



UNIVERZITET U NOVOM SADU
FAKULTET TEHNIČKIH NAUKA
NOVI SAD



Neda Terzić

**UTICAJ SISTEMA VREDNOSTI I LIČNIH
KARAKTERISTIKA DAVAOCA USLUGA NA
KVALITET USLUGA U ZDRAVSTVENIM
SYSTEMIMA**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Novi Sad, 2019. godina



УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ ● ФАКУЛТЕТ ТЕХНИЧКИХ НАУКА
21000 НОВИ САД, Трг Доситеја Обрадовића 6

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАЦИЈА

Редни број, РБР:	
Идентификациони број, ИБР:	
Тип документације, ТД:	Монографска документација
Тип записа, ТЗ:	Текстуални штампани материјал
Врста рада, ВР:	Докторска дисертација
Аутор, АУ:	Неда Терзић
Ментор, МН:	др Младен Печулија
Наслов рада, НР:	„Утицај система вредности и личних карактеристика даваоца услуга на квалитет услуга у здравственим системима“
Језик публикације, ЈП:	Српски
Језик извода, ЈИ:	Српски
Земља публикавања, ЗП:	Србија
Уже географско подручје, УГП:	Нови Сад
Година, ГО:	2018.
Издавач, ИЗ:	Ауторски репринт
Место и адреса, МА:	21000 Нови Сад. Трг Доситеја Обрадовића 6
Физички опис рада, ФО: (поглавља/страна/ цитата/табела/слика/графика/прилога)	9/129/90/33/8/25/10
Научна област, НО:	Индустријско инжењерство и инжењерски менаџмент
Научна дисциплина, НД:	Производни системи, организација и менаџмент
Предметна одредница/Кључне речи, ПО:	Људски ресурси, систем вредности, личне карактеристике, услуге, здравствени системи.
УДК	
Чува се, ЧУ:	Библиотека Факултета Техничких Наука, Универзитет у Новом Саду
Важна напомена, ВН:	-
Извод, ИЗ:	Предмет овог истраживања је утицај система вредности и личних карактеристика даваоца услуга на квалитет услуга у здравственим системима. Резултати истраживања представљају основу за планирање активности којима ће се унапређивати квалитет рада па и задовољство пацијената као главни излазни резултат. Циљ овог истраживања је да се сагледа који је то утицај система вредности и личних карактеристика даваоца услуга на квалитет услуга у здравственим системима, као и фактори који утичу на њихово задовољство, односно незадовољство. На основу резултата овог истраживања, сагледавајући системе вредности здравствених радника и уважавајући мишљење корисника, могу се јасније дефинисати приоритети за побољшање и унапређење квалитета рада.
Датум прихватања теме, ДП:	12.7.2016.
Датум одбране, ДО:	
Чланови комисије, КО:	
Председник:	Др Радо Максимовић, редовни професор
Члан:	Др Лепосава Грубић-Нешић, редовни професор
Члан:	Др Ђорђе Ђосић, ванредни професор
Члан:	Др Добривоје Михаиловић, редовни професор
Члан ментор:	Др Младен Печулија, ванредни професор
	Потпис ментора



УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ • ФАКУЛТЕТ ТЕХНИЧКИХ НАУКА
21000 НОВИ САД, Трг Доситеја Обрадовића 6

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАЦИЈА

Accession number, ANO :	
Identification number, INO :	
Document type, DT :	Monograph documentation
Type of record, TR :	Textual printed material
Contents code, CC :	Doctoral dissertation
Author, AU :	Neda Terzić
Mentor, MN :	Dr Mladen Pečujlija
Title, TI :	"The influence of the system of values and personal characteristics provides the service of quality services in health systems"
Language of text, LT :	Serbian
Language of abstract, LA :	Serbian
Country of publication, CP :	Serbia
Locality of publication, LP :	Novi Sad
Publication year, PY :	2018.
Publisher, PB :	Author reprint
Publication place, PP :	21000 Novi Sad, Trg Dositeja Obradovića 6
Physical description, PD : (chapters/pages/ref./tables/pictures/graphs/appendixes)	9/129/90/33/8/25/10
Scientific field, SF :	Industrial Engineering and Engineering Management
Scientific discipline, SD :	Production System, Organization and Management
Subject/Key words, S/KW :	Human resources, value system, personal characteristics, services, health systems.
UC	
Holding data, HD :	Library of Faculty of Technical Sciences, University of Novi Sad
Note, N :	
Abstract, AB :	The subject of this research is the influence of the system of values and personal characteristics of the provider of services on the quality of services in health systems. The results of the research are the basis for planning the activities that will improve the quality of work and the satisfaction of patients as the main output. The aim of this research is to examine what is the impact of the system of values and personal characteristics of the provider of services on the quality of services in health systems, as well as the factors that influence their satisfaction or dissatisfaction. Based on the results of this research, looking at the systems of values of health workers and taking into account the user's opinion, priorities for improving and improving the quality of work can be clearly defined.
Accepted by the Scientific Board on, ASB :	12.7.2016.
Defended on, DE :	
Defended Board, DB :	
President:	Professor Rado Maksimović, PhD
Member:	Professor Leposava Grubić-Nešić, PhD
Member:	Associate professor, Đorđe Ćosić, PhD
Member:	Professor Dobrovoje Mihailović, PhD
Member Mentor:	Associate professor, Mladen Pečujlija, PhD
	Menthor's sign

Mojim voljenim roditeljima s ljubavlju i poštovanjem.....

SADRŽAJ

I UVOD	12
1. Uvodna razmatranja	13
1.2. Predmet istraživanja	14
1.3. Problem istraživanja	15
1.4. Ciljevi istraživanja i očekivani rezultati	15
1.5. Hipoteze istraživanja	16
1.6. Metodologija i uzorak istraživanja	18
1.7. Prikaz strukture disertacija	19
II TEORETSKA RAZMATRANJA	21
2. Teorija ličnih karakteristika	22
2.1. Teorija sistema vrednosti	24
2.1.1. Moralni razvoj	26
2.2. Kvalitet zdravstvene usluge	29
2.3. Definicija kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata	31
2.3.1. Principi kvaliteta zdravstvene zaštite	31
2.4. Menadžment usluga	33
2.4.1. Sistem uslužnog menadžmenta	33
2.5. Teorija motivacije	35
2.5.1. Maslovljeva teorija	35
2.5.2. Teorija dva faktora	36
3. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenom uslugom	39
3.1. Međunarodna iskustva i preporuke za unapređenje zdravstvene zaštite	41
3.2. Zdravstvena zaštita u svetlu novih propisa	43
3.3. Poštovanje najvišeg standarda ljudskih prava i vrednosti	44
3.3.1. Prava pacijenata	44
3.3.2. Pravo na dostupnost zdravstvene zaštite	45
3.3.3. Pravo na informacije i pravo na obaveštenja	45
3.3.4. Pravo na samoodlučivanje i pristanak	46
3.3.5. Pravo na privatnost i poverljivost	47
3.3.6. Pravo na tajnost podataka	47
3.3.7. Pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju	47
3.3.8. Pravo na prigovor i zaštitnik pacijentovih prava	47
3.3.9. Pravo na naknadu štete	48
3.4. Dužnosti pacijenata	48

IV EMPIRIJSKI DEO	49
4. Metodologija istraživanja i prikupljanje podataka	50
4.1. Merni instrumenti	50
4.1.1. Prevođenje i adaptacija upitnika	51
4.2. Uzorak i procedura prikupljanja podataka	52
V DESKRIPTIVNA STATISTIKA	53
5. Upitnik Big Five	54
5.1. Upitnik Moral foundations questionnaire	61
5.2. Upitnik Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga	65
5.3. Faktorska analiza upitnika zadovoljstva pacijenata	75
5.4. Uticaj demografskih karakteristika uzorka na dobijene faktore	78
5.5. Sem analiza	83
VI DISKUSIJA DOBIJENIH REZULTATA	88
6. Diskusija dobijenih rezultata na osnovu sprovedenog istraživanja	89
VII DOKAZIVANJE HIPOTEZA	99
7. Dokazivanje hipoteza na osnovu dobijenih rezultata	94
7.1. Dokazivanje opštih hipoteza	94
7.2. Dokazivanje posebnih hipoteza	94
VIII ZAKLJUČAK	96
8. Zaključci, nedostaci i predlozi za dalja istraživanja	97
8.1. Postojeće strategije za unapređenje zadovoljstva korisnika zdravstvenom zaštitom	100
8.2. Strategije za unapređenje zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite na osnovu sprovedenog istraživanja	102
IX LITERATURA I PRILOZI	104

Lista tabela

Tabela 1: Definicije ličnosti

Tabela 2: Definicije moralnih osnova

Tabela 3: Definicije zdravstvene zaštite

Tabela 4: Uticaj higijenskih i motivacionih faktora na zadovoljstvo zaposlenih

Tabela 5: Pol ispitanika i mesto u kom žive

Tabela 6: Pozicija na kojoj su zaposleni ispitanici

Tabela 7: Broj primljenih pacijenata ispitanika na mesečnom nivou

Tabela 8: Lične karakteristike ispitanika u odnosu na pol

Tabela 9: Lične karakteristike ispitanika u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni

Tabela 10: Lične karakteristike ispitanika u odnosu na broj primljenih pacijenata u toku meseca

Tabela 11: Analiza varijanse ANOVA ličnih karakteristika ispitanika u odnosu na broj pregledanih pacijenata u toku meseca

Tabela 12: Sistem vrednosti ispitanika u odnosu na polnu strukturu

Tabela 13: Analiza varijanse ANOVA Sistema vrednosti davaoca zdravstvenih usluga u odnosu na pol

Tabela 14: Sistem vrednosti ispitanika u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni

Tabela 15: Analiza varijanse ANOVA sistema vrednosti davaoca zdravstvenih usluga u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni

Tabela 16: Sistem vrednosti ispitanika u odnosu na broj primljenih pacijenata u toku meseca

Tabela 17: Analiza varijanse ANOVA sistema vrednosti davaoca zdravstvenih usluga u odnosu na broj primljenih pacijenata u toku meseca

Tabela 18: Polna struktura ispitanika po gradovima

Tabela 19: Godine starosti ispitanika u odnosu na grad u kome žive

Tabela 20: Zanimanje ispitanika u odnosu na grad u kom žive

Tabela 21: Mesto stanovanja ispitanika u odnosu na Domove zdravlja u kojima se leče

Tabela 22: Srednje vrednosti faktora zadovoljstva korisnika kvalitetom zdravstvene usluge

Tabela 23: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na gradove

Tabela 24: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na pol

Tabela 25: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na godine starosti

Tabela 26: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na zanimanje

Tabela 27: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na mesto stanovanja

Tabela 28: Rotirana matrica, dobijena faktorskom analizom obrade podataka

Tabela 29: Bazični parametri SEM analize

Tabela 30: Rezultati SEM analize

Tabela 31: Rezultati SEM analize

Tabela 32: Službe Doma zdravlja „Novi Sad“

Tabela 33: Odeljenja Službe opšte medicine

Lista grafika

- Grafik 1: Prikaz opštih hipoteza istraživanja
- Grafik 2: Prikaz posebnih hipoteza istraživanja
- Grafik 3: Prikaz strukture i toka istraživanja
- Grafik 4: Pol ispitanika i mesto u kom žive
- Grafik 5: Poziciju na kojoj su zaposleni ispitanici
- Grafik 6: Broj primljenih pacijenata ispitanika na mesečnom nivou
- Grafik 7: Dimenzija ekstroverzije u odnosu na broj primljenih pacijenata tokom meseca
- Grafik 8: Polna struktura ispitanika po gradovima
- Grafik 9: Godine starosti ispitanika u odnosu na grad u kome žive
- Grafik 10: Zanimanje ispitanika u odnosu na grad u kom žive
- Grafik 11: Mesto stanovanja ispitanika u odnosu na Domove zdravlja u kojima se leče
- Grafik 12: Prikaz faktora dobijenih Anderson Rubinsovom metodom
- Grafik 13: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na grad u kom žive, po faktorima preferencije i realnosti
- Grafik 14: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na pol, po faktorima preferencije i realnosti
- Grafik 15: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na godine starosti, po faktorima preferencije i realnosti
- Grafik 16: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na zanimanje, po faktorima preferencije i realnosti
- Grafik 17: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na mesto stanovanja, po faktorima preferencije i realnosti
- Grafik 18: Uticaj sistema vrednosti i ličnih karakteristika davaoca usluga na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima
- Grafik 19: Grafički prikaz hipoteza istraživanja

Grafik 20: Otvorenost davaoca usluga u odnosu na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

Grafik 21: Autoritativnost davaoca usluga u odnosu na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

Grafik 22: Svetost davaoca usluga u odnosu na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

Grafik 23: Struktura zaposlenih Doma zdravlja "Novi Sad"

Grafik 24: Broj preventivnih i kurativnih poseta od 2012. do 2016. godine u Službi opšte medicine

Grafik 25: Broj preventivnih i kurativnih poseta od 2012. do 2016. godine u Službi za zdravstvenu zaštitu radnika(odjeljenja izabranih lekara)

Lista slika

Slika 1: Prikaz dimenzija kvaliteta zdravstvene zaštite

Slika 2: Maslovljeva hijerarhija potreba

Slika 3: Delovanje faktora zadovoljstva i nezadovoljstva

Slika 4: Hipokratova zakletva

Slika 5: Prikaz Swot analiza Doma zdravlja „Novi Sad”

Slika 6: Strategije Doma zdravlja „Novi Sad“ za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite

Slika 7: Prikaz strateškog plana Doma zdravlja „Novi Sad“

Slika 8: Strateški program i aktivnosti Doma zdravlja „Novi Sad“ za naredni period

I UVOD

1. UVODNA RAZMATRANJA

*Filozof mora početi medicinom,
a lekar mora završiti filozofijom.
Aristotel*

Prema izvorima Batuta¹ zdravstvena psihologija i zdravstvena zaštita ne samo što imaju zajednički deo naziva nego dele i zajedničke sadržaje. Njihovi osnovni postulati su da se pomogne ljudima u situacijama kada im je to potrebno kao i da definišu sadržaje delatnosti od kojih su najvažniji upravljanje ljudskim resursima zdravstvenog sistema, rukovođenja ljudima, pa sve do načina kako zdravstvene radnike osposobiti da kontinuirano i efikasno pružaju zdravstvene usluge.

Rad sa ljudima u medicinskoj praksi zahteva poznavanje osnovnih principa psihologije ličnosti. Psihologija u menadžmentu zahteva poznavanje interpersonalnih odnosa, psihološku klimu radnog ambijenta, razvijena znanja koja su neophodna za obavljanje uslužne delatnosti kao i veštine komunikacije. Socijalna percepcija, opažanje drugih osoba i samoopažanje elementi su socijalne psihologije od značaja za ljudske resurse. Da bi se zdravstveni radnici motivisali za ciljane aktivnosti neophodno je poznavanje osnovnih principa psihologije motivacije i mehanizama razvijanja unutrašnje motivacije, na kojima treba da rade svi poslodavci kao i sama država.

Konflikti u zdravstvenim ustanovama predstavljaju izvestan stresor, kako za zdravstvene radnike tako i za pacijente, i mogućnosti njihovog prevazilaženja i prevencije koji su deo psihologije rada i u direktnoj su vezi sa zadovoljstvom korisnika pruženim zdravstvenim uslugama i stepenom zadovoljstva zaposlenih zdravstvenih radnika, čime doprinose efikasnosti celokupnog sistema zdravstvene zaštite.

Prema Filipović-u (2010) zadovoljstvo pacijenta moglo bi se koristiti kao instrument za merenje uspeha zdravstvene ustanove kao i za poboljšanje kvaliteta same zdravstvene zaštite. Programi zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga proučavaju se i primenjuju u sektoru zdravstva kao instrumenti za postizanje zadovoljstva pacijenata.

A osnovni postulat za zdravstvene radnika treba da bude da leče pacijenta, a ne bolest.

¹ Institut za javno zdravlje Srbije Dr Milan Jovanovic Batut

1.2. PREDMET ISTRAŽIVANJA

Formulacija problema je često bitnija od rešenja, što može biti često stvar matematičke veštine ili veštine eksperimentisanja.

Albert Einstein

Predmet istraživanja ove disertacije je uticaj sistema vrednosti i ličnih karakteristika davaoca zdravstvenih usluga na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima, a rezultati istraživanja predstavljaju osnovu za planiranje aktivnosti kojima će se unapređivati kvalitet rada zdravstvenih ustanova, kao jednog od pokazatelja zadovoljstva pacijenata što predstavlja glavni izlazni rezultat ovog istraživanja. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenom uslugom u zdravstvenim sistemima ne zavisi samo od karakteristika zdravstvenih radnika koji su ti koji pružaju zdravstvenu zaštitu već i od karakteristika samog pacijenta, koja se ogleda u njegovim očekivanjima kao i same sklonosti da kritikuje i pohvaljuje.

Procena zadovoljstva korisnika je jedan od osnovnih elemenata unapređenja kvaliteta rada zdravstvenih ustanova i preduslov kvalitetne zdravstvene zaštite (Murray H, 1997), a predstavlja meru stava pacijenta prema zdravstvenom radniku, sistemu zdravstvene zaštite i dobijene zdravstvene nege. Inicijativa za dobijanje informacije o zadovoljstvu korisnika kod nas potiče od Ministarstva za zdravlje jer u sistemima obaveznog zdravstvenog osiguranja ustanove nemaju interes za dobijanje odgovora o zadovoljstvu korisnika zbog nepostojanja kompeticije između njih.

Predmet istraživanja ovog rada je utvrđivanje stepena zadovoljstva korisnika pruženom zdravstvenom uslugom u zdravstvenim ustanovama primarne zdravstvene zaštite, a rezultati istraživanja predstavljaju osnovu za planiranje aktivnosti kojima će se unapređivati kvalitet rada pa i zadovoljstvo pacijenata kao glavni izlazni rezultat.

Moralne norme su nam parametar na osnovu kojeg donosimo sopstveni sud – subjektivni sud – moralni sud o pojedincu, ali i moralni sud o samom sebi. Tako zaključujemo da je neko dobar ili zao, pošten ili nepošten. Stavovi po usvojenim moralnim normama prerastaju u moralne sudove. (Nenadović, 2007)

1.3. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

Problem ovog istraživanja je to što se zdravstveni radnici u ovom slučaju zaposleni, različito ponašaju na poslu iz jedinstvenog razloga, zato što su različite ličnosti. Ličnost predstavlja unikatnu kombinaciju karakteristika osobe, koja proizilazi iz načina na koji se pojedinac ponaša i stupa u interakciju sa drugim ljudima. Mnogi istraživači veruju da su pet osobina jezgro ličnosti, a dokaz ove teorije se nalazi u istraživanjima velikih istraživača DVFiske (1949), a koji je kasnije proširen od strane drugih istraživača, Normana (1967), Smitha (1967), Goldberga (1981), i McCrae&Costa (1987). Na osnovu ovog istraživanja, mnogi psiholozi sada veruju da pet dimenzija ličnosti nije samo univerzalna teorija, već da se može reći da ona ima biološko poreklo. Psihologija David Buss-a (1995) je predložila objašnjenje teorije evolucije za ovih pet osnovnih osobina ličnosti, što ukazuje da ove osobine ličnosti predstavljaju najvažnije osobine koje oblikuju jedan društveni pejzaž.

Medicina se bazira i na etičkim vrednostima, i uravnoteženim kombinacijama između dokaza i vrednosti, koje predstavljaju cilj koji je teško postići, ako se uzmu u obzir obavezno etički zahtevi u vezi moralnih i fizičkih integriteta i principa.

1.4. CILJEVI I OČEKIVANI REZULTATI ISTRAŽIVANJA

*Međutim, nije vredno sve što se može prebrojati,
niti se može prebrojati sve što je vredno.*

Vilijem Kameron (Cameron 1963)

Cilj ovog istraživanja je da se sagleda koji je to uticaj sistema vrednosti i ličnih karakteristika davaoca usluga na kvalitet usluga u zdravstvenim sistemima, kao i faktori koji utiču na njihovo zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo. Na osnovu rezultata ovog istraživanja, sagledavajući sisteme vrednosti zdravstvenih radnika i uvažavajući mišljenje korisnika, mogu se jasnije definisati prioriteti za poboljšanje i unapređenje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga.

Rezultati koji će se dobiti, mogu biti od koristiti za podsticaj i razvoj naučno-istraživačkog rada u oblasti sistema vrednosti, ličnih karakteristika i zadovoljstva uslugom u zdravstvenim sistemima. Očekuje se da ćemo ovim radom pokazati da li ima uticaja sistem vrednosti i ličnih karakteristika davaoca usluga na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima. Da li su pacijenti zadovoljniji kada kod zdravstvenih radnika osete empatiju, razumevanje za njihove zdravstvene probleme, da li su zadovoljniji kada se na pregledu kod lekara zadrže kraće ili duže, da li su zadovoljni vremenom koje provedu u čekaonici, bez obzira što imaju zakazan pregled. Da li misle da u zdravstvenoj profesiji ima koristoljublja, da li je neko povredio njihova moralna i verska načela, na sva ova pitanja kao i mnoga druga ćemo dobiti odgovore na osnovu ovog istraživanja, a sve to u cilju kojim se mogu definisati prioriteti za poboljšanje i unapređenje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga.

1.5. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

U skladu sa navedenim predmetom i ciljem istraživanja, uvažavajući postojeću literaturu, određene su sledeće hipoteze:

Opšte hipoteze² istraživanja su:

OH1: Lične karakteristike davaoca usluga utiču na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

OH2: Sistem vrednosti davaoca usluga utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

Grafik 1: prikaz opštih hipoteza istraživanja



Posebne hipoteze istraživanja su:

H1: Dimenzija ekstraverzije davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

H2: Dimenzija neuroticizma davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

H3: Dimenzija otvorenosti davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

H4: Dimenzija prijatnosti davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

²Hipoteza (grč. υποθεσις) od podloženo, podmetanje; naslućivanje, pretpostavka o razlozima, uzrocima, silama, zakonima, odnosima koja služi za rešenje problema, za ispunjavanje praznina iskustva, za uspostavljanje veza, za opojmljivanje zakonomernosti; hipotezom se naziva takva objašnjavajuća pretpostavka posebno onda kada joj se priznaje neki verovatnosni sadržaj.

H5: Dimenzija savesnosti davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

H6: Empatičnost davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

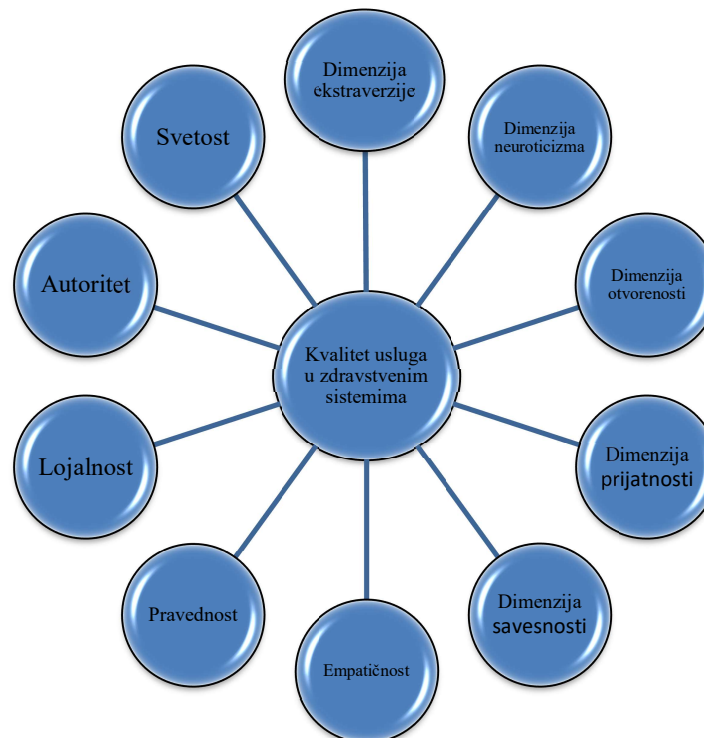
H7: Pravednost davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

H8: Lojalnost davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

H9: Autoritet davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

H10: Svetost davaoca usluge utiče na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima

Grafik 2: Prikaz posebnih hipoteza istraživanja



1.6. METODOLOGIJA I UZORAK ISTRAŽIVANJA

Crtanje brojnih grafikona je dobar izvor novih ideja.

Set Roberts (Roberts 2005)

Istraživanje je sprovedeno u zdravstvenim ustanovama Dom zdravlja “Novi Sad” (Prilog 1), Dom zdravlja “Kula” (Prilog 2) i Dom zdravlja “dr Đorđe Lazić” Sombor (Prilog 3). Dom zdravlja “Novi Sad”, najveći dom zdravlja u regionu, sa najvećim brojem zaposlenih, najviše pruženih usluga i najintenzivnijim protokom pacijenata, je uzet kao najmerodavniji za istraživanje, kakvo predstavlja doktorska disertacija. U Novom Sadu ne postoji opšta bolnica, kao vodeća zdravstvena ustanova na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, pa iz tog razloga Dom zdravlja “Novi Sad” ima veliku ulogu u premošćavanju jaza između primarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite. Najveći Dom zdravlja u Republici Srbiji, ali i u regionu, prema broju stanovnika (357.128 građana Novog Sada, Petrovaradina i Sremskih Karlovaca) kojima pruža zdravstvenu zaštitu, broj pruženih usluga (8.835.567 u 2016. godini) i najviše zaposlenih (1.465 radnika). Prema ovim pokazateljima, nema premca ni među drugim velikim domovima zdravlja u univerzitetskim gradovima (Beograd, Niš, Kragujevac).

Istraživanje je sprovedeno podelom upitnika zdravstvenim radnicima kao i korisnicima zdravstvenih usluga u Domovima zdravlja u Novom Sadu, Kuli i Somboru. Samo istraživanje je bilo anonimno u cilju dobijanja što iskrenijih odgovora ispitanika. Metodologija je propisala i vreme prikupljanja upitnika koje je iznosilo dve nedelje nakon poslednjeg dana istraživanja. Istraživanje je obuhvatilo dva nezavisna panela odnosno zdravstvene radnike iz tri zdravstvene ustanove koji predstavljaju jedan nezavistan panel, a drugi nezavistan panel predstavljaju pacijenti koji se leče u pomenutim zdravstvenim ustanovama (Pod Sakoff, 2003).

Istraživanje je sprovedeno u periodu od oktobra 2014. godine do marta 2016. godine, na uzorku³ od 693 ispitanika, oba pola. Jedan deo ispitanika su činili lekari i medicinske sestre, odnosno tehničari, zaposleni u Domu zdravlja “Novi Sad”, Domu zdravlja “Kula” i Domu zdravlja “dr Đorđe Lazić”, a drugi deo ispitanika su činili pacijenti, koji se leče u pomenutim ustanovama.

U statističkoj analizi podataka korišćene su metode deskriptivne statistike i to: mere centralne tendencije (aritmetička sredina), mere varijabiliteta (standardna devijacija). Podaci su standardno obrađivati univarijantnim (mere centralne tendencije i disperzije podataka, ANOVA, linearna regresija i SEM analizom)⁴.

³ Uzorak je izabrani deo statističkog skupa koji treba da predstavlja reprezent populacije koja je obuhvaćena istraživanjem. Ukoliko je uzorak reprezentativan po svim važnim svojstvima, rezultati dobijeni istraživanjem su pouzdaniji. Statističkim putem se mogu formirati različiti tipovi uzoraka od kojih su najpoznatiji: stratifikovani, kvotni, spareni, proporcionalni i sl. Greške kod formiranja uzorka mogu biti standardne i verovatne što se izračunava posebnim postupkom.

⁴ Regresiona analiza je skup statističkih metoda kojima se otkriva da li postoje veze između posmatranih pojava i kakve su po obliku i smeru. Regresija je metod kojim se ispituje zavisnost između dve ili više promenljivih, odnosno pojava, u našem slučaju je to dimenzija ličnosti, zadovoljstvo; moralne osnove, zadovoljstvo; broj primljenih pacijenata, zadovoljstvo.

U statističkoj obradi podataka korišćeni su standardni kompjuterski programi: excel baze i SPSS/PC za tabelarno i grafičko prikazivanje podataka.

U nastavku rada pokazano je koje su to lične karakteristike i koji sistemi vrednosti radnika iz zdravstvenih ustanova, te kojima su pacijenti koji se leče u zdravstvenim ustanovama na najvišem, a koji su na najnižem nivou i u kojoj meri se pacijenti odlučuju i za kakvog lekara i medicinsku sestru, odnosno tehničara.

1.7. PRIKAZ STRUKTURE DISERTACIJE

Disertacija je organizovana u devet poglavlja na način da metodološki prati faze istraživanja i pruži čitaocu hronološki sled.

Uvodni deo predstavlja prikaz ključnih razmatranja da zdravstvena psihologija i zdravstvena zaštita nemaju samo istovetan deo naziva već dele i zajedničke sadržaje. Njihovi postulati i imperativi da se pomogne ljudima u situacijama kada im je to potrebno definišu sadržaje delatnosti od upravljanja ljudskim resursima zdravstvenog sistema rukovođenja ljudima, do načina kako ih osposobiti da kontinuirano i efikasno pružaju zdravstvene usluge.

Drugi deo predstavlja teoretske osnove ove disertacije organizovane oko tri poglavlja: pregled značajnih teoretskih izvora o konceptu teorija dimenzija ličnosti, objašnjava teoriju moralnih osnova, koji je detaljno obrađen u ovom istraživanju. Poglavlje dva daje pregled značajnih teoretskih izvora o teoriji hijerarhije potreba kao i teoriji dva faktora.

Poglavlje tri objašnjava iskustava i preporuke za unapređenje zdravstvene zaštite kao i zadovoljstva pacijenata, osvrćući se na primere van granica naše zemlje. Takođe je predstavljen model zdravstvene zaštite u svetlu novih propisa i standarda, prikazano je koja su načela izdvojena i propisana u ostvarivanju zdravstvene zaštite. Poslednje poglavlje u ovom delu objašnjava koja su to prava i dužnosti korisnika zdravstvene usluge, šta treba raditi i kako na unapređenju zdravstvene zaštite.

Četvrti deo predstavlja istraživački deo disertacije. Po poglavljima su prikazani rezultati i diskutovani rezultati iz upitnika Big Five (Prilog 4), Moral questionnaire upitnika (Prilog 5) kao i upitnik o zadovoljstvu korisnika zdravstvenih usluga (Prilog 6).

Peti deo predstavlja deskriptivnu statistiku.

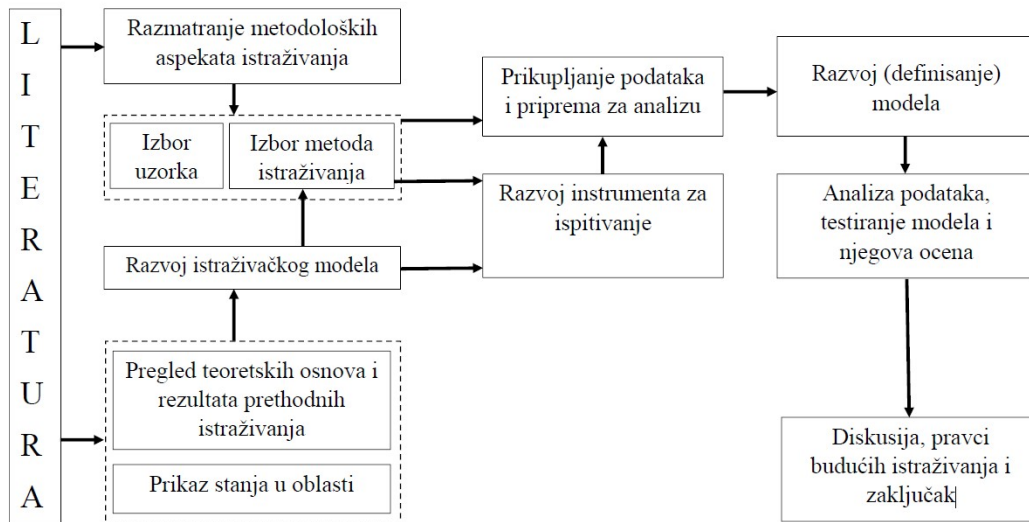
Šesti deo se bavi diskusijom dobijenih rezultata.

Sedmi deo se bavi dokazivanjem opštih i posebnih hipoteza na osnovu deskriptivne statistike.

Osmi deo prikazuje zaključna razmatranja uz sumiranje naučnog doprinosa disertacije. Takođe, navedena su ograničenja i predloženi pravci daljih istraživanja.

Na samom kraju disertacije, odnosno u devetom delu navedena je korišćena literatura, a potom su dati prilozi sa instrumentom istraživanja koji nisu uključeni u osnovni tekst disertacije.

Grafik 3. Prikaz strukture i toka istraživanja



II TEORETSKA RAZMATRANJA

2. TEORIJA KARAKTERISTIKA LIČNOSTI

„Um i telo su više nego u braku, jer su najintimnije sjedinjeni; i kad jedan trpi, drugi saoseća“

Lord Česterfild (1694 - 1773)

Petofaktorski model ličnosti jedan je od teorijskih okvira koji se poslednjih godina postepeno nametnuo u istraživanjima ličnosti, a osvrćući se na zdravlje (Pers, 1996), projektovan kroz više instrumenata od kojih se kao jedan od najprimenljivijih izdvaja skraćena verzija Big Five upitnik (BFI). Big Five model ličnosti je zasnovan na pretpostavci da su socijalno značajne i bitne karakteristike ličnosti sadržane u prirodnom jeziku (John OP, 1999). Pet karakteristika ličnosti su izdvojene analizom termina prirodnog jezika, koje pojedinci koriste da bi opisali sebe i druge. Treba istaći da su polovi glavnih karakteristika obeleženi terminima koji opisuju hipotetičke tipove ličnosti koji na tim crtama postižu ekstremno niske, odnosno ekstremno visoke skorove. (Smederevac, 2002)

Pet dimenzija podrazumeva sledeće dimenzije:

- Društvenost, ekstrovertnost,
- Neuroticizam,
- Prijatnost,
- Savesnost,
- Otvorenost za nova iskustva.

Dimenziju ekstraverzije karakteriše prisustvo osobina kao što su asertivno ponašanje pojedinca, aktivnost, pričljivost i socijabilnost pojedinca. Osobe koje imaju izraženu osobinu ekstrovertnosti vole uzbuđenje i imaju tendenciju da stalno budu vesele, razdragane, optimistične, pune energije. U odnosu sa drugim ljudima ističu se kao vođe, fizički i verbalno su aktivne, prijateljski naklonjene i okružene drugim ljudima više nego što većina ljudi ima tu potrebu. (Costa, 1992)

Karakteristika dimenzije neuroticizma je opšta tendencija na koji osoba doživljava negativni afekat, kao što je osećaj straha, tuge, osramoćenosti, besa, krivice, averzije. Pretpostavimo da pomenute negativne emocije otežavaju adaptaciju, osobe sa visokim stepenom dimenzije neuroticizma, podložne su lošijoj kontroli svojih impulse, lošijim potencijalom za suočavanje sa stresom u odnosu na druge osobe i kod ovih osoba postoji mogućnost razvijanja iracionalnih ideja. Kod osoba sa izraženom crtom neuroticizma negativna emocionalnost odnosi se na broj i snagu stimulusa koji izazivaju negativne emocije. Na ekstremu negativne emocionalnosti nalazi se reaktivnost, koja se ogleda u sklonosti da se iskusi više negativnih emocija od većine drugih ljudi i manje zadovoljstvo životom od većine drugih ljudi. (Costa, 1992)

Dimenzija prijatnosti je dimenzija koja odražava unutarpersonalne tendencije. Karakteristike prijatne osoba su altruističnost, darežljivost, izražavanje simpatija prema drugim osobama, izraženo poverenje u druge osobe i želja za pomoći koju želi da pruži drugim osobama. (Costa, 1992). Osobina ove lične karakteristike ličnosti se ogleda u nesebičnom stavu prema drugima, poverenju i velikodušnim osećanjima.

Dimenzija savesnost povezuje se često sa kontrolom impulsa. Samokontrola se odražava u aktivnom planiranju, organizovanju i broju ciljeva na koje je neko usmeren. Savesna osoba je odlučna, često su lična postignuća koje osoba poseduje ukazuju na izraženo akademsko i radno postignuće, usmerenost na ciljeve koje želi da ostvari uz samodisciplinu povezanu s tim usmerenjem. Reč je o efikasnosti, organizovanosti, ambicioznosti, odanosti dužnosti. Neke od negativnih osobina koje mogu da se jave kod osobe sa izraženom dimanzijom savesnosti su kompulsivna urednosti i ponašanje koje se odražava u preteranom radu. (Costa, 1992)

Dimenziju otvorenost prema iskustvu pojedinca karakteriše aktivna imaginacija, estetska senzitivnost, pažljivost ka unutrašnjim osećanjima, preferiranje različitosti, radoznalost, entuzijazam i originalnost. (Costa, 1992) Osobe sa izraženom crtom otvorenosti doživljavaju pozitivne i negativne emocije znatno intenzivnije nego što je slučaj kod osoba koje nisu otvorene prema iskustvu. Osobe koje postižu manje vrednosti u ovoj dimenziji sklone su konzervativnom izgledu kao i konvencionalnom ponašanju, a neretko ih karakteriše i komunikacija sa emocionalno slabijim i obzirivijim odgovorima.

Tabela 1: Definicije ličnosti

Autor	Definicija
Hans Ajzenk	Ličnost je ukupni zbir aktuelnih i potencijalnih načina ponašanja organizma koji su određeni nasleđem i sredinom; ona nastaje i razvija se funkcionalnom interakcijom između četiri glavne oblasti u koje su organizovani svi načini (obraci) ponašanja: kognitivna oblast (inteligencija), konativna (karakter), afektivna (temperament) i somatska oblast (konstitucija).
Sigmund Frojd	Ličnost predstavlja dinamičan pojam, u kome je mentalni život individue predstavljen kao preplitanje pokretačkih i blokirajućih sila.
Gordon Olport	Ličnost je dinamička organizacija psihofizičkih sistema koji u pojedincu određuju njegovo jedinstveno prilagođavanje sredini.
Abraham Maslov	Ističe da su psihoanalitički pokušaji objašnjenja ličnosti bezuspešni i pesimistički, jer su bili usmereni na poremećenu osobu, pa je pažnja bila okupirana strahom, agresijom, sukobima, a malo pažnje je posvećeno kreativnosti, zadovoljenju potreba i pozitivnim emocijama.
Rejmond B. Katel	Veruje da pojedinačna ličnost podleže matematičkoj formulaciji isto kao što i naš sunčani sistem podleže Keplerovim zakonima". U analizi ličnosti tehnika faktorske analize je, „ključ za sve probleme" i predstavlja „jedno od najboljih oruđa koje je čovek ikada pronašao".

