

UNIVERZITET U SARAJEVU
EKONOMSKI FAKULTET

**ZNAČAJ OBILJEŽJA LIČNOSTI ZDRAVSTVENOG OSOBLJA ZA
PERCIPIRANI KVALITET ISPORUČENE ZDRAVSTVENE USLUGE**

Sarajevo, januar 2025.

AIDA HODŽIĆ

U skladu sa članom 54. Pravila studiranja za I, II ciklus studija, integrisani, stručni i specijalistički studij na Univerzitetu u Sarajevu, daje se

IZJAVA O AUTENTIČNOSTI RADA

Ja, Hodžić Aida, student/studentica drugog (II) ciklusa studija, broj index-a 5966 na programu Zajednički smjerovi EFSA i EFZG,

smjer Upravljanje kvalitetom u zdravstvu, izjavljujem da sam završni rad na temu:

ZNAČAJ OBILJEŽJA LIČNOSTI ZDRAVSTVENOG OSOBLJA ZA PERCIPRANI KVALITET ISPORUČENE ZDRAVSTVENE USLUGE

pod mentorstvom prof.dr. Alić Adi izradio/izradila samostalno i da se zasniva na rezultatima mog vlastitog istraživanja. Rad ne sadrži prethodno objavljene ili neobjavljene materijale drugih autora, osim onih koji su priznati navođenjem literature i drugih izvora informacija uključujući i alate umjetne inteligencije.

Ovom izjavom potvrđujem da sam za potrebe arhiviranja predao/predala elektronsku verziju rada koja je istovjetna štampanoj verziji završnog rada.

Dozvoljavam objavu ličnih podataka vezanih za završetak studija (ime, prezime, datum i mjesto rođenja, datum odbrane rada, naslov rada) na web stranici i u publikacijama Univerziteta u Sarajevu i Ekonomskog fakulteta.

U skladu sa članom 34. 45. i 46. Zakona o autorskom i srodnim pravima (Službeni glasnik BiH, 63/10) dozvoljavam da gore navedeni završni rad bude trajno pohranjen u Institucionalnom repozitoriju Univerziteta u Sarajevu i Ekonomskog fakulteta i da javno bude dostupan svima.

Sarajevo, 13.01.2025.

Potpis studenta/studentice:

SAŽETAK

Ovaj rad predstavlja istraživanje koje se fokusira na analizu utjecaja osobina ličnosti zdravstvenog osoblja na percipirani kvalitet zdravstvenih usluga, što je važno za unapređenje iskustava pacijenata i efikasnosti pružene njege. Glavni cilj istraživanja bio je ispitati na koji način različite osobine ličnosti, uključujući savjesnost, otvorenost, ugodnost, ekstraverziju i emocionalnu stabilnost, mogu utjecati na percepciju pacijenata o kvaliteti usluga. Pretpostavka je da zdravstveni radnici koji posjeduju specifične osobine ličnosti mogu stvarati povoljnije radno okruženje i pružiti bolju podršku pacijentima, što vodi do višeg nivoa zadovoljstva pacijenata.

Istraživanje koristi kvantitativnu metodologiju kako bi se osigurala objektivnost i preciznost analiza. Prikupljeni podaci su obrađeni pomoću parcijalnog modela strukturiranih jednačina (PLS-SEM), metode koja omogućava detaljnu procjenu odnosa između varijabli u složenim modelima. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da određene osobine ličnosti, kao što su savjesnost, ugodnost, emocionalna stabilnost te ekstraverzija značajno doprinose pozitivnijoj percepciji pacijenata o kvaliteti pružene zdravstvene njege. Ovo ističe važnost prilagođavanja radnog okruženja i strategija upravljanja osobinama zdravstvenog osoblja kako bi se dodatno unaprijedilo zadovoljstvo pacijenata i osigurala visoka kvaliteta usluge. Preporučuje se da se nalazi ovog istraživanja koriste u razvoju programa obuke i profesionalnog razvoja koji će omogućiti zdravstvenim radnicima da bolje razumiju i primjene vlastite osobine u cilju poboljšanja kvaliteta skrbi.

Ključne riječi: *kvalitet, pacijent, osobina, utjecaj.*

ABSTRACT

This paper presents a study focusing on the impact of healthcare personnel's personality traits on the perceived quality of healthcare services, which is critical for enhancing patient experiences and the effectiveness of care delivery. The primary objective of the research was to examine how different personality traits, including conscientiousness, openness, agreeableness, extraversion, and emotional stability, influence patients' perceptions of service quality. It is hypothesized that healthcare workers with specific personality traits can create a more supportive work environment and provide better support to patients, ultimately leading to higher levels of patient satisfaction.

The research adopts a quantitative approach to guarantee analytical precision and impartiality. Data were processed using Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM), a robust technique for examining complex relationships among variables. Results reveal that personality characteristics, including conscientiousness, agreeableness, emotional stability, and extraversion, play a pivotal role in shaping patients' favorable perceptions of healthcare service quality. These insights underscore the necessity of adapting workplace environments and managerial practices to align with the personality profiles of healthcare staff, ultimately enhancing patient satisfaction and service excellence. The study suggests integrating these findings into training and development initiatives, equipping healthcare professionals to better recognize and utilize their personality traits to deliver superior care.

Keywords: *quality, patient, personality, impact.*

SADRŽAJ

SAŽETAK	i
ABSTRACT	ii
SADRŽAJ	iii
POPIS TABELA	iv
POPIS ILUSTRACIJA	iv
POPIS SKRAĆENICA	iv
1. UVOD	5
1.1. Problem i predmet istraživanja	9
1.2. Ciljevi istraživanja	9
1.3. Hipoteze istraživanja	9
1.4. Obrazloženje strukture završnog rada	10
2. TEORETSKI OKVIR	10
2.1. Definisane kvaliteta zdravstvene usluge	10
2.1.1. Dimenzije kvaliteta	11
2.1.2. Evolucija koncepta kvaliteta u zdravstvenoj industriji	12
2.1.3. Modeli kvaliteta zdravstvene usluge.....	14
2.1.4. Standardizacija kvaliteta zdravstvenih usluga na globalnom nivou	16
2.2. Pacijentova percepcija kvaliteta usluge	18
2.2.1. Faktori koji oblikuju percepciju kvaliteta kod pacijenata.....	19
2.2.2. Značaj i utjecaj percipiranog kvaliteta zdravstvene usluge za pacijenta	21
2.3. Ljudski resursi u zdravstvu	22
2.3.1. Motivacija zdravstvenog osoblja	24
2.3.2. Savremeni načini motivisanja	25
2.3.3. Elementi motivacije zaposlenika	26
2.4. Obilježja ličnosti zdravstvenog osoblja	29
2.4.1. Big Five Traits model ličnosti.....	30
2.4.2. Relevantnost Big Five Traits modela u zdravstvenoj njezi	31
3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	32
3.1. Opis metodologije	32
3.2. Upitnik	32
3.3. Prikupljanje podataka	33

3.4. Demografski profil ispitanika	33
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	35
4.1. Mjerni model	35
4.2. Modeliranje putem strukturalnih jednačina	43
5. DISKUSIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA.....	46
5.1. Praktične implikacije	50
5.2. Ograničenja istraživanja	50
6. ZAKLJUČAK	50
REFERENCE.....	53

POPIS TABELA

Tabela 1: Prikaz socio-demografskih karakteristika ispitanika.....	34
Tabela 2: Faktori učitavanja	35
Tabela 3: Vrijednosti Cronbach Alpha koeficijenta	39
Tabela 4: Procjena diskriminatorne validnosti (HTMT)	41
Tabela 5: VIF vrijednosti varijabli	42
Tabela 6: Vrijednosti indikatora SRMR.....	42
Tabela 7: Vrijednosti procjene prediktivne snage modela	43
Tabela 8: Ishod hipoteza.....	44

POPIS ILUSTRACIJA

Ilustracija 1 SEM model.....	46
------------------------------	----

POPIS SKRAĆENICA

EFSA - Ekonomski fakultet Univerziteta u Sarajevu
 ISO- Međunarodna institucija za standarde
 PLS-SEM - Partial Least Squares Structural Equation Modeling
 SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
 SRMR - Standardized Root Mean Square Residual
 NFI - Normed Fit Index
 SERVQUAL - Model za mjerenje kvalitete usluga (Service Quality Model)
 HEALTHQUAL - Model za mjerenje kvaliteta zdravstvenih usluga
 PubHosQual - Model za mjerenje kvaliteta javnih bolnica
 HospitalQual - Model za praćenje i poboljšanje kvaliteta bolničkih usluga
 VIF - Variance Inflation Factor

1. UVOD

Kvalitetno pružanje zdravstvene zaštite, u skladu sa zdravstvenim stanjem i opće prihvaćenim stručnim standardima, predstavlja esencijalno ljudsko pravo. Koncept kvalitete usluga u zdravstvu neprestano evoluirao i transformirao se u zavisnosti od interesa i angažmana svih relevantnih aktera (medicinskih profesionalaca, pacijenata, finansijera, zakonodavaca) u domenu upravljanja kvalitetom usluge (Sohail, 2003). Jedan od primjera modela kvalitete usluge formulisali su Parasuraman, Zeithaml i Berry (1985). U modelu se ističu tri ključna aspekta u vezi sa kvalitetom usluga (Parasuraman, Zeithaml i Berry., 1985):

1. Potrošači kvalitet usluge procjenjuju drugačije nego kvalitet proizvoda, što proizlazi iz nematerijalne prirode usluga, jer ih nije moguće vidjeti, okusiti, dodirnuti ili pomirisati prije korištenja.
2. Percepcija kvaliteta usluge formira se na osnovu poređenja očekivanja potrošača s stvarnim učinkom usluge.
3. Procjena kvaliteta ne zavisi samo od krajnjeg rezultata, već uključuje i vrednovanje samog procesa pružanja usluge.

Na temelju modela predloženog od strane Parasuramana i drugih (1985), deset ključnih determinanti kvalitete usluga izdvojenih tokom razvoja modela su: pouzdanost (engl. *reliability*), odzivnost (engl. *responsiveness*), kompetencija (engl. *competence*), dostupnost (engl. *access*), ljubaznost (engl. *courtesy*), komunikacija (engl. *communication*), vjerodostojnost (engl. *credibility*), sigurnost (engl. *security*), razumijevanje i poznavanje korisnika (engl. *understanding/knowing the customer*) te materijalne karakteristike (engl. *tangibles*). Kasnije su te determinante sažete na njih pet:

1. materijalne karakteristike (engl. *tangibles*);
2. pouzdanost (engl. *reliability*);
3. odzivnost na zahtjeve kupaca (engl. *responsiveness*);
4. sigurnost (engl. *assurance*);
5. saosećajnost (engl. *empathy*).

Kvalitet zdravstvenih usluga obuhvata mjerenje zadovoljstva pacijenata i pružanje efikasne, sigurne i saosećajne skrbi, dok se zadovoljstvo pacijenata bazira na percepciji pacijenta o pruženoj usluzi ili ispunjenju očekivanja (Newsome i Wright, 1999; Parasuraman, Zeithaml i Berry, 1985; Ercan, Howard i Sheth, 1969; Kotler i Armstrong, 2009; Ediz i Kan, 2004).

Zadovoljstvo pacijenata otkriva predviđene koristi od pružanja zdravstvene skrbi i usaglašenost pružene usluge sa socio-kulturnim vrijednostima (Dinc *et al.*, 2009). Pojam zadovoljstva odnosi se na manifestaciju pozitivnih percepcija o zdravstvenim uslugama i iskustvima (Önsüz *et al.*, 2008; Savaş i Bahar, 2011). Pacijenti koji su zadovoljni doprinose povjerenju u pružatelje usluga, gradeći dugoročne odnose s njima i izražavajući preporuke u korist institucije u odnosu na konkurente (Wiggins i Trapnell, 1997; Madjaroski, 2018).

Različiti faktori utiču na zadovoljstvo pacijenata, uključujući socioekonomski status pacijenata i način pružanja usluge. Stavovi stručnjaka ili drugog medicinskog osoblja, poput ljubaznosti, brige, suosjećanja i razumijevanja prema pacijentima, igraju ključnu ulogu u pozitivnom oblikovanju zadovoljstva pacijenata (Topal *et al.*, 2013; Aytekin, 2016; Cromarty, 1996).

Osobe koje su u potrebi za zdravstvenim uslugama često su izložene pritiscima i zahtijevaju osobniji pristup od zdravstvenih radnika. Zbog toga će osobnost zdravstvenih radnika i organizacija imati značajan utjecaj na njihovu uspješnost. Osobnost se definiše kao karakteristika koja fundamentalno oblikuje reakcije na ideje i obekte u okolini (Glass *et al.*, 2014). Pet velikih faktora, poznatih i kao *Model pet faktora ličnosti* (engl. *Five Factor Model, FFM*) ili globalni faktori ličnosti, čine savremenu varijantu faktorskih modela ličnosti razvijenih unutar teorije osobina (Costa i McCrae, 1992). Ovi faktori predstavljaju osnovne dimenzije u strukturi ljudske ličnosti koje oblikuju različite karakteristike u razmišljanju, osjećanjima i ponašanju pojedinca. Prema ovom modelu, svi ljudi, neovisno o spolu, dobi ili kulturi, dijele iste osnovne osobine, s različitim stepenom njihovog izražavanja (Block, 2010).

Istraživanja o ličnosti i njezinim osobinama započela su s Allportom i Odbertom 1930-ih, nastavljena s Cattellom i Eysenckom 1940-tih godina, da bi dobila novu perspektivu u radu McCraea i Costae 1983. godine. Kroz analizu kontinuiteta i strukture ličnosti, istraživači su najprije zagovarali trodimenzionalni model ličnosti s ekstraverzijom i emocionalnom nesigurnošću (neuroticizmom) na početku. Naknadno su dodali novu dimenziju nazvanu otvorenost prema iskustvu. McCrae i Costa proširili su model ličnosti na pet dimenzija dodavši prijateljskost i savjesnost putem istraživanja provedenih između 1983. i 1985. godine (Inanc i Yerlikaya, 2011). Ovaj model također je poznat kao "Pet faktorski model", "Pet dimenzionalni pristup ličnosti" ili "Velika petorka" (Zel, 2006). Pet velikih faktora i njihove karakteristike uključuju otvorenost prema iskustvu (engl. *openness to experience*), savjesnost (engl. *conscientiousness*), ekstraverziju (engl. *extraversion*), ugodnost (engl. *agreeableness*) i neuroticizam/emocionalnu stabilnost (engl. *neuroticism*). Česti akronimi za ovih pet faktora su OCEAN, NEOAC ili CANOE (Goldberg, 1992).

Svaka od dimenzija Pet velikih faktora predstavlja kombinaciju nekoliko različitih, ali blisko povezanih osobina, koje opisuju kontinuum između dvije krajnje tačke:

- savjesnost: osobe koje su visoko savjesne teže postizanju visokih standarda, samodisciplinirane su, uredne, promišljene, odgovorne, temeljite i odane dužnostima. Suprotno, osobe s niskom savjesnošću karakteriziraju neodgovornost, nemarnost, nediscipliniranost i nedostatak planiranja. Zbog toga su sklonije odustati kada se suoče s poteškoćama (Somer, Korkmaz i Tatar, 2002; Goldberg, 1992; Madjaroski, 2018; Wiggins i Trapnell, 1997).

- otvorenost: priroda otvorenosti povezana je s umjetničkim, maštovitim, širokim mislima, znatiželjnim, originalno usmjerenim, inteligentnim i intelektualnim osobama. Osobe otvorene za razvoj osjetljive su na vlastite osjećaje i imaju iznadprosječnu sposobnost prepoznavanja emocija drugih. Također, mogu mijenjati svoje mišljenje i pokazuju širok spektar interesa. Nasuprot tome, osobe s niskom otvorenošću su one koje imaju užu skup interesa, konvencionalnije su u pogledu i ponašanju; zatvorene su za nove ideje i doživljavaju svoje emocije manje intenzivno (Goldberg, 1992; Wiggins i Trapnell, 1997; Somer, Korkmaz i Tatar, 2002).
- ugodnost: poznata kao blagost i usklađenost, predstavlja sposobnost pojedinca da uspostavi pozitivne odnose s drugim ljudima. Osobe s visokom ugodnošću karakteriziraju ljubaznost, nježnost, razumijevanje, suradljivost te sklonost radu s drugima. Prijateljske su i inspirišu povjerenje kod drugih, a njihove granice tolerancije su široke. S druge strane, osobe s niskom ugodnošću mogu biti tvrdoglave, sklone brzoj ljutnji, s manje sklonosti za pružanje pomoći i često se ponašaju nelagodno (Goldberg, 1992; Wong, 2002).
- ekstraverzija: ova osobina povezana je s razinom udobnosti pojedinca u međuljudskim odnosima. Osobe koje su ekstravertne često su tople, komunikativne, samouvjerene, aktivne i energične. Karakteriziraju ih veselost i visok pozitivan afekt, te generalno vole društvo drugih i preferiraju stimulativno okruženje. S druge strane, introvertne osobe preferiraju samoću ili društvo nekoliko bliskih prijatelja. One su rezervirane, ozbiljne, cijene svoju neovisnost i preferiraju tiša okruženja. Važno je napomenuti da introvertnost ne nužno znači nedostatak socijalnih vještina, jer mnogi introverti vrlo uspješno funkcioniraju u društvenim situacijama, iako ih možda radije izbjegavaju (Wong, 2002; Madjaroski, 2018).
- emocionalna stabilnost/neuroticizam: ova dimenzija istražuje je li pojedinac sklon nervozu, razmatra razinu samopouzdanja, optimizma, pesimizma, umora, emocionalnosti i anksioznosti. Dimenzija emocionalne stabilnosti, također poznata kao emocionalna dosljednost i neuroticizam, analizira kako se pojedinac osjeća u vezi s vlastitim emocionalnim stanjem. Osobe koje su emocionalno koherentne karakterizira ravnoteža, smirenost, fleksibilnost te udobnost u međuljudskim interakcijama. S druge strane, osobe s manje emocionalne stabilnosti mogu biti uzbuđene, brinuti se o svojim odnosima s drugima, a njihovo raspoloženje može se brzo mijenjati (Goldberg, 1992; Wiggins i Trapnell, 1997).

Ukoliko obratimo pažnju na rezultate i zaključke dosadašnjih istraživanja na temu varijabli obilježja ličnosti i zdravstvene usluge, postaje jasno da je u kontekstu unaprijeđenja zdravstvene skrbi neophodno provoditi kontinuirana istraživanja. Tako, Komarii Djafar (2023) istražuje utjecaj osobnosti zdravstvenih radnika na kvalitetu zdravstvenih usluga u malezijskim bolnicama. Korištenjem Big Five Traits i SERVQUAL modela, analizirane su osobnost zdravstvenih radnika i kvalitete usluga. Ispitivanje je uključilo stotinu ispitanika iz

porodica u Zapadnom Kalimantanu, u Indoneziji, koji su primali zdravstvene usluge u Maleziji. Rezultati regresijskog testa pokazali su da ugodnost i emocionalna stabilnost pozitivno i značajno utiču na kvalitetu zdravstvenih usluga. Unatoč manjem utjecaju ostalih osobina ličnosti, visoki prosječni indeksi osobnosti i kvalitete usluga potvrđuju pozitivan dojam o zdravstvenim radnicima i uslugama u Maleziji. Rezultati naglašavaju važnost uzimanja u obzir osobnosti zdravstvenih radnika prilikom kreiranja politika upravljanja ljudskim resursima u zdravstvenim organizacijama.

Gur, Weimann Saks i Stavi (2020) istraživali su povezanost osobina ličnosti zdravstvenih radnika (savjesnost i ugodnost) s njihovim doživljajem kvaliteta usluge, posredovanim kvalitetom odnosa unutar tima. Rezultati ukazuju na značajan medijacijski efekt, pri čemu je povjerenje među članovima tima identificirano kao ključni faktor koji povezuje osobine ličnosti s percepcijom kvaliteta usluge. Zaključci istraživanja naglašavaju da osobine ličnosti koje promovišu povjerenje među zaposlenicima pozitivno utiču na kvalitetu pruženih zdravstvenih usluga, sugerirajući važnost razmatranja ovih faktora u planiranju sistema kvaliteta u zdravstvenim organizacijama.

Hajek, Bock i Konig (2017) istraživali su ulogu ličnosti u dugoročnom korištenju zdravstvene zaštite. Korišteni su podaci iz Njemačkog socijalno-ekonomskog panela (GSOEP) za 2005., 2009. i 2013. godinu. Mjerenje ličnosti obavljeno je pomoću GSOEP Big Five Inventara (BFI-S). Rezultati su pokazali da neurotičnost povećava broj posjeta ljekaru, dok ostali faktori ličnosti nisu imali značajan utjecaj. Takođe, ekstremitet je povećala vjerovatnost hospitalizacije. Zaključak istraživanja sugerira potrebu da se faktori ličnosti uzmu u obzir prilikom razvoja intervencija u zdravstvenom sistemu.

U istraživanju autora Tung i Ly iz 2021. godine ispitala se povezanost karakteristika ličnosti zdravstvenih radnika s zadovoljstvom građana javnim uslugama u gradu Hanoju, Vijetnam. Koristeći kvantitativnu metodu, istraživači su primijenili SERVQUAL model kako bi istražili kvalitetu javnih usluga te ispitali kako faktori ličnosti utiču na zadovoljstvo korisnika. Rezultati analize pomoću SEM modela ukazuju da svih pet obilježja ličnosti - otvorenost, posvećenost, neurotičnost, stabilnost, ugodnost - pozitivno i značajno utiču na pet faktora kvalitete usluga. Zaključak istraživanja pruža važne informacije za donositelje odluka u vladinim i zdravstvenim organizacijama (Tung i Ly, 2021).

