

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Lucija Murgić

**Profesionalna etička osposobljenost
kao instrument za vrednovanje
etičnosti i etičke osposobljenosti
studenata medicine**

DISERTACIJA



Zagreb, 2017.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Lucija Murgić

**Profesionalna etička osposobljenost
kao instrument za vrednovanje
etičnosti i etičke osposobljenosti
studenata medicine**

DISERTACIJA

Zagreb, 2017.

Disertacija je izrađena pri Zavodu za nastavnu tehnologiju Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Voditelj rada: prof. dr. sc. Gordana Pavleković

Zahvaljujem mentorici, prof. dr. sc. Gordani Pavleković, na stručnim savjetima i prijateljskoj podršci prilikom provođenja istraživanja i pisanja disertacije. Hvala i svim sudionicima fokus grupa koji su svojim iskustvima i razmišljanjima obogatili ovo istraživanje. Hvala mojim roditeljima jer su u mene usadili moralne vrijednosti i želju za istraživanjem. Hvala djeci koja su izvor velike radosti i poticaja za rad. Posebno hvala suprugu koji me je neprestano podržavao, poticao i podsjećao na detalje koji život čine lijepim, a posao smislenim.

Provedeno istraživanje dio je znanstveno-istraživačkog projekta broj 108.1081871.1897 Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske, pod nazivom **“Utjecaj organizirane edukacije na kvalitetu rada u izvanbolničkoj zaštiti”**.

Istraživanje je provedeno na Zavodu za nastavnu tehnologiju pri Školi narodnog zdravlja “Andrija Štampar“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

POPIS OZNAKA I KRATICA KORIŠTENIH U TEKSTU

BS	Bolnički specijalisti (sudionici fokus grupe)
C	Medijan
KP	Kronični pacijenti (sudionici fokus grupe)
KS	Rezultat Kolmogorov Smirnovljevog testa normalnosti distribucije
Kurt	Koeficijent spljoštenosti distribucije
M	Aritmetička sredina
Max	Maksimalni ostvareni rezultat
ME	Nastavnici koji sudjeluju u nastavi iz medicinske etike (sudionici fokus grupe)
Min	Minimalni ostvareni rezultat
MJI	Moral Judgement Inventory, instrument za procjenu moralnog rasuđivanja
N	Broj ispitanika
OM	Specijalizanti obiteljske medicine (sudionici fokus grupe)
P	Koeficijent značajnosti
PEO	Instrument za vrednovanje etičnosti i etičke osposobljenosti studenata medicine
Q	Interkvartilno raspršenje
SD	Standardna devijacija
Skew	Koeficijent asimetrije distribucije
SM1	Studenti 1. godine medicine (sudionici fokus grupe)
SM6	Studenti 6. godine medicine (sudionici fokus grupe)
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija (<i>eng.</i> World Health Organization, WHO)
TOT	Test određivanja tema (<i>eng.</i> Defining Issue Test, DIT), instrument za procjenu moralnog rasuđivanja

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Profesionalna etika i etičko osposobljavanje u medicini	4
1.1.1. Medicinska etika u kurikulumu studija medicine	7
1.1.2. Problemi u praksi	9
1.1.3. Metode poučavanja	11
1.1.4. Načini provjere poželjnih osobina.....	13
1.2. Autonomija pacijenata	16
1.2.1. Pravo na istinu	18
1.2.2. Liječnička tajna	19
1.2.3. Informirani pristanak	20
1.2.4. Dodatni čimbenici: empatija i komunikacijske vještine.....	21
2. HIPOTEZA	23
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	24
4. MATERIJALI I METODE	25
4.1. Nacrt istraživanja	25
4.2. Prvi dio istraživanja - kvalitativna analiza podataka: Ispitanici i metode	25
4.3. Oblikovanje <i>Instrumenta PEO</i> i analiza njegovih metričkih osobina	27
4.3.1. Valjanost	30
4.3.2. Pouzdanost	31
4.4. Drugi dio istraživanja - kvantitativna analiza podataka: Ispitanici i metode	32
4.5. Etička načela istraživanja	33
4.6. Statistička obrada podataka	33
5. REZULTATI	35
5.1. Prvi dio istraživanja - kvalitativna analiza	35
5.1.1. Pravo na istinu	38
5.1.2. Liječnička tajna	42
5.1.3. Informirani pristanak	46
5.2. Drugi dio istraživanja – kvantitativna analiza	46
5.2.1. Profesionalna etička osposobljenost studenata medicine prema godinama studija - rezultati primjene <i>Instrumenta PEO</i>	47
5.2.2. Usporedba rezultata <i>Instrumenta PEO</i> sa socio-demografskim obilježjima ispitanika	55
5.2.3. Usporedba rezultata <i>Instrumenta PEO</i> sa željenom specijalizacijom studenata	63
5.2.4. Usporedba rezultata <i>Instrumenta PEO</i> s rezultatima dobivenim <i>Upitnikom o religioznosti DUREL</i>	66
5.2.5. Analiza ostalih pitanja	69
6. RASPRAVA.....	73
6.1. Autonomija	73
6.1.1. Pravo na istinu	77
6.1.2. Liječnička tajna	80

6.1.3. Informirani pristanak	82
6.2. Moralno ponašanje kao neizostavni dio profesionalnog ponašanja	83
6.3. Kurikulum: ciljevi, sadržaj, metode i „skriveni kurikulum“	87
6.4. Usporedba rezultata prema godinama studija, socio-demografskim osobinama i željenoj specijalizaciji	93
6.5. Religioznost	94
6.6. Usporedba rezultata dobivenih <i>Instrumentom PEO</i> s dosadašnjim istraživanjima	95
6.7. Značenje dobivenih rezultata za medicinsku edukaciju i moguće smjernice budućih istraživanja	98
6.8. Prednosti i nedostaci provedenog istraživanja	99
7. ZAKLJUČCI	101
8. SAŽETAK	104
9. SUMMARY	108
10. POPIS LITERATURE	110
11. KRATKA BIOGRAFIJA	117
12. PRILOZI	118

1. UVOD

„Moram priznati da sam u svemu što činim na neki način moralist, ali nerado govorim o tim stvarima iz jednostavnog razloga jer ne treba propovijedati nego primjerom poučavati.“

Karl Raimund Popper

Iako se pojmovi etika i moral često koriste kao istoznačnice, one se odnose na različite dimenzije promatranja stvarnosti koju opisuju. Moral ili ćudoređe (mos, moris, lat. običaj) predstavlja posebnu (normativnu) dimenziju ljudskog djelovanja, odnosno dimenziju u kojoj svaki ljudski čin dobiva svoju vrijednosnu kvalitetu i postaje moralno određenim činom (1). Moral se također odnosi i na određenu pojavu koja podrazumijeva skup nepisanih pravila, običaja, navika i normi koji su prihvaćeni u određenom društvu, svojevrsni oblik društvene svijesti (2). S druge strane, etika (ethos, grč. običaj, značaj, ćud) označuje teoriju, tj. nauku o moralu. Prema rječniku stranih riječi, etika ima zadatak ne samo da nas upozna s tim što je moral, koje su njegove osnovne komponente, nego i da zauzme kritičko stajalište prema moralnoj praksi te da izvrši vrijednosnu ocjenu i ukaže na prave i istinske vrijednosti (1). Etiku možemo, u širem smislu, promatrati i kao čovjekovo razmišljanje o moralnom fenomenu (promišljanje o ispravnom i krivom te o razlozima koje dajemo našim izborima i djelovanju) te, u užem smislu, kao filozofsku disciplinu, znanost o moralu koja kao znanstvena disciplina počinje s Aristotelom (2,3). Drugim riječima, moral je predmet kojim se etika bavi i kojem se može pristupiti različitim etičkim metodologijama. Iz toga proizlazi postojanje mnoštva etičkih teorija, dok je moral samo jedan i predstavlja univerzalno važeće moralno pravilo. U suprotnom bi se radilo o moralnom relativizmu (2).

Moralna dimenzija prožima cjelokupnu ljudsku djelatnost i postojanje, ali kada se u promišljanju ograničimo na određenu ljudsku djelatnost govorimo o posebnim, profesijskim etikama, u koje spada i medicinska, odnosno liječnička etika (3).

Još jedan termin koji se često spominje kao sinonim medicinskoj etici, s modernijim prizvukom, je *bioetika*. Ipak, djelokrug izučavanja koji taj pojam obuhvaća ponešto se razlikuje od područja koje podrazumijeva medicinska etika. Tvorci i korisnici termina *bioetika* njime podrazumijevaju suvremenu interdisciplinarnu granu biomedicinske znanosti koja se bavi sustavnim proučavanjem ljudskog ponašanja u području znanosti o životu i očuvanju zdravlja, s osobitim osvrtom na moralne vrijednosti i načela. Prošireno je vjerovanje da sam naziv i ideja, u kojoj je bioetika zamišljena kao poveznica prirodnih znanosti i humanističkih vrijednosti, dolazi od američkog onkologa i biokemičara V. R. Pottera. Zanimljiva je i značajna činjenica da bioetika kao suvremena znanost nije proizašla iz filozofske etike već ima svoj početak u situaciji u kojoj se našla medicinska praksa, tj. u potrebi donošenja konkretne kliničke odluke - odabira bolesnika koji će moći biti liječeni, u to vrijeme jedinim, aparatom za dijalizu (2).

Etika, poput ostalih filozofskih znanosti, ima svoje pravce, škole i pristupe kao i povijesni tijek filozofske misli. Dva su najčešća pristupa etičkom problemu (4):

- 1) Konsekvencijalizam – proučavanje posljedica različitih djelovanja te odnošenje prema posljedicama kao prema temelju djelovanja.
- 2) Deontologija - proučavanje obveza i dužnosti onih koji donose odluke te smatranje pravila i prava temeljem donošenja odluka.

Najpoznatija konsekvencijalistička teorija je utilitarizam koji povezuje posljedice djelovanja s dobrobiti i zadovoljstvom ljudi. Primjer spomenutog pristupa je princip dobročinstva. Ipak, unatoč prividnoj jednostavnosti navedene definicije, pridavanje moralne vrijednosti određenim posljedicama nije jednostavno. Kako, na primjer, mjeriti dobrobit kratkog života s malignom bolešću bez mukotrpane terapije duljim preživljenjem, ali uz teško

podnošljivo liječenje. S druge strane, moderna deontologija koja se osniva na Kantovskom principu bezuvjetnog poštivanja osobe govori kako postoje određeni principi, poput autonomije npr., koji su inherentno moralno značajni te ih se treba poštivati. Problem se u ovom slučaju javlja kad su dvije ili više obveza međusobno u konfliktu.

Osim ova dva glavna pristupa postoje i mnogi dodatni putevi. Među utjecajnijim spominje se i noviji pravac, etika vrlina koja se bavi proučavanjem karaktera i vrlina donosioca odluka. Pojednostavljeno, etika vrlina zastupa stajalište da je ispravna stvar ono što bi napravila dobra osoba (5).

S obzirom na širinu koju etika kao filozofska disciplina obuhvaća ovaj se rad temelji na proučavanju jednog od područja kojim se bavi medicinska etika, autonomije pacijenata.

1.1. Profesionalna etika i etičko osposobljavanje u medicini

Pitanje o poučavanju etike je vjerojatno **staro** koliko i sama etika, ali je na određeni način još uvijek **izazovno**. U medicini, s obzirom na uvijek prisutan problem odnosa liječnika s pacijentom koji se nužno nalazi u podređenom položaju, ali i na razvoj tehničkih mogućnosti, to pitanje postaje uvijek iznova **sve aktualnije**.

Mnogo se raspravlja o tome je li **uopće moguće** učiti (i naučiti) etiku te se mnogi studenti pitaju čemu zaseban predmet iz medicinske etike (6). Prema Šegoti, ako je (bio)etika znanost i jedna od najnovijih znanstvenih disciplina, a jest, onda ju je potrebno i moguće “naukovati” tj. studirati, izučavati, promišljati, istraživati i podučavati (7).

Medicina je stoljećima **smatrana profesijom**. Razne **prisege i kodeksi** opisivali su liječnikove profesionalne i etičke vrijednosti i dužnosti te se smatralo kako će učenici, odnosno studenti studijem usvojiti te vrijednosti (8). U **zadnjih je dvadesetak godina** u medicinskim krugovima **profesionalnost postala tema** značajnog interesa, posebno u preispitivanju učinkovitosti metoda njenog podučavanja i evaluacije (9–11). Neki od uzroka tome su medijski dobro praćene priče o neprofesionalnom ponašanju zdravstvenih djelatnika, društvene promjene u poimanju profesije i promišljanje o ponašanju liječnika koji sve više gledaju u ekrane sofisticiranih aparata i ispisuju formulare, a manje razgovaraju s pacijentom. Osim toga, znanstveno su dokazani bolji ishodi liječenja kada se zdravstveno osoblje ponaša profesionalno (porast povjerenja i zadovoljstva pacijenata, njihovo bolje pridržavanje terapija te manje tužbi i prigovora) (12). Također, promijenili su se zahtjevi licencirajućih tijela, kao i očekivanja samih pacijenata. Iz tog su razloga medicinski fakulteti i razna strukovna tijela na akademskoj razini nastojali prvo definirati, a zatim dosljedno provoditi profesionalno ponašanje unutar medicinske profesije (13–15).

Profesionalnost možemo definirati kao skup određenih kvaliteta koji obuhvaća znanje, vještine i kompetencije koje zahtjeva određena profesija ili zanimanje (14). Za profesionalnost unutar medicinske struke također su važne komunikacijske vještine i razumijevanje etičkih i pravnih aspekata (8). Kao tipične osobine profesionalnosti u medicini možemo navesti: altruizam, poštivanje drugoga, čast (osobni integritet), visoki moralni standard, težnju za izvrsnošću (u znanju i vještinama), društvenu odgovornost, zauzimanje (zagovaranje), suosjećanje i empatiju, promišljenost (samosvijest), jakost i brigu o sebi (15). Treba naglasiti da su navedene osobine proizašle iz mišljenja medicinskih djelatnika, tj. same profesije, ali i kada se pacijente pita što je za njih profesionalno ponašanje, redovno opisuju slične osobine i ponašanja (16). Hebert jednostavno zaključuje: pravi profesionalac je onaj koji će napraviti više od onog osnovnog minimuma kako bi osigurao da njegov pacijent dobije ono što mu pripada (4). Osim toga, neki autori profesionalnost nazivaju vrlinom (4), dok drugi primarno naglašavaju profesionalnost ovisnom o kontekstu (12).

U svrhu bolje promocije profesionalnosti unutar medicinske profesije, 2002. godine pokrenuta je inicijativa „Novi profesionalizam“ (*eng.* New Professionalism) te je izrađena povelja „Medicinski profesionalizam u novom mileniju: liječnikova povelja“ (*eng.* Medical Professionalism in the New Millenium: a Physician Charter) koja zagovara tri osnovna principa suvremene medicine: dobro pacijenta, autonomiju pacijenta i društvenu pravednost (17).

Važna sastavnica profesionalnosti u medicini je etičnost. S obzirom na potencijalno različito značenje koje se pridaje terminima “etika” i “profesionalizam”, potrebno je uzeti u obzir njihovo konceptualno preklapanje i međuovisnost. Suvremena medicinska etika stavlja posebni naglasak na principe (18), dok ih profesionalizam nastoji uzeti u obzir ali i nadilazi, oslanjajući se na psihološke čimbenike poput stavova, motivacije i odanosti (18). Stoga ne čudi da razna profesionalna udruženja, akademski krugovi i sami kliničari ističu važnost etičkog

osposobljavanja liječnika u znanju, stavovima i vještinama i to objedinjuju pojmom klinička etička osposobljenost. Pri tome, termin *klinička* podrazumijeva primjenjivu, konkretnu etičku osposobljenost za praksu, nasuprot filozofskom, teoretskom znanju. Na nju utječu liječnikovo znanje, razumijevanje dotičnog problema, osobni stavovi, subjektivne norme, namjera i iskustvo prethodnih (ne-kliničkih) ponašanja (14). Krajnji cilj, „etični praktičar“, tek je posljedica zadovoljenja svih preduvjeta, od početnog prepoznavanja da postoji moralni problem, preko prikladnog prosuđivanja do moralno opravdanog djelovanja. Ta se međupovezanost može prikazati i takozvanim četvero-komponentnim Restovim modelom koji povezuje kognitivne i afektivne procese prilikom rješavanja određenog moralnog izazova te naglašava cjelovito razumijevanje etičkog djelovanja, uzimajući u obzir integraciju osjetljivosti, rasuđivanja, motivacije i karaktera (19). Ti su elementi međusobno neovisni, a prisutnost i razvijenost svakog od njih nužni su za moralno ponašanje (19,20). Osjetljivost u navedenom modelu podrazumijeva sposobnost i vještinu prepoznavanja određene situacije kao etički upitne, interpretacije osjećaja i reakcija drugih, suosjećanje s njihovom patnjom i osjećaj odgovornosti. Rasuđivanje se odnosi na sposobnost razlikovanja onog što je ispravno, a uvjetovano je stupnjem zrelosti pojedinca. Moralna motivacija se odnosi na pitanje „zašto biti moralan“? Ona uključuje davanje prednosti moralnim vrijednostima iznad svih usporednih i, eventualno, sukobljenih vrijednosti, odabir moralnih postupaka te preuzimanje odgovornosti za njihove posljedice. Zadnja komponenta, nazvana moralni karakter, odnosi se na vještinu provedbe odabranih moralnih postupaka i osobine koje podržavaju provedbu takvih postupka – poput hrabrosti, upornosti ili samokontrole. Ukratko, prvo je potrebno prepoznati da je etički problem uopće prisutan, zatim pravilno prosuditi uzimajući u obzir sve potrebne činjenice i na kraju s ispravnom motivacijom u praksi provesti određeni postupak (21).

1.1.1. Medicinska etika u kurikulumu studija medicine

Iako je etički profesionalno djelovanje prepoznatljivo kad se ono provodi u praksi (a vjerojatno je njegovo neprovođenje još zamjetljivije), nije lako unijeti željene koncepte u specifičan kurikulum. Stoga još uvijek postoji određeni nesklad između teorije i prakse (13). Naime, jednostavno je predavati o očekivanom ponašanju, ali studente treba osposobiti za takvo profesionalno ponašanje. Iz tog razloga edukacija iz medicinske etike, iako je formalno u zadnjih 20-ak godina uvrštena u kurikulume gotovo svih medicinski fakulteta, predstavlja neprestani izazov (22–24).

Tradicionalni model edukacije podrazumijeva izgradnju profesionalne kompetentnosti pružajući studentima znanje i kognitivne vještine potrebne za donošenje etičkih odluka. Stoga se studente poučava etičkim teorijama (deontologija, utilitarizam, itd.), etičkim principima, deklaracijama i poveljama te se obrađuju razne kliničke teme (eutanazija, pobačaj, itd.). Tradicionalne metode edukacije su izlaganje u velikim skupinama i rasprava u malim, seminarskim skupinama (25). Ipak, sve se više koriste i druge metode kojima se nastoji utjecati na studentove stavove, vrijednosti i ponašanja (25). Naime, cilj nastave iz medicinske etike je senzibilizirati studente, buduće liječnike na etičke probleme u medicinskoj praksi, naučiti ih moralno promišljati te ih osposobiti za praktično rješavanje čestih etičkih problema u svakodnevnim situacijama (26). Osim toga, treba ih osposobiti za izgrađivanje povjerenja u odnosu s pacijentima. U suprotnom, podučavanjem samo tehničkih vještina i protokola može doći do obezvrjeđivanja humanističkih, interpersonalnih i etičkih vještina (12,27).

Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, etički su sadržaji od samih početaka fakulteta bili integrirani u kurikulumu unutar predmeta poput *Uvod u medicinu*, *Povijest medicine*, *Socijalna medicina*, *Medicinska sociologija*, *Sudska medicina* (28) te kliničkih

predmeta (npr. ginekologija i pedijatrija). U akademskoj godini 1995/96 uveden je predmet „*Medicinska etika*“ kao poseban, obvezni kolegij na 6. godini studija koji se sastoji od 4 sata predavanja i 41 sat seminarara. Na sadašnjim službenim mrežnim stranicama Fakulteta navodi se kako je cilj nastave iz Medicinske etike upoznati studenta s načelima medicinske etike i bioetike, s odgovornostima prema pacijentu, društvu, kolegama i samome sebi tijekom studija i tijekom profesionalnog rada. Osim toga, stoji zapisano, potrebno je da student nauči prepoznati etičke aspekte medicinskih odluka vezanih uz liječenje bolesnika, analizirati ih te u praksi informirati pacijenta o njegovim pravima i obvezama (29). U sklopu navedenog kolegija, na seminaru pod nazivom *Medicinska informacija, pravo pojedinca i zajednice na medicinsku informaciju* obrađuje se tema autonomije pacijenata, a u godini 2013./14. dodana je posebna seminarska tema *Privatnost i povjerljivost u zdravstvenoj skrbi, liječnička tajna, autonomija liječnika i priziv savjesti*.

Među izbornim predmetima također su zastupljeni etički sadržaji: *Kako primijeniti Hipokratovu zakletvu* na prvoj godini, *Pravo na život* na drugoj i *Bioetika i dostojanstvo osobe* na četvrtoj godini. Indirektno, etički sadržaji su prisutni i u predmetima poput *Medicinska antropologija, Paliјativna skrb i rehabilitacija onkološkog bolesnika, Planiranje obitelji, Nasilje u obitelji, Osnove komunikacijskih vještina, Profesionalizam u psihijatriji* te *Medicinsko pravo*.

Zanimljiva novost na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu bilježi se akademske godine 2011./12. kada je za studente upisane u prvu godinu studija uveden longitudinalni predmet *Temelji liječničkog umijeća* koji se sastoji od dva dijela: komunikacijske vještine i kliničke praktične vještine. U okviru tog predmeta, studenti već na prvoj godini studija borave u kliničkim uvjetima i susreću se s bolesnicima (30). Tu uče osnove komunikacijskih vještina koje su preduvjet za razvoj komunikacije u situacijama i primjerima specifičnih

potreba u kliničkim predmetima na ostalim godinama. Na drugoj godini studenti usvajaju vještine komunikacije prema Cagliari-Cambridge modelu (30). Nakon metoda dobivanja informiranog pristanka i osobitosti komunikacije u timskom radu na trećoj godini, na višim godinama studija, uče se osobitosti komunikacije vezane uz kliničke sadržaje, npr. priopćavanje teške vijesti na četvrtoj godini te komunikacija s bolesnim djetetom i roditeljima bolesnog djeteta, trudnicom i članovima njene obitelji na petoj godini studija. Na posljednjoj godini sadržaj komunikacije slijedi nastavni program koji je orijentiran na rad u zajednici. Na kraju svake akademske godine provjera znanja se vrši objektivnim strukturiranim kliničkim ispitom (OSKI) (31). Bitne inovacije ovog predmeta, za koji su pohvale i iznimno zanimanje pokazali medicinski fakulteti u Europi i svijetu, su slijedeće: (a) nastavnik-mentor tijekom svih šest godina vodi istu skupinu od 10 do 12 studenata, (b) edukacija nastavnika-mentora prije nastave radi njihovog osposobljavanja u nastavnim i praktičnim umijećima koja dalje prenose studentima te (c) unaprijed planirana formativna vrijednost „skrivenog“ kurikulumu predmeta. Naime, osposobljavanjem 40-ak mlađih nastavnika godišnje za nastavu na ovom predmetu, i oni sami razvijaju osobne komunikacijske vještine te se osposobljavaju u praktičnim liječničkim vještinama koje nisu nužno dio njihove svakodnevne liječničke prakse (30).

1.1.2. Problemi u praksi

Iako se nastava iz medicinske etike nalazi unutar kurikulumu kao poseban predmet te su njeni sadržaji integrirani i u druge pretkliničke i kliničke predmete, ima naznaka (znanstvenih i empirijskih) da ona ne postiže željene rezultate (20,32,33) i da studenti nisu njome zadovoljni (6,18). Naime, na početku svog puta prema liječničkom zvanju većina je studenata puna entuzijazma, idealizma i ima iskrenu želju pomagati onima kojima je to potrebno (34). Unatoč tim početnim željama studenata i nastojanjima akademskih ustanova oko osvješćivanja humanističkih vrijednosti, u praksi se primjećuje određeno nazadovanje u moralnom

razmišljanju i ponašanju (35). Spomenuti porast cinizma i „atrofija“ idealizma obično su smatrani dijelom socijalizacije studenata na fakultetu i adaptacije na njihovu profesionalnu ulogu (35). Također, istraživanja empatije među studentima medicine i specijalizantima pokazuju njeno zamjetno opadanje od treće godine nadalje te za vrijeme njihove specijalizacije i dalje kliničke prakse (35). Slični rezultati dobiveni su i u Hrvatskoj gdje je zabilježen pad na ljestvici moralnog rasuđivanja među studentima medicine, počevši od treće godine studija (20) te se smatra da trenutna edukacija, koje se uglavnom temelji na biomedicinskim aspektima, na neki način inhibira moralni razvoj velikog broja studenata (21,33,36). Veliku ulogu u navedenom procesu ima tzv. „skriveni kurikulum“. Osim toga, kao paralelni uzročnici spominju se manjak vremena za etičke sadržaje u kurikulumu te manjak kvalificiranih nastavnika (22), trošak edukacije nastavnika te otpor osoblja, studenata i administracije (37).