2.1. TEORIJA SISTEMA VREDNOSTI

*Najvažnija ljudska težnja je
težnja za moralnošću u našem delovanju.
Naša unutrašnja ravnoteža,
čak i naša egzistencija zavisi o tome.
Jedino moralnost u našem delovanju
može dati lepotu i dostojanstvo našem životu.*

(Albert Ajnštajn)

Teorija sistema vrednosti nastala je od grupe psihologa (J & J Haidt Graham, 2007), a govori o tome kako i zašto moral varira različitim kulturama, a u isto vreme pokazuje toliko sličnosti. Teorija predlaže da su urođeni psihološki sistemi temelji, a svaka kultura onda gradi vrline. Autori su razvili nekoliko načina za merenje korišćenjem ljudi o 5 kompleta moralnih osnova, a to su:

- Nega/štete: ova moralna vrednost je u vezi sa našom dugom evolucijom sisara kao sa prilogom sistema i sposobnosti da osećaju tuđi bol. To su u osnovi vrline dobrote i blagosti. (Graham, 2010)
- Pravednost/varanje: ova moralna vrednost je u vezi sa evolucionim procesom međusobnog altruizma. To stvara ideje pravde, prava, i autonomije. (Graham, 2010)
- Lojalnost/izdaja: ova moralna vrednost je u vezi sa dugom ljudskom istorijom kao plemenskih stvorenja koji su u stanju da formiraju koalicije promena stepena prenosa. To su u osnovi vrline patriotizma i požrtvovanja u grupi. Ljudi osećaju da je "jedan za sve, svi za jednog."(Graham, 2010)
- Autoritet/svrgavanje: ova moralna vrednost je oblikovana na osnovu duge istorije primata i hijerarhijskih socijalnih interakcija. To su u osnovi vrline liderstva, uključujući poštovanja prema zakonima vlasti i poštovanje tradicije. (Graham, 2010)
- Svetost/degradacija: ova moralna vrednost je oblikovana na osnovu psihologije gađenja i kontaminacije. To su u osnovi verski pojmovi kojima težimo da živimo u jednom uzvišenom, manje telesnom, više plemenitom svetu. Ona zastupa ideju da je telo hram koji se može oskrnaviti nemoralnim aktivnostima. (Graham, 2010)

Teorija sistema vrednosti objašnjava da je ljudski um organizovan unapred na osnovu iskustva, tako da je spreman da uči vrednosti, norme, i ponašanja u vezi sa raznovrsnim setom ponovljenih adaptivnih socijalnih problema. (Graham,2010)

Ciljevi morala su čovekovo svesno ponašanje tokom života i to po prihvaćenim moralnim normama sredine u kojoj se razvija i živi. Pojedinaac, ispunjavajući moralne ciljeve, što zajednica od njega očekuje, trebalo bi da to prihvati kao bezuslovnost da bi ostvario srećan i kvalitetan život.

Neki od sistema vrednosti koje medicinski radnici poseduju i koje mogu da utiču na korisnike usluga, odnosno pacijente su:

- Omalovažavanje – rada, dijagnoze, namere daljeg tretmana bolesnika koje je činio drugi lekar nedopustljivo je i teško ogrešenje o lekarsku i medicinsku etiku. Etička obaveza svakog lekara je se uzdrži od bilo kakvog komentara o kolegi i njegovom radu pred bolesnikom. Ova moralna karakteristika je veoma bitna jer čuva vrednosti lekarske profesije uopšte, ali i ugled i vrednosti lekara pojedinca. (Nenadović, 2007)
- Preotimanje pacijenata – nedozvoljeno je kao krajnje nemoralno koristoljublje. (Nenadović, 2007)
- Podučavanje kolege – moralna je obaveza svakog lekara. Među lekarima ne sme biti sujete i konkurencije jer to ide nauštrb ozdravljenja pacijenata. (Nenadović, 2007)
- Uljudnost – poštovanje drugih osoba u ovom slučaju pacijenata kao i kolega, uslužnost, uvažavanje, saosećajnost, pružanje pomoći bolesnim ljudima i davanje prednosti trudnicama. (Nenadović, 2007)
- Susretljivost – predstavlja prirodnost i otvorenost u međuljudskim odnosima, u zdravstvenoj delatnosti, od lekara se očekuje daje na svojoj dužnosti u ambulanti, ali i vam nje da je spreman da pomogne ljudima u svim životnim situacijama. (Nenadović, 2007)
- Komunikativnost – lekari treba da poseduju moralnu karakteristiku koja se oslikava u brzom prilagodljivosti i pronalaženju rečnika sa pacijentima, da se prilagode pacijentima i objasne im sve o njihovim bolestima i tegobama. (Nenadović, 2007)
- Privrženost zajednici – osećaj pripadnosti određenoj zajednici, solidarnost sa drugim zaposlenima, poštovanje dužnosti i obaveza zajednice, što u ovom slučaju predstavlja savesno lečenje pacijenata, čuvanje zajedničkih interesa i zajednice i pacijenta, ne davanje prednosti ličnim interesima na interesima zajednice i pacijenata. (Nenadović, 2007)
- Prihvatanje ravnopravnosti narodnosti – što se u ovom istraživanju odnosi na poštovanje svih pacijenata bez obzira na njihovu veru, boju kože. (Nenadović, 2007)

Tabela 2: Postojeće teorije moralnosti

Autor	Definicija
Lorens Kolberg	Moralno suđenje (prosuđivanje da li je neki postupak ispravan sa moralne tačke gledišta), koje je, po njemu, od centralne važnosti za moralni razvoj, prolazi kroz šest osnovnih stadijuma, i tri razvojna nivoa.
Sigmund Frojd	Moralno ponašanje pojedinca, budući da svi njegovi postupci proizilaze iz iste strukture ličnosti, biti konzistentno u različitim situacijama.
Žan Pijaže	Naglašavajući prelazak sa subjektivne na objektivnu moralnost, u skladu sa svojom opštom idejom o stadijumima, on je smatrao, i ispitivanjima dokazivao, da ličnost na preoperacionom stupnju razvoja nije u stanju da jednu situaciju procenjuje objektivno, uzimajući u obzir i druge tačke gledišta osim svoje sopstvene, usled egocentrizma. Otuda će, na ovom stupnju, često donositi pogrešne moralne sudove. Tek prevazilaženje egocentrizma stvara uslove za razvoj objektivne moralnosti.

2.1.1. MORALNI RAZVOJ

*Radeći ono što je ispravno
ne zaslužujemo nikakvu pohvalu,
to je naša dužnost.*

Aurelije Augustin

Prema knjizi Vere Smiljanić „Razvojna psihologija“ sagledavamo teorije razvoja moralnosti. U cilju što preciznijeg prikaza dat je tekst u izvornom obliku.

„Prema tradicionalnom gledištu, opšteprihvaćenom sve do kraja XIX veka u Evropi, čovek se rađao kao moralno biće, tj. moralne vrednosti (stavove i uverenja o tome šta je dobro a šta zlo, šta treba, a šta ne treba činiti i sl.), kao i ostale karakteristike ličnosti, davao je Bog, tako da su se ljudi rađali kao dobri ili zli, moralni ili nemoralni. Sigmund Frojd, psihijatar i jedan od najrevolucionarnijih mislilaca svog vremena, tvrdio je upravo suprotno: „dete se rađa amoralno (dakle, ni moralno ni nemoralno, već bez ikakvog odnosa prema moralnim normama), a njegova moralnost razvija se u toku ranog detinjstva, u neposrednoj vezi sa moralnim normama njegovih roditelja“. Razvoj moralnosti Frojd je vezivao za razvoj jedne (od tri) instance ličnosti – superega (nad-ja), koja se razvija unošenjem moralnih vrednosti roditelja, oko četvrte ili pete godine života.

Proces kojim dete unosi u sebe (usvaja) ove moralne vrednosti Frojd je nazvao identifikacija (poistovećivanje sa roditeljima, iz straha od kazne – da ne bi bilo kažnjeno ili odbačeno od strane roditelja, dete usvaja njihove moralne vrednosti i poštuje norme koje oni postavljaju, do te mere da ih doživljava kao svoje sopstvene). Kritični period za usvajanje ovih moralnih vrednosti, tj. za identifikaciju i sam razvoj moralnosti, jesu prvih nekoliko godina života. U tom periodu, zavisno od odnosa sa roditeljima, dete će usvojiti njihove moralne norme (tj. doći će do identifikacije) ili ih neće usvojiti, i razviće se u ličnost bez moralnih vrednosti.

Iz Frojdove (Freud, 1856 - 1939) teorije proizilazi da će različiti aspekti detetovog (i kasnije odraslog) moralnog ponašanja biti konzistentni (u međusobnom skladu, dosledni). Jedna serija studija, izvedena još tridesetih godina (Hartshorne i May, 1977), imala je za cilj upravo da ispita ovu pretpostavku. Hoće li se isto dete u različitim situacijama u kojima ima priliku da prekrši neku moralnu normu, nesvesno činjenice da je posmatrano (dakle, kad odgovara pred sopstvenom savešću) ponašati konzistentno (dosledno)? Ova empirijska studija pokazala je da neće. Ovakav eksperimentalni nalaz, svakako, nije u skladu sa Frojdovom pretpostavkom da će moralno ponašanje pojedinca, budući da svi njegovi postupci proizilaze iz iste strukture ličnosti, biti konzistentni u različitim situacijama. Ova studija je, takođe, pokazala da između verbalnog izražavanja moralnih vrednosti i stvarnog moralnog ponašanja dece ne postoji nikakav odnos, ili da je čak negativan (deca koja su varala i lagala, verbalno su osuđivala varanje i laganje, dakle, kršenje moralnih normi – isto, ili čak više, nego deca koja su ove norme i "na delu" poštovala). Ovi nalazi, svakako, dovode u sumnju Frojdove postavke o razvoju moralnosti. Ipak, ovo je i do danas ostala najobuhvatnija i najrazrađenija teorija u ovoj oblasti.

U okviru jednog drugačijeg pristupa Pijažeovog pristupa, nastala je jedna drugačija teorija o razvoju moralnosti. I sam Pijaže je razvio neke ideje o nastanku moralnosti, naglašavajući prelazak sa subjektivne na objektivnu moralnost, oko sedme godine (u skladu sa svojom opštom idejom o stadijumima, on je smatrao, i ispitivanjima dokazivao, da dete na preoperacionom stupnju razvoja nije u stanju da jednu situaciju procenjuje objektivno, uzimajući u obzir i druge tačke gledišta osim svoje sopstvene, usled egocentrizma. Otuda će, na ovom stupnju, često donositi pogrešne moralne sudove. Tek prevazilaženje egocentrizma stvara uslove za razvoj objektivne moralnosti.

Lorens Kolberg (1984) je, polazeći od Pijažeove ideje razvojnih stadijuma, dao razrađeniju teoriju razvoja moralnosti kod dece. Prema Kolbergu, moralno suđenje (prosuđivanje da li je neki postupak ispravan sa moralne tačke gledišta), koje je, po njemu, od centralne važnosti za moralni razvoj, prolazi kroz šest osnovnih stadijuma, i tri razvojna nivoa.

I. Predkonvencionalna moralnost

1. Orijentacija na kaznu i poslušnost

Moralni sudovi i postupci motivisani su spolja, pretnjom kazne, a karakteriše ih poslušnost da bi se izbegla kazna. Pažnja u prosuđivanju posvećuje se posledicama, a ne namerama (pa će tako postupak koji je, iz dobre namere, izazvao veliku štetu, biti procenjen kao lošiji nego onaj kojim je stvorena manja šteta, iako je namera bila zla). (Kolberg, 1984)

2. Naivni instrumentalni hedonizam

Na ovom stadijumu, dete se konformira (postupa u skladu sa moralnim normama) da bi nešto dobilo, da bi došlo do nagrade. Ova, još uvek primitivna forma moralnosti (jer dete veruje da sa sobom samim i onim što poseduje može da čini šta hoće, bez obzira na posledice koje to može imati po druge) ipak označava razvojni napredak: dete postaje svesno svojih sopstvenih interesa (budući da mu je centralna vrednost zadovoljenje sopstvenih potreba). (Kolberg, 1984)

II. Konvencionalna moralnost

3. Orijentacija na interpersonalno slaganje (orijentacija "dobar dečko-devojčica")

Na ovom stadijumu, dete se konformira da bi izbeglo neodobravanje drugih. Važno je biti "dobar". Ovde se, na doduše površan i stereotipiziran način, priznaje važnost dobrih namera i pomaganje drugima (ali samo dok ne izlazi iz okvira propisanih uloga). (Kolberg, 1984)

4. Orijentacija na autoritet ("red i zakon")

Ono što odražava poštovanje autoriteta, doživljava se kao dobro. Savest je izjednačena sa ograničenjima koja postavljaju zvanični autoriteti. Osoba se konformira da bi izbegla neodobravanje tih zvaničnih autoriteta, a ne sebi ravnih. (Kolberg, 1984)

III. Postkonvencionalna moralnost

5. Orijentacija na društveni ugovor

Ispravno ponašanje se određuje u smislu standarda oko kojih postoji slaganje u društvu. Javlja se svest o relativnosti ličnih vrednosti i pridaje se važnost usaglašavanju individualnih vrednosti u cilju opšteg dobra. Pojedinaac se konformira upravo u cilju opšteg dobra. (Kolberg, 1984)

6. Orijentacija na univerzalne etičke principe

Moralnost se definiše kao odluka na osnovu savesti. Moralni principi se usvajaju prema ličnom izboru, zasnovani pre na apstraktnim idejama (npr. "živi i pusti druge da žive") nego na konkretnim pravilima ponašanja (npr. deset božjih zapovesti ili pravila ponašanja koje propisuje neka druga religija).

Kolberg (1984) smatra da ovaj razvojni sled može varirati što se tiče tempa (može biti brži ili sporiji) ali, prema njegovim ispitivanjima, nema promene redosleda ovih stadijuma (ova ispitivanja vršena su u sredinama tako međusobno različitim kao što su: SAD, Turska, Tajvan, Meksiko).

Na osnovu toga, Kolberg (1984) smatra da moralno suđenje ima isti univerzalni razvojni put kao i mišljenje uopšte – da je, dakle, u znatnoj meri nezavisno od uticaja sredine u kojoj dete odrasta. O Kolbergovim istraživanjima i tumačenjima razvoja moralnosti videti detaljnije u tekstu Koliko ste moralni? (Hock, 2004)

2.2. KVALITET ZDRAVSTVENE USLUGE

*Bez zadovoljnog srca nema dobrog koje vrijedi,
a isto tako, za zadovoljno srce nema na svijetu zla koje bi moglo škoditi.*

Nepoznati autor

Ciljevi istraživanja koji su primenjeni u ovom radu su utvrđivanje koji od sistema vrednosti i koje od ličnih karakteristika iz upitnika Big Five i Moral foundation questionnaire utiču na stepen zadovoljstva korisnika pruženom uslugom u zdravstvenim sistemima, a rezultati istraživanja predstavljaju osnovu za planiranje aktivnosti kojima će se unapređivati kvalitet rada pa i zadovoljstvo pacijenata kao glavni izlazni rezultat. Zadovoljstvo pacijenata ne zavisi samo od karakteristika pružene zdravstvene zaštite već i od karakteristika samog pacijenta, od njegovih očekivanja i sklonosti da kritikuje i pohvaljuje. Nekada ispunjenje zdravstvenih potreba ne mora da ispunjava socijalne i emocionalne potrebe, a osim toga, zadovoljstvo korisnika može da ima i kulturnu pozadinu naroda.

Zadovoljstvo korisnika zdravstvene usluge se može definisati kao stepen u kom zdravstvena usluga za pojedinca i populaciju povećava verovatnoću željenih zdravstvenih ishoda iako je konzistentna sa trenutnim stručnim znanjem (Lohr 1990). Ovo je definicija, koja je prvobitno korišćena kao prekretnica izveštaja Instituta za medicinu koja je započeta od strane Lohr-a. Ona je i dalje u širokoj upotrebi u studijama kvaliteta zdravstvene zaštite, jer stavlja naglasak na odgovarajuće pojedinačne i populacione nivoe analiza.

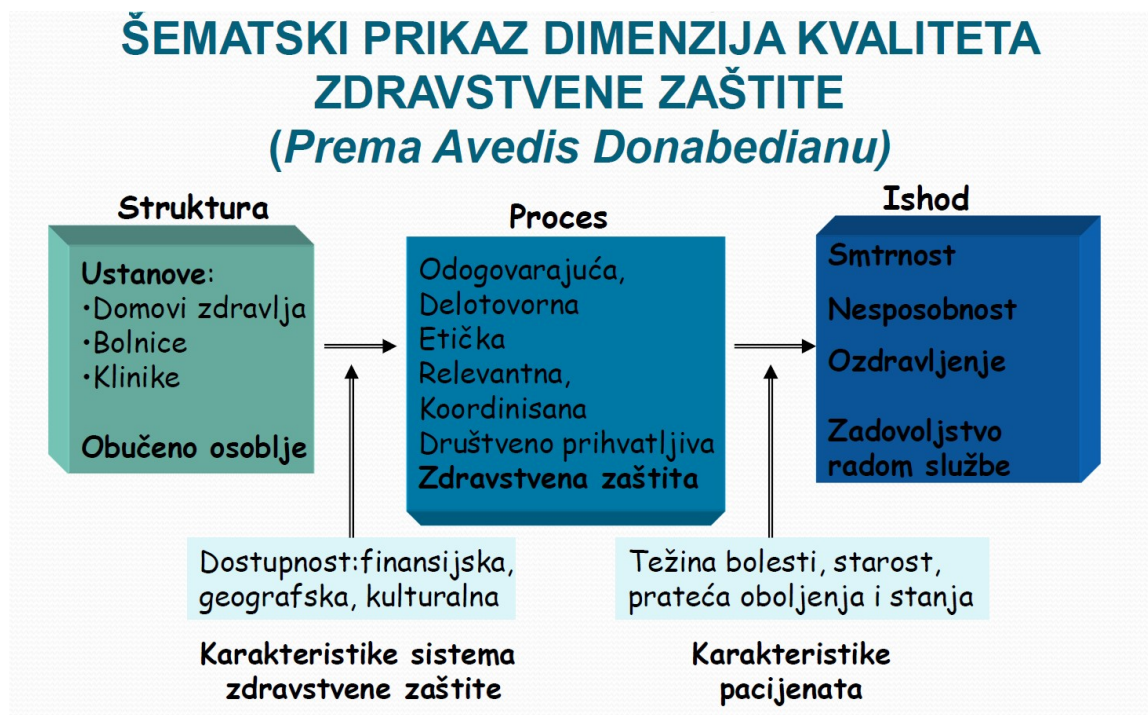
Kategorije pokazatelja zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite kao što su oprema, objekti, ljudski resursi i kvalifikacije je prvobitno razvio Avedis Donabedian (1992), a MD Lohr (1990) je proveo mnogo godina osmišljavajući i šireći ovu šemu. On je priznat kao jedna od najvažnijih ličnosti u kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti. Važno je imati na umu da je on predložio da ove promenljive nisu baš direktna mera zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga. Umesto toga, oni su tu samo da nam pomognu da zaključimo da li je kvalitet usluge dobar ili nije.

U nastavku rada prikazano je koji su to sistemi vrednosti i lične karakteristike zdravstvenih radnika primarne zdravstvene zaštite kojima su pacijenti najviše zadovoljni, a kojima najmanje.

Tabela 3: Definicije zdravstvene zaštite

Autor	Definicija
Snežana Simić	Kvalitet zdravstvene zaštite jeste stepen u kojem zdravstvene usluge za pojedince i stanovništvo povećavaju verovatnoću željenih ishoda po zdravlje i koji je konzistentan sa sadašnjim profesionalnim znanjem.
Churchill Livingstone	Zdravstvena zaštita je skup mera prevencije, lečenja i vođenja bolesti i povreda, koju sprovode lekarski, sestrinski i drugi profesionalci. Ona obuhvata sprovođenje mera za očuvanje i unapređenje zdravlja građana, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja i blagovremeno i efikasno lečenje i rehabilitaciju.
Momčilo Babić	Pod pojmom zdravstvena zaštita podrazumeva se celokupnost mera političkog, ekonomskog, pravnog, sociokulturnog, naučnog, socijalno-medicinskog i higijensko protivepidemijskog karaktera usmerenih na očuvanje i unapređenje fizičkog, psihičkog i socijalnog zdravlja svakog čoveka pojedinca i društva, radi postizanja dugovečnosti i potrebnog kvaliteta života, kao i obezbeđenje adekvatne medicinske pomoći za slučaj potrebe.

Slika 1: Prikaz dimenzija kvaliteta zdravstvene zaštite

Izvor: <http://www.batut.org.rs>

2.3. DEFINICIJA KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I BEZBEDNOSTI PACIJENATA

Na osnovu člana 45. stav 1. Zakona o Vladi (Službeni glasnik RS, br.55/05,75/05-ispravka, 101/07 i 65/08) doneta je Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata. U cilju što preciznijeg prikaza i objašnjenja dat je tekst iz Zakona u izvornom obliku.

“O tome šta podrazumevamo pod kvalitetom zdravstvenih usluga ili kvalitetom zdravstvene zaštite, danas postoje različite "škole" i svaka ima sopstvene termine i definicije. Pri tome važno je istaći, i da svaka profesija, menadžeri i drugi učesnici imaju različite poglede na kvalitet. Zadatak lidera u oblasti unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite je da obezbede jedinstveno razumevanje i saglasnost između različitih učesnika ovog procesa oko toga šta žele da postignu zajedničkim naporima. Definicija kvaliteta oko koje su se usaglasili je polazna tačka za sve. (Grant, 1988)

Jedna opšteprihvaćena definicija kvaliteta zdravstvene zaštite, koja se pokazala korisnom u razvoju i formulisanju strategija, nezavisno od raspoloživih resursa, ističe da je "kvalitetna zdravstvena zaštita ona koja omogućava organizaciju resursa na najdelotvorniji način, kako bi se zadovoljile zdravstvene potrebe korisnika za prevencijom i lečenjem, na bezbedan način, bez nepotrebnih gubitaka i na visokom nivou njihovih zahteva". (Sl. glasnik RS, br. 15/2009) Ova definicija pokazuje da je kvalitet rezultat načina na koji se koriste resursi, a ne toga koliko ih je na raspolaganju. U navedenoj definiciji prepoznata je potreba za bezbednom zdravstvenom zaštitom i poštovanjem ljudskih prava.

Takvom zdravstvenom zaštitom obuhvaćena su tri osnovna polazišta za kvalitet: korisnici, odnosno pacijenti, zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici i menadžment sveukupnim kvalitetom.

Oko definisanja bezbednosti pacijenta postoji saglasnost da je to "identifikacija, analiza i korekcija rizičnih događaja, sa ciljem da se zdravstvena zaštita učini bezbednijom i da se rizici po zdravlje pacijenta svedu na minimum". Pri tome se prepoznaje da su neželjeni događaji kumulativni rezultat brojnih uzroka, a retko su posledica individualnih propusta.

2.3.1. Principi kvaliteta zdravstvene zaštite

Stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite zasniva se na vrednostima koje su ugrađene u koncept kvaliteta rada i usvojene u svakodnevnoj praksi zdravstvenih ustanova.

- Usmerenost na korisnika-pacijenta - zaštita koja se pruža je kreirana prema specifičnim potrebama pacijenta koji je uključen u planiranje, analizu i sprovođenje svog lečenja. Ova zdravstvena zaštita je dogovorena sa pacijentom nakon što je on dobio potpune informacije o svom zdravstvenom stanju.

- *Bezbednost* - podrazumeva da se radi o stvaranju takvog sistema zdravstvene zaštite u kome je bezbednost pacijenta primarna, a potencijalna opasnost da se naudi pacijentu tokom dijagnostičkih ili terapijskih procedura svedena je na najmanju meru. U tom sistemu se umanjuje opasnost da se naudi i onima koji pružaju zdravstvenu zaštitu. Ovim su obuhvaćeni kako rizici iz prakse, tako i oni iz okruženja u kome se obezbeđuje zdravstvena zaštita.

- *Delotvornost* - pružena zdravstvena zaštita je odgovarajuća za pacijenta, a intervencija postiže željeni ishod po zdravlje.

- *Pravovremenost* - zdravstvena zaštita je pružena onda kada je prepoznata potreba za njom, odgovarajuća je i bez nepotrebnog čekanja.

- *Efikasnost* - podrazumeva da se resursi koriste na način, i u okruženju koji obezbeđuju najbolju vrednost za uloženi novac, posebno kada su u pitanju željeni ishodi po zdravlje korisnika.

- *Pravičnost* - podrazumeva da postoji jednak pristup uslugama za sve korisnike u stanju zdravstvene potrebe bez obzira na razlike po polu, etničkoj i verskoj pripadnosti, invaliditetu, socijalno-ekonomskim karakteristikama i mestu stanovanja.

Za dostizanje i realizaciju svakog principa stalnog unapređenja kvaliteta potrebno je definisanje standarda i pokazatelja za tri osnovna aspekta zdravstvene zaštite: strukture, procesa i ishoda.

Struktura podrazumeva resurse neophodne za obezbeđivanje zdravstvene zaštite, odnosno administrativne, organizacione i tehnološke mogućnosti sistema da pruži kvalitetnu zdravstvenu zaštitu i zadovolji potrebe korisnika. Ovaj aspekt zdravstvene zaštite obuhvata karakteristike davaoca zdravstvenih usluga i sistema zdravstvene zaštite (broj zdravstvenih ustanova, njihovu teritorijalnu distribuciju, dostupnost, veličinu, opremljenost, broj i strukturu zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, njihova znanja i veštine, opterećenost, motivaciju, finansiranje).

Proces zdravstvene zaštite obuhvata sve aktivnosti koje se preduzimaju od prvog kontakta korisnika sa sistemom zdravstvene zaštite do rešavanja njegovog problema ili zadovoljenja potreba. To su: sadržaj i vreme pružanja usluga, komunikacija pacijenta sa zdravstvenim radnicima i zdravstvenim saradnicima, blagovremeno informisanje, i uključivanje pacijenata u proces donošenja odluka koje se odnose na njegovo zdravlje.

Ishod predstavlja krajnji rezultat primenjenog procesa i odnosi se na poboljšanje zdravstvenog stanja pojedinaca, populacionih grupa ili celokupnog stanovništva nakon pružene zdravstvene zaštite, kao i na odgovornost zdravstvenog sistema na nemedicinska očekivanja korisnika - zadovoljstvo pruženom zdravstvenom zaštitom.

Unapređenjem strukturalnih elemenata poboljšava se kvalitet zdravstvene zaštite do određene granice. Mere procesa su kritične i najvažnije mere kvaliteta koje neposredno određuju ishod pružene zdravstvene zaštite, dok mere ishoda zavise i od faktora na koje sistem zdravstvene zaštite ne može da utiče. “

2.4. MENADŽMENT USLUGA

S obzirom da usluge predstavljaju grupu heterogenih aktivnosti, vremenom su se menjali i kriterijumi za definisanje pojma usluga u zavisnosti od ciljeva istraživanja pojedinih autora. Američko društvo za marketing (AMA) definiše usluge kao aktivnosti ili satisfakcije koje se nude na prodaju ili pružaju (ako su u pitanju usluge) u vezi sa prodajom proizvoda⁵. Sa druge strane, Kotler pod pojmom usluge podrazumeva svaku aktivnost koju jedan učesnik može ponuditi drugom, a koja je suštinski neopipljiva, i koja ne rezultira u vlasništvu.

Jednu od najboljih definicija je dao Hill (1981), prema kojoj su uslužne aktivnosti definisane kao odnosi između davaoca i primaoca usluge, dok se usluge definišu kao promene u stanju ličnosti ili stanju stvari. Uslužne aktivnosti predstavljaju akcije koje se tiču lica, stvari ili informacija, i koje zahtevaju ostvarenje razmenskog odnosa sa korisnikom usluge (Bakić, Ljubojević, Živković, 1998).

2.4.1. SISTEM USLUŽNOG MENADŽMENTA

Tradicionalni pristupi istraživanjima menadžmenta, koji potiču iz koncepata utemeljenih u proizvodnim preduzećima, već duže vreme nisu dovoljni imajući u vidu navedene specifične karakteristike usluga, kao i sve jaču konkurenciju. Sve veća konkurencija u uslužnoj ekonomiji zahteva bolje razumevanje prirode uslužne proizvodnje i potrošnje, kao i pravila za upravljanje uslužnom organizacijom u konkurentskim situacijama. U uslužnim organizacijama, tradicionalna organizaciona i upravljačka struktura ne pruža dobre mogućnosti za uspešno poslovanje i isporučivanje vrednosti potrošačima uz stvaranje zadovoljstva i lojalnosti. Stoga, uslužne aktivnosti zahtevaju i organizacionu i upravljačku strukturu orijentisanu na potrošače i usluživanje. Pri tome, svaki aspekt doživljavanja i pružanja usluga prati ponašanje ljudi, a mogućnost za predviđanje ponašanja ljudi iz okruženja je veoma mala, u odnosu na predviđanje tražnje za proizvodima (Schneider, Bowen, 1995).

Uslužni menadžment predstavlja izučavanje načina kako da marketing i operacije zajedno, uz korišćenje tehnologije i ljudi, omoguće planiranje, proizvodnju i isporuku paketa koristi za potrošača, u slučaju ovog rada pacijenata (Ljubojević, 1998).

Uspešno upravljanje ljudima koji pružaju uslugu direktno potrošačima (pacijentima) podrazumeva da menadžeri poseduju sposobnosti iz oblasti marketinga, operativnog menadžmenta i menadžmenta ljudskih resursa.

Top-menadžment mora biti informisan o tome šta se događa na prvoj liniji usluživanja jer je menadžment kompanije taj koji je pod uticajem, ali istovremeno i sam utiče na razvoj organizacione kulture. Može se reći da od toga kakav je menadžment kompanije zavisi u velikoj meri i na koji način će se razvijati uslužna organizacija u svakom pogledu.

Svaki uslužni susret je jedinstven i ne može se nikad ponoviti na potpuno isti način, za razliku od proizvoda koji su uglavnom identični.

⁵Preuzeto sa sajta www.marketingpower.com

Stoga je u uslužnom menadžmentu upravljanje procedurama prilagođeno karakteristikama usluga i prirodi uslužne konkurencije. Uslužne organizacije su osetljivije na kvalitet svog menadžmenta od druge vrste organizacija. Osnovni zahtev za razvijanje odgovarajućeg uslužnog koncepta odnosi se na razumevanje potrošača (pacijenata) određene usluge i njihove potrebe i preferencije. Mnoge institucije smatraju da su potrošački orijentisane, ali im nedostaje osnovno razumevanje očekivanja potrošača (pacijenata).

Uslužni menadžment je teži za definisanje, merenje i izvršenje nego proizvodni, za ovo Collier (1968) navodi sledeće razloge:

- svaki aspekt doživljavanja i pružanja usluge prati ponašanje ljudi;
- svaki uslužni susret je jedinstven i ne može se nikad ponoviti na potpuno isti način, dok je najveći broj proizvoda identičan;
- čist uslužni paket je kompleksniji za upravljanje u odnosu na upravljanje fizičkim proizvodom;
- mogućnost za predviđanje ponašanja ljudi iz okruženja je veoma mala, u odnosu na predviđanje tražnje za proizvodima;
- uspešno upravljanje ljudima, koji direktno pružaju uslugu potrošačima, podrazumeva postojanje menadžerske sposobnosti iz oblasti marketinga, operativnog menadžmenta i personalnog menadžmenta;
- uslužni kapacitet organizacije predstavlja zalihe, imajući u vidu nemogućnost skladištenja usluga i standardi performanse obuhvataju više kvalitativnih i humanih faktora u procesu izvršenja usluga u odnosu na proizvodnje roba.

Dobar menadžment usluga treba da bude usmeren na potrebe tržišta i da im se konstanto prilagođava. U slučaju zdravstvenih sistema, koji su i predmet ovog istraživanja, zdravstveni radnici da bi "prodali svoje usluge" treba da rade na ljubaznosti, dobroj organizaciji rada, da rade na pristupu da je "korisnik usluge" na prvom mestu, da je na tržištu veliki broj novih korisnika, koje treba pridobiti i pružiti im najbolju uslugu. Sve više se približavamo Evropskom tržištu gde se zdravstveni sistem privatizuje, tako da zdravstveni radnici u državnim sistemima treba ipak da ulažu trud da bi očuvali državni sistem.

2.5. TEORIJE MOTIVACIJE

Većina ljudi ne želi slobodu, jer sloboda znači odgovornost.

Većina ljudi se užasava od odgovornosti.

Sigmund Freud

2.5.1. MASLOVLJEVA TEORIJA

Prema Maslow-u ljude u organizacijama pokreće pet grupa potreba: fiziološke, potrebe sigurnosti, potrebe ljubavi, potrebe poštovanja i potrebe samorealizacije. (Maslow, 1943)

- Fiziološke potrebe su prirodne potrebe koje svaki pojedinac ima kao biološko biće (npr., potrebe za hranom i vodom). Ostvarivanje ovih potreba zaposleni u preduzeću ostvaruju uz pomoć naknade koju dobijaju za svoj rad.
- Potrebe sigurnosti podrazumevaju fizičku sigurnost i sigurnost radnog mesta, ali i psihološku bezbednost od različitih vrsta stresa, frustracije i napada i mobinga.
- Potrebe ljubavi ili pripadanja čoveka odnose se na njegovu želju da bude prihvaćen i voljen od strane kolektiva, kao i da se oseća punopravnim članom tog kolektiva. Ta grupa potreba proističe iz njegovog karaktera kao društvenog bića.
- Potrebe poštovanja. Čoveku nije dovoljno da bude samo prihvaćen i voljen od strane ljudi u svojoj okolini. On ima potrebu da bude poštovan i od strane drugih ljudi, ali i samog sebe (samopoštovanje). Ova potreba uključuje i potrebu za statusom i moći.
- Potreba samorealizacije. Kada zadovolji sve ostale vrste potreba, čovek ima potrebu da realizuje sve svoje sposobnosti i potencijale kojima raspolaže. Potreba samorealizacije odnosi se na čovekovu težnju da postigne uspeh u onome čime se bavi, da ostvari sposobnosti, talente i znanja koja nosi u sebi.

Slika 2: Maslovljeva hijerarhija potreba

POTREBE VIŠEG REDA		Samorealizacija Potreba za samoostvarenjem –razvijati i koristiti kreativnost u radu
POTREBE NIŽEG REDA		Poštovanje Potreba za poštovanjem, uživanjem i
Fiziološke potrebe Potrebe za biološkim održanjem		Emocionalne potrebe Potreba za ljubavlju, naklonošću, pripadanjem Potreba za sigurnošću Potreba za zaštitom i stabilnošću u svakodnevnom životu i radu

Izvor: <http://edukacija.rs/menadzment-ljudskih-resursa/maslovljeva-teorija-motivacije>

Hijerarhijska uređenost navedenih potreba znači da postoji redosled njihovog zadovoljavanja. To, praktično, znači da se potrebe "višeg" reda ne mogu zadovoljavati sve dok se ne zadovolje potrebe "nižeg" reda. Fiziološke potrebe se zadovoljavaju prve, i dok se one ne zadovolje ne može se prići zadovoljenju ostalih, viših potreba. Ako posmatramo organizaciju dolazimo do zaključka da ukoliko zaposleni primaju male zarade kojima ne mogu zadovoljiti ni svoje fiziološke potrebe, onda oni teško da mogu i pomisliti na zadovoljenje potreba pripadnosti, poštovanja ili samorealizacije u organizaciji. Kada se ove potrebe zadovolje, onda su na redu potrebe sigurnosti. Tek kada ostvare dovoljan i siguran prihod kojim zadovoljavaju fiziološke potrebe, zaposleni se mogu okrenuti socijalnim potrebama, nastojeći da budu prihvaćeni u kolektivu. (Maslow, 1943)

Zadovoljenje ovih potreba je preduslov da se zadovolje potrebe poštovanja, jer tek kada je neko integrisan u kolektiv, on može u njemu zadobiti poštovanje. Potrebe samorealizacije mogu biti zadovoljene tek ako su sve ostale potrebe prethodno zadovoljene. Tek onda se ljudi mogu potpuno okrenuti sebi i nastojati da svoje potencijale iskoriste kroz svoj posao. Ovaj način kretanja kroz hijerarhiju potreba Maslow naziva progresija kroz satisfakciju. Maslow je pretpostavio da je, u savremenim razvijenim društvima, prosečni pojedinac zadovoljio svoje fiziološke potrebe sa 85%, potrebe sigurnosti sa 79%, potrebe pripadnosti sa 50%, potrebe samopoštovanja sa 40% i potrebe samorealizacije sa 10%. No, nikakve empirijske potvrde za ove procene nepostoje.

2.5.2. TEORIJA DVA FAKTORA

*Lična sreća nije moguća izvan društva,
kao što život biljke nije moguć ako si istrgnuta iz zemlje i bačena na бесплодни pesak.*

Lav Tolstoj

Hertzbergova teorija motivacije govori da motivaciju zaposlenih regulišu dve grupe faktora: higijenski i motivacioni faktori. Doprinos ove teorije jeste u tome da nezadovoljstvo i zadovoljstvo ljudi na poslu određuju različiti faktori (Stepanov, Paspalj, Butulija 2016). Prisustvo ili odsustvo zadovoljstva određuju motivacioni faktori ili motivatori dok prisustvo ili odsustvo nezadovoljstva određuju higijenski faktori. Cilj je da umesto jedne skale sa dva stanja: zadovoljstvo i nezadovoljstvo, postoje dve skale sa četiri stanja: skala nezadovoljstva zaposlenih čiji su polovi nezadovoljstvo i odsustvo nezadovoljstva i skala zadovoljstva zaposlenih čiji su polovi: zadovoljstvo i odsustvo zadovoljstva. Po Hertzbergu (1968), ako neko ima visoku platu (higijenski faktor), to ne znači da je on zadovoljan, već samo to da nije nezadovoljan. Nasuprot tome, ako je plata mala, zaposleni će biti nezadovoljan i demotivisan. Ako posao nije izazovan (motivator), to ne znači da će radnik biti nezadovoljan, već samo to da neće biti zadovoljan. Ako posao pruža mogućnosti za učenje i razvoj zaposlenih, ako je izazovan i dinamičan, ljudi će biti zadovoljni. U higijenske faktore Hertzberg je svrstao uglavnom one koji kod Maslow-a figuriraju kao bazične i, delimično, potrebe pripadanja.

Motivatori su, za Hertzberga, oni faktori koji kod Maslowa zadovoljavaju potrebe poštovanja i samorealizacije. To znači da u higijenske faktore spadaju plata, uslovi rada, poslovna politika, organizacija preduzeća, odnosi sa šefom, dok u motivatore spadaju izazovnost posla, mogućnost učenja novih stvari, napredovanje na poslu, priznanja, što je i prikazano u tabeli 4.

Implikacija za menadžere jeste to da se preko higijenskih faktora mogu motivisati zaposleni na zalaganja samo do izvesne granice, odnosno da se isključivim oslanjanjem na ove faktore ne može iskoristiti sva kreativna energija i potencijal zaposlenih. Da bi menadžeri iskoristili sve potencijale zaposlenih, oni moraju da ih motivišu i motivatorima, koji su predstavljeni dobrom radnom organizacijom, mogućnošću napredovanja na poslu, priznanjima za postignut rad.

Drugim rečima, samo oslanjanjem na povećavanje plate, kod zaposlenih se ne može se ostvariti puna motivacija. Neophodno je da se poboljšaju i ostali motivacioni faktori. (Herzberg, 1968)

Tabela 4: Uticaj higijenskih i motivacionih faktora na zadovoljstvo zaposlenih

Faktori zadovoljstva, motivacioni	Faktori nezadovoljstva, higijenski
	Plata
Postignuće	Međuljudski odnosi sa pretpostavljenima
Priznanje	Međuljudski odnosi sa kolegama
Sam rad	Tehnička kontrola
Odgovornost	Politika i administracija preduzeća
Mogućnost napredovanja	Radni uslovi

Izvor: Tanasijević Z., Zadovoljstvo zaposlenih-izvor ili rezultat motivacije zaposlenih, 2007

Budući da je Hertzberg (1968) razdvojio faktore koji dominantno izazivaju zadovoljstvo od onih koji dominantno izazivaju nezadovoljstvo, to je moguće konstruisati matricu sa 4 tipa poslova ili radnih mesta, koji su predstavljeni na Slici 3 Pored dve vrste poslova koji su očekivani, oni koji izazivaju visoko nezadovoljstvo i nisko zadovoljstvo i oni koji izazivaju nisko nezadovoljstvo i visoko zadovoljstvo kod zaposlenih, u matrici se pojavljuju još dva tipa radnih mesta ili poslova.

Prvi tip su poslovi koji izazivaju visoko nezadovoljstvo ali i visoko zadovoljstvo zaposlenih. Higijenski faktori su loši ali su motivatori dobri tako da zaposleni ostaje da radi na takvim radnim mestima i pored niske plate i loših uslova rada jer imaju na drugoj strani mogućnost da uče, razvijaju se i napreduju ili imaju autonomiju i odgovornost. Menadžment u takvim preduzećima mora da bude svestan da zaposleni mogu jedno vreme da ulažu napore i obavljaju ovakve poslove zarad svojeg napredovanja ali da to ne može trajati unedogled. Kada uđu u određenu fazu životnog ciklusa ili pak kada ocene da su dovoljno naučili i dostigli nivo kompetencija i iskustva koje im omogućuje dobru poziciju negde drugde, zaposleni će otići iz preduzeća.