Ova studija će biti provedena među pacijentima - korisnicima zdravstvenih usluga, koji će ocjenjivati karakteristike obilježja ličnosti zdravstvenih radnika (svih struktura). U tom kontekstu će se uspostaviti odnos između nezavisne varijable (obilježja ličnosti zdravstvenog osoblja) i zavisne varijable (kvalitet zdravstvene usluge). Dobenim rezultatima nastoje se obezbijediti adekvatne spoznaje potrebne za unapređenje kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga, jer smo svjesni da potrebe, zahtjevi i očekivanja korisnika neprestano evoluiraju, te je zbog toga nužno provoditi mjerenja kako bismo saznali šta korisnici očekuju te da li pružena usluga zadovoljava svaki segment njihovih potreba i očekivanja (Marković *et al.*, 2018).

1.1. Problem i predmet istraživanja

Uzevši u obzir da su dosadašnja istraživanja na polju obilježja ličnosti obično sprovedena u nezdravstvenom sektoru, ili čak da su unutar zdravstvenog sektora obilježja ličnosti često korištena kao pokazatelj kvalitete zdravstvenih usluga, umjesto da se posmatraju kao varijable koje utiču na samu kvalitetu zdravstvene skrbi (Maqsood *et al.*, 2017; Fatima *et al.*, 2018; Eleuch, 2011), kroz ovu studiju problem rada usmjerit ćemo na pitanje kako obilježja ličnosti zdravstvenog osoblja utiču na percipirani kvalitet isporučene zdravstvene usluge.

Iz problema rada proizilazi predmet rada, te se odnosi na bolje razumijevanje odnosa između lične osobenosti i percipiranog kvaliteta isporučene zdravstvene usluge. Kroz bolje razumijevanje ovog odnosa, očekujemo doprinos unapređenju pružanja zdravstvenih usluga i poboljšanju iskustava pacijenata.

1.2. Ciljevi istraživanja

S obzirom na prethodno definisani predmet i problem istraživanja, cilj ove studije je ispitati uticaj karakteristika ličnosti zdravstvenih radnika na percepciju pacijenata o kvalitetu pruženih zdravstvenih usluga. Fokus će biti stavljen na identifikaciju ključnih osobina ličnosti koje značajno doprinose poboljšanju ili smanjenju percepcije kvalitete usluga. Kroz ovu analizu, želimo pružiti dublje razumijevanje veza između ovih varijabli u kontekstu pružanja zdravstvene njege, kako bi se moglo raditi na njihovom unapređenju.

1.3. Hipoteze istraživanja

U studiji su fomulisane sljedeće istraživačke hipoteze:

H1: Savjesnost kao obilježje ličnosti zdravstvenog osoblja ima pozitivan utjecaj na precipirani kvalitet isporučene zdravstvene usluge;

H2: Otvorenost kao obilježje ličnosti zdravstvenog osoblja ima pozitivan utjecaj na precipirani kvalitet isporučene zdravstvene usluge;

H3: Ugodnost kao obilježje ličnosti zdravstvenog osoblja ima pozitivan utjecaj na precipirani kvalitet isporučene zdravstvene usluge;

H4: Ekstraverzija kao obilježje ličnosti zdravstvenog osoblja ima pozitivan utjecaj na precipirani kvalitet isporučene zdravstvene usluge;

H5: Emocionalna stabilnost kao obilježje ličnosti zdravstvenog osoblja ima pozitivan utjecaj na precipirani kvalitet isporučene zdravstvene usluge.

1.4. Obrazloženje strukture završnog rada

U uvodnom dijelu rada najprije se daje obrazloženje odabrane teme za završni rad, definišu se problem i predmet rada, te se utvrđuju ciljevi i postavljaju hipoteze. Drugi dio rada pruža teoretski okvir u kojem se detaljno raspravlja o pojmovima kvalitete usluge, obilježjima ličnosti zdravstvenog osoblja te se produbljuje razumijevanje modela povezanih s tim pojmovima. Razmatranje tih pojmova od suštinskog je značaja za adekvatno sagledavanje šireg konteksta ove teme. U ovom dijelu pružamo pregled literature - prethodnih istraživanja na odabranu temu, predstavljajući rezultate i zaključke različitih autora koji su pridonijeli istraživanju na ovome području.

Treći dio rada fokusira se na sprovođenje empirijskog istraživanja, gdje detaljno opisujemo koncept i metodologiju istraživanja, uzorak te mjerni instrumenti koji će se koristiti. Također, ovaj dio obuhvata i analizu prikupljenih podataka i diskusiju. Na kraju donosimo zaključak, ograničenja te preporuke za buduća istraživanja.

2. TEORETSKI OKVIR

2.1. Definisanje kvaliteta zdravstvene usluge

Kvalitet je često izgovorena riječ u svakodnevnom životu, ali uprkos tome ne postoji univerzalna i sveobuhvatna definicija iste. Često se definiše kao prilagođenost potrebama ocijenjena od strane korisnika, pri čemu se ističe da se mora prilagođavati situacijskim faktorima poput vremena, konteksta i iskustva u trenutku njenog shvatanja (Mabić *et al.*, 2011). Usluga se opisuje kao korisna vrijednost pružanja rada, koja se ne iskazuje kroz proizvedene predmete, već kroz različite akcije, reakcije i osjećaje kod njenih korisnika (Mabić *et al.*, 2011). Dakle, kvalitet usluge pokazuje u kojoj mjeri pružena usluga odgovara očekivanjima kupaca, pri čemu pružanje kvalitetne usluge podrazumijeva dosljedno ispunjavanje tih očekivanja (Lewis i Booms, 1983). Wisniewski (1996) definiše kvalitet usluge kao razliku između očekivanja kupaca i percepcije usluge. Kada očekivanja nadmašuju pruženu uslugu, percepcija kvaliteta će biti manje zadovoljavajuća što dovodi do nezadovoljstva korisnika (Parasuraman *et al.*, 1985; Lewis i Mitchell, 1990).

Međutim, kvalitet usluge ne može se svesti samo na zadovoljstvo korisnika ili njihove izražene zahtjeve. Često korisnici nisu u potpunosti svjesni svojih stvarnih potreba i mogu čak tražiti tretmane koji nisu odgovarajući ili mogu biti štetni. Zbog toga je ključno u definiciju kvaliteta usluge uključiti i stručnu perspektivu, odnosno procjenu u kojoj mjeri usluga ispunjava potrebe pacijenata, kako na individualnom, tako i na širem, populacijskom nivou. Ipak, ovo samo po sebi nije dovoljno za pružanje kvalitetne medicinske usluge (Kotler, 2001). Usluga koja zadovoljava i potrebe pacijenata i profesionalne ciljeve može biti niskog kvaliteta ako je neefikasna ili rasipna, tj. ako se resursi koriste neprikladno za jednog pacijenta, umjesto da se pomogne većem broju korisnika. Dakle, kvalitetna

medicinska usluga nije ona koja se ostvaruje po svaku cijenu, već ona koja, zadovoljavajući potrebe i ciljeve pacijenata i zdravstvenih radnika, optimalno koristi dostupne resurse (Sohail, 2003).

Isporuka kvalitetne usluge smatra se ključnom strategijom za uspjeh i opstanak u današnjem konkurentnom okruženju (Zeithaml, Parasuraman i Berry, 1990; Zeithaml i Berry, 1985; Dawkins i Reichheld, 1990; Parasuraman, Reichheld i Sasser, 1990). Zbog toga, zdravstveni sistemi sve više fokusiraju pažnju na kvalitetu usluga i njezino mjerenje, kako bi dobili smjernice za unapređenje i pružili najbolju moguću uslugu korisnicima, čime postižu veću konkurentnost na tržištu (Crosby, 1994).

2.1.1. Dimenzije kvaliteta

Teoretski, postoje dva glavna pristupa u razmatranju kvalitete usluga: američka i evropska teorija. Američka teorija, kao što sugeriraju Parasuraman i drugi (1985), naglašava procjenu kvalitete usluga putem dimenzija funkcionalnog kvaliteta, identificirajući pet osnovnih dimenzija. Nasuprot tome, evropska teorija, predstavljena radovima Gronrooa (1982) i Lehtinen-a i Lehtinen-a (1991), obuhvata dvije dimenzije - tehničku i funkcionalnu, te dodatnu dimenziju imidža.

Istraživanja su pokazala da je kvalitet usluga višedimenzionalan konstrukt (Gronroo, 1982; Parasuraman *et al.*, 1985), ali još uvijek postoji nedostatak opće saglasnosti o prirodi ili sadržaju tih dimenzija (Brady i Cronin, 2001). Ipak, evidentno je da su evropski teoretičari imali značajan utjecaj na razvoj dimenzija kvalitete usluga, pokazujući također i važnost njihovih radova u formiranju modernih diskusija o ovim dimenzijama. Gronroo (1982) je predložio zamjenu osobina fizičkog proizvoda u konceptu kvalitete usluga, identificirajući dvije ključne dimenzije: tehnički aspekt (što se pruža) i funkcionalni aspekt (kako se usluga pruža). Iako su Parasuraman i saradnici (1985), autori SERVQUAL modela, prvobitno sugerisali da se kvalitet usluge sastoji od funkcionalnih (procesnih) i tehničkih (ishodnih) dimenzija, SERVQUAL instrument ne uključuje mjeru tehničkog kvaliteta. Tehnički kvalitet je često zanemaren u pokušajima mjerenja kvalitete usluga. Utjecaj evropske teorije na kvalitet usluga sugeriraju da procjene kvaliteta ne bi trebale biti ograničene samo na ishod usluge, već bi trebale uključivati i procjene procesa isporuke usluga. Iako se procjena kvaliteta ishoda obično događa nakon pružanja usluge i fokusira se na "šta" je pruženo, mjerenje kvalitete usluga često ne reflektuje obe dimenzije, već samo funkcionalnu dimenziju.

Rust i Oliver (1994) su predložili noviju konceptualizaciju dimenzija kvalitete usluga, koncipirajući trodimenzionalni model u kojem se ukupna percepcija kvalitete usluga temelji na procjeni tri dimenzije interakcije kupca i zaposlenika (funkcionalni ili procesni kvalitet), okruženja usluge te ishoda usluge (tehničkog kvaliteta). Pokušaji mjerenja tehničkog kvaliteta često koriste kvalitativne metode (provođenje anketa o specifičnim atributima koje su ispitanici doživjeli u vezi s pruženom uslugom ili provođenje dubinskih intervjua kako bi

se otkrile determinante tehničkog kvaliteta). Dosadašnja istraživanja u zdravstvu nisu uspjela potvrditi postojanje skrivenih varijabli koje određuju tehničku dimenziju kvaliteta (Cronin, Taylor, 1992., Rust, Oliver, 1994). Na osnovu prethodnih istraživanja, predložena je hijerarhijska struktura kvalitete usluga i veza između dimenzija. Gronroosov (1982) model sugerira da kvalitet usluge čini tehničku i funkcionalnu dimenziju, dok imidž djeluje kao filter u percepciji kvaliteta usluge. Autor zaključuje da su ove dvije dimenzije kvaliteta međusobno povezane, pri čemu je funkcionalni kvalitet izuzetno važan. Naime, "visok nivo funkcionalnog kvaliteta (performansa osoblja - prve linije) može kompenzovati privremene probleme s tehničkim kvalitetom" (Gronroo, 1982, str.35).

Dodatno obogaćujući koncept multidimenzionalnosti kvalitete usluga, Dabholkar i saradnici (1996) predlažu tri nivoa hijerarhijske strukture kvalitete usluga:

- ukupno percipirani kvalitet usluga,
- osnovne dimenzije kvalitete usluga,
- poddimenzije ili subdimenzije kvalitete usluga.

Na primjer, osnovne dimenzije kvaliteta, kao što su funkcionalne dimenzije, čine ukupno percipirani kvalitet usluga. Poddimenzije funkcionalnih dimenzija uključuju opipljivost, pouzdanost, odgovornost, sigurnost i empatiju. Svaka od poddimenzija obuhvata različite atribute kvaliteta.

2.1.2. Evolucija koncepta kvaliteta u zdravstvenoj industriji

Evolucija koncepta kvaliteta u zdravstvenoj industriji povezana je s promjenama u razumjevanju potreba pacijenata i razvojem standarda za procjenu zdravstvenih usluga. Donabedian (1980) postavio je temelje modernog pristupa kvalitetu, definišući ga kroz strukturu, proces i ishod. Ovaj pristup naglasio je važnost analize kako tehničkih aspekata tako i interpersonalnih interakcija u pružanju zdravstvenih usluga, što je otvorilo vrata za razvoj novih metodologija.

U poslednjih nekoliko decenija razvijeni su različiti modeli za mjerenje kvaliteta usluga. SERVQUAL model prilagođen je za bolničke usluge i pokazao se korisnim za evaluaciju zadovoljstva pacijenata (Babakus i Mangold, 1992). Ovaj model omogućava procjenu ključnih dimenzija kvaliteta, uključujući pouzdanost, empatiju i reagovanje na potrebe pacijenata. Pored njega, koncept "hijerarhijskog pristupa" naglašava različite nivoe percepcije kvaliteta kod pacijenata, ukazujući na razliku između osnovnih i specifičnih dimenzija kvaliteta (Brady i Cronin, 2001).

Globalizacija je takođe igrala značajnu ulogu u evoluciji koncepta kvaliteta. Standardizovani alati za procjenu zadovoljstva pacijenata, kao što su oni razvijeni u evropskim i azijskim zemljama, doprineli su unifikaciji pristupa kvalitetu (Eleuch, 2011; Lim i Tang, 2000). Dodatno, porast konkurencije na globalnom nivou zahtijevao je unapređenje pristupa

procjeni kvaliteta i veću transparentnost rezultata (Crow *et al.*, 2002). Takve promjene dovele su do povećane usklađenosti praksi između različitih zdravstvenih sistema, što je omogućilo lakšu razmjenu iskustava i inovacija.

Kako bi se osigurala trajna poboljšanja, upravljanje kvalitetom mora uzeti u obzir faktore poput organizacione kulture i uloge zaposlenih u procesu pružanja usluga (Berry i Parasuraman, 1991; Bitner *et al.*, 1994). Kultura orijentisana na pacijenta, koja podstiče proaktivnost i otvorenu komunikaciju, ključna je za održavanje visokih standarda kvaliteta. Dodatno, promjene u tehnologiji i digitalizaciji pružaju nove alate za mjerenje i unapređenje kvaliteta usluga, što je posebno izraženo u posljednjoj deceniji (Mosadeghrad, 2014).

Razvoj e-zdravstva i upotreba velikih podataka omogućavaju detaljnije praćenje ishoda zdravstvenih intervencija. Na primjer, napredne analitičke metode koriste se za predviđanje rezultata liječenja i identifikaciju oblasti za poboljšanje (LaVela i Gallan, 2014). Veliki podaci, zajedno s alatima za vještačku inteligenciju, omogućavaju personalizovaniji pristup zdravstvenim uslugama. Takođe, veća uloga pacijenata u procesu odlučivanja dodatno poboljšava ukupno iskustvo i zadovoljava njihove specifične potrebe (Cleary i McNeil, 1988).

Važno je napomenuti da historijski pristupi kvalitetu u zdravstvu nisu uvijek bili konzistentni. Na primjer, tokom 20. stoljeća, fokus je bio na standardizaciji tehničkih aspekata zdravstvene njege, dok su aspekti vezani za zadovoljstvo pacijenata i interpersonalne interakcije bili zapostavljeni. Uvođenjem servisa orijentisanih ka pacijentu, kao što su ankete zadovoljstva i međunarodne akreditacije, zdravstvo je uvelo inovacije koje su redefinisale značaj kvaliteta (Donabedian, 1980; Camilleri i O'Callaghan, 1998). Ankete zadovoljstva pacijenata, na primjer, postale su osnovni alat za prikupljanje povratnih informacija koje se koriste za donošenje strateških odluka.

Digitalna transformacija u zdravstvu takođe je otvorila vrata za nove pristupe mjerenju kvaliteta. Elektronski zdravstveni zapisi i digitalne platforme za komunikaciju između pacijenata i zdravstvenih radnika postali su neizostavni alati za unapređenje kvaliteta. Ovi alati omogućavaju praćenje performansi u stvarnom vremenu, poboljšavajući i transparentnost i efikasnost (LaVela i Gallan, 2014). Primjena telemedicine, naročito tokom globalnih pandemija, omogućila je pružanje usluga pacijentima u udaljenim oblastima, čime je dodatno unaprijeđena dostupnost i percepcija kvaliteta zdravstvenih usluga (Rehaman i Husnain, 2018). Dodatno, uloga edukacije zdravstvenih radnika postaje sve značajnija u kontekstu unaprijeđenja kvaliteta. Edukacija ne samo da omogućava bolje tehničko razumijevanje već i poboljšava sposobnost komunikacije sa pacijentima. Na primjer, programi kontinuirane medicinske edukacije sve više uključuju module o kvalitetu usluga i zadovoljstvu pacijenata (Berry i Parasuraman, 1991). Obuka zaposlenih u oblasti empatije, efektivne komunikacije i timskog rada ključna je za stvaranje povjerenja kod pacijenata i osiguranje visoke percepcije kvaliteta (Hendriks *et al.*, 2006).

Dugoročna istraživanja ukazuju na potrebu za integracijom etike u koncept kvaliteta. Etika u zdravstvu, koja podrazumjeva jednak pristup, poštovanje i saosećanje, postaje sve više uključena u moderne definicije kvaliteta (Hall, 2005). Takođe, faktori kao što su ekonomska održivost i ekološka odgovornost sve više utiču na oblikovanje strategija kvaliteta, što je posebno izraženo u savremenim zdravstvenim sistemima. Na kraju, važno je istaći da evolucija koncepta kvaliteta nije završena. Kako se zdravstveni sistemi suočavaju sa novim izazovima, kao što su starenje populacije i porast hroničnih bolesti, biće potrebne dodatne inovacije i prilagođavanja kako bi se osigurala dugoročna održivost i kvalitet zdravstvenih usluga. Kontinuirana evaluacija i uvođenje povratnih informacija u procese odlučivanja ostaju osnovni principi za budući razvoj.

2.1.3. Modeli kvaliteta zdravstvene usluge

Mjerenje kvalitete usluga postaje sve važnije u današnjem poslovnom okruženju. Pružatelji usluga teže unapređenju kvalitet jer izazov leži u definisanju i mjerenju kvalitete zbog nedostatka jasnih parametara. Kvalitetu usluga ne oblikuje samo konačni rezultat, već i proces pružanja usluge, koji je ključan za zadovoljstvo korisnika. Stoga su identifikacija potreba i očekivanja korisnika ključni u tom procesu. No, nedostatak mjerljivih parametara je izazov, jer su usluge neopipljive, nepodijeljene, promjenjive i heterogene (Marković *et al.*, 2018). Identificirano je pet modela za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga, to su: Donabedianov, SERVQUAL, HEALTHQUAL, PubHosQual i HospitalQual model (Endeshaw, 2020).

Donabedianov model

Donabedian, autor “Modela za njegu”, poznat je kao pionir u proučavanju kvalitete zdravstvenih usluga. U svom modelu Donabedian (2005) ističe važnost tehničke i interpersonalne kvalitete u pružanju zdravstvene skrbi. Tehnička kvaliteta odnosi se na medicinske aspekte liječenja, dok se interpersonalna kvaliteta odnosi na komunikaciju s pacijentima o njihovom liječenju. Donabedianov model obuhvata sedam dimenzija koje se koriste za procjenu kvalitete zdravstvenih usluga: učinkovitost, efikasnost, optimizacija, prihvatljivost, legitimnost i pravednost.

SERVQUAL model

Servqual model je multidimenzionalni model koji se koristi za mjerenje kvaliteta bilo koje organizacije koja pruža usluge. Razvijen je od strane Parasuramana i saradnika 1985. godine. Ovaj model je prvobitno razvijen za sektor marketinga, a kasnije se pokazalo da je adekvatan za određivanje kvaliteta drugih institucija poput bolnica, telekomunikacija, biblioteka, škola, koledža i mnogih drugih medijskih centara (Kettinger i Lee, 1994; Nitecki, 1996). Servqual model uključuje sljedeće dimenzije (fizičke karakteristike, pouzdanost, odzivnost, empatiju i osiguranje) (Ahmed i Samreen, 2011). Potrošači procjenjuju kvalitet usluge na osnovu razlike između njihovih očekivanja od pružaoca usluga i njihovog iskustva (Ashton *et al.*,

2014; Brose *et al.*, 2005). Ovaj alat služi za utvrđivanje razlike između očekivanja korisnika usluga i njihovog dojma o kvaliteti pružene usluge (Marković *et al.*, 2018).

Brown i Swartz (1989) su procijenili medicinske usluge iz perspektive pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenata koristeći rezultate razlike i otkrili su da je interakcija s liječnikom najvažniji pokazatelj koji zadovoljava pacijente. Iyer i Muncy su 2004-te koristili dimenzije SERVQUAL-a za poređenje povjerenja pacijenata u različitim grupama. Ustanovili su da su grupe s visokim povjerenjem bile vrlo zabrinute zbog pouzdanosti i odzivnosti, dok su grupe s niskim povjerenjem više preferisale empatiju i konkretne aspekte. Babakus i Mangold (1992) su testirali prikladnost SERVQUAL-a za sektor zdravstva i otkrili su da je SERVQUAL bio valjan i pouzdan u pogledu funkcionalne kvalitete usluga u bolnicama. Međutim, za dugoročni uspjeh, menadžeri bolnica moraju uključiti tehničke aspekte kvalitete usluga u bolnicama. Istraživanje koje je Lam realizovao u Hong Kongu ukazuje na to da SERVQUAL predstavlja dosljedan i vjerodostojan alat za mjerenje. Međutim, nije pružena potvrda za predloženih pet dimenzija SERVQUAL-a, jer su svaka tvrdnja i dimenzija posmatrane zasebno. Jedini izuzetak predstavlja dimenzija koja se odnosi na opipljive aspekte, gdje su korisnička očekivanja premašivala percepciju kvalitete pružene usluge (Lam, 1997).

Ozretić Došen i saradnici (2010) su u svom istraživanju o kvaliteti zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti primijenili alat SERVQUAL. Rezultati istraživanja ukazuju na značajnu razliku između percepcija korisnika i njihovih očekivanja, pri čemu se ta razlika razlikuje ovisno o specifičnim dimenzijama. Najveći jaz nađen je u dimenzijama odgovornosti, sigurnosti i pouzdanosti.