Istraživanje prof. Kukulja Taradi iz 2012. godine o stavovima prema akademskom integritetu i njihovom shvaćanju akademske iskrenosti provedeno među studentima medicine u Hrvatskoj pokazalo je da 97% studenata priznaje da je koristilo neki oblik varanja, a 78% barem jedan oblik nepoštenog ponašanja. Prema tome se može zaključiti da je varanje prisutno na medicinskim fakultetima, a akademska se neiskrenost smatra prihvatljivim ponašanjem među brojnim budućim liječnicima u Hrvatskoj (38). Opisanom je istraživanju prethodilo istraživanje među bruošima istih fakulteta u kojem su gotovo svi od hrvatskih studenata priznali sudjelovanje u nekom obliku akademski nepoštenog ponašanja, dok su se studenti studija medicine na engleskom jeziku značajno rjeđe tako ponašali. Autori su naglasili da se akademska nepoštenost ne javlja na fakultetu, već da se studenti s tim stavovima upisuju (39).

1.1.3. Metode poučavanja

Danas je opće prihvaćeno da etika na medicinskom fakultetu treba biti multidisciplinarna i multiprofesionalna, znanstveno utemeljena te integrirana u kurikulumu horizontalno i vertikalno (22,40). Cilj medicinske edukacije je stvoriti liječnike koji su reflektivni, empatični, od povjerenja, rade na blagostanju pacijenta te su sposobni nositi se sa složenošću i nesigurnošću (40), neslaganjem u etičkim dilemama, ali i voljni tražiti pomoć (41).

U literaturi se usvajanje kompetencija poput etičke osposobljenosti opisuje Bloomovom piramidom učenja ili poučavanja u kojoj se na dnu nalaze kognitivni elementi (znanje), u sredini sposobnost primjene tog znanja, a na vrhu samo izvođenje, odnosno ponašanje u danom kliničkom kontekstu (11,42,43). Tome je u praksi istovjetan model ZNA-MOŽE-ČINI (44) gdje dno piramide predstavlja što student pokazuje da zna (kognitivni element), sredina se odnosi na studentovo ponašanje u kontroliranim uvjetima (npr. u interakciji sa standardiziranim pacijentom), a vrh piramide označava ponašanje studenta u svakodnevnom radu. Spomenuta MOŽE komponenta kliničke etičke osposobljenosti zahtijeva više učenja i prakse od ZNA komponente jer se oslanja na druge profesionalne vještine, poput vještine komunikacije, dok je komponenta ČINI vjerojatno pod većim utjecajem institucijskih zahtjeva, osobnih vrijednosti, motivacije i postojanja prikladnih uzora (14).

Zanimljiv je primjer Sveučilišta u Newcastleu (26) gdje je osmišljen modul iz medicinskog prava i etike, HLE (eng. *Health Law and Ethics*, medicinsko pravo i etika, op.a.), čija se jedna sastavnica specifično odnosi na vještine povezane s kliničkim etičkim rasuđivanjem, tj. važan je njihov naglasak na kliničkoj etičkoj osposobljenosti kao profesionalnoj vještini. Modul je uveden u kurikulum četvrte godine studija kako bi se prevladao problem u integraciji kognitivnih i teorijskih aspekata etičkog rasuđivanja studenata

na početku kliničkog rada s pacijentima. Studenti uče na slučajevima kako: 1) identificirati i predvidjeti etičke probleme (razlikujući ih od onih pravnih ili socijalnih), 2) odrediti koji bi bioetički principi i koncepti bili važni za navedeni slučaj te gdje se oni međusobno sukobljavaju i zašto, i 3) oblikovati i opravdati svoju kliničku etičku odluku. Ciljevi ovog pristupa su pružiti studentima znanje koje je potrebno za prepoznavanje etičkih dilema u kliničkoj praksi te ih osposobiti za vješto analiziranje etičkog konflikta traženjem relevantnih informacija, osjetljivošću na konkretne etičke principe ali i vrijednosti, želje i ciljeve pacijenta.

Drugi je primjer program iz etike i humanih vrijednosti (iako su se autori sami pitali mogu li se humane vrijednosti poučavati) koji je započeo na Sveučilištu Northwestern, SAD, još 1978. godine s izbornim predmetom na 2. godini, a kasnije je uveden na svim godinama studija i poslijediplomskoj nastavi. Ciljevi ovog programa su: 1) potaknuti osjetljivost studenata na etičke probleme u liječničkoj praksi između liječnika i pacijenata, ali i prema društvu, 2) priznati pluralizam u razmišljanjima i stavovima te poticati raspravu među studentima, 3) poticati raspravu s iskusnim liječnicima uz uvođenje koncepata iz filozofskih i religijskih istraživanja te 4) osposobiti studente za uspješniju komunikaciju s pacijentima (45).

Prema literaturi, pedagoški oblici koji se koriste u edukaciji iz medicinske etike su predavanja, rasprave u malim grupama, igranje uloga, gledanje i analiza video isječaka i filmova te proučavanje i kritički osvrt na literaturu iz područja moralne filozofije, književnosti i novinskih članaka (37). Osim toga, spominju se i rasprave s gostima-pacijentima i odvjetnicima te sudjelovanje u radu etičkih povjerenstava.

Iako se rad na analizi slučajeva iz prakse smatra najučinkovitijim oblikom edukacije, zabilježeno je kako nastava temeljena isključivo na slučajevima i algoritmima sputava

promišljanje studenata o tim pitanjima. Bez obzira na to, dokazano je da su rutinski klinički slučajevi puno korisniji od onih rijetkih i bizarnih, iako studentima zanimljivih (10,46).

1.1.4. Načini provjere poželjnih osobina

Dodatni problem vezan uz osposobljavanje studenata medicine u etičkim vještinama i moralnom rasuđivanju je nerazvijenost metoda evaluacije tih vještina prema jasno definiranim ishodima (24,40,47). Neki autori smatraju kako bi studente medicine trebalo vrednovati u smislu procjene njihovog kognitivnog znanja i moralnog prosuđivanja, dok drugi smatraju kako bi uz to trebalo uvrstiti vrednovanje suosjećanja, altruizma i empatije (8,40,48).

Etička kompetentnost, poput ostalih kliničkih vještina, zahtjeva više nego samo kognitivno znanje etičkih principa (47,49). U praksi se vještine poput usmjerenosti na pacijenta i kliničke etičke kompetentnosti rijetko ispituju, iako se zna da će studenti s većom vjerojatnošću usvajati novo znanje, informacije i vještine ako očekuju da će ih se u tom području ocjenjivati (14). Osim toga, istraživanja pokazuju da nastavno osoblje rijetko direktno promatra ili se raspituje o moralnom ponašanju studenata i specijalizanata (32).

U procjeni jesu li studenti usvojili potrebne temeljne spoznajne činjenice mogu pomoći razni (u nastavku opisani) kognitivni alati koji, također, mogu pridonijeti spoznaji o njihovoj etičkoj osjetljivosti i procesima razmišljanja. Ipak, oni ne mogu ocijeniti na koji način studenti donose kliničke odluke poput one, npr. kada je etički opravdano (ispravno) liječiti pacijenta koji to odbija. Osim toga, spomenuti alati ne mogu prikladno ocijeniti prisutnost ili odsustvo profesionalnih vrijednosti poput poštivanja pacijentovog prava na izbor ili kvalitetu komunikacije koje su jednako važne u procesu donošenja odluke.

U literaturi su opisani brojni instrumenti za procjenu etičkih stavova, rasuđivanja i ponašanja, ali se najčešće navodi da prikladno ocjenjivanje kliničke etičke osposobljenosti mora nužno sadržavati više metoda (8,26,50). Naime, uobičajena test pitanja s višestrukim ponuđenim odgovorima ispituju samo usvojenost činjenica, a ne sposobnost kritičkog razmišljanja (27). Odgovori na ta pitanja imaju malu diskriminatornu kao i prediktivnu vrijednost u pretkazivanju budućeg ponašanja i vještine kada se novo, dotad neviđeno etičko pitanje pojavi. Tako je, npr. predloženo objedinjavanje klasičnog testa za evaluaciju znanja (test s višestrukim ponuđenim odgovorima) ili 30-minutnog testa u MEQ formatu (*eng.* Modified Essey Question) koji ispituju znanje (14,26,40) s OSCE ispitom (*eng.* Objective Structured Clinical Examination) koji ispituje što student MOŽE kad se suoči sa (standardiziranim) pacijentom (47,51). Test u MEQ formatu (26) ima dobru diskriminatornu vrijednost i može se koristiti za evaluaciju usvojenog znanja (etički koncepti i argumenti), moralnog rasuđivanja (kritičko mišljenje) i etičke osjetljivosti kandidata (52). Za ocjenu komponente ČINI također mogu biti pouzdane metode poput OSCE stanica (51,53). Naime, uz evaluaciju studentovog znanja njime se stječe uvid u studentova razmišljanja, ponašanja i komunikacijske vještine. OSCE može biti koristan i kao edukativna metoda jer potiče učenje praktičnih vještina (47). Neki autori govore o kliničkoj etičkoj kompetenciji kao glavnom cilju evaluacije te predlažu korištenje kombinacije OSCE-a i tzv. 360° povratnog upitnika koji se sastoji od izvješća nastavnika, specijalizanata, medicinskih sestara, socijalnih radnika pa i samih pacijenata (40,47). Kritičko razmišljanje, empatija i etička osjetljivost mogu se dodatno vrednovati metodama poput prikaza slučaja (40,54). Opisani su i oblici evaluacije za koje je potrebno izraditi pisani uradak slobodnog stila gdje je, prema iskustvu autora, većina uradaka bila u obliku eseja, a u 10% slučajeva se radilo o kreativnim izražajima poput poezije, vizualne umjetnosti i glume (55). U literaturi se spominje i portfolio kao oblik evaluacije jer potiče reflektivnu praksu te bolje razumijevanje i prosuđivanje etičkih sadržaja (54). Uz opisano, za

evaluaciju profesionalnih etičkih vještina i ponašanja neki smatraju najboljom evaluaciju od strane kolega (12) .

Unatoč svim navedenim metodama i njihovim kombinacijama, osim vremenske i materijalne zahtjevnosti, glavno ograničenje evaluacije predstavlja njena nepovezanost sa stvarnim ponašanjem uz krevet bolesnika (47). Ginsburg još dodatno navodi problem nemogućnosti razlikovanja etičke analize problema od komunikacijskih vještina (12).

S obzirom da nije moguće pretpostaviti svaku moguću etičku dilemu, potrebni su specifični testovi kako bi se utvrdilo posjeduje li kandidat osnovne vještine etičkog prosuđivanja i hoće li, prema tome, biti sposoban riješiti nove etičke probleme kada se oni pojave. Najčešće mjere moralnog rasuđivanja temelje se na popularnim psihološkim istraživanjima Kohlberga koji tvrdi da pojedinci moralno napreduju u načinu na koji rješavaju moralne dileme kroz očekivane stupnjeve (22). Prema Kohlbergovom modelu, moralni razvoj se odvija u tri razine: prekonvencionalnoj, konvencionalnoj i postkonvencionalnoj (56,57). Tako se, na primjer, na prvoj, prekonvencionalnoj razini (stupanj 1 i 2) dileme rješavaju temeljeći se na pristupu nagrade i kazne. Na drugoj, konvencionalnoj razini (stupanj 3 i 4) na donošenje odluka najviše utječu društvene i institucionalne norme. Na trećoj, postkonvencionalnoj razini (stupanj 5 i 6), moralno rasuđivanje se temelji na univerzalnim etičkim principima pravde, jednakosti, autonomije i poštivanja osobe. Prema Kohlbergu, s razvojem kognitivnih kapaciteta i odgovarajućim obrazovanjem, osoba uviđa neprimjerenost nižih razina moralnog rasuđivanja i usvaja više, racionalno prihvatljivije koncepcije. Postignuti stupanj moralnog rasuđivanja mjeri se Kohlbergovim instrumentom *Intervju moralnih prosudbi* (eng. Moral Judgement Interview, MJI). Kasnije je Rest razvio drugi, danas češće korišten instrument, prvobitno zamišljen samo kao pisana alternativa MJI-a. Radi se o tzv. *Testu određivanja tema* ili, skraćeno, TOT (eng. Defining Issues Test – DIT) (19,20). Za razliku od *Intervjua moralnih prosudbi* (MJI), u kojem ispitanikov rezultat u velikoj mjeri ovisi o njegovoj

sposobnosti logičnog i sustavnog verbaliziranja vlastitih misaonih procesa, TOT mjeri moralno rasuđivanje na razini prepoznavanja te time “pomaže” ispitaniku da pokaže viši stupanj moralnog rasuđivanja od onoga koji je u stanju verbalizirati (20).

Restov prethodno spominjani četverokomponentni model morala koji, osim moralnog rasuđivanja, uključuje moralnu osjetljivost, moralnu motivaciju i moralni karakter (19,20) nameće potrebu zasebne evaluacije tih komponenti. Naime, ti su elementi međusobno neovisni, a prisutnost i razvijenost svakog od njih nužna je za moralno ponašanje. Primjer instrumenta za mjerenje druge komponente, moralne osjetljivosti je Hebertov *Test etičke osjetljivosti* (58). Ispitivanje moralne motivacije koja podrazumijeva davanje prednosti moralnim vrijednostima iznad svih usporednih i, eventualno, sukobljenih vrijednosti te ocjenjivanje moralnog karaktera, (59) zahtjevaju sofisticirane psihološke testove koji nadilaze ovo istraživanje.

1.2. Autonomija pacijenta

Autonomija dolazi od grčke riječi *autos* (sam) i *nomos* (pravilo ili zakon). O tom se pojmu mnogo raspravljalo nakon izlaska kultne knjige Beuchampa i Childressa *O načelima biomedicinske etike* (60) u kojoj se pored neškodljivosti, dobročinstva i pravednosti navodi autonomija kao jedan od četiri temeljna etička načela. Dok prva dva načela proizlaze iz profesionalnih uloga i tradicije, načelo autonomije i pravednosti ukazali su na važne dijelove moralnosti koji su se u etici tradicionalno zanemarivali (61).

Praktična primjena načela autonomije ovisi o njenom značenju za pojedinog pacijenta. *Autonoman* pacijent je onaj koji je sposoban donositi slobodne i smislene odluke, izbore koji su u skladu s njegovim vrijednostima, sažeto, osoba s kognitivnom i emocionalnom kompetentnošću. U binarnom modelu, suprotnost bi bila heteronomni pacijent, tj. onaj koji ne

može ili ne želi donositi odluke za sebe (4). Heteronomija, odnosno ovisnost, može biti uzrokovana nedostatkom određenih mentalnih sposobnosti, na primjer kod novorođenog djeteta, komatoznog bolesnika, krajnje dementnog ili bolesnika s depresivnim ili kompulsivnim poremećajem, ali i obiteljskim, kulturološkim i društvenim čimbenicima koji potiču takvu ovisnost o drugima. U kontekstu pacijenta kao razumne osobe, autonomija podrazumijeva dvije činjenice: a) imati pravo donositi odluke o svom zdravlju i životu te b) imati pravo biti liječen na način da ga se poštuje od strane zdravstvenih profesionalaca. U kontekstu osobe koja nema sposobnost odlučivanja, autonomija zahtjeva biti vjeran prijašnjim pacijentovim željama izraženim dok je bio sposoban odlučivati i odnositi se prema tim pacijentima kao prema pojedincima koji imaju urođenu vrijednost i dostojanstvo (4).

Povijesno gledano, temeljnom vrijednosti medicine bilo je smatrano djelovanje u korist pacijenta (5). Danas je autonomija pacijenta jedan od temelja moderne medicine. Ideja da svaki pojedini pacijent treba imati slobodu činiti izbore o svom zdravlju i životu postala je u proteklih 50 godina jedan od prioriteta zapadnjačke (posebno američke) kulture i središnja se rasprava vodi o tome kako naći pravu mjeru između djelovanja u korist pacijenta i poštivanja njegovog prava na samoodređenje, odnosno između principa dobročinstva i autonomije (4).

Opisane promjene u odnosima liječnik - pacijent prisutne su i u mnogim službenim deklaracijama. Prema svjetskom kodeksu medicinske etike, kako je dopunjeno na 57. skupštini *Svjetske zdravstvene organizacije* (eng. World Medical Association General Assembly 2006) (62), liječnik treba postupati u najboljem interesu pacijenta poštujući njegovo/njeno pravo na prihvaćanje ili odbijanje liječenja te je posebno naglašeno kako pacijent ima pravo na vlastitu odluku, nakon što ga liječnik informira o posljedicama mogućih odluka. Osim spomenutih deklaracija, u većini zemalja postoje i propisi vezani uz liječnikovo informiranje pacijenta o

njegovom stanju, mogućnostima i rizicima liječenja (63). U Hrvatskoj su to *Kodeks medicinske etike i deontologije* (N.N. 55/08) te *Zakon o zaštiti prava pacijenata* (N.N. 169/04).

Autonomija ima i svoja ograničenja: zahtjevi za nelegalnu ili neprofesionalnu skrb, pacijentova nesposobnost, ograničena sredstva, javno dobro, itd. Uz to, moguće je razumjeti opasnost radikalne ideje da je pacijent isključivo taj koji donosi odluku, jer se u njoj nazire Descartesova filozofija da samo pojedinac može i mora odlučiti što je dobro i istina, a sve ostalo (obitelj, društvo, religija, Bog) je nesigurno (4). Osim toga, ljudi se razlikuju u tome u kojoj mjeri odlučivanje žele prepustiti liječniku. I liječnici se razlikuju u svom stilu; neki su skloni što više prepustiti pacijentu na odabir, dok se neki ljute i na samu takvu pomisao.

Povjerenje je još jedan važan aspekt u odnosu liječnik-pacijent koji s autonomijom može biti u interakciji na različite načine, ali se kao pojam javlja kod malog broja bioetičara. Medicina se osniva na povjerenju, a ono se gradi (64). Ima dokaza da se povjerenje u liječnike smanjilo u zadnjih 25 godina, što je upravo vrijeme u kojem je veća pažnja posvećena autonomiji pojedinca. Istraživanja zadovoljstva hospitaliziranih pacijenata pokazala su da oni manje važnim ocjenjuju sudjelovanje u odlučivanju od drugih aspekata liječenja među kojima se nalaze upravo poštovanje i povjerenje (5,65).

Iako autonomija pacijenta ima općenito šire značenje, obično se kao njene osnovne sastavnice opisuju liječnička tajna, pravo na istinu i informirani pristanak.

1.2.1. Pravo na istinu

Liječnici redovno moraju odlučiti *što, kada i kome* reći o zdravstvenom stanju pacijenta kojeg liječe. Gledajući iz perspektive prava na istinu koje pripada samom pacijentu, standardi i očekivanja o priopćavanju istine u kliničkoj praksi mogu biti različiti od onih u svakodnevnom

životu. Određeni dobronamjerni „protekcijizam“ u medicini je prisutan u svim kulturama. Najčešći primjer je priopćavanje nepovoljne dijagnoze. Radi se o zadatku koji nije nimalo ugodan niti liječniku niti pacijentu i zapravo je svojevrsna vještina za koju su liječniku potrebne godine rada kako bi naučio to dobro izvesti.

Iako većina liječnika priznaje da treba reći istinu, medicina je poznata po svom „škrtom“ pristupu govorenju istine (4). Uzrok je dilema o vrijednosti podržavanja nade prema poštivanju autonomije. Povijesno gledano, u prvoj polovici 20-og stoljeća uobičajen je bio paternalistički pristup autonomiji u kojem je liječnik po svom sudu određivao tijek liječenja, ali i prenošenja informacija bolesniku ili njegovoj obitelji. I danas je praksa različita u različitim zemljama i u različitim situacijama. Unatoč globalnom trendu prema pružanju više informacije, „skrivanje dijagnoze“ dominira kliničkom praksom u mnogim zemljama diljem svijeta (66).

1.2.2. Liječnička tajna

Liječnička tajna podrazumijeva obvezu čuvanja tajnosti osobnih, obiteljskih i zdravstvenih podataka pacijenata. Taj zahtjev se izrijeком navodi već u *Hipokratovoj prisezi* (oko 400. pr. Kr.) (3), koja je kroz dugi niz stoljeća bila moralni uzor liječnicima. U razdoblju uvođenja prvih zakonskih propisa o čuvanju liječničke tajne smatralo se da liječnik nikomu ne smije otkriti podatke o svojem bolesniku, a za saziv konzilija trebao je imati bolesnikov pristanak. Takvo je stajalište na današnjem stupnju razvoja medicine i liječničke prakse nemoguće, jer u postavljanju dijagnoza i u liječenju sudjeluje širok krug liječnika, drugih zdravstvenih djelatnika i administrativnog osoblja koji su također obvezni čuvati tajnu.

U Hrvatskoj, kao i u većini zemalja svijeta, zbog moguće zlouporabe povjerenja koje bolesnici iskazuju liječnicima, država je preuzela obvezu zaštite osobnosti građana te ju je

osigurala zakonom (*Hrvatski kazneni zakon*, čl. 132). Prema *Kodeksu medicinske etike i deontologije*, sve ono što je liječnik obavljajući svoju dužnost saznao smatra se liječničkom tajnom (NN 55/08). Ipak, svako otkrivanje liječničke tajne nije kazneno djelo; na primjer na bolesnikov zahtjev, za potrebe suda, radi općeg interesa u slučaju epidemije ili kaznenog djela, ili u interesu druge osobe ako je to važnije od interesa čuvanja tajne. *Zakon o liječništvu* (NN 121/03, 117/08) i *Zakon o zaštiti prava pacijenata* (NN 169/04, 37/08) također određuju pravo na povjerljivost sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka te pravo na privatnost.

Pravo na privatnost temeljno je demokratsko postignuće i podrazumijeva imati pravo na slobodu od uplitanja i zadiranja drugih u osobne informacije. Ono predstavlja temeljnu sastavnicu pacijentove autonomije te ima intrinzičnu, iako ne apsolutnu, vrijednost. Nalazi se pod zaštitom autoriteta, sudova i komisija i stoga što odavanje liječničke tajne smanjuje povjerenje o kojem zdravstveni sustav ovisi i koje može dovesti do nepoželjnih posljedica poput izbjegavanja zdravstvene zaštite pojedinaca kojima je to potrebno. Ipak, pravna i etička zaštita privatnosti nije univerzalna već ovisi i o kulturološkom kontekstu. U Kini, na primjer, privatnost nije intrinzična vrijednost (67).

1.2.3. Informirani pristanak

Informirani pristanak je izjava pacijenta koja liječnika opunomoćuje da provede određene mjere, terapiju ili da uključi ispitanika u istraživački protokol (68). Prema Gosić, u tom pristanku se povezuju temeljne etičke spoznaje s kliničkom praksom i odnosom prema bolesniku te dolazi do izražaja analiza i vrednovanje spoznajnog medicinskog i etičkog potencijala (66). Sam koncept potječe iz etičkih principa dobročinstva i autonomije te pronalazi

uporište u domaćoj i međunarodnoj medicinsko-etičko-pravnoj regulativi (*Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske, Helsinška deklaracija, UNESCO-va opća deklaracija o bioetici i ljudskim pravima*), a u medicinskim znanstvenim raspravama spominje se od početka 70-ih godina prošlog stoljeća (68).

Dobivanje informiranog pristanka ili informirane suglasnosti pacijenta nije samo rutinski postupak radi zadovoljenja forme. To nije jednostavan proces s obzirom da se pacijenti razlikuju u tome koliko žele znati, koliko trebaju znati i koliko mogu razumjeti. Sam formalizirani proces, u pisanom obliku, uveden je u medicinu prvotno zbog medicinsko-legalnih razloga kako bi pacijent potpisao da se slaže s rizikom koji određeni medicinski dijagnostički i/ili terapijski postupak podrazumijeva (4).

