54(1):11-8.
3. Mamić M, Vidić H, Jovanović T, Galić S, Jelinčić I, Mikšić Š, i sur. Croatian Translation and Validation of the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ). *Healthcare*. 2024;12(9):1-16.
4. Frančina M, Mikuš M, Mamić M, Jovanović T, Ćorić M, Lovrić B, i sur. Evaluation of PD-L1 Expression in Colorectal Carcinomas by Comparing Scoring Methods and Their Significance in Relation to Clinicopathologic Parameters. *Diagnostics*. 2024;14(10):1-15. doi: <https://doi.org/10.3390/diagnostics14101007>.
5. Mamić M, Jovanović T, Galić S, Jelinčić I, Mikšić Š, Lovrić B, i sur. Influence of Personality Traits and Organizational Justice on Job Satisfaction among Nurses. *Behav Sci*. 2024;14(3):1-14. doi: <https://doi.org/10.3390/bs14030235>.
6. Mamić M, Jelinčić I, Mikšić Š, Mamić I, Lovrić B, Jovanović T, i sur. Predictors of Facebook Addiction Among Young People. *Coll Antropol*. 2023;47(4):251-7. doi: 10.5671/ca.47.4.1.
7. Lovrić B, Placento H, Farčić N, Lipič Baligač M, Mikšić Š, Mamić M, i sur. Association between Health Literacy and Prevalence of Obesity, Arterial Hypertension, and Diabetes Mellitus. *IJERPH*. 2022;19(15):1-14. doi: 10.3390/ijerph19159002.

Prilozi sa skupova:

1. Mamić M, Ivanišević M, Jelinčić I, Jovanović T, Vidić H, Lovrić B, i sur. Čimbenici utjecaja na znanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o Alzheimerovoj bolesti. U: Železnik U, urednik. Zbornik predavanj z recenzijom: Proceedings of lectures with peer review. Slovenj Gradec; 2023. str. 32-43.
2. Cviljević S, Slišurić F, Lovrić B, Jovanović T, Mamić M. Kronične rane: najčešće izolirani mikroorganizmi i njihova antimikrobna osjetljivost. U: Kohek M, urednica.

- Izzivi na području oskrbe bolnikov s kronično rano: zbornik prispekov. Murska Sobota; 2019. str. 23-9.
3. Lovrić B, Paun M, Vukas K, Pezerović V, Mamić M. Upravljanje boli kod bolesnika s kroničnim ranama. U: Kohek M, urednica. Izzivi na području oskrbe bolnikov s kronično rano: zbornik prispekov. Murska Sobota; 2019. str. 40-8.
  4. Mamić M, Lovrić B. Korištenje mjera zaštite od infekcije hepatitisom B kod zdravstvenih radnika Požeško-slavonske županije. Celostna obravnava pacijenta: Holistic approach to the patient – zbornik prispekov: conference proceedings. 9th Scientific Conference With International Participation Holistic Approach To The Patient; 2019. str. 317-24.

Prošireni sažetak izlaganja sa skupa:

1. Mamić M. Predictors of nurse care quality by nurses/technicians and hospitalized patients. U: Bilić Čurčić I, urednica. Dies Doctorandorum 2023. Knjiga sažetaka. Osijek: Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek; 2023. str. 68-9.

Sažetci izlaganja sa skupova:

1. Jelinčić I, Klasan D, Mamić M, Jovanović T. Odnosi na radnome mjestu i njihova povezanost s napredovanjem i obiteljskim životom. U: Abou DA, urednik. Knjiga sažetaka: 13. međunarodni kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara „Sestrinstvo bez granica“: Izazov i modeli zapošljavanja medicinskih sestara i tehničara. HUMS; 2024. str. 57-8.
2. Mamić M, Zirdum I. Učinci interdisciplinarnog pristupa na psihološki distres kod pacijenata sa posttraumatskim stresnim poremećajem u dnevnoj bolnici. 2. KOKOSS konferencija „Interdisciplinarnost kao resurs: pojedinac i zajednica u fokusu“ – knjiga sažetaka. Zagreb: Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora, Hrvatska psihološka komora, Hrvatska komora psihoterapeuta, Hrvatska komora socijalnih pedagoga, Hrvatska komora socijalnih radnika; 2024. str. 120.
3. Jovanović T, Baranjec S, Mamić M, Tomac Jovanović J, Lovrić B, Cviljević S, i sur. Stavovi zaposlenika u zdravstvu općenito o cijepljenju i cijepljenju protiv COVID-19 bolesti. CROCMID 2022: knjiga sažetaka. 2022.
4. Jelinčić I, Šantić A, Klasan D, Mamić M, Jovanović T, Vidić H, i sur. Analiziranje utjecaja opioidne krize kroz zdravstveni i širi društveni kontekst. 5. kongres HNSS 2022: zbornik radova. 2022. str. 38.