Kritičari SERVQUAL modela ističu da taj model nije univerzalan (Vandamme i Leunis, 1993) te da ne može adekvatno objasniti statističke, ekonomske i psihološke aspekte (Francis, 1994). Oni osporavaju nedostatak dokaza koji potvrđuje tvrdnju da kupci percipiraju kvalitetu usluge kao razliku između njihovih očekivanja i stvarne percepcije dobivene usluge od određene organizacije. Kao odgovor na kritike SERVQUAL modela, Cronin i Taylor su razvili novi model pod nazivom SERVPERF - Performanse usluge. Ovaj alat za procjenu kvalitete usluge temelji se na istraživanju koncepta i mjerenja kvalitete usluga, kao i na povezanosti između te kvalitete, korisničkog zadovoljstva i namjere ponovne kupnje. Osnovna karakteristika SERVPERF modela je njegova modifikacija SERVQUAL-a. Ovaj novi instrument je pojednostavljen jer se fokusira samo na performanse, za razliku od SERVQUAL-a koji uključuje i procjenu percepcije izvedbe u odnosu na očekivanja korisnika. Cronin i Taylor smatraju da mjerenje performansi pruža precizniji pokazatelj kvalitete usluge u odnosu na usporedbu percepcije izvedbe s očekivanjima, kao što je to slučaj u SERVQUAL modelu. SERVPERF model temelji se na 22 tvrdnje koje ocjenjuju performanse usluge, a ocjenjivanje se vrši pomoću Likertove skale s sedam nivoa.

HEALTHQUAL model

Polazeći od radova Donabedian-a (1980) i Parasuraman-a i drugih (1985), Camilleri i O'Callaghan (1998) su razvili model nazvan HEALTHQUAL. HEALTHQUAL je adaptacija SERVQUAL-a. Model ima šest glavnih dimenzija, a to su: procesi prijema, stavovi medicinskog osoblja, stavovi medicinskih sestara, okolina odjela/bolnice, sadržaji/faciliteti za pacijente i planiranje otpusta i koordinacija. Radovi Donabediana (1980), te Camillerija i O'Callaghana (1998) pružili su vrijedan uvid u ono što je potrebno za standarde usluga u bolnicama.

PubHosQual model

Model kvalitete usluga javnih bolnica (PubHosQual) razvijen je iz perspektive pacijenata. Model je razvijen kako bi mjerio kvalitetu javnih bolnica u Indiji koristeći 24 stavke grupisane u pet dimenzija kvalitete bolničkih usluga. Model je korišten kako bi se identificiralo gdje su potrebna određena poboljšanja, te su potom izvršene modifikacije (Aagja i Garg, 2010).

HospitalQual model

Na temelju neispunjene skale, Itumalla i saradnici (2014) razvili su model pod nazivom HospitalQual usvajajući paradigmu nezadovoljstva SERVQUAL modela. Model je razvijen posebno za praćenje, kontrolu i poboljšanje kvalitete usluga samo za pacijente koji su hospitalizirani u javnoj bolnici u Hyderabadu, Indija.

Neki autori su koristili samo generičke modele (SERVQUAL i SERVPERF). Postoje dokazi koji ukazuju da je nekoliko istraživača prilagodilo i razvilo generičke modele kvalitete usluga u skladu sa kontekstom njihovih posebnih zdravstvenih usluga (Endeshaw,2020).

2.1.4. Standardizacija kvaliteta zdravstvenih usluga na globalnom nivou

Standardizacija kvaliteta zdravstvenih usluga ključna je za obezbjeđivanje konzistentnosti i bezbjednosti pacijenata u različitim zdravstvenim sistemima. Donabedian (1980) istakao je važnost strukturalnih i procesnih elemenata za postizanje visokog nivoa kvaliteta. Ovaj okvir postao je osnova za mnoge globalne inicijative standardizacije.

Jedan od primjera uspješne standardizacije jeste uvođenje bolničkih akreditacija koje osiguravaju da ustanove ispunjavaju osnovne kriterijume kvaliteta (Camilleri i O'Callaghan, 1998). Takvi programi, često pod vođstvom međunarodnih organizacija poput Svjetske zdravstvene organizacije, imaju za cilj harmonizaciju praksi u zdravstvenim ustanovama. Dodatno, primjena ISO standarda (*Međunarodna institucija za strandarde*) u oblasti zdravstvenih usluga doprinijela je dosljednosti u sprovođenju procedura i obezbjeđivanju visokog kvaliteta usluga (Mosadeghrad, 2014).

Međunarodne inicijative poput "Sigurnost pacijenata" pod okriljem Svjetske zdravstvene organizacije fokusiraju se na unapređenje sigurnosti pacijenata kroz standardizaciju procedura. Ove inicijative uključuju alate za praćenje i evaluaciju zdravstvenih ishoda, što je od suštinskog značaja za identifikaciju slabosti i prilike za poboljšanje (Wennberg, 1999). Takve mjere su posebno važne u kontekstu međunarodne saradnje i razmene iskustava.

Digitalizacija je imala veliki utjecaj na standardizaciju u zdravstvu. Elektronski zdravstveni zapisi postali su osnovni alat za praćenje podataka o pacijentima, omogućavajući brzo dijeljenje informacija između ustanova. Ova tehnologija poboljšava tačnost podataka i omogućava standardizovanu analizu zdravstvenih ishoda (LaVela i Gallan, 2014). Na primjer, implementacija sistema za praćenje kvaliteta u realnom vremenu poboljšava transparentnost i pomaže u donošenju odluka.

Kultura kvaliteta takođe igra ključnu ulogu u standardizaciji. Organizacije koje podstiču otvorenu komunikaciju i učešće svih zaposlenih u unapređenju kvaliteta imaju veću vjerovatnoću za uspješnu implementaciju globalnih standarda (Berry i Parasuraman, 1991). Zaposleni su važan dio ovog procesa, jer njihova obučenosť i posvećenost direktno utiču na uspjeh inicijativa za poboljšanje kvaliteta.

Regionalne varijacije u percepciji kvaliteta i pristupima standardizaciji takođe su značajan faktor. Na primjer, studije sprovedene u Japanu i Pakistanu ukazuju na razlike u prioritetima pacijenata i specifičnim izazovima sa kojima se suočavaju zdravstveni sistemi (Eleuch, 2011; Rehman i Husnain, 2018). Ove razlike zahtijevaju fleksibilnost u implementaciji globalnih smjernica kako bi se obezbijedila relevantnost i primjenljivost u lokalnim kontekstima. Osim međunarodnih inicijativa, uloga tehnologije u standardizaciji postaje sve izraženija. Alati za analizu velikih podataka i vještačka inteligencija koriste se za predviđanje trendova i identifikaciju oblasti za poboljšanje. Ove tehnologije ne samo da povećavaju efikasnost, već i olakšavaju praćenje usklađenosti sa standardima (Ekinci i Dawes, 2009).

Na kraju, standardizacija kvaliteta zdravstvenih usluga zahtijeva stalnu evaluaciju i prilagođavanje. Kako se zdravstveni sistemi razvijaju i suočavaju s novim izazovima poput pandemija, starenja populacije i porasta hroničnih bolesti, održavanje visokih standarda postaje sve kompleksnije. Međutim, uz saradnju međunarodnih organizacija, implementaciju savremenih tehnologija i kontinuiranu edukaciju zaposlenih, standardizacija ostaje jedan od najmoćnijih alata za unapređenje globalnog zdravstva. Međutim, pored svih prednosti, standardizacija se suočava sa izazovima, uključujući troškove implementacije i mogući otpor zdravstvenih radnika prema promjenama (Crow *et al.*, 2002). Važno je da standardizacija ne bude viđena kao rigidna vježba, već kao dinamičan proces prilagođavanja potrebama pacijenata i inovacijama u zdravstvu.

Jedan od ključnih aspekata standardizacije jeste i edukacija pacijenata. Informisanje pacijenata o njihovim pravima i standardima kvaliteta može poboljšati njihovo povjerenje u zdravstveni sistem. Ovo je posebno važno u kontekstu globalizacije, gdje pacijenti često

traže usluge u različitim zemljama (Hall, 2005). Dodatno, saradnja između zdravstvenih ustanova na regionalnom i globalnom nivou doprinosi razmjeni znanja i najboljih praksi.

Zaključno, standardizacija kvaliteta zdravstvenih usluga predstavlja ključan element unaprijeđenja globalnog zdravstva. Iako postoje izazovi, prednosti u vidu povećane bezbjednosti, efikasnosti i povjerenja pacijenata jasno nadmašuju troškove. Budući napori trebaju se fokusirati na integraciju savremenih tehnologija, kontinuiranu edukaciju i fleksibilnu primjenu kako bi se osigurala relevantnost i efikasnost standardizacije u svim dijelovima svijeta

2.2. Pacijentova percepcija kvaliteta usluge

Očekivanja potrošača/pacijenata su "vjerovanja o proizvodu ili usluzi koje potrošači traže od svojih pružatelja usluga" (Olson i Dover, 1979, str.182). Kada pacijenti/kupci nemaju nikakve informacije o pružateljima usluga, prethodna očekivanja usluga ne igraju ulogu. Međutim, u stvarnosti, pacijenti/kupci imaju mnogo informacija o pružatelju usluga koje utiču na njihova očekivanja od usluga. Izvori informacija mogu dolaziti iz različitih izvora, uključujući i samu firmu, usmeni marketing, stručna mišljenja, javnost, komunikaciju od strane kompanije, kao i prethodno iskustvo s konkurentnim uslugama (Zeithaml, Berry i Parasuraman, 1993). Zdravstvena industrija je jedan od najposjećenijih sektora i ima najdirektnije kontakte između pružatelja i primalaca usluga. Iz dana u dan susrećemo mnogo ljudi koji dolaze u zdravstvene ustanove u potrazi za rješenjima za svoje probleme. Zbog toga procjena pacijentove percepcije može donijeti nove promjene u pristupu ili modifikacije u pružanju zdravstvenih usluga kako bi se osigurala izvrsnost usluge (Brady i Cronin, 2001).

Osiguravanje zadovoljstva pacijenata kvalitetom zdravstvene usluge postaje sve važnije strateško pitanje za mnoge zdravstvene ustanove. Ovaj naglasak na zadovoljstvu pacijenata neizbježno postavlja pitanje: zašto je bitno osigurati da su pacijenti zadovoljni kvalitetom zdravstvene usluge? Očekuje se da zdravstvene organizacije poboljšaju kvalitet zdravstvene zaštite i osiguraju adekvatnu isporuku usluga koja zadovoljava pacijente (Mosadeghrad, 2014). To je za rezultat dalo da su zdravstvene organizacije pokrenule istraživačke projekte kako bi pronašle načine zadovoljavanja zdravstvenih potreba pacijenata. Zadovoljstvo pacijenata predstavlja značajan pokazatelj u savremenom zdravstvenom sektoru. Ono ne samo da odražava kvalitetu pružene medicinske skrbi, već i utiče na iskustvo samih pacijenata (Huseinpašić, 2010). No, kvalitet zdravstvene zaštite iz perspektive pacijenta istraživani je samo u nedavnom vremenu, a samo su neki instrumenti za mjerenje kvaliteta zdravstvene zaštite izričito razvijeni za mjerenje iz perspektive pacijenta. Pacijenti su u središtu pažnje; njihovo mišljenje može pružiti važne lekcije o kvaliteti zdravstvenih sistema, što može dovesti do zadovoljstva korisnika i dugoročnih profitabilnih odnosa. LaVela i Gallan (2014) potvrđuju da zadovoljstvo pacijenata može dovesti do pozitivnih ishoda za zdravstvene organizacije kao što su vjernost, pozitivne preporuke usmenim putem i druga ponašanja koja direktno pozitivno utiču na profit. Zadovoljstvo pacijenata pružanjem zdravstvenih usluga vrlo je važno za medicinske (zdravstvene) pružatelje usluga, pacijente

(potrošače) i druge treće strane u sektoru zdravstva. Kvalitet zdravstvene usluge može utjecati na odluku o ponovnom korištenju iste zdravstvene ustanove, preporuke te ustanove drugima, kao i na ostale aspekte nakon kupovine ili korištenja usluge. Budući da se pacijent aktivno uključuje u proces pružanja usluge, to izravno utiče na percepciju kvalitete procesa i ishoda usluge (Huseinpašić, 2010).

2.2.1. Faktori koji oblikuju percepciju kvaliteta kod pacijenata

Percepcija kvaliteta kod pacijenata zavisi od brojnih faktora, uključujući interpersonalne vještine zdravstvenog osoblja, organizacione aspekte i fizičku sredinu. Cleary i McNeil (1988) istakli su da je zadovoljstvo pacijenata jedan od ključnih indikatora kvaliteta.

Interpersonalne vještine zaposlenih u zdravstvu, poput empatije i komunikacije, od suštinskog su značaja za stvaranje pozitivnog iskustva pacijenata (Hendriks *et al.*, 2006). S druge strane, infrastrukturni faktori, poput opremljenosti bolnica, također utiču na percepciju (Fatima *et al.*, 2018). Pacijenti također ocjenjuju kvalitet na osnovu svojih prethodnih iskustava i očekivanja. Model diskonfirmacije očekivanja posebno je koristan za razumjevanje ovog aspekta (Olson i Dover, 1979). Studije su također pokazale da socioekonomski status i obrazovanje pacijenata utiču na njihova očekivanja (Mosadeghrad, 2014). Faktori poput transparentnosti i dostupnosti informacija o zdravstvenim uslugama također doprinose oblikovanju percepcije (Hall, 2005). Povratne informacije pacijenata i aktivno uključivanje u odlučivanje o tretmanima ključni su za poboljšanje ukupnog iskustva (LaVela i Gallan, 2014). Napredak u korištenju digitalnih alata, poput aplikacija za praćenje zdravstvenog stanja, dodatno pomaže u prilagođavanju usluga potrebama pacijenata (Ekinci i Dawes, 2009).

Percepcija kvaliteta zdravstvenih usluga od strane pacijenata oblikovana je nizom faktora koji zajedno utiču na njihovo zadovoljstvo i ukupno iskustvo. Razumjevanje ovih faktora ključno je za unapređenje zdravstvenih usluga i postizanje višeg nivoa zadovoljstva pacijenata. U daljnjem tekstu navodimo neke od faktora koji utiču na percepciju kvaliteta zdravstvenih usluga

1. Tehnički kvalitet usluge

Tehnički aspekti zdravstvene usluge, poput tačnosti dijagnoze, stručnosti medicinskog osoblja i efikasnosti terapije, direktno utiču na percepciju kvaliteta. Pacijenti očekuju pouzdanu dijagnozu i adekvatno liječenje, što povećava poverenje u zdravstveni sistem. Donabedian (1980) je istakao da tehnički kvalitet predstavlja osnovu ukupne procjene usluga. Primjer iz prakse uključuje implementaciju strogih protokola u bolnicama tokom pandemije COVID-19. Primjena novih dijagnostičkih alata i obuka osoblja značajno su povećali poverenje pacijenata (Fatima *etal.*, 2018).

2. Funkcionalni kvalitet usluge

Funkcionalni kvalitet odnosi se na način pružanja usluge, uključujući komunikaciju, empatiju i ljubaznost medicinskog osoblja. Pacijenti su često skloni da kvalitet usluge procjenjuju na osnovu odnosa zdravstvenih radnika prema njima (Bitner *et al.*, 1994). Efektivna komunikacija dodatno jača poverenje pacijenata. U bolnicama koje primjenjuju integrisane sisteme za pritužbe pacijenata, percepcija funkcionalnog kvaliteta bila je značajno bolja, jer su pacijenti dobijali brze odgovore na svoje zahtjeve (Cleary i McNeil, 1988).

3. Očekivanja pacijenata

Očekivanja pacijenta formiraju se na osnovu prethodnih iskustava, informacija iz medija i preporuka drugih. Kada usluga ispunjava ili premašuje ta očekivanja, pacijenti je percipiraju kao kvalitetnu. U suprotnom, dolazi do nezadovoljstva. Huseinspahić (2011) navodi da je percepcija kvaliteta pod značajnim utjecajem prethodnih očekivanja i informacija o pružaocu usluge. Pacijenti oblikuju percepciju kvaliteta. Ova očekivanja često se temelje na prethodnim iskustvima, informacijama iz medija i preporukama drugih pacijenata. Kada usluga ispuni ili premaši očekivanja, percepcija kvaliteta je pozitivna, dok je suprotno kod razočaranja (Berry i Parasuraman, 1991).

4. Iskustva drugih pacijenata

Mišljenja i iskustva drugih pacijenata, bilo kroz lične preporuke ili online recenzije, značajno utiču na percepciju kvaliteta. Pozitivne povratne informacije povećavaju poverenje u određenu ustanovu, dok negativna iskustva mogu odvratiti potencijalne pacijente (LaVela i Gallan, 2014).

5. Dostupnost i pristupačnost usluga

Faktori poput geografskog položaja, radnog vremena i lakoće zakazivanja pregleda utiču na percepciju kvaliteta. Pacijenti koji lako pristupaju zdravstvenim uslugama obično imaju pozitivniju percepciju (Mosadeghrad, 2014). Studije iz ruralnih oblasti pokazale su da povećanje broja mobilnih klinika značajno poboljšava percepciju kvaliteta kod stanovništva sa ograničenim pristupom (Wennberg, 1999).

6. Okruženje i opremljenost zdravstvenih ustanova

Čistoća, uređenost i modernost zdravstvenih ustanova igraju ključnu ulogu u formiranju percepcije kvaliteta. Pacijenti često povezuju fizičke aspekte zdravstvenih objekata sa profesionalnošću i pouzdanošću pružalaca usluga (Babakus i Mangold, 1992). Primjer iz prakse uključuje renoviranje bolničkih soba kako bi se poboljšala udobnost pacijenata, što je rezultiralo višim ocjenama zadovoljstva u evaluacijama (Camilleri i O'Callaghan, 1998).

7. Sigurnost i povjerenje

Pacijenti moraju osjećati da su u sigurnim rukama. Povjerenje u stručnost osoblja i sigurnost procedura ključni su za pozitivnu percepciju kvaliteta. Studija o zadovoljstvu pacijenata u jedinicama intenzivnog liječenja ističe da je sigurnost jedan od važnih indikatora kvaliteta.

8. Kultura i individualne vrijednosti

Kulturne norme, vrijednosti i individualna uvjerenja pacijenata utiču na to kako oni percipiraju kvalitet usluge. Razumijevanje i poštovanje ovih aspekata od strane zdravstvenih radnika može poboljšati percepciju kvaliteta.

9. Ekonomski faktori

Troškovi usluga i percepcija njihove vrijednosti za novac igraju ulogu u ocjeni kvaliteta. Pacijenti očekuju da dobiju adekvatnu uslugu za uloženi novac, što utiče na njihovo zadovoljstvo. Troškovi zdravstvenih usluga i percepcija njihove vrijednosti za novac značajno utiču na ocjenu kvaliteta. Pristupačne usluge, koje ipak zadržavaju visok kvalitet, doprinose pozitivnom iskustvu (Fatima i sar., 2018).

10. Edukacija i informisanost pacijenata

Dobro informisani pacijenti, koji razumiju svoje zdravstveno stanje i opcije liječenja, skloniji su pozitivnoj percepciji kvaliteta. Edukacija povećava povjerenje i smanjuje nesigurnost (Cleary i McNeil, 1988). Uvođenje programa zdravstvenog obrazovanja u školama doprinosi dugoročnom povećanju svijesti o kvalitetu usluga i pravima pacijenata.

2.2.2. Značaj i utjecaj percipiranog kvaliteta zdravstvene usluge za pacijenta

Kvalitet zdravstvenih usluga ključan je u određivanju preferencija korisnika za bolnicu, što je bitno za organizacijske rezultate. Kvalitet usluge je ključan za poslovni uspjeh (Hossain i Leo, 2009; Vilares i Coelho, 2003). Stoga, menadžment bolnice treba identificirati broj zadovoljnih pacijenata s uslugama (Rehman i Husnain, 2018) kako bi poboljšao kvalitet usluge i lojalnost pacijenata (Maqsood *et al.*, 2017; Fatima *et al.*, 2018; Eleuch, 2011).

Istraživanja su pokazala da dobra kvaliteta usluge dovodi do zadržavanja postojećih korisnika i privlačenja novih, smanjenja troškova, poboljšane korporativne slike, pozitivne preporuke putem usmenog reklamiranja i konačno poboljšane profitabilnosti (Caruana, 2002; Crow *et al.*, 2002; Kang i James, 2004). Pacijenti koji su zadovoljni svojim tretmanom često pokazuju veću razinu angažovanosti, što rezultuje poboljšanim zdravstvenim ishodima. Nadalje, kvalitetna medicinska skrb koja uključuje edukaciju pacijenata i razumijevanje njihovih potreba često rezultuje visokim stepenom zadovoljstva kod pacijenata. Pozitivni učinci visokog zadovoljstva pacijenata ne ograničavaju se samo na njihovu angažovanost i edukaciju. Ono također pridonosi lojalnosti pacijenata, što je ključno za svaku zdravstvenu ustanovu (Eleuch, 2011). Također, zadovoljni pacijenti vjerojatnije će slijediti preporučene tretmane, što može poboljšati kliničke ishode i smanjiti vjerojatnost

tužbi zbog medicinskih grešaka. Osiguranje i povećanje lojalnosti ključno je za mnoge korporativne strategije jer je privlačenje novih kupaca skupo, a zadržavanje kupaca povezano s dugoročnom profitabilnošću (Cleary i McNeil 1988; Davis-Sramek *et al.*, 2009). Zbog toga se kvaliteta usluge može koristiti kao strateško oružje diferencijacije kako bi se izgradila prepoznatljiva prednost koju bi konkurenti teško kopirali, i mnoge organizacije u sektoru usluga počele su gledati na kvalitetu usluge kao potencijalni izvor održive konkurentske prednosti (Lim i Tang, 2000).