1.2.4. Dodatni čimbenici: empatija i komunikacijske vještine

Iako u užem smislu ne pripadaju u područje autonomije pacijenta, liječnikova empatija i njegove komunikacijske vještine iznimno su bitne za održavanje odnosa liječnik-pacijent na profesionalnoj i moralno prihvatljivoj razini. One održavaju stav poštivanja dostojanstva osobe, a time i njene autonomije.

U znanstvenim je radovima dokazano da liječnikova empatija pridonosi boljoj dijagnostičkoj preciznosti i ishodima liječenja (69). Ipak, empatija je pojam koji je teško definirati pa time i mjeriti. U literaturi se opisuje kao višedimenzionalan koncept koji objedinjuje kako kognitivno tako i afektivno, tj. emocionalno područje (34,35). U medicinskoj praksi najvažnija komponenta je sagledavanje problema iz perspektive pacijenta te suosjećajna briga i davanje podrške da sam donese odluku. Istraživanja provedena među liječnicima pokazuju značajne razlike u empatiji muškaraca i žena te između liječnika određenih specijalizacija (35).

Iako bi bilo poželjno da fakulteti odgajaju altruistične liječnike koji su empatični prema svojim pacijentima, istraživanja se ne slažu u pogledu koliko je empatija podložna edukacijskim intervencijama tijekom studija medicine. Dio istraživača vjeruje kako je empatija stanje osobnosti koje se može pogoršati tijekom medicinske edukacije, ali se može i unaprijediti ciljanim intervencijama. Suprotno tome, drugi navode da je empatija osobina koju nije moguće lako poučavati (34).

Ipak, istraživanja se slažu da empatija studenata pada za vrijeme njihovog školovanja, počevši od treće godine pa dalje za vrijeme specijalizacije (34,35). Isti je problem zabilježen i u testovima koji ispituju moralno rasuđivanje (20) što može ukazati na njihovu međusobnu povezanost. S druge strane, pad u empatiji nije zabilježen u presječnim istraživanjima u Koreji i Japanu (70,71) što bi se moglo objasniti razlikama u kurikulumu, kulturi, uzorima, edukaciji, pravilima ponašanja u bolnici, zdravstvenom osiguranju i sustavu te tradiciji općeg poštovanja prema liječniku od strane pacijenta. Ovakvi rezultati navode na potrebu daljnjeg analiziranja i istraživanja opisanih rezultata.

2. HIPOTEZA

Instrument za vrednovanje profesionalne etičnosti i etičke osposobljenosti studenata medicine (akronim: PEO) primjenjiva je i korisna metoda za procjenu i praćenje profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine u etički dvojbenim situacijama koje se odnose na autonomiju pacijenta.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Opći cilj istraživanja je razviti instrument za procjenu profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine iz područja autonomije pacijenta koji bi bio pouzdan, valjan i primjenjiv u praksi te ga primijeniti na studente medicine različitih godina.

Specifični ciljevi istraživanja su:

1. Ispitati i analizirati promjene u profesionalnoj etičkoj osposobljenosti studenata medicine 1., 3. i 6. godine.
2. Usporediti razinu profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine s njihovim socio-demografskim obilježjima (spol, godina studija, stručna sprema roditelja, mjesto odrastanja).
3. Usporediti razinu profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine s njihovom željenom specijalizacijom.
4. Usporediti razinu profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine sa stupnjem religioznosti mjenim *DUREL upitnikom (Duke University Religion Index)*.
5. Usporediti razinu profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine dobivene *instrumentom PEO* s ostalim etičkim parametrima (moralno rasuđivanje, etička osjetljivost, teorijsko znanje).

4. MATERIJALI I METODE

4.1. Nacrt istraživanja

Istraživanje je provedeno u dvije faze između kojih je sastavljen *Instrument PEO* (profesionalna etička osposobljenost) i provedena njegova sadržajna validacija. Prva faza se odnosi na kvalitativno istraživanje provedeno metodom fokus grupa koje su održane 2012. i 2013. godine. Dobiveni podaci korišteni su za sastavljanje *Instrumenta PEO*. U drugoj fazi *Instrument PEO* je proveden među studentima medicine prve, treće i šeste godine na Medicinskom fakultetu Sveučilištu u Zagrebu u akademskoj godini 2015./2016.

Tablica 1. Faze istraživanja

Vrijeme	Tip istraživanja	Metoda	Ispitanici	Obrada podataka
Faza 1	kvalitativno	Fokus grupa	Studenti medicine 1. godine (SM1)	Usmjerena analiza sadržaja (eng. Directed Content Analysis)
			Studenti medicine 6. godine (SM6)	
SASTAVLJANJE INSTRUMENTA (PEO)				
Faza 2	kvantitativno	Upitnik	Studenti 1. godine medicine Studenti 3. godine medicine Studenti 6. godine medicine	Statistička analiza

4.2. Prvi dio istraživanja - kvalitativna analiza podataka: Ispitanici i metode

U prvom, kvalitativnom istraživanju primijenjena je metoda rada u fokus grupama. Sudionici šest fokus grupa bili su odvojeno: 1) studenti prve godine medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (SM1, 10 sudionika); 2) studenti šeste godine medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (SM2, 9 sudionika); 3) nastavnici koji sudjeluju u nastavi iz medicinske etike na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (ME, 8 sudionika); 4) specijalizanti obiteljske medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (OM, 9 sudionika); 5)

liječnici kliničari iz Kliničkog bolničkog centra "Sestre Milosrdnice" u Zagrebu (BS, 11 sudionika) te 6) predstavnici pacijenata, članovi Hrvatske udruge mijasteničara, Zagreb (KP, 9 sudionika). Sveukupno je u raspravi unutar fokus grupa sudjelovalo 56 dobrovoljnih sudionika. Svima je prethodno objašnjen cilj i način istraživanja te su nakon upoznavanja s pitanjima potpisali informirani pristanak.

Namjerno uzorkovanje određene populacije i oblikovanje homogenih grupa sudionika provedeno je s ciljem minimaliziranja njihovog međusobnog utjecaja na stavove i izjave. Broj sudionika po grupi i njihov sastav je također oblikovan s ciljem da se sudionici osjećaju ugodno i slobodno mogu izreći svoje stajalište (72).

Pitanja su bila unaprijed pripremljena (Prilog 2), ista za sve, ali malo modificirana za grupu pacijenata. Razgovor je vodio za to educirani liječnik, specijalizant obiteljske medicine, istraživač. Grupa je ukratko upoznata s ciljem razgovora te su svi sudionici potaknuti na iznošenje svojih mišljenja.

Cijeli je razgovor audio-sniman i vođen prema unaprijed određenim pitanjima, sukladno ciljevima istraživanja. Pitanja su se odnosila na dosadašnja iskustva susretanja s etičkim problemima i konfliktima za vrijeme studija medicine, samostalnog rada u ambulanti ili na iskustva pacijenata za vrijeme njihovog liječenja. Potpitanja su se odnosila na njihove postupke i reakcije te mišljenja o nedostacima u njihovim postupcima. Studente i liječnike se dodatno pitalo mišljenje o dosadašnjoj edukaciji iz medicinske etike.

Audio zapisi su transkribirani te analizirani sukladno istraživačkom pitanju o doživljaju i postupcima sudionika u etičkim dilemama iz područja autonomije pacijenata.

S obzirom da već postoje prethodna istraživanja o autonomiji pacijenata unutar zdravstvenog sustava, u obradi podataka je korišten *usmjeren pristup analizi sadržaja* (eng. Directed Content Analysis) (73,74) na način da se prema postojećoj teoriji prepoznaju ključni

koncepti kao početne kategorije za kodiranje. Prema tom planu, zapisi su bili kodirani i teme sastavljene za svaku fokus grupu posebno, a zatim su svi podaci objedinjeni. Navedeni je postupak odrađen od strane glavnog istraživača, dok su dva dodatna istraživača sudjelovala u interpretaciji rezultata i istraživanju trendova. Teme koje su se pojavile u samo jednoj ili dvije fokus grupe također su uzete u razmatranje. Podaci koji se nisu mogli početno kodirati, izvučeni su i posebno analizirani kako bi se odredilo predstavljaju li i oni novu kategoriju ili potkategoriju postojećeg koda.

S obzirom da je glavni cilj provođenja fokus grupa bilo dobivanje „iskustvenih informacija“ za sastavljanje upitnika, nije provedena dubinska analiza podataka nego identificiranje ključnih koncepata koji bi se mogli koristiti u sastavljanju upitnika.

4.3. Oblikovanje *Instrumenta PEO* i analiza njegovih metričkih osobina

Kako bi se oblikovao sadržajno valjan instrument, prvo je precizno definirano polje pokrivanja željenog instrumenta. Ono glasi: profesionalno etičko odlučivanje u medicini u području autonomije pacijenata. Zatim su, prema etičkim dilemama prepoznatim u fokus grupama, oblikovana pitanja u obliku vinjeta te sastavljeni mogući odgovori prema željenim indikatorima (npr. stil odlučivanja može biti paternalistički, pacijent suradnik, obrambeni/legalistički, prema smjernicama, ili sam pacijent odlučuje). Sastavljena pitanja s predloženim odgovorima dana su neovisnim stručnjacima (dva nastavnika medicinske etike na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu) kako bi povezali stilove odlučivanja s ponuđenim odgovorima. Usporedbe njihovih i autorovih odgovora na pitanja u kojima su se pojavile razlike u interpretaciji, odnosno pridijevanju stila odlučivanja ponuđenim odgovorima prikazane su u tablicama 2a, 2b, 2c i 2d. U ostalim pitanjima nije bilo razlike u interpretaciji

među ispitivačima. Na kraju su pitanja i odgovori dodatno modificirani prema primjedbama spomenutih stručnjaka te je oblikovana završna verzija *Instrumenta PEO* (Dodatak 1).

Dobiveni instrument sadrži ukupno 20 pitanja od kojih su 19 u obliku vinjeta s 5 ponuđenih odgovora (stilova ponašanja), dok jedno pitanje iznosi 5 tvrdnji za koje se na *Likertovoj ljestvici vrijednosti* treba označiti odgovor.

Većina pitanja (pitanje 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 17 i 20) istražuje stilove odlučivanja studenata u određenim kliničkim etičkim dilemama te su u njima ponuđeni odgovori svrstani prema pet kategorija odnosno stilova odlučivanja (*odluka se prepušta pacijentu, obrambeno/legalističko ponašanje, ponašanje prema smjernicama, paternalistički pristup, pacijent je suradnik*). U nekim je pitanjima pružena mogućnost nadopisivanja odgovora, što se kasnije zasebno analiziralo. Drugi dio pitanja istražuje ponašanje prilikom priopćavanja teške dijagnoze (pitanja 9, 10, 11, 15, 16 i 19) te su u njima predviđeni odgovori svrstani u kategorije *istina, obrambeno ponašanje, ublažiti, procjena, obitelj i bijeg*.

Tablica 2a. Ispitivanje sadržajne valjanosti – prikaz pridijevanja stila odlučivanja pojedinom odgovoru od strane autora i kontrole na pitanje broj 2.

ODGOVOR	autor	Kontrola 1	Kontrola 2	final
a	4	4	4	4
b	3	2	3	3
c	5	5	5	5
d	1	1	1	1
e	2	2	2	2

Šifarnik	
1	Pacijent odlučuje
2	Obrambeno/legalistički
3	Smjernice
4	Paternalistički
5	Pacijent suradnik

Pitanje broj 2. Dugogodišnja pacijentica u ambulanti opće medicine kaže vam da je njen suprug, koji ima 62 godine, u zadnje vrijeme smršavio i izgleda bljeđi nego inače. Znae da mu je otac preminuo od karcinoma debelog crijeva. Preko supruge ga zovete na pregled ali on odbija. Izgovara se da ima puno posla. Vaša reakcija je:

- Zaprijetite mu da hitno dođe kod vas u ambulantu.
- Supruzi ćete dati pribor za uzimanje uzorka stolice da ga barem na to pridobije.
- Zvat ćete ga telefonski kako bi ste mu objasnili važnost pravovremene dijagnoze.
- Njegovo je zdravlje u pitanju i njegova je odluka.
- Najbitnije je zabilježiti u njegov karton da ste ga zvali, u slučaju da vas kasnije tuži.

Tablica 2b. Ispitivanje sadržajne valjanosti – prikaz pridijevanja stila odlučivanja pojedinom odgovoru od strane autora i kontrole na pitanje broj 6.

ODGOVOR	autor	Kontrola 1	Kontrola 2	final
a	4	4	4	4
b	1	2	1	1
c	3	5	3	3
d	2	3	2	2
e				

Šiframik	
1	Pacijent odlučuje
2	Obrambeno/legalistički
3	Smjernice
4	Paternalistički
5	Pacijent suradnik

Pitanje broj 6. U sali ste za male zahvate na turnusu iz kirurgije, kirurg je upravo odstranio madež gospodinu srednjih godina i sad treba zašiti ranu na leđima. Ništa ne govoreći pokazuje na pribor za šivanje i upitno vas pogleda:

- S obzirom da ste u kliničkoj bolnici, podrazumijeva se studentovo sudjelovanje. Najbolje je prihvatiti se posla i ništa ne govoriti. To su samo dva šava na leđima.
- Predstavite se pacijentu kao student i pitate ga smijete li mu zašiti ranu na leđima.
- Pacijent nije to potpisao u informiranom pristanku pa odbijete.
- Pravite se kao da niste shvatili što trebate učiniti ili odbijete, jer je očito da pacijent o tome ništa ne zna.
- Drugo _____

Tablica 2c. Ispitivanje sadržajne valjanosti – prikaz pridijevanja stila odlučivanja pojedinom odgovoru od strane autora i kontrole na pitanje broj 12.

ODGOVOR	autor	Kontrola 1	Kontrola 2	final
a	2	2	2	2
b	5	5	5	5
c	3	3	2	3
d	1	1	4	1
e				

Šiframik	
1	Pacijent odlučuje
2	Obrambeno/legalistički
3	Smjernice
4	Paternalistički
5	Pacijent suradnik

Pitanje broj 12. Pacijentica T.A., 50 godina, sprema se na operaciju koljena. Glavna sestra vas zamoli da joj odnesete obrazac za informirani pristanak. Što ćete vjerojatno učiniti?

- Uputiti se do pacijentice i reći: Glavna sestra je zamolila da ovo potpišete. To je redovna procedura prije operacije.
- Uputiti se do pacijentice i reći: Pročitajte, pa ako imate pitanja, pitajte vašeg nadležnog doktora prije nego potpišete.
- Kazati sestri da to nije vaš posao kao studenta jer ne znate koliko je pacijent u sve upućen.
- Uputiti se do pacijentice i reći: Ukoliko ste već o svemu porazgovarali sa svojim operaterom možete se, molim vas, ovdje potpisati.
- Drugo _____

Tablica 2d. Ispitivanje sadržajne valjanosti – prikaz pridijevanja stila odlučivanja pojedinom odgovoru od strane autora i kontrole na pitanje broj 13.

ODGOVOR	autor	Kontrola 1	Kontrola 2	final
a	4	2	2	2
b	3	4	4	4
c	1	1	1	1
d	5	5	5	5
e				

Šiframik	
1	Pacijent odlučuje
2	Obrambeno/legalistički
3	Smjernice
4	Paternalistički
5	Pacijent suradnik

Pitanje broj 13. Vaš pacijent I.G., 45 godišnji samac, kojeg ste do sada već nekoliko puta liječili antibioticima zbog spolno prenosive bolesti i HBV je pozitivan, kaže vam da je konačno sreo "onu pravu". Priznaje vam da joj ne želi reći da je HBV pozitivan. Slučajno poznajete njegovu djevojku. Što ćete učiniti?

- Nagovarati ga da joj kaže, inače neka traži drugog doktora.
- Razmišljate kako doći do njegove djevojke da je upozorite.
- Najbitnije je održati povjerenje s pacijentom, stoga ga uvjeravate kako ono što znate neće „izaći“ iz ambulante.
- Ponovno razgovarate s pacijentom o načinima širenja virusa i metodama prevencije.
- Drugo _____

4.3.1. Valjanost

Valjanost mjernog instrumenta odnosi se na to mjeri li, i u kojem stupnju, upravo ono što njime želimo mjeriti. Teorijska podloga je vrlo široka i u literaturi se može naći više načina podjele vrsta valjanosti. U ovom je istraživanju primijenjeno ispitivanje sadržajne, očigledne, kriterijske i konstruktne valjanosti (75,76).

a) *Sadržajna valjanost* utvrđuje u kojoj mjeri instrument ispituje željeni konstrukt mjerenja, odnosno, relevantni sadržaj predmeta mjerenja te je li zastupljenost pojedinih sadržaja odgovarajuća. Za to ne postoje statistički kriteriji već je njena procjena uglavnom stvar kvalitativne procjene i teorijskog dokazivanja. Drugim riječima, radi se o mišljenju stručnjaka ispituje li pitanje stvarno ono što tvrdi. U ovom istraživanju ispitivanje sadržajne valjanosti provedeno je na način da su pitanja s predloženim odgovorima dana dvojici nastavnika medicinske etike kako bi povezali stilove odlučivanja s ponuđenim odgovorima i time potvrdili označuju li predloženi odgovori doista ono što se tvrdi (Tablica 2a, 2b, 2c i 2d).

b) *Očigledna valjanost (facijalna ili eng. Face Validity)* se utvrđuje na način da se ispitanike pita što pitanja mjere. U ovom istraživanju ona se provela u obliku ciljanog razgovora sa studentima o pitanjima na koja su nadopisivali, uz ponuđene i dodatne odgovore. U naknadnom razgovoru s njima ta pitanja su se pokazala dvosmislenima i nepreciznima. Stoga je predloženo izbaciti pitanja 19 i 20.

c) *Kriterijska valjanost* utvrđuje u kojoj su mjeri rezultati dobiveni na instrumentu povezani s rezultatima na nekoj drugoj varijabli koju se uzima kao vanjski kriterij valjanosti (76). U ovom istraživanju to se odnosi na empatiju i opisano je u raspravi.

d) *Konstruktna valjanost* ispituje povezanost rezultata dobivenih na ispitivanom instrumentu s rezultatima dobivenim na drugim instrumentima. Ona odgovara na pitanje je li odnos među

rezultatima mjerenja različitih entiteta u skladu s teorijskim hipotezama koje se tiču “konstrukta“ koji se mjeri. U tom kontekstu rezultati dobiveni *instrumentom PEO* uspoređeni su s rezultatima testova rasuđivanja (*MJI i DIT*).

4.3.2. Pouzdanost

Mjerenje pouzdanosti instrumenta potrebno je kako bi se pokazalo je li korišteni upitnik primjeren mjerni instrument, odnosno, bi li se njegovim korištenjem u ponovljenim mjerenjima dobili isti mjerni pokazatelji. Više je ponuđenih metoda procjene pouzdanosti (76,77):

- a) Procjena pouzdanosti ponovljenim mjerenjem (*eng. Test – Retest Reliability*)
- b) Procjena pouzdanosti primjenom paralelnih (ekvivalentnih) inačica instrumenta (*eng. Parallel Forms Reliability*) što predstavlja izvjesnu modifikaciju procjene pouzdanosti ponovljenim mjerenjem.
- c) Procjena pouzdanosti pomoću frakcioniranja (podjele) instrumenta na dva dijela koji se tretiraju kao paralelne forme instrumenta (*eng. Split - Half Reliability*)
- d) Procjena pouzdanosti na temelju interne konzistentnosti instrumenta (*eng. Internal Consistency Reliability*) gdje se svaku od čestica instrumenta shvaća kao zasebni instrument, izračuna se korelacija svih čestica sa svim ostalima te procjenjuje pouzdanost cijeloga instrumenta na temelju prosječnog iznosa tako dobivenih korelacija među česticama.

Da bi se korelacija mogla izračunati, varijable trebaju biti na intervalnoj ili eventualno ordinalnoj skali dok su u *instrumentu PEO* varijable na nominalnoj. Moguća test-retest metoda se na ovakvoj skali nije pokazala primjerenom stoga što je povezana s u praksi teško izvedivim i etički upitnim ponavljanjem provedbe instrumenta među istim ispitanicima. Moguća alternativa je i izračunavanje Cohenovog Kappa koeficijenta sukladnosti u procjeni kojim se

mjeri daje li ispitanik koji odgovara na dva pitanja iste odgovore. Obično se koristi za sukladnost kada dva procjenjivača ocjenjuju istu stvar koja je na nominalnoj skali, a u ovom slučaju se ta logika primijenila na ponuđena pitanja (78). Navedeni je postupak primijenjen na prva dva pitanja kako bi se isprobao postupak. Tako je, na primjer, od svih ispitanika koji su na prvom pitanju zaokružili *obrambeni* stil, 50% na drugom pitanju zaokružilo *pacijent odlučuje*, a 50% *paternalistički*. Samo za stil pacijent suradnik se pokazala dosljednost. Cohenov Kappa koeficijent sukladnosti iznosio je 0,013 ($p=0,511$), a u idealnom slučaju trebao bi biti 1. Daljnji izračuni nisu prikazani jer se uvidjelo da stil odlučivanja ovisi o kontekstu pitanja, odnosno pojedinci ne zastupaju čvrsto jedan stil nego reagiraju ovisno o situaciji, što potvrđuje činjenica da je etičko djelovanje ovisno o kontekstu (50).

Zbog etički i statistički neopravdanog te logistički prezahtjevnog ponavljanja ispitivanja među istim studentima nije izračunata pouzdanost *instrumenta PEO*.

4.4. Drugi dio istraživanja - kvantitativna analiza podataka: ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno među studentima medicine 1. godine (N=291), 3. godine (N=121) i 6. godine (N=124) na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Devet upitnika nije bilo valjano popunjeno te su izuzeti iz analize.

Obrazac za ispunjavanje koji je davan studentima u svom je uvodnom dijelu sadržavao kratki opis istraživanja i prostor za upisivanje socio-demografskih osobina (spol, dob, godina studija, stručna sprema majke i oca) te željene specijalizacije.

Novo-sastavljenom *Instrumentu PEO*-u (Prilog 1) pridodana je *Hrvatska verzija upitnika DUREL* (eng. Duke University Religion Index). Radi se o kratkom instrumentu za mjerenje religioznosti koji je sastavljen i validiran na Duke Sveučilištu, Durham, SAD (79). Od autora je dobivena suglasnost za prevođenje i korištenje upitnika. Hrvatski prijevod je dobiven

metodom naprijed-natrag prevođenja, validiran je i trenutno u fazi objavljivanja (80). DUREL se sastoji od 5 pitanja koja ocjenjuju organizacijsku (institucionaliziranu) religioznu aktivnost (1 pitanje), neorganizacijsku religioznu aktivnost (1 pitanje) te intrinzičnu, tj. subjektivnu religioznost (3 pitanja). Prema uputama autora izvornog upitnika, rezultati pod-ljestvica izračunavaju se i prikazuju odvojeno, a ne kao jedan zajednički rezultat za svih 5 pitanja.

4.5. Etička načela istraživanja

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Ispitanici su bili detaljno upoznati sa svrhom i ciljevima istraživanja na način da su:

- 1) Sudionici fokus grupa dobili na potpis tiskani obrazac za informirani pristanak koji je sadržavao obavijest o svrsi i ciljevima istraživanja, uz napomenu o dobrovoljnom pristanku na sudjelovanje u istraživanju (privitak 2). Te su im informacije priopćene i usmeno.
- 2) Na prvoj stranici upitnika za studente navedene su upute za ispunjavanje i kratki opis istraživanja (privitak 1).

4.6. Statistička obrada podataka

Kvantitativni podaci analizirani su prema odgovarajućim statističkim metodama, a rezultati su tablično i grafički prikazani. Prema rezultatima deskriptivne analize, sve distribucije na ukupnoj razini i po razinama nezavisne varijable statistički značajno odstupaju od normalne distribucije. Stoga su, za analizu razlika, korišteni neparametrijski testovi: Kruskal-Wallisov test s Mann Whitney post-hoc testom te Friedmanov test s Wilcoxonovim testom za utvrđivanje post-hoc razlika. Testiranje značajnosti razlika među skupinama za svako

pojedino pitanje analizirano je Hi kvadrat testom. Razina značajnosti razlika iznosila je 0,05 te su svi rezultati gdje je p manji od 0,05 bili smatrani statistički značajnim.

Statistička analiza učinjena je pomoću programske podrške *MedCalc*.

5. REZULTATI

5.1. Prvi dio istraživanja – kvalitativna analiza

Kvalitativnom analizom podataka prikupljenih u fokus grupama na način usmjerene analize sadržaja, potvrđena su tri područja koja spadaju u poštivanje autonomije pacijenta: pravo na istinu, liječnička tajna i informirani pristanak.