Slika 3: Delovanje faktora zadovoljstva i nezadovoljstva

		Nisko	Zadovoljstvo poslom	Visoko
Nezadovoljstvo poslom	Visoko	Zaposleni imaju malu platu, slabe pogodnosti, loše uslove rada, loše odnose sa kolegama, posao je monoton, nema mogućnosti napredovanja, nema odgovornosti u radu.		Zaposleni imaju malu platu, loše uslove rada, male pogodnosti, ali imaju autonomiju i odgovornost, mogućnost učenja, napredovanja i razvoja.
	Nisko	Zaposleni imaju dobru platu i uslove rada, dobre odnose sa kolegama, ali posao je monoton, nema mogućnosti napredovanja, nema odgovornosti.		Zaposleni je dobro plaćen, ima dobre uslove rada, dobre odnose sa kolegama, posao je izazovan sa mogućim napredovanjem, visoka autonomija i odgovornost u radu.

Izvor: Motivisanje zaposlenih u funkciji poboljšanja uspešnosti poslovanja, Univerzitet Singidunum

Na drugoj strani, ima poslova gde je nizak stepen kako nezadovoljstva tako i zadovoljstva. Zaposleni imaju relativno pristojne uslove rada i platu ali su motivatori loši i ne obezbeđuju zadovoljstvo zaposlenih. Zaposleni na takvim radnim mestima će verovatno „odrađivati“ posao, ali oni najbolji među njima, oni koji žele da uče, napreduju, razvijaju se, uvode promene, koji cene postignuće, oni će biti nezadovoljni i brzo će otići.

Hertzbergova teorija dva faktora (Hertzberg, 1968) je ostavila veliki uticaj u poslovnim i naučnim krugovima. Međutim Hertzbergova teorija je i kritikovana jer je suviše pojednostavila motivaciju zaposlenih. Plata, koja je predstavljena kao higijenski faktor ali, postavlja se pitanje da li ona može imati i ulogu motivatora onda kada znači nešto više od samog novca – odnosno kada predstavlja potvrdu i priznanje nečije vrednosti i priznanja za postignut rad i radne rezultate?

Drugi istraživači nisu, u ponovljenim pokušajima da potvrde ovu teoriju, dobijali dva odvojena faktora. Kritikovan je i uzorak, jer je Hertzberg (1968) u svojim istraživanjima koristio uglavnom ljude sa visokim obrazovanjem koji rade na radnim mestima gde su poslovi složeni i izazovni.

3. ZADOVOLJSTVO KORISNIKA ZDRAVSTVENOM USLUGOM

Unapređenje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga, kao i same zdravstvene zaštite, sastavni su deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika u državnom sistemu zdravstvene zaštite, i predstavljaju kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje najvišeg nivoa efikasnosti i efektivnosti u radu.

U deklaraciji Svetske zdravstvene organizacije (1998) ističe se da ljudi imaju pravo i obavezu da učestvuju, pojedinačno ili u grupama u planiranju i implementaciji sopstvene zdravstvene zaštite. Na taj način od pasivnog primaoca zdravstvene usluge korisnik postaje aktivni učesnik, odnosno partner u zdravstvenoj zaštiti i samim tim delom preuzima i odgovornost za sopstveno zdravlje. (Leavey, 1997)

Uvođenje pacijentovog mišljenja u odluke o organizovanju i pružanju zdravstvene zaštite vodi njenom napretku. Satisfakcija je jedna od parametara koja utiče na ishod zdravstvene zaštite i korišćenje zdravstvene usluge. Da bi se poboljšalo pružanje zaštite prediktori nezadovoljstva moraju biti identifikovani i otklonjeni. (Tong, Larrabee, 1997)

Prema Lochman-u, "faktori koji imaju najjasniji odnos sa zadovoljstvom uključuju dostupnost zdravstvene službe, organizacionu strukturu, kompetentnost lekara, komunikaciju i kontinuitet u radu, a da nisu u vezi sa plaćanjem, ličnošću lekara, sociodemografskim karakteristikama pacijenata, njihovim zdravstvenim stanjem". (Lochman, 1983) Zadovoljstvo pacijenata predstavlja složeni odnos između njegovih potreba i očekivanja od strane zdravstvene službe i iskustava sa dobijenim uslugama. (Veronda, 2001)

Jedan od elemenata unapređenja kvaliteta rada zdravstvenih ustanova je procena zadovoljstva korisnika uslugama zdravstvene službe, što je i jedn od glavnih ispitivanih instrumenata ove disertacije.

Zadovoljstvo pacijenta pruženom zdravstvenom zaštitom je osnovna komponenta u evaluaciji kvaliteta zdravstvene zaštite. (Murray, 1997) Važnost pacijentovog mišljenja i njegovog viđenja tretmana i nege u zdravstvenim ustanovama je danas prepoznata u svim razvijenim sistemima zdravstvene zaštite. (Kareem, 1996) Merenje zadovoljstva pacijenata ima značajnu funkciju u identifikovanju problema u sistemu zdravstvene delatnosti, kao i pronalaženju ključnih mesta za koje se ti problemi mogu vezati. Na taj način, uz objektivnu procenu kvaliteta, satisfakcija doprinosi ukupnoj evaluaciji funkcionisanja sistema i ispunjenja njegovih uloga. (Cucić, 1982)

Zdravstveni radnici smatraju da pacijenti nisu kompetentni da vrednuju rad zdravstvenih radnika, jer za to nemaju dovoljna stručna znanja. Međutim, većina autora se slaže da su pacijenti u stanju da pouzdano vrednuju humanu komponentu odnosa lekar-pacijent, gde dolazi do izražaja lekareva empatija prema pacijentima, veština komunikacije, sposobnost da prikuplja podatke značajne za identifikaciju problema, sposobnost pridobijanja pacijenta za saradnju.

Pacijenti su sposobni da procene prijatnost zdravstvene zaštite, odnosno osećaj ugodnosti koji proizilazi iz ambijenta sredine i međusobnih odnosa. Donabedian (1992) kaže da su *"očekivanja korisnika ona koja treba da postave standard za ono što je dostupno, prihvatljivo, ugodno i na vreme. Pacijenti su ti koji mogu reći do koje mere su ih zdravstveni radnici slušali, informisali, omogućili im da donesu odluku i tretirali ih s poštovanjem"*.

Prema Gray-u (1980) proizilazi da su sami korisnici zdravstvenih usluga više zainteresovani za način na koji se zdravstvena zaštita pruža, nego za vrstu zdravstvenih usluga koje im se pružaju.

Takođe i Mansour (1993), u svom istraživanju ukazuje na visoku povezanost ličnih osobina lekara i satisfakcije korisnika.

Istraživači Leavey (1997), Cohen (1996), McKinley (1997), naglašavaju značaj međuljudskih aspekata nege i komunikacije. Cohen kaže da *"pacijenti pridaju ogromnu važnost ohrabrivanju da postavljaju pitanja o svom zdravstvenom stanju i tretmanu, objašnjavanju izbora koji se nalaze pred njima, uključujući pravo i na drugačije mišljenje"*. Lochman (1983) Fakhoury (1996) Larson (1996), Crane (1997), ističu da je *"pacijentovo opažanje kvaliteta zaštite udruženo sa sposobnostima lekara da pacijentu prenesu informacije koje se tiču njihovog zdravlja"*.

Informisanje pacijenta je osnovni faktor kako ishoda lečenja, tako i satisfakcije pacijenata zdravstvenim uslugama. Informisanost može značajno doprineti kvalitetu i efektivnosti usluga i obezbediti kontinuitet zdravstvene zaštite. (Aizpuru, 1993) Neka istraživanja su pokazala da pacijenti pridaju veliku važnost informacijama dobijenim u pisanom obliku, čak mnogo više nego usmeno saopštenim savetima (Law ML, 1997). Dobra komunikacija sa lekarom utiče na bolesnikovo prihvatanje terapije, što se reflektuje na ishod bolesti i kvalitet rada zdravstvene službe. Jer zadovoljan pacijent je do pola izlečen pacinet. Zato treba raditi na humanosti i posvećivanju pažnje komunikaciji sa pacijentima, a isto tako raditi na zadovoljstvu i motivisanju zdravstvenih radnika, da na što bolji način pruže zdravstvenu zaštitu.

3.1. MEĐUNARODNA ISKUSTVA I PREPORUKE ZA UNAPREĐENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

*Svi razmišljaju o menjanju sveta,
a gotovo niko o menjanju sebe.*

Lav Tolstoj

Na osnovu člana 45. stav 1. Zakona o Vladi (Službeni glasnik RS, br.55/05,75/05-ispravka, 101/07 i 65/08) doneta je Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata. U cilju što preciznijeg prikaza i objašnjenja dat je tekst iz Zakona u izvornom obliku.

“Težnja da se obezbedi kvalitetno lečenje i briga o pacijentu, kao i da se postigne najpovoljniji ishod po zdravlje pacijenta stara je koliko i lekarska profesija. Međutim, organizovani naponi na proceni i unapređenju kvaliteta rada u sistemu zdravstvene zaštite novijeg su datuma. Među onima koji su dali značajan doprinos u ranoj fazi ove oblasti ističu se Florens Najtingel, koja je sredinom XIX veka analizirala i publikovala izveštaj o velikim razlikama u ishodu lečenja u vojnim bolnicama; Ernest Kodman (1869-1940) koji se zalagao za praćenje i poređenje rezultata rada bolnica i učestvovao u izradi prvog minimalnog standarda za bolnice u SAD početkom XX veka; Li i Džons (1933), koji su publikovali kapitalno delo "Osnove dobre medicinske prakse". Usledila je i zakonska regulativa, prvo u SAD, gde je 1972. godine donet zakon kojim je uređeno uspostavljanje organizacije za razvoj profesionalnih standarda i kontrolu kvaliteta u državnim institucijama. U Evropi su aktivnosti na obezbeđenju kvaliteta intenzivirane posle donošenja programa Svetske zdravstvene organizacije (SZO) "Zdravlje za sve" i formulisanja specifičnih ciljeva koji se odnose ka unapređenju kvaliteta. Od tada, aktivnosti i mehanizmi za obezbeđenje i unapređenje kvaliteta postaju sve brojniji i raznovrsniji. Danas postoji širok spektar međunarodnih organizacija koje imaju uticaj na razvoj i implementaciju regionalnih, nacionalnih i međunarodnih strategija za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite. Među najuticajnijima su Zajednički komitet za akreditaciju zdravstvenih organizacija (JCAHO) i Institut za medicinu (IOM) sa sedištem u SAD, kao i Međunarodno društvo za obezbeđenje kvaliteta zdravstvene zaštite (ISQua). U Evropi su lideri: Evropsko društvo za kvalitet zdravstvene zaštite (ESQH), Savet Evrope i Regionalna kancelarija Svetske zdravstvene organizacije za Evropu. Savet Evrope je osnovao Komitet eksperata koji je 1998. godine, kao okvir za upoređivanje aktivnosti koje se preduzimaju u različitim državama, dao predlog "Dimenzije sistema za poboljšanje kvaliteta".

Iste godine postignuta je saglasnost o saradnji na unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite, a u maju 2000. godine, Evropska unija (EU) je usvojila novu zdravstvenu politiku koja je uzela u obzir preporuke o unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite. Savet Evrope je 2006. godine usvojio osnovne preporuke o bezbednosti pacijenata kao meri kvaliteta zdravstvene zaštite. Politika bezbednosti pacijenata obuhvata sistem izveštavanja o rizicima po zdravlje pacijenata, kao i korišćenje podataka o pritužbama pacijenata i zahtevima za odštetu. Ove preporuke takođe obuhvataju i edukaciju o bezbednosti pacijenata uz stimulisanje istraživanja iz ove oblasti, kao i saradnju na nacionalnom i međunarodnom nivou.

Evropska komisija Evropske unije težište stavlja na primere dobre prakse u domenu stalnog unapređenja kvaliteta, jer oni predstavljaju najbolje dokaze o bezbednosti, efikasnosti i delotvornosti zdravstvene zaštite i efektima različitih pristupa na unapređenju kvaliteta. Dva glavna cilja inicijative Evropske komisije EU iz 2007. godine su:

- da podržavaju zemlje članice u dostizanju najvišeg stepena bezbednosti pacijenata na taj način što će obezbediti relevantna praktična i zakonska sredstva i mehanizme;*
- da građani EU imaju na raspolaganju dovoljno relevantnih informacija o bezbednosti pacijenata u zdravstvenim sistemima EU što će povećati poverenje građana u ove sisteme.*

Značajan pomak u Srbiji ostvaren je donošenjem strateških dokumenata Ministarstva zdravlja: "Zdravstvena politika, Vizija razvoja sistema zdravstvene zaštite i Strategija reforme zdravstvenog sistema do 2015. sa akcionim planom, objedinjenih u publikaciji "Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu" 2003. godine, u kojima je stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite, prepoznato kao jedan od strateških ciljeva. (Sl. glasnik RS, br. 15/2009)

Ministarstvo zdravlja je, 2004. godine, donelo "Objašnjenje za praćenje kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama". Ovim dokumentom se uvodi koncept i uređuje stalno unapređenje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova, odnosno zdravstvene zaštite, kao sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu. U skladu sa navedenim objašnjenjem, Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut" sačinio je Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o pokazateljima kvaliteta rada, listama čekanja, sticanju i obnovi znanja i veština zaposlenih i zadovoljstvu pacijenata, kao i Metodološko uputstvo za postupak zakazivanja pregleda u specijalističko konsultativnim službama zdravstvenih ustanova. Sve ove mere trebalo bi da u budućnosti dovedu do boljeg rada zdravstvenih radnika kao i unapređenja primarne zdravstvene zaštite što bi odmah dovelo i do većeg zadovoljstava pacijenata.

3.2. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U SVETLU NOVIH PROPISA

***Od čitavog imanja najvažnije je zdravlje.
Blijed obučar je vrijedniji od bolesne kraljice.***

Isaac Bickerstaff

Pravo na život je osnovno ljudsko pravo koje u članu 2. proklamuje i štiti Evropska konvencija za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda (1950). Samo zdrav čovek može da deluje i doprinosi opštem napretku. Ipak, bolest i oštećenje zdravlja su neminovne, prateće pojave života. Od sistema i organizacije zdravstvene zaštite zavisi zdravlje stanovništva u celini, a država kroz ovu vrstu zakonodavne aktivnosti iskazuje društvenu brigu o zdravstvenoj zaštiti svojih građana. U tom cilju Republika Srbija Zakonom o zdravstvenom osiguranju predviđa obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao i puteve njihovog ostvarenja. Radi unapređenja uslova za obavljanje zdravstvene delatnosti, Zakonom o komorama zdravstvenih radnika, osnivaju se komore zdravstvenih radnika kao nezavisne i profesionalne organizacije.

Predviđa se postupak posredovanja u sporovima radi vansudskog rešavanja sporova između članova komore, kao i između člana komore i pacijenta, u vezi sa obavljanjem zdravstvene delatnosti, kao i disciplinska odgovornost članova komore pred sudom časti ako član komore činjenjem ili nečinjenjem izvrši povredu profesionalne dužnosti ili ugleda člana komore.

Polazno stanovište ranijeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Sl. glasnik RS, br. 17/92, 26/92 – ispr., 50/92, 52/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 18/2002 i 101/2005 – dr. zakon – dalje: raniji Zakon), se odnosilo na sveukupnu delatnost društva u oblasti zdravstvene zaštite na primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obavezi građana da čuvaju i unapređuju svoje zdravlje i zdravlje drugih i uslove životne sredine. Novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti je zasnovan na pravu građanina Republike Srbije, kao i drugog lica koje ima prebivalište ili boravište u Republici, na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom, a tek potom i na njegovoj dužnosti da čuva i unapređuje svoje i zdravlje drugih lica, kao i uslove životne sredine.

Društvena briga za zdravlje stanovništva obuhvata mere privredne i socijalne politike u cilju zaštite, očuvanja i unapređenja zdravlja ljudi i razvoja sistema zdravstvene zaštite. Proširena je lista grupacija stanovništva koje su izložene povećanom riziku oboljevanja (oboleli od HIV-a, monasi, monahinje, lica romske nacionalnosti koja zbog tradicionalnog načina života nemaju stalno prebivalište, odnosno boravište u Republici) i njihova zdravstvena zaštita se obezbeđuje iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U ostvarivanju zdravstvene zaštite posebno su izdvojena i formulisana sledeća načela:

- pristupačnost zdravstvene zaštite;*
- pravičnost zdravstvene zaštite;*
- sveobuhvatnost zdravstvene zaštite;*
- kontinuiranost zdravstvene zaštite;*

- stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite;
- efikasnost zdravstvene zaštite.

3.3. POŠTOVANJE NAJVIŠEG STANDARDA LJUDSKIH PRAVA I VREDNOSTI

*Juče sam bio pametan.
Stoga sam želeo menjati svet.
Danas sam mudar. Stoga menjam sebe.*

Šri Činmoj

Donošenjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti težnja zakonodavca je bila da napravi moderan evropski zakon i da ugradi evropske standarde iz međunarodnih dokumenata u domaći pravni sistem, jer je ovim zakonom predviđeno da svaki građanin ima pravo da zdravstvenu zaštitu ostvaruje uz poštovanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrednosti, odnosno ima pravo na fizički i psihički integritet i na bezbednost njegove ličnosti, kao i na uvažavanje njegovih moralnih, kulturnih, religijskih i filozofskih ubeđenja. Ova zaštita se posebno odnosi na dete do 18 godina života koje ima pravo na najviši mogući standard zdravlja i zdravstvene zaštite. U ovom delu zakonodavac je išao i korak dalje od obaveze koju ima na osnovu Konvencije o pravima deteta koja predviđa da države članice priznaju pravo deteta na najviši nivo zdravstvene i medicinske zaštite i na rehabilitaciju i da nastoje da ni jednom detetu ne bude uskraćeno pravo na takvu zdravstvenu zaštitu.

Pri tom se zahteva da se države članice zalažu za potpuno ostvarivanje ovog prava sa naglaskom na razvoj primarne zdravstvene zaštite, suzbijanje bolesti i pothranjenosti, obezbeđenje odgovarajuće zaštite majke pre i posle rođenja deteta, razvoj preventivne zdravstvene zaštite i drugo.

3.3.1. Prava pacijenata

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti utvrđena je čitava lepeza pacijentovih prava i to:

- pravo na dostupnost zdravstvene zaštite;
- pravo na informacije;
- pravo na obaveštenje;
- pravo na slobodan izbor;
- pravo na privatnost i poverljivost informacija;
- pravo na samoodlučivanje i pristanak;

- pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju;
- pravo na tajnost podataka;
- pravo pacijenata nad kojim se vrši medicinski ogled;
- pravo na prigovor;
- pravo na naknadu štete.

3.3.2. Pravo na dostupnost zdravstvene zaštite

Svakako je značajno pravo koje garantuje dostupnost zdravstvene zaštite svakom pacijentu u skladu sa zdravstvenim stanjem a u granicama materijalnih mogućnosti sistema zdravstvene zaštite, kao i isključivanje diskriminacije kod ostvarenja toga prava u odnosu na finansijske mogućnosti, mesto stanovanja, vrstu oboljenja ili vreme pristupa zdravstvenoj službi.

3.3.3. Pravo na informacije i pravo na obaveštenje

Pravo na informacije i pravo na obaveštenje su u neposrednoj vezi sa pravom samoodređenja u odnosu na sopstveno telo. Ono je izvedeno iz ustavne garancije neprikosnovenosti čovekove – ljudske ličnosti. Ovo pravo je usko povezano sa pravom na samoodlučivanje i pristanak. Bez urednog obaveštenja pacijenta o stanju njegovog zdravlja, bolesti i predstojećoj intervenciji, kao i njenim posledicama, punovažnog pristanka nema.

Obaveštenje o dijagnozi i prognozi bolesti, o ciljevima i koristima predložene medicinske mere, dužini trajanja i posledicama, mogućim rizicima, alternativnim metodama lečenja, mogućim posledicama, dejstvu lekova i sporednim posledicama, nadležni zdravstveni radnik dužan je da da bez pacijentovog traženja.

Sadržina i obim obaveštenja zavise od objektivnih kriterijuma i očiglednih očekivanja pacijenta. Potrebna medicinska intervencija i fizičko i psihičko stanje zdravlja pacijenta, u svakom konkretnom slučaju, određuju potrebni oblik obaveštenja.

Pacijent se može i odreći prava na obaveštavanje, ali nikako uopšteno – generalno. On mora znati za potrebu i vrstu medicinske intervencije i postojanje mogućih rizika. Naročito onda kada je rizik operacije – intervencije veći od onog koji se može predvideti.

Kada postoji medicinska kontraindikacija, obaveštenje može da izostane. To je slučaj osetljivih pacijenata koji zbog brige za svoje zdravlje mogu odbiti operaciju koja je hitna i neophodna. To ne znači potpuni izostanak obaveštenja, već samo davanje obaveštenja u znatno manjoj meri.

Pacijent u besvesnom stanju i poslovno nesposobni pacijent ne mogu biti obavešteni o riziku predstojeće medicinske intervencije – operacije, pa ukoliko je operacija hitno potrebna radi spašavanja života, obaveštenje može i izostati. Sud će u svakom konkretnom slučaju, pouzdano da utvrdi da li su bili ispunjeni uslovi za umanjeње ili izostanak potrebnog obaveštavanja.

Mera potrebnog obaveštavanja o rizicima operacije je pravno, a ne faktičko pitanje. Ona se zato ceni prema okolnostima svakog pojedinog slučaja.

Nedovoljni stepen obaveštenja predstavlja protivpravnu radnju u građansko-pravnom smislu i povlači imovinsku odgovornost – odgovornost za naknadu štete.

Obaveštenje može biti dato usmeno u razgovoru sa lekarom ili pismeno na posebno pripremljenom formularu koji pacijent potpisuje, bitno je da je dato na pouzdan i potpun način i da njime pacijent nije doveden u zabludu u pogledu prirode bolesti, predstojećeg zahvata, rizika i posledica. Ako zahvat nije hitan, obaveštenje treba da bude dato nekoliko dana ranije uz ostavljanje dovoljno vremena da pacijent donese valjanu odluku.

3.3.4. Pravo na samoodlučivanje i pristanak

Pristanak je punovažan ako ga je dao pacijent koji je sposoban da se saglasi sa medicinskom intervencijom. Ta sposobnost se kod nas poklapa sa poslovnom sposobnošću, mada u svetu nije uvek takav slučaj. Nju nemaju maloletnici i lica lišena poslovne sposobnosti. Njihov pristanak nije punovažan. U njihovo ime saglasnost – pristanak mogu dati roditelji, usvojitelj ili staratelj.

Novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti posebno predviđa, da je nadležni zdravstveni radnik koji smatra da zakonski zastupnik pacijenta ne postupa u najboljem interesu deteta ili lica lišenog poslovne sposobnosti, dužan da o tome odmah obavesti organ starateljstva.

To je standard “najboljeg interesa deteta” prihvaćen iz Konvencije o pravima deteta. Dete koje je navršilo 15 godina života i koje je sposobno za rasuđivanje može samo dati pristanak na predloženu medicinsku meru, a poslovno nesposoban pacijent treba i sam da bude uključen u donošenje odluke o pristanku na predloženu medicinsku meru, u skladu sa njegovom zrelošću i sposobnošću za rasuđivanje. Ova rešenja prihvatio je i novi Porodični zakon (Sl. glasnik RS, br. 18/2005) u delu koji se odnosi na poslovnu sposobnost.

Roditelji, po vladajućem shvatanju u teoriji, ne mogu uskratiti pristanak na operaciju iz nerazumnih i religioznih razloga, ako je život deteta ugrožen. U SAD pristanak roditelja zamenjuje sudska naredba, uvek kada postoji opasnost po život deteta ili kada propuštanje lečenja može imati trajne i teške posledice po zdravlje deteta. Pristanak mora biti dat dobrovoljno, a nikako ne sme biti iznuđen ili zasnovan na prevari. Takav pristanak ne bi bio punovažan. Međutim, ako je pacijent bio u zabludi za koju lekar ne odgovara, jer nije svojim ponašanjem doveo pacijenta u zabludu, pristanak je punovažan.

Pristanak se može opozvati sve dok intervencija ne počne, a i tada ako bi izostale štetne posledice. Pacijentov pristanak kome nije prethodilo potrebno obaveštenje nema pravnu važnost, a lekar koji zahvat obavi, pa makar i propisno, snosi rizik njegovog neuspeha i štetnih posledica.

O komplikacijama u lečenju koje nastupe, kao i o učinjenim greškama u medicinskom tretmanu, lekar ima obavezu da obavesti pacijenta, odnosno njegovog zakonskog zastupnika u cilju njihovog pristanka na određene medicinske mere koje treba preduzeti kako bi se dalja šteta otklonila, predupredila ili umanjila. Suprotno ponašanje predstavlja lekarsku grešku koja povlači za sobom imovinsko-pravnu odgovornost.

3.3.5. Pravo na privatnost i poverljivost informacija

Zaštita privatnosti pacijenta je od ogromnog značaja za uspeh lečenja i poštovanje ličnosti svakog čoveka. Zbog obelodanjivanja poverljivih podataka o ličnosti i zdravstvenim problemima određenih lica, često dolazi do sporova, pa ova odredba ima za cilj da pojašni nadležnom zdravstvenom radniku dokle se kreću njegova ovlašćenja, a gde nastaje kršenje prava. Pravo na poverljivost ličnih informacija koje je pacijent saopštio zdravstvenom radniku, kao i na one koje se odnose na njegovo stanje zdravlja i potencijalne dijagnostičke i terapijske procedure, kao i pravo na zaštitu privatnosti tokom sprovođenja dijagnostičkih ispitivanja, posete specijalisti i medicinsko-hirurškog lečenja u celini, garantovani su ovim zakonom pa je zabranjeno nadležnom zdravstvenom radniku da ih saopšti drugim licima.

Pravo na privatnost podrazumeva da pregledu pacijenta i preduzimanju medicinskih mera nad njim smeju prisustvovati samo zdravstveni radnici, odnosno zdravstveni saradnici, a uz saglasnost pacijenta i druga lica.

3.3.6. Pravo na tajnost podataka

U neposrednoj vezi sa pravom na privatnost i poverljivost informacija jeste i pravo na tajnost podataka jer podaci iz medicinske dokumentacije spadaju u lične podatke o pacijentu i predstavljaju službenu tajnu koju su dužni da čuvaju svi zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici kao i druga lica zaposlena u zdravstvenim ustanovama, privatnoj praksi, organizaciji zdravstvenog osiguranja kod koje je pacijent zdravstveno osiguran, a kojima su ti podaci dostupni i potrebni radi ostvarivanja zakonom utvrđenih nadležnosti.

3.3.7. Pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju

Uredno vođenje medicinske dokumentacije i pravo pacijenta na uvid u medicinsku dokumentaciju višestruko su značajni (u prvom redu radi što boljeg praćenja toka bolesti i lečenja a potom i u slučaju dokazivanja eventualne lekarske greške ili dokazivanja da je medicinski postupak propisno obavljen). Za pacijenta koji je novorođenče ili maloletno lice, pravo uvida u medicinsku dokumentaciju imaju roditelji, staratelj odnosno zakonski zastupnik, a članovi porodice pacijenta izuzetno imaju pravo uvida u medicinsku dokumentaciju svog člana porodice ako su ti podaci od značaja za njihovo lečenje.

3.3.8. Pravo na prigovor i zaštitnik pacijentovih prava

Zdravstvene ustanove su dužne da organizuju rad zaštitnika pacijentovih prava, odnosno lica zaposlenog u zdravstvenoj ustanovi koje obavlja poslove zaštite pacijentovih prava. Zaštitnika pacijentovih prava određuje direktor zdravstvene ustanove. On je samostalan u svom radu i direktor ne može uticati na njegov rad i odlučivanje. Pacijent kome je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu ili nije zadovoljan pruženom zaštitom podnosi prigovor zaštitniku pacijentovih prava usmeno na zapisnik ili pismeno, o prigovoru se odlučuje najdalje za pet dana od dana podnošenja prigovora uz mogućnost obraćanja zdravstvenoj inspekciji ili nadležnom organu zdravstvenog osiguranja.

3.3.9. Pravo na naknadu štete

Važna novina u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti je mogućnosti naknade štete zbog stručne greške zdravstvenog radnika. Naime, pacijent koji zbog stručne greške zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika, u ostvarivanju zdravstvene zaštite pretrpi štetu na svom telu ili se stručnom greškom prouzrokuje pogoršanje njegovog zdravstvenog stanja ima pravo na naknadu štete prema opštim pravilima o odgovornosti za štetu. Pravo na naknadu štete ne može se unapred isključiti ili ograničiti.

Iako postupak i način ostvarenja prava na naknadu štete ne reguliše Zakon o zdravstvenoj zaštiti, već upućuje na opšta pravila o odgovornosti za štetu u smislu odredaba Zakona o obligacionim odnosima (Sl. list SFRJ, br. 29/78, 39/85, 45/89 – odluka USJ i 57/89, Sl. list SRJ, br. 31/93 i “Sl. list SCG”, br. 1/2003 – Ustavna povelja) ipak je ovo značajan korak u smislu ostvarenja prava pacijenta kome je šteta prouzrokovana. Još značajnija novina je formulisanje stručne lekarske greške.

Pod stručnom greškom, u smislu ovog zakona podrazumeva se nesavesno lečenje odnosno zanemarivanje profesionalnih dužnosti u pružanju zdravstvene zaštite, odnosno nepridržavanje ili nepoznavanje utvrđenih pravila i profesionalnih veština u pružanju zdravstvene zaštite, koje dovode do narušavanja, pogoršanja, povrede, gubitka ili oštećenja zdravlja ili delova tela pacijenta.

3.4. DUŽNOST PACIJENATA

U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (2017) posebno su normirane dužnosti pacijenata, jer su korelat pravima dužnosti. Pacijenti treba da znaju da ih pored prava, očekuju i određene dužnosti. Pacijenti su dužni da se pridržavaju opštih akata zdravstvene ustanove o uslovima boravka i ponašanja u njoj, da potpišu pismenu izjavu u slučaju da zahtevaju da se prekine lečenje i pored upozorenja doktora medicine ili stomatologije na moguće posledice zbog takve odluke, a ako odbiju da daju pismenu izjavu o tome će se sačiniti službena beleška koja se čuva u medicinskoj dokumentaciji.

Pacijent je dužan da pri ostvarivanju zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi i privatnoj praksi:

- aktivno učestvuje pri zaštiti, očuvanju i unapređenju svoga zdravlja,*
- u potpunosti informiše nadležnog zdravstvenog radnika o istinitim podacima o svom zdravstvenom stanju i*
- pridržava se uputstva i preduzima mere propisane terapije od strane nadležnog zdravstvenog radnika.⁶*

⁶ Izvor: Strategije stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata, Službeni glasnik RS, br. 55/05, 75/05-ispavka, 101/07 и 65/08

IV EMPIRIJSKI DEO

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA I PRIKUPLJANJA PODATAKA

Ako tvoj ogled zahteva statistiku, trebao si napraviti bolji ogled.

Ernest Raderford (Bailey 1967)

Nakon definisanja konceptualnog modela istraživanja sprovedene su istraživačke metode. Izbor odgovarajućih istraživačkih metoda uzima u obzir činjenicu da istraživački metod utiče na način prikupljanja podataka, postupak obrade i analize podataka i stil opisa dobijenih rezultata.

4.1. MERNI INSTRUMENTI

U istraživanju je korišćen kvantitativni istraživački dizajn. Kvantitativna istraživanja polaze od teoretskih pretpostavki, preko izvedenih hipoteza, dolaze do podataka odnosno istraživanje služi za proveru postavljene teorije ili hipoteze. Istraživanje je sprovedeno anketiranjem, kao metodom istraživanja, primenom upitnika. Korišćena su tri standardizovana instrumenta, odabrana u skladu sa ciljevima istraživanja, dobijena na osnovu teoretskih i empirijskih podloga prikazanih u poglavlju II (Delić, 2013),:

- Upitnik Big Five upitnik (Caprara, Barbaranelli i Borgogni, 1993., 2005.),
- Upitnik Moral foundations questionnaire – MFQ upitnikom (Jesse Graham, Jonathan Haidt, and Brian Nosek, 2008),
- Upitnik Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga (AD Hoc upitnik).

Svaki od odabranih instrumenata posebno je opisan u nastavku ovog odeljka. Tri instrumenta su prikazana u tri upitnika. Pored tri instrumenata, upitnicima su obuhvaćene demografske i organizacione varijable: pol i starost ispitanika, pozicija ispitanika u organizaciji idr.

Upitnik Big Five upitnik (Caprara, Barbaranelli i Borgogni, 1993., 2005.), sastoji se od 25 tvrdnji, na koje se odgovara u Likertovu⁷ formatu u rasponu od 1 do 7, gde zaposleni zdravstveni radnici odgovorima opisuju sebe kao ličnost.

Vrednosti davaoca zdravstvenih usluga definisana je Moral foundations questionnaire – MFQ upitnikom, koji je konstruisao Jonathan Haidt.

⁷ Likertova intervalna skala predstavlja psihometrijsku skalu najčešće korišćenu u anketama i istraživanjima. Skala nosi naziv po svom osnivaču Rensis Likertu. Iako je Likertova skala u suštini ordinalna (članovi uzorka svrstavaju se u niz koji raste ili opada po zastupljenosti posmatranog svojstva, tj. osobine), u literaturi obično se tretira kao intervalna (članovi uzorka svrstavaju se u niz koji opada ili raste po merenom svojstvu, pri čemu su rastojanja između članova poznata) (Nunnally & Bernstein, 1994).

Upitnik se sastoji od 32 pitanja. Na prvih 16 pitanja zdravstveni radnici su davali odgovore u Likertovom formatu u rasponu od 1 (nije nimalo važno) do 5 (izuzetno je važno), a na drugih 16 pitanja zdravstveni radnici su davali odgovore takođe u Likertovom formatu u rasponu od 1 (potpuna nesaglasnost) do 5 (potpuna saglasnost).

Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga je definisana AD Hoc upitnikom, koji je konstruisan samo za potrebe ovog istraživanja. Sastoji se od 25 pitanja, odgovori su davani u Likertovom formatu u rasponu od 1 (potpuna nesaglasnost) do 5 (potpuna saglasnost).

Izgled konačne verzije upitnika za ispitivanje stavova zaposlenih dat je u prilogu ove istraživačke studije.

4.1.1. PREVOĐENJE I ADAPTACIJA UPITNIKA

Na samom početku studije bilo je neophodno da se odabrani instrumenti prerade. Pristupilo se procesu prevođenja i kulturološke adaptacije upitnika Big Five i Moral foundations Questionnaire. Prvi korak bio je prevođenje „unapred“. Dva prevodioca, čiji je maternji jezik srpski i koji su upoznati sa konceptom istraživanja, su nezavisno jedan od drugog preveli upitnik sa engleskog na srpski jezik. Nakon upoređivanja obe verzije kreirana je objedinjena verzija preвода upitnika. U drugom koraku, „prevod unazad“, vršeno je prevođenje upitnik sa srpskog jezika nazad na izvorni, engleski jezik. Ovaj korak sprovela su dva nezavisna prevodioca koji nisu upoznati sa konceptom istraživanja. Nakon toga, izvršeno je poređenje svih prevedenih verzija i izvršene su potrebne korekcije u upitniku. Poštovanjem navedenih principa postiglo se približno isto značenja pitanja originalne i prevedene verzije upitnika.

Na kraju, da bi se sprovela validacija sadržaja (procena uklapanja svakog pitanja u koncept upitnika) i formirala konačna verzija upitnika, sadržaj upitnika proveren je od strane univerzitetskog profesora koji imaju dugogodišnje iskustvo u oblasti psihologije i menadžmenta, kao i načelnicima službi Doma zdravlja „Novi Sad“, Doma zdravlja „Kula“ i Doma zdravlja „dr Đorđe Lazić“, gde je samo istraživanje sprovedno. Tokom validacije sadržaja razmatrana je preciznost i jasnoća pitanja, i da li pitanja navode na pogrešan odgovor.

Primenom standarda za prevođenje omogućena je upotreba upitnika na srpskom jeziku u daljim istraživanjima, kao i poređenje i analiza rezultata u odnosu na slična istraživanja.

4.2. UZORAK I PROCEDURA PRIKUPLJANJA PODATAKA

Konačna verzija upitnika je distribuirana na heterogenom uzorku kojim su obuhvaćeni zaposleni zdravstveni radnici pomenutih Domova zdravlja koji su predstavljali davaoce zdravstvenih usluga, kao i pacijenti, odnosno korisnici zdravstvenih usluga, koji se leče u pomenutim Domovima zdravlja. Što se veličine uzorka tiče, prvenstveno je trebalo ispoštovati iskustvene preporuke o potrebnoj veličini uzorka za primenu odgovarajućih statističkih i psihometrijskih metoda. Za izračunavanje veličine uzorka (broja ispitanika) korišćen je kriterijum za sprovođenje faktorske analize, odnosno minimum pet do deset puta veći broj ispitanika u odnosu na broj pitanja u upitniku ($5-10[\text{broj ispitanika}]:1[\text{broj stavki}]$) (Bentler i Chou, 1987).

Istraživački instrument je distribuiran načelnicima službi kod kojih je istraživanje sprovedeno, nakon toga su načelnici na kolegijumu dali svojim radnicima upitnike, kao i upitnike koji će zaposleni zdravstveni radnici deliti svojim pacijentima. Upitnici su anonimni, radi dobijanja što merodavnijih odgovora.

Podaci su prikupljeni u periodu od oktobra 2014. godine do marta 2016. godine. Distribuirano je ukupno 1000 upitnika. Od ukupnog broja distribuiranih upitnika, 758 popunjenih upitnika je vraćeno, što je činilo stopu odziva⁸ (*engl. Response rate*) od oko 70%. Za statističku analizu korišćeni su podaci 693 ispravno popunjena upitnika, što zadovoljava minimalne zahteve o veličini uzorka u skladu sa prethodno navedenim kriterijumom (Bentler i Chou, 1987), a rezultati dobijeni iz upitnika su prikazani u nastavku.

⁸Stopa odgovora (stopa završavanja ili povratka) u anketnom istraživanju odnosi se na broj ljudi koji su odgovorili na anketu podeljen sa brojem ljudi u uzorku. Obično se izražava u procentima.

V DESKRIPTIVNA STATISTIKA

5. UPITNIK BIG FIVE

Big Five upitnik jedan je od upitnika za ispitivanje ličnosti, koji su razvili Italijanski autori Caprara, Barbaranelli i Borgogni (1993., 2005.). Preveden u nizu evropskih zemalja i danas se uspešno koristi. Model Velikih pet je hijerarhijski model crta ličnosti, nastao na osnovu leksičkih istraživanja ličnih atributa, koji pretpostavlja da se bazična struktura ličnosti može opisati pomoću sledećih pet crta: (1) Ekstraverzija ili Surgencija (pričljivost, asertivnost, energetičnost), (2) Saradljivost (dobra narav, kooperativnost, poverenje u druge), (3) Savesnost (urednost, odgovornost, oslanjanje na druge), (4) Emocionalna stabilnost nasuprot Neuroticizmu (smirenost, bez lakog uznemiravanja) i (5) Intelekt ili Otvorenost (intelektualna radoznalost, sklonost imaginaciji, otvorenost uma) (Digman, 1989; Digman, 1990; Goldberg, 1990). Upitnik BFI sastoji se od 44 stavke koje čine kratke rečenice, izuzetno lake za razumevanje. Skale domena pokazale su visoku pouzdanost kao i krosjezičku stabilnost (Benet-Martínez i John, 1998), jasnu faktorsku strukturu (Soto, John, Gosling, i Potter, 2008), jaku konvergenciju sa drugim, dužim upitnicima za merenje crta ličnosti po modelu Velikih pet (Soto i John, 2009). Iako upitnik BFI nije preterano dug, usled potrebe za izuzetno kratkim upitnicima, istraživači su tragali i za kraćom verzijom ovog upitnika. (Cronbach Alpha = 0.857 za ovo istraživanje);

Rammstedt i John (2007) pošli su od postojeće i proverene verzije upitnika BFI, koji sadrži 44 stavke pitajući se da li je moguće predstaviti svaki od pet faktora pomoću samo dva ajtema.