Već više od dvije decenije istraživači proučavaju kvalitetu usluge i njezin odnos s ključnim poslovnim rezultatima. U tu svrhu, niz studija istraživao je odnos između kvalitete usluge i zadovoljstva korisnika, i općenito se vjeruje da viši nivoi kvalitete usluge vode do većeg zadovoljstva korisnika (Kang i James, 2004; Oliver, 1997; Pollack, 2008). Povećanje broja studija o kvaliteti usluge i zadovoljstvu pacijenata tokom posljednjih nekoliko godina pokazuje da je koncept poboljšanja kvalitete postajao sve važniji iz godine u godinu u industriji usluga i ističe važnost stajališta pacijenata kao ključnog alata u procesima praćenja i poboljšanja kvalitete zdravstvenih usluga (Hiidenhovi *et al.*, 2002; Hall, 2005; Thi *et al.*, 2002).

Zadovoljstvo pacijenata i kvaliteta zdravstvene skrbi su usko povezani, čineći bitan aspekt u pružanju zdravstvene zaštite. Iako njihova veza nije uvijek direktna, razumijevanje njihovog odnosa ključno je za unapređenje ishoda pacijenata i ukupnog zdravstvenog iskustva. Iako visokokvalitetna njega često dovodi do povećanog zadovoljstva pacijenta, to nije uvijek zagaranтован rezultat. Različiti faktori, kao što su individualna očekivanja, kulturne razlike i stilovi komunikacije mogu utjecati na percepciju pacijenata. S druge strane, visoko zadovoljstvo pacijenata može biti pogođeno nekliničkim faktorima poput udobnosti okoline ili pažnje osoblja, što nužno ne odražava tehničku kvalitetu skrbi. Unatoč ovim složenostima, zadovoljstvo pacijenata i dalje predstavlja važan pokazatelj kvalitete zdravstvene skrbi, pružajući vrijedne povratne informacije o iskustvu pacijenata i identificirajući područja za unapređenje (Yalman *et al.*, 2021).

Dakle, u zdravstvenim ustanovama zadovoljstvo korisnika (pacijenata) pruža važne pozitivne rezultate, kao što su doprinos stvaranju lojalnih korisnika, smanjenje troškova, povećanje povjerenja pacijenta u zdravstvenu ustanovu i njihovo vjerovanje u tretman, povećanje broja pacijenata i profitabilnosti putem usmenog marketinga/promocije. Lojalni korisnik nije samo stalni korisnik, već i onaj koji ne napušta instituciju, izvještava o prigovorima direktno instituciji i čini napore da nadopuni nedostatke institucije (Mullola *et al.*, 2018).

2.3. Ljudski resursi u zdravstvu

Zdravstvena zaštita je industrija koja intenzivno koristi radnu snagu, a ljudski resursi predstavljaju najvažniji faktor u pružanju zdravstvene zaštite pri čemu je najveći dio troškova u ovom sektoru. Zdravstveni radnici su profesionalci s formalnim obrazovanjem i

kvalifikacijama koje omogućavaju direktno pružanje zdravstvenih usluga. Njihove aktivnosti su zakonski regulisane, često zahtijevaju licencu ili profesionalnu dozvolu i uključuju odgovornosti kao što su dijagnostika, liječenje, prevencija bolesti i rehabilitacija. U ovu grupu spadaju ljekari, medicinske sestre i tehničari, farmaceuti, stomatolozi, fizioterapeuti, radni terapeuti i licencirani psiholozi.

Nasuprot tome, zdravstveni saradnici pružaju podršku zdravstvenim radnicima i pacijentima, ali ne preuzimaju odgovornost za dijagnostiku ili liječenje. Njihova uloga je u povećanju efikasnosti sistema kroz tehničku, administrativnu, logističku i edukativnu podršku. Primjeri uključuju administratore, socijalne radnike, nutricioniste, dijetetičare i pomoćno osoblje. Obje grupe su ključne za kvalitetno i efikasno pružanje zdravstvenih usluga (Bloor i Maynard, 2003).

Uprkos njihovoj važnosti, tržište rada za ljudske resurse u zdravstvu ostaje slabo istraženo i nedovoljno organizovano u zdravstvenim sistemima širom svijeta. Tržište ljudskih resursa u zdravstvu, poput bilo kojeg drugog tržišta rada, čine interakcije između ponude i potražnje. Potražnja za ljudskim resursima u zdravstvu proizlazi iz potražnje pacijenata za zdravstvenim uslugama, koja je, opet, povezana s potrebama populacije za zdravljem. Ove potrebe su povezane s ukupnom veličinom i strukturom populacije, očekivanjima pacijenata od zdravstvene zaštite i prihodima društva (Bloor i Maynard, 2003).

Ponuda ljudskih resursa u zdravstvu određena je brojnim faktorima, uključujući prihode i percipirani status zdravstvenih profesionalaca, kao i odnose među zdravstvenim radnicima u smislu kombinacije vještina, upotrebe komplementarnih i zamjenskih kadrova. Na slobodnim tržištima rada, plate (cijene rada) se prilagođavaju kako bi se uspostavio balans između potražnje i ponude radnom snagom. Međutim, tržište ljudskih resursa u zdravstvu nije slobodno tržište iz nekoliko razloga. Na zdravstvene usluge značajno utiču propisi javnog sektora, ulazak na tržište rada strogo je ograničen licenciranjem i profesionalnim regulacijama, a plate se često pregovaraju na nacionalnom nivou za grupe zdravstvenih profesionalaca, što čini "cijenu" nefleksibilnom prema promjenama u potražnji i/ili ponudi. Kao rezultat toga, mehanizam cijena ne uspostavlja ravnotežu, pa se koriste drugi mehanizmi za usklađivanje ponude i potražnje. Zbog toga mnoge zemlje imaju sisteme za planiranje ljudskih resursa u zdravstvu, posebno medicinske radne snage (Bloor i Maynard, 2003).

Bloor i Maynard (2003) ističu da je planiranje ponude i potražnje ljudskih resursa u zdravstvu podložno dvjema glavnim slabostima:

- Usko fokusirana analiza – tipično, planiranje ljudskih resursa u zdravstvu ima ograničen fokus, posmatrajući medicinske praktičare izolovano. Ovaj pristup zanemaruje međusobne odnose između različitih zdravstvenih profesionalaca i mogućnosti zamjene (npr. korištenje medicinskih tehničara za anesteziju umjesto ljekara).

- Mehanistički pristup vođen ponudom – planeri radne snage često implicitno pretpostavljaju da su postojeći sistemi pružanja zdravstvene zaštite efikasni i prave prognoze zasnovane na tim sistemima, pretpostavljajući da su trenutni odnosi između osoblja i pacijenata odgovarajući.

U većini zdravstvenih sistema, planiranje radne snage je vođeno budžetom, pri čemu resursi određuju obim pruženih usluga. Međutim, planeri često koriste grube fizičke brojeve osoblja, čija povezanost s tačnim finansijskim projekcijama često nije čvrsta. Postoje značajne varijacije u kliničkoj praksi u svim zdravstvenim sistemima, što može ukazivati na neodgovarajuću njegu i neefikasno korištenje resursa (Wennburg, 1999; Andersen *et al.*, 1994). Sistemi za planiranje radne snage zanemaruju te varijacije. Takođe, zamjena radne snage i kapitala se ne uzima u obzir, uprkos dokazima o široko rasprostranjenim promjenama u praksi zapošljavanja (npr. medicinske sestre koje izvode laparoskopiju i anesteziju) i zamjeni kapitala (npr. farmaceutska terapija umjesto hirurških zahvata za liječenje akutnih ulkusa).

Potencijal nove tehnologije za povećanje produktivnosti, kao što to čini u drugim sektorima ekonomije, takođe se zanemaruje (Barer, 2002). Ovi trendovi uglavnom nisu mjerljivi niti upravljani, a donosioci politika o radnoj snazi ne razmatraju, a kamoli suočavaju se s pitanjem da li promjene u potražnji za njegom mogu biti nadoknađene povećanjem produktivnosti kroz smanjenje varijacija i povećanje ukupne aktivnosti. Povećanje kliničkog angažovanja zahtijeva razmatranje uloge podsticaja (finansijskih i nefinansijskih) za povećanje produktivnosti u zdravstvu. Ova politika rijetko je povezana s planiranjem i upravljanjem radnom snagom. Donosioci politika u zdravstvu možda prepoznaju potrebu za integrisanijim planiranjem ljudskih resursa u zdravstvu, posebno kroz prilagođavanje upravljanja ljudskim resursima potrebama i dizajnu sistema, umjesto obrnuto. Zbog navedenih segmenata u narednom dijelu našeg rada obraditi će se jedna od najčešćih tema koja se dotiče segmenta integrisanja ljudskih resursa: motivacija zdravstvenog osoblja.

2. 3.1. Motivacija zdravstvenog osoblja

Motivacija se može definisati kao ponašanje usmjereno prema cilju, koje proizlazi iz potreba nastalih u osobi, a glavni razlog tog ponašanja je zadovoljavanje tih potreba. Kao psihološki proces, motivacija se može posmatrati kao reakcija pojedinca na nezadovoljene potrebe koje stvaraju napetost i potiču ponašanje ili djelovanje usmjereno prema njihovom zadovoljenju, čime dolazi do smanjenja te napetosti (Berdud *et al.*, 2016). S individualnog aspekta, motivacija je ključna jer omogućuje ostvarenje ciljeva, dok je s menadžerskog aspekta ona alat kojim se osigurava usmjerenost zaposlenika prema postavljenim ciljevima i njihovo postizanje.

Motivacija se može definisati kao "proces pokretanja i usmjeravanja napora i aktivnosti s ciljem ostvarivanja osobnih i organizacijskih ciljeva" (Buntak *et al.*, 2013, str. 56).

Motivisani i zadovoljni zaposlenici temeljni su preduvjet za uspješne rezultate u poslovnim organizacijama.

Za postizanje motivacije na radnom mjestu, ključno je razumjeti što pokreće zaposlenike da rade, kako utjecati na njihovu motivisanost i koji su faktori koji ih motivišu. Menadžeri igraju ključnu ulogu u procesu motivisanja zaposlenika unutar organizacija. Kroz otvorenu komunikaciju, usmjeravanje i poticanje, mogu značajno doprinijeti motivaciji svojih zaposlenika. Njihova odgovornost je kontinuirano prepoznavanje signala zaposlenika, istraživanje njihovih potreba, procjena faktora zadovoljstva poslom, otklanjanje uzroka nezadovoljstva te uvođenje novih tehnika motivisanja s ciljem povećanja učinkovitosti organizacije.

Proces motivacije objašnjavaju različite teorije, no u osnovi se može prikazati kroz četiri ključne faze: potreba – uzbuđenje – ponašanje – tačka zadovoljstva. Svaka osoba ima specifične kriterije koje želi ispuniti. Za postizanje tog cilja, osoba pokreće određene sile koje daju za rezultat ponašanje usmjereno prema zadovoljavanju tih potreba. Krajnji ishod ovog procesa je postizanje tačke zadovoljstva (Turabik, Baskan, 2015).

2.3.2. Savremeni načini motivisanja

Savremeni razvoj informacijske tehnologije i znanosti općenito donio je promjene u uvjetima rada unutar organizacija. Implementacijom tehnoloških inovacija pojavila se potreba za novim pristupima motivisanja zaposlenika. Potreba za kreativnim i prilagodljivim kadrovima potaknula je menadžere na promjene u upravljanju, organizaciji, ali i motivaciji zaposlenika. Ključni faktor uspjeha organizacija oduvijek su bili ljudi — njihova znanja, kreativnost, sposobnosti i motivacija.

Na području zdravstva posljednjih su godina razvijeni novi teorijski pristupi motivisanja zaposlenika. Mnogi znanstvenici i teoretičari istraživali su motivaciju kako bi pronašli načine povećanja učinkovitosti uz minimalna ulaganja. Pod ulaganjima se podrazumijevaju različiti resursi poput novca, tehnologije, ali i ulaganja u ljude. Ovo pitanje postalo je ključno u poslovnom i gospodarskom kontekstu. Kako ističu Jambrek i Penić: „Dobro razrađen sistem upravljanja uključuje ulaganje u zaposlenike, kvalitetnu komunikaciju između menadžera i zaposlenika te niz drugih faktora koji motiviraju zaposlenike i doprinose povećanju radnog učinka.“ (Jambrek, Penić, 2008, str. 1198). Prema njihovom mišljenju, menadžeri koji upravljaju ljudskim potencijalima moraju razumjeti psihologiju zaposlenika kako bi iz svakog izvukli maksimum. Slično, Bahtijarević-Šiber naglašava da menadžeri trebaju: „pronaći najbolje ljude, dobro ih motivirati i omogućiti im da posao obavljaju na svoj način.“ (Bahtijarević-Šiber, 1999). Uprkos tome, pored svih teorija, potrebno je odrediti koji faktori najviše utiču na motivaciju.

Analizom dosadašnjih istraživanja, ključni faktori motivacije uključuju platu, uvjete rada, međuljudske odnose, mogućnost usavršavanja i napredovanja. Najnoviji pristupi u velikim

organizacijama naglašavaju važnost nagrađivanja i kompenzacija. Kompenzacije, koje uključuju financijske i nefinancijske elemente, obogaćivanje posla te poboljšanje radnog okruženja, predstavljaju vodeći motivacijski faktor (Marušić, 2006).

Današnje tehnike motivisanja temelje se na povećanju radne učinkovitosti zaposlenika zadovoljavajući njihove materijalne i nematerijalne potrebe. Menadžeri se sve više oslanjaju na teorijski utemeljene metode motivacije, uključujući:

- obnovu i obogaćivanje radnih zadataka;
- uključivanje zaposlenika u odlučivanju;
- menadžerski stil;
- upravljanje temeljen na postavljanju ciljeva;
- fleksibilnost radnog vremena;
- kultura unutar organizacije;
- priznavanje postignuća i pohvale;
- mogućnosti profesionalnog usavršavanja.

Većina savremenih pristupa motivaciji temelji se na nematerijalnim faktorima (Bahtijarević-Šiber, 1999), iako materijalne nagrade i dalje čine osnovu na kojoj se mogu graditi daljnje nematerijalne motivacijske strategije.

2.3.3. Elementi motivacije zaposlenika

Menadžeri u zdravstvenim ustanovama imaju ključnu ulogu u motivaciji zaposlenika. Za uspješno motivisanje svojih zaposlenika, oni moraju kontinuirano oslušivati njihove potrebe, analizirati povratne informacije i identificirati ključne faktore koji utiču na njihovu motivaciju i zadovoljstvo.

Među ključnim faktorima koji utiču na motivaciju zaposlenika nalaze se: visina plata, efikasno rukovodstvo, pozitivni međuljudski odnosi, prihvaćenost od strane kolega, sigurnost radnog mjesta, zanimljivost poslova, preuzimanje odgovornosti, radni uvjeti, priznanje vještina, mogućnosti za profesionalni napredak, obrazovanje uz rad, ugled organizacije te sudjelovanje u ostvarenju profita.

Plate i beneficije

Galetić (2015, str. 11) opisuje platu kao “oblik naknade koji obuhvaća „prvenstveno novčanu kompenzaciju ili drugi oblik s novčanim ekvivalentom, koja se ostvaruje na temelju obavljenog rada ili ponašanja koje doprinosi postizanju specifičnih ciljeva poslodavca ili organizacije“.

Prema istraživanju Marušića iz 2000. godine, 83 % ispitanika navelo je platu kao najvažniji factor motivacije. Iako u prethodnim istraživanjima plata nije bila na vrhu liste motivacijskih faktora, u novije vrijeme ljudi sve više vrednuju dohodak (Marušić, 2006). Plata i sistemi

plaćanja imaju značajan utjecaj na radnu učinkovitost, stoga je važno pažljivo oblikovati sisteme materijalnog nagrađivanja. Ključno je uspostaviti jasnu povezanost između radnih rezultata i nagrada. Sistemi materijalnog nagrađivanja trebaju se fokusirati na pozitivne učinke radnog ponašanja, pri čemu bi povećanje plate trebalo biti povezano s poboljšanjem radne učinkovitosti i uspješnosti. Razlike u platama između visoko učinkovitih i manje učinkovitih zaposlenika trebale bi biti dovoljno izražene kako bi se potaknuo kvalitetan rad (Buntak *et al.*, 2013).

Kako osigurati pravedan sistem nagrađivanja? Postavlja se pitanje kako adekvatno nagraditi zaposlenike, razlikovati uspješne od manje uspješnih te stimulisati posebne doprinose i vještine. Budući da plata predstavlja ključni motivacijski faktor, organizacije moraju zadovoljiti ove potrebe putem pažljivo osmišljenog sistema nagrađivanja. Sistem materijalnog nagrađivanja trebao bi biti zasnovan na osnovnim kriterijima:

- sažeta i jasno razumljiva pravila;
- tačno definisani ciljevi, kao i materijalne nagrade koje zaposlenici mogu očekivati za povećanje produktivnosti;
- menadžeri ne bi trebali postavljati nedostižne ciljeve;
- sistem nagrađivanja mora biti jednakopravan i transparentan (Bahtijarević-Šiber, 1999).

U odnosu na ugovor poslodavac ima obavezu isplatiti zaposleniku platu na vrijeme. Plata može uključivati sljedeće komponente:

- osnovnu platu, određenu na temelju složenosti posla i uobičajenih radnih uvjeta;
- stimulativni dio plate, povezan s ostvarenim rezultatima;
- dodatke na platu, uključujući radni staž i otežane uvjete rada.

Stimulativni dio plate osmišljen je kako bi poticao bolje rezultate i veću učinkovitost. Razlikuje se po osnovi učinka ili premije, dok dodaci na platu obuhvaćaju:

- rad u smjenama,
- noćni rad,
- prekovremeni rad,
- rad na dane praznika i sedmičnog odmora,
- povremene otežane uvjete rada (Buntak *et al.*, 2013).

Atraktivne plate i druge materijalne nagrade izravno utiču na motivaciju zaposlenika. Pravedan i transparentan sistem nagrađivanja ključan je za stvaranje pozitivnih međuljudskih odnosa, koji također igraju značajnu ulogu u motivaciji zaposlenika. Praćenje radne uspješnosti, prepoznavanje zasluga i nagrađivanje kvalitetnog rada čine osnovu poticajnog sistema nagrađivanja. Samo sistem temeljen na ovim principima može pridonijeti dugoročnom zadovoljstvu i motivaciji zaposlenika.

Međuljudski odnosi

Međuljudski odnosi unutar organizacije smatraju se ključnim motivacijskim faktorom, a prema istraživanju Marušića iz 2000. godine, zauzimaju treće mjesto po važnosti. Prema podacima, 78% ispitanika vjeruje da su ovi odnosi ključni za uspješnost na poslu. S obzirom na nepovoljnu političku situaciju, mnogi zaposlenici nemaju mogućnost promjene organizacije u kojoj su nezadovoljni međuljudskim odnosima i radnom atmosferom (Marušić, 2006).

Istraživanja provedena u više od 20 zemalja EU ukazuju da su radno okruženje i međuljudski odnosi među najvažnijim motivacijskim faktorima. Dobri međuljudski odnosi, timska suradnja, ugodna radna atmosfera i socijalna interakcija unutar i izvan organizacije značajno poboljšavaju radnu učinkovitost (Lefter *et al.*, 2009).

Kvalitetni međuljudski odnosi, zajedno s podrškom za kvalitetan rad i stvaranjem pozitivnog pritiska, motiviraju zaposlenike na angažman i smanjuju neproduktivnost. Stav menadžera prema zaposlenicima ima ključnu ulogu u tom procesu. Menadžeri koji omogućuju zaposlenicima autonomiju, potiču inovativnost i kreativnost, prihvaćaju pogreške, podržavaju preuzimanje rizika i stvaraju prijateljsko radno okruženje te tako postavljaju temelje za uspješan rad cijelog tima (Bahtijarević-Šiber, 1999).

Stabilno radno mjesto

Sigurnost i stabilnost zaposlenja također su ključni motivacijski faktori, s 73% ispitanika koji ih smatraju značajnima za motivaciju. Ipak, održavanje sigurnog zaposlenja zahtijeva svakodnevno ulaganje truda i kontinuirano dokazivanje. Brz tehnološki napredak donosi brojne promjene u poslovanju, pa je ulaganje u razvoj vještina i znanja postalo nužnost za prilagođavanje novim uvjetima (Marušić, 2006). Rad u velikim organizacijama koje pružaju dodatne beneficije često se doživljava kao simbol sigurnosti. Stabilno zaposlenje omogućava zaposlenicima manje stresan život, čime se smanjuje razina stresa i povećava motivacija za rad. Nesigurnost u vezi sa zaposlenjem, česte promjene radnog mjesta i stresni uvjeti rada negativno utiču na radnu atmosferu, jer zaposlenici pod stresom ne mogu postići optimalnu usredotočenost i kvalitetu rada.

Uvjeti rada

Uvjeti rada, iako su nekada bili visoko na ljestvici motivacijskih faktora, danas se nalaze na osmom mjestu s 67% odgovora prema istraživanju Marušića. Razlog za ovo leži u uvođenju novih tehnologija koje su smanjile potrebu za ljudskim radom u teškim fizičkim poslovima i unaprijedile radne uvjete. Mašine su zamijenili ljude u napornim zadacima, dok su smanjeni buka i prašina, a radna mjesta često se mijenjaju (Marušić, 2006).

Jedan od važnih elemenata uvjeta rada jeste radno vrijeme. Fleksibilno radno vrijeme, kao menadžerska inovacija, omogućava zaposlenicima da sami odrede optimalno vrijeme za obavljanje svojih zadataka. U praksi se često primjenjuje model koji uključuje obavezno prisustvo tokom ključnih sati, dok zaposlenici sami biraju ostatak radnog vremena. Iako fleksibilno radno vrijeme nije primjenjivo u svim organizacijama i za sve pozicije, na mjestima gdje je moguće značajno poboljšava kvalitetu rada (Bahtijarević-Šiber, 1999). Zadatak menadžera je organizirati radne procese i prilagoditi uvjete rada s ciljem povećanja produktivnosti. To uključuje obogaćivanje radnog mjesta kroz dodavanje raznovrsnih zadataka, preuzimanje većih odgovornosti i omogućavanje zaposlenicima veće autonomije u obavljanju njihovih poslova.