Tablica 3. Sažetak rezultata kvalitativne obrade podataka prikupljenih u fokus grupama

PACIJENTOVO PRAVO NA AUTONOMIJU	ETIČKA PREMISA (primjer)	ETIČKA DILEMA/ KONFLIKT	PRAKTIČNI PROBLEMI	ETIČKI PRIHVATLJIVO PONAŠANJE (primjer)
PRAVO NA ISTINU	Pacijent ima pravo znati cijelu istinu o svojoj dijagnozi, prognozi i potrebnoj terapiji. Pacijent može izabrati s kime želi podijeliti te informacije.	Prilikom komunikacije dijagnoze/prognoze: KADA reći? ŠTO reći? KAKO reći? TKO treba reći? ZAŠTO reći? KOME reći?	PACIJENT - ne pita - nije sposoban razumjeti - reagira previše emocionalno - ne želi znati	Liječnik može pitati pacijenta: „Imate li još pitanja za mene?“ ili mu reći „Uvijek me možete pitati ako vam nešto nije jasno...“ i daje mu iskreni odgovor.
			OBITELJ - ne želi dodatno opteretiti bolesnika - smatra kako bi ga teška dijagnoza ili loša prognoza „dokrajčila“ - ima svoje interese	Liječnik može prvo pitati pacijenta slaže li se on da se razgovara i s obitelji, i tek tada to čini.
			LJEČNIK - nema vremena za razgovor s pacijentom - ne želi biti glasnik loše vijesti/prognoze - želi dati nadu, a ne obeshrabrati pacijenta - kaže sve na neprikladan način i bez pripreme pacijenta	Liječnik pronalazi potrebno vrijeme za razgovor s pacijentom, sposoban je procijeniti koliko je pacijent u danom trenutku sposoban primiti, pruža mu nadu, ponekad može neke informacije izostaviti ali nikada ne laže.
			SUSTAV - nije određeno čija je odgovornost razgovarati s pacijentom i tko daje završnu oduku	U spornim situacijama i nedoumicama može se savjetovati s iskusnijim kolegom ili uputiti pitanje etičkom povjerenstvu.
			OBRAZOVANJE - nedovoljno osposobljavanje u području komunikacijskih vještina	Trajna medicinska edukacija koja podrazumijeva i vještine komunikacije.
			DRUGO - nitko nije gospodar sudbine - mogućnost placebo/nocebo efekta	Liječnik treba biti spreman podnijeti određenu razinu nesigurnosti i frustracije, kao i mogućnost drugih ne-medicinskih utjecaja na tijek bolesti.

LIJEČNIČKA TAJNA	Pacijent ima pravo na maksimalno moguće poštivanje privatnosti i intime. Sve informacije dobivene medicinskim postupcima zaštićene su medicinskom tajnom.	<p>Je li pravo pojedinca na liječničku tajnu veće od prava drugih/zajednice da bude zaštićena?</p> <p>U kojoj mjeri javne osobe imaju pravo na poštivanje privatnosti s obzirom na liječničku tajnu?</p> <p>Koje sve informacije spadaju pod liječničku tajnu?</p> <p>Koje sve informacije se trebaju podijeliti s kolegama liječnicima u najboljem interesu pacijenta?</p>	PACIJENT	<ul style="list-style-type: none"> - nema povjerenja u liječnika i ne kaže mu sve potrebne informacije 	Liječnik poštuje pacijentovu diskreciju i pridobio je njegovo povjerenje
			OBITELJ	<ul style="list-style-type: none"> - podrazumijeva da treba znati sve informacije vezane uz pacijenta 	Liječnik razgovara s pacijentom o uključivanju obitelji u odluke
			LIJEČNIK	<ul style="list-style-type: none"> - zbog nepažnje, bahatosti ili namjerno ne poštuje pacijentovu intimu i liječničku tajnu 	Liječnik sustavno poštuje liječničku tajnu kao profesionalnu moralnu dužnost
			SUSTAV	<ul style="list-style-type: none"> - nepažnja medicinskog osoblja na pacijentovu privatnost - zbog informatizacije sustava svi medicinski podaci dostupni - pacijentove povjerljive informacije dopijevaju nemedicinskom osoblju (računovođe, osiguravajuće kuće, portiri, itd.) - curenje informacija u javnost 	Potrebne korjenite promjene u medicinskom sustavu i zakonodavstvu
			OBRAZOVANJE	<ul style="list-style-type: none"> - studenti za vrijeme obilazaka/turnusne nastave narušavaju intimu pacijenata jer trebaju steći praktično iskustvo. - zbog ograničenja prostora (sobe nisu jednokrevetne niti nema posebnih soba za medicinsku edukaciju) nije lako poštivati pacijentovo pravo na privatnost i intimu. 	Liječnik-nastavnik objašnjava studentima važnost poštivanja moralnih normi profesionalnog ponašanja i pruža im dobar primjer svojim ponašanjem
			DRUGO	<ul style="list-style-type: none"> - drugačije poimanje intime od strane pacijenta i medicinskog osoblja - u sudskim parnicama potrebno je dati svu medicinsku dokumentaciju 	U otvorenom razgovoru između liječnika i pacijenta mogu se riješiti dileme i nesporazumi

INFORMIRAN I PRISTANAK	Liječnik je dužan objasniti dijagnostički postupak ili postupak liječenja kao i uobičajene neželjene posljedice svim kognitivno sposobnim pacijentima na njima razumljiv način. Tek tada pacijent može dati valjani usmeni ili pisani pristanak	Za koje je procedure potreban pisani informirani pristanak? Što i kako treba biti napisano na obrascu informiranog pristanka? Koje su etičke a koje zakonske pretpostavke informiranog pristanka?	PACIJENT - nalazi se u podređenom, ovisnom položaju - ne razumije medicinsku terminologiju - ne usudi se pitati	Pacijent potpisuje obrazac za informirani pristanak nakon što mu je liječnik objasnio potrebne činjenice
			OBITELJ - tko odlučuje u spornim pitanjima za adolescente, starije neracionalne ili dementne pacijente ako to nije pravno riješeno	U zajedničkom dijalogu između liječnika, pacijenta i njegove obitelji može se dobiti valjani pristanak
			LIJEČNIK - koristi fraze i terminologiju koju pacijent ne razumije - ne pruža pacijentu sve potrebne informacije	Liječnik na prikladan i razumljiv način daje potrebne informacije
			SUSTAV - obično medicinska sestra ili student daju pacijentu obrazac za informirani pristanak, a on to obično potpiše i bez čitanja	Liječnik sam pruža pacijentima obrasce za informirani pristanak
			OBRAZOVANJE - obrasci za informirani pristanak nisu napisani na prikladan način	Obrasci za informirani pristanak su napisani razumljivo, a pacijenti ih pročitaju prije potpisivanja
			DRUGO - obrasci za informirani pristanak su sastavljeni na način i s ciljem da se njime zaštiti liječnik, a ne s ciljem informiranja pacijenta	Obrasci su pisani s ciljem informiranja pacijenata o mogućnostima liječenja i neželjenim posljedicama, a ne samo kako bi se pravno zaštitilo liječnike

5.1.1. Pravo na istinu

Pravo na istinu i pitanje istine nitko nije dovodio u pitanje, ali je utvrđeno različito tumačenje tog pojma.

U svim se fokus grupama raspravljalo oko priopćavanja dijagnoze i rasprava se odnosila na dva glavna pitanja: što treba reći pacijentu (kvalitativni sadržaj informacije) te koliko reći pacijentu (kvantitativni raspon informacija).

Što reći?

S obzirom na kvalitativni sadržaj informacija, utvrđeno je nekoliko stajališta. Ipak, svi su se složili da je važno biti iskren i reći pacijentu istinu iako ta istina može biti različito „upakirana“.

“Govorenje istine nije jedini kriterij etičnog ponašanja. Naravno da treba poštivati etičke norme, ali umjetnost je znati kad nešto treba reći, a kad ne. Ne smije se lagati, ali ako je istina preteška za pacijenta treba je se staviti u određeni okvir”. (ME)

“Nitko ne smije lagati. To je istina, ali lagati nije isto kao i nešto prešutjeti. To je vrlo fina distinkcija”. (ME)

Iako bi se ovo moglo interpretirati kao obrana varanja, mnogo je liječnika u istraživanju na to gledalo kao na profesionalnu diskreciju, tzv. „terapijski privilegij“. Neki su od njih priznali kako su ponekad namjerno lagali, opravdavajući se da je to imalo pozitivan učinak na pacijenta.

“Iz mojeg iskustva, jednostavno postoje ljudi koji nisu spremni prihvatiti istinu o svojoj dijagnozi, bez obzira na njihove kognitivne sposobnosti. Priznajem da sam na početku svoje

profesionalne karijere znala tražiti od patologa da drugačije napišu svoj nalaz i mogu vam reći da su ti slučajevi dobro završili. Čak i kad se radilo o visoko obrazovanim ljudima.” (ME)

Predstavnici pacijenata su izrazito podržavali govorenje istine (smatrajući je posebno važnom za poštivanje njihovog dostojanstva), ali su priznali da ne mogu svi ljudi podnijeti istinu. Oni smatraju kako liječnici trebaju biti posebno osposobljeni u pravilnom priopćavanju istine. Jedan je sudionik primijetio:

“Slažem se s vama [drugim sudionicima] o tome da mi [pacijenti] moramo znati što se s nama događa... ali ponekad mi se čini da nas sve te informacije još više zbune i opterete.” (KP)

Priopćavanje istine može biti stresno i opterećujuće posebice za liječnike obiteljske medicine zbog njihove bliske veze i dugogodišnjeg poznavanja pacijenata, od kojih su neki čak i članovi njihove obitelji. Zbog toga su često emocionalni i subjektivni. Takav razumljiv, ali moralno dvojbeni pristup, prikazan je u nastavku:

“Kada je moguće, ja pokušavam svoje pacijente poštediti istine. Ali svakako nastojim govoriti s obitelji. Mislim da je to jako važno. Čisto s praktičnog stajališta. Oni moraju biti pripremljeni. Oni će se o njemu morati brinuti.” (OM)

S obzirom na količinu informacija prilikom priopćavanja dijagnoze pacijentu utvrđena su dva pristupa sudionika fokus grupa. Prvi je „isključujući pristup“ gdje liječnik pretpostavlja da pacijent želi znati svu istinu, osim ukoliko mu on otvoreno ne kaže da to ne želi čuti.

“Mi, licencirani stručnjaci, ne samo da bi trebali biti, već nam je dužnost biti sposobni procijeniti koliko je netko spreman čuti. Pacijent ima nedvosmisleno pravo znati svoju dijagnozu, osim ako nam sam ne kaže da je ne želi čuti, što se prema mom iskustvu događa iznimno rijetko. Pacijent treba znati što očekivati. To je naš posao”. (BS)

Drugi pristup priopćavanju dijagnoze je „uključujući“ pristup u kojem liječnik potiče pacijenta da pita što ga zanima i tada polako razvija priču dok se pacijent ne zadovolji. Jedan je kliničar jednostavno rekao:

“Ja imam taktiku, uvijek pitam pacijenta – što mislite koji je vaš problem? Imate li još pitanja za mene?” (ME)

Briga na koju su ukazali neki sudionici (KP, OM) da puna istina (ako je neočekivana i podrazumijeva loši ishod) ne bi trebala biti rečena pacijentu kako ne bi dodatno narušila njegovo ionako slabo stanje, opovrgnuta je od drugih sudionika (BS) koji su se složili s kolegom specijalistom kardiologom:

“Takvo stajalište s patofiziološkog gledišta nije utemeljeno”. (BS)

Kako reći?

Prema rezultatima, dob i kognitivne sposobnosti pacijenta predstavljaju važan čimbenik o kojem ovisi način i količina informacija koja im se može pružiti. Također je vrlo važna terminologija koja se pri tome koristi. Jedan je liječnik objasnio:

“Moja je baka dobila rak pluća; ali, ja joj nikada nisam rekao da ima rak nego tumor. Za nju je tumor prihvatljiv, iako zna da je to ozbiljna bolest. Ali riječ „rak“ bi je uništila. Tako smo jednostavno koristili riječ tumor”. (BS)

Pacijenti u našem istraživanju su bili tog istog mišljenja i iznimno cijene takav pristup u komunikaciji. Redovno su puno bolje prihvaćali termin tumor nego rak.

Studenti medicine su bili posebno kritični prema nedostatku komunikacije s pacijentima u bolničkom okruženju. Posebno su ih dojmili pacijenti koji su više dana ležali na odjelu i koji su htjeli znati svoju dijagnozu, ali nisu imali priliku razgovarati sa svojim liječnikom ili su se

liječnici skrivali iza vrlo tehničkog „žargona“. S druge strane, bili su zaprepašteni kad bi bili svjedoci da se teška dijagnoza nekome samo „saspe u lice“, što su smatrali bezobzirnim i bahatim.

“Za vrijeme turnusa iz interne sretao sam puno pacijenata koji su nas pitali što im je... jer im nitko od liječnika ništa nije govorio.” (SM6)

„Meni je bilo strašno kad je on [liječnik] toj gospođi sasuo u lice da ona ima još tri mjeseca života“. (SM6)

Kada reći?

Prilikom priopćavanja dijagnoze i prognoze, posebno onih teških, jako je bitan pravi *trenutak*. U pravilu su se svi sudionici složili da to treba biti brzo, ali ne prije nego je to pacijent spreman čuti. Ipak, nije uvijek lako ocijeniti kada su za to najbolje okolnosti. Posebne su brige iznesene u komunikaciji s psihijatrijskim bolesnicima.

“Što znači biti iskren i odmah dati dijagnozu psihijatrijskom bolesniku? Ovdje je najvažniji pravi „tajming“. Za pravnika, za nekoga tko nije vidio pacijenta, to može biti svejedno. Ali za nas koji s njima dnevno radimo to nije isto”. (BS)

S druge strane, pacijenti su prigovorili otezanju s priopćavanjem dijagnoze s lošom prognozom.

“Najgore sjećanje koje imam iz vremena kad sam ležao u bolnici bila je „urota tišine“. Ležao sam tamo danima i osjećao sam se jako loše. Stalno sam išao na neke dijagnostičke pretrage, ali nitko mi ništa nije objašnjavao. Kad bih ih pitao, nešto bi promumljali medicinskom terminologijom ili rekli da još ne znaju”. (KP)

Kome reći?

Opće je pravilo da je pacijent onaj s kime treba prvo razgovarati i prenijeti informacije o dijagnozi i prognozi, a njegov je onda izbor kome to dalje reći. U praksi su česti zahtjevi od strane članova obitelji da se pacijentu ne kaže dijagnoza, ako je ona loša. Ta činjenica otvara moralne dileme za liječnika. Često se potkrepljuje objašnjenjem da pacijente ne treba opterećivati problemima, posebno ako su to stariji pacijenti, i smatra se da članovi obitelji tada znaju što je u pacijentovom najboljem interesu.

Ipak, ima dobrih primjera kako djelovati u takvim situacijama. Jedan iskusan kliničar opisao je način kako postupa u takvim situacijama:

“Ja radim s teško bolesnim pacijentima. Kada mi dođe obitelj, ja ih lijepo posjednem pa odem pitati pacijenta – mogu li s vašom obitelji razgovarati o vašem stanju? I većina, 99% kaže - naravno”. (ME)

5.1.2. Liječnička tajna

Sa stajališta pacijenata, etički problem iz domene autonomije pacijenta koji je njima posebno značajan je nedostatak privatnosti, posebno u bolničkim uvjetima. S obzirom da se edukacija studenata najvećim dijelom odvija u višekrevetnim sobama, teško je poštovati privatnost pacijenata. Ponekad je to uzrokovano nerješivim organizacijskim i tehničkim problemima; višekrevetne sobe, nedostatak posebnih soba za medicinsku edukaciju ili barem pregrada, nedostatak vremena, itd. Ipak, prema mišljenju sudionika (KP), prečesto je to uzrokovano nebrigom i „paternalističkim mentalitetom“ odgovornog osoblja.

„On [liječnik] je valjda navikao raditi u prošlom sistemu i nas pacijente uopće nije doživljavao kao ljude koji imaju svoje potrebe i želje“. (KP)

U razgovoru s drugim sudionicima postalo je očito da studenti, a čak i liječnici, ne znaju sva profesionalna pravila vezana za praktični rad studenata u kliničkim bolnicama.

“Jednom sam s kolegom uzimao povijest bolesti jednoj ženi. U jednom trenutku je došao njen suprug i doslovno nas izbacio iz sobe. Bili smo zbunjeni. Stvar je u tome da mi često ne znamo što smijemo, a što ne raditi”. (MS6)

S druge strane, prošla su vremena kad su pacijenti imali mala očekivanja s obzirom na poštivanje privatnosti i mogućnost izražavanja svojih želja. Jedan se iskusni liječnik prisjeća:

“Kada sam bio student... sjećam se više neugodnih situacija s pacijentima... nas 15 bi se uguralo u sobu i gledalo pacijenta, a nitko ga nije pitao slaže li se on s time ili ne. Jednostavno se podrazumijevalo, ako su došli u kliničku bolnicu da će tu biti studenti i gotovo.” (ME)

U novije vrijeme su se pojavili drugi problemi. Suvremene informacijske tehnologije postavile su izazove za poštivanje privatnosti i tajnosti podataka. Prema mišljenju bolničkih liječnika, bolnički elektronički kartoni, kao i ostali pisani materijali poput povijesti bolesti nisu primjereno zaštićeni.

“S obzirom na privatnost i tajnost podataka... oni nikad nisu bili toliko kršeni kao sada s elektroničkom bazom podataka. Svi podaci o pacijentu su u mreži. Samo trebaš utipkati svoje ime i lozinku i možeš dobiti povijest bolesti bilo kojeg pacijenta”. (BS)

Drugi problem je kada se medicinska dokumentacija, a najčešće se radi o psihijatrijskim bolesnicima, treba dati na uvid za potrebe suda, socijalnih službi ili nevezanih liječenja. Tu su se liječnici obiteljske i kliničari pokazali protektivnima želeći zaštititi pacijente.

„Njima, jadnima, prva rečenica u povijesti bolesti glasi: Inače se redovito liječi kod psihijatra... kakve to ima veze ako dođe meni radi fizikalne terapije. Ta ih dijagnoza zauvijek “opečati.“ “(BS)

S druge strane, ljudi odrasli u paternalističkom svjetonazoru, imaju drugačije poimanje autonomije pacijenta i njegovog prava na privatnost. Na primjer, oni često zovu liječnika telefonom kako bi se raspitali kako je njihov suprug, sin, šogor, pa čak i susjed, odnosno zaposlenik.

“Imao sam pacijenta koji je zahtijevao da bude tajna činjenica da je on u našoj bolnici. I meni je bilo vrlo teško to omogućiti, tehnički govoreći... jer u našem društvu i mentalitetu je normalno da, na primjer, vratar ima popis svih imena pacijenata u bolnici kako bi usmjeravao posjetitelje. Mi podrazumijevamo da ljudi žele posjete ”. (ME)

Običaj je da razne medicinske potvrde na sebi imaju upisane dijagnoze u šiframa ICD-10 (*eng.* International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija). Na primjer, potvrda za bolovanje (do nedavno), potvrda o zdravstvenom stanju u svrhu zapošljavanja ili upisa u školu. To, zapravo, nije nikakvo šifriranje jer se lako može pogledati ta dijagnoza na internetu. O tome su posebno govorili liječnici obiteljske medicine koji izdaju potvrde.

“Meni je strašno da nas sustav prisiljava da pišemo dijagnoze na potvrde o bolovanju. Zašto bi poslodavac trebao znati koju točno bolest njegov zaposlenik ima? Ako ja kao medicinski stručnjak kažem da on trenutno nije sposoban za posao to bi trebalo biti dovoljno”. (OM)

Prepoznati su praktični problemi u vezi razlikovanja pravnih propisa i etičkih dvojbi s obzirom na pisanje dijagnoza na potvrde, posebno kod potvrda za vozačke dozvole i radne dozvole ljudi koji u povijesti bolesti imaju određene oblike psihičkih ili neuroloških bolesti.

Smatali su kako je, u najboljem interesu pacijenta, ponekad bolje izostaviti takvu dijagnozu.

Jedan je sudionik ispričao:

“Jednom mi je došla mlada medicinska sestra. Tražila me je potvrdu o svojim dosadašnjim bolestima za potencijalnog poslodavca. U povijesti bolesti sam našla zapis da je pred 10 godina bila psihijatrijski liječena, a od onda nikakvih zapisa. Ja to nisam zabilježila u potvrdi jer sam procijenila da bih joj time otežala mogućnost da dobije posao”. (OM)

Posebna se rasprava razvila oko priopćavanja dijagnoze drugima iz percepcije općeg dobra zajednice – na primjer, kako bi zaštitili društvo od pojedinaca sa zaraznim ili psihijatrijskim bolestima koji mogu biti potencijalno opasni za druge. U tom pogledu je većina sudionika smatrala da treba zaštititi zajednicu (MS1, MS6, BS, OM, ME). Ipak, jedan je kliničar imao drugačije mišljenje:

“Mi smo naučeni misliti na javno dobro, odnosno društvo, ali s druge strane nismo svjesni problema pojedinaca. Mislim da to polako moramo mijenjati i dati osobnoj autonomiji pojedinca veće značenje.” (ME)

Ova je tvrdnja izrečena prilikom vrlo emocionalne rasprave među nastavnicima etike s obzirom na dužnost pojedinca da svom supružniku objavi svoj HIV pozitivan status. U tom je pogledu većina sudionika, posebice studenti i liječnici obiteljske medicine, bila zaokupljena zaštitom zdravog partnera dok su, s druge strane, liječnici koji imaju veće iskustvo u tom pitanju više bili zaokupljeni samim pacijentom i odnosom s njime.

“Za pacijenta je bitno da postoji neki liječnik kome on može vjerovati, jer on poštuje njegovu privatnost. Kažem vam da bi imali veći javno znanstveni problem kad ti ljudi ne bi vjerovali zdravstvenom sustavu i ne bi dolazili na liječenje. Druga važna stvar je s njima razgovarati i otkriti u kakvim životnim prilikama oni žive”. (ME)

5.1.3. Informirani pristanak

Općenito je prihvaćeno da se pristanak pacijenta podrazumijeva kada pacijent traži pomoć liječnika. Pisani obrasci za informirani pristanak su u hrvatske bolnice uvedeni pred desetak godina i to primarno kako bi zaštitili liječnike. Studenti (MS6) su primijetili da te obrasce pacijentima često daju medicinske sestre ili sami studenti koji im ne mogu dati prikladne dodatne informacije. Stoga njihovo ispunjavanje postaje samo forma. Jedan je iskusni kliničar izjavio:

“Da sam ja pacijent, tražio bih da mi sve objasne... hoće li me boljeti? Koji je rizik? I tako dalje... ali većina pacijenata mi vjeruje i samo kaže – što god Vi kažete, gospon Doktor. Ne kažu to svi ovim riječima, ali tako misle. Naš je zadatak pitati ih imaju li još pitanja i tek ako im je sve jasno da to potpišu”. (ME)

Sa stajališta pacijenta, oni su često pod utjecajem bolničkih uvjeta pa ne znaju ni što bi pitali niti što bi rekli, posebno ako ih to liječnik ne pita.

„Iako sam to što jesam [liječnik], u toj situaciji [hospitalizacija radi dijagnostičke pretrage], doživio sam što znači biti pacijent i koliko si, zapravo, kao pacijent u podređenom položaju, a i sam regrediraš“. (ME)

5.2. Drugi dio istraživanja – kvantitativna analiza

U drugom dijelu istraživanja sudjelovalo je ukupno 536 studenata (291 student prve godine, 121 student treće godine i 124 studenata šeste godine) Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, od toga 62% studentica. Studenti dolaze u preko polovice slučajeva iz obitelji gdje barem jedan od roditelja ima visoku stručnu spremu, trećina srednju stručnu

spremu, dok zastupljenost roditelja bez stručne spreme iznosi ispod 5%. Raspodjela ispitanika prema spolu, školskoj spremi majke i oca te željenoj specijalizaciji prikazana je u tablici 4.