5. Mamić I, Mamić M, Jelinčić I, Jovanović T, Vidić H, Lovrić B. Prediktori smisla života kod mladih. U: Lovreković B, urednik. Međunarodni kongres „14. Štamparovi dani“ Knjiga sažetaka. Požega: Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar; 2022. str. 60-1.
6. Mamić M, Jovanović T, Mamić I, Mikšić Š, Jelinčić I, Lovrić B, i sur. Organizacijska podrška kod medicinskih sestara i tehničara. TORAKS 2022 – 12. kongres Hrvatskog torakalnog društva. E-sažetci. Zagreb; 2022. str. 1-4.
7. Mamić M, Galić S, Mamić I, Lovrić B, Jovanović T, Vidić H, i sur. Čimbenici utjecaja na organizacijsku podršku kod medicinskih sestara i tehničara. U: Lovreković B, urednik. 14. stručno-edukacijski simpozij Štamparovi dani i Zdravi stilovi života. Knjiga sažetaka. Požega; 2022. str. 47-8.
8. Lovrić B, Jovanović T, Mamić M, Vidić H, Jelinčić I, Vukoja I. Status uhranjenosti bolesnika kao prediktor učestalosti hospitalizacija. TORAKS 2022 – 12. kongres Hrvatskog torakalnog društva. E-sažetci. Zagreb; 2022. str. 1-3.
9. Gretzer T, Mamić M, Jelinčić I, Jovanović T, Mamić I, Vidić H, i sur. Smisao života kod liječenih alkoholičara. U: Lovreković B, urednik. 14. stručno-edukacijski simpozij Štamparovi dani i Zdravi stilovi života. Knjiga sažetaka. Požega; 2022. str. 66-7.
10. Pezerović V, Lovrić B, Mamić M, Jovanović T, Vidić H, Jelinčić I. Procjena boli kod bolesnika s kroničnim ranama. TORAKS 2022 – 12. kongres Hrvatskog torakalnog društva. E-sažetci. Zagreb; 2022. str. 1-3.
11. Jovanović T, Tomac Jovanović J, Lovrić B, Jelinčić I, Mamić M, Vidić H. Sociodemografska obilježja ovisnosti o internetu. TORAKS 2022 – 12. kongres Hrvatskog torakalnog društva. E-sažetci. Zagreb; 2022. str. 1-2.
12. Lovrić B, Raguž M, Jovanović T, Mamić M, Vidić H, Marić S, i sur. Povezanost statusa uhranjenosti bolesnika s učestalosti hospitalizacija. U: Lovreković B, urednik. 14. stručno-edukacijski simpozij Štamparovi dani i Zdravi stilovi života. Knjiga sažetaka. Požega; 2022. str. 58-9.
13. Pezerović V, Lovrić B, Mamić M, Jovanović T, Vidić H, Šarčević S. Upravljanje boli kod bolesnika s kroničnim ranama. U: Lovreković B, urednik. 14. stručno-edukacijski simpozij Štamparovi dani i Zdravi stilovi života. Knjiga sažetaka. Požega; 2022. str. 73.
14. Pezerović V, Mikšić Š, Lovrić B, Mamić M, Jovanović T, Juranić B. Procjena boli kod bolesnika s kroničnim ranama jednodimenzionalnim skalama. 11. pomorski in 7. međunarodni simpozij o kronični rani: Bolnik s kronično rano v času epidemije COVID 19 (povzetki predavanj). Radenci, Slovenija; 2021. str. 16-7.