Upitnik se sastoji od 50 tvrdnji na koje se odgovara u Likertovu formatu od sedam jedinica, raspoređenih u lestvicama, tako da se daju odgovori na pitanja na sedmostepenoj skali.

Tabela 5: Pol ispitanika i mesto u kom žive

		Mesto		Total
		Grad	Prigradsko naselje	
Pol?	Muški	19 43.2%	25 56.8%	44 100.0%
	Ženski	220 77.2%	65 22.8%	285 100.0%
Total		239 72.6%	90 27.4%	329 100.0%

Istraživanjem je ukupno obuhvaćeno 329 ispitanika, od kojih je 44 pripadnika muškog pola i 285 pripadnica ženskog pola, tako da je odnos muških i ženskih ispitanika 13.4% naspram 86.6% respektivno. Podaci o zastupljenosti polova ispitanika prikazani su u tabeli 5.

U prikazanoj tabeli 5 takođe je data analiza i o broju ispitanika koji žive u gradu, a koji u prigradskom naselju i dobijeni su rezultati da je od 329 ispitanika 239 ispitanika živi u gradu, dok 90 u prigradskom naselju, što bi procentualno iznosilo 72.6% naspram 27.4% respektivno.

Grafik 4: Pol ispitanika i mesto u kom žive

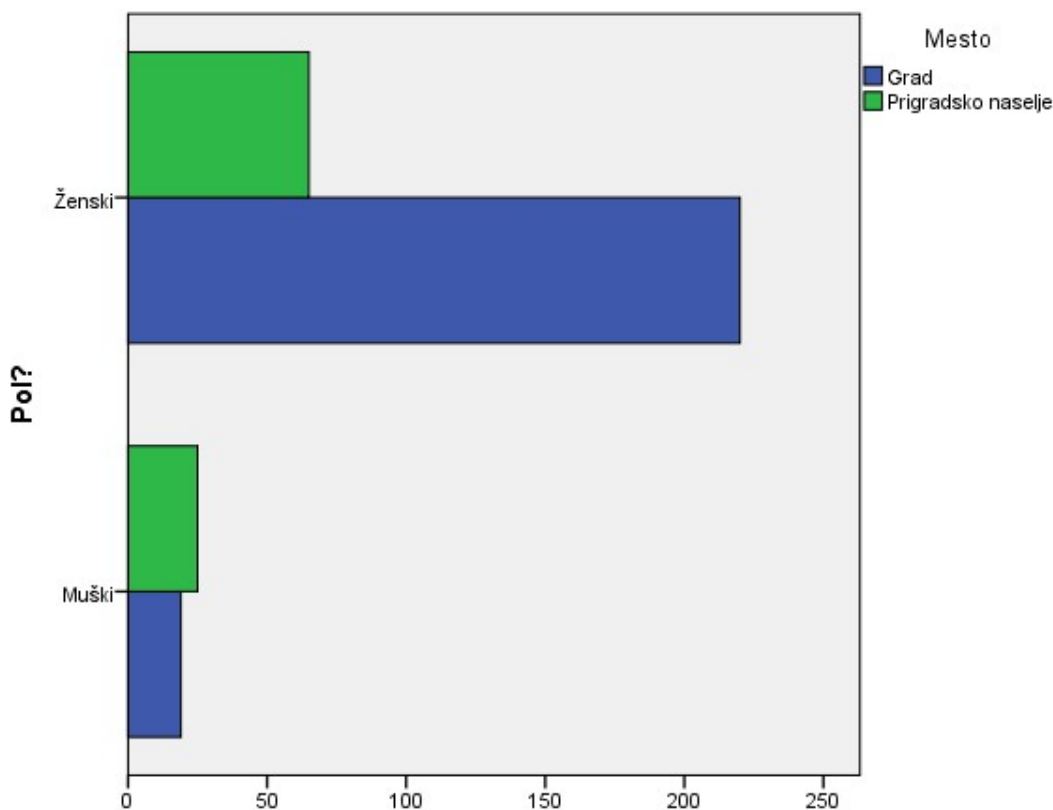


Tabela 6: Pozicija na kojoj su zaposleni ispitanici

		Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?		Total
		Lekar	Medicinska sestra	
Pol?	Muški	34 77.3%	10 22.7%	44 100.0%
	Ženski	120 42.1%	165 57.9%	285 100.0%
Total		154 46.8%	175 53.2%	329 100.0%

Ispitanici su davali informacije o poziciji na kojoj su bili zaposleni u trenutku sprovođenja istraživanja. U tabeli 6 prikazane su frekvencije ispitanika u odnosu na pitanje da li su zaposleni kao lekari ili medicinske sestre odnosno tehničari. Od ukupnog broja ispitanika, nešto veći broj ispitanika (53.2%) je zaposlen na poziciji medicinske sestre odnosno tehničara, dok je nešto manji broj (46.8%) bio zaposlen na mestu lekara u trenutku sprovođenja istraživanja.

Grafik 5: Poziciju na kojoj su zaposleni ispitanici

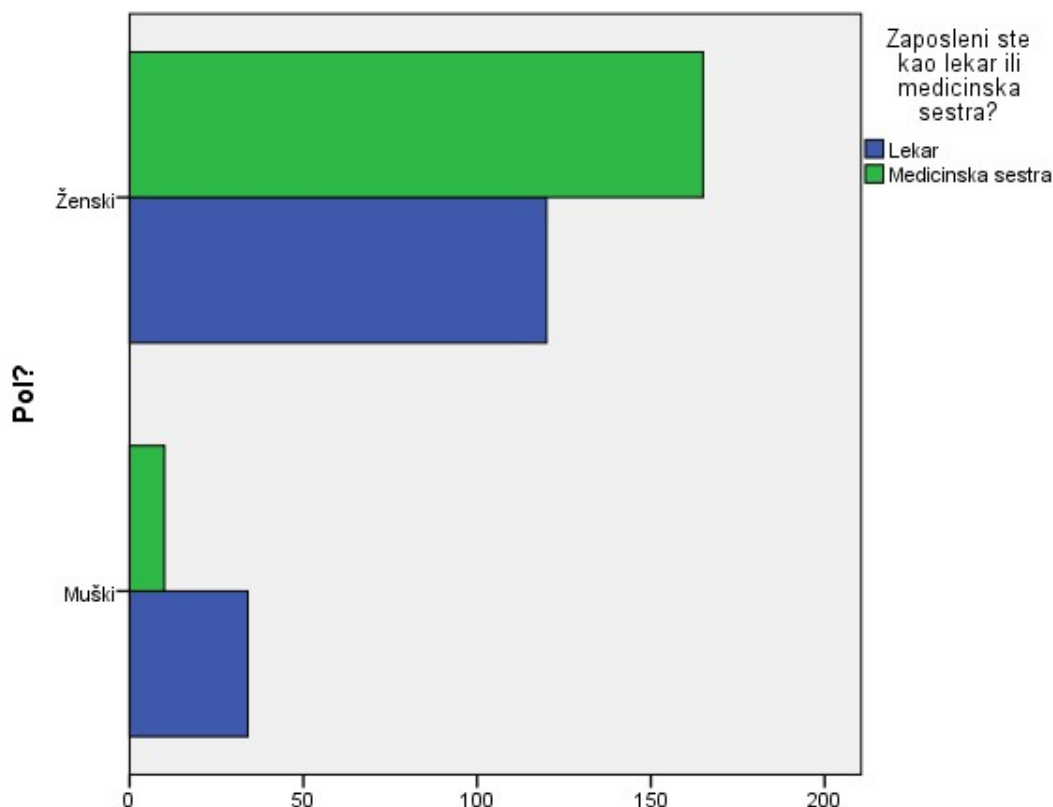


Tabela 7: Broj primljenih pacijenata ispitanika na mesečnom nivou

Pol?		Broj primljenih pacijenata u toku meseca?					Total
		manje od 500 pacijenata	od 501 do 650 pacijenata	od 651 do 800 pacijenata	od 801 do 1000 pacijenata	preko 1000 pacijenata	
Pol?	Muški	4	7	12	15	6	44
		9.1%	15.9%	27.3%	34.1%	13.6%	100.0%
Pol?	Ženski	18	19	73	118	57	285
		6.3%	6.7%	25.6%	41.4%	20.0%	100.0%
Total		22	26	85	133	63	329
		6.7%	7.9%	25.8%	40.4%	19.1%	100.0%

Zdravstveni radnici su davali informacije o broji primljenih i pregledanih pacijenata u toku meseca, prikazano u tabeli 7, na osnovu kojih su doneti sledeći zaključci. Najviše zdravstvenih radnika, odnosno timova lekar medicinska sestra, odnosno tehničar, pregleda na mesečnom nivou od 801 do 1.000 pacijanata (40.4%), zatim sledi kategorija od 651 do 800 pacijanata (25.8%), preko 1.000 pacijenata (19.1%), od 501 do 650 pacijanata (7.9%), i najmanji broj timova pregleda manje od 500 pacijenata (6.7%) na mesečnom nivou.

Grafik 6: Broj primljenih pacijenata ispitanika na mesečnom nivou

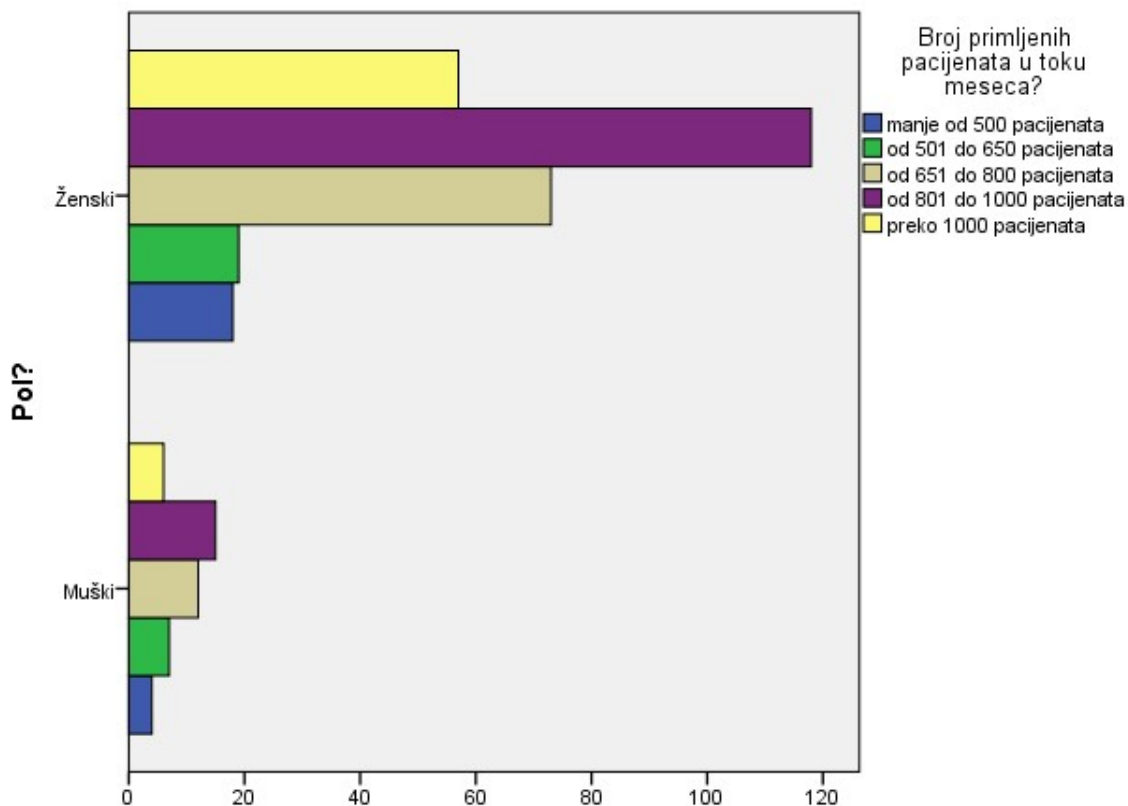


Tabela 8: Lične karakteristike ispitanika u odnosu na pol

		Ekstroverzija	Otvorenost	Razumevanje	Sistematicnost	Afektivnost
Muški	Pol?					
	Mean	5.10	5.17	4.77	5.67	3.87
Ženski	N	44	44	44	44	44
	Mean	5.07	5.04	4.64	5.66	3.97
Total	N	285	285	285	285	285
	Mean	5.07	5.06	4.66	5.66	3.96
		N	329	329	329	329

Kada se posmatraju lične karakteristike davaoca zdravstvenih usluga, dolazi se do saznanja da muškarci pokazuju da su najviše sistematični u svom poslu (5.76), a u isto vreme su i najmanje afektivni u svom ophođenju prema primaocima zdravstvenih usluga (3.87).

Kod ženskih zdravstvenih radnika je ista situacija. Žene zdravstveni radnici takođe pokazuju najviši stepen sistematicnosti prema primaocima zdravstvenih usluga u svom poslu (5.66), dok se takođe pokazalo da poseduju najmanji stepen afektivnosti od ličnih karakteristika (3.97).

Tabela 9: Lične karakteristike ispitanika u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni

Ekstroverzija Otvorenost Razumevanje Sistematičnost Afektivnost * Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?						
Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?		Ekstroverzija	Otvorenost	Razumevanje	Sistematičnost	Afektivnost
Lekar	Mean	5.02	5.05	4.67	5.66	3.96
	N	154	154	154	154	154
Medicinska sestra	Mean	5.11	5.07	4.66	5.66	3.96
	N	175	175	175	175	175
Total	Mean	5.07	5.06	4.66	5.66	3.96
	N	329	329	329	329	329

Kada se posmatraju lične karakteristike koje su zastupljene kod zdravstvenih radnika, prikazano u tabeli 9, u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni, dolazi se do saznanja, da lekari poseduju najviši stepen sistematičnosti u odnosu na ostale četiri lične karakteristike (5.66), a isti slučaj je i sa zaposlenima koji rade kao medicinske setre, odnosno tehničari. Dok je dimenzija afektivnosti najmanje zastupljena i kod lekara i kod medicinskih sestara, odnosno tehničara (3.96).

Tabela 10: Lične karakteristike ispitanika u odnosu na broj primljenih pacijenata u toku meseca

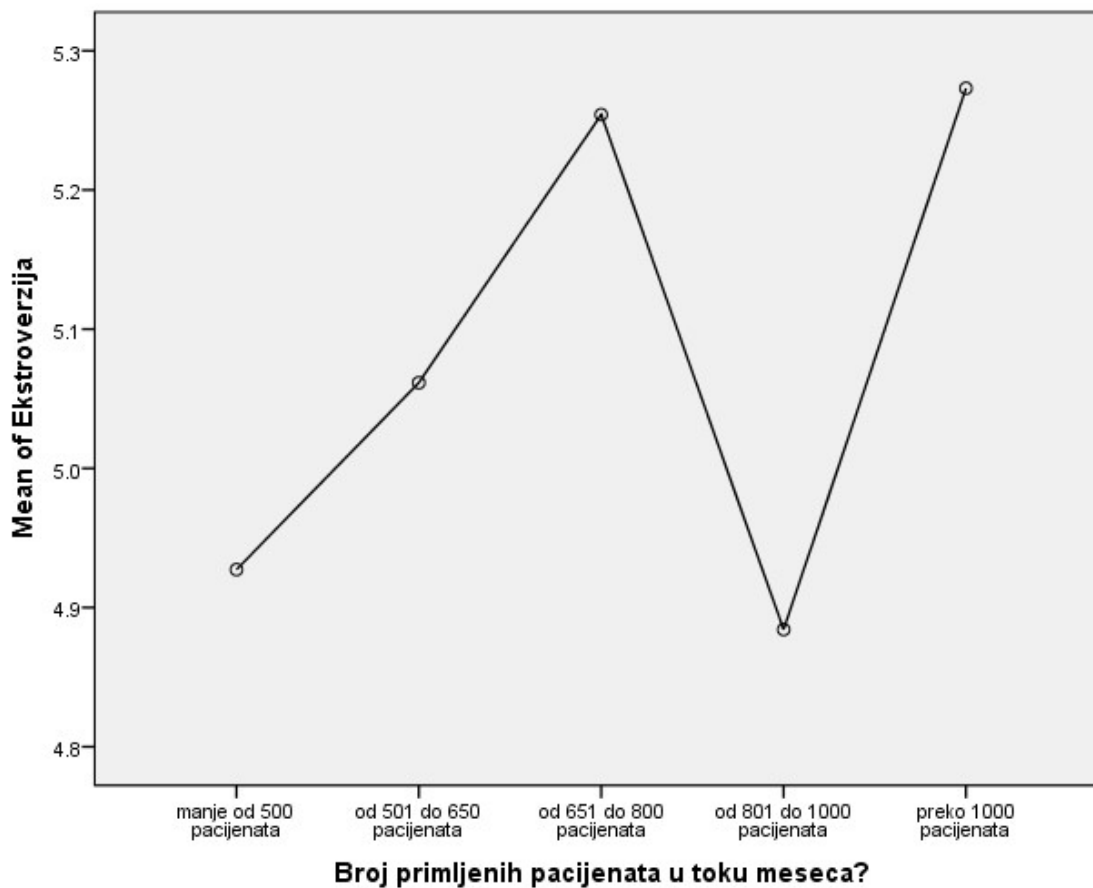
Ekstroverzija Otvorenost Razumevanje Sistematičnost Afektivnost * Broj primljenih pacijenata u toku meseca?						
Broj primljenih pacijenata u toku meseca?		Ekstroverzija	Otvorenost	Razumevanje	Sistematičnost	Afektivnost
manje od 500 pacijenata	Mean	4.93	5.05	4.76	5.68	3.94
	N	22	22	22	22	22
od 501 do 650 pacijenata	Mean	5.06	5.05	4.69	5.79	3.72
	N	26	26	26	26	26
od 651 do 800 pacijenata	Mean	5.25	5.18	4.72	5.76	4.07
	N	85	85	85	85	85
od 801 do 1000 pacijenata	Mean	4.88	4.95	4.53	5.54	3.95
	N	133	133	133	133	133
preko 1000 pacijenata	Mean	5.27	5.12	4.81	5.74	3.94
	N	63	63	63	63	63
Total	Mean	5.07	5.06	4.66	5.66	3.96
	N	329	329	329	329	329

Kada se posmatraju lične karakteristike u odnosu na mesečni broj primljenih pacijenata, dolazi se do saznanja da nema značajne razlike u broju primljenih pacijenata u toku meseca u odnosu na lične karakteristike davaoca zdravstvenih usluga. Timovi lekar medicinska sestra, odnosno tehničar poseduju najvišu crtu sistematičnosti u svom odnosu sa pacijentima, a najmanju crtu afektivnosti u odnosu prema primaocima zdravstvenih usluga. A takođe se iz priložene tabele 10 vidi da su najsystematičniji timovi koji pregledaju između 501- 650 pacijenata mesečno, dok timovi koji pregledaju između 501- 650 pacijenata na mesečnom nivou imaju crtu afektivnosti.

Tabela 11: Analiza varijanse ANOVA ličnih karakteristika ispitanikau odnosu na broj pregledanih pacijenata u toku meseca

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ekstroverzija	Between Groups	10.518	4	2.630	2.351	.054
	Within Groups	362.337	324	1.118		
	Total	372.856	328			
Otvorenost	Between Groups	2.948	4	.737	.643	.632
	Within Groups	371.275	324	1.146		
	Total	374.223	328			
Razumevanje	Between Groups	4.048	4	1.012	1.111	.351
	Within Groups	295.072	324	.911		
	Total	299.120	328			
Sistematicnost	Between Groups	3.611	4	.903	.726	.574
	Within Groups	402.659	324	1.243		
	Total	406.270	328			
Afektivnost	Between Groups	2.610	4	.652	.671	.613
	Within Groups	315.171	324	.973		
	Total	317.781	328			

U prikazanoj tabeli 11 za zadati uzorak ispitanika prema dobijenim rezultatima vidi se da je empirijska signifikantnost za sve faktore veća od 5%, osim za dimenziju ekstroverzije. Može se zaključiti da varijabla promenljivog faktora nije statistički značajna za ispitane faktore, odnosno, da lične karakteristike kao što su otvorenost, razumevanje, sistematičnost i afektivnost davaoca zdravstvenih usluga nema uticaja na broj primljenih pacijenata u toku meseca. Dok se karakteristika ekstroverzije sa stepenom signifikantnosti 0.054 pokazala kao statistički značajna, odnosno da ekstrovertnost zdravstvenih radnika ima uticaja na broj primljenih pacijenata u toku meseca. Zdravstveni radnici koji su ekstrovertniji imaju veći broj primljenih pacijenata u toku meseca.

Grafik 7: Dimenzija ekstroverzije u odnosu na broj primljenih pacijenata tokom meseca

Iz priloženog grafičkog prikaza Grafik 7 se vidi da visok stepen ekstrovertnosti poseduju zdravstveni radnici koji pregledaju od 651-800 pacijenata na mesečnom nivou, zatim ona drastično opada kada je broj pregledanih pacijenata u rasponu od 801-1000, i zatim ponovo raste i doseže najviši stepen ekstrovertnosti sa brojem preko 1.000 pacijenta na mesečnom nivou. Dolazi se do zaključka da ekstrovertni radnici imaju veći broj primljenih pacijenata.

5.1. UPITNIK MFQ (MORAL FOUNDATIONS QUESTIONNAIRE)

Moral foundations questionnaire upitnikom⁹MFQ-32, (Graham, 2009), se utvrđuje na čemu se bazira naš moralni sud, odnosno u kojoj meri i na kojoj od pet moralnih osnova, pri čemu se razlikuju: Briga (eng. *Care/Harm*), Pravičnost (*Fairness/Cheating*), Autoritet (*Authority/Subversion*), te Pripadnost grupi (*Ingroup*) i Čistota (*Purity*) – od 2012. godine imenovane kao Lojalnost (*Loyalty/Betrayal*), i Svetost (*Sanctity/Degradation*; (Graham, 2012). Ispitanici iskazuju svoj stepen slaganja sa 32 tvrdnje u upitniku na šestostepenoj skali, koja se kreće od 0 („nije uopšte važno“) do 5 (“izuzetno je važno“). Primeri ajtema su: “U donošenju odluke o moralnoj ispravnosti nečega za mene je (procena važnosti ispitanika) da li je neko emocionalno patio ili nije”, i “Sosećanje sa onima koji pate je najvažnija vrlina”.

Skor na dve tvrdnje („Da li je neko dobar u matematici ili nije?“ i „Bolje je činiti dobre nego loše stvari.“), koje su autori instrumenta uneli kako bi podstakli ispitanike da koriste ceo opseg stepena slaganja, ne uzima se u obzir pri obradi. (Cronbach Alpha = 0.893 za ovo istraživanje).

Upitnik, koji je ranije preveden na srpski jezik, da bi potom prošao i povratni prevod na engleski, pokazao je zadovoljavajuću internu konzistentnost na domaćem uzorku, budući da je alfa koeficijent 0.87 (Mitrić-Aćimović i Nikolašević, 2014).

Tabela 12: Sistem vrednosti ispitanikau odnosu na polnu strukturu

Pol	Report					
		Empatičnost	Pravičnost	Lojalnost	Odnos prema autoritetu	Čistota
Muški	Mean	29.27	28.77	27.70	27.59	28.50
	N	44	44	44	44	44
Ženski	Mean	29.31	28.85	28.28	28.21	28.60
	N	285	285	285	285	285
Total	Mean	29.31	28.84	28.21	28.13	28.58
	N	329	329	329	329	329

Kada se sagleda zastupljenost sistema vrednosti davaoca usluga u zdravstvenim sistemima prikazanih u Tabeli 12, dolazi se do saznanja da nevezano za pol zdravstveni radnici pokazuju najviše empatičnosti prema pacijentima (29.27 muškarci i 29.31 žene), dok zdravstveni radnici pokazuju najmanji stepen autoriteta prema pacijentima (27.59 muškarci i 28.21 žene).

⁹Upitnik Sistema vrednosti zdravstvenih radnika

Tabela 13: Analiza varijanse ANOVA sistema vrednosti davaoca zdravstvenih usluga u odnosu na pol

		ANOVA Table				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Empaticnost * Pol	Between Groups (Combined)	.060	1	.060	.279	.598
	Within Groups	69.934	327	.214		
	Total	69.994	328			
Pravicnost * Pol	Between Groups (Combined)	.202	1	.202	.193	.661
	Within Groups	342.934	327	1.049		
	Total	343.137	328			
Lojalnost * Pol	Between Groups (Combined)	12.807	1	12.807	2.625	.106
	Within Groups	1595.138	327	4.878		
	Total	1607.945	328			
Odnos prema autoritetu * Pol	Between Groups (Combined)	14.800	1	14.800	3.145	.077
	Within Groups	1538.580	327	4.705		
	Total	1553.380	328			
Cistota * Pol	Between Groups (Combined)	.355	1	.355	.139	.709
	Within Groups	833.596	327	2.549		
	Total	833.951	328			

Sumiranjem rezultata iz Tabele 13 može se zaključiti da varijansa promenljivog faktora nije statistički značajna za većinu faktora. Ne postoji razlika u sistemu vrednosti zdravstvenih radnika u odnosu na polnu strukturu. Međutim kao što se može videti u tabeli 13 za faktor odnosa prema autoritetu stepen signifikantnosti je 0.077, što znači da je za ovaj faktor varijansa promenljivog faktora statistički značajna u odnosu na ostale faktore, koje karakterišu sistem vrednosti zdravstvenih radnika, iz čega proizilazi da postoji razlika u stepenu autoritativnosti zdravstvenih radnika po polu.

Tabela 14: Sistem vrednosti ispitanika u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni

		Report				
Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?		Empaticnost	Pravicnost	Lojalnost	Odnos prema autoritetu	Cistota
Lekar	Mean	29.32	28.77	28.16	28.13	28.58
	N	154	154	154	154	154
Medicinska sestra	Mean	29.29	28.89	28.25	28.13	28.58
	N	175	175	175	175	175
Total	Mean	29.31	28.84	28.21	28.13	28.58
	N	329	329	329	329	329

Skoro nepromenjena situacija je i kada se sagleda sistem vrednosti davaoca zdravstvenih usluga u zdravstvenim sistemima prikazanih u Tabeli 14 u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni, dolazi se do saznanja da nevezano za poziciju na kojoj rade zdravstveni radnici pokazuju najviše empatičnosti prema pacijentima (29.32 lekari i 29.29 medicinske sestre), i najnižu crtu autoritativnosti, bez obzira da li je ispitanik zaposlen na poziciji lekara ili medicinske setre (28.13 lekari i 28.13 medicinske sestre).

Tabela 15: Analiza varijanse ANOVA sistema vrednosti davaoca zdravstvenih usluga u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni

		ANOVA Table				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Empaticnost * Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?	Between Groups (Combined)	.091	1	.091	.424	.516
	Within Groups	69.903	327	.214		
	Total	69.994	328			
Pravicnost * Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?	Between Groups (Combined)	1.154	1	1.154	1.104	.294
	Within Groups	341.983	327	1.046		
	Total	343.137	328			
Lojalnost * Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?	Between Groups (Combined)	.748	1	.748	.152	.697
	Within Groups	1607.197	327	4.915		
	Total	1607.945	328			
Odnos prema autoritetu * Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?	Between Groups (Combined)	.000	1	.000	.000	.995
	Within Groups	1553.380	327	4.750		
	Total	1553.380	328			
Cistota * Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra?	Between Groups (Combined)	.000	1	.000	.000	.993
	Within Groups	833.951	327	2.550		
	Total	833.951	328			

Sumiranjem rezultata prikazanih u tabeli 15 može se zaključiti da varijansa promenljivog faktora nije statistički značajna za faktore. Vidi da je signifikantnost za sve faktore veća od 5%, što znači da za sve faktore sistema vrednosti varijansa promenljivog faktora nije statistički značajna, bez obzira na to da li je zdravstveni radnik zaposlen kao lekar ili medicinska sestra, odnosno tehničar. Nema razlike u sistemima vrednosti zdravstvenih radnika po poziciji na kojoj su zaposleni.

Tabela 16: Sistem vrednosti ispitanika u odnosu na broj primljenih pacijenata u toku meseca

		Report				
Broj primljenih pacijenata u toku meseca?		Empaticnost	Pravicnost	Lojalnost	Odnos prema autoritetu	Cistota
manje od 500 pacijenata	Mean	29.23	29.23	28.36	28.05	29.09
	N	22	22	22	22	22
od 501 do 650 pacijenata	Mean	29.31	28.73	28.38	28.19	28.88
	N	26	26	26	26	26
od 651 do 800 pacijenata	Mean	29.36	28.79	27.78	27.81	28.25
	N	85	85	85	85	85
od 801 do 1000 pacijenata	Mean	29.32	28.82	28.35	28.23	28.65
	N	133	133	133	133	133
preko 1000 pacijenata	Mean	29.24	28.84	28.37	28.37	28.59
	N	63	63	63	63	63
Total	Mean	29.31	28.84	28.21	28.13	28.58
	N	329	329	329	329	329

U tabeli 16 se vidi da davaoci zdravstvenih usluga u zdravstvenim sistemima pokazuju najviši stepen empatičnosti (29.36) prema svojim pacijentima i to bez obzira na njihov mesečni broj, dok je najmanja vrednost da se prema tim istim pacijentima odnose sa velikom dozom autoriteta, takođe nezvezano mesečni broj primljenih pacijenata (28.05).

Tabela 17: Analiza varijanse ANOVA sistema vrednosti davaoca zdravstvenih usluga u odnosu na broj primljenih pacijenata u toku meseca

		ANOVA Table				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Empaticnost * Broj primljenih pacijenata u toku meseca?	Between Groups (Combined)	.732	4	.183	.856	.490
	Within Groups	69.262	324	.214		
	Total	69.994	328			
Pravicnost * Broj primljenih pacijenata u toku meseca?	Between Groups (Combined)	3.888	4	.972	.928	.448
	Within Groups	339.249	324	1.047		
	Total	343.137	328			
Lojalnost * Broj primljenih pacijenata u toku meseca?	Between Groups (Combined)	21.254	4	5.314	1.085	.364
	Within Groups	1586.691	324	4.897		
	Total	1607.945	328			
Odnos prema autoritetu * Broj primljenih pacijenata u toku meseca?	Between Groups (Combined)	13.562	4	3.391	.713	.583
	Within Groups	1539.817	324	4.753		
	Total	1553.380	328			
Cistota * Broj primljenih pacijenata u toku meseca?	Between Groups (Combined)	18.308	4	4.577	1.818	.125
	Within Groups	815.644	324	2.517		
	Total	833.951	328			

Sumiranjem rezultata prikazanih u tabeli 17 može se zaključiti da varijansa promenljivog faktora nije statistički značajna za faktore sistema vrednosti zdravstvenih radnika. Ne postoji razlika u broju primljenih pacijenata na mesečnom nivou po sistemu vrednosti kojim su okarakterisani davaoci zdravstvenih usluga, jer se vidi da je signifikantnost za sve faktore veća od 5%, što znači da za sve faktore sistema vrednosti varijansa promenljivog faktora nije statistički značajna.

5.2. UPITNIK ZADOVOLJSTVO KORISNIKA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Promenljiva prikazana kao zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga je definisana AD hoc upitnikom, koji je konstruisan samo za potrebe ovog istraživanja. Sastoji se od 25 pitanja, od kojih se 6 odnosi na demografske osobine ispitanika, odnosno opšta pitanja kog su pola, starosti, zanimanja. Ostalih 19 pitanja se odnose na zadovoljstvo zdravstvenom uslugom, gde su ispitanici davali odgovore na Likertovoj skali. Upitnik je anoniman, radi dobijanja što merodavnijih odgovora, (Cronbach Alpha = 0.752 za ovo istraživanje).

Tabela 18: Polna struktura ispitanika po gradovima

		Pol?		Total
		Muškarci	Žene	
Grad	Novi Sad	65	96	161
		40.4%	59.6%	100.0%
	Sombor	44	69	113
		38.9%	61.1%	100.0%
	Kula	45	45	90
		50.0%	50.0%	100.0%
Total		154	210	364
		42.3%	57.7%	100.0%

Istraživanjem je ukupno obuhvaćeno 364 ispitanika, od kojih je 154 pripadnika muškog pola i 210 pripadnica ženskog pola, tako da je odnos muških i ženskih ispitanika (42.3%) naspram (57.7%) respektivno. Podaci o zastupljenosti polova ispitanika prikazani su u tabeli 17.

Grafik 8: Polna struktura ispitanika po gradovima

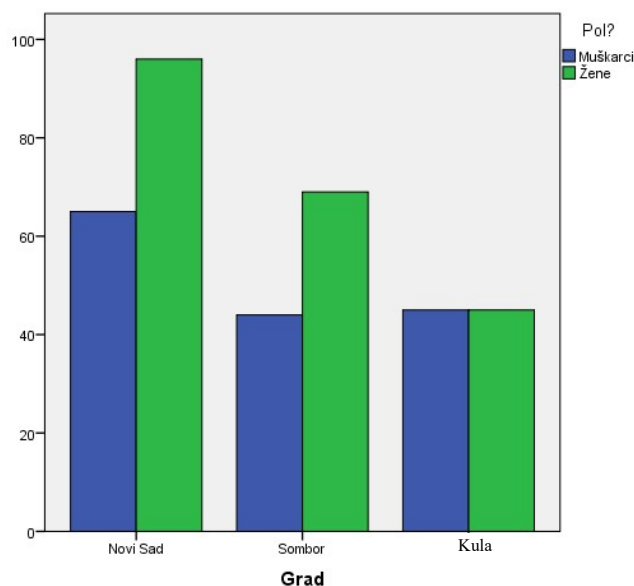


Tabela 19: Godine starosti ispitanikau odnosu na grad u kome žive

		Godine starosti?					Total
		Od 20 - 30	Od 31 - 40	Od 41 - 50	Od 51 - 60	Preko 60	
		godina	godina	godina	godina	godina	
Novi Sad		34	37	34	26	30	161
		21.1%	23.0%	21.1%	16.1%	18.6%	100.0%
Grad Sombor		9	18	9	47	30	113
		8.0%	15.9%	8.0%	41.6%	26.5%	100.0%
Kula		7	11	3	36	33	90
		7.8%	12.2%	3.3%	40.0%	36.7%	100.0%
Total		50	66	46	109	93	364
		13.7%	18.1%	12.6%	29.9%	25.5%	100.0%

Rezultati prikazani u tabeli 19 su pokazali da je najveći broj pacijenata u Novom Sadu starosti između 31-40 godina (23.0%), a najmanji broj pacijenata u Novom Sadu čine pacijenti starosne dobi između 51-60 godina (16.1%), najveći broj pacijenata u Somboru je starosti između 51-60 godina (41.6%), a najmanji broj pacijenata u Somboru čine pacijenti starosne dobi između 41-50 i studenti između 20-30 godina (8.0%), dok je najveći broj pacijenata u Kuli starosti između 51-60 godina (40.0%), a najmanji broj pacijenata u Kuli čine pacijenti starosne dobi između 20-30 godina (7.8%).

A generalno gledano, ne uzimajući razvrstavanje pacijenata po gradovima, najveći broj pacijenata čine pacijenti starosne dobi između 51-60 godine (29.9%) i preko 60 godina (25.5%), dok najmanji broj pacijenata čine pacijenti starosne dobi između 41-50 godina (12.6%) i od 20-30 godina (13.7%).

Grafik 9: Godine starosti ispitanika u odnosu na grad u kome žive

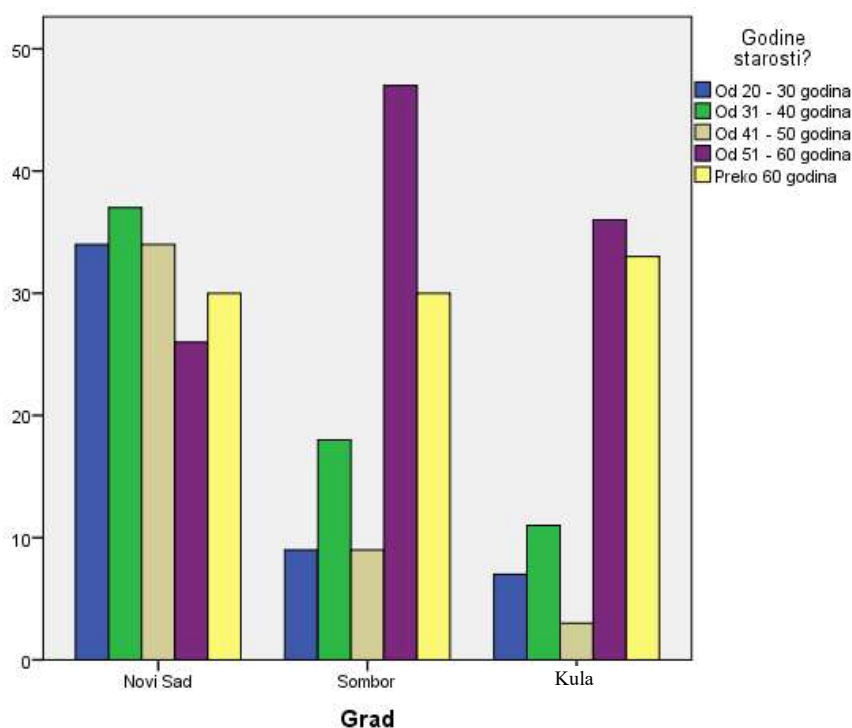


Tabela 20: Zanimanje ispitanika u odnosu na grad u kom žive

		Zanimanje?				Total
		Student	Radnik	Penzioner	Nezaposlen/a	
Novi Sad		10	121	22	8	161
		6.2%	75.2%	13.7%	5.0%	100.0%
Grad Sombor		5	67	39	2	113
		4.4%	59.3%	34.5%	1.8%	100.0%
Kula		1	27	51	11	90
		1.1%	30.0%	56.7%	12.2%	100.0%
Total		16	215	112	21	364
		4.4%	59.1%	30.8%	5.8%	100.0%

Sumirajući rezultate prikazane u tabeli 20, najveći broj pacijenata u Domovima zdravlja čine radno sposobno stanovništvo (59.1%), dok najmanji broj pacijenata čine najmlađa populacija, odnosno studenti (4.4%). Što je skroz razumljivo, jer radno sposobno stanovništvo ne retko posećuje lekara opšte prakse ili izabranog lekara medicine rada, radi otvaranja bolovanja, preventivnih pregleda i drugo, dok studenti kao najmlađa predstavljaju i najzdraviju populaciju, koja nema puno zdravstvenih problema.