2.4. Obilježja ličnosti zdravstvenog osoblja

Ličnost obuhvata osjećaje, misli i obrasce ponašanja osobe. Svaki zaposlenik ima jedinstvenu ličnost koja ga ili je razlikuje od drugih. Da bi se efikasno upravljalo zdravstvenim resursima, korisno je razumjeti osobine različitih zaposlenika (Ganu i Kogutu, 2014). Znanje i vještine osoblja u zdravstvenim institucijama su od suštinskog značaja za kvalitet pružene zdravstvene zaštite. Ova usluga, koja se sastoji od raznih medicinskih i nefarmaceutskih disciplina, često zahtijeva timski rad, u kojem liječnici, medicinske sestre/tehničari i brojne druge profesije doprinose zajedničkom cilju. Dakle, ključni faktor uspjeha svake organizacije leži u njenim ljudskim resursima (Balen, 2015).

Kvalitet ljudskih resursa je jedan od faktora koji određuju kvalitet zdravstvenih usluga. To je način da se ispune očekivanja korisnika (Parasuraman *et al.*, 1990) putem interakcija između korisnika i pružatelja usluga (Brady i Cronin, 2001), koji su odgovorni, ljubazni i kompetentni (Ekinci i Dawes, 2009). Jedan od glavnih razloga zašto ljudi reaguju različito na iste događaje, primjenjuju različite strategije u sličnim situacijama i prate različite puteve kako bi postigli isti cilj je razlika u osobinama ličnosti pojedinaca.

Razlike u ličnosti mogu se smatrati pokretačem inovacija i razvoja jer mogu imati za ishod različita očekivanja i stavove. Pacijenti koji primaju usluge u bolnicama imaju različite ličnosti i stoga različita očekivanja, stavove i strategije rješavanja problema (Yalman *et al.*, 2021). Prakticiranje pružanja usluge usmjerene na pacijenta znači poštovanje činjenice da pacijenti imaju ličnosti. Ove ličnosti utiču na angažovanost u preventivnoj njezi, pridržavanje uzimanja lijekova, spremnost na operaciju, pouzdanost u postoperativnom praćenju i kliničke ishode. Prilagođavanje različitim ličnostima je osnovna vještina za radnika (Redelmeier *et al.*, 2021).

Zdravstveni radnici unutar zdravstvenog sistema obuhvataju osoblje iz različitih disciplina poput medicinsko-laboratorijske prakse, radiološko-tehnološke prakse, sanitarnog inženjeringa i fizioterapije, među ostalima. Također, unutar zdravstvenih institucija postoje neophodne službe koje omogućavaju puno funkcioniranje sistema, uključujući službe za čišćenje, održavanje, kuhinju, informacione tehnologije te pravne i finansijske poslove

(Balen, 2015). U procesu rada zaposlenici često surađuju u timovima kako bi efikasno obavili svoje zadatke i postigli ciljeve (Balen, 2015).

Veza između ličnosti zdravstvenog osoblja i načina na koji pacijenti doživljavaju kvalitetu usluge u zdravstvenim ustanovama predstavlja intrigantno istraživačko područje. Različite osobine ličnosti medicinskog osoblja, poput empatije, strpljenja i profesionalnosti, mogu duboko utjecati na interakciju s pacijentima i njihovu percepciju kvalitete dobivene skrbi (Thi *et al.*, 2002). Primjerice, pristupačni i pažljivi zdravstveni radnici često stvaraju osjećaj sigurnosti i povjerenja kod pacijenata, što pozitivno utiče na njihovo iskustvo u zdravstvenoj ustanovi. S druge strane, nedostatak empatije ili komunikacijskih vještina može rezultirati negativnim utiskom kod pacijenata, čak i ako je pružena medicinska skrb tehnički visokog standarda (Teng *et al.*, 2007). Zbog toga je istraživanje povezanosti između osobina ličnosti zdravstvenog osoblja i percepcije pacijenata ključno za unapređenje kvalitete zdravstvene skrbi i bolje razumijevanje faktora koji utiču na iskustvo pacijenata u zdravstvenim ustanovama.

2.4.1. Big Five Traits model ličnosti

Big Five Traits ili Faktori Velike petorke (Pet faktorski model ili globalni faktori osobnosti) jedna su od savremenih verzija faktorskih modela ličnosti razvijenih u okviru teorije osobina. Također, ovaj model je i najčešće primjenjivan za ispitivanje faktora ličnosti. Pet faktorskih osobina su najosnovnije dimenzije u strukturi ljudske ličnosti koje određuju karakteristike ljudskog razmišljanja, osjećanja i ponašanja (Novikova 2013). Specifični faktori su otvorenost, savjesnost, ekstraverzija, ugodnost i neuroticizam (OCEAN).

Osnovna pretpostavka taksonomije OCEAN-a je da su neke karakteristike reproducibilni osobinski atributi koji djelomično predviđaju ponašanje osobe tokom dugih intervala u sličnim situacijama (Mullola *et al.*, 2018). Svaka od ovih osobina u određenoj mjeri utiče na konačni ishod kvalitete zdravstvene njege, zadovoljstva pacijenata i efikasnost organizacije.

Savjesnost se definiše kao sklonost izražavanju samodiscipline i uključuje osobine poput perfekcionizma i nepažnje. Savjesnost je stav pojedinaca koji imaju tendenciju biti pažljivi pri donošenju odluka. Savjesnost ima pozitivan utjecaj na kvalitetu usluge. Ona je pouzdana (Gur *et al.*, 2020), valjani prediktor (Lin *et al.*, 2001), i najmoćniji pokazatelj uspješnosti usluge (McCrae i Costa, 1997; Yang i Hwang, 2014). Savjesnost pozitivno i značajno utiče na kvalitetu rada medicinskih sestara u Seulu (Kim i Lee, 2016) i Maleziji (Johari i Hee, 2013).

Otvorenost prema iskustvu definiše se kao općenito cijenjenje raznolikih iskustava i uključuje osobine poput znatiželje i opreza. Pacijenti trebaju puno pomoći od zdravstvenih radnika i biti će im ugodno s osobinom otvorenosti prema iskustvu. Medicinske sestre sa visokim stepenom otvorenosti sklonije su fleksibilnosti u prepoznavanju potreba pacijenata i odgovaranju na zahtjeve pacijenata te kreativnosti u rješavanju problema pacijenata (Johari

i Hee, 2013). Otvorenost prema iskustvu pozitivno i značajno utiče na organizacijske usluge. To je utvrđeno u istraživanjima u nekoliko zemalja, poput Turske (Koşker *et al.*, 2019), Koreje (Kim i Lee, 2016) i Malezije (Johari i Hee, 2013).

Ugodnost se definiše kao opća briga za društvenu harmoniju, uključujući osobine poput prijateljskosti i antagonizma. Ugodnost je još jedan pokazatelj ličnosti potreban zdravstvenim uslugama. Osobe s ugodnim osobnostima vole pomagati i može im se pouzdano vjerovati. Ugodnost ima pozitivan i značajan učinak na usluge u Turskoj jer su zaposlenici uljudni, ugodni i korisni (Koşker *et al.*, 2019). S druge strane, dva istraživanja u Indoneziji pokazala su suprotne rezultate - pozitivnu povezanost između ugodnosti i kvalitete usluge, koja je bila značajna (Qaniah i Nurwianti, 2021) i neznačajna (Wibowo i Andriyanto, 2018).

Ekstraverzija se definiše stepenom angažovanosti s vanjskim svijetom i uključuje osobine poput društvenosti ili osamljenosti. Ekstraverzija pozitivno i značajno utiče na usluge u Turskoj (Koşker *et al.*, 2019) i Tajvanu (Teng *et al.*, 2007). Ekstraverzija ima pozitivan, ali neznačajan učinak na ponašanje orijentisano prema kupcu u Tajlandu (Mechinda i Patterson, 2011) i Seulu (Kim i Lee, 2016), kao i na industrije orijentisane prema uslugama u Indoneziji (Qaniah i Nurwianti, 2021). Ekstraverzija negativno, ali neznačajno utiče na ponašanje orijentisano prema kupcu u Maleziji (Johari i Hee, 2013).

Neuroticizam/emocionalna stabilnost se definiše kao sklonost doživljavanju negativnih emocija i uključuje osobine poput nervoze i samopouzdanja. Emocionalna stabilnost pozitivno i značajno utiče na kvalitetu usluge u Turskoj (Koşker *et al.*, 2019) i Tajlandu (Mechinda i Patterson, 2011). Slično tome, emocionalna nestabilnost negativno i značajno utiče na kvalitetu usluge u Tajvanu (Teng *et al.*, 2007) i Seulu (Kim i Lee, 2016), ali nije značajna u Maleziji (Johari i Hee, 2013).

2.4.2. Relevantnost Big Five Traits modela u zdravstvenoj njezi

Relevantnost Big Five osobina u modelu osoblja u zdravstvenoj njezi je značajna iz nekoliko razloga. Prvo, ovaj model pruža korisne uvide u osobine ličnosti zdravstvenih radnika, što omogućava bolje razumijevanje njihovih ponašanja, motivacija i interakcija s pacijentima i kolegama. Ove osobine ličnosti, uključujući savjesnost, ekstraverziju, otvorenost, ugodnost i neuroticizam, mogu imati dubok utjecaj na kvalitetu zdravstvene njege i zadovoljstvo pacijenata (Johari i Hee, 2013).

Na primjer, visok nivo savjesnosti može imati za rezultat veću pedantnost, organiziranost i pouzdanost u izvršavanju dužnosti, što je ključno za pružanje visokokvalitetne njege. Ekstraverzija može biti povezana s boljom komunikacijom s pacijentima i kolegama, te sposobnošću da se uspostavi pozitivan radni okoliš. Otvorenost može doprinijeti inovativnosti i fleksibilnosti u pristupu problemima i promjenama u zdravstvenoj praksi. Ugodnost može olakšati izgradnju pozitivnih odnosa s pacijentima i podržavati timski rad.

S druge strane, visok nivo neuroticizma može dovesti do veće anksioznosti i stresa, što može negativno utjecati na radnu efikasnost i zadovoljstvo poslom (Lin *et al.*, 2001). Također, Big Five model može biti koristan alat za regrutovanje, selekciju i upravljanje osobljem u zdravstvenoj njezi.

Razumijevanje osobina ličnosti zdravstvenih radnika može pomoći u identifikaciji kandidata s najboljim potencijalom za određene uloge u zdravstvenom timu. Nadalje, prilagođavanje radnih okolina i strategija upravljanja u skladu s osobinama ličnosti može povećati angažovanost, zadovoljstvo poslom i dugoročnu retenciju osoblja (Johari i Hee, 2013).

Big Five model pruža duboko razumijevanje osobina ličnosti zdravstvenih radnika i njihovog utjecaja na kvalitetu zdravstvene njege, zadovoljstvo pacijenata i efikasnost organizacije. Cilj našeg rada jeste da kroz integraciju ovog i SERQUAL modela u praksi uspijemo dobiti relevantne rezultate na polju zadovoljstva pacijenata a samim tim i podatke za poboljšanje rezultata u zdravstvenoj njezi.

3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

3.1. Opis metodologije

Metodologija istraživanja u ovom radu je kvantitativna, a za analizu prikupljenih podataka korišten je model strukturisanja jednačina PLS-SEM. PLS-SEM model koristi karakteristike ličnosti zdravstvenog osoblja kao nezavisne varijable, dok je percipirani kvalitet zdravstvenih usluga zavisna varijabla. Ova metoda analize omogućava procjenu kompleksnih modela s mnogim konstruktima, indikatorskim varijablama i strukturnim putanjama, bez nametanja distribucijskih pretpostavki na podatke, čime se naglašava predikcija prilikom procjene statističkih modela koji su dizajnirani da pruže kauzalna objašnjenja (Wold, 1982; Sarstedt *et al.*, 2017a). PLS-SEM procjenjuje djelomične strukture modela definisane u modelu, koristeći kombinaciju analize glavnih komponenti i metode običnih najmanjih kvadrata (Mateos-Aparicio, 2011). Na taj način, tehnika prevazilazi očiglednu podjelu između objašnjenja, koje se obično naglašava u akademskim istraživanjima, i predikcije, koja je ključna za razvoj menadžerskih implikacija (Hair *et al.*, 2019).

3.2. Upitnik

Na temelju postavljenih istraživačkih ciljeva i hipoteza, prikupljanje podataka potrebnih za dobivanje rezultata provodilo se putem anketiranja ispitanika – primjenom anketnog upitnika. Upitnik se sastoji od tri segmenta: prvi segment upitnika fokusiran je na pregled demografskih podataka o ispitanicima uključujući dob, spol, razinu obrazovanja i zanimanje. Sljedeća dva segmenta upitnika konstruisana su na temelju relevantnih skala iz prethodnih istraživanja, prilagođenih specifičnim potrebama ove studije. U okviru istraživanja koristit

će se dva modela: *Big Five Traits*, koji istražuje pet obilježja ličnosti zdravstvenog osoblja¹ (savjesnost, otvorenost ka iskustvu, ugodnost, ekstraverzija i emocionalna stabilnost) (Costa i McCrae, 1997), sa ukupno 13 tvrdnji o karakteristikama ličnosti zdravstvenog osoblja i jednim kontrolnim pitanjem koje ima svrhu validacije podataka.

Drugi model je SERVQUAL model, koji procjenjuje percipiranu kvalitetu zdravstvenih usluga kroz pet dimenzija: opipljivost, pouzdanost, odzivnost, sigurnost i empatiju (Parasuraman *et al.*, 1985), sa 22 tvrdnje o kvaliteti zdravstvenih usluga i jednim kontrolnim pitanjem. Svaka tvrdnja se mjeri putem Likertove skale od pet nivoa, pri čemu ocjene variraju od "1" (u potpunosti se ne slažem s tvrdnjom) do "5" (potpuno se slažem s tvrdnjom).

3.3. Prikupljanje podataka

Prikupljanje podataka vršilo se putem anketiranja ispitanika – primjenom upitnika u printanoj ili on-line formi. Popunjavanje printanih formi anketa vršilo se u laboratorijama Medicover dijagnostic BiH u periodu od 01.03.2024 do 15.05.2024., dok je u istom periodu on-line formaupitnika objavljena putem društvenih mreža Medicover Diagnostic-a. Ova zdravstvena grupacija osnovana je u Švedskoj, a na teritoriji BiH raspolaže sa 12 laboratorija. Medicover nudi raznovrsne zdravstvene usluge kroz mrežu ambulantnih klinika, bolnica, specijaliziranih centara, laboratorija i punktova za uzimanje uzoraka krvi, organiziranih u dvije divizije: zdravstvene i dijagnostičke usluge. Prije ispunjavanja ankete, ispitanicima su pružene pismene i usmene upute o ispravnom načinu popunjavanja.

Ukupno su prikupljena 32 neispravno popunjena upitnika, što znači da su ispitanici zanemarili kontrolna pitanja ili su dali neskladne odgovore na njih. Analiza je provedena na preostalih 310 ispravno popunjenih upitnika pomoću softvera SPSS 2.0. i SMART PLS 3.0.

Sve ankete popunjene su anonimno, a sudionici nisu imali nikakve osobne ili materijalne koristi prilikom sudjelovanja u istraživanju.

3.4. Demografski profil ispitanika

Za ukupno 310 ispravno popunjenih primjeraka upitnika koristili smo deskriptivnu statistiku za analizu demografskih profila ispitanika.

Među ispitanicima 46,7% su bili muškarci, dok su žene činile 53,3%, ispitanici uzrasta 18-30 godina činili su 25,4%, oni uzrasta 31-50 godina činili su 41,4%, ispitanici uzrasta 51-75 godina činili su 24,8%, a oni uzrasta 75 i više godina činili su 8,4%.

¹ Zdravstveno osoblje u studiji odnose se na zaposlenike svih struktura ustanove koji pružaju zdravstveni tretman pacijentima te pomoćno i administrativno osoblje.

U smislu statusa, pacijenti su činili 59,3%, a pratioci pacijenata 40,7%. Što se tiče nivoa obrazovanja, učesnici sa srednjoškolskim obrazovanjem činili su 45,7%, oni sa višim obrazovanjem (preddiplomski studij) 30,1%, a oni sa visokim obrazovanjem (postdiplomski studij) 24,2%.

U smislu statusa zaposlenja, 13,8% je bilo nezaposleno, 26,1% je radilo u javnom sektoru, 44,5% je bilo zaposleno u privatnom sektoru, dok su 15,6% su bili penzioneri. Detaljniji podaci prikazani su u tabeli 1.

Tabela 1: Prikaz socio-demografskih karakteristika ispitanika

Socio- demog. karakt. Ispitnika	Broj odgovora (%)
Spol	a) Muško – 145 (46,7%) b) Žensko – 165 (53,3%)
Broj godina	a) 18-30 – 79 (25,4%) b) 31-50- 128 (41,4%) c) 51-75 – 77 (24,8) d) 75 i više – 26 (8,4%)
Status	a) pacijent - 184 (59,3%) b) pratioc pacijenta – 126 (40,7%)
Nivo edukacije	a) Srednjoškolsko obrazovanje – 140 (45,7%) b) Više obrazovanje (preddiplomski studij) – 96 (30,1%) c) Visoko obrazovanje (postdiplomski studij) – 75 (24,2%)
Status zaposlenja	a) Nezaposlen - 43 (13,8%) b) Zaposlen u javnom sektoru – 81 (26,1) c) Zaposlen u privatnom sektoru - 138 (44,5) d) Pensioner/ka – 48 (15,6)

Izvor: Autor rada

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U skladu s procedurom koju predlažu Hair i ostali (2018), prvo je provjerena pouzdanost korištenih mjernih skala. Zatim je analiziran mjerni model kako bi se procijenila validnost mjernih skala. Prije nego što se pristupilo analizi strukturalnog modela, procijenjena je reprezentativnost modela, kolinearnost i koeficijenti determinacije analiziranih varijabli u modelu. Unutar mjernog modela, sa jedne strane za varijable osobina ličnosti zdravstvenog osoblja pristupljeno je korištenju prosječnih vrijednosti kao agregatni pokazatelja odnosa u modelu, dok su, s druge strane, za varijable percipiranog kvaliteta zdravstvenih usluga izračunate vrijednosti *Latent Variable Scores* (LVS), čime su sažeti podaci iz više indikatora za jednostavnije modeliranje i analizu odnosa između latentnih varijabli u strukturalnom modelu. Potom je izvršena procjena diskriminatorne validnosti konstrukata, te eliminacija problema multikolinearnosti i predstavljeni su indikatori reprezentativnosti modela. Završni korak podrazumijevao je analizu strukturalnog modela.

4.1. Mjerni model

Prema koracima koje su predložili Hair i saradnici (2018), prvi korak u evaluaciji mjernog modela podrazumijeva analizu faktorskih opterećenja (faktorskih učitavanja). Standardizirana faktorska učitavanja koriste se za procjenu povezanosti između indikatora i latentnih varijabli, čime se potvrđuje valjanost mjerenih konstrukata u okviru modela. Preporučene vrijednosti faktorskih učitavanja trebale bi biti iznad 0,5, što znači da konstrukt objašnjava više od 50% varijanse indikatora, osiguravajući time zadovoljavajuću pouzdanost indikatora (Hair *et al.*, 2018). Rezultati faktorskih opterećenja u ovom istraživanju prikazani su u tabeli 2.