15. Lovrić B, Jovanović T, Jakovljević P, Tomac Jovanović J, Mamić M. Zdravstvena pismenost adolescenata. Knjiga sažetaka Sestrinstvo bez granica III. Opatija; 2019. str. 83.
16. Mamić M, Mamić I, Lovrić B, Marić S, Jovanović T. Pušenje kod nepsihotičnih psihijatrijskih pacijenata. Zbornik sažetaka 1. simpozij istraživačkih radova u sestrinstvu s međunarodnim sudjelovanjem Izazovi istraživanja u sestrinstvu. Čakovec; 2019. str. 49-50.
17. Mamić I, Lovrić B, Marić S, Jovanović T, Mamić M. Prediktori pušenja kod psihijatrijskih pacijenata. Knjiga sažetaka Sestrinstvo bez granica III. Opatija; 2019. str. 56-7.
18. Mamić M, Lovrić B. Korištenje mjera zaštite od infekcije hepatitisom B kod zdravstvenih radnika Požeško-slavonske županije. CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA (Holistic Approach to the Patient): Zbornik povzetkov: book of abstracts. 2019. str. 48.
19. Mamić M, Galić S, Mamić I, Lovrić B, Marić S. Prediktori zadovoljstva poslom u medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u različitim bolničkim odjelima. Zbornik sažetaka 1. simpozija istraživačkih radova u sestrinstvu s međunarodnim sudjelovanjem Izazovi istraživanja u sestrinstvu; 2019. str. 21-2.
20. Marić S, Matoković D, Lovrić B, Mamić M, Vukas K. Utjecaj tjelesne aktivnosti i tjelesne mase na tegobe žena u klimakteriju. Knjiga sažetaka Sestrinstvo bez granica III. 2019. str. 65-6.
21. Mamić I, Mikšić Š, Mamić M, Lovrić B, Marić S. Zdravstvena pismenost roditelja djece u hitnoj pedijatrijskoj ambulanti. Zbornik sažetaka 1. simpozij istraživačkih radova u sestrinstvu s međunarodnim sudjelovanjem Izazovi istraživanja u sestrinstvu. Čakovec; 2019. str. 25-6.
22. Mamić I, Mamić M, Lovrić B. Zdravstvena pismenost roditelja djece u hitnoj pedijatrijskoj ambulanti. Hrana u zdravlju i bolesti, specijalno izdanje povodom 10. simpozija Štamparovi dani. 2018. str. 13-4.
23. Mamić M, Mamić I. Pušenje duhana kod nepsihotičnih psihijatrijskih pacijenata. 24. Dani psihijatrijskog društva HUMS-a – Međunarodni kongres. 2018. str. 38.
24. Mamić I, Mamić M, Lovrić B. Pušenje kod nepsihotičnih psihijatrijskih pacijenata. Hrana u zdravlju i bolesti, specijalno izdanje povodom 10. simpozija Štamparovi dani. 2018. str. 14-5.



Stručni radovi

1. Matković K, Cviljević S, Lovrić B, Andromako Matković B, Jovanović T, Mamić M, i sur. Naša iskustva u primjeni terapije negativnim tlakom pri liječenju kroničnih rana. 13. pomurski in 9. mednarodni simpozij o kronični rani: zbornik predavanj. Radenci, Slovenija: Slovensko zdravniško društvo, 2023. str. 89-99.
2. Cviljević S, Matković K, Lovrić B, Mamić M, Jovanović T, Andromako Matković B, i sur. Najčešći mikroorganizmi izolirani iz kroničnih rana u pacijenata liječenih negativnim tlakom. 13. pomurski in 9. mednarodni simpozij o kronični rani: zbornik predavanj. Radenci, Slovenija: Slovensko zdravniško društvo, 2023. str. 77-89.
3. Mamić M, Ivanešić D, Mamić I, Dujmić Ž, Mikšić Š. Znanje o Alzheimerovoj bolesti u općoj i zdravstvenoj obrazovanoj populaciji. 9. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved – Zdravje kot vseživljenjska in trajnostna vrednota. 16. 5. 2019. U: Železnik D, Železnik U, urednici. Zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec; 2019. str. 118-26.

Prilozi sa skupova u časopisima (sažetak)

1. Balog N, Mamić M, Jelinčić I. The influence of physical activity on the quality of life of patients with psychotic disorders. *Psychiatria Danubina. Supplement*, 36, suppl 1. 2024. str. s35.
2. Lovrić B, Mamić M, Jovanović T, Tomac Jovanović J, Pezerović V, Cviljević S. Korištenje mjera zaštite od infekcije hepatitisom B kod zdravstvenih djelatnika Požeško-slavonske županije. *Hrana u zdravlju i bolesti*. 2019. str. 5-6.
3. Jovanović T, Mamić M, Tomac Jovanović J, Lovrić B, Pezerović V, Kičić M. Motivi odlaska medicinskih sestara iz hrvatske nakon završetka srednjoškolskog obrazovanja. *Hrana u zdravlju i bolesti*. 2019. str. 11-2.
4. Lovrić B, Paun M, Vukas K, Pezerović V, Mamić M, Cviljević S. Upravljanje boli kod bolesnika s kroničnim ranama. *Hrana u zdravlju i bolesti*. 2019. str. 24-5.

Prilozi sa skupova (neobjavljeni)

1. Pomper Vragović V, Mamić M, Sedlar M, Rustan N, Družinić V. Quality of life of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation during hospitalization - a pilot study. 50th Annual Meeting of the EBMT. Glasgow, Ujedinjeno Kraljevstvo, 14. 4. 2024. – 17. 4. 2024.