Tablica 4. Raspodjela ispitanika s obzirom na spol, školsku spremu majke i oca te željenu specijalizaciju

Varijabla	Grupa	Godina studija						Ukupno	
		1		3		6		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Spol	Muški	118	40,7%	42	34,7%	43	34,7%	203	37,9%
	Ženski	172	59,3%	79	65,3%	81	65,3%	332	62,1%
	Total	290	100,0%	121	100,0%	124	100,0%	535	100,0%
Školska sprema majke	NSS	3	1,0%	0	0,0%	5	4,1%	8	1,5%
	SSS	96	33,6%	41	33,9%	45	36,6%	182	34,3%
	VŠS	30	10,5%	9	7,4%	14	11,4%	53	10,0%
	VSS	157	54,9%	71	58,7%	59	48,0%	287	54,2%
	Total	286	100,0%	121	100,0%	123	100,0%	530	100,0%
Školska sprema oca	NSS	6	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	6	1,1%
	SSS	86	30,4%	40	33,3%	45	36,6%	171	32,5%
	VŠS	42	14,8%	22	18,3%	20	16,3%	84	16,0%
	VSS	149	52,7%	58	48,3%	58	47,2%	265	50,4%
	Total	283	100,0%	120	100,0%	123	100,0%	526	100,0%
Željena specijalizacija	Ne zna	88	30,3%	42	34,7%	18	14,5%	148	27,7%
	Kirurgija	67	23,1%	24	19,8%	15	12,1%	106	19,8%
	Interna	66	22,8%	25	20,7%	39	31,5%	130	24,3%
	Obiteljska	3	1,0%	5	4,1%	15	12,1%	23	4,3%
	Ostalo	66	22,8%	25	20,7%	37	29,8%	128	23,9%
	Total	290	100%	121	100%	124	100%	535	100%

5.2.1. Profesionalna etička osposobljenost studenata medicine prema godinama studija - rezultati primjene *Instrumenta PEO*

Rezultati deskriptivne analize za pitanja koja se odnose na stil odlučivanja pokazuju kako sve distribucije na ukupnoj razini, ali i po razinama nezavisne varijable, statistički značajno odstupaju od normalne distribucije (Tablica 5). Stoga su za analizu razlika među

studentima različitih godina korišteni neparametrijski testovi (Kruskal-Wallisov test s Mann Whitney post-hoc testom).

Tablica 5. Rezultati raspodjele stilova odlučivanja prema godinama studija

Stil odlučivanja	Godina	N	min	max	M	SD	C	Q	Skew	Kurt	KS-z	p
Pacijent odlučuje	1	290	0,0	50,0	17,97	11,779	20,0	10,0	0,491	0,022	0,190	p<0.0001
	3	121	0,0	40,0	16,78	10,101	20,0	10,0	0,143	-0,687	0,212	p<0.0001
	6	124	0,0	50,0	15,89	11,044	20,0	10,0	0,434	-0,116	0,195	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	50,0	17,21	11,264	20,0	10,0	0,438	-0,049	0,186	
Obrambeno ponašanje/legalistički	1	290	0,0	41,7	5,37	7,376	0,0	8,3	1,483	2,232	0,329	p<0.0001
	3	121	0,0	41,7	5,17	7,627	0,0	8,3	1,960	4,989	0,329	p<0.0001
	6	124	0,0	25,0	5,17	7,175	0,0	8,3	1,287	0,818	0,345	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	41,7	5,28	7,375	0,0	8,3	1,551	2,571	0,333	
Smjernice	1	290	0,0	55,6	16,67	10,985	11,1	11,1	0,443	0,130	0,214	p<0.0001
	3	121	0,0	44,4	17,36	10,724	11,1	11,1	0,472	-0,113	0,249	p<0.0001
	6	124	0,0	44,4	20,79	10,214	22,2	11,1	0,197	-0,240	0,210	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	55,6	17,78	10,863	22,2	11,1	0,364	-0,087	0,214	
Paternalistički	1	290	0,0	45,5	8,21	9,733	9,1	9,1	1,301	1,551	0,256	p<0.0001
	3	121	0,0	36,4	10,07	10,218	9,1	18,2	0,859	-0,131	0,249	p<0.0001
	6	124	0,0	45,5	7,99	9,460	9,1	9,1	1,786	4,360	0,268	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	45,5	8,58	9,798	9,1	9,1	1,283	1,544	0,242	
Pacijent suradnik	1	290	9,1	100,0	61,29	17,861	63,6	20,5	-0,472	0,048	0,145	p<0.0001
	3	121	9,1	100,0	59,05	17,413	63,6	27,3	-0,460	-0,003	0,149	p<0.0001
	6	124	9,1	90,9	61,44	16,078	63,6	18,2	-0,692	0,768	0,149	p<0.0001
	Ukupno	535	9,1	100,0	60,82	17,357	63,6	18,2	-0,507	0,148	0,142	

Min-minimalni ostvareni rezultat; Max – maksimalni ostvareni rezultat; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; C – Medijan; Q – interkvartilno raspršenje; Skew – koeficijent asimetrije distribucije; Kurt – koeficijent spljoštenosti distribucije; KS-z rezultat Kolmogorov Smirnovljevog testa normaliteta distribucije; p – značajnost KS testa.

Prema rezultatima, studenti svih godina najčešće iskazuju stil odlučivanja *pacijent suradnik* dok je najrjeđi stil odlučivanja *legalistički* odnosno *obrambeno ponašanje*. Rezultati analize pokazuju da postoji razlika po godinama samo u preferenciji stila *smjernica* i to tako da studenti šeste godine u većoj mjeri preferiraju ovaj stil u odnosu na studente nižih godina (Tablica 6).

Tablica 6. Analize razlika među skupinama za svaki stil odlučivanja prema godini studiranja

Stil odlučivanje	Godina	N	Medijan	Prosj. rang	χ	Mann Whitney test		
						r ₁₋₃	r ₁₋₆	r ₃₋₆
Pacijent odlučuje	1	290	20,0	276,18	2,52	0,032	0,077	0,052
	3	121	20,0	265,84				
	6	124	20,0	250,98				
Obrambeno ponašanje/legalistički	1	290	0,0	270,18	0,168	0,019	0,013	0,006
	3	121	0,0	264,56				
	6	124	0,0	266,27				
Smjernice	1	290	11,1	252,83	13,875**	0,025	0,180**	0,172**
	3	121	11,1	260,57				
	6	124	22,2	310,73				
Paternalistički	1	290	9,1	261,52	3,774	0,090	0,000	0,103
	3	121	9,1	290,54				
	6	124	9,1	261,17				
Pacijent suradnik	1	290	63,6	272,47	1,593	0,059	0,001	0,067
	3	121	63,6	252,61				
	6	124	63,6	272,56				

* - p<0,05; **- p<0,01; χ – rezultat Kruskal-Wallisovog testa; r – veličina efekta razlike u Mann-Whitneyevom testu.

Daljnja analiza pitanja koja se odnose na stil odlučivanja u etički zahtjevnim situacijama i priopćavanje teške prognoze učinjena je za svako pitanje zasebno na način da je Hi kvadrat testom istražena značajnost razlika u odgovorima studenata prema njihovoj godini studija, njihovim socio-demografskim osobinama i željenoj specijalizaciji. Rezultat $p \leq 0.05$ smatran je značajnim.

Tablica 7. Analiza odgovora prema godini studija za pitanja koja se odnose na stilove odlučivanja u etički dvojbena situacijama (Hi kvadrat test)

Pitanje (sažetak)	Godi na studi ja	Pacijent odlučuje		Obrambeni/ legalistički		Smjernice		Paternalistički		Pacijent suradnik		X ² = ; df= ; p= .
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
v1 (dati antibiotik na zahtjev pacijenta)	1	0	0,0%	1	0,3%	191	66,1%	20	6,9%	77	26,6%	X ² =30.302; df=6; p<0.0001
	3	0	0,0%	0	0,0%	86	71,1%	17	14,0%	18	14,9%	
	6	0	0,0%	1	0,8%	107	86,3%	5	4,0%	11	8,9%	
v2 (pacijentica koja sumnja da joj suprug ima karcinom)	1	32	11,1%	7	2,4%	53	18,3%	9	3,1%	188	65,1%	X ² =20.113; df=8; p=0.0099
	3	9	7,4%	4	3,3%	22	18,2%	4	3,3%	82	67,8%	
	6	3	2,4%	7	5,6%	38	30,6%	1	,8%	75	60,5%	
v4 (rasprava na seminaru tko donosi odluku u etičkim dilemama)	1	20	6,9%	24	8,3%	31	10,8%	10	3,5%	203	70,5%	X ² = 3.694; df=8; p=0.8836
	3	10	8,3%	11	9,2%	13	10,8%	2	1,7%	84	70,0%	
	6	11	8,9%	10	8,1%	8	6,5%	3	2,4%	92	74,2%	
v5 (uzimanje ginekološke anamneze pred drugim pacijenticama u sobi)	1	54	18,8%	14	4,9%	13	4,5%	7	2,4%	200	69,4%	X ² =19.399; df=8; p=0.0129
	3	12	10,0%	4	3,3%	10	8,3%	6	5,0%	88	73,3%	
	6	11	8,9%	12	9,7%	12	9,7%	5	4,0%	84	67,7%	
v6 (pregled preponske kile kod mladića)	1	84	32,4%	3	1,2%	0	0,0%	36	13,9%	136	52,5%	X ² =19.775; df=8; p=0.0137
	3	49	44,1%	0	0,0%	0	0,0%	15	13,5%	47	42,3%	
	6	60	50,4%	1	,8%	0	0,0%	7	5,9%	51	42,9%	
v7 (šivanje rane na leđima od strane studenta)	1	175	62,9%	10	3,6%	25	9,0%	68	24,5%	0	0,0%	X ² =41.117; df=8; p<0.0001
	3	86	75,4%	3	2,6%	2	1,8%	23	20,2%	0	0,0%	
	6	59	48,0%	3	2,4%	3	2,4%	58	47,2%	0	0,0%	
v8 (zamolba sina liječnika da se ocu ne kaže da ima karcinom)	1	57	19,9%	32	11,1%	20	7,0%	21	7,3%	157	54,7%	X ² =17.179; df=10; p=0.0386
	3	13	11,1%	11	9,4%	11	9,4%	18	15,4%	64	54,7%	
	6	24	19,4%	6	4,8%	9	7,3%	8	6,5%	77	62,1%	
v12 (potpisivanje obrasca za informirani pristanak)	1	60	20,9%	19	6,6%	25	8,7%	0	0,0%	183	63,8%	X ² =13.130; df=10; p=0.3546
	3	16	14,2%	4	3,5%	14	12,4%	0	0,0%	79	69,9%	
	6	21	17,4%	7	5,8%	17	14,0%	0	0,0%	76	62,8%	
v13 (HBV+ pacijent koji ne želi reći svojoj djevojci)	1	29	10,9%	42	15,8%	0	0,0%	16	6,0%	179	67,3%	X ² =12.568; df=10; p=0.0758
	3	7	6,5%	25	23,1%	0	0,0%	13	12,0%	63	58,3%	
	6	7	6,2%	19	16,8%	0	0,0%	6	5,3%	81	71,7%	
v14 (pacijent s PTSP-om koji ne želi uzimati lijekove)	1	10	3,5%	7	2,5%	0	0,0%	19	6,7%	249	87,4%	X ² =7.706; df=8; p=0.434
	3	1	,9%	3	2,6%	0	0,0%	7	6,0%	105	90,5%	
	6	1	,8%	3	2,5%	0	0,0%	4	3,4%	111	93,3%	
v17 (odnos studenata prema pacijentima u bolnici)	1	0	0,0%	12	4,3%	47	16,9%	39	14,0%	180	64,7%	X ² =22.387; df=12; p=0.0263
	3	0	0,0%	4	3,5%	26	22,6%	25	21,7%	60	52,2%	
	6	0	0,0%	6	4,9%	35	28,5%	12	9,8%	70	56,9%	
v20 (odnos liječnika prema pacijentu)	1	0	0,0%	16	6,0%	30	11,3%	17	6,4%	203	76,3%	X ² = 25.253; df=8; p=0.0004
	3	0	0,0%	6	5,4%	5	4,5%	4	3,6%	96	86,5%	
	6	0	0,0%	2	1,7%	3	2,6%	0	0,0%	110	95,7%	

U tablici 7 prikazana je raspodjela odgovora na pitanja koja se odnose na stil odlučivanja u etički zahtjevnim situacijama prema godini studija. U pitanjima 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 i 20 postoji statistički značajna razlika.

U pitanju broj 1 koje se odnosi na davanje antibiotika pacijentu sa simptomima hunjavice gotovo nitko ne bi dopustio da *pacijent*, iako navodi iskustvo s tom bolesti, *donosi odluku*. Studenti najčešće navode da bi se vodili *smjernicama* (72%) i taj broj značajno raste s godinom studija (1. godina 66%, 3. godina 71%, 6. godina 86%). Promatranje pacijenta kao *suradnika* za to vrijeme značajno opada (1. godina 27%, 3. godina 15%, 6. godina 9%).

U pitanju broj 2 koje se odnosi na postupak u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s mužem pacijentice koji odbija doći na pregled, a ima alarmantne simptome za malignu bolest. Pacijenta se na svim godinama podjednako promatra kao *suradnika* (65%). Međutim, na 6. (kliničkoj) godini, studenti značajno češće smatraju da se treba ponašati prema *smjernicama* (1. godina 18%, 3. godina 18%, 6. godina 30%), a rjeđe prihvaćaju da *pacijent sam odlučuje* (1. godina 11%, 3. godina 7%, 6. godina 2%).

U pitanju broj 4 gdje se raspravlja tko donosi odluke u spornim etičkim situacijama nema razlike u raspodjeli stilova prema godinama studija. Na svim se godinama studenti podjednako slažu da je pacijent *suradnik* a uloga liječnika je da pravim informacijama osposobi pacijenta kako bi sam donio pravu odluku (71%). Preostali odgovori su podjednako raspodijeljeni na ostale stilove odlučivanja.

U pitanju broj 5 većina studenata (70%) smatra pacijenticu (na ginekološkom odjelu) *suradnikom* i nastoji zaštititi njenu intimu nudeći da izađu na hodnik ili gdje ima mjesta, kako druge pacijentice u sobi ne bi slušale razgovor te bi ih mogli pitati intimna pitanja i pošteno pripremiti seminar. Učestalost razmišljanja da je pacijent taj koji *odlučuje*, to jest, da ne mora

reći sve ako joj je neugodno značajno pada s godinama (1. godina 19%, 3. godina 10%, 6. godina 9%).

U odgovorima na pitanje broj 6, o postupku pri nelagodnom pregledu (preponske kile) kod mladića ima značajnih razlika u stilovima postupanja prema godinama studija. Tako je uočen trend pada u stilu pacijent *suradnik* (1. godina 53%, 3. godina 42%, 6. godina 43%) i *paternalistički* (1. godina 14%, 3. godina 14%, 6. godina 6%), a porast razmišljanja da je *pacijent* taj koji *odlučuje* prihvaća li pregled studenta ili ne (1. godina 32%, 3. godina 44%, 6. godina 50%).

Ponašanje u sali (pitanje broj 7.) gdje se studentu daje mogućnost zašiti ranu na leđima bez saznanja pacijenta pokazuje značajne razlike između studenata na predkliničkim godinama studija (1. i 3. godina) koji tu više poštuju želju pacijenta (1. godina 63%, 3. godina 75%, 6. godina 48%). Studenti koji su prošli turnus iz kirurgije poprimaju *paternalistički* stav i češće bi obavili taj zahvat bez pitanja pacijenta (1. godina 25%, 3. godina 20%, 6. godina 47%).

U dilemi priopćiti malignu dijagnozu starijem pacijentu ili njegovoj obitelji (pitanje broj 8) ima značajnih razlika iako one nisu dosljedne prema godinama studija. Zanimljivo da najviše studenata 3. godine pokazuje *paternalistički* stil (1. godina 7%, 3. godina 15%, 6. godina 7%), a najmanje ih smatra da je *pacijent* taj koji *odlučuje* (1. godina 20%, 3.11%, 6. godina 19%). Vidljiv je trend rasta u stilu poimanja pacijenta kao *suradnika* (1. godina 55%, 3.55%, 6.62%) gdje bi oni nastojali razgovarati sa sinom i pridobiti ga da kaže ocu.

Kad je u pitanju donošenje obrasca za informirani pristanak, nije utvrđena razlika prema godini studija. Većina (65%) studenata smatra pacijenta *suradnikom* te bi mu odnijeli upitnik, ali bi ga upozorili da ga pročita prije potpisa, odnosno potpiše ako je razgovarao s operaterom (19%).

U pitanju broj 13 o pacijentu sa spolno prenosivom bolesti koji to ne želi reći svojoj partnerici, nema razlike u odgovorima studenata prema godinama. Pacijenta općenito smatraju *suradnikom* (preko 60%) te bi u više navrata s njime razgovarali o širenju virusa. Ipak, više od 15% svih bi mu reklo da traži drugog doktora ukoliko ne želi slušati liječnika i obavijestiti svoju partnericu. I u pitanju broj 14 nema razlike prema godinama. Gotovo 90% studenata pacijenta s PTSP-om promatra kao *suradnika* te su spremni uvijek iznova razgovarati s njime o tome zašto ne uzima lijekove.

U pitanju o radu studenata u bolnici i poštivanju privatnosti pacijenata (pitanje broj 17) prosječno 60% studenata svih godina pacijenta promatra kao *suradnika*. *Međutim*, s godinama studija značajno raste broj onih koji smatraju da je najbitnije ponašanje prema *smjernicama* te da pacijenti, s obzirom da su u kliničkoj ustanovi, trebaju prihvatiti njihovu prisutnost (1. godina 17%, 3. godina 23%, 6. godina 29%).

U razgovoru oko primjene kemoterapije (pitanje broj 20) značajno raste broj studenata koji pacijenta doživljavaju kao *suradnika* (1. godina 76%, 3. godina 87%, 6. godina 6%) dok pada usredotočenost samo na *smjernice* (1. godina 11%, 3. godina 5%, 6. godina 3%).

Druga se grupa pitanja odnosila na ponašanje prilikom priopćavanja teške dijagnoze. U tablici 8 prikazana je raspodjela odgovora prema godini studija. U pitanjima broj 9 i 10 uočena je statistički značajna razlika u odgovorima među studentima različitih godinama.

Tablica 8. Analiza odgovora prema godini studija za pitanja koja se odnose na priopćavanje teške dijagnoze (Hi kvadrat test)

Pitanje (sažetak)	Godina	Istina		Obrambeno		Ublažiti		Procjena		Obitelj		Bijeg		X ² = ; df = ; p =
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
v9 (pacijentica s karcinomom mozga čija kćer ne želi da joj se to kaže)	1	109	37,8%	39	13,5%	20	6,9%	108	37,5%	12	4,2%	0	0,0%	X ² =20,925; df=10; p=0,011
	3	36	30,8%	17	14,5%	6	5,1%	56	47,9%	2	1,7%	0	0,0%	
	6	30	24,2%	10	8,1%	15	12,1%	60	48,4%	9	7,3%	0	0,0%	
v10 (priopćavanje terminalne dijagnoze u obiteljskoj medicini)	1	115	42,0%	0	0,0%	24	8,8%	135	49,3%	0	0,0%	0	0,0%	X ² =24,801; df=10; p=0,001
	3	28	25,0%	1	0,9%	9	8,0%	74	66,1%	0	0,0%	0	0,0%	
	6	37	30,6%	3	2,5%	5	4,1%	76	62,8%	0	0,0%	0	0,0%	
v11 (stavovi prilikom priopćavanja teške dijagnoze)	1	118	41,0%	2	0,7%	105	36,5%	9	3,1%	54	18,8%	0	0,0%	X ² =12,102; df=10; p=0,198
	3	31	26,5%	0	0,0%	52	44,4%	4	3,4%	30	25,6%	0	0,0%	
	6	49	39,5%	1	0,8%	43	34,7%	7	5,6%	24	19,4%	0	0,0%	
v15 (prijateljeva majka koja je prebolila infarkt)	1	123	45,4%	76	28,0%	43	15,9%	0	0,0%	29	10,7%	0	0,0%	X ² =12,355; df=8; p=0,611
	3	43	41,7%	31	30,1%	17	16,5%	0	0,0%	12	11,7%	0	0,0%	
	6	52	47,3%	34	30,9%	19	17,3%	0	0,0%	5	4,5%	0	0,0%	
v19 (pacijent koji pita studenta o svojoj dijagnozi)	1	9	3,3%	132	48,4%	4	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	128	46,9%	X ² =8,459; df=8; p=0,254
	3	2	1,8%	48	43,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	61	55,0%	
	6	3	2,5%	44	37,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	71	59,7%	

U dilemi priopćiti ili ne malignu dijagnozu (pitanje broj 9) pacijentici čija kćer moli da joj se ne kaže dijagnoza, raste broj studenata koji bi razgovarali s pacijenticom nastojeći *procijeniti* koliko je pacijentica za to spremna (1. godina 38%, 3. godina 48%, 6. godina 48%) dok pada broj onih koji bi *odmah rekli istinu*, to jest da ima još malo života, samoj pacijentici (1. godina 38%, 3. godina 31%, 6. godina 24%).

U pitanju broj 10 o priopćavanju teške dijagnoze u obiteljskoj medicini također raste broj studenata koji bi nastojali *procijeniti* koliko je pacijent za to spreman (1. godina 49%, 3. godina 66%, 6. godina 63%) a pada, iako nekonzistentno, broj onih koji bi mu to odmah *izravno rekli* (1. godina 42%, 3. godina 25%, 6. godina 31%).

Na direktno pitanje kako priopćiti tešku dijagnozu (pitanje broj 11) nema razlike po godinama i razmišljanja su podijeljena; 37% smatra da istinu treba reći bez okolišanja, 37% bi je malo *ublažilo*, a 20% smatra da je to bolje reći obitelji.

Kad je u pitanju akutna bolest, infarkt miokarda (pitanje broj 15) također nema razlike među studentima prema godinama studija; 10% bi reklo obitelji, 45% bi to jasno reklo pacijentici, dok bi se 30% skrivalo iza gospođi nerazumljive medicinske terminologije. Kad je u pitanju student koji se nalazi u situaciji priopćiti dijagnozu pacijentu koji ga to pita (pitanje broj 19), oni to ne bi učinili i nema razlike prema godinama; 52% bi reklo da ne zna, a 45% da zna, ali ne može reći.

5.2.2. Usporedba rezultata *Instrumenta PEO* sa socio-demografskim obilježjima ispitanika

a) Spol

Kako bi se provjerile razlike prema spolu ispitanika napravljene su analize za svaki stil zasebno (Mann-Whitney test, Tablica 10) te razlike u preferenciji stilova za pojedini spol (Friedmanov test s Wilcoxonovim testom za utvrđivanje post-hoc razlika, Tablica 11). Rezultati analize pokazuju kako postoji razlika u preferencijama stilova prema spolu. Studenti više preferiraju *obrambeno ponašanje/legalistički stil* te *paternalistički stil*, dok studentice preferiraju stil pacijent *suradnik*. Za stilove *pacijent odlučuje* i *smjernice* nisu dobivene statistički značajne razlike po spolu.

Tablica 9. Rezultati raspodjele stilova odlučivanja prema spolu

Stil odlučivanja	Spol	N	min	max	M	SD	C	Q	Skew	Kurt	KS-z	p
Pacijent odlučuje	M	203	0,0	50,0	18,08	11,721	20	20	0,343	-0,202	0,168	p<0.0001
	Ž	332	0,0	50,0	16,69	10,959	20	10	0,492	0,084	0,196	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	50,0	17,21	11,264	20	10	0,438	-0,049	0,186	
Obrambeno ponašanje/legalistički	M	203	0,0	41,7	6,40	8,418	0	8,3	1,526	2,527	0,294	p<0.0001
	Ž	332	0,0	25,0	4,59	6,576	0	8,3	1,389	1,300	0,360	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	41,7	5,28	7,375	0	8,3	1,551	2,571	0,333	
Smjernice	M	203	0,0	55,6	17,68	11,085	22,2	11,1	0,320	0,041	0,191	p<0.0001
	Ž	332	0,0	44,4	17,84	10,741	22,2	11,1	0,395	-0,161	0,228	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	55,6	17,78	10,863	22,2	11,1	0,364	-0,087	0,214	
Paternalistički	M	203	0,0	45,5	11,20	10,970	9,1	18,2	0,809	0,002	0,212	p<0.0001
	Ž	332	0,0	45,5	6,98	8,642	9,1	9,1	1,667	3,695	0,263	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	45,5	8,58	9,798	9,1	9,1	1,283	1,544	0,242	
Pacijent suradnik	M	203	9,1	90,9	56,02	17,974	54,5	27,2	-0,399	-0,101	0,147	p<0.0001
	Ž	332	9,1	100	63,75	16,314	63,6	18,2	-0,539	0,354	0,154	p<0.0001
	Ukupno	535	9,1	100	60,82	17,357	63,6	18,2	-0,507	0,148	0,142	

Min-minimalni ostvareni rezultat; Max – maksimalni ostvareni rezultat; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; C – Medijan; Q – interkvartilno raspršenje; Skew – koeficijent asimetrije distribucije; Kurt – koeficijent spljoštenosti distribucije; KS-z rezultat Kolmogorov Smirnovljevog testa normaliteta distribucije; p – značajnost KS testa.