Grafik 10: Zanimanje ispitanika u odnosu na grad u kom žive

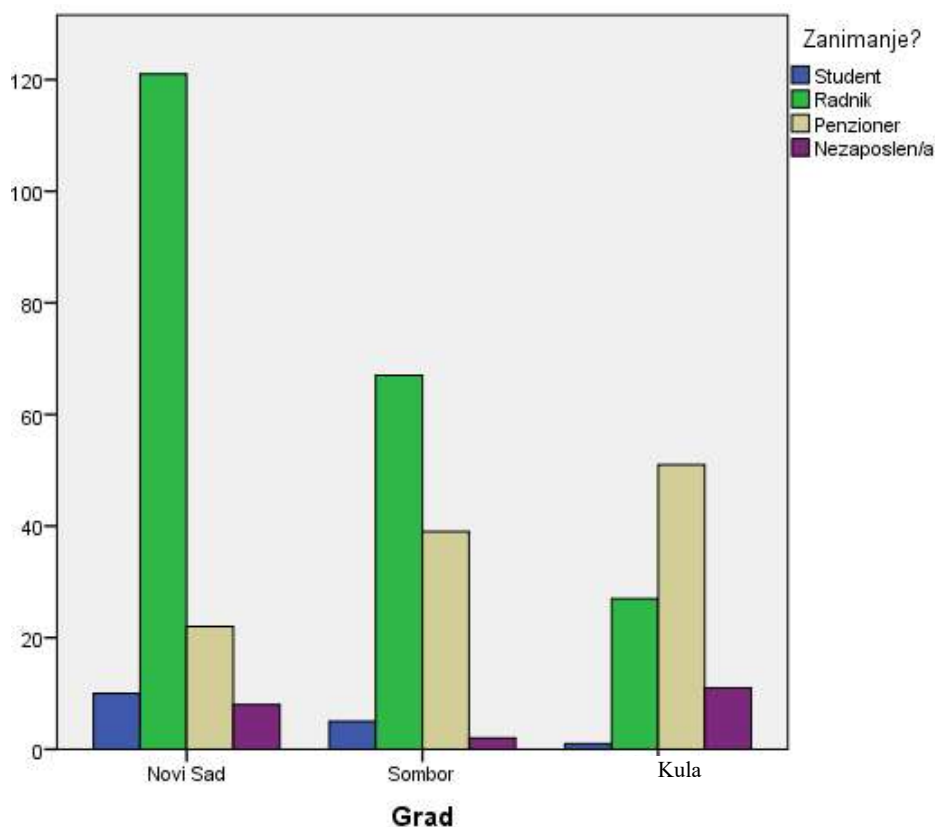


Tabela 21: Mesto stanovanja ispitanika u odnosu na Domove zdravlja u kojima se leče

		Mesto stanovanja?			Total
		Selo	Grad	Prigradsko naselje	
Novi Sad		4	136	21	161
		2.5%	84.5%	13.0%	100.0%
Grad Sombor		24	54	35	113
		21.2%	47.8%	31.0%	100.0%
Kula		30	23	37	90
		33.3%	25.6%	41.1%	100.0%
Total		58	213	93	364
		15.9%	58.5%	25.5%	100.0%

Sumarno gledajući tabelu 21 najveća frekvencija pacijenata je u gradskim objektima Domovima zdravlja (58.5%), dok je najmanja frekvencija pacijenata u seoskim objektima Domovima zdravlja gde iznosi znatno manje (15.9%). Nema razlike u tome da li je Novosadski, Somborski ili Dom zdravlja u Kuli, frekvencija je najveća u gradskim Domovima zdravlja.

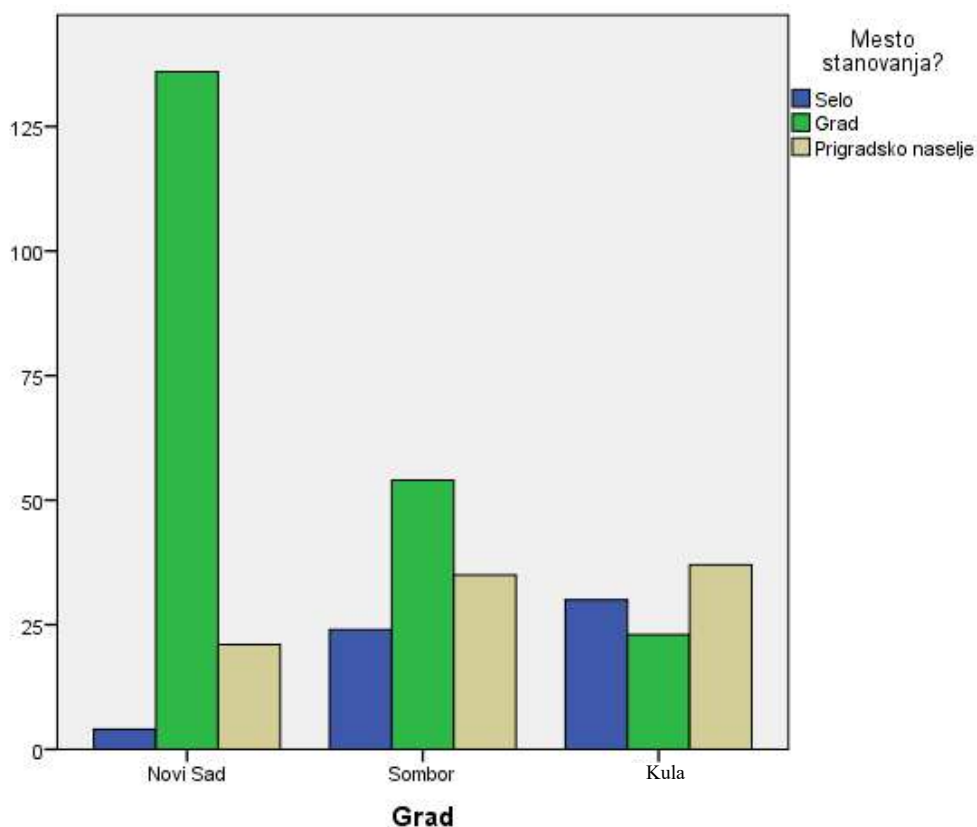
Grafik 11: Mesto stanovanja ispitanika u odnosu na Domove zdravlja u kojima se leče

Tabela 22: Srednje vrednosti faktora zadovoljstva kvalitetom zdravstvene usluge

	N	Mean
Volim kada je lekar dobro organizovan	364	4.64
Volim kada je lekar spontan	364	4.50
Volim kada je lekar susretljiv i otvoren	364	4.41
Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta	364	4.31
Više volim kada je lekar privržen nego distanciran	364	4.16
Lekar me pažljivo sluša prilikom pregleda	364	3.95
Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoc	364	3.93
Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta	364	3.90
U lekarskoj profesiji ima koristljublja	364	3.84
Zadovoljan sam cuvanjem licnih podataka	364	3.68
Vas lekar se trudi da bi zadobio Vase poverenje	364	3.63
Kod lekara osecam empaticnost i razumevanje zbog bolesti	364	3.48
Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema	364	3.36
Dugo cekate u cekaonici bez obzira na zakazan termin	364	3.33
Zadovoljan sam cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda	364	3.04
Zadovoljan sam uvodjenjem usluga kucnog lecenja	364	3.01
Zadovoljan sam dostupnoscu zastitnika prava pacijenata	364	2.89
Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim sluzbama	364	2.88
Zdravstvo je svima podjednako dostupno	364	2.76
Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu	364	2.32
Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vasa nacionalna ili socijalna prava	364	2.10
Valid N (listwise)	364	

Prema rezultatima od ukupnog broja ispitanih pacijenata, koji se leče u pomenutim Domovima zdravlja, najveći broj pacijenata se izjasnio da ga najviše zadovoljava kada je lekar, dobro organizovan (4.64), zatim kada je lekar spontan (4.50), susretljiv i otvoren (4.41) za njihove zdravstvene probleme. Dok su se prema rezultatima prikazanih u tabeli 22 pacijenti izjasnili da je medicinsko osoblje zaista retko povredilo njihova nacionalna ili socijalna prava (2.10), kao i da ih ne zadovoljava činjenica da su zdravstvene usluge svima podjednako dostupne (2.76).

Tabela 23: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na gradove

	Grad							
	Novi Sad		Sombor		Kula		Total	
	Mean	N	Mean	N	Mean	N	Mean	N
Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta	3.86	161	3.92	113	3.94	90	3.90	364
Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta	4.29	161	4.46	113	4.16	90	4.31	364
Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu	1.83	161	1.83	113	3.81	90	2.32	364
Volim kada je lekar spontan	4.45	161	4.29	113	4.86	90	4.50	364
Više volim kada je lekar privržen nego distanciran	4.40	161	3.56	113	4.50	90	4.16	364
Volim kada je lekar dobro organizovan	4.79	161	4.25	113	4.86	90	4.64	364
Volim kada je lekar susretljiv i otvoren	4.75	161	4.78	113	3.37	90	4.41	364
Lekar me pažljivo sluša prilikom pregleda	3.95	161	3.86	113	4.06	90	3.95	364
Kod lekara osećam empatičnost i razumevanje zbog bolesti	3.55	161	3.47	113	3.37	90	3.48	364
Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoć	3.67	161	4.04	113	4.26	90	3.93	364
Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim službama	2.95	161	3.19	113	2.39	90	2.88	364
Dugo čekate u cekaonici bez obzira na zakazan termin	3.47	161	3.87	113	2.40	90	3.33	364
Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema	3.27	161	3.35	113	3.53	90	3.36	364
Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vasa nacionalna ili socijalna prava	1.82	161	1.80	113	2.97	90	2.10	364
Zdravstvo je svima podjednako dostupno	2.57	161	3.32	113	2.40	90	2.76	364
Zadovoljan sam cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda	2.93	161	3.03	113	3.27	90	3.04	364
Zadovoljan sam dostupnošću zaštitnika prava pacijenata	2.89	161	2.72	113	3.10	90	2.89	364
Vas lekar se trudi da bi zadovoljio Vase poverenje	3.60	161	3.50	113	3.82	90	3.63	364
Zadovoljan sam cuvanjem licnih podataka	3.72	161	3.73	113	3.57	90	3.68	364
U lekarskoj profesiji ima koristljublja	3.94	161	3.99	113	3.47	90	3.84	364
Zadovoljan sam uvodjenjem usluga kućnog lečenja	3.78	161	2.57	113	2.18	90	3.01	364

Rezultati su usaglašeni i kada se pogleda analitička obrada podataka prikazanih u tabeli 23, pokazano je da su pacijenti u sva tri Doma zdravlja takođe usaglašeni kada se sagleda faktor da su najzadovoljniji kada je lekar dobro organizovan, što je takođe slučaj i za Dom zdravlja u Novom Sadu (4.79), kao i u Kuli (4.86), dok su u Somborskom Domu zdravlja pacijenti najviše zadovoljni kada je lekar susretljiv i otvoren (4.78).

Što se tiče faktora kojima su pacijenti najmanje zadovoljni rezultati su za Novosadski Dom zdravlja (1.82) i Somborski Dom zdravlja (1.80) usaglašeni i pacijenti se slažu da je retko povređena njihova nacionalna ili socijalna prava, dok su u Domu zdravlja u Kuli (2.18) pacijenti najmanje zadovoljni uslugom kućnog lečenja.

Tabela 24: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na pol

	Pol?					
	Muškarci		Žene		Total	
	Mean	N	Mean	N	Mean	N
Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta	3.89	154	3.91	210	3.90	364
Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta	4.36	154	4.28	210	4.31	364
Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu	2.35	154	2.30	210	2.32	364
Volim kada je lekar spontan	4.56	154	4.46	210	4.50	364
Više volim kada je lekar privržen nego distanciran	4.15	154	4.18	210	4.16	364
Volim kada je lekar dobro organizovan	4.62	154	4.65	210	4.64	364
Volim kada je lekar susretljiv i otvoren	4.34	154	4.47	210	4.41	364
Lekar me pažljivo sluša prilikom pregleda	3.95	154	3.94	210	3.95	364
Kod lekara osećam empatičnost i razumevanje zbog bolesti	3.42	154	3.52	210	3.48	364
Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoć	3.98	154	3.90	210	3.93	364
Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim službama	2.88	154	2.89	210	2.88	364
Dugo čekate u čekaonici bez obzira na zakazan termin	3.17	154	3.45	210	3.33	364
Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema	3.29	154	3.41	210	3.36	364
Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vaša nacionalna ili socijalna prava	2.14	154	2.06	210	2.10	364
Zdravstvo je svima podjednako dostupno	2.64	154	2.85	210	2.76	364
Zadovoljan sam cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda	3.06	154	3.03	210	3.04	364
Zadovoljan sam dostupnošću zastitnika prava pacijenata	2.80	154	2.95	210	2.89	364
Vas lekar se trudi da bi zadobio Vaše poverenje	3.64	154	3.62	210	3.63	364
Zadovoljan sam cuvanjem ličnih podataka	3.57	154	3.77	210	3.68	364
U lekarskoj profesiji ima koristoljublja	3.83	154	3.84	210	3.84	364
Zadovoljan sam uvođenjem usluga kućnog lečenja	2.98	154	3.03	210	3.01	364

Po rezultatima istraživanja muškarci su se usaglasili da ih najviše zadovoljava kada je lekar dobro organizovan (4.62), a najmanje su se usaglasili oko stavke upitnika da je neko od zdravstvenih radnika povredio njihova nacionalna ili socijalna prava (2.14). Kada se uzmu u obzir ženski ispitanici one su se najviše usaglasile da ih najviše zadovoljava da je lekar dobro organizovan (4.65), dok su se takođe složile oko stavke upitnika da je neko od zdravstvenih radnika povredio njihova nacionalna ili socijalna prava (2.06).

Tabela 25: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na godine starosti

	Godine starosti?											
	Od 20 - 30		Od 31 - 40		Od 41 - 50		Od 51 - 60		Preko 60		Total	
	godina	godina	godina	godina	godina	godina	godina	godina	godina	godina	godina	godina
	Mean	N	Mean	N	Mean	N	Mean	N	Mean	N	Mean	N
Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta	4.10	50	3.80	66	3.54	46	3.72	109	4.25	93	3.90	364
Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta	4.28	50	4.38	66	4.39	46	4.30	109	4.25	93	4.31	364
Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu	2.00	50	2.12	66	1.83	46	2.46	109	2.71	93	2.32	364
Volim kada je lekar spontan	4.50	50	4.38	66	4.41	46	4.60	109	4.53	93	4.50	364
Više volim kada je lekar privržen nego distanciran	4.38	50	4.12	66	4.13	46	4.00	109	4.29	93	4.16	364
Volim kada je lekar dobro organizovan	4.86	50	4.68	66	4.76	46	4.46	109	4.63	93	4.64	364
Volim kada je lekar susretljiv i otvoren	4.62	50	4.39	66	4.67	46	4.29	109	4.33	93	4.41	364
Lekar me pažljivo sluša prilikom pregleda	3.84	50	4.03	66	4.00	46	3.94	109	3.92	93	3.95	364
Kod lekara osećam empatičnost i razumevanje zbog bolesti	3.54	50	3.23	66	3.70	46	3.53	109	3.45	93	3.48	364
Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoć	3.72	50	3.95	66	3.98	46	3.97	109	3.96	93	3.93	364
Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim službama	2.88	50	3.03	66	2.96	46	2.93	109	2.70	93	2.88	364
Dugo čekate u čekaonici bez obzira na zakazan termin	3.56	50	3.55	66	2.87	46	3.43	109	3.16	93	3.33	364
Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema	3.30	50	3.33	66	3.57	46	3.43	109	3.23	93	3.36	364
Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vaša nacionalna ili socijalna prava	2.26	50	2.18	66	1.46	46	2.17	109	2.17	93	2.10	364
Zdravstvo je svima podjednako dostupno	2.40	50	2.53	66	2.76	46	2.64	109	3.26	93	2.76	364
Zadovoljan sam cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda	3.28	50	2.98	66	2.91	46	3.33	109	2.69	93	3.04	364
Zadovoljan sam dostupnošću zastitnika prava pacijenata	2.62	50	2.98	66	3.24	46	2.79	109	2.90	93	2.89	364
Vas lekar se trudi da bi zadobio Vaše poverenje	3.30	50	3.44	66	3.91	46	3.69	109	3.72	93	3.63	364
Zadovoljan sam cuvanjem licnih podataka	3.80	50	3.36	66	3.85	46	3.62	109	3.84	93	3.68	364
U lekarskoj profesiji ima koristoljublja	3.90	50	3.92	66	3.78	46	3.79	109	3.83	93	3.84	364
Zadovoljan sam uvođenjem usluga kućnog lečenja	3.26	50	3.11	66	3.65	46	2.87	109	2.65	93	3.01	364

Kada se uzmem u razmatranje šta zadovoljava mlade, a šta starije pacijente prikazane u tabeli 25, dolazi se opet do saznanja da pacijente navise zadovoljava kada je lekar dobro organizovan i spontan bez obzira na starosnu dob, dok su se ispitanici najmanje složili oko konstatacije da je neko od zdravstvenih radnika nekada povredio njihova nacionalna ili socijalna prava, kao i to da nisu zadovoljni koliko se u proseku zadrže kod lekara na pregledu.

Tabela 26: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na zanimanje

	Zanimanje?									
	Student		Radnik		Penzioner		Nezaposlen/a		Total	
	Mean	N	Mean	N	Mean	N	Mean	N	Mean	N
Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta	4.00	16	3.73	215	4.28	112	3.62	21	3.90	364
Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta	4.56	16	4.33	215	4.27	112	4.14	21	4.31	364
Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu	1.88	16	2.02	215	2.88	112	2.71	21	2.32	364
Volim kada je lekar spontan	4.50	16	4.42	215	4.62	112	4.76	21	4.50	364
Više volim kada je lekar privržen nego distanciran	4.06	16	4.09	215	4.26	112	4.48	21	4.16	364
Volim kada je lekar dobro organizovan	4.63	16	4.60	215	4.68	112	4.81	21	4.64	364
Volim kada je lekar susretljiv i otvoren	4.56	16	4.54	215	4.23	112	4.00	21	4.41	364
Lekar me pažljivo sluša prilikom pregleda	4.31	16	3.88	215	3.97	112	4.19	21	3.95	364
Kod lekara osećam empatičnost i razumevanje zbog bolesti	3.69	16	3.49	215	3.44	112	3.38	21	3.48	364
Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoc	3.88	16	3.86	215	4.07	112	4.00	21	3.93	364
Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim službama	2.75	16	3.14	215	2.55	112	2.10	21	2.88	364
Dugo cekate u cekaonici bez obzira na zakazan termin	3.88	16	3.35	215	3.21	112	3.33	21	3.33	364
Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema	3.31	16	3.41	215	3.36	112	2.90	21	3.36	364
Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vasa nacionalna ili socijalna prava	2.06	16	2.03	215	2.16	112	2.43	21	2.10	364
Zdravstvo je svima podjednako dostupno	2.88	16	2.47	215	3.32	112	2.62	21	2.76	364
Zadovoljan sam cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda	3.50	16	3.07	215	2.87	112	3.43	21	3.04	364
Zadovoljan sam dostupnoscu zastitnika prava pacijenata	2.44	16	2.94	215	2.87	112	2.76	21	2.89	364
Vas lekar se trudi da bi zadobio Vase poverenje	3.44	16	3.62	215	3.68	112	3.57	21	3.63	364
Zadovoljan sam cuvanjem licnih podataka	4.00	16	3.64	215	3.80	112	3.24	21	3.68	364
U lekarskoj profesiji ima koristoljublja	3.94	16	3.92	215	3.71	112	3.67	21	3.84	364
Zadovoljan sam uvodjenjem usluga kucnog lecenja	3.25	16	3.31	215	2.48	112	2.52	21	3.01	364

Kada se uzme u razmatranje šta zadovoljava radoaktivne pacijente, šta studente, a šta penzionere prikazano u tabeli 26, dolazi se do saznanja da pacijente najviše zadovoljava kada je lekar dobro organizovan i spontan bez obzira na zanimanje, dok su se najmanje složili oko konstatacije da je neko od zdravstvenih radnika nekada povredio njihova nacionalna ili socijalna prava, kao i to da nisu zadovoljni koliko se u proseku zadrže kod lekara na pregledu, ovde se javlja i faktor kojim nezaposleni pacijenti nisu zadovoljni organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim sluzbama. Studenti, radno aktivni stanovnici, penzioneri i nezaposleni ispitanici su najzadovoljniji kada je zdravstveni radnik susretljiv, otvoren, dobro organizovan, dok su najmanje zadovoljni organizovanjem preventivnih pregleda i stavkom da je neko povredio njihova nacionalna ili socijalna prava.

Tabela 27: Srednje vrednosti zadovoljstva zdravstvenom uslugom ispitanika u odnosu na mesto stanovanja

	Mesto stanovanja?							
	Selo		Grad		Prigradsko naselje		Total	
	Mean	N	Mean	N	Mean	N	Mean	N
Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta	4.00	58	3.85	213	3.96	93	3.90	364
Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta	4.38	58	4.28	213	4.34	93	4.31	364
Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu	2.90	58	2.00	213	2.68	93	2.32	364
Volim kada je lekar spontan	4.66	58	4.48	213	4.46	93	4.50	364
Više volim kada je lekar privržen nego distanciran	3.97	58	4.29	213	4.00	93	4.16	364
Volim kada je lekar dobro organizovan	4.66	58	4.63	213	4.65	93	4.64	364
Volim kada je lekar susretljiv i otvoren	4.14	58	4.54	213	4.29	93	4.41	364
Lekar me pažljivo sluša prilikom pregleda	3.81	58	3.90	213	4.14	93	3.95	364
Kod lekara osećam empatičnost i razumevanje zbog bolesti	3.47	58	3.52	213	3.39	93	3.48	364
Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoć	4.07	58	3.86	213	4.00	93	3.93	364
Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim sluzbama	2.52	58	2.95	213	2.97	93	2.88	364
Dugo čekate u cekaonici bez obzira na zakazan termin	3.14	58	3.43	213	3.23	93	3.33	364
Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema	3.16	58	3.31	213	3.61	93	3.36	364
Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vasa nacionalna ili socijalna prava	2.76	58	1.88	213	2.18	93	2.10	364
Zdravstvo je svima podjednako dostupno	3.26	58	2.57	213	2.88	93	2.76	364
Zadovoljan sam cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda	3.00	58	3.06	213	3.03	93	3.04	364
Zadovoljan sam dostupnošću zastitnika prava pacijenata	2.81	58	2.83	213	3.06	93	2.89	364
Vas lekar se trudi da bi zadobio Vase poverenje	3.72	58	3.60	213	3.63	93	3.63	364
Zadovoljan sam cuvanjem licnih podataka	3.76	58	3.70	213	3.59	93	3.68	364
U lekarskoj profesiji ima koristoljublja	3.79	58	3.96	213	3.59	93	3.84	364
Zadovoljan sam uvodjenjem usluga kucnog lecenja	2.48	58	3.37	213	2.52	93	3.01	364

Šta zadovoljava pacijente poredeći po mestu stanovanja prikazano u tabeli 27, dolazi se do saznanja da pacijente najviše zadovoljava kada je lekar dobro organizovan i spontan bez obzira na mesto stanovanja, dok su se najmanje složili oko konstatacije da je neko od zdravstvenih radnika nekada povredio njihova nacionalna ili socijalna prava, ovde nam se javlja i faktor kojim nezaposleni pacijenti nisu zadovoljni a to je uvođenje službe kućnog lečenja.

5.3. FAKTORSKA ANALIZA UPITNIKA ZADOVOLJSTVA PACIJENATA

Tabela 28: Rotirana matrica, dobijena faktorskom analizom obrade podataka

	Rotated Component Matrix ^a	
	1	2
Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta	.192	.161
Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta	.136	.285
Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu	.472	-.561
Volim kada je lekar spontan	.339	-.183
Više volim kada je lekar privržen nego distanciran	.349	-.096
Volim kada je lekar dobro organizovan	.244	-.080
Volim kada je lekar susretljiv i otvoren	-.123	.776
Lekar me pažljivo sluša prilikom pregleda	.578	.270
Kod lekara osećam empatičnost i razumevanje zbog bolesti	.493	.530
Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoć	.605	.008
Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim službama	.136	.496
Dugo čekate u cekaonici bez obzira na zakazan termin	-.363	.391
Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema	.421	.202
Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vasa nacionalna ili socijalna prava	.086	-.544
Zdravstvo je svima podjednako dostupno	.212	.269
Zadovoljan sam cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda	.325	.013
Zadovoljan sam dostupnošću zastitnika prava pacijenata	.579	.129
Vas lekar se trudi da bi zadobio Vase poverenje	.682	.177
Zadovoljan sam cuvanjem licnih podataka	.345	.220
U lekarskoj profesiji ima koristoljublja	-.496	.060
Zadovoljan sam uvođenjem usluga kućnog lečenja	-.016	.387

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 3 iterations.

Obradom podataka faktorskom analizom tabela 28, dobijena je Rotirana matrica, gde su se izdvojila dva faktora, odnosno komponente. Na osnovu analize sadržaja stavki koji su pripali prvoj komponenti, prvi faktor je nazvan Preferencije, i taj faktor u daljoj analizi predstavlja ono što bi ispitanici voleli i čime bi oni zaista bili zadovoljni od dobijene zdravstvene usluge. Na drugi faktor projektuju se druge stavke upitnika, gde je takođe na osnovu sadržaja stavki za drugi faktor određen naziv Realnost. Drugi faktor za istraživanje predstavlja realnu sliku onoga čime su pacijenti zadovoljni od dobijenih zdravstvenih usluga. Sada svaki ispitanik ima samo dva skora, koji su dobijeni Anderson Rubinovom metodom obrade podataka.

Prvi faktor: PREFERENCIJE¹⁰

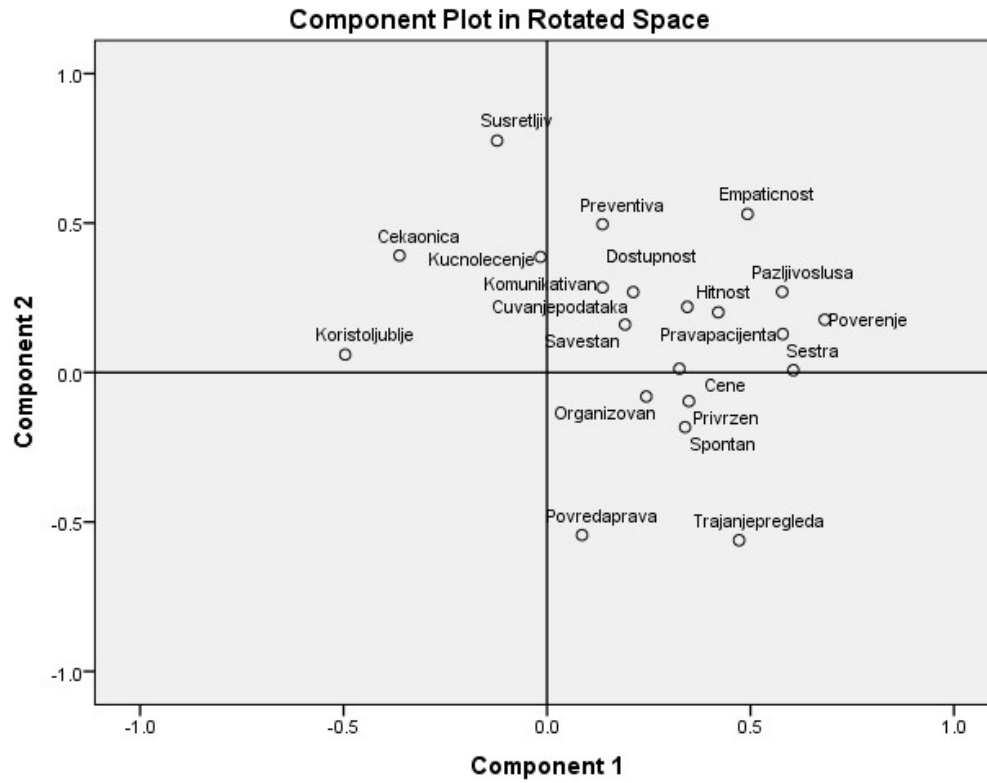
- Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta
- Volim kada je lekar spontan
- Više volim kada je lekar privržen nego distanciran
- Volim kada je lekar dobro organizovan
- Lekar me pažljivo sluša prilikom pregleda
- Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoć
- Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema
- Zadovoljan sam cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda
- Zadovoljan sam dostupnošću zaštitnika prava pacijenata
- Vaš lekar se trudi da bi zadobio Vaše poverenje
- Zadovoljan sam čuvanjem ličnih podataka
- U lekarskoj profesiji ima koristoljublja

Drugi faktor REALNOST

- Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta
- Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu
- Volim kada je lekar susretljiv i otvoren
- Kod lekara osećam empatičnost i razumevanje zbog bolesti
- Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim službama
- Dugo čekate u čekaonici bez obzira na zakazan termin
- Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vaša nacionalna ili socijalna prava
- Zdravstvo je svima podjednako dostupno

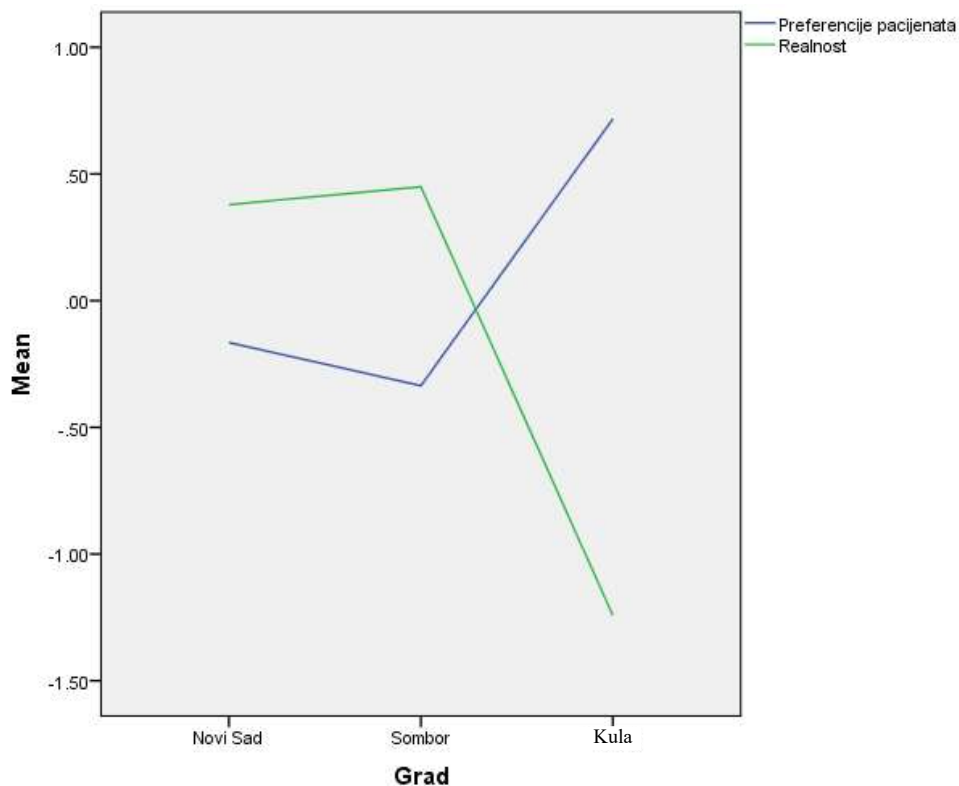
¹⁰preferencije –naklonost prema nekome ili nečemu, davanje prvenstva, a često i povlastice. To je proces izbora jedne ili više mogućnosti pri čemu je nesumnjiv uticaj složenih psiholoških procesa sa preovlađujućim emocionalnim stavovima. Preferencija može biti pod uticajem drugih socijalno relevantnih ili poželjnih osobina.

Grafik 12: Prikaz faktora dobijenih Anderson Rubinsovom metodom



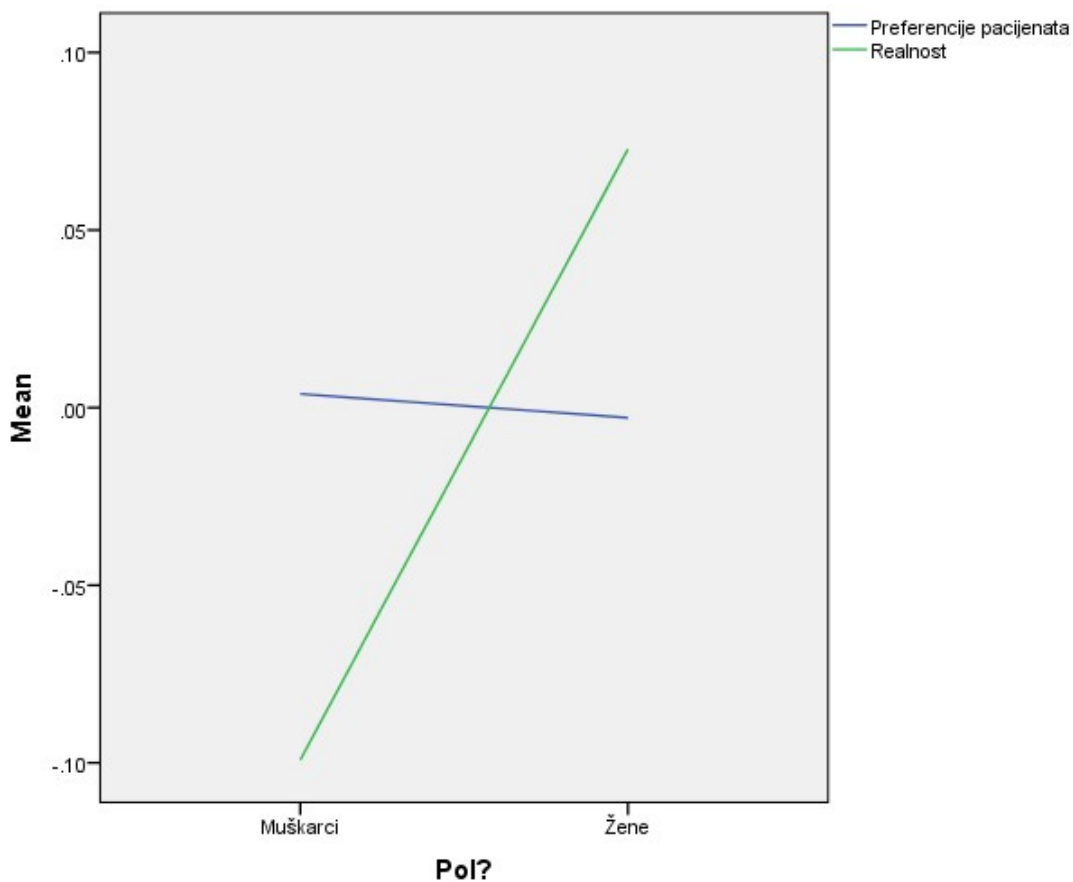
5.4. UTICAJ DEMOGRAFSKIH KARAKTERISTIKA UZORKA NA DOBIJENE FAKTORE

Grafik 13: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na grad u kom žive, po faktorima preferencije i realnosti



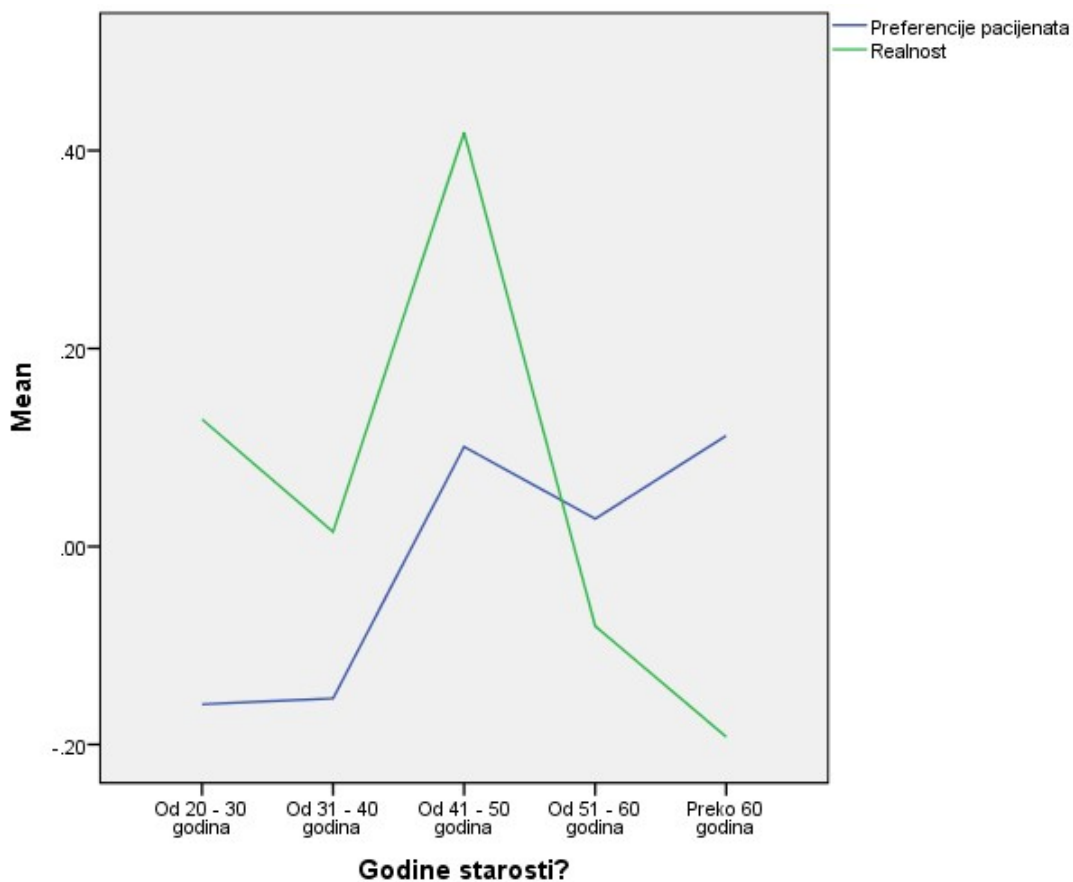
Posmatrajući grafik 13, zaključuje se da je realno zadovoljstvo pacijenata u Novom Sadu i Somboru na višem nivou nego zadovoljstvo pacijenata u Kuli. Dok posmatrajući drugi faktor odnosno, preferencije pacijenata zaključuje se da pacijenti u Novom Sadu i Somboru imaju niža očekivanja (preferencije) od pacijenata u Kuli.

Grafik 14: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na pol, po faktorima preferencije i realnosti



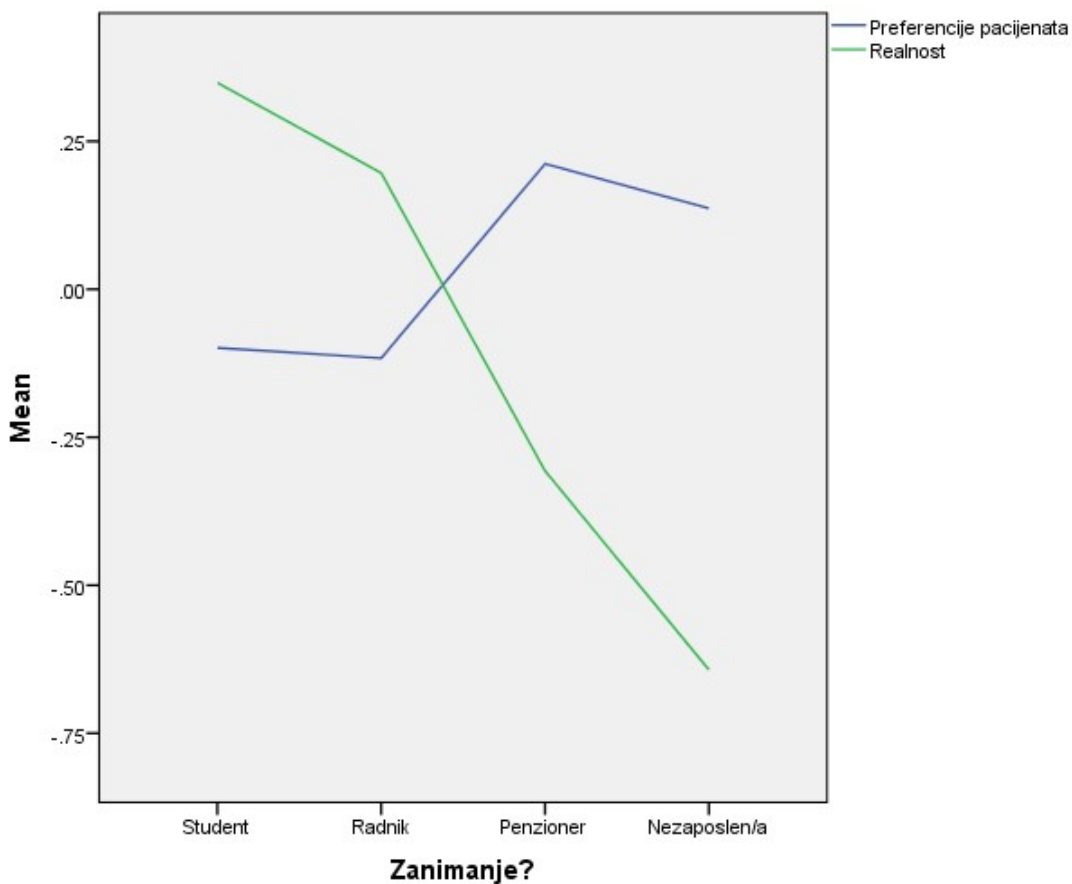
Posmatrajući grafik 14, zaključuje se da je zadovoljstvo dobijenom zdravstvenom uslugom mnogo gore procenjeno od strane muškaraca nego od strane žena. Dok kada se posmatra drugi faktor odnosno, preferencije pacijanata, zaključuje se iz grafika da neke vidljive razlike između muškaraca i žena nema, odnosno da su i muški i ženski ispitanici podjednako zadovoljni zdravstvenom uslugom.