2. Lovrić B, Markota G, Mamić M, Samaržija M, Jovanović T, Kožić M, i sur. Nikotinska ovisnost i zdravstvena pismenost kao prediktori namjere prestanka pušenja kod oboljelih od bolesti pluća. TORAKS 2024 – 14. kongres Hrvatskog torakalnog društva. Zagreb, Hrvatska, 22. 5. 2024. – 25. 5. 2024.
3. Markota G, Lovrić B, Mamić M, Samaržija M, Jovanović T, Kožić M. Utjecaj zdravstvene pismenosti na adherenciju bolesnika oboljelih od opstruktivnih bolesti pluća. TORAKS 2024 – 14. kongres Hrvatskog torakalnog društva. Zagreb, Hrvatska, 22. 5. 2024. – 25. 5. 2024.
4. Markota G, Mamić M, Jovanović T, Lovrić B. Povezanost zdravstvene pismenosti bolesnika sa statusom pušenja i primjenom inhalacijske terapije. 13. kongres Hrvatskog torakalnog društva – TORAKS 2023. Zagreb, Hrvatska, 24. 5. 2023. – 27. 5. 2023.
5. Lovrić B, Jovanović T, Tomac Jovanović J, Mamić M, Markota G, Barišić M, i sur. Povezanost zdravstvene pismenosti i kakvoće života u hospitaliziranih bolesnika s istodobnom arterijskom hipertenzijom, pretilosti i šećernom bolesti tipa 2. 13. kongres Hrvatskog torakalnog društva – TORAKS 2023. Zagreb, Hrvatska, 24. 5. 2023. – 27. 5. 2023.
6. Mamić M, Jovanović T, Mamić I, Lovrić B, Jelinčić I, Zirdum I, i sur. Povezanost ovisnosti o pušenju i alkoholu sa anksioznosti i depresijom // 13. kongres Hrvatskog torakalnog društva – TORAKS 2023. Zagreb, Hrvatska, 24. 5. 2023. – 27. 5. 2023.
7. Mamić M, Mamić I, Lovrić B, Jovanović T, Vidić H. Prediktori percepcije organizacijske podrške kod medicinskih sestara i tehničara. 11. kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara s međunarodnim sudjelovanjem: Sestrinstvo bez granica. Opatija, Hrvatska, 9. 6. 2022. – 12. 6. 2022.
8. Pezerović V, Lovrić B, Mamić M, Jovanović T, Vidić H, Jelinčić I. Procjena boli kod bolesnika s kroničnim ranama. 11. kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara s međunarodnim sudjelovanjem: Sestrinstvo bez granica. Opatija, Hrvatska, 9. 6. 2022. – 12. 6. 2022.
9. Mamić I, Mamić M, Jelinčić I, Jovanović T, Vidić H. Povezanost smisla života i ovisnosti o internetu kod mladih. 11. kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara s međunarodnim sudjelovanjem: Sestrinstvo bez granica. Opatija, Hrvatska, 9. 6. 2022. – 12. 6. 2022.
10. Cviljević S, Slišurić F, Lovrić B, Mamić M, Jovanović T. Kronične rane: najčešće izolirani mikroorganizmi i njihova antimikrobna osjetljivost. 3. zajednički kongres

Hrvatskog društva za infektivne bolesti i Hrvatskog društva za kliničku mikrobiologiju Hrvatskoga liječničkog zbora CROCMID 2019 (12. hrvatski kongres kliničke mikrobiologije i 9. hrvatski kongres o infektivnim bolestima) s međunarodnim sudjelovanjem. Split, Hrvatska, 24. 10. 2019. – 27. 10. 2019.

11. Lovrić B, Tomac Jovanović J, Jovanović T, Mamić M, Mamić I, Pezerović V. Prediktori infekcije virusom hepatitisa B u medicinskih sestara u Požeško-slavonskoj županiji. 9. kongres Hrvatskog torakalnog društva – TORAKS. Zagreb, Hrvatska, 10. 4. 2019. – 13. 4. 2019.
12. Mamić M, Mamić I, Hudeček K, Hervačanin I, Kesegić N, Lamut A, i sur. Razine stresa u smjenskom i redovnom radu. 2. kongres za mentalno zdravlje povodom Svjetskog dana mentalnog zdravlja Mentalno zdravlje na radnom mjestu. Zadar, Hrvatska, 15. 3. 2018. – 17. 3. 2018.
13. Mamić M, Mamić I. Pušenje duhana kod nepsihotičnih psihijatrijskih pacijenata. 8. kongres Hrvatskog torakalnog društva. Zagreb, Hrvatska, 18. 4. 2018. – 21. 4. 2018.

**PRILOZI**