Tablica 10. Analiza razlika za svaki pojedini stil odlučivanja prema spolu

Stil odlučivanja	Spol	N	Prosj. rang	U	p	r
Pacijent odlučuje	M	203	279,56	31352	0,161	0,061
	Ž	332	260,93			
Obrambeno ponašanje/legalistički	M	203	285,37	30172,5	0,022	0,099
	Ž	332	257,38			
Smjernice	M	203	267,83	33664,5	0,984	0,001
	Ž	332	268,10			
Paternalistički	M	203	304,01	26387,5	0,000	0,194
	Ž	332	245,98			
Pacijent suradnik	M	203	226,36	25244,5	0,000	0,214
	Ž	332	293,46			

U – rezultat Mann-Whitney testa; p - značajnost MW testa; r – veličina efekta razlike u Mann-Whitneyevom testu.

Tablica 11. Analiza razlika stilova odlučivanja prema spolu
Studenti

Br	Stil	Friedman		Wilcoxon				
		Pros. Rang	HI	1	2	3	4	5
1	Pacijent odlučuje	3,01	436,331**	-	-0,446**	-0,009	-0,279**	-0,593**
2	Obrambeno ponašanje/legalistički	1,75		-0,446**	-	-0,475**	-0,303**	-0,608**
3	Smjernice	3,15		-0,009	-0,475**	-	-0,268**	-0,590**
4	Paternalistički	2,31		-0,279**	-0,303**	-0,268**	-	-0,593**
5	Pacijent suradnik	4,79		-0,593**	-0,608**	-0,590**	-0,593**	-

Studentice

Br	Stil	Friedman		Wilcoxon				
		Pros. Rang	HI	1	2	3	4	5
1	Pacijent odlučuje	3,01	916,700**	-	-0,505**	-0,081*	-0,429**	-0,610**
2	Obrambeno ponašanje/legalistički	1,75		-0,505**	-	-0,528**	-0,221**	-0,613**
3	Smjernice	3,15		-0,081*	-0,528**	-	-0,469**	-0,607**
4	Paternalistički	2,31		-0,429**	-0,221**	-0,469**	-	-0,611**
5	Pacijent suradnik	4,79		-0,610**	-0,613**	-0,607**	-0,611**	-

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Analizirajući svako pojedino pitanje Hi kvadrat testom (razina značajnosti $p \leq 0,05$) uočena je statistički značajna razlika prema spolu studenata u odgovorima na pitanje broj 1, 2, 4, 6, 8, 14 i 20 (Tablica 12).

Tablica 12. Analiza odgovora o stilovima odlučivanja prema spolu (Hi kvadrat test)

Pitanje (sažetak)	SPOL	Pacijent odlučuje		Obrambeni/ legalistički		Smjernice		Paternalistički		Pacijent suradnik		X ² = ; df= ; p=
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
v1 (dati antibiotik na zahtjev pacijenta)	M	0	0%	2	1%	12 6	62,1%	28	13,9%	47	23,0%	X ² = 24.103; df=3; p=<0.0001
	Ž	0	0%	0	0%	25 8	77,9%	14	4,2%	59	17,8%	
v2 (pacijentica koja sumnja da joj suprug ima karcinom)	M	21	10,4%	10	5,0%	40	22,3%	11	5,4%	120	59,4%	X ² =18.338; df=4; p=0.0011
	Ž	23	7,0%	8	2,4%	72	21,9%	3	0,9%	223	67,8%	
v4 (rasprava o tome tko donosi odluku u etičkim dilemama)	M	22	10,9%	13	6,4%	24	11,9%	7	3,5%	135	66,8%	X ² =15.208; df=4; p=0.043
	Ž	18	5,5%	32	9,7%	28	8,5%	7	2,1%	243	73,9%	
v5 (uzimanje gin. anamneze pred drugim pacijenticama)	M	29	14,4%	13	6,4%	17	8,4%	6	3,0%	136	67,3%	X ² =3.115; df=4; p=0.5518
	Ž	48	14,6%	16	4,9%	17	5,2%	11	0,3%	236	72,8%	
v6 (pregled preponske kile kod mladića)	M	69	34,7%	0	0%	16	8%	35	17,3%	81	40,1%	X ² =16.325; df=4; p=0.0026
	Ž	12 4	37,0%	4	1,2%	25	7,6%	23	7,1%	153	46,5%	
v7 (šivanje rane na leđima od strane studenta)	M	11 7	57,9%	5	2,5%	12	5,9%	62	30,7%	6	3,0%	X ² =1.519; df=4; p=0.8233
	Ž	20 3	61,5%	11	3,3%	18	5,5%	87	26,4%	11	3,3%	
v8 (zamolba sina liječnika da se ocu ne kaže da ima karcinom)	M	36	18%	30	15,4%	13	7,4%	21	10,4%	99	49,5%	X ² =14.012; df=4; p=0,0073
	Ž	58	17,6%	19	5,7%	27	8,2%	24	8,5%	198	60,0%	
v12 (potpisivanje obrasca za informirani pristanak)	M	42	20,3%	13	6,4%	21	11,4%	5	2,5%	121	58,9%	X ² = 3.659; df=4; p=0.4541
	Ž	55	17,7%	16	4,9%	35	10,1%	5	1,5%	216	66,7%	
v13 (HBV+ pacijent koji ne želi reći svojoj djevojci)	M	22	10,9%	33	16,3%	19	9,5%	15	7,4%	113	53,1%	X ² =9.617; df=4; p=0.0868
	Ž	21	6,4%	52	15,8%	23	7,0%	20	6,0%	208	65,5%	
v14 (pacijent s PTSP-om koji ne želi uzimati lijekove)	M	8	3,5%	9	4,5%	4	2%	11	4,5%	170	83,6%	X ² =13.737; df=4; p=0.0082
	Ž	4	1,2%	4	1,2%	4	1,2%	19	6,1%	293	90,8%	
v17 (odnos studenata prema pacijentima u bolnici)	M	3	1,5%	11	5,4%	47	23,3%	37	18,8%	104	50,5%	X ² =10.987; df=4; p=0.0267
	Ž	3	0,9%	11	3,3%	60	18,2%	39	12,0%	205	64,9%	
v20 (odnos liječnika prema pacijentu)	M	10	5%	10	5,0%	18	9,9%	18	8,9%	140	69,6%	X ² =27.392; df=4; p<0.0001
	Ž	20	6,10%	14	4,2%	19	5,5%	3	0,9%	267	83,2%	

U pitanju broj 1 studenti značajno češće od svojih kolegica pokazuju *paternalistički* stil u odnosu prema pacijentu koji traži antibiotik (M 14%, Ž 4%) dok se kolegice češće ponašaju prema *smjernicama* (Ž 78%, M 62%). U pitanju broj 2 studentice u značajno većoj mjeri pokazuju *suradnički* odnos prema pacijentu s alarmantnim simptomima za malignu bolest (Ž 68%, M 59%), dok bi 5% studenata i 1% studentica zaprijetilo pacijentu da hitno mora doći u ambulantu. Značajna razlika prema spolu se pokazala i u pitanju broj 4 gdje više studentica

(76%) iskazuje potrebu za *suradničkim* odnosom prema pacijentu od svojih muških kolega (64%). Oni pak češće smatraju da je pacijent taj koji na kraju donosi odluku (M 12%, Ž 5%). U pitanju koje se odnosi na uzimanje ginekološke anamneze pred pacijenticama u istoj sobi (pitanje broj 5) nema značajne razlike prema spolovima te studenti općenito pokazuju *suradnički* odnos prema pacijentici ili smatraju da je potrebno upozoriti je kako nije nužno da im sve kaže ako joj je neugodno. Na pitanje broj 6 koje ispituje postupak studenta s mladićem kojem treba pogledati preponski kilu, značajno više studentica (47%) od studenata (40%) bi ga pitale smije li napraviti pregled. Studenti bi, s druge strane, češće ignorirali njegovu stidljivost i detaljno napravili pregled (Ž 17% na prema M 7%). U odgovorima na pitanje o informiranom pristanku pacijenta u prilici da student pacijentu zašije ranu na leđima (pitanje broj 7) nema značajnih razlika prema spolu. U situaciji priopćiti ili ne dijagnozu maligne bolesti starijem pacijentu čiji nas sin liječnik zamoli da mu ne govorimo (pitanje broj 8) postoje značajne razlike po spolu. Studentice u ovoj prilici češće pokazuju *suradnički* odnos prema pacijentu (Ž 60%, M 50%) te bi razgovarale sa sinom o potrebi da se pacijentu ipak priopći dijagnoza. U ovom pitanju veliki broj studenata oba spola (18%) izabrao je odgovor *nešto drugo* te su neki nadopisali primjer odgovora koji bi se mogao svrstati u više kategorija. Ti su odgovori zasebno analizirani. Studenti se ne razlikuju od studentica u razmišljanjima oko nošenja obrasca za informirani pristanak (pitanje broj 12), niti pristupu prema pacijentu sa spolno prenosivom bolesti koju ne želi reći svojoj partnerici (pitanje broj 13). U pitanju broj 14 koje se odnosi na pristup prema pacijentu s PTSP-om koji ne želi uzimati lijekove pojavljuje se značajna razlika u odgovorima prema spolu. Naime, studentice češće pokazuju *suradnički* odnos prema pacijentu (Ž 91%, M 84%). U pitanju koje se odnosi na prikladno ponašanje studenata prema pacijentima u kliničkoj bolnici nema značajnih razlika po spolu (pitanje broj 17). Značajna razlika u odgovorima prema spolu uočena je u pitanju broj 20 gdje u primjeru odnosa liječnika interniste s pacijentom 83% studentica, naprema 70% studenata, bira primjer *suradničkog*

odnosa prema pacijentu. Kolege studenti češće smatraju prikladnim *paternalistički* odnos gdje pacijent slijepo sluša svog liječnika (9%) od svojih kolegica (1%).

U pitanjima koje se odnose na priopćavanje teške dijagnoze (Tablica 13), statistički značajna razlika među spolovima utvrđena je samo u pitanju broj 19 koje se odnosi na odgovor studenta kada ga pacijent pita koja je njegova dijagnoza, a student zna da se radi o malignoj bolesti. Naime, više studenata od studentica (M 6%, Ž 1%) bi pacijentu *odmah reklo* o čemu se radi, dok bi se studentice češće nastojale *ispričati* odgovarajući: „Ne znam. Žao mi je“.

Tablica 13. Analiza odgovora u vezi priopćavanja teške dijagnoze prema spolu (Hi kvadrat test)

Pitanje (sažeto)	spol	Istina		Obrambeno		Ublažiti		Procjena		Obitelj		Bijeg		X ² = ; df = ; p =
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
v9 (pacijentica s karcinomom mozga čija kćer ne želi da joj se to kaže)	M	69	34,5%	24	12%	15	7,5%	80	40%	12	6%	0	0%	X ² =2.716; df=4; p=0,6063
	Ž	106	32,2%	42	12,8%	26	7,9%	144	43,8%	11	3,3%	0	0%	
v10 (priopćavanje terminalne dijagnoze u obiteljskoj medicini)	M	76	38,0%	3	1,5%	13	6,5%	101	50,5%	0	0%	0	0%	X ² =4.908; df=4; p=0,2968
	Ž	104	31,7%	1	0,3%	25	7,6%	184	56,1%	0	0%	0	0%	
v11 (stavovi prilikom priopćavanja teške dijagnoze)	M	82	41%	2	1%	72	36%	9	4,5%	35	17,5%	0	0%	X ² =4.215; df=4; p=0,3777
	Ž	116	35,3%	1	3,3%	128	38,9%	11	3,3%	73	22,2%	0	0%	
v15 (prijateljica majka koja je prebolila infarkt)	M	87	43,7%	59	29,6%	28	14,1%	0	0%	15	7,5%	0	0%	X ² =5.234; df=4; p=0,2641
	Ž	131	40,2%	82	25,2%	51	15,6%	0	0%	31	9,5%	0	0%	
v19 (pacijent koji pita studenta o svojoj dijagnozi)	M	11	5,5%	85	42,3%	4	2,0%	0	0%	0	0%	92	45,8%	X ² =14.258; df=4; p=0,0065
	Ž	3	0,9%	139	42,6%	1	0,3%	0	0%	0	0%	168	51,5%	

b) Dob ispitanika

Za analizu prema dobi ispitanika korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Rezultati pokazuju kako je samo stil *smjernice* statistički značajno povezan s dobi, odnosno povećanjem dobi povećava se i preferencija stila *smjernice* (Tablica 14).

c) Školska sprema roditelja

Za analizu odgovora ispitanika prema školskoj spremi roditelja korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Školska sprema majke i oca pokazala se nepovezanim sa stilovima odlučivanja (Tablica 14).

Analiza Hi kvadrat testom svakog pojedinog pitanje nije pokazala značajnu razliku u odgovorima studenata prema školskoj spremi roditelja.

Tablica 14. Analiza stila odlučivanja prema dobi ispitanika te školskoj spremi majke i oca

	Dob	Školska sprema majke	Školska sprema oca	Pacijent odlučuje	Obrambeno ponašanje/legalistički	Smjernice	Paternalistički
Školska sprema majke	-0,057						
Školska sprema oca	-0,044	0,534**					
Pacijent odlučuje	-0,057	0,058	-0,017				
Obrambeno ponašanje/legalistički	-0,036	-0,014	0,046	-0,095*			
Smjernice	0,170**	0,008	0,005	-0,098*	0,022		
Paternalistički	0,032	0,003	0,050	-0,279**	0,088*	0,030	
Pacijent suradnik	-0,039	-0,035	-0,005	-0,288**	-0,391**	-0,425**	-0,401**

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

d) Mjesto odrastanja

Rezultati analize povezanosti mjesta odrastanja prema stilu odlučivanja (Mann-Whitney test) nisu pokazali razlike među skupinama (Tablica 16).

Tablica 15. Analiza stilova odlučivanja prema mjestu odrastanja

Stil odlučivanja	Mjesto odrastanja	N	min	max	M	SD	C	Q	Skew	Kurt	KS-z	p
Pacijent odlučuje	Veliki grad	280	0,0	50,0	16,96	10,829	20,0	10,0	0,338	-0,311	0,190	p<0.0001
	Mjesto	238	0,0	50,0	17,52	11,554	20,0	10,0	0,480	0,143	0,176	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	50,0	17,21	11,264	20,0	10,0	0,438	-0,049	0,186	p<0.0001
Obrambeno ponašanje/legalistički	Veliki grad	280	0,0	41,7	5,63	7,491	0,0	8,3	1,404	1,927	0,320	p<0.0001
	Mjesto	238	0,0	41,7	4,80	7,102	0,0	8,3	1,803	4,038	0,347	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	41,7	5,28	7,375	0,0	8,3	1,551	2,571	0,333	p<0.0001
Smjernice	Veliki grad	280	0,0	44,4	17,06	10,964	11,1	11,1	0,340	-0,237	0,214	p<0.0001
	Mjesto	238	0,0	55,6	18,49	10,684	22,2	11,1	0,431	0,118	0,221	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	55,6	17,78	10,863	22,2	11,1	0,364	-0,087	0,214	p<0.0001
Paternalistički	Veliki grad	280	0,0	45,5	8,34	9,753	9,1	9,1	1,322	1,619	0,243	p<0.0001
	Mjesto	238	0,0	45,5	8,86	9,808	9,1	18,2	1,148	1,093	0,234	p<0.0001
	Ukupno	535	0,0	45,5	8,58	9,798	9,1	9,1	1,283	1,544	0,242	p<0.0001
Pacijent suradnik	Veliki grad	280	9,1	100,0	61,20	17,063	63,6	18,2	-0,472	0,229	0,146	p<0.0001
	Mjesto	238	18,2	100,0	61,04	17,019	63,6	18,2	-0,482	-0,002	0,136	p<0.0001
	Ukupno	535	9,1	100,0	60,82	17,357	63,6	18,2	-0,507	0,148	0,142	p<0.0001

Min-minimalni ostvareni rezultat; Max – maksimalni ostvareni rezultat; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; C – Medijan; Q – interkvartilno raspršenje; Skew – koeficijent asimetrije distribucije; Kurt – koeficijent spljoštenosti distribucije; KS-z rezultat Kolmogorov Smirnovljevog testa normaliteta distribucije; p – značajnost KS testa.

Tablica 16. Analiza razlika za svaki pojedini stil odlučivanja prema mjestu odrastanja

Stil odlučivanja	Mjesto odrastanja	N	Pros. rang	U	p	r
Pacijent odlučuje	Grad	280	256,93	32601	0,660	0,019
	Mjesto	238	262,52			
Obrambeno ponašanje/legalistički	Grad	280	266,63	31323,5	0,186	0,058
	Mjesto	238	251,11			
Smjernice	Grad	280	251,26	31013,5	0,153	0,063
	Mjesto	238	269,19			
Paternalistički	Grad	280	255,54	32210,5	0,486	0,031
	Mjesto	238	264,16			
Pacijent suradnik	Grad	280	259,64	33282	0,982	0,001
	Mjesto	238	259,34			

U – rezultat Mann-Whitney testa; p - značajnost MW testa; r – veličina efekta razlike u Mann-Whitneyevom testu.

Analiza Hi kvadrat testom svakog pojedinog pitanja pokazala je značajne razlike samo u pitanjima 9 i 19 (Tablica 17). Naime, u pitanju o postupku s pacijenticom s karcinomom mozga čija kćer ne želi da joj se to kaže, studenti iz većih gradova češće (37%) od onih iz

manjih mjesta (28%) smatraju da se ta dijagnoza *treba priopćiti* pacijentici. Suprotno tome, studenti iz manjih gradova češće bi (50% naprema 37%) razgovarali s pacijenticom i pokušali *procijeniti* koliko je ona za to spremna. U pitanju broj 19 o pacijentu koji pita studenta o svojoj dijagnozi, studenti iz manjih mjesta bi češće jednostavno odgovorili „Ne znam!“ (52%) od svojih kolega koji su odrastali u većim mjestima (46%).

Tablica 17. Pitanja sa značajnom razlikom pojedinačnih odgovora prema mjestu odrastanja (Hi kvadrat test)

Pitanje (sažeto)	Mjesto odrastanja	Istina		Obrambeno		Ublažiti		Procjena		Obitelj		Bijeg		$X^2 = ;$ df=; p= .
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
v9 (pacijentica s karcinomom mozga čija kćer ne želi da joj se to kaže)	Veći grad	104	37,3%	37	13,3%	22	7,9%	103	36,9%	13	4,7%	0	0	$X^2=9.61;$ df=4; $p=0,0475$
	Ostalo	66	28,2%	26	11,1%	15	6,4%	118	50,4%	9	3,8%	0	0	
v19 (pacijent koji pita studenta o svojoj dijagnozi)	Veći grad	9	3,2%	120	43%	4	1,4%	0	0%	0	0%	127	45,5	$X^2=9.56;$ df=4; $p=0,0484$
	ostalo	4	1,7%	100	43%	1	0,4%	0	0%	0	0%	122	52,6	

5.2.3. Usporedba rezultata *Instrumenta PEO* sa željenom specijalizacijom studenata

U analizi odgovora studenata o željenoj specijalizaciji prema rezultatima *instrumenta PEO* korišten je Kruskal Wallis i Mann Whitney test. Rezultati (Tablica 19) pokazuju da se razlika u preferencijama stilova pojavila samo za *paternalistički* stil i stil *pacijent suradnik*. Naime, studenti koji žele specijalizirati kirurgiju češće od drugih kolega biraju *paternalistički* stil. S druge strane, ti studenti koji žele specijalizirati kirurgiju najrjeđe biraju stil *pacijent suradnik*. Druge se razlike nisu pokazale statistički značajnima.

Tablica 18. Analiza stilova odlučivanja prema željenoj specijalizaciji (deskriptivna statistika)

Stil odlučivanja	Željena spec.	N	min	max	M	SD	C	Q	Skew	Kurt	KS-z	p
Pacijent odlučuje	Ne zna	148	0,0	50,0	16,69	11,452	20,0	10,0	0,514	0,154	0,187	p<0.0001
	Kirurgija	106	0,0	50,0	16,98	11,311	20,0	10,0	0,339	-0,286	0,184	p<0.0001
	Interna	130	0,0	50,0	16,00	11,039	20,0	10,0	0,567	0,139	0,199	p<0.0001
	Obiteljska	23	0,0	30,0	15,22	9,941	20,0	10,0	-0,066	-0,919	0,207	0,012
	Ostalo	128	0,0	50,0	19,61	11,252	20,0	20,0	0,381	-0,034	0,181	p<0.0001
Obrambeno ponašanje/legalistički	Ne zna	148	0,0	25,0	4,17	6,109	0,0	8,3	1,523	2,096	0,367	p<0.0001
	Kirurgija	106	0,0	25,0	6,60	7,691	8,3	8,3	0,946	-0,053	0,286	p<0.0001
	Interna	130	0,0	41,7	5,64	7,985	0,0	8,3	1,980	5,314	0,306	p<0.0001
	Obiteljska	23	0,0	25,0	7,61	10,023	0,0	16,7	0,867	-0,914	0,341	p<0.0001
	Ostalo	128	0,0	33,3	4,69	7,073	0,0	8,3	1,606	2,353	0,363	p<0.0001
Smjernice	Ne zna	148	0,0	44,4	16,82	10,245	11,1	11,1	0,540	0,093	0,265	p<0.0001
	Kirurgija	106	0,0	55,6	19,08	11,754	22,2	11,1	0,493	0,141	0,204	p<0.0001
	Interna	130	0,0	44,4	17,78	10,858	22,2	11,1	0,170	-0,234	0,213	p<0.0001
	Obiteljska	23	0,0	44,4	22,71	10,844	22,2	22,2	-0,093	-0,490	0,184	0,041
	Ostalo	128	0,0	44,4	16,93	10,616	16,7	11,1	0,262	-0,230	0,208	p<0.0001
Paternalistički	Ne zna	148	0,0	45,5	8,05	9,633	9,1	9,1	1,380	1,723	0,261	p<0.0001
	Kirurgija	106	0,0	45,5	12,01	11,739	9,1	18,2	0,839	-0,193	0,249	p<0.0001
	Interna	130	0,0	45,5	7,20	9,105	9,1	9,1	1,699	3,946	0,270	p<0.0001
	Obiteljska	23	0,0	27,3	8,30	7,711	9,1	9,1	0,664	0,019	0,242	0,001
	Ostalo	128	0,0	45,5	7,81	8,668	9,1	9,1	1,117	1,645	0,262	p<0.0001
Pacijent suradnik	Ne zna	148	9,1	100,0	63,39	18,211	63,6	18,2	-0,616	-0,087	0,168	p<0.0001
	Kirurgija	106	9,1	100,0	55,57	17,445	54,5	18,2	-0,354	0,362	0,146	p<0.0001
	Interna	130	9,1	100,0	62,31	17,393	63,6	18,2	-0,894	0,898	0,184	p<0.0001
	Obiteljska	23	18,2	81,8	56,52	16,663	54,5	18,2	-0,157	-0,033	0,156	0,154
	Ostalo	128	18,2	100,0	61,43	15,464	63,6	18,2	-0,169	-0,031	0,117	p<0.0001

Min-minimalni ostvareni rezultat; Max – maksimalni ostvareni rezultat; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; C – Medijan; Q – interkvartilno raspršenje; Skew – koeficijent asimetrije distribucije; Kurt – koeficijent spljoštenosti distribucije; KS-z rezultat Kolmogorov Smirnovljevog testa normaliteta distribucije; p – značajnost KS testa.