Grafik 15: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na godine starosti, po faktorima preferencije i realnosti



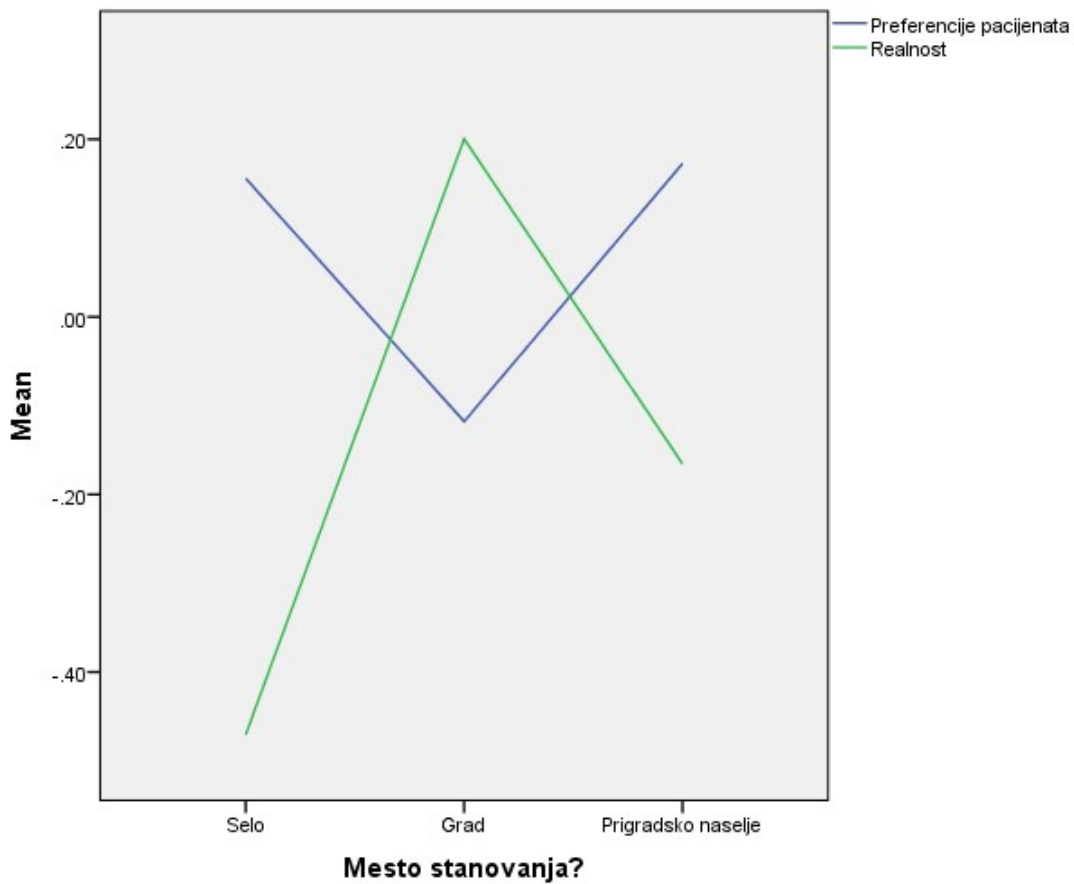
Sa grafika 15, očitava se da su najzadovoljniji zdravstvenom uslugom po realnoj slici pacijenti starosne dobi od 41-50 godina, dok su najmanje zadovoljni pacijenti koji su starosne dobi od 51-60 godina i preko 60 godina starosti. Dok sa ose koja predstavlja preferencije očitava da najveće preferencije od zdravstvene usluge imaju pacijenti starosne dobi od 41-50 godina i preko 60 godina, dok najmanje preferencije imaju pacijenti starosne dobi od 21-30 godina i od 31-40 godina.

Grafik 16: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na zanimanje, po faktorima preferencije i realnosti



Posmatrajući grafik 16, zaključuje se da faktor realnosti pokazuje da su studenti najzadovoljniji zdravstvenom uslugom, a da zadovoljstvo opada od radnika do penzionera i na kraju do nezaposlenog stanovništva. Posmatrajući drugi faktor zaključuje se da su očekivanja od zdravstvene usluge najveća kod penzionera, a najmanja očekivanja su kod studenata i nezaposlenih ispitanika.

Grafik 17: Zadovoljstvo ispitanika dobijenom zdravstvenom uslugom u odnosu na mesto stanovanja, po faktorima preferencije i realnosti

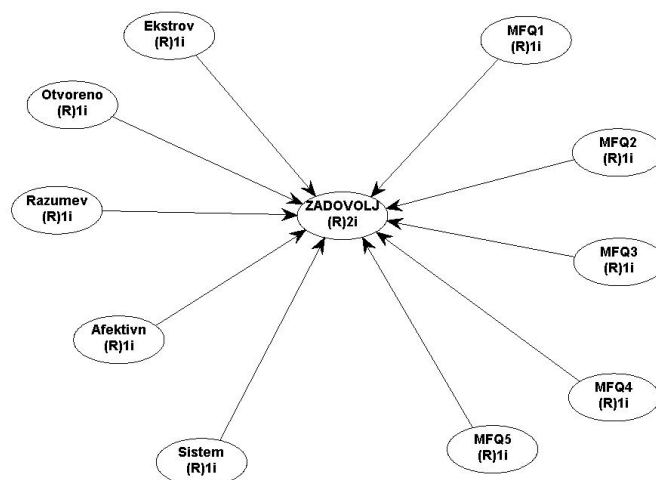


Posmatrajući grafik 17, zaključuje se da su u realnosti najzadovoljniji zdravstvenom uslugom ispitanici koji žive u gradu, dok su najmanje zadovoljni ispitanici koji žive u selu i prigradskom naselju. Dok kada posmatramo faktor preferencije, najveće imaju ispitanici iz sela i prigradskog naselja, a najmanje imaju ispitanici koji žive u gradu.

5.5. SEM ANALIZA

Radi potvrde ili odbacivanja hipoteza istraživanja dobijeni rezultati podvrgnuti su SEM¹¹ analizi. Predmetna analiza je sprovedena u programu WARPLS 4.0 jer ona dozvoljava ustanovljavanje i nelinearnih odnosa medju promenljivima koje su uključene u strukturalni model. Bazični parametri SEM analize ukazuju da je model koji je predložen statistički značajan i da su svi relevantni parametri koji ukazuju na signifikantnost analize u granicama koje model čine prihvatljivim.

Grafik 18: Uticaj sistema vrednosti i ličnih karakteristika davaoca usluga na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima



¹¹Strukturalno modelovanje (SEM) je fleksibilan statistički postupak koji može da se primeni u brojnim istraživačkim situacijama. Na primer, moguće je proveravati aspekte određene teorije, analizirati latentu strukturu konstrukata, testirati postojanje medijacije, analizirati promene tokom vremena i sl. SEM može da se koristi i u situaciji kada istraživač želi da proveri da li se dve ili više grupa razlikuju na većem broju zavisnih varijabli. Tradicionalno, na ovo poslednje istraživačko pitanje se odgovaralo primenom multivarijante analize varijanse (MANOVA), iako sve veći broj istraživača zagovara upotrebu SEM-a prilikom testiranja međugrupne razlike u aritmetičkim sredinama većeg broja latentnih varijabli (npr., Aiken, Stein, & Bentler, 1994; Thompson & Green, 2006). Aritmetičke sredine opaženih i latentnih varijabli se prilikom standardnog procesa modelovanja potpuno izostavljaju iz analize jer je akcenat na proučavanju kovarijacija među varijablama, najčešće korišćenjem matrice varijansi i kovarijansi između opaženih tj. merenih varijabli. Prilikom računanja ove matrice, koriste se varijable u njihovom devijacionom obliku tj. od sirovih skorova se oduzimaju odgovarajuće aritmetičke sredine tako da je aritmetička sredina devijacionih varijabli jednaka 0. Zbog primene ovog postupka aritmetičke sredine opaženih i latentnih varijabli se obično ignorišu prilikom standardnog modelovanja (Byrne, 2010; Thompson & Green, 2006). Međutim, ukoliko je svrha modelovanja upravo testiranje međugrupnih razlika na latentnim varijablama, ulazna matrica mora da sadrži ne samo informacije o varijansi i kovarijansi već i podatke o aritmetičkim sredinama opaženih varijabli. U SEM terminologiji, ovako proširena matrica se zove MACS matrica. Testiranje međugrupnih razlika u vrednostima latentnih aritmetičkih sredina podrazumeva specifikaciju i proveru modela u dve ili više grupa istovremeno. Postoje i druge situacije kada modelovanje zahteva međugrupna poređenja. Na primer, istraživač može da postavi pitanje da li je faktorska struktura nekog upitnika, u dve ili više grupa, ista.

Tabela 29: Bazični parametri SEM analize

Model fit and quality indices
Average path coefficient (APC)=0.083, P=0.027
Average R-squared (ARS)=0.062, P=0.058
Average adjusted R-squared (AARS)=0.035, P=0.124
Average block VIF (AVIF)=1.167, acceptable if ≤ 5 , ideally ≤ 3.3
Average full collinearity VIF (AFVIF)=1.727, acceptable if ≤ 5 , ideally ≤ 3.3
Tenenhous GoF (GoF)=0.243, small ≥ 0.1 , medium ≥ 0.25 , large ≥ 0.36
Sympson's paradox ratio (SPR)=0.700, acceptable if ≥ 0.7 , ideally = 1
R-squared contribution ratio (RSCR)=0.871, acceptable if ≥ 0.9 , ideally = 1
Statistical suppression ratio (SSR)=0.900, acceptable if ≥ 0.7
Nonlinear bivariate causality direction ratio (NLBCDR)=0.800, acceptable if ≥ 0.7

Grafik 19: Grafički prikaz hipoteza istraživanja

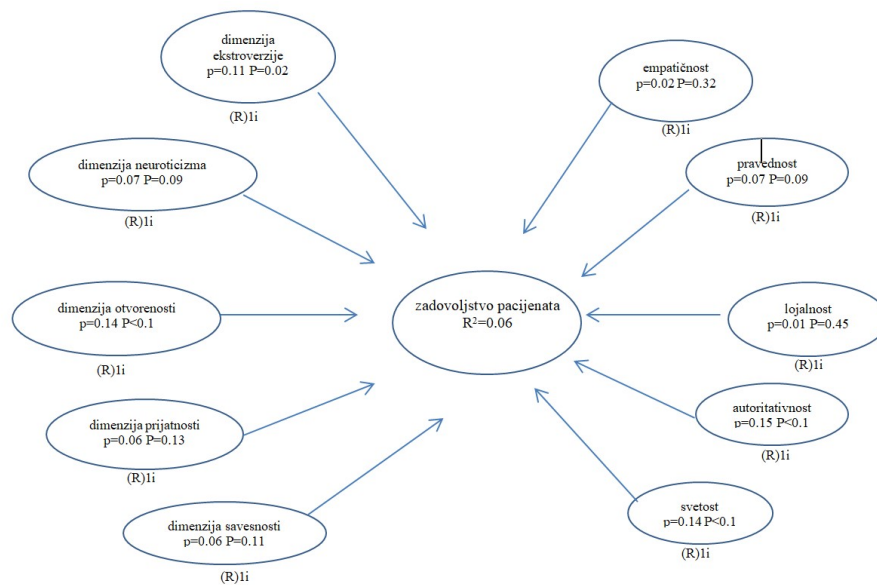


Tabela 30: Rezultati SEM analize

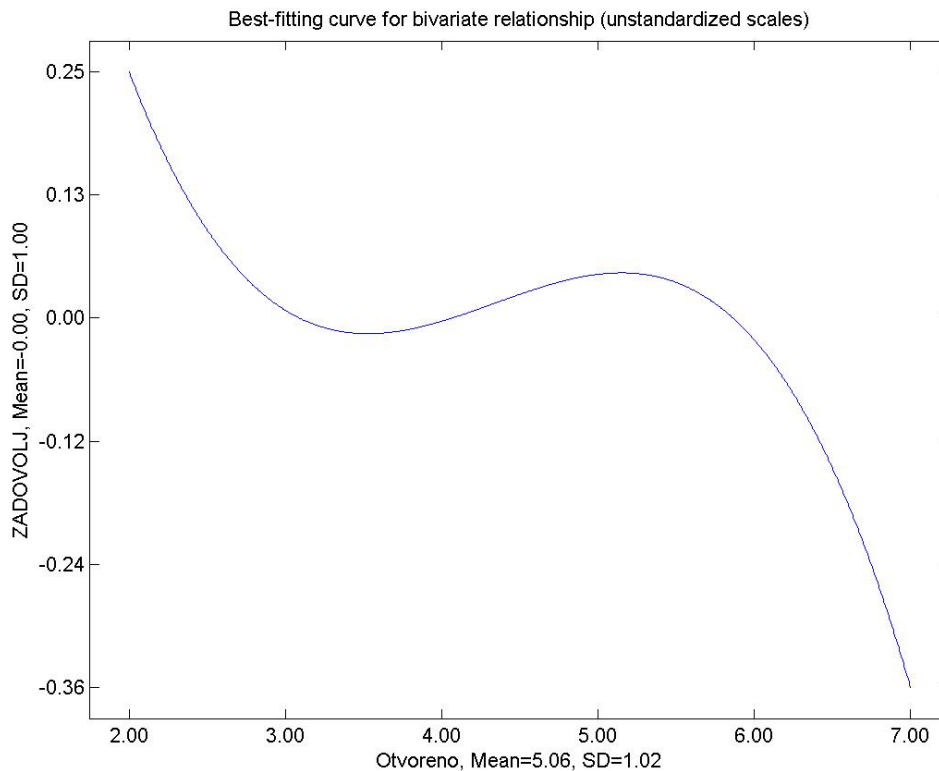
Path coefficients	BF1	BF2	BF3	BF4	BF5	MFQ1	MFQ2	MFQ3	MFQ4	MFQ5
Zadovoljstvo	0.10	-0.145	0.068	0.058	-0.064	-0.024	-0.070	0.007	0.154	-0.137
P values										

Tabela 31: Rezultati SEM analize

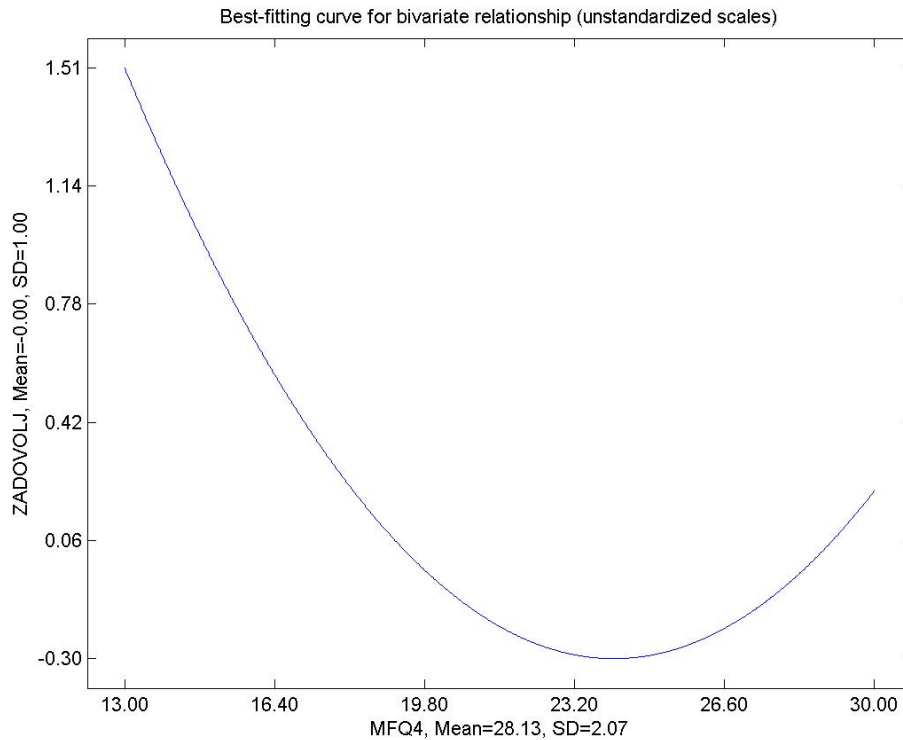
Zadovoljstvo	BF1	BF2	BF3	BF4	BF5	MFQ1	MFQ2	MFQ3	MFQ4	MFQ5
	0.021	0.003	0.095	0.132	0.110	0.321	0.090	0.445	0.001	0.004
*Effect sizes for path coefficients										
Zadovoljstvo	BF1	BF2	BF3	BF4	BF5	MFQ1	MFQ2	MFQ3	MFQ4	MFQ5
Zadovoljstvo	0.010	0.012	0.004	0.003	0.004	0.001	0.005	0.001	0.024	0.018

Iz SEM analize proizilazi da su statistički značajna dimenzija otvorenosti kod ispitivanih dimenzija ličnosti zdravstvenih radnika, kao i moralna osobina autoritativnosti i svetosti kod zdravstvenih radnika, kao i da ove tri crte sistema vrednosti zdravstvenih radnika imaju uticaja na zadovoljstvo pacijenata iz čega proizilazi i sam kvalitet zdravstvene usluge. U nastavku je prikazana detaljnija statistička obrada.

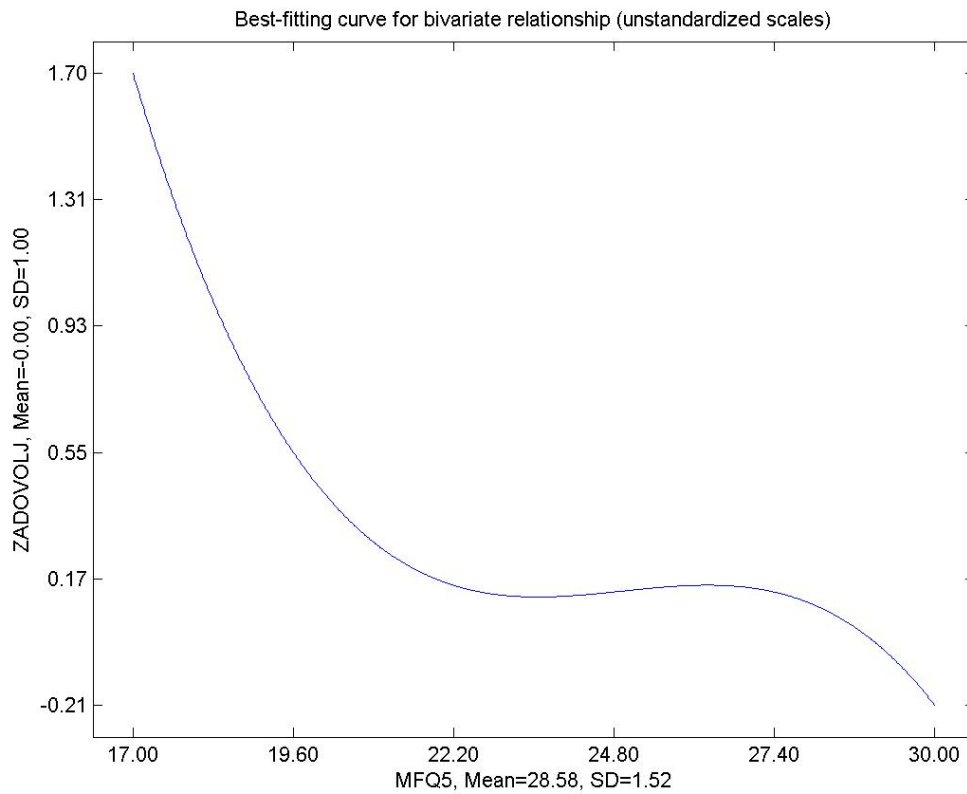
Grafik 20: Otvorenost davaoca usluga u odnosu na zadovoljstvo korisnika usluga u zdravstvenim sistemima



Analizom podataka primenjujući SEM analizu obrade podataka iz prikazanog grafika 20 se vidi da odnos otvorenosti zdravstvenih radnika i zadovoljstva pacijenata u pozitivnoj korelaciji. Dolazi do zaključka da sa povećanjem otvorenosti zdravstvenih radnika raste zadovoljstvo pacijenata.

Grafik 21: Autoritativnost davaoca usluga u odnosu na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

Grafikom 21, sagledan je odnos stepena autoritativnosti zdravstvenih radnika i zadovoljstva dobijenom zdravstvenom uslugom pacijenata. Odnos autoritativnosti zdravstvenih radnika i zadovoljstva pacijenata je u negativnoj korelaciji. Ovde postoji trend da što je niža dimenzija autoritativnosti zdravstvenih radnika, zadovoljstvo pacijenata je veće, dok sa povećanjem autoritativnosti zdravstvenih radnika, zadovoljstvo pacijenata dramatično opada.

Grafik 22: Svetost davaoca usluga u odnosu na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

Grafikom 22, sagledan je odnos stepena svetosti zdravstvenih radnika i zadovoljstva dobijenom zdravstvenom uslugom pacijenata. Odnos svetosti zdravstvenih radnika i zadovoljstva pacijenata nije linearan. Što je kod zdravstvenih radnika više izražena svetost, to kod pacijenata izaziva opadanje stepena zadovoljstva dobijenom zdravstvenom uslugom.

VI DISKUSIJA DOBIJENIH REZULTATA

6. DISKUSIJA DOBIJENIH REZULTATA NA OSNOVU SPROVEDENOG ISTRAŽIVANJA

Na osnovu analize koja je obuhvatala zdravstvene radnike lekare, medicinske sestre, odnosno tehničare, zaposlene u Domovima zdravlja u Novom Sadu, Kuli i Somboru, istraživanjem se došlo do sledećih rezultata. Od ukupno 329 ispitanika 44 ispitanika su bili muškog, a 285 ispitanika su bili ženskog pola. 239 ispitanika su žitelji grada, dok su 90 ispitanika žitelji prigradskog naselja. Kod pomenutih davaoca usluga ispitivane su lične karakteristike, odnosno kako one utiču na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima. Istraživanjem su se obuhvatila sledeća istraživanja, pet ličnih karakteristika, koje su bile predmet istraživanja sagledavane su u odnosu na pol ispitanika, poziciju na kojoj su ispitanici zaposleni, u odnosu na broj primljenih pacijenata u toku meseca. Istraživanjem je pokazano da kada posmatramo lične karakteristike zdravstvenih radnika u odnosu na polnu strukturu, muški zdravstveni radnici pokazuju najviši stepen sistematičnosti u poslu, i najmanji stepen afektivnosti. Kod žena je ista situacija, najviše je izražena karakteristika sistematičnosti i najmanje crta afektivnosti. Dolazi se do zaključka da nema razlike u ličnim karakteristikama zdravstvenih radnika po polu ispitanika. Kada se sagledaju lične karakteristike zdravstvenih radnika u odnosu na poziciju na kojoj su zaposleni zdravstveni radnici, došlo se do zaključka da nema razlike u karakteristikama ličnosti zdravstvenih radnika po poziciji na kojoj su zaposleni, lekari i medicinske sestre, odnosno tehničari su pokazali najviši stepen sistematičnosti u poslu i najniži stepen afektivnosti. Ispitivanjem ličnih karakteristika zdravstvenih radnika na broj primljenih pacijenata, zaključeno je da nema razlike u karakteristikama ličnosti u odnosu na broj primljenih pacijenata. Kod zdravstvenih radnika najviše se istakla crta sistematičnosti, a najmanje crta afektivnosti, bez obzira da li su mesečno pregledali 500 ili 1000 pacijenata. Analizom varijanse Anova analizom, da li lične karakteristike zdravstvenih radnika utiču na broj primljenih pacijenata u toku meseca, uz stepen signifikantnosti 5%. Zaključuje se da varijabla promenljivog faktora nije statistički značajna za ispitane faktore, odnosno da lične karakteristike otvorenost, razumevanje, sistematičnost i afektivnost nemaju uticaja na broj primljenih pacijenata u toku meseca, dok faktor ekstroverzije zdravstvenih radnika ima uticaja na broj primljenih pacijenata u toku meseca. Ekstroverzni radnici su pričljivi, veseli, optimistični, prijateljski nastrojeni i imaju veći broj pacijenata, koje pregledaju u toku meseca. Ali dimenzija ekstroverzije davaoca uslugane može da se dovede u direktnu vezu sa zadovoljstvom primaoca usluge u zdravstvenim sistemima.

Ispitivanjem sistemema vrednosti zdravstvenih radnika u odnosu na polnu strukturu, došlo se do saznanja da zdravstveni radnici pokazuju najvišu crtu empatičnosti u odnosu prema pacijentima, a najnižu crtu autoritativnosti prema pacijentima i to nevezano za to da li su muški ili ženski ispitanici. Međutim koristeći analizu varijanse Anova, sistema vrednosti zdravstvenih radnika u odnosu na pol, uz stepen signifikantnosti 5%, dolazi se do zaključka da ima statističke značajnosti u stepenu autoriteta zdravstvenih radnika u odnosu na pol. Sumiranjem rezultata analizom varijanse Anovom, sistem vrednosti zdravstvenih radnika u odnosu na poziciju na kojoj rade ispitanici, stepen signifikantnosti za sve faktore, je veći od 5%, što znači da varijansa promenljivog karaktera u ovom slučaju pozicija na kojoj rade ispitanici, nije statistički značajna za sistem vrednosti zdravstvenih radnika. Zdravstveni radnici su empatični prema pacijentima, dok se crta afektivnosti pokazala kao najniža, bez

obzira na to da li zdravstveni radnik obavlja posao lekara ili medicinske sestre odnosno tehničara.

Analiziranje pretpostavke da li sistem vrednosti zdravstvenih radnika utiče na broj primljenih pacijenata u toku meseca, analizom varijanse Anovom dobijeni su rezultati da je za sve faktore stepen signifikantnosti veći od 5%, iz čega proizilazi da sistem vrednosti zdravstvenih radnika nema uticaja na broj primljenih pacijenata u toku meseca. Međutim, analizom je primećeno da dobijeni skorovi jako malo odskaču jedni od drugih za sistem vrednosti zdravstvenih radnika, zato se postavlja pitanje i dovodi se u sumnju da li su zdravstveni radnici iskreno sebe okarakterisali i da li su iskreno odgovarali. Svi faktori koji opisuju sistem vrednosti su podjednako izraženi, a postavljalo se pitanje koja moralna crta je kod zdravstvenog radnika najizraženija. Crta koja je kod ispitanika najviše izražena je empatičnost, koja podrazumeva da zdravstveni radnici osećaju tuđu bol i razumevanje za bolest pacijenta, što predstavlja dobrotu i blagost zdravstvenih radnika.

Pored anketiranja zdravstvenih radnika, rađeno je i anketiranje pacijenata, odnosno šta ih najviše, a šta najmanje zadovoljava u zdravstvenim sistemima. Istraživanjem je ukupno obuhvaćeno 364 ispitanika, od kojih je 154 pripadnika muškog pola i 210 pripadnica ženskog pola. Ispitanici su ujedno pacijenti, koji se leče kod timova lekar - medicinska sestra, kod kojih su ispitivane lične karakteristike i sistem vrednosti. Generalno sumirajući rezultate, najveći broj pacijenata u Domovima zdravlja čine radno sposobno stanovništvo, dok najmanji broj pacijenata čini najmlađa populacija, odnosno pacijenti dvadesetih godina. Prema rezultatima od ukupnog broja ispitanih pacijenata, koji se leče u pomenutim Domovima zdravlja, najveći broj pacijenata je rekao da najviše ceni kod lekara, kada je on dobro organizovan, zatim kada je lekar sponatn, susretljiv i otvoren za njihove zdravstvene probleme. Takođe je po rezultatima ustanovljeno da je medicinsko osoblje zaista retko povredilo njihova nacionalna ili socijalna prava, kao i da se ne slažu sa činjenicom da su zdravstvene usluge svima podjednako dostupne. Vršena je analiza da li ima razlike u odgovorima pacijenata u odnosu na njihov pol, gde je ustanovljeno da i muškarce i žene najviše zadovoljava kada je zdravstveni radnik dobro organizovan, dok su se složili i oko konstatacije da je neko od zdravstvenih radnika povredio njihova nacionalna i socijalna prava, znači na zadovoljstvo pacijenata nema uticaja to da li je on muškarac ili žena, zadovoljstvo je podjednako ocenjeno i od strane muškaraca i od strane žene. Daljom obradom podataka na osnovu faktorske analize dobijena su dva faktora, faktor preferencije (ono što pacijenti očekuju od zdravstvene usluge i šta ih zadovoljava) i faktor realnost (ono što smatraju da dobijaju od zdravstvene usluge u stvarnosti).

Na osnovu analiza upitnika o zadovoljstvu pacijenata istraživanjem je pokazano da je zadovoljstvo pacijenata u Somboru na višem nivou nego kod pacijenata u Novom Sadu i Kuli, to je dokazno faktorom realnosti, ali isto tako je faktor preferencije pokazao da su očekivanja pacijena u Somboru manja od očekivanja pacijenata u Novom Sadu i Kuli. Pacijenti iz Sombora imaju najmanja očekivanja, što ih ujedno i čini najzadovoljnijim pacijentima. Što su veća očekivanja zadovoljstvo je manje i obrnuto. Pokazano je da ispitanici iz Novog Sada i Kule imaju veća očekivanja od zdravstvene usluge i samim tim ih to čini u realnosti manje zadovoljnim.

Analizirajući kako pol utiče na zadovoljstvo pacijenata dobijenom zdravstvenom uslugom rezultati su pokazali da su ženski pacijenti zadovoljniji od muških pacijenata. Pretpostavimo da su žene možda temeljnije, i imaju veću svest o zdravstvenoj zaštiti od muškaraca, žene više posećuju lekara, idu na redovne ginekološke preglede, vode decu na redovnu vakcinaciju i kod pedijatra, dobijeni rezultat može da bude posledica ovih pretpostavki.

Kada posmatramo drugi faktor odnosno, po preferencijama, pokazano je da neke vidljive razlike između muškaraca i žena ne bi trebalo da bude, odnosno da su i muškarci i žene podjednako zadovoljni zdravstvenom uslugom, što je i prihvatljivo, jer je zdravstvo svima podjednako dostupno, bez obzira na polnu strukturu.

Analizirajući zadovoljstvo po starosnoj dobi došlo se do saznanja da su najzadovoljniji zdravstvenom uslugom po realnoj slici pacijenti starosne dobi od 41-50 godina, dok su najmanje zadovoljni pacijenti starosne dobi od 51-60 godina i preko 60 godina. Kada posmatramo faktor preferencije dolazi se do saznanja da najveća očekivanja od zdravstvene usluge imaju pacijenti starosne dobi od 41-50 godina i preko 60 godina, dok najmanja očekivanja od zdravstvene usluge imaju pacijenti starosne dobi od 21-30 godina i od 31-40 godina. Najveća očekivanja imaju radno sposobni pacijenti, ali se pokazalo da su oni i najzadovoljniji zdravstvenom uslugom, dok su najmanja očekivanja pacijenata starosne dobi od 21-30 godina. To su mladi ispitanici kojima zdravstvene usluge manje trebaju, zdravi su i nisu aktivni korisnici.

Posmatrajući zanimanje ispitanika realna slika pokazuje da su studenti najzadovoljniji zdravstvenom uslugom, dok su nezaposleni ispitanici najnezadovoljniji. Faktorom preferencije je pokazano da su očekivanja od zdravstvene usluge najveća kod penzionera, a najmanja kod studenata. Veliki broj studenata se leči u studentskim Domovima zdravlja gde su manje gužve i lakše je doći kako do lekara opšte prakse tako i do lekara specijaliste, a i studente čini mlada populacija, koja nema zdravstvenih tegoba, tako da su im retko potrebne zdravstvene usluge. Nezadovoljstvo nezaposlenog stanovništva, proizilazi iz nerešenog egzistencijalnog pitanja, pitanja posla, koje se manifestuje i na zdravstvenu zaštitu, nezaposlena populacija ne retko nema čak ni zdravstvenu knjižicu, tako da nema ni tu mogućnost da im je državno zdravstvo uopšte dostupno, šta naravno ne važi za svo nezaposleno stanovništvo. Studenti imaju najmanja očekivanja i samim tim predstavljaju najzadovoljniju kategoriju ispitanika. Nasuprot tome preferencije penzionera, su posledice toga, što je to starija populacija, koja je živela u socijalizmu, koja je čitav radni vek izdvajala sredstva za zdravstveno osiguranje, i s toga očekuje da mu zdravstveni sistem i zdravstvo bar primarno, bude dostupno i to na najvišem mogućem nivou.

Posmatrajući faktor zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga u odnosu na mesto u kom žive došlo se do saznanja koje je iskazano faktorom realnosti. Rezultati pokazuju da najgore zadovoljstvo dobijenom zdravstvenom uslugom procenjuju pacijenti u selu i prigradskom naselju, dok najbolje zadovoljstvo zdravstvenom uslugom procenjuju pacijenti koji žive u gradu. Pacijenti iz prigradskih naselja mogu lako da dođu do neke ambulante Doma zdravlja u gradu, dok je pacijentima sa seoskog područja to malo teže. Pacijenti koji žive na selu, moraju da putuju u grad, nemaju uvek dežurnog lekara, kada imaju ozbiljan zdravstveni problem, virus, temperaturu, problem im realno predstavlja dostupnost zdravstvenog radnika. Broj lekara se postavlja u odnosu na broj stanovništva koje se leči na toj teritoriji. Tako da recimo u seoskim područjima imamo lekare koji rade pola radnog vremena, specijalističke službe se ne nalaze u objektima u seoskim područjima s toga su pacijenti opet u obavezi da idu u gradske Domete zdravlja, kako bi im se pružila zdravstvena zaštita. Isto tako u seoskom području postoji jedan objekat na dva ili tri mesta, i pacijenti nemaju mogućnost izbora lekara, već se leče kod lekara koji radi, dok u gradu ima puno objekata i pacijenti imaju veliku mogućnost izbora lekara. Posmatrajući rezultate dobijene po drugom faktoru preferencija doslo se do rezultata da su najmanja očekivanja pacijenata koji žive u gradu, a najveća su kod pacijenata koji žive u selu i prigradskom naselju.

Ova činjenica se poklapa sa realnom slikom, pacijentima koji žive u gradu zdravstvene usluge su mnogo dostupnije i oni imaju manja očekivanja i zahteve, dok su očekivanja pacijenata iz sela i prigradskih naselja izražena u većoj meri i samim tim su oni u realnosti mnogo manje zadovoljni.

U cilju potvrđivanja ili opovrgavanja polaznih hipoteza korišćena je SEM analiza obrade podataka. Podaci podvrgnuti SEM analizi su dali sledeće rezultate, da je vrednost manja od 1% za karakteristiku otvorenosti i sistem autoritativnosti i svetosti zdravstvenih radnika, čime je potvrđeno da otvorenost davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima, autoritativnost davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima i svetost davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima. Analizom podataka došlo se do zaključka da što je zdravstveni radnik otvoreniji, to je pacijent zadovoljniji. Karakteristiku otvorenosti definiše pažljivost ka unutrašnjim osećanjima, preferencija različitosti, entuzijazam, originalnost, široka interesovanja, a sve su ovo osobine koje ako su više izražene kod zdravstvenih radnika, to više zadovoljavaju i pacijenta. Ovim je potvrđena polazna hipoteza da otvorenost davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima.

Analizirajući faktor autoritativnosti koji se izdvojio SEM analizom zaključuje se da što je kod zdravstvenih radnika manje izražena crta autoritativnosti, to je zadovoljstvo kod pacijenta veće. Zdravstveni radnici koji hoće da prekrše stroga pravila, norme i više izađu pacijentima u susret, to će i pacijenti biti zadovoljniji, dok oni zdravstveni radnici koji se ponašaju strogo po pravilima i ne izlaze u susret pacijentima, samim tim i izazivaju manje zadovoljstvo kod pacijenata. Neretko krutost zdravstvenih radnika i njih same dovodi u nezgodnu situaciju to što poštujući neke norme ne mogu da izađu u susret svakom pacijentu i time ispune njihova očekivanja. Ovim je potvrđena i druga polazna hipoteza da autoritativnost davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima.

Analizirajući faktor svetosti (čistote) zdravstvenih radnika, koji se takođe izdvojio SEM analizom, utvrđeno je da što je kod zdravstvenih radnika više izražena crta svetosti, to kod pacijenata izaziva opadanje stepena zadovoljstva dobijenom zdravstvenom uslugom. Čistota profesije se pre svega odnosi na poštovanje Hipokratove zakletve, da zdravstveni radnici pomognu svima koji im se obrate za pomoć, bez obzira na versku, polnu i nacionalnu pripadnost. Zdravstveni radnici koji rade sve čisto, sve po ustaljenim standardima i normama, bez protekcija, izazivaju manje zadovoljstvo pacijenata. Oni zdravstveni radnici koji rade malo izvan svojih ustaljenih normi, oni koji primaju recimo mito za neke usluge koje čine pacijentima, koji hoće da napišu bolovanje iako smatraju da ono nije neophodno, oni kod pacijenata izazivaju veće zadovoljstvo. To se kosi sa literaturom, ali u praksi se pokazalo. Sve je to posledica toga što mnogi pacijenti ne dolaze kod zdravstvenog radnika zato što su zaista bolesni, već iz razloga otvaranja bolovanja, dobijanja nalaza radi odlaska u invalidsku penziju, prikupljanja medicinske dokumentacije za potreba naplate osiguranja. Ovim je potvrđena i treća polazna hipoteza da svetost davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima.

VII DOKAZIVANJE HIPOTEZA

7. DOKAZIVANJE HIPOTEZA NA OSNOVU DOBIJENIH REZULTATA

7.1. DOKAZIVANJE OPŠTIH HIPOTEZA

OH1: Lične karakteristike davaoca usluga utiču na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

OH2: Sistem vrednosti davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

Iz detaljno prikazanog istraživanja dokazano je da lične karakteristike davaoca usluga utiču na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima, čime se potvrđuje prva opšta hipoteza. Takođe je dokazana i druga opšta hipoteza, kojom se pretpostavljalo da sistem vrednosti davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima. Da nijedan od posebnih faktora nije pokazao statistički značajne podatke u istraživanju, opšte hipoteze ne bi bile potvrđene, međutim u istraživanju se pokazalo da su triposebne hipoteze statistički značajne za istraživanje, s toga se obe opšte hipoteze prihvataju i obe imaju uticaja na zadovoljstvo uslugom u zdravstvenim sistemima.

7.2. DOKAZIVANJE POSEBNIH HIPOTEZA

H1: Dimenzija ekstraverzije davaoca usluge ne utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H2: Dimenzija neuroticizma davaoca usluge ne utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H3: Dimenzija otvorenosti davaoca usluge utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H4: Dimenzija prijatnosti davaoca usluge ne utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H5: Dimenzija savesnosti davaoca usluge ne utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H6: Empatičnost davaoca usluge ne utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H7: Pravednost davaoca usluge ne utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H8:Lojalnost davaoca usluge ne utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H9:Autoritet davaoca usluge utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H10:Svetost davaoca usluge utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

Testiranje međugrupnih razlika u vrednostima latentnih aritmetičkih sredina podrazumeva specifikaciju i proveru modela u dve ili više grupa istovremeno. S toga je urađena SEM analiza obrade podataka, kojom je dokazano da dimenzija otvorenosti davaoca usluge utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima, autoritet davaoca usluga utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima, kao i da svetost davaoca usluge utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima.