Tabela 2: Faktori učitavanja

Konstrukt (latentna varijabla)	Tvrđnje	Kodovi za tvrđnje	Dimenzije Konstrukta	Standardizirano učitavanje Faktora
Savjestnost	Zdravstveni radnici u Medcoveru su stručnjaci u pružanju medinske skrbi.	Savjestnost0	Tvrđnja 1- 4	0,740
	Brzo pružanje medicinske skrbi je odlika zdravstvenih radnika u Medcoveru	Savjestnost1		0,698
	Zdravstveni radnici u Medcoveru aktivno pitaju o pritužbama pacijenata.	Savjestnost2		0,724

	Zdravstveni radnici u Medcoveru pružaju medicinsku skrb na vrijeme.	Savjestnost3		0,800
Otvorenost	Zdravstveni radnici u Medcoveru žele saznati detalje o bolesti pacijenta.	Otvorenost0	Tvrdnja 1-2	0,754
	Zdravstveni radnici u Medcoveru transparentni su u vezi bolesti pacijenata	Otvorenost1		0,842
Ugodnost	Zdravstveni radnici u Medcoveru su topli i ugodni	Ugodnost0	Tvrdnja 1-3	0,795
	Zdravstveni radnici u Medcoveru su pouzdani	Ugodnost1		0,842
	Zdravstveni radnici u Medcoveru spremni su pružiti pomoć	Ugodnost2		0,785
Ekstravertnost	Zdravstveni radnici u Medcoveru detaljno objašnjavaju bolest pacijentu	Ekstravertnost0	Tvrdnja 1-2	0,663
	Zdravstveni radnici u Medcoveru su prijateljski nastrojeni	Ekstravertnost1		0,916
Emoc. Stabilnost	Zdravstveni radnici u Medcoveru su strpljivi iako pacijenti postavljaju mnogo pitanja	E_stabilnost0	Tvrdnja 1-2	0,869
	Zdravstveni radnici u Medcoveru ne pokazuju nezadovoljstvo, čak i kada pacijenti možda uzimaju dodatno vrijeme	E_stabilnost1		0,817

Opipljivost	Medicover laboratorij posjeduje modernu opremu	Opipljivost0	Tvrdnja 1-4	0,819
	Vizualno privlačno i organizirano laboratorijsko okruženje, odražava predanost pri stvaranju profesionalne i ugodne atmosphere	Opipljivost1		0,819
	Medicover laboratorij je uređen po najvišim standardima kvalitete	Opipljivost2		0,737
	Zaposlenici imaju uredan i profesionalan izgled	Opipljivost3		0,829
Empatija	Medicinsko osoblje tretira pacijente jednako.	Empatija0	Tvrdnja 1-5	0,798
	Medicinsko osoblje ne prihvata novčane poklone.	Empatija1		0,728
	Tokom boravka u ustanovi imao sam pozitivno iskustvo s medicinskim osobljem	Empatija2		0,751
	Medicover uvijek pridržava interese pacijenata kao prioritet	Empatija3		0,818
	Medicinsko osoblje može precizno razumjeti potrebe pacijenata	Empatija4		0,818
Sigurnost	Medicinsko osoblje je pouzdano	Sigurnost0	Tvrdnja 1-4	0,817
	Pacijenti se osjećaju sigurno kada vide zdravstvene stručnjake	Sigurnost1		0,794
	Medicover pridaje veliki značaj zaštiti privatnosti pacijenata	Sigurnost2		0,775
	Osoblje pravovremeno obavještava o toku i ishodu dijagnosticiranja	Sigurnost3		0,759

Odgovornost	Medicinsko osoblje je dostupno na poziv	Odgovornost0	Tvrđnja 1-4	0,849
	Medicover može brzo riješiti pritužbe pacijenata	Odgovornost1		0,749
	Rezultati laboratorijskih ispitivanja mogu se dobiti brzo	Odgovornost2		0,805
	Medicover održava informisanost klijenata o vremenu izvođenja usluga	Odgovornost3		0,793
Pouzdanost	Medicinsko osoblje ima snažan osjećaj odgovornosti već pri prvom susretu s pacijentom	Pouzdanost0	Tvrđnja 1-5	0,735
	Zdravstveni radnici u laboratoriji pužaju obećane usluge	Pouzdanost1		0,821
	Dijagnostički procesi udovoljavaju najviše standarde industrije u pogledu pouzdanosti i preciznosti	Pouzdanost2		0,860
	Osoblje vodi tačne i potpune zapisa o zdravstvenom stanju pacijenata iili drugim relevantnim informacijama	Pouzdanost3		0,829
	Medicover omogućava pouzdanost u rješavanju problema	Pouzdanost4		0,851

Izvor: Autor rada

Savjesnost je procijenjena putem četiri tvrdnje. Sve tvrdnje imaju visoke vrijednosti faktorskih učitavanja: 0,740, 0,698, 0,724 i 0,800, Ove vrijednosti ukazuju na jaku vezu između latentne varijable savjesnosti i indikatora koji mjere ovu varijablu, iako su nešto niže u odnosu na idealne vrijednosti. Otvorenost je procijenjena putem dvije tvrdnje. Ove tvrdnje imaju faktorska učitavanja od 0,754 i 0,842, što ukazuje na visoku korelaciju između indikatora i latentne varijable otvorenosti. Potom je procijenjena ugodnost putem tri tvrdnje, a faktorska učitavanja su 0,795, 0,842 i 0,785. I ove vrijednosti ukazuju na vrlo visoku povezanost između indikatora i latentne varijable ugodnosti.

Ekstravertnost je procijenjena putem dvije tvrdnje. Ove tvrdnje imaju faktorska učitavanja od 0,663 i 0,916, što pokazuje varijabilnost u snazi korelacije između indikatora i latentne varijable, sa jednim indikatorom koji znatno jače koreliše. Emocionalna stabilnost je

procijenjena putem dvije tvrdnje, sa faktorskim učitavanjima od 0,869 i 0,817. Ove vrijednosti pokazuju vrlo visoku povezanost između indikatora i latentne varijable emocionalne stabilnosti. Opipljivost je procijenjena putem četiri tvrdnje, a faktorska učitavanja su 0,819, 0,819, 0,737 i 0,829. Sve navedene vrijednosti ukazuju na jaku vezu između indikatora i latentne varijable opipljivosti.

Empatija je procijenjena putem pet tvrdnji, sa faktorskim učitavanjima od 0,798, 0,728, 0,751, 0,818 i 0,818. Ove vrijednosti pokazuju da postoji konzistentna povezanost između indikatora i latentne varijable empatije. Sigurnost je procijenjena putem četiri tvrdnje, sa faktorskim učitavanjima od 0,817, 0,794, 0,775 i 0,759, što ukazuje na jaku vezu između indikatora i latentne varijable sigurnosti. Odgovornost je procijenjena putem četiri tvrdnje koje imaju faktorska učitavanja od 0,849, 0,749, 0,805 i 0,793, što ukazuje na visoku korelaciju između indikatora i latentne varijable odgovornosti. Također, pouzdanost je procijenjena putem pet tvrdnji, sa faktorskim učitavanjima od 0,735, 0,821, 0,860, 0,829 i 0,851, te vrijednosti ukazuju na snažnu povezanost između indikatora i latentne varijable pouzdanosti.

Budući da nijedna varijabla koja je učitana u odgovarajuće konstrukte nema faktore učitavanja manje od 0,5, možemo zaključiti da su latentne varijable reprezentabilne prema originalnim varijablama.

Drugi korak obuhvata testiranje pouzdanosti mjernih skala primjenom Cronbachovog alfa koeficijenta. Za postizanje interne konzistencije mjernih skala, vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta trebaju prelaziti minimalni preporučeni prag od 0,7 (Nunnally, 1978). Od ukupno deset korištenih u istraživanju, tri varijable koje istražuju obilježja ličnosti zdravstvenih radnika, u originalnom modelu², su mjerene putem dvije tvrdnje. Zbog toga nije bilo moguće izračunati Cronbachov alfa koeficijent za te varijable, budući da ovaj koeficijent zahtijeva najmanje tri stavke za pouzdano mjerenje unutrašnje konzistencije. Dakle, za varijable koje pripadaju modelu ličnih osobina (savjesnost, otvorenost ka iskustvu, ugodnost, ekstraverzija i emocionalna stabilnost), izračunate suprosječne vrijednosti odgovora na ljestvici i te prosječne vrijednosti korištene su kao agregatni pokazatelji za ove varijable.

Ove vrijednosti, koje će detaljnije biti opisane u dijelu: „Modeliranje putem strukturalnih jednačina“, omogućavaju nam daljnju analizu i interpretaciju u okviru PLS SEM modela, pružajući uvid u percipirane dimenzije ličnosti unutar konteksta percipiranog kvaliteta. U tabeli 3. i ilustraciji 1. prikazane su vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta za preostale varijable koje mjere dimenzije kvalitete usluga.

²Model *Big Five Traits*; prema Costa i McCrae, 1997.

Tabela 3: Vrijednosti Cronbach Alpha koeficijenta

Latentna varijabla	Cronbach's Alpha
Opipljivost	0,815
Empatija	0,777
Sigurnost	0,795
Odgovornost	0,811
Pouzdanost	0,878

Izvor: Autor rada

Vrijednost koeficijenta za opipljivost od 0,815 ukazuje na dobru unutrašnju konzistentnost ove latentne varijable, dok vrijednost koeficijenta za empatiju od 0,777 označava zadovoljavajuću unutrašnju konzistentnost. Sa vrijednošću koeficijenta od 0,795, sigurnost pokazuje dobru unutrašnju konzistentnost, kao i vrijednosti koeficijenta za odgovornost od 0,811 i pouzdanost sa vrijednošću koeficijenta od 0,878.

Sve navedene vrijednosti Cronbachovog alfa koeficijenta ukazuju na visoku ili zadovoljavajuću unutrašnju konzistentnost latentnih varijabli. Ove vrijednosti potvrđuju valjanost mjernog modela i sugerišu da su indikatori efikasni u mjerenju odgovarajućih dimenzija kvalitete usluga.

Potom, radi dodatne validnosti mjernog modela, u ovom istraživanju, za varijable koje procjenjuju percipiranu kvalitetu zdravstvenih usluga: opipljivost, pouzdanost, odzivnost, sigurnost i empatiju izračunate su vrijednosti Latent Variable Scores (LVS), kako bi se saželi podaci iz više indikatora koji mjere svaku latentnu varijablu, čime je omogućeno pojednostavljeno modeliranje i analiza odnosa između latentnih varijabli unutar strukturnog modela. LVS su kompozitne vrijednosti koje predstavljaju ponderisanu kombinaciju indikatora, što omogućava precizniju procjenu konstrukata, a koje su posebno korisne u PLS-SEM analizi, gdje je cilj maksimizirati objašnjenu varijansu.

Dakle, nakon što su dimenzije kvalitete usluga validirane, izračunati su Latent Variable Scores (LVS), što je omogućilo daljnju analizu i formiranje ukupnog konstrukta percipiranog kvaliteta. Ukupni dobijeni Cronbachov alfa koeficijent za percipirani kvalitet iznosio je 0,95, što dodatno potvrđuje visoku unutrašnju konzistentnost i valjanost kombinacije dimenzija ličnosti i kvalitete usluga u mjerama percipiranog kvaliteta.

Treći korak uključuje procjenu diskriminatorne validnosti, koja ukazuje na to koliko se svaki konstrukt empirijski razlikuje od ostalih konstrukata unutar modela. Heterotrait-monotrait (HTMT) omjer korelacije, koji predlažu Henseler i saradnici (2015), predstavlja prosječnu vrijednost korelacija svih manifestnih varijabli koje se odnose na različite latentne varijable, u poređenju s geometrijskom sredinom prosječnih korelacija manifestnih varijabli koje mjere istu latentnu varijablu.

Ova metoda, poznata i kao disattenuirana korelacija, koristi se za procjenu diskriminatorne validnosti. Kada je disattenuirana korelacija između dvije latentne varijable bliska vrijednosti 1 ili kada HTMT vrijednost prelazi 0,90, to ukazuje na nedostatak diskriminatorne validnosti. S druge strane, za konceptualno različite latentne varijable prihvatljive su HTMT vrijednosti manje od 0,85 (Henseler *et al.*, 2015). Detaljnije vrijednosti prikazane su u tabeli 4.

Tabela 4: Procjena diskriminatorne validnosti (HTMT)

	Ekstravertnost	E. stabilnost	Otvorenost	Savjesnost	Ugodnost
Ekstravertnost					
E. stabilnost	0,500				
Otvorenost	0,468	0,438			
Savjesnost	0,590	0,730	0,545		
Ugodnost	0,514	0,708	0,408	0,657	

Izvor: Autor rada

Sve HTMT vrijednosti u tabeli su ispod granične vrijednosti od 0,85, što znači da sve latentne varijable imaju dobru diskriminatornu validnost i da su dovoljno različite jedna od druge. Nema vrijednosti blizu ili iznad 0,90, što bi ukazivalo na problem s diskriminatornom validnošću.

Strukturalno modeliranje jednačina zahtijeva uklanjanje problema multikolinearnosti, pri čemu se faktor inflacije varijanse (VIF) najčešće koristi kao alat za ovu analizu. Povećane VIF vrijednosti signaliziraju viši stepen multikolinearnosti. VIF vrijednosti od 5 ili više ukazuju na značajne probleme multikolinearnosti između konstrukata (Becker *et al.*, 2018). Dobijeni rezultati prikazani su u tabeli 5.

Tabela 5: VIF vrijednosti varijabli

Varijabla	VIF
Savjesnost	2,826
Otvorenost	1,495
Ugodnost	2,257
Ekstravertnost	1,674
Emocionalna stabilnost	2,670
LVS Empatija	3,753
LVS Odgovornost	4,017
LVS Opipljivost	4,049
LVS Pouzdanost	4,296
LVS Sigurnost	3,661

Izvor: Autor rada

Sve navedene vrijednosti ukazuju na prihvatljiv nivo multikolinearnosti jer su ispod praga od 5, koji je opšte prihvaćen kao granica iznad koje multikolinearnost postaje problematična.

Kao indikator reprezentativnosti modela koristili smo SRMR (engl. *Standardized Root Mean Square Residual*) i NFI (engl. *Normed Fit Index*). SRMR je pokazatelj koji odražava razliku između opaženih i predviđenih korelacija. Vrijednosti manje od 0,80 smatraju se optimalnim za adekvatnu reprezentativnost modela. S druge strane, NFI indikator ima prihvatljiv raspon vrijednosti između 0 i 1, pri čemu su vrijednosti veće od 0,90 najpoželjnije za procjenu ukupne prikladnosti modela (Bentler i Bonett, 1980). Vrijednosti indikatora SRMR i NFI prikazane su u tabeli 6.

Tabela 6: Vrijednosti indikatora SRMR

Indikator reprez.	Vrijednost
SRMR	0,024
NFI	0,964

Izvor: Autor rada

Vrijednost SRMR-a od 0,024 ukazuje na vrlo malu razliku između opaženih i predviđenih korelacija, što sugerira da model izuzetno precizno opisuje strukturu podataka u istraživanju.

Ova izuzetno niska vrijednost SRMR-a ukazuje na to da su predviđanja modela vrlo blizu stvarnim, opaženim vrijednostima, što potvrđuje visoku kvalitetu modela. S druge strane, vrijednost NFI od 0,964 sugerira da model pruža dobru prilagodbu podacima u odnosu na osnovni model. Ova visoka vrijednost NFI-a ukazuje na to da model objašnjava značajan dio varijance u podacima, što dodatno potvrđuje njegovu reprezentativnost i pouzdanost.

Obzirom da je model postavljen tako da analizira kako različite egzogene varijable utiču na percipirani kvalitet, endogenu latentnu varijablu, procjena prediktivne snage modela izvršena je putem kvadrata korelacije (R^2), pri čemu je zabilježena vrijednost od 0,858. Ova vrijednost ukazuje na to da 85.8% varijanse u endogenoj latentnoj varijabli, percipiranom kvalitetu, može biti objašnjeno kombinovanim utjecajem egzogenih latentnih varijabli uključenih u model.

Ova visoka vrijednost R^2 sugerira da su odabrane varijable vrlo relevantne i značajne za predviđanje percipiranog kvaliteta. Prilagođena R^2 vrijednost iznosi 0,856, što dodatno potvrđuje da model, čak i kada se uzmu u obzir dodani prediktori, i dalje objašnjava značajan dio varijance u percipiranom kvalitetu. Vrijednosti kvadrata korelacije R^2 i prilagođene R^2 vrijednosti prikazane su u tabeli 7.

Tabela 7: Vrijednosti procjene prediktivne snage modela

Indikatori pred. snage	Vrijednost
R-square	0,858
R ² -square adjusted	0,856

Izvor: Autor rada

4.2. Modeliranje putem strukturalnih jednačina

U našem istraživanju, za strukturalni model korišteni su regresijski koeficijenti, p-vrijednosti, t-vrijednosti i intervali pouzdanosti kao pokazatelji. Koeficijenti u PLS-SEM modelu kreću se između -1 i 1, te ukazuju na smjer utjecaja varijabli putem predznaka, a u apsolutnoj vrijednosti određuje se jačina odnosa između varijabli. Da bi potvrdili da odnos između varijabli nije nasumičan koristi se dvosmjerni test s p-vrijednosti, te ukoliko je $p > 0.05$, odnos se tretira kao slučajaj, samim time odnos se ne prihvata kao validan. U narednoj tabeli (tabela 8.) predstavljene su navedene mjere:

Tabela 8: Ishod hipoteza

Hipoteza	Koeficijenti	SD	t	P	Ishod
Savjesnost -> Percipirani kvalitet	0,170	0,039	4,356	0,001	Potvrđeno
Otvorenost ->Percipirani kvalitet	0,039	0,030	1,288	0,198	Odbijeno
Ugodnost -> Percipirani kvalitet	0,399	0,038	10,582	0,001	Potvrđeno
Ekstravertnost -> Percipirani Kvalitet	0,059	0,033	3,010	0,003	Potvrđeno
E_Stabilnost -> Percipirani Kvalitet	0,369	0,042	8,714	0,001	Potvrđeno

Izvor: Autor rada

Dakle, za svaku hipotezu testiranu u tabeli imamo rezultate koji ukazuju na utjecaj različitih ličnih osobina na percipirani kvalitet, dok p-vrijednosti pokazuju koje od varijabli imaju statistički značajan utjecaj na zavisnu varijablu.

Ekstravertnost ima direktan pozitivan, ali relativno slabu tjecaj na percipirani kvalitet, sa standardnom devijacijom od 0,033 i t-vrijednošću 3,010. P-vrijednost od 0,003 potvrđuje statističku značajnost, što znači da rast ocjene za ekstravertnost doprinosi povećanju percipiranog kvaliteta.

Emocionalna stabilnost također ima pozitivan utjecaj na percipirani kvalitet. Ova varijabla ima najveći utjecaj među analiziranim osobinama, sa standardnom devijacijom od 0,042, t-vrijednošću 8,714, i značajnom p-vrijednošću od 0,001. Dakle, povećanje emocionalne stabilnosti će značajno poboljšati percipirani kvalitet.

Otvorenost, za razliku od drugih osobina, ima najmanji i statistički neznačajan utjecaj na percipirani kvalitet, sa t-vrijednošću 1,288 i p-vrijednošću 0,198. Ovo sugerise da ova osobina nema značajan utjecaj na percipirani kvalitet.

Savjesnost ima pozitivan i značajan utjecaj na percipirani kvalitet, sa standardnom devijacijom 0,039, t-vrijednošću 4,356 i p-vrijednošću od 0,001. To znači da porast savjesnosti vodi ka povećanju percipiranog kvaliteta.

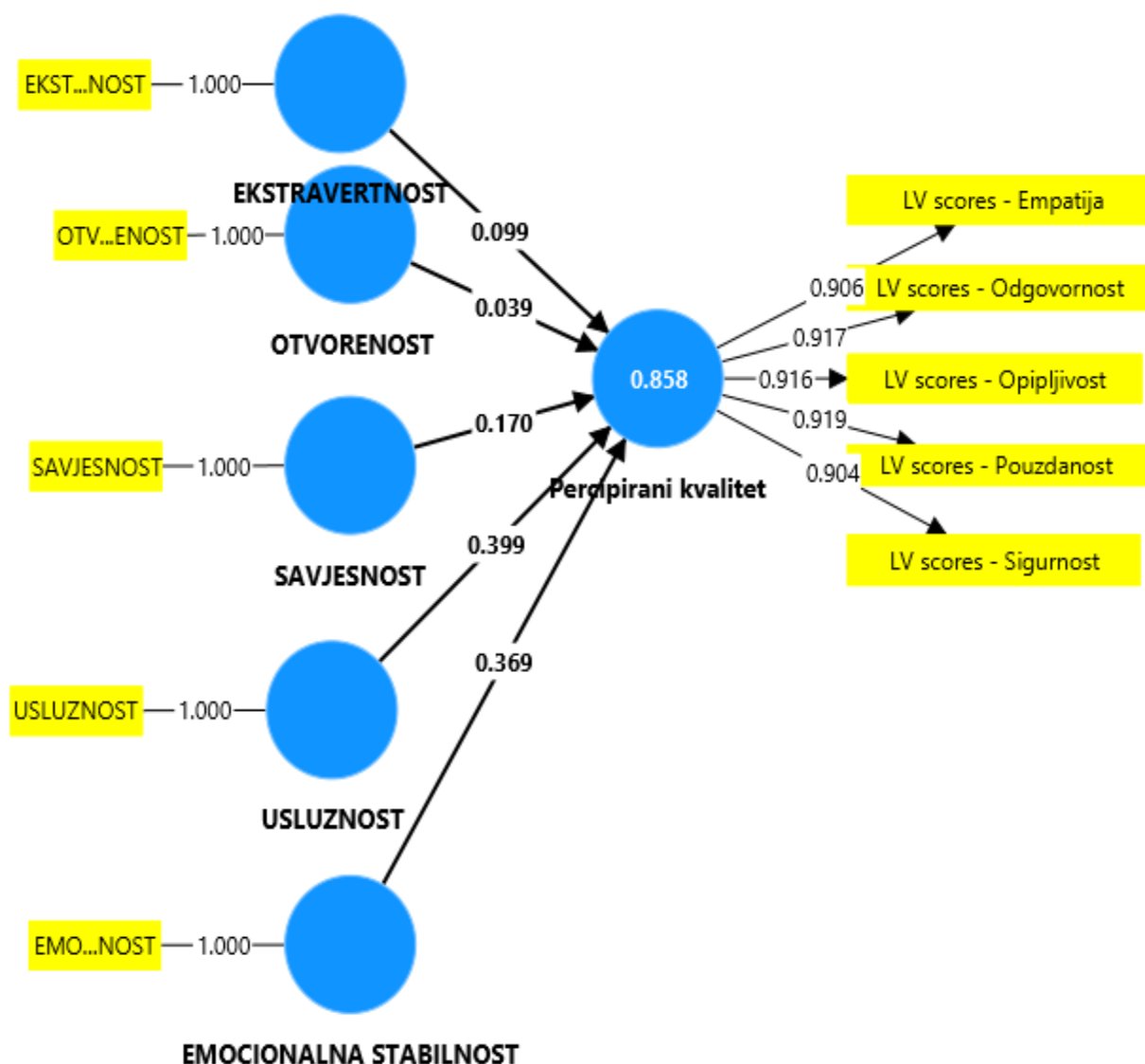
Ugodnost pokazuje najviši pozitivan utjecaj na percipirani kvalitet, sa t-vrijednošću 10,582 i p-vrijednošću 0,001. Ovo znači da je ugodnost ključna karakteristika koja značajno doprinosi boljem percipiranom kvalitetu.

Na osnovu rezultata testiranja, potvrđene su hipoteze H1, H3, H4 i H5, dok je hipoteza H2 odbijena.

Ekstraverzija (H4) ima pozitivan, ali relativno slab utjecaj na percipirani kvalitet usluge, što je statistički značajno. Emocionalna stabilnost (H5) pokazuje najjači pozitivan utjecaj, s najvišom t-vrijednošću i značajnom p-vrijednošću, što ukazuje na njen važan doprinos povećanju percipiranog kvaliteta. Savjesnost (H1) također ima pozitivan i statistički značajan utjecaj, što znači da njeno povećanje doprinosi boljem percipiranom kvalitetu usluge. Ugodnost (H3) pokazuje najveći utjecaj na percipirani kvalitet, s visokim t-vrijednostima i p-vrijednošću, što potvrđuje njen ključan doprinos. Nasuprot tome, hipoteza H2, koja se odnosi na otvorenost, nije potvrđena, jer rezultati pokazuju da otvorenost nema značajan utjecaj na percipirani kvalitet usluge.