Tablica 19. Analiza stilova odlučivanja prema željenoj specijalizaciji

Stil odlučivanja	Godina	N	Medijan	Prosj. rang	χ	Mann Whitney test			
						Ne zna	Kirurgija	Interna	Obiteljska
Pacijent odlučuje	Ne zna	148	20,0	260,52	8,361	-	-	-	-
	Kirurgija	106	20,0	265,88		-	-	-	-
	Interna	130	20,0	250,75		-	-	-	-
	Obiteljska	23	20,0	247,28		-	-	-	-
	Ostalo	128	20,0	299,65		-	-	-	-
Obrambeno ponašanje/legalistički	Ne zna	148	0,0	250,98	8,264	-	-	-	-
	Kirurgija	106	8,3	295,21		-	-	-	-
	Interna	130	0,0	273,55		-	-	-	-
	Obiteljska	23	0,0	289,91		-	-	-	-
	Ostalo	128	0,0	255,58		-	-	-	-
Smjernice	Ne zna	148	11,1	253,27	7,995	-	-	-	-
	Kirurgija	106	22,2	282,19		-	-	-	-
	Interna	130	22,2	270,83		-	-	-	-
	Obiteljska	23	22,2	335,87		-	-	-	-
	Ostalo	128	16,7	258,21		-	-	-	-
Paternalistički	Ne zna	148	9,1	259,03	12,759*	-	0,173**	0,039	0,048
	Kirurgija	106	9,1	310,94		0,173**	-	0,212**	0,096
	Interna	130	9,1	247,62		0,039	0,212**	-	0,051
	Obiteljska	23	9,1	277,98		0,048	0,096	0,080	-
	Ostalo	128	9,1	261,71		0,010	0,169**	0,051	0,040
Pacijent suradnik	Ne zna	148	63,6	294,69	19,019**	-	0,233**	0,038	0,148
	Kirurgija	106	54,5	219,38		0,233**	-	0,221**	0,009
	Interna	130	63,6	285,88		0,038	0,221**	-	0,147
	Obiteljska	23	54,5	224,02		0,148	0,009	0,147	-
	Ostalo	128	63,6	267,14		0,092	0,164*	0,068	0,110

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; χ – rezultat Kruskal-Wallisovog testa.

Analiza Hi kvadrat testom svakog pojedinog pitanja pokazala je značajne razlike samo u pitanjima 8, 17 i 20 (Tablica 20). Naime, studenti koji žele specijalizirati kirurgiju u određenim situacijama češće biraju stil ponašanja *obrambeno/legalistički*, tj. onako kako ih to šef traži (pitanje broj 8), *prema smjernicama* odnosno pravilima klinike (pitanje broj 17) odnosno *paternalistički* stil (pitanje broj 20). Studenti koji žele internističke struke ili još ne znaju što bi studirali češće smatraju pacijenta *suradnikom*.

Tablica 20. Pitanja sa značajnom razlikom među ispitanicima prema željenoj specijalizaciji (Hi kvadrat test)

Pitanje (sažeto)	Željena spec.	Pacijent odlučuje		Obrambeni/legalistički		Smjernice		Paternalistički		Pacijent suradnik		X ² = ; df=; p=
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
V8 (molba sina liječnika da se ocu ne kaže da ima karcinom)	Ne znam	17	11,6%	11	2,5%	13	8,9%	20	13,7%	85	58,2%	X ² =21.668; df=12; p=0,0414
	Kirurg	20	19,0%	17	16,2%	5	4,8	9	8,6	54	51,4%	
	Interna	22	17,2%	8	6,2%	10	7,8%	9	7,0%	79	61,7%	
	Ostalo	35	23,5%	13	8,7%	12	8,1%	9	6,0%	80	53,7%	
v17 (odnos studenata prema pacijentima u bolnici)	Ne znam	4	2,8%	3	2,1%	22	15,4%	20	14,0%	94	65,7%	X ² =22.955; df=12; p=0,0281
	Kirurg	0	0%	3	2,9%	31	30,1%	17	16,5%	52	50,5%	
	Interna	1	0,8%	6	4,7%	25	19,7%	12	9,4%	83	65,4%	
	Ostalo	1	0,7%	10	6,6%	30	19,9%	27	17,9%	83	55,0%	
V20 (odnos liječnika prema pacijentu)	Ne znam	5	3,5%	4	2,8%	13	9,1%	5	3,5%	116	81,1%	X ² =26.188; df=12 ; p=0,0101
	Kirurg	7	6,8%	7	6,8%	8	7,8%	11	10,7%	70	68,0%	
	Interna	7	5,5%	9	7,1%	6	4,7%	1	0,8%	106	81,9%	
	Ostalo	11	7,4%	4	2,7%	11	7,4%	4	2,7%	119	79,9%	

5.2.4. Usporedba rezultata *Instrumenta PEO* s rezultatima dobivenim *Upitnikom o religioznosti DUREL*

Iako se *Upitnik DUREL* u nekim istraživanjima tretira kao jedna cjelina, preporučuje se, a tako je i u ovom istraživanju, prvo i drugo pitanje analizirati svako posebno, a zadnja tri kao jednu cjelinu (Tablica 21). S obzirom da su se obje distribucije pokazale statistički značajno asimetričnima, za analizu podataka korišten je Kruskal Wallisov test s Mann Whitney testom za post-hoc testiranje. Rezultati analize pokazuju da nema statistički značajne razlike u odgovorima prema godini studiranja (Tablice 22 i 23). Za zadnje tri čestice, prema rezultatima analize (Spearmanov koeficijent korelacije), također nema razlike u odgovorima prema stilu odlučivanja (Tablica 24).

Tablica 21. Analiza odgovora na pojedina pitanja iz *Upitnika DUREL* prema godini studiranja

Analiza prvog pitanja (DUREL 1)

Pitanje br. 1	Godina studija	Total			Nikada	Jednom godišnje ili rjeđe	Nekoliko puta godišnje	Nekoliko puta mjesečno	Jednom tjedno	Češće od jednom tjedno
		N	M	SD	%	%	%	%	%	%
Koliko često idete na misu ili druge religiozne susrete?	1	282	3,20	1,543	21,3%	12,4%	22,7%	15,6%	24,8%	3,2%
	3	114	2,97	1,537	21,1%	22,8%	20,2%	15,8%	14,0%	6,1%
	6	124	2,91	1,653	29,8%	13,7%	21,8%	12,1%	15,3%	7,3%
	Total	520	3,08	1,571	23,3%	15,0%	21,9%	14,8%	20,2%	4,8%

Analiza drugog pitanja (DUREL 2)

Pitanje br. 2	Godina studija	Total			Rijetko ili nikada	Nekoliko puta mjesečno	Jednom tjedno	Dva ili više puta tjedno	Svaki dan	Češće od jednom dnevno
		N	M	SD	%	%	%	%	%	%
Koliko često provodite vrijeme u religioznim aktivnostima poput molitve, meditacije ili čitanja Biblije?	1	281	2,70	1,739	44,5%	8,9%	6,0%	13,5%	26,7%	0,4%
	3	115	2,75	1,806	43,5%	10,4%	6,1%	12,2%	23,5%	4,3%
	6	124	2,38	1,699	51,6%	14,5%	1,6%	9,7%	21,8%	,8%
	Total	520	2,63	1,747	46,0%	10,6%	5,0%	12,3%	24,8%	1,3%

Analiza pitanja 3-5 (DUREL 3-5)

Pitanja br. 3-5	Godina studija	Total			U potpunosti se ne odnosi na mene	Uglavnom se ne odnosi na mene	Nisam siguran/ sigurna	Uglavnom se odnosi na mene	Definitivno se odnosi na mene
		N	M	SD	%	%	%	%	%
U svojem životu doživljam prisutnost nadnaravnog (npr. Boga).	1	282	3,24	1,218	14,5%	9,9%	24,1%	40,1%	11,3%
	3	115	3,40	1,356	15,7%	7,8%	21,7%	30,4%	24,3%
	6	123	3,24	1,483	20,3%	13,0%	15,4%	25,2%	26,0%
	Total	520	3,27	1,315	16,2%	10,2%	21,5%	34,4%	17,7%
Moja religiozna uvjerenja su ono što je uistinu u pozadini cijelog mog pristupa životu.	1	282	2,77	1,304	25,5%	15,6%	22,0%	30,1%	6,7%
	3	115	2,73	1,398	27,8%	18,3%	19,1%	22,6%	12,2%
	6	123	2,64	1,444	33,3%	15,4%	17,1%	22,0%	12,2%
	Total	520	2,73	1,357	27,9%	16,2%	20,2%	26,5%	9,2%
Trudim se živjeti svoju vjeru u svim drugim djelatnostima u svom životu.	1	281	2,79	1,330	27,4%	12,5%	20,6%	33,1%	6,4%
	3	115	2,90	1,516	29,6%	12,2%	14,8%	25,2%	18,3%
	6	123	2,74	1,481	31,7%	15,4%	14,6%	23,6%	14,6%
	Total	519	2,80	1,408	28,9%	13,1%	17,9%	29,1%	11,0%

Tablica 22. Analiza razlika u odgovorima prema godini studiranja za prve dvije tvrdnje u *Upitniku DUREL*

Varijabla	Godina	N	Medijan	Prosj. rang	HI	Mann Whitney test		
						r ₁₋₃	r ₁₋₆	r ₃₋₆
DUREL Pitanje 1	1	282	3	272,21	4,016 (0,134)	-	-	-
	3	114	3	250,14				
	6	124	3	243,39				
DUREL Pitanje 2	1	281	2	265,09	2,963 (0,227)	-	-	-
	3	115	2	269,56				
	6	124	1	241,70				

Tablica 23. Analiza razlika u odgovorima prema godini studiranja za ostale tvrdnje u *Upitniku DUREL*

Varijabla	Godina	N	Medijan	Prosj. rang	HI	Mann Whitney test		
						r ₁₋₃	r ₁₋₆	r ₃₋₆
DUREL Pitanja 3-5	1	281	9	259,29	0,683 (0,711)	-	-	-
	3	115	9	269,03				
	6	123	9	253,17				

Tablica 24. Analiza korelacija religioznost i stilovima odlučivanja (Spearmanov koeficijent korelacije)

Br.	Varijabla	1	2	3
1	Koliko često idete na misu ili druge religiozne susrete?			
2	Koliko često provodite vrijeme u religioznim aktivnostima poput molitve, meditacije ili čitanja Biblije?	0,709**		
3	pitanja 3-5	0,752**	0,697**	
4	Pacijent odlučuje	-0,065	0,004	-0,084
5	Obrambeno ponašanje/legalistički	0,008	-0,013	-0,036
6	Smjernice	-0,069	-0,057	-0,031
7	Paternalistički	0,005	0,009	0,024
8	Pacijent suradnik	0,076	-0,002	0,068

* - p<0,05; ** - p<0,01;

5.2.5. Analiza ostalih pitanja

Za pitanje 3 koje ispituje mišljenje studenata s obzirom na metode u edukaciji/nastavi iz medicinske etike rađen je Hi kvadrat test (Tablica 25). Njime nije utvrđena statistički značajna razlika prema godinama. Sažeto, 37% studenata smatra kako je najvažnija uloga nastavnika i liječnika koji rade sa studentima, pa njih treba naučiti uzornom ponašanju jer studenti kopiraju njihovo ponašanje. Četvrtina studenata smatra kako je najvažnije dati studentima okvirne i jasne smjernice što i kako napraviti u pojedinom slučaju (28%), odnosno, da nastava iz medicinske etike treba biti integrirana u sve predmete tijekom cijelog studija (25%). 7% ispitanika smatra da se etika ne može naučiti.

Tablica 25. Analiza odgovora na pitanje br. 3 - kako je najbolje poučavati medicinsku etiku (Hi kvadrat test)

Ponuđeni odgovori	Godina studija								$\chi^2=$; df= ; p=
	1		3		6		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
a) Etika se ne može naučiti	21	7,3%	9	7,4%	8	6,5%	38	7,1%	$\chi^2=6,110$; df=8; p=0.635
b) Nastava iz etike treba biti integrirana u sve predmete	77	26,6%	24	19,8%	31	25,0%	132	24,7%	
c) Najvažniji je tzv. skriveni kurikulum.	103	35,6%	44	36,4%	50	40,3%	197	36,9%	
d) Najvažnije su smjernice i upute	76	26,3%	41	33,9%	33	26,6%	150	28,1%	
e) Ostalo	12	4,2%	3	2,5%	2	1,6%	17	3,2%	
Total	289	100,0%	121	100,0%	124	100,0%	534	100,0%	

U pitanju broj 16 u kojem se istražuje (ne)poštivanje liječničke tajne na primjeru pacijenta s HIV-om predviđeno je više mogućih odgovora. Primijenjen je Hi kvadrat test (Tablica 26) koji pokazuje da za prva tri odgovora (reći supruzi, liječniku koji ga liječi, medicinskim sestrama koje ga njeguju) ima razlike prema godini studija, a za druga dva (reći poslodavcu, ne reći nikome) razlike nema. Dakle, 47% studenata 1. i 3. godine prema 29% studenata 6. godine bi reklo pacijentovoj supruzi. Raste broj studenata (77% na 1. godini, 86%

na 3. i 89% na 6. godini) koji bi to rekli šefu odjela ili pacijentovom ordinariusu. Također raste broj studenta koji bi rekli medicinskim sestrama koje ga njeguju (31% na 1. godini, 48% na 3. godini, 50% na 6. godini). Poslodavcu (s obzirom da je zamišljeni pacijent fizioterapeut) 10% studenata bi to prosječno priopćilo, a nikome 5% ispitanika.

Tablica 26. Analiza odgovora na pitanje 16 - kome priopćiti HIV pozitivan status pacijenta na odjelu (Hi kvadrat test)

Ponudeni odgovori		Godina studija						Total	χ^2	df	p	
		1		3		6						
		N	%	N	%	N	%					
supruzi	Ne	155	53,4%	64	52,9%	88	71,0%	307	57,4%	12,191	2	0,002
	Da	135	46,6%	57	47,1%	36	29,0%	228	42,6%			
	Total	290	100,0%	121	100,0%	124	100,0%	535	100,0%			
šefu odjela	Ne	68	23,4%	17	14,0%	14	11,3%	99	18,5%	10,572	2	0,005
	Da	222	76,6%	104	86,0%	110	88,7%	436	81,5%			
	Total	290	100,0%	121	100,0%	124	100,0%	535	100,0%			
med. sestrama	Ne	199	68,6%	63	52,1%	62	50,0%	324	60,6%	17,333	2	p<0,001
	Da	91	31,4%	58	47,9%	62	50,0%	211	39,4%			
	Total	290	100,0%	121	100,0%	124	100,0%	535	100,0%			
poslodavcu	Ne	263	90,7%	103	85,1%	114	91,9%	480	89,7%	3,727	2	0,155
	Da	27	9,3%	18	14,9%	10	8,1%	55	10,3%			
	Total	290	100,0%	121	100,0%	124	100,0%	535	100,0%			
nikome	Ne	274	94,5%	119	98,3%	116	93,5%	509	95,1%	3,642	2	0,162
	Da	16	5,5%	2	1,7%	8	6,5%	26	4,9%			
	Total	290	100,0%	121	100,0%	124	100,0%	535	100,0%			

Pitanje 18 ispituje stupanj prihvatljivosti određenih, etički dvojbenih, postupaka na Likertovoj skali od 1 do 7 (Tablica 27). Kruskal-Wallisovim testom te s post-hoc Mann Whitneyevim testom (Tablica 28) uočena je značajna razlika među studentima različitih godina u svim tvrdnjama osim u tvrdnji *b* koja se odnosi na neprihvatljivost postavljanja intimnih pitanja pred drugim pacijentima ($M=2.8$). Na 3. godini studija ispitanici smatraju prihvatljivijim ublažavanje dijagnoze (tvrdnja *a*). Na 6. godini studenti više osuđuju stručne rasprave pred pacijentom (tvrdnja *c*). Također, na 6. godini „najneprihvatljivijim“ se smatra komentiranje

pacijenata po imenu i najmanje prihvatljivim nošenje obrasca za informirani pristanak od strane studenta (tvrđnja d i e).

Tablica 27. Pitanje broje 18 o stupnju prihvatljivosti etički dvojbenih situacija (1-u potpunosti neprihvatljivo, 7- u potpunosti prihvatljivo).

Ponuđeni odgovori	Godina studija	Total				1	2	3	4	5	6	7
		N	M	SD	C	%	%	%	%	%	%	%
a) Prilikom priopćavanja loše dijagnoze ili prognoze malo „ublažiti“ stanje.	1	287	3,96	1,555	4,0	5,2%	16,0%	19,2%	17,4%	25,1%	13,6%	3,5%
	3	118	4,28	1,467	4,0	2,5%	13,6%	9,3%	27,1%	29,7%	11,0%	6,8%
	6	123	3,68	1,410	4,0	3,3%	22,8%	21,1%	18,7%	23,6%	10,6%	0,0%
	Total	528	3,97	1,514	4,0	4,2%	17,0%	17,4%	19,9%	25,8%	12,3%	3,4%
b) Uzimanje anamneze o ginekološkim problemima u sobi s još dvije pacijentice.	1	288	2,70	1,443	3,0	24,3%	25,3%	24,0%	13,5%	9,0%	2,4%	1,4%
	3	118	2,85	1,511	3,0	23,7%	22,0%	20,3%	20,3%	8,5%	3,4%	1,7%
	6	123	2,86	1,295	3,0	16,3%	26,8%	23,6%	23,6%	8,1%	0,8%	0,8%
	Total	529	2,77	1,425	3,0	22,3%	25,0%	23,1%	17,4%	8,7%	2,3%	1,3%
c) Stručna rasprava profesora/nastavnika sa studentima u sobi pred pacijentom.	1	287	3,32	1,788	3,0	20,6%	18,8%	13,2%	21,6%	12,5%	8,0%	5,2%
	3	118	3,43	1,842	3,0	17,8%	19,5%	16,9%	17,8%	9,3%	12,7%	5,9%
	6	123	2,87	1,526	3,0	18,7%	30,1%	22,0%	13,8%	7,3%	6,5%	1,6%
	Total	528	3,24	1,752	3,0	19,5%	21,6%	16,1%	18,9%	10,6%	8,7%	4,5%
d) Studenti medicine međusobno komentiraju pojedine pacijente po imenu.	1	284	1,68	1,167	1,0	64,1%	19,0%	7,7%	4,9%	2,8%	0,7%	0,7%
	3	118	2,03	1,513	1,0	54,2%	20,3%	8,5%	9,3%	2,5%	2,5%	2,5%
	6	123	1,50	,935	1,0	69,1%	19,5%	6,5%	4,1%	0,0%	0,0%	0,8%
	Total	525	1,72	1,219	1,0	63,0%	19,4%	7,6%	5,7%	2,1%	1,0%	1,1%
e) Studenti medicine nose pacijentima obrazac za informirani pristanak.	1	285	4,03	1,573	4,0	4,2%	14,0%	17,9%	29,5%	16,1%	9,1%	9,1%
	3	118	3,77	1,697	4,0	6,8%	22,0%	17,8%	19,5%	15,3%	11,9%	6,8%
	6	123	3,49	1,621	3,0	10,6%	17,1%	28,5%	20,3%	10,6%	6,5%	6,5%
	Total	526	3,85	1,625	4,0	6,3%	16,5%	20,3%	25,1%	14,6%	9,1%	8,0%

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; C – Medijan.

Tablica 28. Analiza razlika u odgovorima na pitanje broj 18

Ponudeni odgovor	Godina studija	N	C	Pros. rang	χ^2	Mann Whitney test		
						r ₁₋₃	r ₁₋₆	r ₃₋₆
a) Prilikom priopćavanja loše dijagnoze ili prognoze malo „ublažiti“ stanje.	1	287	4	264,33	8,714 (0,013)	0,088 (0,077)	0,083 (0,094)	0,194 (0,003)
	3	118	4	293,77				
	6	123	4	236,83				
b) Uzimanje anamneze o ginekološkim problemima u sobi s još dvije pacijentice.	1	288	3	256,4	2,287 (0,319)	0,043 (0,387)	0,072 (0,145)	0,024 (0,704)
	3	118	3	270,98				
	6	123	3	279,4				
c) Stručna rasprava profesora/nastavnika sa studentima u sobi pred pacijentom.	1	287	3	271,05	6,432 (0,040)	0,025 (0,614)	0,110 (0,026)	0,147 (0,022)
	3	118	3	279,32				
	6	123	3	235,01				
d) Studenti medicine međusobno komentiraju pojedine pacijente po imenu.	1	284	1	259,98	8,538 (0,014)	0,107 (0,032)	0,061 (0,218)	0,183 (0,005)
	3	118	1	291,17				
	6	123	1	242,95				
e) Studenti medicine nose pacijentima obrazac za informirani pristanak.	1	285	4	281,53	11,009 (0,004)	0,075 (0,133)	0,165 (0,001)	0,082 (0,203)
	3	118	4	255,91				
	6	123	3	229				

χ – rezultat Kruskal-Wallisovog testa; r – veličina efekta razlike u Mann-Whitneyevom testu.

6. RASPRAVA

6.1. Autonomija

Rezultati provedenog istraživanja, posebice kvalitativnog, upućuju na različite poglede studenata, liječnika i samih pacijenata na autonomiju pacijenta, ali i njihove individualne razlike u stilovima odlučivanja ovisno o kontekstu koji se u pitanju navodi. Važnost koja se pridaje pojedinoj dilemi značajno se razlikuje među sudionicima što je uvjetovano privatnim uvjerenjima, osobnim vrijednostima, ali i životnim i profesionalnim iskustvom kako su naveli i sami sudionici fokus grupa. Općenito, njihovi stilovi ponašanja u etički zahtjevnim situacijama bi se okvirno mogli smjestiti unutar dvije krajnosti: na jednoj strani je *paternalistički stil* s idejom kako je liječnik taj koji odlučuje, a pacijent onaj koji sluša, a na drugoj strani pacijent koji sam odlučuje o svom zdravlju i bolesti, a liječnik je taj koji sluša i izvršava zahtjeve pacijenta. U sredini je doživljaj pacijenta kao suradnika što zahtjeva aktivnu i autonomnu ulogu i liječnika i pacijenta. Neki tu raspravu (paternalizam vs. autonomija) opisuju kao debatu o moći (81). S druge strane, paternalizam i autonomija opisuju se kao polarizirani ekstremi koji se više odnose na pretjerivanje medija nego li na svakodnevnu medicinu (64). Ljudi se razlikuju u tome koliko odlučivanje žele prepustiti liječniku. I liječnici se razlikuju u svom stilu, neki odlučivanje prepuste pacijentu dok se neki na to ljute. U svakom slučaju potrebno je izbjegavati radikalne poglede (paternalizam je loš, a autonomija je dobra) jer je ponekad potrebno biti odlučan, na primjer s oklijevajućim pacijentom. Osim toga, kontinuirana i strukturirana komunikacija liječnik - pacijent zasigurno će smanjiti međusobnu asimetriju moći (82,83) te će se postići bolji klinički ishodi (84). Drugim riječima, nema mjesta ni za isključivi paternalizam niti isključivu autonomiju (64), jer svi ponekad žele da liječnik u njihovo ime nešto odluči (83). Također, radi se i o ravnoteži odgovornosti. Naime, liječnik nije isključivo poznavatelj činjenica koje pruža

pacijentu na izbor (85) već treba biti i dobar psiholog koji može prepoznati kako s kojim pacijentom postupati.

U tom kontekstu zanimljivo je istraživanje o poimanju autonomije među australskim liječnicima obiteljske medicine u susretu s pacijentom koji ima bolove u leđima. Obuhvaćena su četiri područja: alternativna terapija, analgetici, bolovanje i radiološka obrada. Autori su zaključili kako je poštivanje autonomije pacijenta među liječnicima obiteljske medicine vrlo kompleksno (86). To je potvrđeno i unutar fokus grupa s liječnicima obiteljske medicine i studentima čiji su stavovi i iskazi o postupanju povremeno bili kontradiktorni, odnosno, prvenstveno ovisni o kontekstu. I odgovori u upitniku također ukazuju na situaciji specifičan pristup. Na primjer, u prvom pitanju koje se odnosi na primjenu antibiotika kod simptoma hunjavice, s godinom studija raste broj ispitanika koji smatraju da se treba ponašati prema *smjernicama*, a sve je manje onih koji gledaju pacijenta kao *suradnika*. S druge strane, u situaciji da student, bez saznanja pacijenta napravi nekoliko šavova na leđima, s godinama raste *paternalistički* pristup, a pada učestalost onih koji smatraju da pacijent treba o tome odlučiti. U literaturi su u tom pogledu također zabilježeni različiti, nekonzistentni zaključci (87).

S obzirom da su Beauchamp i Childress (60) uveli načelo autonomije kao pojam u stručnu literaturu, važno je razumjeti njihovo stajalište. Naime, njihova utjecajna definicija autonomije podrazumijeva sposobnost cilju usmjerenog djelovanja, slobodnog od kontrolirajućih utjecaja te sa stvarnim razumijevanjem. Ona se ne smije površno shvatiti s obzirom da neki pacijenti mogu imati ograničenu autonomiju zbog nesigurnosti, konfliktnih prioriteta, društvenih uvjetovanosti, ali i same bolesti koja ih stavlja u vulnerabilan položaj (88,89). Ipak, nema jasnog odgovora koliku autonomiju osoba mora imati da bi je se poštovalo (89,90).