Na osnovu SEM modela može se zaključiti da su rezultatima istraživanja potvrđene tri pojedinačne hipoteze istraživanja:

H3:Dimenzija otvorenosti davaoca usluge utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H9:Autoritet davaoca usluge utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

H10:Svetost davaoca usluge utiče na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima

VIII ZAKLJUČAK

8. ZAKLJUČCI, NEDOSTACI I PREDLOZI ZA DALJA ISTRAŽIVANJA

U radu je stavljeno težište na međuljudskim odnosima, jer pre svega treba raditi na humanosti, koja je jedna od glavnih predispozicija dobrog zdravstvenog sistema i kvalitetne zdravstvene zaštite. Treba raditi na smanjenju preferencija, koliko je to moguće, i samim tim će pacijenti biti i zadovoljniji. Takođe treba raditi na povećanju humanističkih crta kod zdravstvenih radnika, jer kakav god da je sistem države, zdravstvene zaštite, zdravstvenog osiguranja, treba da se zna da uvek leči čovek.

Originalnost ovog istraživanja ogleda se u nedostatku istraživanja sličnog karaktera, kako na prostoru Republike Srbije, tako i na prostorima šireg regiona. U ovoj disertaciji nude se preliminarni empirijski dokazi o uticaju sistema vrednosti i karakteristika ličnosti zdravstvenih radnika na zadovoljstvo pacijenata. Ukoliko se uporede rezultati ovog istraživanja sa teoretskim pretpostavkama i oskudnim rezultatima prethodnih istraživanja, može se reći da se u slučaju Republike Srbije ostvaruju očekivani efekti između pomenutih aspekata zadovoljstva pacijenata uključenih u istraživanje. Što se praktičnog aspekta tiče, informacije pružene ovim istraživanjem mogu biti od koristi za zdravstvene ustanove u Republici Srbiji, kao i za ustanove u zemljama u tranziciji na prostorima šireg regiona. Na osnovu rezultata istraživanja, menadžment zdravstvenih ustanova može efikasnije usmeravati svoje snage, jer stiče uvid u to šta mogu biti kritični elementi u odnosu zdravstvenih radnika i pacijenata. Osim toga, rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti kao osnova za buduća istraživanja u oblasti zdravstva, sistema vrednosti, ličnih karakteristika zdravstvenih radnika i zadovoljstva pacijenata, iz više razloga. Prvo, koraci metodološkog prilaza istraživačkog okvira ovog istraživanja, od pregleda prethodnih istraživanja i identifikacije ključnih elemenata istraživanja, preko generisanja hipoteza i testiranja hipotetičkog modela uz pomoću uzorka odgovaraju preporukama datim u prethodnim istraživanjima koja obrađuje razmatranu problematiku. Drugo, razvijeni model koji je proistekao iz ovog istraživanja je statistički testiran, validan i pouzdan. Na kraju, hipotetički model je empirijski testiran, a adekvantnost modela ispitana primenjenim statističkim metodama. Ipak, treba napomenuti da buduća istraživanja zasnovana na razvijenom modelu mogu proizvesti drugačije rezultate. U tom slučaju, prilikom tumačenja takvih rezultata treba uzeti u obzir i uslove ponovljivosti istraživanja.

Posmatrajući državni sistem, primarne zdravstvene zaštite, koji postoji od vjkada i koji će uvek postojati, na osnovu sprovedenog istraživanja može se zaključiti da nikada neće postojati potpuno zadovoljstvo primaoca zdravstvenih usluga, dobijenom uslugom, jer primaoci uvek imaju očekivanja, koja su kod nekih manje, a kod drugih više izražena. Problem zadovoljstva, odnosno nezadovoljstva je problem kako razvijenih, tako i nerazvijenih država. Koncept i obim primarne zdravstvene zaštite zavise od materijalnih sredstava države kao i toga koliko država ulaže u sistem zdravstvene zaštite. Uspeh je u postojećim uslovima pružiti kako zdravstvenim radnicima, tako i pacijentima najbolje uslove za rad i lečenje. Ako postoje izgrađene dobre ljudske osobine i ako postoji empatija i dobro obrazovanje zdravstvenih radnika to umnogome smanjuje nezadovoljstvo pacijenata i to predstavlja ključnu crtu ovog istraživanja. Empatiju, požrtvovanje koje treba da poseduje dobar zdravstveni radnik, treba razvijati još na studijama, treba probuditi svest zdravstvenih radnika time da je uspešan zdravstveni radnik, onaj koji i sa najmanje resursa, najbolje radi svoj posao.

U radu je pokazano da nema pretenzije da se menja zdravstveni sistem, jer je to jedan od većitih problema, ali je cilj bio da se pokaže kako raditi na tome da bude bar na zadovoljavajućem nivou. Kada su humani uslovi ljudi će raditi i u teškim uslovima, ali ako rade u nehumanim uslovima niko neće biti ni motivisan ni zadovoljan, ni radnik ni pacijent. I život je to što nam govori da su i sami zdravstveni radnici ljudi, da i oni sami mogu da budu pacijenti i onda bi voleli da im se lekar koji njima pomaže ima kvalitetne personalne i moralne karakteristike ličnosti. Ova svest se mora graditi i na studijama, i u upravljačkom poslu. Što ljudi doživljavaju državu stabilnijom, što manje korumpiranom smanjiće se jaz između realne slike i preferencija.

Dolazi se do važnog zaključka da svaki zdravstveni radnik treba na što humaniji način da ispuni svoj životni i profesionalni zadatak jer je očuvanje zdravlja osnovna vrednost svakog čoveka, kao i pomaganje u prevazilaženju bolesti ukoliko do nje dođe. Jer zadovoljan pacijent je pola izlečen pacijent. Otvorenost, autoritativnost i svetost zdravstvenih radnika utiču na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima.

Naučni značaj ovog rada je u tome da, postoji direktna veza između sistema vrednosti i karakteristika ličnosti davaoca usluga na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima. Praktični doprinos rada je da se u okviru bilo koje strategije za unapređenje zadovoljstva primaoca usluga u zdravstvenim sistemima mora voditi računa o personalnim karakteristikama davaoca usluga i da se sa druge strane radi na rešavanju većitog problema, a to je malo ulaganje u zdravstveni sistem Republike Srbije. Nesporno je da sistem pati od kadrovskih neodstatata, ne šalju se zdravstveni radnici na specijalizacije i samim ti se došlo do toga da mladi ljudi napuštaju zemlju, a u zdravstvenom sistemu ostaje samo deficit specijalista kao što su radiolozi, oftalmolozi, pedijatri na nivou primarne zdravstvene zaštite.

Treba probuditi svest kod zdravstvenih radnika, da svaki čovek tokom celog života izdvaja doprinose za zdravstveno osiguranje i da kada se desi da ima problem treba da mu se ukaže pomoć na najvišem nivou. Moralna psihologija je brzo rastuće polje, ali napredak je ograničen kvalitetom i dostupnošću postojećih mera. Uticaji emocije i spoznaje na moralnu procenu ili istraživanje neurološke osnove moralne presude zahtevaju validirani, standardizovani skup stimulusa koji pokriva moralnu oblast (Clifford, Iyengar, Cabeza, Sinnott-Armstrong, 2015).

Slične rezultate objavio je Huseinspahić (2011), na primeru istraživanja kvaliteta kao pretpostavke za zadovoljstvo pacijenata. On je takođe delimično potvrdio da je nivo ne/zadovoljstva pacijenata rezultat ukupne percepcije kvaliteta zdravstvenih usluga, odnosno potvrđivanja ili nepotvrđivanja preferencija u pogledu tehničke i funkcionalne dimenzije kvaliteta usluga u zdravstvu¹⁷. Takođe, istraživanje objavljeno od strane Shan (2016), zadovoljstvo pacijenata sa zdravstvenom zaštitom je na niskom nivou u Heilongjiang u Kini. Osnovni problem lošeg zadovoljstva pacijenta je nedostatak pacijentovog poverenja u zdravstvenog radnika. Pored toga, nejednakost prava pacijenata i slabiji kvalitet usluga doprinose nezadovoljstvu pacijenata sa zdravstvenom zaštitom. Istraživanjem je pokazano da bi reforma postojećeg sistema zdravstvenog osiguranja, kao i poboljšanje kvaliteta usluga ključ za rešavanje problema nepoverenja. Iz priloženih rezultata ovog istraživanja, kao i iz istraživačkog rada u regionu i na drugom kontinentu, jasno se vidi da postoji problem u sistemu zdravstvene zaštite, koji bi država trebala poboljšati kako bi pacijenti bili zadovoljniji. Medicinski standard stvara konfliktne zone i etičke dileme, dok sloboda izbora prema tipu medicinske procedure preferira upućuje na način razumevanja, prihvatanja i primene novog (Ross, 2013). Etika dolazi sa porukom konceptom zdravlja uz lično pitanje, ograničeno na zadovoljstvo ili nezadovoljstvo pacijenta (Toader, Dana, 2014)

Rezultati istraživanja imaju nekoliko implikacija:

- pokazuju važnost sistema vrednosti i ličnih karakteristika posmatranih kroz otvorenost, autoritativnost i svetost zdravstvenih radnika u postizanju ukupnog zadovoljstva pacijenat,
- dobijeni rezultati pokazuju da pre svega leči čovek i njegov odnos prema pacijentu,
- da nisu samo dovoljna materijalna ulaganja u sistem zdravstvene zaštite nego da su bitne i ljudske osobine davaoca usluga,
- da je u procesu školovanja zdravstvenih radnika potrebno obratiti pažnju i na njihove ljudske karakteristike i to pre svega moralne.

Nedostaci u istraživačkom radu uvek postoje, a neki koji se javljaju u ovom istraživačkom radu su:

- istraživanje se moglo sprovesti na većem uzorku,
- uzorak istraživanja se mogao proširiti na ispitanike u celoj Republici Srbiji,
- istraživanje se moglo sprovesti po regionima,
- mogli su se koristiti drugi instrumenti za dobijanje rezultata.

Na osnovu pomenutih nedostataka dolazi se do predloga za dalja istraživanja i to:

- ispitati motivisanost zdravstvenih radnika,
- ispitati emotivni status zdravstvenih radnika, kako emocionalne karakteristike davaoca usluga utiču na zadovoljstvo primaoca usluga u zdravstvenim sistemima, i za to koristiti još jedan upitnik,
- istraživanje u kom bi primaoci zdravstvenih usluga, procenjivali stručnost zdravstvenih radnika,
- istraživanje u kom bi se zdravstveni radnici izjašnjavali kako su zadovoljni svojim radom i to dovesti u korelaciju sa zadovoljstvom korisnika zdravstvenih usluga,
- ispitivati moralnost zdravstvenih radnika u slučaju otvaranja bolovanja

8.1. POSTOJEĆE STRATEGIJE ZA UNAPREĐENJE ZADOVOLJSTVA KORISNIKA ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM

- preventivne zdravstvene usluge, skriningi koji podrazumevaju masovno pozivanje ciljane populacije, bez simptoma na testiranje i tumačenje testova, sa ciljem da se identifikuju osobe pod visokim rizikom za nastanak maligne bolesti, praćeno kontrolom kvaliteta i izveštavanjem. Nacionalni skrining karcinoma grlića materice se sprovodi na ženskoj populaciji uzrasta od 25. do 65. godine i podrazumeva jednostavno i bezbolno uzimanje PAPA brisa u okviru ginekološkog pregleda, jedanput u 3 godine, a analizu i procenu vrše citoskrineri i supervizori u citološkoj laboratoriji. Skrining omogućava, ne samo otkrivanje raka grlića materice u ranoj fazi, već i otkrivanje prekancerogenih promena, čijim se uklanjanjem sprečava nastanak malignih promena. Osnovni cilj skrininga karcinoma grlića materice je i otkrivanje premalignih promena epitela grlića materice, kao i dijagnostika karcinoma u ranom stadijumu, kada su šanse za potpuno izlečenje najveće. Nacionalni program za skrining grlića materice je organizovan upravo u instituciji Dom zdravlja “Novi Sad” u Službi za zdravstvenu zaštitu žena i citološkoj laboratoriji, je pregledano ukupno 105.046 pacijantkinje u toku 2016.godine. Od ukupnog broja pregledanih PAPA nalaza, negativnih nalaza je bilo 79.639 (95,17%), suspektnih nalaza¹² je bilo 3.377 (4.06%), a neadekvatnih 189 (0.23%). Rade se još skriningi dojke (ultrazvuk i mamografija za pacijentkinje starije od 40 godina), skrining za kancer debelog creva (testovi za oklutno krvarenje).
- ulaganje u stručni kadar, važno je da se zdravstveni radnici stalno edukuju, koriste nove standarde i aparate u dijagnostikovanju i lečenju bolesti.
- promocija zdravih stilova života, u saradnji sa gradskom upravom za zdravstvo grada Novog Sada Dom zdravlja “Novi Sad”, učestvuje i organizuje razne projekte za građanstvo, “Otvorena vrata Doma zdravlja”, gde građani mogu da izmere šećer u krvi, pritisak, indeks gojaznosti i dobiju savete za pravilnu ishranu na osnovu rezultata, “škola odvikavanja od pušenja”, “škola roditeljstva”, gde budući roditelji imaju priliku da nauče od lekara specijalista sve neophodno za pravilan odgoj deteta, “Alternativne metode u ishrani”, “Anemija ili malokrvnost, bolest savremenog doba”.
- uvođenje integrisanog informacionog sistema (IZIS), integrisani zdravstveni informacioni sistem Republike Srbije predstavlja centralni elektronski sistem, u kome se čuvaju i obrađuju svi medicinski i zdravstveni podaci pacijenata, podaci zdravstvenih radnika i saradnika, podaci zdravstvenih ustanova, zdravstvene intervencije i usluge izvršene u zdravstvenim ustanovama, podaci elektronskih uputa i elektronskih recepata, podaci o zakazivanju za specijalističke preglede, dijagnostičke procedure i hirurške intervencije.

Integrisani zdravstveni informacioni sistem obezbeđuje jedinstvo podataka u zdravstvu i jedinstvenu informaciono-komunikacijsku infrastrukturu za upravljanje

12

Suspectus Suspektan, sumnjiv.

podacima. Uvođenjem i primenom integrisanog zdravstvenog informacionog sistema se omogućava lakše i bolje planiranje u oblasti zdravstvene zaštite i stvaranja boljih zdravstvenih politika, takođe se povećava kvalitet zdravstvenih usluga, povećava se transparentnost informacija, povećava se blagovremeno izveštavanje pacijenata i šire javnosti, obezbeđuje se transparentan i objektivan stav prema pacijentima i poboljšava se pristup zdravstvenim ustanovama, smanjenjem vremena čekanja na zdravstvenu uslugu. Preko IZIS-a se omogućava unos, prikupljanje, skladištenje i razmena podataka vezanih za zdravstveni sistem u Republici Srbiji. Podaci se čuvaju i održavaju u centralnoj bazi podataka, dok je sistem integrisan sa postojećim sistemima, koji se koriste u Ministarstvu zdravlja ili u zdravstvenim ustanovama u državnoj svojini.

- uvođenje integrisanog informacionog sistema “moj doktor”, integrisani informacioni zdravstveni sistem „Moj doktor“, izabrani lekar zakazuje termin kod specijaliste ili preglede na ultrazvuku, magnetnoj rezonanci, skeneru, mamografu. Više neće postojati papirni uputi i sveske za upisivanje termina, a i papirne recepte zameniće elektronski kada u Srbiji bude zaživeo elektronski potpis. Krajem 2017. godine sve zdravstvene ustanove u Srbiji su povezane ovim sistemom. To će doneti olakšice pacijentima, ali i sprečiti nestašice zdravstvenog materijala. Sistem je već počeo da se primenjuje u Nišu, Kragujevcu. Početkom maja počelo je umrežavanje ustanove u Beogradu, a krajem maja i u Vojvodini. Ovim se očekuje da će se liste čekanja smanjiti na mesec dana. U Makedoniji, po čijem primeru ovo radimo, pacijenti su čekali i do 10 meseci, a sada ne čekaju duže od 15 dana.
- izdavanje recepata koji traju pola godine, smanjiće se redovi čekanja na preglede kod lekara u Službi opšte medicine i u Službi za zdravstvenu zaštitu radnika. Pacijenti koji dođu zbog virusnih ili bakterijskih infekcija, zbog upućivanja na lekara specijalistu, brže će doći na red kod lekara. Pacijenti koji imaju ustaljenu terapiju neće dolaziti po recepte jednom mesečno, nego jednom u pola godine.

8.2. STRATEGIJE ZA UNAPREĐENJE ZADOVOLJSTVA KORISNIKA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE NA OSNOVU SPROVEDENOG ISTRAŽIVANJA

- insistiranje na humanosti zdravstvenih radnika još za vreme studija, gde treba da izgrade ljudski odnos, koji će nakon fakultetskog obrazovanja preneti na pacijente,
- insistiranje na empatičnosti zdravstvenih radnika u odnosu prema pacijentima,
- insistiranje na odredbama Hipokratove zakletve, ne samo pri polaganju, već da se poštuju uvek,
- insistiranje na ravnopravnosti pacijenata, bez obzira na polnu, nacionalnu i versku pripadnost,
- čuvanje tajne o zdravstvenom stanju pacijenta pri lečenju,
- dostupnost zdravstvenih radnika pacijentima, otvorenost prema tržištu zdravstva.

Neke od postojećih strategija za unapređenje zdravstvene zaštite se poklapaju kako sa predloženim strategijama na osnovu sprovedenog istraživanja, tako i sa nekim odredbama Hipokratove zakletve.

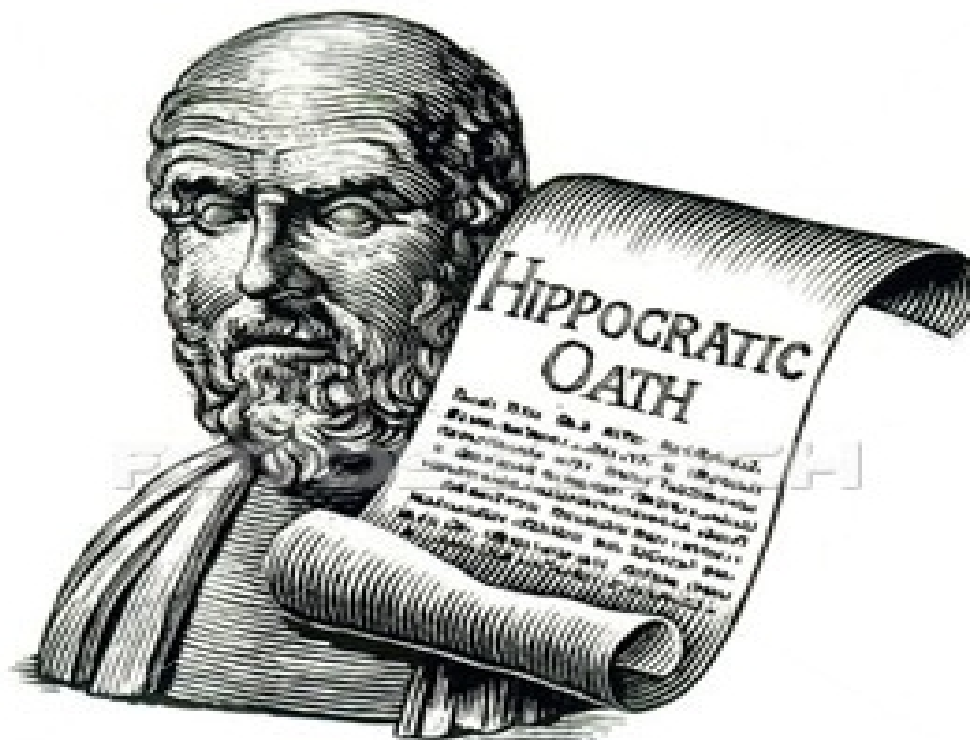
Corpus Hipocraticum je nastao u Grčkoj između 5. i 3. veka p.n.e., te je on u našoj kulturi izvorna tačka svih zdravstvenih zakletvi i kodeksa. Radi se o 59 delova u kojima se govori o tadašnjim etičkim aspektima medicinskog rada. Njihovu okosnicu, kao i uzor za sastavljanje budućih zdravstvenih zakletvi čini Hipokratova zakletva:

"Kunem se Apolonom liječnikom, Asklepijem; Higijejom i Panakejom, svim bogovima i božicama, zovući ih za svjedoke, da ću po svojim silama i savjesti držati ovu zakletvu i ove obveze. Stoga ću učitelja ovoga umijeća štovati kao svoje roditelje, njegovu ću djecu držati svojom braćom, a budu li htjeli učiti ovu umjetnost, puočavat ću ih bez ugovora i bez plaće. Puštat ću da sudjeluju kod predavanja i obuke i u svem ostalom znanju moja djeca i djeca moga učitelja. Učit ću i đake koji se budu ugovorom obvezali i ovom zakletvom zakleli, ali nikoga drugoga. Svoje propise odredit ću po svojim silama i znanju na korist bolesnika i štitit ću ga od svega što bi mu moglo škoditi ili nanijeti nepravdu. Nikome neću, makar me za to i molio, dati smrtonosni otrov, niti ću mu za nj dati savjet. Isto tako neću dati ženi sredstvo za pometnuće ploda. Isto ću i pobožno živjeti i izvršavati svoju umjetnost. Neću operirati mokraćne kamence, nego ću to prepustiti onima koji se time bave. U koju god kuću stupim, radit ću na korist bolesnika, kloneći se hotimičnog oštećivanja, a osobito zavođenja žena i muškaraca, robova i slobodnih. Što po svojem poslu budem saznao ili vidio, pa i inače, u saobraćaju s ljudima, koliko se ne bude javno smjelo znati, prešutjet ću i zadržati tajnu. Budem li održao ovu zakletvu i ne budem li je prekršio, neka mi bude sretan život i ugled ljudi do u daleka vremena; prekršim li ovu zakletvu i zakunem li se krivo, neka me zadesi protivno." (Izvor: domzdravljanis.co.rs)

Za zdravstvenu profesiju najvažnije oruđe za rad treba da budu znanje i savest. Savest bez znanja je nekorisna. Znanje bez savesti je nemoral i opasnost. Zato su i najbolje organizacije one koje sve učesnike u lancu pružanja pomoći pacijentima čine zainteresiranim za uspešno lečenje. Na taj način se eliminiše sujeta, da se ne leči ono što se ne zna, već šalje onome ko zna.

Nekada je zdravstveni radnik bio medicinski i moralno osposobljen za svoj posao. Danas, pojedinac, zdravstveni radnik ne uspeva da odgovori svim zahtevima. U zdravstvenim ustanovama se osnivaju stručni saveti, stručni kolegijumi, komisija za unapređenje kvaliteta rada, komisija za akreditaciju, etički odbor, komisija za recenziju i edukaciju, koja uz pomoć menadžmenta, zdravstvenih radnika, administrativnih radnika, čini da zdravstvena ustanova funkcioniše na najbolji moguć način i pruži krajnjim korisnicima zdravstvenih usluga najbolje moguće.

Slika 4: Hipokratova zakletva



Izvor: <https://svetmedicine.com/images/Istorija/hipokratovazakletva3.jpg>

IX LITERATURA I PRILOZI

LITERATURA**A**

Abdal Kareem A, Aday LA, Walker GM Jr. Patient satisfaction in government health facilities in the state Qatar. *J Community Health*, 1996; 21(5): 349-58.

Aiken, Stein, & Bentler, 1994; Thompson & Green, 2006).

Aizpuru BF. Barriers to verbal communication and consumer satisfaction with consultations in general medicine. *Gac Sanit*, 1993; 7(34): 27-31.

B

Bakić, O., Ljubojević, Č., Živković, A., Menadžment usluga u savremenoj ekonomiji, Beograd, Ekonomski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 1998:16

Berbera S., „Istorija somborskog zdravstva“, 2004.

Bodmer, U. and Vaughan, D.R. (2009), ‘Approaches to Preventing Crises in Family Controlled Small Enterprises’, *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics*, Volume 2, Number 1, pp. 41–58.

Bulman, R. J., & Wortman, C. B. (1977.) Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35: 351-363.

Burnett, J.J. (1998), ‘A Strategic Approach to Managing Crises’, *Public Relations Review*, Volume 24, Number 4, pp. 475–488.

Buss, D. M. (1995). Evolutionary psychology: A new paradigm for psychological science. *Psychological Inquiry*, 6, 1-31.

C

Canady JW, Means ME, Wayne I. Continuity of care: University of Iowa Cleft Lip/Palate Interdisciplinary Team. *Cleft Palate Craniofac J*, 1997; 34(5): 443-6.

Caprara, Barbaranelli i Borgogni, 1993., 2005

Carse, A.L. (1991). The ‘Voice of Care’: Implications for Bioethical Education. *J Med Philos*, 16 (1): 5-28.

Cattell, R.B. (1978), *The Scientific Use of Factor Analysis in the Behavioral and Life Sciences*, Plenum Press, New York.

- Chaytor, A.T., Spence, J. (2012). Do students learn to be more conscientious at medical school? *BMC Medical Education*, 12:12:54.
- Clark CA, Pokorny ME, Brown ST. Consumer satisfaction with nursing care in a rural community hospital emergency department. *J Nurs Care Qual*, 1996; 10(2): 49-57.
- Crane JA: Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med*, 1997; 15(1): 1-7.
- Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med*, 1996; 42(7): 1085-93
- Collier Macmillan 1968 A. Introduction to the theory of finance, New York, 1968.
- Costa PT Jr, McCrae RR. Revised NEO personality inventory (NEOPI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI); professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992.
- Crant ES, Quality Medical Care A definition *JAMA*, 1988, 280:56-61
- Cucić V. Satisfakcija korisnika - novi sadržaji u evaluaciji zdravstvene zaštite. *Zdravstvena zaštita*, 1982; 11(6): 6-12.

D

- Delić, M. (2013), Uticaj sistema menadžmenta i primene informacionih tehnologija na performanse organizacije, University of Novi Sad, Faculty of Technical Sciences
- Digman, 1989; Digman, 1990; Goldberg, 1990)
- "Dimenzije sistema za poboljšanje kvaliteta". (Sl. glasnik RS, br. 15/2009)
- Donabedian A. Quality assurance in health care, *Quality in Health care*, 1992; (18).
- Donabedian, A. Evaluating quality of medical care. *Milbank Q*. 1996;44:166–206.

F

- Fakhoury W, McCarthy M, Addington Hall J. Determinants of informal caregivers' satisfaction with services for dying cancer patient. *Soc Sci Med*, 1996; 42(5): 721-31.
- Filipović, V., Cicvarić S., Štavljanin V., Damjanović V., Radojičić Z., Žarkić Joksimović N., Gogić A., Uticaj proaktivnog pristupa menadžera zdravstvenih institucija komunikacijskim aktivnostima na zadovoljstvo bolesnika, *Vojnosanitetski Pregled* 2010; 67(4): 267–271.
- Friedenberg, L. (1995), *Psychological Testing: Design, Analysis, and Use*, Allyn and Bacon, Boston, MA.

G

Gardiner, P. (2003). A virtue ethics approach to moral dilemmas. *J Med Ethics*, 29:297-302.

Godišnji izveštaj Doma zdravlja „Novi Sad“, 2016.

Gray LC. Consumer satisfaction with physician provided services: a panel study. *Soc Sci Med*, 1980; 14A: 65-73.

H

Hilde,E;Tom,E;(2005). Komunikacija sestra-pacijent.saradnja,rešavanje konflikata,etika (prevodilac sa norveškog jezika Zorica Mitić).-Udruženje medicinskih sestara i tehničara Srbije, 2005.Beograd.

Hill, G. W. (1981.) Group versus individual performance. *Psychological Bulletin*, 91: 517-539.

Huseinspahic, N., Kvalitet kao pretpostavka na zadovoljstvo pacijenata, *South Estern Europe Health Journal (SEEHSJ)*, Volume 1, Number 1, November (2011): 67-72

I

Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut" sačinio je "Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o obaveznim pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite".

J

Jesse Graham, Jonathan Haidt, Sena Koleva, Matt Motyl, Ravi Iyer, Sean P. Wojcik, & Peter H. Ditto, *Moral Foundations Theory: The Pragmatic Validity of Moral Pluralism*, in press, *Advances in Experimental Social Psychology*

J & J Haidt Grejem, 2007; J. Haidt & K. Džozef, 2004

John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In: Pervin LA, John OP, eds. *Handbook of personality-theory and research* 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1999.

Jovin S., *Menadžment aspect usluga*, 2011:3-6

K

Kets de Vries, M. (1984.) *The neurotic organization*. San Francisco: Jossey-Bass

Kodeksa medicinske etike, 2012

Kotler,P.(2001.).Upravljanje marketingom-analiza planiranje,primena i kontrola.
Zagreb:mate.

L

Larrabee JH, Ferri JA, Hartig MT. Patient satisfaction with nurse practitioner care in primary care, 1997; 11(5): 9-14.

Larson CO, Nelson EC, Gustafson D. Int J Qual Health Care, 1996; 8(5): 447

Law ML. A telephone survey of day-surgery eye patients. J Adv Nurs, 1997; 25(2): 355-63.

Leavey G, King M, Cole E. First-onset psychotic illness: patients' and relatives' satisfaction with services. Br J Psychiatry. 1997; 170: 53-7.

Lehman, D. R., Wortman, C. B., & Williams, A. F. (1987.) Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 218- 231.

Liu H, Zhao S, Jiao M, Wang J, Peters DH, Qiao H, et al. Extent, Nature, and Risk Factors of Workplace Violence in Public Tertiary Hospitals in China: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(6):6801–17

Lochman J. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health*, 1983; 9(2).

Lohr, K.N., Schroeder, S.A. A strategy for quality assurance in Medicare.*N Engl J Med*. 1990;322:1161–1171.

M

Mansour AA, Al Osimy MH. A study of satisfaction among primary health care patients in Saudi Arabia. *J Community Health*, 1993; 18(3).

Maslow A., A Teory of Human Motivation, *Psychological review*, 1943., 50 (370-96)

McKinley RK, Manku ST, Hastings AM. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kindgom: development of a patient questionnaire. *BMJ*, 1997; 314(7075): 193-8.

Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o pokazateljima kvaliteta rada, listama čekanja, zadovoljstvu pacijenata i obuci zaposlenih. Beograd: Institut za zaštitu zdravlja Srbije, 2004.

Michael A. Counte, Ph.D. ,School of Public Health, Saint Louis University, November 2007.

Mill, J.S. (2013). Utilitarianism, In: Ethical Theory: An Anthology, Second Edition. Edited by Russ Shafer-Landau. © 2013 John Wiley & Sons, Inc. Published 2013 by John Wiley & Sons, Inc. 417-423.

M.,Nenadović, Medicinska etika, Beograd, 2007

Murray H, Locker D, Mock D. Patient satisfaction with a consultation at a craniofacial pain unit. *Community Dent Health*, 1997; 14(2): 69-73.

Monografija Doma zdravlja "Novi Sad", 2017; 46-83.

P

Parks, C. M. (1971.) Psycho-social transitions: A field study. *Social Science and Medicine*, 5: 101-115.

Podsakoff, P.M., Mackenzie, S.B., Lee, J. and Podsakoff, N.P. (2003), 'Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies', *Journal of Applied Psychology*, Volume 88, Number 5, pp. 879–903.

Polazno stanovište ranijeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Sl. glasnik RS, br. 17/92, 26/92 – ispr., 50/92, 52/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 18/2002 i 101/2005 – dr. zakon – dalje: raniji Zakon).

Porodični zakon (Sl. glasnik RS, br. 18/2005).

R

Ranković, V.R.;(2004), Metodika i organizacija zdravstvene nege , Beograd.

Ross, E.G., A Call to Integrate Ethics and Evidence-Based. *Medicine Virtual Mentor*, 2013; 15 (1):86-89

S

Schneider, B., Bowen, D., *Winning the service game*, Boston, Harvard Business School Press, 1995:200

Schramm, F.R. (2011). Is bioethics of protection pertinent and legitimate? *Revista Bioética* 19 (3), 13-24.

Scott Clifford, Vijeth Iyengar, Roberto Cabeza, Walter Sinnott-Armstrong, Moral foundations vignettes: a standardized stimulus database of scenarios based on moral foundations theory, *Behavior Research Methods*, 2015; Volume 47 (4) 1178-1198.

Shan, L., Li, Y., Ding, D., Wu, Q., Lui, C., Jiao, M., Hao, Y., Han, Y., Gao, L., Hao, J., Wang, L., Xu, W., Ren, J., Patient Satisfaction with Hospital Inpatient Care: Effects of Trust, Medical Insurance and Perceived Quality of Care, 2016; Volume 10(11)

Shrivastava, S., Sonpar, K. and Pazzaglia, F. (2009), 'Normal Accident Theory Versus High Reliability Theory: A Resolution and Call for an Open Systems View of Accidents', *Human Relations*, Volume 62, Number 9, pp. 1357– 1390.

Smiljanic, V., Razvojna psihologija, Beograd, 1984.

Smederevac S. Govor i ličnost ili govor ličnosti. Beograd, Zadužbina Andrejević, 2002.

Stepanov S., Paspalj D, Bitulija M., Motivacija zaposlenih kao ključni pokazatelj zadovoljstva poslom, 2016, 55-61

Strategije stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata, Službeni glasnik RS, br.15/2009

T

Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2001), *Using Multivariate Statistics*, Allyn and Bacon, Boston, MA.

Thomas S, Glynne JR, Chait I. Is it worth the wait? A survey of patients' satisfaction with an oncology outpatient clinic. *Eur J Cancer Care*, 1997; 6(1): 50-8.

Toader E., Dana D., Medical Responsibility as Moral and Ethical Foundation for the Professional Conduit, 2014; 955-961

Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology*, 1997; 87(4): 856-64.

V

Veronda MF. Patient satisfaction in managed care: Department of Public Administration, University of Nevada, Las Vegas, 2001.

W

Wiebe JS, Christensen AJ. Patient adherence in chronic illness: personality and coping in context. *J Pers* 1996;64:815-35.

WHO Regional Office for Europe: Evaluating the Adequacy of Health Care through a Study of Consumer Satisfaction, Report on a WHO Study, 1990.

Wohlgemut, J.M., Jansen, J.O. (2013). The principles of non-operative management of penetrating abdominal injury. *Trauma*, 15:289-300.

Z

Zakon o obligacionim odnosima (“Sl. list SFRJ”, br. 29/78, 39/85, 45/89 – odluka USJ i 57/89, “Sl. list SRJ”, br. 31/93 i “Sl. list SCG”, br. 1/2003 – Ustavna povelja)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS, broj 107/05), Republika Srbija

URL

Izvor: <http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Personality-BigFiveInventory.pdf>

Izvor: www.moralfoundations.org/questionnaires

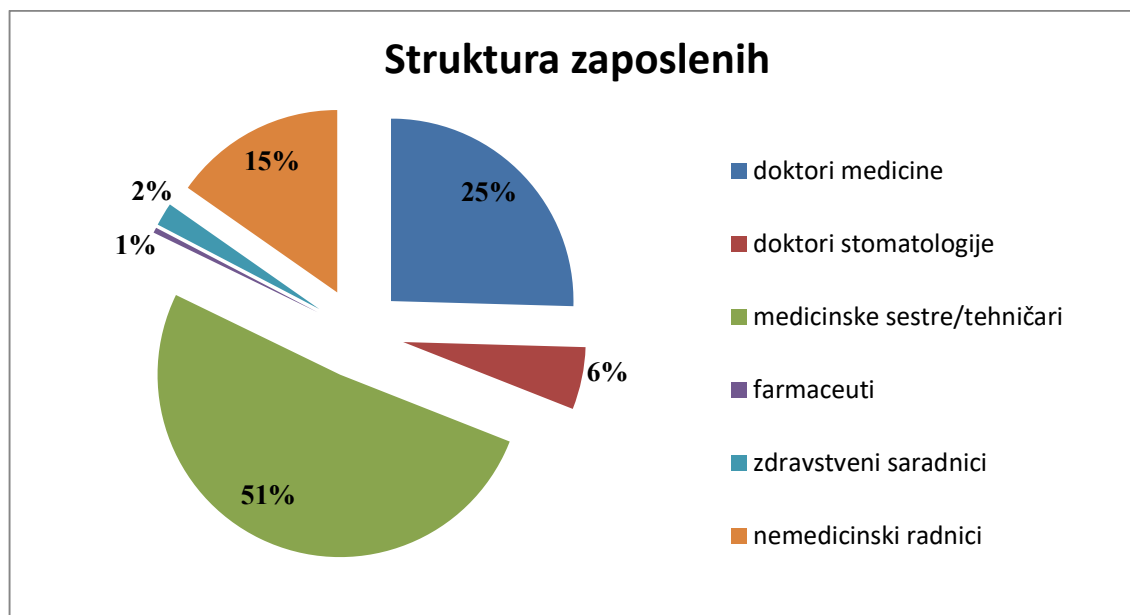
PRILOZI

PRILOG 1

Dom zdravlja “Novi Sad”

Dom zdravlja “Novi Sad”, najveći Dom zdravlja u regionu, sa najvećim brojem zaposlenih, najviše pruženih usluga i najintenzivnijim protokom pacijenata, je uzet kao najmerodavniji za jedno istraživanje, kakvo predstavlja doktorska disertacija. U Novom Sadu ne postoji opšta bolnica, kao vodeća zdravstvena ustanova na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, pa iz tog razloga Dom zdravlja “Novi Sad” ima veliku ulogu u premošćavanju između primarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite. Najveći Dom zdravlja u Republici Srbiji, ali i u regionu. Najveći prema broju stanovnika (357.128 građana Novog Sada, Petrovaradina i Sremskih Karlovaca) kojima pruža zdravstvenu zaštitu, ima najveći broj pruženih usluga (8.835.567 u 2016. godini) i najviše zaposlenih (1.465 radnika). Prema ovim pokazateljima, nema premca ni među drugim velikim domovima zdravlja u univerzitetskim gradovima (Beograd, Niš, Kragujevac). Pored Novosadskog Doma zdravlja za ispitivanje su uzeti i Dom zdravlja u Kuli i Dom zdravlja u Somboru, jer po geografskom području čine jednu celinu i predstavljaju najveće Domove zdravlja u Vojvodini. Takođe poseduju Službe opšte medicine i medicine rada i sa te strane čine drugu celinu gde rezultati mogu da nam budu merodavni, posmatrajući zadovoljstvo pacijenata koji se leče kod svojih izabranih lekara. I kao još jedno poređenje možemo da dođemo do saznanja da li postoji razlika u dokazivanju hipoteza u različitim sredinama i gradovima po veličini. Dom zdravlja “Novi Sad” predstavlja najveći Dom zdravlja na Balkanu, zatim sledi Dom zdravlja u Somboru, koji je manji i Dom zdravlja u Kuli koji predstavlja jednu dosta manju sredinu.

Grafik 23: Struktura zaposlenih Doma zdravlja “Novi Sad”



Izvor: Monografija Doma zdravlja “Novi Sad”, 2017.

Dom zdravlja “Novi Sad” čini jedanaest službi, od kojih su za potrebe ovog istraživanja uzete dve, Služba opšte medicine i Služba za zdravstvenu zaštitu radnika, pošto dve pomenute Službe poseduju i druga dva Doma zdravlja, gde je istraživanje sprovedeno.