Na sljedećoj ilustraciji grafički je prikazan potpun model zajedno s endogenim i egzogenim varijablama, faktorima učitavanja te koeficijentima u SEM dijelu modela.

Ilustracija 1 SEM model



Izvor: Autor rada

5. DISKUSIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA

Kvalitet zdravstvene usluge (tj. percepcija korisnika o primljenoj zdravstvenoj njezi) globalno je prepoznat kao ključni aspekt zdravstvene zaštite (Lee i Yom, 2007; Teng *et al.*, 2010). Ona utiče na namjeru korisnika da ponovo posjete određenu zdravstvenu ustanovu za svoje zdravstvene potrebe (Lee i Yom, 2007), što odražava relevantnost kvaliteta njege među pružaočima zdravstvenih usluga. Uprkos velikoj pažnji posvećenoj kvalitetu njege (Teng *et al.*, 2010; Hendriks *et al.*, 2006; Lee i Yom 2007), varijacije u kvalitetu njege rijetko su obrađene. Kvalitet njege varira jer su zdravstveni profesionalci samo ljudi; oni ne mogu

uvijek obavljati zadatak na isti način. U zdravstvenoj zaštiti, međutim, jedna jedina pojava percipiranog lošeg kvaliteta može izazvati nezadovoljstvo i smanjiti ponašanje ponovnog posjećivanja (Lee i Yom, 2007), što ukazuje na važnost istraživanja varijacija u području percipirane kvalitete pružene zdravstvene usluge. Logika nalaže da će u uslužnom okruženju (medicinskom) koje karakteriziraju visoke emocije, bliskost i dugotrajna interakcija s pacijentima, temeljna ličnost osobe uticati na nivo njihove izvedbe i na način kako je percipiraju pacijenti (Mechinda i Patterson, 2011).

Kroz našu studiju analizirali smo kako različite osobine ličnosti zdravstvenog osoblja utiču na percepciju kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga unutar poslovnica Medicover Diagnostic korporacije. Posebno smo se fokusirali na pet glavnih osobina poznatih kao "Velikih pet": savjesnost, otvorenost, ugodnost, ekstraverziju i emocionalnu stabilnost. Primjenom ovog modela, istražili smo doprinos svake od ovih osobina ukupnoj percepciji pacijenata o kvalitetu usluga koje su primili. Istraživanje je sprovedeno pomoću kvantitativne metodologije, koristeći model strukturisanja jednačina (PLS-SEM) za analizu odnosa između različitih varijabli. Među rezultatima istraživanja pozitivan i direktan utjecaj na percepciju kvalitete usluga imale su osobine ličnosti: ugodnost, savjesnost i emocionalna stabilnost, te umjeren i direktan utjecaj na percepciju kvalitete usluga imala je osobina ekstravertnosti, dok otvorenost nije pokazala značajan utjecaj na percepciju kvalitete usluga.

Ugodnost kao osobina ličnosti pokazala je najviši direktni utjecaj na percipirani kvalitet usluge. Zdravstveni radnici koji su bili ljubazni, empatični i spremni pomoći ostavili su pozitivan utisak na pacijente, čime je njihovo zadovoljstvo uslugom značajno poraslo. Utjecaji ugodnosti su temeljito istraženi (King *et al.*, 2005; Jensen-Campbell i Graziano 2001). Osobe s visokim nivoom ugodnosti su nježne, simpatične, uljudne i spremne pomoći (Kassin, 2003). Ono smanjuje međuljudske sukobe (Jensen-Campbell i Graziano, 2001). Osim toga, ugodnost poboljšava individualno ponašanje (King *et al.*, 2005), što može poboljšati percepciju kvaliteta njege. Ugodnost također karakteriše sklonost pojedinca da bude topao i empatičan (Saucier, 1994), što korisnici vjerovatno cijene, te promiče njihovu povoljnu percepciju kvaliteta njege. Visoko ugodni pojedinci vjerovatno imaju povoljne međuljudske odnose (Graziano i Tobin, 2002), što im omogućava da uspostave efikasnu saradnju i na kraju poboljšaju zdravstvenu njegu. Zbog toga ugodnost pružalaca zdravstvenih usluga je ključna za kvalitet njege percipiran od strane korisnika. Važno je napomenuti da ugodnost predstavlja mnogo više (npr. ljubaznost, učtivost, empatiju) od jednostavnog slaganja s drugima. Ljubazni, učtivi i empatični pojedinci su skloni, ali ne uvijek, da se slože s drugima. Tako visoko ugodni pružaoci zdravstvenih usluga ne slažu se uvijek s pacijentima. Iako su vrlo empatični, i dalje koriste svoju profesionalnu procjenu o tome da li su zahtjevi pacijenata opravdani. Tako, pozitivan i značajan efekt ugodnosti na kvalitet zdravstvenih usluga nalazimo u studijama iz Turske (Koşker *et al.*, 2019), Tajlanda (Mechinda i Patterson, 2011) i Indonezije (Qaniah i Nurwianti, 2021). Međutim, rezultati ovih studija razlikuju se od rezultata drugih studija, koje su utvrdile da je ugodnost imala pozitivan, ali neznatan utjecaj na usluge u Indoneziji (Wibowo i Andriyanto, 2018),

negativan i značajan utjecaj na Tajvanu (Teng i Hsu, 2012) te negativan i neznatan utjecaj u UAE (Al-Mutawa i Ibrahim, 2013).

Emocionalna stabilnost, koja je poslije ugodnosti pokazala značajan utjecaj na percipiranu kvalitetu pruženih usluga, označava tendenciju pojedinaca da ne postanu ljuti, osjetljivi ili nestabilni (Teng *et al.*, 2007a, 2007b). Osobe s visokom emocionalnom stabilnošću održavaju dobru radnu učinkovitost ostajući racionalni i oslobođeni negativnih emocija (Judge i Bono, 2001). Nekoliko meta-analitičkih studija identificiralo je emocionalnu stabilnost kao valjan prediktor radne učinkovitosti u različitim kontekstima (Tett *et al.*, 1991; Judge i Bono, 2001), tako da emocionalna stabilnost može uticati na radnu učinkovitost u oblasti njege. Tett i Burnett (2003) zaključili su da su emocionalno stabilni pojedinci vjerojatnije učinkovitiji radnici. Pored toga, značajan utjecaj emocionalne stabilnosti na kvalitet zdravstvenih usluga odražava potrebu pacijenata za zdravstvenim radnicima koji su strpljivi i razumiju njihovu znatiželju o bolesti (Kim i Lee, 2016). Teng (2007a) u svom istraživanju podržava ovu tvrdnju identificiranjem emocionalne stabilnosti kao pozitivnog faktora u kvaliteti zdravstvene usluge. Emocionalna stabilnost, koja značajno utiče na usluge pronađena je i u Turskoj (Koşker *et al.*, 2019), Tajlandu (Mechinda i Patterson, 2011), Tajvanu (Teng *et al.*, 2007) i Seulu (Kim i Lee, 2016), ali ne i u Maleziji (Johari i Hee, 2013).

Savjesnost se također istakla kao osobina koja značajno doprinosi pozitivnoj percepciji kvalitete usluga. Pacijenti su visoko ocijenili zdravstvene radnike koji su demonstrirali odgovornost, pažljivost i posvećenost. Ova osobina je bila direktno povezana s preciznim i temeljitim radom, što je kod pacijenata izazvalo osjećaj povjerenja u pružene usluge. Predhodna istraživanja su pokazala da savjesnost može biti najvažnija osobina-motivacijska varijabla u radnom okruženju (Barrick i Mount, 1991; Schmidt i Hunter, 1992). Savjesni pojedinci su skloniji da temeljno i ispravno obavljaju radne zadatke, da ostanu posvećeni radnom učinku i da se pridržavaju pravila. Ovaj konstrukt je povezan s učinkom na različitim poslovima (Salgado, 1997; Barrick i Mount, 2003) i predstavlja valjan prediktor uspjeha na poslu (Judge *et al.*, 1997). Empirijska istraživanja su pokazala da savjesnost ima vezu s dimenzijom pouzdanosti kvaliteta usluge (Lin *et al.*, 2001), radnom uspješnošću u pružanju usluga (Frei i McDaniel, 1998) i ponašanjem propisanim ulogama (Williams i Sanchez, 1998). U medicinskom okruženju ovo je veoma važna osobina. Ove stavke potvrđuju istraživanja gdje je savjesnost pozitivno i značajno uticala na kvalitet rada zdravstvenih radnika u Seulu (Kim i Lee, 2016), Tajlandu (Mechinda i Patterson, 2011) i Maleziji (Johari i Hee, 2013). Nasuprot tome kvalitet zdravstvenih usluga nije bio značajno pod utjecajem savjesnosti u UAE (Al-Mutawa i Ibrahim, 2013).

Ekstraverzija je pokazala nešto umjereniji utjecaj na percipirani kvalitet usluge. Ekstroverti su društveni, prijateljski raspoloženi i veseli po svojoj prirodi (Kassin, 2003). Empirijska istraživanja su pokazala da su odgovornost (Lin *et al.*, 2001), radna uspješnost u pružanju usluga (Hurley, 1998) i pro-socijalno ponašanje (Williams i Sanchez, 1998) povezani s ekstraverzijom. Ekstraverzija, kao osobina koja uključuje aktivnu društvenu interakciju i energičnost, može pozitivno uticati na kvalitet usluga u kontekstima gdje je interpersonalna

komunikacija ključna. U skladu sa našim dobivenim rezultatima, tako i u studijama sprovedenim u Indoneziji (Hastuti *et al.*, 2017), Turskoj (Koşker *et al.*, 2019) i Tajvanu (Teng *et al.*, 2007) ekstraverzija pozitivno i značajno utiče na kvalitet usluge. Međutim, kvalitet zdravstvenih usluga nije bio značajno pod utjecajem ekstraverzije na Tajlandu (Mechinda i Patterson, 2011), u Seulu (Kim i Lee, 2016), Maleziji (Johari i Hee, 2013) i UAE (Al-Mutawa i Ibrahim, 2013). To ukazuje da, iako ekstraverzija može imati pozitivan utjecaj u nekim kontekstima, njena relevantnost za kvalitet zdravstvenih usluga može varirati zavisno od kulturnih i organizacijskih faktora.

Dimenzija ličnosti otvorenost prema iskustvu, u našem istraživanju, nije pokazala pozitivan i direktan utjecaj na percepciju usluge. Ova osobina, iako se karakteriše radoznalošću, maštovitošću, potrebom za raznolikošću te spremnošću za otkrivanje i kreativnost, nije pokazala značajan utjecaj na percipirani kvalitet. Ovakvi rezultati mogu biti posljedica nekoliko faktora. Prvo, multikolinearnost među osobinama može umanjiti specifičan doprinos otvorenosti, jer karakteristike poput savjesnosti i emocionalne stabilnosti možda već pokrivaju ključne aspekte percipiranog kvaliteta. Potom, postoji mogućnost da su varijacije u otvorenosti male, te da zbog toga efekt otvorenosti u našoj studiji nije statistički značajan.

Takođe, u zdravstvenom kontekstu pacijenti mogu više cijeniti pouzdanost, odgovornost i emocionalnu stabilnost, nego kreativnost i radoznalost koje definišu otvorenost. Naši rezultati slažu se i sa drugim studijama, te tako u istraživanjima u Indoneziji nije utvrđena značajna povezanost između otvorenosti prema iskustvu i kvaliteta zdravstvenih usluga (Qaniah i Nurwianti, 2021), unutar strogo regulisanog radnog okruženja kao što je zdravstvo. Slično, Al-Mutawa i Ibrahim (2013) te Kim i Lee (2016) pronašli su da je otvorenost manje utjecajna u kontekstu zdravstvene zaštite, gdje pacijenti više vrednuju osobine kao što su savjesnost i emocionalna stabilnost, koje su direktnije povezane s kvalitetom usluge.

S obzirom na prirodu uloge zdravstvenih radnika – pružanje emocionalne podrške u stresnim situacijama, dok istovremeno ostaju smireni, samouvjereni i posjeduju visoke tehničke kompetencije – čini se logičnim da bi ekstraverzija, emocionalna stabilnost, savjesnost i ugodnost uticali na njihovu sklonost i sposobnost pružanja vrhunske usluge pacijentima (Mechinda i Patterson, 2011). Naši rezultati istraživanja sugerišu da bi zdravstvene insitucije prilikom odabira i obuke zdravstvenih radnika trebale staviti poseban naglasak na razvoj i poticanje ovih osobina ličnosti, kako bi se osiguralo pružanje visokokvalitetnih usluga i zadovoljstvo pacijenata. Naše istraživanje također ističe važnost kontinuiranog praćenja i evaluacije usluga kako bi se ispunile promjenjive potrebe i očekivanja pacijenata.

5.1. Praktične implikacije

Unatoč navedenim ograničenjima, naš rad ima važne praktične implikacije koje mogu biti korisne za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenom sektoru. Glavna implikacija našeg istraživanja je da osobine ličnosti zdravstvenog osoblja, kao što su savjesnost, ugodnost i emocionalna stabilnost, imaju značajan utjecaj na percepciju kvalitete usluga koje pacijenti dobivaju. Dakle, da bi zaposleni u uslugama pokazali ponašanja usmjerena ka korisnicima, organizacija prvo mora zaposliti osobe koje posjeduju ove osobine. Drugo, organizacija mora stvoriti klimu za usluge koja podržava, ohrabruje i motiviše zaposlene u uslugama da bolje služe svojim korisnicima. Organizacije se ne trebale bi fokusirati samo na tehničke vještine i stručnost, već i na osobine ličnosti koje su ključne za interakciju s pacijentima. Ovakav pristup može pomoći u stvaranju tima zdravstvenih radnika koji su ne samo kompetentni, već i empatični, emocionalno stabilni i odgovorni što direktno doprinosi poboljšanju iskustva pacijenata.

5.2. Ograničenja istraživanja

Naš rad ima nekoliko ograničenja koja je važno imati na umu prilikom rasprave o rezultatima. Prvo, iako kvantitativna metodologija omogućava preciznu statističku analizu, ona ne može u potpunosti obuhvatiti složenost i dubinu subjektivnih iskustava pacijenata. Upitnici korišteni u istraživanju oslanjaju se na samoprocjene ispitanika, što može dovesti do pristranosti ili nerealnog prikaza njihovih stavova i iskustava. To može utjecati na pouzdanost podataka, jer ispitanici mogu davati odgovore koje smatraju društveno prihvatljivim ili možda ne razumiju sve stavke na predviđeni način.

Drugo ograničenje odnosi se na uzorak ispitanika. Naše istraživanje je sprovedeno na specifičnoj populaciji pacijenata i njihovih pratilaca u zdravstvenim ustanovama, što može ograničiti generalizaciju rezultata. Zbog toga se rezultati možda ne mogu primijeniti na širu populaciju ili drugačija okruženja. Konačno, upotreba modela strukturisanja jednačina (PLS-SEM) kao statističkog alata donosi određene tehničke izazove, uključujući mogućnost multikolinearnosti među varijablama. Ovo može utjecati na preciznost modela i otežati tumačenje međusobnih odnosa između različitih osobina ličnosti i percepcije kvaliteta usluge.

6. ZAKLJUČAK

Kvalitetno pružanje zdravstvene zaštite, koje je usklađeno sa stručnim standardima i zdravstvenim potrebama pacijenata, nije samo profesionalna obveza već i osnovno ljudsko pravo. Kvaliteta zdravstvenih usluga igra ključnu ulogu u očuvanju i unapređenju zdravlja pojedinaca i zajednice te predstavlja temeljni element svakog uspješnog zdravstvenog sistema. Ali, koncept kvalitete nije statičan; on se kontinuirano razvija pod utjecajem

promjena u medicinskoj praksi, tehnologiji, regulativi i, možda najvažnije, kroz aktivan angažman svih ključnih aktera zdravstvenog sistema.

Ovaj proces uključuje složen lanac dionika – od medicinskih profesionalaca koji osiguravaju direktno pružanje usluga, preko pacijenata koji daju povratne informacije o njihovom iskustvu, do finasijera i vlasti koji osiguravaju potrebne resurse i definišu standarde. Samo uz sinergijsko djelovanje svih ovih elemenata moguće je postići dugoročnu održivost i unapređenje zdravstvene zaštite.

Osobnost zdravstvenih radnika ima presudnu ulogu u ovom procesu, jer ona ne samo da oblikuje način na koji obavljaju svoje dužnosti, već i utiče na njihove interakcije s pacijentima. Osobine poput empatije, strpljenja i emocionalne stabilnosti omogućuju medicinskim stručnjacima da izgrade povjerenje i osiguraju podršku pacijentima u izazovnim trenucima. Usaglašenost između osobnosti zdravstvenih radnika i zahtjeva njihovog posla ima višestruke pozitivne učinke. Ona povećava zadovoljstvo zaposlenih, posvećenost organizaciji i ukupni radni učinak, što se direktno odražava na kvalitetu pruženih usluga. S druge strane, zadovoljstvo i percepcija pacijenata o kvaliteti njege ključni su faktori koji ne samo da utiču na njihovo zdravlje i opće zadovoljstvo, već i na njihov izbor da ponovo posjete određenu zdravstvenu ustanovu ili je preporuče drugima.

Ovom studijom analizirani su modeli Big Five Traits i SERVQUAL kako bi se istražila interakcija između osobina ličnosti zdravstvenog osoblja i percepcije kvalitete zdravstvenih usluga. Model Big Five Traits predstavlja jedan od najprihvaćenijih psiholoških okvira za proučavanje ličnosti, identificirajući pet ključnih dimenzija: savjesnost, otvorenost prema iskustvu, ugodnost, ekstraverziju i emocionalnu stabilnost. U kontekstu ove studije, ove dimenzije omogućile su bolje razumijevanje kako različite osobine ličnosti utiču na ponašanje zdravstvenih radnika te, posljedično, na njihovu sposobnost pružanja visokokvalitetnih usluga. Ove osobine ne samo da oblikuju interakciju s pacijentima, već i utiču na pacijentovu percepciju profesionalnosti i povjerenje u zdravstvene usluge.

S druge strane, model SERVQUAL fokusira se na procjenu kvalitete usluga iz perspektive korisnika, uzimajući u obzir pet dimenzija: opipljivost, pouzdanost, odzivnost, sigurnost i empatiju. U okviru ove studije, ovaj model je pružio strukturirani pristup za procjenu kako pacijenti doživljavaju kvalitetu zdravstvenih usluga, s posebnim naglaskom na područja koja zahtijevaju poboljšanja. Na primjer, dimenzija sigurnosti osigurava da pacijenti doživljavaju zdravstvene usluge kao pouzdane i sigurne, dok empatija obuhvaća sposobnost zdravstvenih radnika da razumiju i odgovore na individualne potrebe pacijenata. Kombinirano, ove dimenzije čine temelj za izgradnju odnosa povjerenja i zadovoljstva pacijenata.

U zaključku ovog istraživanja, fokusiranog na ut osobina ličnosti zdravstvenog osoblja na percepciju kvalitete pruženih zdravstvenih usluga, potvrđeno je da analizirane osobine ličnosti, osim otvorenosti prema iskustvu, značajno doprinose kvaliteti zdravstvenih usluga.

Konkretno, osobine poput savjesnosti, ugodnosti, ekstraverzije i emocionalne stabilnosti igraju ključnu ulogu u oblikovanju pacijentovog doživljaja kvalitete usluge.

Dakle, rezultati pokazuju da pacijenti imaju tendenciju pozitivnijeg ocjenjivanja zdravstvenih usluga kada osoblje demonstrira visoku razinu savjesnosti i ugodnosti, što ističe važnost ovih osobina u svakodnevnoj komunikaciji s pacijentima. Nadalje, emocionalna stabilnost i ekstraverzija također su se pokazale važnima za izgradnju povjerenja i osjećaja sigurnosti među pacijentima.

Rezultati ovog istraživanja nude ključne smjernice za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenim ustanovama, ističući važnost kontinuirane edukacije i profesionalnog razvoja osoblja kako bi se održala visoka razina kvalitete usluga. Preporučuje se prilikom zapošljavanja i selekcije osoblja da se posveti posebna pažnja osobinama ličnosti, s ciljem postizanja optimalne efikasnosti i zadovoljstva pacijenata. Također, nakon selekcije i odabira osoblja s ovim osobinama, potrebno je konstantno ulaganje u napredak istih, obzirom na to da su i najmanje ljudske pogreške dovoljne za stvaranje nezadovoljstva pacijenta. Ovaj integrirani pristup može poslužiti kao temelj za buduća istraživanja u domeni kvalitete zdravstvenih usluga, ali i kao praktičan vodič za ustanove koje žele unaprijediti svoje usluge putem ciljane obuke zaposlenih, s naglaskom na specifične dimenzije koje značajno utiču na zadovoljstvo korisnika. Integracija ovih dvaju modela u istraživanju omogućila je dublje razumijevanje kompleksne dinamike između osobnih karakteristika zdravstvenih radnika i kvalitete usluga koje pružaju. Korištenjem modela Big Five Traits i SERVQUAL u tandemu, moguće je razviti strategije koje će balansirati tehničke aspekte pružanja usluga i interpersonalne dimenzije odnosa s pacijentima, stvarajući tako holistički pristup kvaliteti zdravstvene zaštite.

Buduća istraživanja mogla bi se fokusirati na detaljnije istraživanje međusobnog odnosa različitih osobina ličnosti i specifičnih aspekata kvalitete zdravstvenih usluga, kako bi se pružile još preciznije preporuke za unapređenje zdravstvene njege.