Tabela 32: Službe Doma zdravlja “Novi Sad”

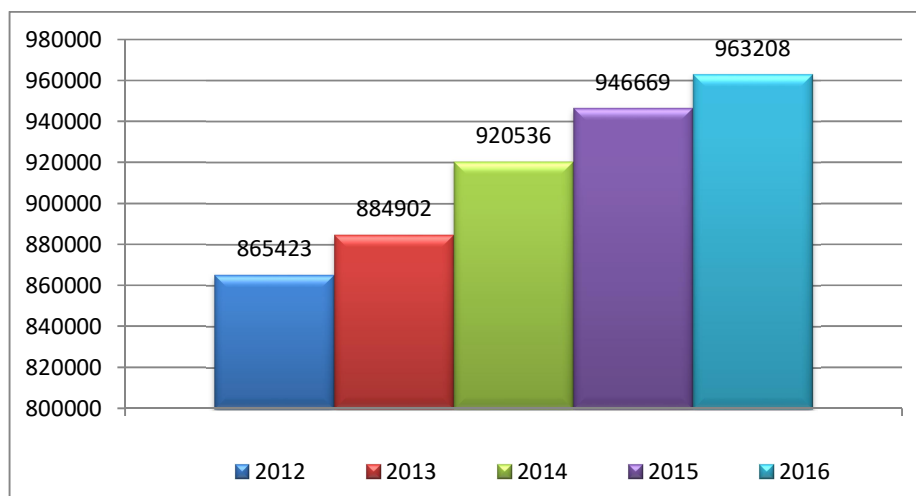
Službe	Br. pruženih usluga u 2016. godini
Služba opšte medicine	1.244.258
Služba zdravstvene zaštite radnika	291.307
Služba zdravstvene zaštite dece	485.779
Služba zdravstvene zaštite žena	228.221
Služba stomatološke zdravstvene zaštite	314.251
Služba zaspecijalističko- konsultativnu delatnost	935.710
Služba laboratorijske dijagnostike	2.486.707
Služba kućnog lečenja i nege	244.131
Služba patronaže;	72.705
Ukupno	6.303.069

Izvor: Monografija Doma zdravlja “Novi Sad”, 2017.

Služba opšte medicine je najveća Služba Doma zdravlja “Novi Sad”. Građanima Novog Sada i Sremskih Karlovaca, starijim od 18 godina pružaju se zdravstvene usluge iz oblasti lečenja, preventive, dijagnostike i terapije.

U 2016. Godini u Službi je pruženo 963.208 kurativnih i preventivnih, kao i 210.069 dijagnostičko-terapijskih usluga odrasloj populaciji koje na teritoriji koju svojom delatnošću pokriva Dom zdravlja “Novi Sad” ima ukupno 289.676 (građani koji imaju 19 godina i više), iz čega proizilazi da je samo u pomenutoj Službi pruženo ukupno 1.173.277 zdravstvenih usluga. Svake godine se povećava i broj pregledanih pacijenata, kao i broj pruženih usluga jer se i broj građana Novog Sada iz godine u godinu sve više povećava. Na intenzitet korišćenja zdravstvene zaštite utiče i povećanje udela starog stanovništva koje češće koristi zdravstvenu zaštitu i multimorbiditet.¹³

Grafik 24: Broj preventivnih i kurativnih poseta od 2012. do 2016. godine u Službi opšte medicine



Izvor: Monografija Doma zdravlja “Novi Sad”, 2017.

¹³Morbiditet je u demografskom smislu, apsolutni ili relativni broj oboljenja u određenoj grupi za određeni period. Na osnovu toga moguće je pratiti tok određenih pojava kao što je na primer smrtnost dece, dužina trajanja života i sl.

Služba opšte medicine je dostupna svim odraslim građanima po najstrožijim merilima dostupnosti primarne zdravstvene zaštite. Rad Službe opšte medicine odvija se 365/366 dana u godini, u 22 odeljenja i 4 ambulante, smeštene u ukupno 27 objekata, od kojih su 11 u gradu i 16 u vangradskim naseljima:

Tabela 33: Odeljenja Službe opšte medicine

Odeljenje u Begeču	Branka Radičevića 5
Odeljenje u Budisavi	Školska 1
Odeljenje u Bukovcu	Karađorđeva 190
Odeljenje Bulevar	Bulevar Mihajla Pupina 23
Odeljenje u Veterniku	Kralja Aleksandra 67
Odeljenje Vršačka	Vršačka 28
Odeljenje Izvršno veće	Bulevar Mihajla Pupina 16
Odeljenje Jovan Jovanović Zmaj	Zmaj Ognjena Vuka 19
Odeljenje Jug Bogdana	Jug Bogdana 2
Odeljenje u Jugovićevu	Tarasa Ševčenka 1
Odeljenje u Kaću	Kralja Petra Prvog 8
Odeljenje u Kisaču	Slovačka 49
Odeljenje na Klisi	Senandrejski put 100
Odeljenje u Kovilju	Svetozara Miletića 5
Odeljenje u Novim Ledincima	Zmaj Jovina 12
Odeljenje u Starim Ledincima	Vuka Karadžića 98
Odeljenje Liman	Bulevar cara Lazara 77
Odeljenje Novo naselje	Bulevar Slobodana Jovanovića 9
Odeljenje u Petrovaradinu	Jože Vlahovića 8
Odeljenje Rumenačka	Rumenačka 102
Odeljenje u Rumenci	Oslobođenja 22
Odeljenje u Sremskoj Kamenici	Vojvode Putnika 5
Odeljenje u Sremskim Karlovcima	Železnička 8
Odeljenje u Stepanovićevu	Vojvode Putnika 16
Odeljenje u Čeneju	Salaš bb
Odeljenje u Futogu	Proleterska 1
Odeljenje u Šangaju	Školska bb

Izvor: Monografija Doma zdravlja “Novi Sad”, 2017.

Služba zdravstvene zaštite radnika Doma zdravlja “Novi Sad”

Služba za zdravstvenu zaštitu radnika, Doma zdravlja “Novi Sad” je nastala od prvog Dispanzera za medicine rada u Vojvodini i među prvima u Srbiji, koji je osnovan Rešenjem Opštine Novi Sad od 22.3.1958. godine. Danas Služba brine o zaposlenima, nezaposlenima, neformalno zaposlenima, penzionerima, kako u ambulantomama smeštenim u radnim organizacijama, tako i u objektima Doma zdravlja. Takođe postoje i ambulante po radnim organizacijama:

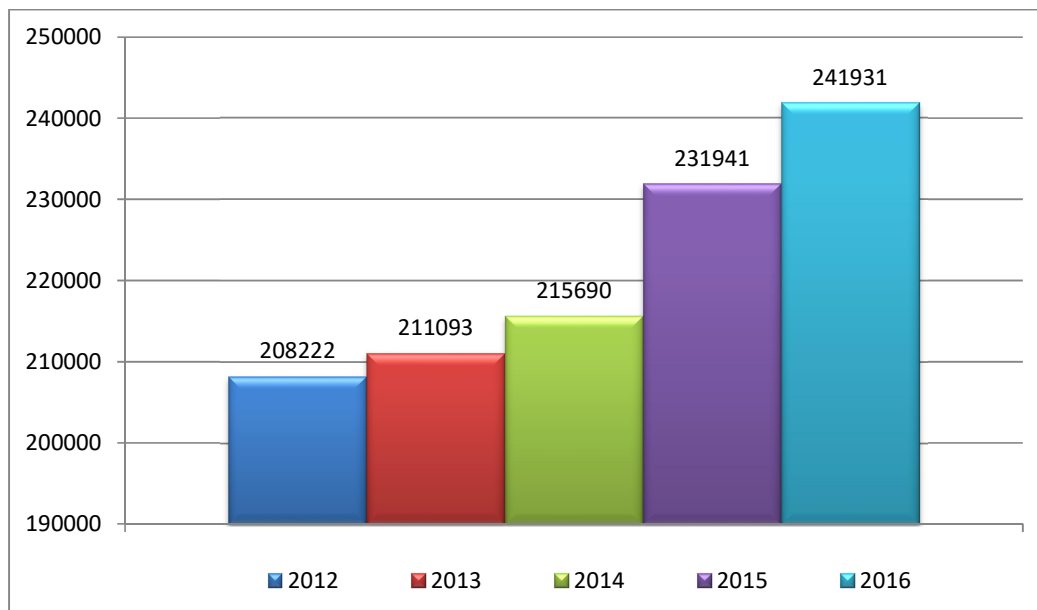
- NIS – Gaspromnjeft “Rafinerija”,
- Javnom gradskom saobraćajnom preduzeću,
- Elektrovojvodini,
- Ministarstvu unutrašnjih poslova,
- Srpskom narodnom pozorištu,
- Institutima u Sremskoj Kamenici i Kliničkom centru Vojvodine.

Služba ima 86 zaposlenih i to 11 specijalista medicine rada.

Godišnje se u Službi uradi blizu 10.000 pregleda radi ocene zdravstvenih sposobnosti po raznim osnovama, oko 15.000 pregleda funkcionalne dijagnostike i drugo. Delatnost izabranih lekara se odvija u 4 odeljenja, čiji timovi brinu o zdravlju preko 40.000 pacijenata, pružajući gotovo 250.000 zdravstvenih usluga u 8 radnih organizacija i 4 velika objekta Doma zdravlja raspoređenih u 12 ambulanti.

U odeljenjima izabranih lekara u 2016.godini ostvareno je 13.216 preventivnih pregleda kod izabranih lekara i 228.715 kurativnih pregleda, 35.684 dijagnostičko-terapeutskih usluga i 12.686 zdravstveno vaspitnih aktivnosti.

Grafik 25: Broj preventivnih i kurativnih poseta od 2012. do 2016. godine u Službi za zdravstvenu zaštitu radnika(odeljenja izabranih lekara)



Izvor: Monografija Doma zdravlja “Novi Sad”, 2017.

PRILOG 2

Dom zdravlja “dr Đorđe Lazić” Sombor

Prvo formiranje vanbolničke službe kao posebne celine u odnosu na bolnicu započinje 1892. godine kada se formira Okružna blagajna socijalnog osiguranja i kada za glavnog lekara Bolesničke blagajne, koja se stara o zdravlju svojih osiguranika biva postavljen 1898. godine poznati lekar dr Radivoj Simonović. (Berber, 2004)

Između dva svetska rata funkcioniše od 1922. godine Okružni ured za osiguranje radnika, koji radi i kao socijalni i kao zdravstvena ustanova, koja pruža neposredno i zdravstvene usluge svojim osiguranicima, radnicima i nameštenicima. Ured se od 1931. godine nalazi u Mirnoj ulici. (Berber, 2004)

Glavni lekar je dr Radivoj Simonović koji organizuje zdravstvenu službu i istovremeno radi i u svojoj privatnoj ordinaciji kako to čine i drugi lekari angažovani od strane Okružnog ureda sve dok im nije omogućeno da službeni deo vremena ordiniraju u novosagrađenim uredskim ambulancama. Tako preko socijalnog osiguranja započinje objedinjavanje lekara u jedinstvenu zdravstvenu službu čiji je zadatak pružanje zdravstvene zaštite osiguranicima. (Berber, 2004)

Godine 1931. osniva se posebno Dom narodnog zdravlja u kojem su objedinjeni Državni higijenski zavod i ostale preventivne ustanove (Školska poluklinika, Antivenerična ambulanta, Antitrahomna ambulanta itd.), čiji je upravnik jedno vreme bio dr Milan Jovanović. Među lekarima je sve više onih koji studije medicine završavaju u Beogradu ili u Zagrebu. Među njima ističe se i mladi Đorđe Lazić koji 30-tih godina započinje jednu od najzapaženijih somborskih lekarskih karijera. (Berber, 2004)

U prigradskom izletištu Šikara u leto 1933. godine radilo se sa decom koja nisu mogla zbog materijalnih problema otići na more ili u planine. Lekar je vršio trijažu, a sa decom je u oporavilištu boravio i nadležni učitelj. U ovom periodu puno pažnje se posvećivalo i zdravstvenom prosvetivanju kako kroz javna predavanja i tekstove u lokalnim novinama među kojima se ističe i „Glas naroda“ tako i iz pera somborskih lekara o različitim problemima, a posebno se isticao dr Radivoj Simonović. Sve to je pomoglo razvoju zdravstvene kulture. U toku ratnih godina (1941) okupatori su sagradili jednospratnu zgradu u ulici Zeleni krst za potrebe ratnih invalida u kojoj posle rata smeštena Hitna medicinska pomoć. 40-tih godina prošlog veka zdravstvena služba izvan Opšte bolnice organizovana je u vidu Doma narodnog zdravlja. (Berber, 2004)

Dom zdravlja se kao posebna i velika organizaciona jedinica pojavljuje i nakon drugog svetskog rata 1953. godine u vidu delatnosti Okružnog ureda za osiguranje radnika pod nazivom Zdravstvena stanica ili Dom narodnog zdravlja. On od 1956. godine okuplja ambulante opšte prakse i specijalističke ordinacije, Centar za zaštitu majke i deteta i Antituberkolozni dispanzer, a smešten je u Mirnoj ulici br. 3. U Mirnoj ulici br. 3 počinje 1960. godine počinje da radi Centar za zaštitu majke i deteta a vremenom će postati centralni deo Doma zdravlja, u kojem će biti i uprava. Predlaže se da se Dom narodnog zdravlja (koji ima 14 opštih i specijalističkih ambulanti, stanicu za hitnu pomoć, Centar za zaštitu majke i deteta i Antituberkolozni dispanzer) reorganizuje i da se specijalističke službe pripoje Sreskoj bolnici, a da ambulante opšte prakse stanica hitne pomoći i zubna ambulanta postanu Zdravstvena stanica.

Godine 1957. novi Upravni odbor unosi značajna poboljšanja u rad zdravstvene službe i organizuje se permanentna zdravstvena zaštita od 07 do 19 časova. Osnovana je zdravstvena stanica umesto Doma zdravlja i formiraju se u tri regionalne ambulante opšte prakse: U Domu narodnog zdravlja, u Trećem rejonu i u Zelenom krstu. Sve počinje da funkcioniše januara 1958. godine. Početni entuzijazam brzo splašnjava, jer već krajem januara upućuje se poziv da se građani opredele za jednog lekara, što nije moguće ispoštovati jer su neki lekari preopterećeni i imaju i do 3000 kartona, a drugi uglavnom mlađi nemaju uopšte posla. Zbog čega Upravni odbor donosi zaključak da broj pacijenata po jednom lekaru ne treba da je veći od 1800 do 2000. (Berber, 2004)

Zdravstvene stanice 1964. godine ugovorile su sa Zavodom za socijalno osiguranje osim plaćanja kurativne delatnosti i preventivne poslove. Godine 1965. formira se novi Dom zdravlja u čiji sastav ulaze svi dispanzeri gradske i seoske ambulante i ambulante u preduzećima, zapravo sva vanbolnička služba. Godine 1975. Dom zdravlja se integriše sa Opštom bolnicom i ulazi u sastav Medicinskog centra „dr Radivoj Simonović“. U periodu od 1975. godine Dom zdravlja je doživljavao niz statusnih promena zajedno sa Opštom bolnicom tako da od 1992. godine funkcioniše kao radna jedinica Medicinskog centra da bi 1997. godine promenom Statuta Medicinskog centra promenjen naziv u Zdravstveni centar u okviru kojeg posluju i Opšta bolnica i Dom zdravlja. Planom mreže zdravstvenih ustanova Zdravstveni centar „dr Radivoj Simonović“ prestaje da postoji 01.07.2009. godine i osnivaju se dva nova pravna lica Dom zdravlja „dr Đorđe Lazić“ i Opšta bolnica „Dr Radivoj Simonović“¹⁴.(Berber, 2004)

Služba opšte medicine Doma zdravlja “dr Đorđe Lazić” ima ukupno 419 zaposlenih radnika, koji su raspoređeni u 11 Službi i to:

- Direktorijum Doma zdravlja
- Služba opšte medicine sa centrom za preventivne usluge
- Služba za polivalentnu patronažu
- Služba za kućnu negu i lečenje
- Služba za zdravstvenu zaštitu dece
- Služba za zdravstvenu zaštitu žena
- Služba za zdravstvenu zaštitu radnika
- Služba hitne medicinske pomoći
- Služba za stomatološku zdravstvenu zaštitu
- Služba za biohemijско – hematološku dijagnostiku i farmaceutsku zdravstvenu delatnost
- Služba za pravne, ekonomsko – finansijske, tehničke i druge slične poslove

Služba opšte medicine sa centrom za preventivne usluge u toku 2017. godine obavila je 4.124 preventivna pregleda, 347.629 kurativna pregleda i pružila 98.516 dijagnostičko-terapijske usluge. Dok je Služba za zdravstvenu zaštitu radnika u toku 2017. godine pružila ukupno 20.432 zdravstvene usluge, koje su činile 1.277 periodičnih pregleda, 1.277 sistematskih pregleda, 2.554 kontrolna pregleda, 5.108 pregleda za zasnivanje radnog odnosa i 10.216 pregleda za vozače.

Može se reći da je broj usluga prilično velik, s obzirom da je broj odraslih osiguranika u opštini Sombor 74.024.

¹⁴NAPOMENA: preuzeti podaci iz knjige dr Stojana Berbera „Istorija somborskog zdravstva“, (2004)

PRILOG 3

Dom zdravlja “Kula”

Dom zdravlja “Kula” je registrovan 27.7.1967. godine. Domu zdravlja “Kula” ima 11 organizacionih jedinica i to su:

- Služba za zdravstvenu zaštitu odraslih kućnog lečenja i medicinske nege
- Odeljenje kućnog lečenja i nege
- Služba HMP
- Služba za zdravstvenu zaštitu dece
- Odeljenje za zdravstvenu zaštitu žena
- Polivalentna patronažna služba
- Odsek medicine rada
- Specijalističke službe
- Odeljenje za plućne bolesti i TBC
- Internističko odeljenje
- Oftalmološki odsek
- Neuropsihijatrijski odsek
- Odsek za otorinolaringologiju
- Služba za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju
- Služba za laboratorijsku, radiološku i ultrazvučnu dijagnostiku
- Služba za hematološko biohemijsku laboratoriju
- Odeljenje za radiologiju i ultrazvučnu dijagnostiku
- Služba za stomatološku zdravstvenu zaštitu
- Farmaceutska služba
- Služba za zajedničke poslove

Dom zdravlja “Kula” ima šest zdravstvenih stanica u sledećim mestima u Kuli, Crvenki, Sivcu, Ruskom Krsturu, Kruščiću i Liparu i broji ukupno 217 zaposlena radnika.

U 2017.godini Dom zdravlja “Kula” je ukupno pružio 63.953 dijagnostičko terapijske usluge, izvršeno je 163.288 kurativnih pregleda, 4.019 preventivnih pregleda u okviru skrining pregleda.¹⁵

¹⁵NAPOMENA:preuzeti podaci korišćeni sa sajta Doma zdravlja „Kula“, (2017)

PRILOG 4

Upitnik za merenje ličnih karakteristika prema teoriji »velikih pet«

Molila bih Vas da na skali ispod od 1 do 7 ocenite svoje karakteristike ličnosti, Broj 1 označava da se uopšte ne smatrate npr. društvenim, dok broj 7 označava da sebe smatrate vrlo društvenom osobom.

Pitanja za merenje stepena ekstravertnosti

Nedruštven						Društven
1	2	3	4	5	6	7
Trezven						Voli da se zabavlja
1	2	3	4	5	6	7
Distanciran						Privržen
1	2	3	4	5	6	7
Hladan u emocijama						Prijateljski orijentisan
1	2	3	4	5	6	7
Inhibiran						Spontan
1	2	3	4	5	6	7

Pitanja za merenje stepena otvorenosti za nove ideje

Konvencionalan						Originalan
1	2	3	4	5	6	7
Čvrsto «na zemlji»						Imaginativan (maštovit)
1	2	3	4	5	6	7
Nekreativan						Kreativan
1	2	3	4	5	6	7

Slabe volje				Jako samodisciplinovan		
1	2	3	4	5	6	7

Pitanja za merenje stepena negativne afektivnosti

Hladnokrvan					Zabrinut	
1	2	3	4	5	6	7

Reaguje nakon dužeg razmišljanja					Prebrzo reaguje	
1	2	3	4	5	6	7

Relaksiran					Zategnut	
1	2	3	4	5	6	7

Siguran u sebe					Nesiguran u sebe	
1	2	3	4	5	6	7

Zadovoljan sobom					Nezadovoljan sobom	
1	2	3	4	5	6	7

PRILOG 5

Informacija za ispitanike

Poštovani,

Biće sprovedeno anketiranje sa ciljem da se ispita koje lične karakteristike i sistemi vrednosti utiču na produktivnost zaposlenih. Rezultati ovog istraživanja će poslužiti pri izradi mog naučno istraživačkog rada, pod nazivom „Koje lične karakteristike i sistem vrednosti utiče na produktivnost zaposlenih“. Učešće u ovom istraživanju je isključivo dobrovoljno i ne podrazumeva nikakvu materijalnu nadoknadu. Podaci i rezultati koji se dobiju tokom istraživanja biće poverljivi i biće korišćeni isključivo u svrhu pisanja naučno istraživačkog rada. Dobijeni podaci biće statistički obrađeni i prezentovani u naučnom istraživačkom radu, koji će biti objavljen u naučnom časopisu.

Neda Terzić

Samostalni referent za javne nabavke Dom zdravlja „Novi Sad“

Upitnik sistema vrednosti

Pol? M Ž

Mesto rada? 1. Grad 2. Prigradsko neselje

Služba medicine u kojoj ste zaposleni? _____

Zaposleni ste kao lekar ili medicinska sestra? 1. Lekar 2. Medicinska sestra/tehničar

Stepen stručne sprema? 1. SSS 2. VŠS 3. VSS 4. MA 5. PhD

Broj primljenih pacijenata u toku dana? _____

Broj primljenih pacijenata u toku nedelje? _____

Broj primljenih pacijenata u toku meseca? _____

I deo: Kad odlučujete o tome je li nešto moralno ispravno ili pogrešno, koliko su vam važna sledeća razmišljanja?

Na sledeća pitanja bih Vas molila da odgovorite brojevima na skali od 1 do 5, koji predstavljaju stepen važnosti određene konstatacije.

[1] = nije nimalo važno (uopšte nije povezano s mojim odlukama o moralnoj ispravnosti)

[2] = neznatno je važno

[3] = donekle je važno

[4] = vrlo je važno

[5] = izuzetno je važno (to je jedan od najvažnijih činilaca u mojim odlukama o moralnoj ispravnosti)

_____ Da li čuvam ugled svoje profesije?

_____ Da li se prema nekim osobama postupalo drukčije nego prema drugima?

_____ Da li podučavanje kolege moralna obaveza?

_____ Da li neko pokazao manjak poštovanja prema autoritetu ili nije?

_____ Da li neko narušio norme moralne čistote i pristojnosti ili nije?

_____ Da li negujem etički stav prema svojim kolegama?

- _____ Da li neko brinuo za slabije i ranjive ili nije?
- _____ Da li se neko poneo nepravedno ili nije?
- _____ Da li neko napravio nešto čime je izdao svoju profesiju ili nije?
- _____ Da li se neko ponašao u skladu s društvenim tradicijama ili nije?
- _____ Da li se neko poneo tako da zadobije poverenje primaoca usluga ili nije?
- _____ Da li neko napravio nešto da povredi nečija etička, socijalna i religijska prava?
- _____ Da li neko nekada nekome uskratio njegova/njena prava ili nije?
- _____ Da li neko pokazao manjak lojalnosti ili nije?
- _____ Da li neko nekada izazvao svesni nehat?

II deo: Molimo pročitajte sledeće rečenice i označite svoju saglasnost:

- [1] Potpuna nesaglasnost
[2] Umerena nesaglasnost
[3] Neopredeljenost
[4] Umerena saglasnost
[5] Potpuna saglasnost

- _____ Saosećanje s onima kojima je potrebna pomoć je najvažnija vrlina.
- _____ Osnovno načelo pri donošenju zakona trebalo bi biti pravedno postupanje prema svima.
- _____ Ponosan/na sam na svoju profesiju.
- _____ Svi ljudi treba da nauče da poštuju autoritete.
- _____ Ljudi ne bi trebali činiti odvratne stvari, čak i ako se time nikome ne nanosi šteta.
- _____ Bolje je činiti dobre nego loše stvari.
- _____ Jedna od najgorih stvari koje čovek može učiniti je da ne pruži pomoć bespomoćnim ljudima.
- _____ Pravda je najvažniji zahtev za društvo.
- _____ Ljudi bi trebali biti lojalni prema svojim kolegama, čak i kad oni učine nešto pogrešno.
- _____ Vrlina je prihvatati ravnopravnost nacionalnosti.
- _____ Neke postupke bih proglasio/la neprikladnim na temelju njihove neprirodnosti.
- _____ U svakom poslu je susretljivost jedna od najvažnijih osobina.
- _____ Nedozvoljeno je i krajinje nemoralno koristiljublje.
- _____ Važnije je biti timski igrač nego izražavati sebe.
- _____ Da se ne slažem sa naredbom nadređenog, ipak bih poslušao/la jer je to moja dužnost.
- _____ Omalovažavanje korisnika usluga je krajinje nemoralno.

Izvor: www.moralfoundations.org/questionnaires

PRILOG 6

**Upitnik za zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga
Molimo Vas, ocenite svaku tvrdnju koristeći ovu skalu**

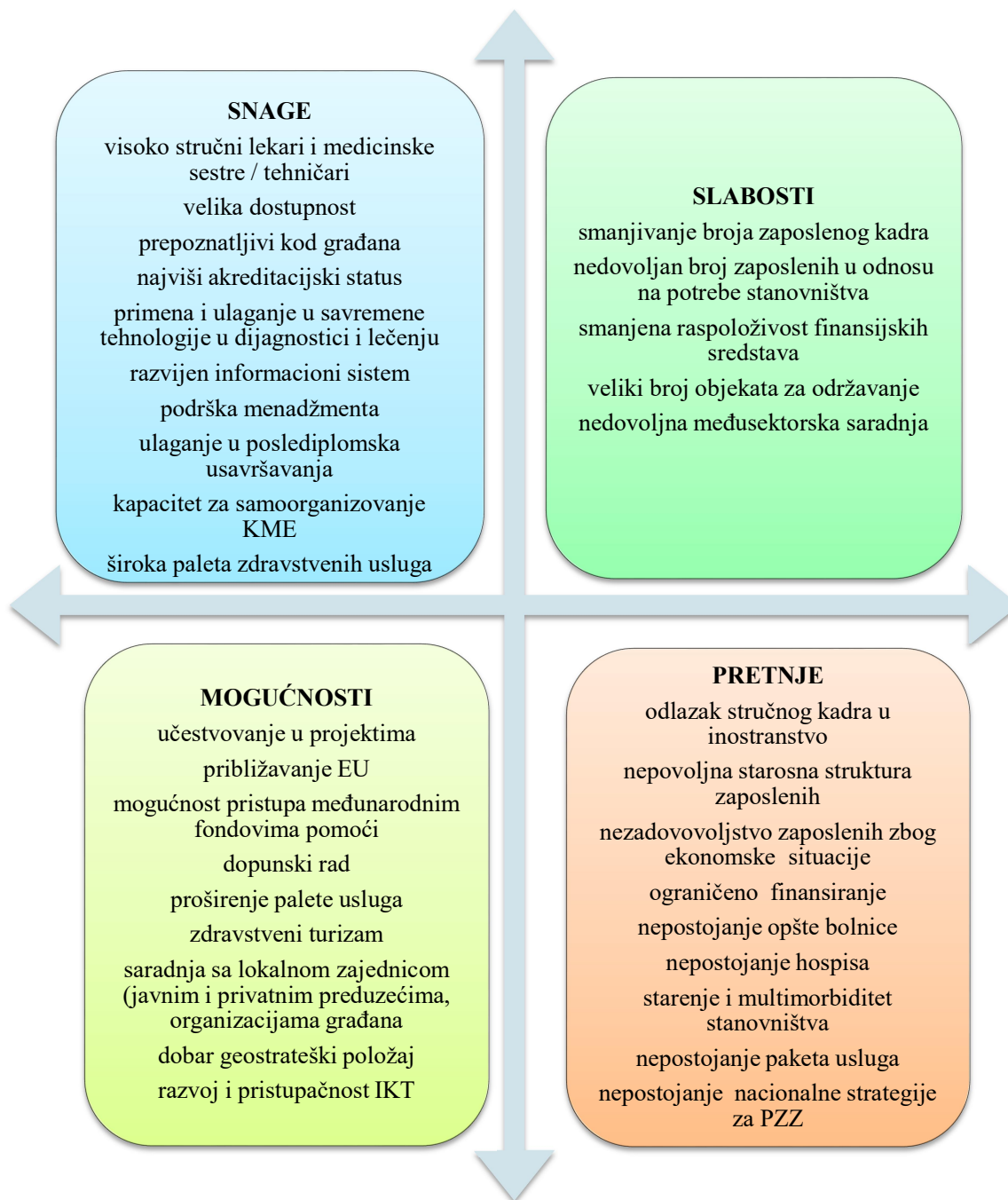
- [1] Potpuna nesaglasnost**
- [2] Umerena nesaglasnost**
- [3] Neopredeljenost**
- [4] Umerena saglasnost**
- [5] Potpuna saglasnost**

NPR (1. Da li sam zadovoljan svojim lekarom?-----4-----)

1. Pol? M Ž
2. Godine starosti? -----
3. Zanimanje?-----
4. Mesto stanovanja?-----
5. Sebe bih okarakterisao kao savesnog pacijenta?-----
6. Sebe bih okarakterisao kao komunikativnog pacijenta?-----
7. Koliko se u proseku zadržite kod lekara na pregledu?-----
8. Volim kada je lekar spontan.-----
9. Više volim kada je lekar privržen nego distanciran. -----
10. Volim kada je lekar dobro organizovan.-----
11. Volim kada je lekar susretljiv i otvoren.-----
12. Lekar me pažljivo sasluša prilikom pregleda.-----
13. Kod lekara osećam empatičnost i razumevanje zbog bolesti.-----
14. Kod medicinske sestre postoji spremnost za pomoć.-----
15. Zadovoljan sam organizovanjem preventivnih pregleda u pojedinim službama. -----
16. Dugo čekate u čekaonici bez obzira na zakazan termin. -----
17. Dobijate brzu uslugu kod hitnih zdravstvenih problema.-----
18. Medicinsko osoblje je nekada povredilo Vaša nacionalna ili socijalna prava.-----
19. Zdravstvo je svima podjednako dostupno.-----
20. Zadovoljan sam sa cenom usluga pojedinih medicinskih pregleda.-----
21. Zadovoljan sam dostupnošću zaštitnika prava pacijenata.-----
22. Vaš lekar se trudi da bi zadobio Vaše poverenje?-----
23. Zadovoljan sam čuvanjem ličnih podataka.-----
24. U lekarskoj profesiji ima koristoljblja. -----
25. Zadovoljan sam uslugama kućnog lečenja. -----

PRILOG 7

Slika 5: prikaz Swot analiza Doma zdravlja „Novi Sad“



Izvor: Godišnji izveštaj Doma zdravlja „Novi Sad“, (2016)

PRILOG 8

Strategije Doma zdravlja “Novi Sad”, koje treba primeniti na osnovu Swot analize

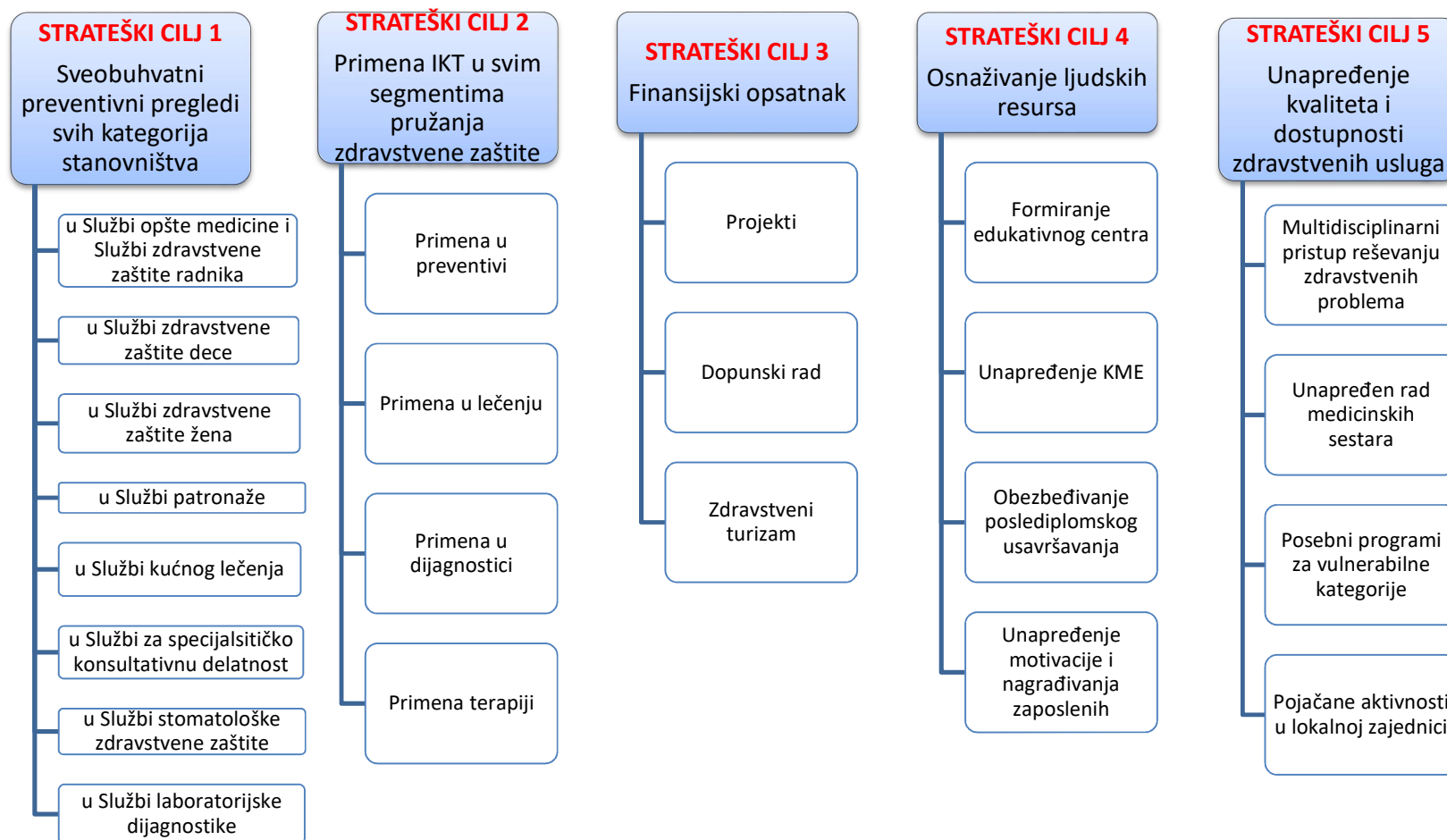
Slika 6: Strategije Doma zdravlja „Novi Sad“ za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite

<p style="text-align: center;">UNUTRAŠNJI FAKTORI</p> <p style="text-align: center;">SPOLJNI FAKTORI</p>	<p>Lista unutrašnjih snaga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. velika dostupnost 2. lojalnost građana 3. visoko stručni kadar 4. najviši akreditacijski status 5. primena novih tehnologija 6. razvijen informacioni sistem 7. široka paleta zdravstvenih usluga 8. organizovanje KME 9. ulaganja u poseldiplomska usavršavanja 	<p>Lista unutrašnjih slabosti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. veliki broj objekata za održavanje 2. nezadovoljstvo zaposlenih zbog ekonomske situacije 3. nedovoljan broj zaposlenih u odnosu na potrebe stanovništva 4. smanjena raspoloživost finansijskih sredstava 5. nedovoljna međusektorska saradnja
<p>Lista spoljašnjih šansi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dopunski rad 2. proširenje palete usluga 3. zdravstveni turizam 4. saradnja sa lokalnom zajednicom 5. projekti 6. približavanje EU 7. razvoj IKT 8. dobar geostrateški položaj 	<p>Maxi-maxi strategija: Maksimiranje snaga i šansi</p> <p>Izlazak na konkurentno tržište sa visoko stručnim kadrom, proširenim asortimanom usluga i novim medicinskim i IK tehnologijama.</p> <p>Učestvovanje u nacionalnim i međunarodnim projektima u cilju unapređenja zdr. zaštite.</p>	<p>Mini-maxi strategija: Minimiziranje slabosti i maksimiranje šansi</p> <p>Povećanje dohodka ustanove, zadovoljstva zaposlenih i smanjenje odlaska u inostranstvo povećanjem zarade pomoću dopuskog rada, projekata i zdravstvenog turizma.</p>
<p>Lista spoljašnjih pretnji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ograničeno finansiranje 2. nepostojanje opšte bolnice 3. nepostojanje hospisa 4. starenje stanovništva 5. odlazak stručnog kadra u inostranstvo 6. nepovoljna starosna struktura zaposlenih 7. nepostojanje paketa usluga 8. nema reforme PZZ 	<p>Maxi – mini strategija: Maksimiranje snaga i minimiziranje pretnji</p> <p>Učešće u kreiranju politike opstanka domova zdravlja.</p> <p>Pomoću IT (telemedicine) prebroditi manjak zaposlenih i povećati dostupnost.</p> <p>Unapređenje polikliničkog sadržaja zbog nepostojanja opšte bolnice.</p> <p>Unapređenje kućnog lečenja zbog starenja stanovništva i nepostojanja hospisa.</p>	<p>Mini - mini strategija: Minimiziranje slabosti i pretnji</p> <p>Smanjivanje aktivnosti na svim poljima delatnosti.</p> <p>Kontrola i analiza nastale nepovoljne situacije i izrada strategije za preživljavanje do pojave povoljnijih uslova.</p>

Izvor: Godišnji izveštaj Doma zdravlja „Novi Sad“, (2016)

PRILOG 9

Slika 7: Prikaz strateškog plana Doma zdravlja „Novi Sad“



Izvor: godišnji izveštaj Doma zdravlja „Novi Sad“, (2016)

PRILOG 10

Slika 8: Strateški program i aktivnosti Doma zdravlja „Novi Sad“ za naredni period

STRATEŠKI PROGRAM	AKTIVNOSTI	ODGOVORNA LICA	INDIKATORI PRAĆENJA
1.1 Unapređenje preventivnih usluga u Službi opšte medicine i Službi zdravstvene zaštite radnika	- Izrada individualnog plana preventivnih aktivnosti - Veća angažovanost med.sestara u stručnom radu	Načelnik Glavna sestra	Br. prev.pregleda / Br.reg.pacijenata x 100 (ciljna vrednost 25% jednu godinu)
1.2 Unapređenje preventivnih usluga u Službi zdravstvene dece	- Aktivnosti povećanja obuhvata dece preventivnim pregledima - Unapređenje i promovisanje rada savetovališta - Saradnja sa specijalističkom i stomatološkom službom	Načelnik Glavna sestra	Br. prev.pregleda / br.reg.pacijenata x 100 (ciljna vrednost 95% za jednu godinu)
1.3 Unapređenje preventivnih usluga u Službi zdravstvene zaštite žena	- Uključivanje Škole roditeljstva u redovan rad - Potpuni obuhvat skriningom za karcinom grlića materice - Povećanje pristupačnosti van grada	Načelnik Glavna sestra	Uključena škola roditeljstva u školu za trudnice Br. žena kojima je napravljen PAP test
1.4 Unapređenje preventivnih usluga u Službi patronaže	- Veća preventivna angažovanost na posetama kod nepokretnih i starih	Načelnik Glavna sestra	Br.poseta kod nepokretnih i starih
1.5 Unapređenje preventivnih usluga u Službi kućnog lečenja	- Uključivanje multidisciplinarnog tima - Vakcinisanje nepokretnih i teško obolelih - Edukacije porodice obolelih	Načelnik Glavna sestra	Br. poseta sa uključenosti drugih stručnjaka Br. vakcinisanih
1.6 Unapređenje preventivnih usluga u Službi za specijalističko konsultativnu delatnost	- Preventivni pregledi dece - Skrining karcinoma dojke - Obeležavanje datuma u kalendaru zdravlja - Uključivanje svih Odeljenja u prev aktivnosti	Načelnik Glavna sestra	Br. preventivno pregledane dece (oftalmologija, ORL i fizikalna med) Br. urađenih mamografija
1.7 Unapređenje preventivnih usluga u Službi stomatološke zdravstvene zaštite	- Aktivnosti povećanja obuhvata dece preventivnim pregledima - Saradnja sa Službom zdr.z.dece	Načelnik Glavna sestra	Br. preventivno pregledane dece
1.8 Unapređenje preventivnih usluga u Službi laboratorijske dijagnostike	- saradnja sa svim službama u pružanju lab.usluga u svrhu preventivnih pregleda	Načelnik Glavna sestra	Br. analiza u sklopu preventivnih pregleda

Izvor:Godišnji izveštaj Doma zdravlja „Novi Sad“, (2016)