REFERENCE

1. Aagja JP, Garg R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal Pharmaceutical Health Market*, 4(1), str. 60-83.
2. Ahmed, R., Samreen, H. (2011). Assessing the Service quality of some selected hospitals in Karachi based on the SERVQUAL model. *Pakistan Business Review*, 32(5), str. 266-314.
3. Al-Mutawa, S.A., i Ibrahim, M.E. (2013). Effects of gender i personality traits of frontdesk employees on customers 'assessment of service quality: Evidence from Islamic banks in UAE. *International Journal of Business i Management*, 8(15), str. 1-19.
4. Andersen, T. F., Blais, R., Bredesen, J., Jorgensen, T., Loft, A., Madsen, M., Mooney, G., i Sejr, T. (1987). Coping with regional variations: the case of surgery in Denmark. *International Journal of Health Planning and Management*, 2(4), str. 253-264.
5. Ashton, M. C., Paunonen, S. V., Lee, K. (2014). On the validity of narrow i broad personality traits: A response to Salgado, Moscoso, i Berges. *Personality i individual differences*, 56, str. 24-28.
6. Aytekin, A. (2016). Ranking hospitals in city center of Eskişehir by MULTIMOORA. *Journal of Business i Economics Studies*, 4(4), str. 134-143.
7. Babakus E, Mangold WG. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), str. 767-786.
8. Bahtijarević-Šiber, F. (1999). *Menagement ljudskih potencijala*. Zagreb: Golden marketing.
9. Balen, S. (2015). Menadžment u zdravstvu (II izdanje). Osijek: *Medicinski fakultet Osijek*.
10. Barer, M. (2002). New opportunities for old mistakes. *Health Affairs*, 21(1), str. 169-171.
11. Barrick, M.R., i Mount, M.K. (1991). The Big Five personality dimensions i job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, str. 1-26.
12. Barrick, M.R., i Mount, M.K. (1993). Autonomy as a moderator of the relationships between the big. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 111-118.

13. Becker J-M, Ringle CM, i Sarstedt M. (2018). Estimating Moderating Effects in PLS-SEM i PLSc-SEM: Interaction Term Generation Data Treatment. *Journal of Applied Structural Equation Modeling*, 2(2), str. 1-21.
14. Bentler, P.M., i Bonett, D.G. (1980). Significance tests i goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, (88), str. 588.
15. Berdud, M., Cabases, J. M., i Nieto, J. (2016). Incentives and intrinsic motivation in healthcare. *Gac Sanit*, 30(6), str. 408-414.
16. Berry, L. L., i Parasuraman, A. (1991). *Marketing services: Competing through quality*. Simon i Schuster.
17. Bitner, M. J., Booms, B. H., i Mohr, L. A. (1994). Critical service encounters: The employee's viewpoint. *Journal of Marketing*, 58(4), str. 95-106.
18. Block, J. (2010). The five-factor framing of personality is beyond: Some ruminations. *Psychological Inquiry*, 21, str. 2–25.
19. Bloor, K., i Maynard, A. (2003). *Planning human resources in health care: Towards an economic approach. An International Comparative Review*. University of York: Canadian Health Services Research Foundation.
20. Brady, M. K., i Cronin, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65, str. 34-49.
21. Brose, L. A., Rye, M. S., Lutz-Zois, C., i Ross, S. R. (2005). Forgiveness i personality traits. *Personality i Individual Differences*, 39(1), str. 35-46.
22. Brown SW, Swartz TA. (1989). A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*, 53(4), str. 92-98.
23. Buntak, K., Droždek, I., i Kovačić, R. (2013). Materijalna motivacija u funkciji upravljanja ljudskim potencijalima. *Technical Journal*, 7(1), str. 56-63.
24. Camilleri D, O'Callaghan M. (1998). Comparing public i private hospital care service quality. *International Journal of HealthCare Quality Assurance*, 11(4-5), str. 127-133.
25. Caruana, A. (2002). Service loyalty – the effects of service quality i the mediating role of customer satisfaction. *European Journal of Marketing*, 36(7/8), str. 811-827.
26. Cleary, P.D., i McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 15, str. 25-36.

27. Costa, P. T. Jr., i McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) i NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
28. Costa, P. T., i McCrae, R. R. (1997). *Manual Supplement for the NEO 4*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource.
29. Cromarty, I. (1996). What do patients think about during their consultation? A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 46(410), str. 525-528.
30. Cronin Jr, J.J., i Taylor, S.A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination i Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), str. 55-68.
31. Crosby, B. P. (1994). *Kvaliteta je besplatna: Umijeće osiguravanja kvalitete* (III. izdanje). Privredni vjesnik, Zagreb.
32. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, 6, str. 1-244.
33. Dabholkar, P., Thorpe, D. I., Rentz, J. O. (1996). A measure of service quality for retail stores: scale development i validation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24(1), str. 2-16.
34. Dinc, D., Ünalın, P.C., Topsever, P., i Özyavas, S. (2009). Patient satisfaction i the management system: physician as a partner in solution. *Turkish Journal of Family Practice*, 13(2), str. 93-98.
35. Donabedian A. (1980). *Explorations in quality assessment i monitoring. The Definition of Quality i Approaches to Its Assessment. Vol 1*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
36. Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), str. 691-729.
37. Ekinci, Y., i Dawes, P. L. (2009). Consumer perceptions of frontline service employee personality traits, interaction quality, i consumer satisfaction. *The Service Industries Journal*, 29(4), str. 503-521.
38. Eleuch, A. E. K. (2011). Healthcare service quality perception in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(6), str. 417-429.
39. Endeshaw, B. (2020). Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research*, 35(2), str. 106-117.

40. Ercan, İ., Ediz, B., i Kan, İ. (2004). A scale developed in order to evaluate the non-technical side of service satisfaction in health institutions. *Journal of Uludağ University Medical Faculty*, 30(3), str. 151-157.
41. Fatima, T., Malik, S. A., i Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction i loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality i Reliability Management*, 35(6), str. 1195-1214.
42. Fornell CG i Larcker DF. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables i Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), str. 39-50.
43. Fornell, C. (1992). A national customer satisfaction barometer: The Swedish experience. *Journal of Marketing*, 56(1), str. 6-21.
44. Francis, L. E. (1994). Laughter, the best mediation: Humor as emotion management in interaction. *Symbolic Interaction*, 17(2), str. 147-163.
45. Frei, R.L., i McDaniel, M.A. (1998). Validity of customer service measures in personnel selection: A review of criterion i construct evidence. *Journal of Human Performance*, 11(1), str. 1-27.
46. Galetić, L. (2015). *Kompenzacijski menadžment – Upravljanje nagrađivanjem u poduzećima*. Zagreb: Sinergija.
47. Ganu, D., i Kogutu, N.C. (2014). Effect of the Big Five Personality Traits on Job Satisfaction i Organizational Commitment in the Healthcare Industry: The Case of Kenya. *American Journal of Health Sciences*, 5(2), str.5-14.
48. Glass, R., Li, S., Pan, R. (2014). Personality, problematic social network use i academic performance in China. *Journal of Computer Information Systems*, 54(4), str. 88-96.
49. Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Journal of Personality i Social Psychology*, 59, str. 1216-1229.
50. Graziano, W.G., i Tobin, R.M. (2002). Agreeableness: Dimension of personality or social desirability artifact? *Journal of Personality*, 70(5), str. 695-728.
51. Gronroos, C. (1982). An applied service marketing theory. *European Journal of Marketing*, 16(7), str. 30-41.
52. Gronroo's, C. (1982). *Strategic management i marketing in the service sector*. Swedish School of Economics i Business Administration.

53. Grönroos, C. (1984). A service quality model i its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), str. 36-44.
54. Gur, A., Weimann Saks, D., Stavi, L. (2020). Healthcare employee's personality traits i service quality: Do team relationships matter? *European Journal of Public Health*, 30(5), str. 114-115.
55. Hair, J.F., Ringle, C.M., i Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: Indeed a Silver Bullet. *Journal of Marketing Theory i Practice*, 19(2), str. 139-151.
56. Hair, J.F., Risher, J.J., Sarstedt, M., i Ringle, C.M. (2018). When to use i how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31(1), str. 2-24.
57. Hair, J.F., Sarstedt, M., i Ringle, C.M. (2019). Rethinking Some of the Rethinking of Partial Least Squares. *European Journal of Marketing*, 53(4), str. 566-584.
58. Hajek, A., Bock, J.-O., i Konig, H.-H. (2017). The role of personality in healthcare use: Results of a population-based longitudinal study in Germany. *PLOS ONE*, 12(7), str. 1-15.
59. Hall, M.A. (2005). The importance of trust for ethics, law i public policy. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14(2), str. 156-167.
60. Hendriks, A.A.J., Smets, E.M., Vrieling, M.R., Van Es, S.Q., i De Haes, J.C.J.M. (2006). Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care? *International Journal of Quality Health Care*, 18(2), str. 152-158.
61. Heskett, J. L., Jones, T. O., Loveman, G. W., Sasser, W. E., i Schlesinger, L. A. (1994). Putting the service-profit chain to work. *Harvard Business Review*, 72(2), str. 164-174.
62. Hiidenhovi, H., Nojonen, K., i Laippala, P. (2002). Measurement of outpatients' views of service quality in a Finnish university hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), str. 59-67.
63. Hossain, M., i Leo, S. (2009). Customer perception on service quality in retail banking in Middle East: The case of Qatar. *International Journal of Islamic i Middle Eastern Finance i Management*, 2(4), str. 338-350.
64. Howard, J. A., i Sheth, J. N. (1969). *The Theory of Buyer Behavior*. New York, NY: John Wiley i Sons.
65. Hurley, R.F. (1998). Customer service behavior in retail settings: A study of the effect of service provider personality. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(2), str. 115-127.

66. Huseinpašić, N. (2010). Mjerenje funkcionalne dimenzije kvalitete usluga u zdravstvu korištenjem Serqual modela. *BH EKONOMSKI FORUM*, 1(1), str. 42-51.
67. Inanc, B. Y., i Yerlikaya, E. E. (2011). *Personality Theories*. Ankara, TR: Pegem Academy Publishing.
68. influences between job performance i job satisfaction. *Chinese Management Studies*, 8(1), str. 6-26.
69. Itumalla, R., Acharyulu, G., Shekhar, B. (2014). Development of HospitalQual: a service quality scale for measuring in-patient services in hospital. *Operations i Supply Chain Management*, 7(2), str. 54-63.
70. Iyer, R., i Muncy, J.A. (2004). Who do you trust? *Marketing Health Services*, 24(2), str. 26-31.
71. Jambreč, I., i Penić, I. (2008). Upravljanje ljudskim potencijalima u poduzećima – ljudski faktori, motivacija zaposlenika kao najbitniji čimbenici uspješnosti poslovanja poduzeća. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 29(2), str. 1181-1206.
72. Jensen-Campbell, L.A., i Graziano, W.G. (2001). Agreeableness as a moderator of interpersonal conflict. *Journal of Personality*, 69(2), str. 323-362.
73. Johari, H., i Hee, O. C. (2013). Personality traits i customer-oriented behavior in the health tourism hospitals in Malaysia. *International Journal of Trade, Economics i Finance*, 4(4), str. 213-216.
74. Judge, T.A., i Bono, J.E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits – self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, i emotional stability – with job satisfaction i job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), str. 80-92.
75. Judge, T.A., Martocchio, J.J., i Thoresen, C.J. (1997). Five-factor model of personality i employee absence. *Journal of Applied Psychology*, 82, str. 745-755.
76. Kang, G.-D., i James, J. (2004). Service quality dimensions: an examination of Gronroos's service quality model. *Managing Service Quality*, 12(4), str. 266-277.
77. Kassin, S. (2003). *Psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
78. Kettinger, W. J., i Lee, C. C. (1994). Perceived service quality i user satisfaction with the information services function. *Decision Sciences*, 25(5-6), str. 737-766.

79. Kim, B., i Lee, J. (2016). Relationships between personal traits, emotional intelligence, internal marketing, service management, i customer orientation in Korean outpatient department nurses. *Asian Nursing Research*, 10(1), str. 18-24.
80. King, E.B., George, J.M., i Hebl, M.R. (2005). Linking personality to helping behaviors at work: An interactional perspective. *Journal of Personality*, 73(3), str. 585-608.
81. Komari, N., i Djafar, F. (2023). Effect of healthcare workers 'personalities on health service quality: A case study of hospitals on the Malaysia-Indonesia border. *Problems i Perspectives in Management*, 21(1), str. 69-82.
82. Koşker, H., Unur, K., i Gursoy, D. (2019). The effect of basic personality traits on service orientation i tendency to work in the hospitality i tourism industry. *Journal of Teaching in Travel i Tourism*, 19(2), str. 140-162.
83. Kotler, P. (2001). *Upravljanje marketingom – analiza, planiranje, primjena i kontrola*. Zagreb: Mate.
84. Kotler, P., i Armstrong, G. (2009). *Marketing: An Introduction*. New York, NY: Pearson Education.
85. Lam, S. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients 'opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), str. 145-152.
86. LaVela, S.L., i Gallan, A.S. (2014). Evaluation i measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), str. 28-36.
87. Lee, M.A., i Yom, Y.H. (2007). A comparative study of patients 'i nurses ' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction, i intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), str. 545-555.
88. Lehtinen, U., i Lehtinen, J.R. (1991). Two Approaches to Service Quality Dimensions. *Service Industries Journal*, 11(3), str. 287-303.
89. Lim, P.C., i Tang, N.K. (2000). A study of patients' expectations i satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(7), str. 290-299.
90. Lin, N., Chiu, H., i Hsieh, Y. (2001). Investigating the relationship between service providers 'personality i customers 'perceptions of service quality across gender. *Total Quality Management*, 12(1), str. 57-67.

91. Madjaroski, G. (2018). The Influence of Big Five Personality Traits on Dual-Process Cognitive Information Processing Styles in Medical Decision-Making. *Lunds University Department of Psychology, Master 's Thesis*.
92. Maqsood, M., Maqsood, M., Kousar, R., Jabeen, C., i Gillani, S. A. (2017). Effects of hospital service quality on patients 'satisfaction i behavioral intention of doctors i nurses. *Saudi Journal of Medical i Pharmaceutical Sciences*, 3(6), str. 556-567.
93. Marković, S., Turkalj, R.I., i Racz, A. (2018). Koncept i mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. *Journal of Applied Health Sciences*, 4(1), str. 49-62.
94. Marušić, S. (2006). *Upravljanje ljudskim potencijalima*. Zagreb: Adeco.
95. Mateos-Aparicio, G. (2011). Partial Least Squares (PLS) Methods: Origins, Evolution, i Application to Social Sciences. *Communications in Statistics - Theory i Methods*, 40(13), str. 2305-2317.
96. Mechinda, P., i Patterson, P.G. (2011). The impact of service climate i service provider personality on employees' customer-oriented behavior in a high-contact setting. *Journal of Services Marketing*, 25(2), str. 101-113.
97. Mosadeghrad, A.M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy Management*, 3(2), str. 77-89.
98. Mullola, S., Hakulinen, C., Presseau, J., Ruiz de Porras, D.G., Jokela, M., Hintsu, T., i Elovainio, M. (2018). Personality traits i career choices among physicians in Finli: employment sector, clinical patient contact, specialty, i change of specialty. *BMC Medical Education*, 18, str. 2-12.
99. Newsome, P.R.H., i Wright, G.H. (1999). A review of patient satisfaction: Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186(4), str. 161-165.
100. Nitecki, D. A. (1996). Changing the concept and measure of service quality in academic libraries. *The Journal of Academic Librarianship*, 22(3), str. 181-190.
101. Novikova, I.A. (2013). Big Five (The Five-Factor Model i The Five-Factor Theory). In Kenneth D. Keith (Ed.), *The Encyclopedia of Cross-Cultural Psychology*. John Wiley i Sons, Inc.
102. Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
103. Oliver, R.L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, str. 460-469.

104. Oliver, R.L. (1997). *Satisfaction – A Behavioral Perspective on the Consumer*. Boston, MA: Irwin/McGraw-Hill.
105. Olson, J.C., i Dover, P. (1979). Disconfirmation of Consumer Expectation through Product Trial. *Journal of Applied Psychology*, 64, str. 179-189.
106. Önsüz, M.F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U.C., Ertürk, S., Yılmaz, F., i Birol, S. (2008). Satisfaction levels of hospitalized patients in a university hospital in Istanbul. *Marmara Medical Journal*, 21(1), str. 33-49.
107. Ozretić Došen, Đ., Škare, V., i Škare, T. (2010). Mjerenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite SERVQUAL instrumentom. *Revija za socijalnu politiku*, 17(1), str. 27–44.
108. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., i Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality i its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), str. 41-50.
109. Pollack, Birgit Leisen. (2008). The nature of the service quality and satisfaction relationship. *Managing Service Quality*, 18(6), str. 537-558.
110. Qaniah, F.A., i Nurwianti, V. (2021). Personality traits dan dukungan sosial sebagai prediktor service orientation tenaga kesehatan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 9(2), str. 138-147.
111. Redelmeier, D.A., Najeeb, U., i Etchells, E.E. (2021). Understing Patient Personality in Medical Care: Five-Factor Model. *Journal of General Internal Medicine*, 36(7), str. 2111-2114.
112. Rehaman, B., i Husnain, M. (2018). The impact of service quality dimensions on patient satisfaction in the private healthcare industry in Pakistan. *Journal of Hospital Medical Management*, 4(1), str. 1-8.
113. Rust, R.T., i Oliver, R.L. (1994). Service quality: insights i managerial implications from the frontier. In R.T. Rust i R.L. Oliver (Eds.), *Service Quality: New Directions in Theory i Practice*. Saga Publications.
114. Salgado, J.F. (1997). The five factor model of personality i job performance in the European community. *Journal of Applied Psychology*, 82(1), 30-43.
115. Sarstedt, M., Ringle, C.M., i Hair, J.F. (2017). Partial Least Squares Structural Equation Modeling. In Homburg C., Klarmann M., i Vomberg A. (Eds.), *Hibook of Market Research*. Heidelberg: Springer.
116. Saucier, G. (1994). Mini-Markers: A brief version of Goldberg’s unipolar Big-Five marker. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), str. 506-516.

117. Savaş, E., i Bahar, A. (2011). Evaluation of the satisfaction levels of inpatients in the University of Gaziantep Medical Faculty Hospital. *Gaziantep Medical Journal*, 17(1), str. 24-28.
118. Schmidt, F.L., i Hunter, J.E. (1992). Causal modeling of processes determining job performance. *Current Directions in Psychological Science*, 1, str. 89-92.
119. Sohail, M.S. (2003). Service quality in hospitals: more favorable than you might think. *Management Service Quality*, 13(3), str. 197–206.
120. Somer, O., Korkmaz, M., i Tatar, A. (2002). Development of five factor personality inventory-I: Creating scale i sub-scales. *Turkish Journal of Psychology*, 17(49), str. 21-33.
121. Teng, C.I., Hsiao, F.J., i Chou, T.A. (2010). Nurse-perceived time pressure i patient-perceived care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(3), str. 275-284.
122. Teng, C.I., Hsu, K.H., Chien, R.C., i Chang, H.Y. (2007a). The influence of personality on care quality of hospital nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(4), str. 358-364.
123. Teng, C.I., Huang, K.W., i Tsai, I.L. (2007b). Effects of personality on service quality in business transactions. *The Service Industries Journal*, 27(7), str. 849-863.
124. Tett, R.P., Jackson, D.N., i Rothstein, M. (1991). Personality measures as predictors of job performance: A meta-analytic review. *Personnel Psychology*, 44(4), str. 703-742.
125. Thi, P., Briancon, S., Empereur, F., i Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science i Medicine*, 54, str. 493-504.
126. Topal, F.E., Şenel, E., Topal, F., i Mansuroğlu, C. (2013). A patients 'satisfaction study: Satisfaction levels of the patients admitted to emergency clinic of a state hospital. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35, str. 199-205.
127. Tung, P.H., i Ly, L.T.K. (2021). Influence of personality traits on people's satisfaction with public service in Hanoi city, Vietnam. *Linguistics i Culture Review*, 5(S4), str. 2341-2364.
128. Turabik, T., i Baskan, G. A. (2015). The Importance of Motivation Theories in Terms of Education Systems. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 186, str. 1055-1063.

129. Viamme, R., i Leunis, J. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4(3), str. 1-10.
130. Vilares, M.J., i Coehlo, P.S. (2003). The employee-customer satisfaction chain in the ESCI model. *European Journal of Marketing*, 37(11-12), str. 1703-1722.
131. Wennberg JE. (1999). Understanding geographic variations in health care delivery. *N Engl J Med.*;340(1)
132. Wibowo, U.D.A., i Iriyanto, E.S. (2018). The big five personalities as antecedents of nurse performance. *Advances in Social Science, Education i Humanities Research*, 231, str. 300-303.
133. Wiggins, J.S., i Trapnell, P.D. (1997). Personality Structure: The Return of the Big Five A2 - Hogan, Robert. In J. Johnson i S. Briggs (Eds.), *Handbook of Personality Psychology*, (pp. 737-765). San Diego: Academic Press.
134. Williams, M., i Sanchez, J.I. (1998). Customer service-oriented behavior: Person i situational antecedents. *Journal of Quality Management*, 3(1), str. 101-116.
135. Wisniewski, M. (1996). Measuring service quality in the public sector: the potential for SERVQUAL. *Total Quality Management*, 7(4), str. 357-366.
136. Wold, H.O.A. (1982). Soft Modeling: The Basic Design and Some Extensions. In Jöreskog, K.G., i Wold, H.O.A. (Eds.), *Systems Under Indirect Observations: Part II*, Amsterdam: North-Holli, str. 1-54.
137. Wong, J.C.H. (2002). Service quality measurement in a medical imaging department. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(5), str. 206-212.
138. Yalman, F., Baydaş, A., Yaşar, M.E., i Çamuka, S. (2021). The Effect of Personality Characteristics of Outpatients on Hospital Preferences. *Journal of Economics i Administrative Sciences*, 5(1), str. 305-333.
139. Yang, C.L., i Hwang, M. (2014). Personality traits i simultaneous reciprocal
140. Zeithaml, V.A., Berry, L.L., i Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21, str. 1-12.
141. Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., i Berry, L.L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions i Expectations*. New York: The Free Press.
142. Zel, U. (2006). *Personality i Leadership* (2nd ed.). Ankara, TR: Nobel Publishing.