Isto tako, naizgled kompetentni pacijenti mogu donositi iracionalne zahtjeve zbog razmišljanja samo o kratkoročnim posljedicama, a zanemarujući dugoročne rizike, misleći da se njima ništa ne može dogoditi, djelujući iz nerazumnih strahova zbog kojih izbjegavaju potrebno liječenje, imajući ekstremno ekscentrična vjerovanja ili neprirodne načine interpretacije informacija. Neki od tih iracionalnih izbora rezultat su dubokih uvjerenja, dok ima drugih obrambenih mehanizama poput poricanja pred teškim životnim događajima (4). Tipičan primjer je pacijent koji vidi krv u stolici, ali ne želi pomisliti da bi to moglo biti uzrokovano malignom bolešću niti poduzeti ikakvu dijagnostičku obradu, ili pacijent koji je pretio, puši i ima visoki tlak, ali ne želi uzimati propisanu terapiju kako se ne bi trovao lijekovima. U ovakvim slučajevima, s obzirom da profesionalni standardi podrazumijevaju i zaštitu pacijenta (pa i od sebe samoga), liječnik je dužan djelovati (4).

Zanimljivo je povijesno i geografsko širenje poimanja važnosti autonomije pacijenta. Općenito, razlikujemo dva glavna etička pristupa: Američku i Europsku etičku školu. U prvoj se naglasak prvenstveno stavlja na autonomiju pacijenta i djelovanje prema principima (autonomija pacijenta, dobročinstvo i pravda) dok se u potonjoj više pažnje posvećuje pojedinom slučaju (4). Američka je škola nastala i dalje razvijana pod utjecajem knjige *Biomedicinska načela* Beuchampa i Childressa (60) sredinom 70-ih godina prošlog stoljeća koja je jasno isticala (moralna) načela kao opće standarde ponašanja o kojima ovise mnoga druga pravila i sudovi. Europski pristup se, s druge strane, ogledava u *Europskoj povelji iz medicinske etike* (91) gdje stoji da liječenje treba pratiti osobni integritet svake osobe, a briga o autonomiji treba biti u skladu s efikasnošću zahvata imajući na umu pravednost u korištenju sredstava (92).

Također, standardi etičnog ponašanja se mijenjaju kroz vrijeme i kontekst. Istraživanje provedeno 1981. godine u SAD-u mnogo govori o tadašnjem poimanju načela autonomije. Naime, u tom se istraživanju ispitivalo koji su to etički problemi s kojima su se susretali studenti medicine u proteklih mjesec dana. Oni su najčešće spominjali skrb o umirućem pacijentu (u 45% odgovora) i govorenje istine (13%), a autonomija pacijenata je bila spomenuta u samo 1% odgovora (93). Suvremene društvene promjene dovele su do toga da se općenito više informacija govori pacijentima i da su oni sve više uključeni u svoje liječenje.

Kao što je nekad, npr. u zapadnom svijetu, bilo smatrano prikladnim ne reći dijagnozu pacijentu kako ne bi pretjerano brinuo, to i danas može biti prisutno u Aziji. Te su razlike razumljive s obzirom da su etička poimanja utemeljena na filozofiji, religiji i političkim strujanjima. Ipak, bez obzira na teorije, očekivanja od strane pacijenata gotovo su identična diljem svijeta (94). Kad su u Teheranu istraživali najvažnije etičke teme prema mišljenju liječnika obiteljske medicine i pacijenata složili su se da su to: prikladan odnos liječnika prema pacijentu, dovoljno vremena za svakog pacijenta, liječnička tajna, poštivanje pacijentovih religioznih uvjerenja i moralnih vrijednosti. Međutim, te su se dvije skupine razlikovale u razmišljanju oko važnosti poštivanja autonomije pacijenta i njihovog uključivanja u donošenje medicinskih odluka jer su pacijenti očekivali poštivanje njihove autonomije, tj. da će biti uključeni u donošenje odluka, dok su liječnici to omalovažavali, odnosno, pokazivali paternalističke stavove i ponašanje (9).

U nekim je društvima zastupljena tzv. *obiteljska autonomija* koja je važnija od osobne autonomije jer tamo obiteljska zajednica ima ulogu u donošenju odluka (95). Tako npr. u Tajvanu, gdje individualna autonomija nije priznata, glava obitelji (otac ili muž) donosi odluke i u vezi liječenja (96). Naime, umire li pacijent ili ne, ne se tiče samo njega osobno nego i njegove obitelji (96).

6.1.1. Pravo na istinu

Liječnici, osim što liječe pacijente i unaprjeđuju njihovo zdravlje, imaju dužnost informirati ih o njihovom stanju, prognozi i mogućnostima liječenja. Pritom, s obzirom da je u novijoj povijesti davanje informacija postalo usmjereno na pacijenta, moraju donositi odluke što i kome reći. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da se najviše dilema odnosi na priopćavanja teške dijagnoze i nepovoljne prognoze. Iako većina liječnika priznaje važnost govorenja istine, određeno prešućivanje i „uljepšavanje“ česti su u svakodnevnoj praksi. Na primjer, u svim je fokus grupama spomenuto kako se u praksi nerijetko nastoji „poštediti pacijenta i ne uznemiravati ga lošim vijestima“. Rezultati dobiveni *Instrumentom PEO* također pokazuju da 37% ispitanika smatra da istinu treba malo „upakirati“ kako bi je pacijenti lakše podnijeli (pitanje 11). U slučaju akutnog infarkta, 10% smatra da je bolje ne reći pacijentu, dok ih 45% smatra da to treba reći biranim, malo ublaženim riječima (pitanje 15). U pitanju broj 9, 8% ispitanika bi pacijentu reklo da ima tumor, a ne karcinom, a na pitanje o prihvatljivosti „ublažavanja“ prognoze ili dijagnoze medijan rezultata na Likertovoj skali od 1 (u potpunosti neprihvatljivo) do 7 (u potpunosti prihvatljivo) je 4. Sažeto, rezultati ovog istraživanja se slažu sa literaturom prema kojoj je odgovor na pitanje *kome, kada, što i koliko* reći ovisno o situaciji i kontekstu (4).

Nastojanje da se bolesniku mora priopćiti dijagnoza u skladu je sa zapadnim sustavom etičkog poimanja, vrijednostima i pravnim normama koje podržavaju načelo autonomije pacijenta. To nije tako uvijek bilo. Uobičajeni oblici donošenja odluka u prošlosti su se temeljili na ograničenom broju terapijskih mogućnosti i pretežno paternalističkom odnosu između pacijenta i liječnika. Danas su se, iako ne svugdje, obje ove dimenzije značajno promijenile (40). 50-ih i 70-ih godina prošlog stoljeća većina je liječnika smatrala nehumanim i štetnim pacijentu reći lošu dijagnozu. Tako na primjer, istraživanje provedeno 1961. godine navodi

kako 90% liječnika ne bi izreklo dijagnozu karcinoma svome pacijentu (97), dok bi je 1979. godine njih 97% reklo (98). Novije istraživanje pokazuje kako polovica liječnika daje odviše optimističnu prognozu pacijentima (99). Što se tiče pacijenata, oni su i prije i u novije vrijeme općenito željeli znati istinu, iako to najviše ovisi o kulturi. Za Ameriku (sjevernu) se navodi da ih 96% to želi, a u Škotskoj 91% (100). S druge strane, ima podataka da 10-20% pacijenata ne želi znati detalje o svom stanju (4). U Japanu je, na primjer, pravo pacijenta da se informira prekriveno društvenom potrebom da se zaštiti pacijenta od izolacije te samo 30% njihovih pacijenata zna svoju dijagnozu maligne bolesti (101). Istraživanje u Mexico Cityju pokazuje kako 96% sestara i 35% liječnika ne koristi termin karcinom u razgovoru sa svojim pacijentima (20). Samo 45% talijanskih liječnika obiteljske medicine smatra kako bi se pacijentu s malignom bolesti trebala uvijek reći dijagnoza (21). Podaci u ovom istraživanju govore o 10% ispitanika, ovisno o kontekstu, koji smatraju da pacijentu nije potrebno priopćiti dijagnozu maligne bolesti.

Zanimljivi su i rezultati istraživanja provedenog u Tajvanu o tome tko bi trebao donositi odluke u vezi liječenja. 32% njihovih ispitanika smatra da novootkrivenu malignu dijagnozu treba reći pacijentu, a 68% smatra da to treba reći ocu ili mužu. Nadalje, odluke u vezi liječenja u 43% situacija donosi pacijent, a u 57% muž ili otac. Što se tiče donošenja odluke da se operativno izvadi tumor, to primarno odlučuje pacijent samo u 7% slučajeva, otac ili muž u 33%, obitelj i liječnik 52% i samo liječnik u 7% slučajeva. Na kraju, kada nema više nade i pacijent umire, 66% ispitanika je odgovorilo da mu to treba (na prikladan način) priopćiti. Druga su istraživanja pokazala da se u Egiptu samo u 3%, u Španjolskoj u 32%, a u Italiji u 52% slučajeva pacijentu priopćava dijagnoza maligne bolesti. Prema istim autorima onkolozi iz zapadnih zemalja značajno češće priopćavaju dijagnozu pacijentima, razgovaraju s njima o napredovanju bolesti, mogućnostima liječenja i upućivanju u hospicij (101). U Francuskoj se,

prema istraživanjima, to ipak češće govori obitelji nego samom pacijentu. A kada se pita pacijente, u većini zemalja oni žele znati svoju dijagnozu, što su potvrdili i naši sudionici (fokus grupa s kroničnim bolesnicima). U literaturi se sugerira kako bi bilo najbolje odmah na početku otvoreno pitati pacijenta kada, kako i koliko bi htio/htjela da mu se kaže o dijagnozi, uz napomenu da uvijek može dodatno pitati što ga zanima (101).

Bez obzira na stavove i navike, priopćavanje teške dijagnoze nije lak zadatak. Posebno je to teško reći kad je liječnik bez iskustva, pacijent mlad ili ne postoji učinkovita terapija. Tu su jako važne komunikacijske vještine koje se mogu naučiti. Ipak, u praksi je manje od 10% liječnika prošlo formalnu edukaciju kako priopćiti tešku dijagnozu. U literaturi je opisan *SPIKES* protokol (eng. Setting up the intervju, Patient perception setting, Invitation, Knowledge to the patient, Emotions, Strategy and Summary) koji ima četiri cilja: 1) ispitati trenutno pacijentovo znanje o svom stanju, njegova očekivanja kao i spremnost čuti moguće loše vijesti, 2) dati mu prikladne informacije s obzirom na njegovo stanje, želje i potrebe, 3) pružiti mu podršku u emotivnom svladavanju i borbi protiv izolacije te 4) zajedno sastaviti strategiju i plan liječenja (100). Priopćiti dijagnozu, iako je teško, jedan je od važnih liječnikovih zadataka. To je važna informacija za planiranje budućnosti pacijenta. Objava teške dijagnoze zasigurno može prouzročiti negativan učinak, ali ne možemo je samo zbog toga ne reći iako je, iz straha od tih razloga, mnogi doktori prešućuju. Istinu treba reći uz poštovanje koje je i inače bitno u odnosu liječnika i pacijenta. Ne reći može značiti prevaru, gubitak povjerenja u liječnika i povjerenja društva u profesiju, a može i direktno naškoditi pacijentu ako zbog toga prekasno traži liječničku pomoć. Ipak, postoje i iznimke, kao na primjer kad pacijent sam kaže da ne želi znati (102).

Mnogi liječnici smatraju da teška bolest kompromitira pacijentovu sposobnost za autonomno donošenje odluka jer iskustvo boli, ljutnje, straha onemogućuje objektivno

sagledavanje svih informacija (63). Ipak, kad je u pitanju terapija, u praksi mnogi pacijenti s karcinomom uglavnom prepuštaju odluke svom liječniku (63,103).

U literaturi su zabilježeni pozitivni primjeri davanja informacija s ciljem bolje suradnje s pacijentima, ali i izbjegavanje davanja informacija kada su liječnici smatrali da to vodi do ne-suradnje i veće zabrinutosti pacijenata (4). Istina je da istina ponekad može štetiti bolesniku. U jednom istraživanju među pacijentima kojima je rečeno da boluju od povišenog tlaka zabilježene su niže vrijednosti u testovima emocionalnog blagostanja, a viša stopa bolovanja (104). U drugom se istraživanju pokazalo da je pružanje više informacija pacijentima s malignom bolešću uzrokovalo kod njih višu razinu zabrinutosti i tjeskobe od onih kojima nije toliko rečeno (105). Ipak, to nije razlog za ne reći istinu, nego je to podsjetnik na pažljivo biranje riječi.

6.1.2. Liječnička tajna

Liječnička tajna norma je ponašanja još od Hipokratovog doba. Ipak, ona nije apsolutna norma te ponekad, zbog viših interesa ili nedostataka sustava, dolazi do njenog opravdanog ili neopravdanog kršenja. Prema Čizmiću, apsolutna obveza čuvanja liječničke tajne mogla se zahtijevati i poštivati dok je postojao samo neposredni odnos između liječnika i pacijenta. Sa socijalizacijom medicine, pored liječnika u liječenju bolesnika sudjeluje čitav niz osoba kao što su medicinske sestre, ljekarnici, stomatolozi, laboranti, bolničari, studenti, pa i administrativno osoblje. Sve te osobe su na neki način upućene u određenu tajnu (106). Zaštita liječničke tajne postaje sve teža i zbog kompjuterizacije medicinske dokumentacije, telemedicine i elektroničke obrade podataka (na što su se posebno žalili sudionici naših fokus grupa), obavljanja medicinske intervencije u različitim ustanovama, sudjelovanja u pružanju medicinske usluge sve većeg broja osoba i sve više vrsta zdravstvenih djelatnika, ali i zbog sve većeg opravdanog

ili neopravdanog interesa javnosti i medija za informiranjem o zdravstvenom stanju pojedinih pacijenata (javnih osoba, mogućih zaraznih bolesti i slično). Dodatno, medicinski podaci danas služe i potražuju ih, primjerice, osiguravatelji (zbog ocjene rizika na strani osiguranika), poslodavci, proizvođači lijekova (u marketinške svrhe), banke (ocjena rizika kreditiranja), državna tijela itd. (106,107). U ovom istraživanju se navodi da su veliki naponi uloženi u zaštitu podataka, ali ne na svim razinama. Na primjer, kako bi bolnica naplatila račun od osiguravajućeg društva moraju im se poslati puni podaci s imenom i prezimenom i dijagnozom pacijenta. Na taj način, iako oni imaju dužnost zaštite podataka, informacije mogu lako biti dostupne.

Do povrede liječničke tajne dolazi najčešće usmeno ili pismeno, ali postoje i drugi mogući načini povrede čuvanja liječničke tajne, primjerice objavljivanje fotografskih snimaka ili podataka o pojedinim bolesnicima u stručnoj literaturi. Istraživanje provedeno u jednoj španjolskoj bolnici pokazuje da je zdravstveno osoblje, a posebno liječnici, uključeno u prekršaje vezano za odavanje liječničke tajne u okviru raznih aspekata organizacije rada bolnice. Iako je većina počinjena nenamjerno, nemali broj se odnosi na ozbiljne i ponavljane prekršaje (9.5%) što ukazuje na nebrigu i neznanje (107).

S druge strane, medicinska tajna se u zadnje vrijeme našla pod optužbom javnosti i zbog tragičnih događaja koje su počinili psihički bolesni pojedinci. Iako takvih komentara nije bilo u fokus grupama u ovom istraživanju, povijesni podaci o liječničkoj tajni pokazuju da je ta praksa i u prošlosti bila kritizirana. Značenje povjerljivosti podataka mijenjalo se kroz vrijeme. Zanimljivo je Riederovo tumačenje tog razvoja kroz tri povijesne situacije. Prva je bila krajem 16. stoljeća kad su laički autoriteti tražili od liječnika da otkriju imena oboljelih od sifilisa. Druga situacija je bila u 18. stoljeću kada su rodbina i prijatelji tražili od liječnika informacije o bolesniku. U 20. su stoljeću (treća situacija) osiguravajuća tijela i poslodavci počeli zahtijevali

medicinske informacije o svojim zaposlenicima. U te tri različite situacije, povijest otkriva da je koncept povjerljivosti medicinske informacije rastezljiv i oblikovan, u prvom primjeru kako bi zaštitio pacijenta, u drugom adaptiran kako bi se prilagodio liječnikovoj društvenoj ulozi i u zadnjem kako bi branio univerzalne vrijednosti i javno zdravstvo. Prema tome, s obzirom da je liječnička tajna oduvijek bila, i danas je, i liječnička i društvena norma, svaka promjena u njevoj definiciji i primjeni je bila i treba biti rezultat pregovora svih zahvaćenih društvenih sudionika (108). U suprotnom, mogle bi postati sve učestalije situacije kao što je primjer iz Poljske gdje je liječnik obiteljske medicine prijavio pacijenta s učestalim epileptičkim napadima koji vozi auto. Nakon toga je prijavljeni tužio liječnika jer je zbog toga izgubio vozačku dozvolu (109).

U tom kontekstu je u fokus grupama unutar ovog istraživanja prevladalo mišljenje liječnika (OM, KB) da u Hrvatskoj liječnici idu „linijom manjeg otpora“ te u navedenim slučajevima ne prijavljuju takve pacijente. S druge strane, istraživanje je pokazalo da su studenti općenito svjesni potrebe poštivanja liječničke tajne ali u određenim situacijama ne znaju kako to u praksi ostvariti na način da zadovolje i ostale važne čimbenike poput npr. učenja i zaštite trećih osoba.

6.1.3. Informirani pristanak

Informirani pristanak predstavlja oblik poštivanja autonomije gdje osoba može dati određeni veto na medicinski postupak koji ne želi (110). Pitanje informiranog pristanka predstavlja samo dio šireg okvira koji obuhvaća medicinsku etiku, profesionalizam, zakonodavstvo i sigurnost pacijenta (95). U nekim sustavima, gdje zdravstveno zakonodavstvo još nije dobro pravno regulirano, liječnici se nalaze u nezavidnom položaju, pod pritiskom pacijenata i njihovih obitelji koji često inzistiraju na besmislenim terapijama, protivno savjesti i stručnom znanju liječnika (111).

S obzirom na potpisivanje obrazaca za informirani pristanak, često se postavlja pitanje što sve pacijent treba znati i šta bi na tim obrascima trebalo biti navedeno. Suvremeni standard informacija potrebnih za informirani pristanak je reći pacijentu ono što bi razuman odrasli čovjek u pacijentovoj situaciji htio znati o liječenju prije odluke prihvaća li ga ili ne. To ne znači reći sve moguće informacije koje liječnik zna. “Mudar“ kliničar će reći ono što konkretan pacijent želi i treba znati. Nije cilj da se pacijenta optereti s mnogo detalja već da ga se osposobi da donese dobru odluku (4). Istraživanja pokazuju da se pacijenti obično ne sjećaju puno toga što se nalazilo na obrascu za informirani pristanak, ali i otkrivaju činjenicu da ukoliko se pacijentu spomenu određene nuspojave, oni neće zbog toga biti sugestibilniji (98,99).

6.2. Moralno ponašanje kao neizostavni dio profesionalnog ponašanja

Iako je u uvodu definiran profesionalizam u kontekstu medicinske profesije, oko tog se koncepta u medicinskoj literaturi još uvijek vode teorijske rasprave (8,48,112), a neki tvrde da se profesionalizam niti ne može definirati (112). Jedno je sveučilište u Washingtonu čak izbrisalo taj termin iz svojeg kurikuluma, zamjenjujući ga terminom *profesionalne vrijednosti* (112). Na zloupotrebu termina upozorava i Kinghorn smatrajući kako se prema profesionalizmu ne može odnositi kao prema jedinstvenom konceptu. U literaturi se spominje i termin *profesionalna formacija* kojom se podrazumijeva „studentovo individualno sazrijevanje, rast u kliničkoj kompetentnosti te usvajanje sposobnosti življenja vrijednosti koje su istovremeno i osobne i temeljnije vrijednosti profesije” (113). Koristi se i pojam *humanizam*, koji označava sklop vjerovanja, uvjerenja i vrednota, uključujući altruizam, suosjećanje i poštivanje drugih. S druge strane, Goldberg razlikuje humanizam od profesionalizma kao dva vrlo različita sustava vrijednosti s različitim ciljevima: humanističke probleme smatra univerzalnima dok one profesionalne više lokalnima (114).

S druge strane, liječnici mogu djelovati na profesionalan način (zbog toga što znaju da im je to dužnost) bez da vjeruju u intrinzičnu vrijednost takvog ponašanja (112). Stoga neki autori razlikuju profesionalizam i profesionalno ponašanje (48,115). Profesionalizam se, osim toga, opisuje kao identitet (116,117), ali i kao kompetencija analogna kompetencijama kliničke prakse (27). Profesionalizam nije tehnička vještina (48), ali se može opisati i kao poziv koji zahtjeva specijalizirano znanje i vještine te često dugu i intenzivnu pripremu, održavanje visokih standarda ponašanja te poticanje svojih članova na trajno učenje, javno služenje (8) i dogovornost (118).

Tradicionalno smatrani elementi profesije su autonomija u djelovanju, samoregulacija članova, određeni status unutar društva te moralni kodeks i korpus znanja razvijen unutar same profesije. Unatoč navedenim opisima, profesionalizam kao pojam i dalje ostaje apstraktan i različito interpretiran, ali se može zaključiti s Muellerom „znam što je kad ga vidim“ (8).

O profesionalnosti unutar medicinske profesije napisane su i brojne knjige (48,112), a o važnosti pravilnog razumijevanja tog pojma svjedoči i zajednički rad krovnih američkih i europskih udruženja koja su 2002. godine sastavila „*Liječnikovu povelju*“ (eng. Physician Charter), nazvanu Hipokratovom zakletvom modernih dana u kojoj je data radna definicija profesionalizma te su naglašena njegova tri temeljna principa: dobročinstvo, autonomija pacijenta i društvena pravda.

S obzirom da je profesionalizam višedimenzionalni koncept on se razvija i evoluira u skladu s promjenama u medicinskoj profesiji i njenim suodnosom s društvom (112). S praktične strane, profesionalizam je neophodna sastavnica sporazuma društva i medicinske profesije koji se temelji na međusobnom povjerenju i stavljanju potreba pacijenata ispred svih drugih razmatranja (119). Naime, dokazano je da će pacijenti s više povjerenja u svog liječnika

vjerojatnije tražiti medicinsku pomoć, učiniti to na vrijeme, radije će podijeliti osobne i intimne podatke, bolje se pridržavati terapije i vratiti se na kontrolni pregled (119).

Jedan od temeljnih komponenti profesionalizma je poštivanje etičkih principa (27,120,121) Huddle čak i izjednačava profesionalizam s medicinskom moralnošću (27). Istraživanja pokazuju povezanost neetičnog ponašanja studenata s budućim profesionalnim ponašanjem (122). Iz perspektive medicinske edukacije, najveći je problem kako premostiti očiti procjep između znanja etičke teorije, etičkih principa, koncepata i rasuđivanja sa kliničkom praksom. Naime, posve je moguće da se studenti ponašaju na profesionalni način čak i kada se njihovi stavovi razlikuju od normi profesionalno poželjnog ponašanja. Drugim riječima, da glume profesionalno ponašanje, posebice kad ih se gleda (20). Stoga bi bilo bolje govoriti o potrebi *cjelovite formacije* studenata, a ne samo o njihovoj edukaciji (48). Dokazano je da se najveći dio tog oblikovanja zbiva kroz takozvani “skriveni kurikulum“, a ne kroz provedbu plana prema kurikulumu. Naime, zabilježena nastojanja podučavanja profesionalizma nisu dala željene rezultate zbog neslaganja profesionalnih vrijednosti koje se poučavalo i skrivenog ali dominantnog utjecaja kojim je kultura akademske sredine djelovala na profesionalni razvoj studenata (48).

S druge strane, veliki utjecaj na oblikovanje profesionalnog identiteta pružaju kvalitetni uzori (40,117,123). Još je Aristotel pisao da se profesionalizam ne može proizvesti već mora biti stečen dugom praksom pod konkretnim vodstvom nastavnika koji u sebi utjelovljuju te kvalitete, s posebnim naglaskom na blisko mentorstvo. Stoga bi se posebno trebalo voditi računa o kvalitetnoj edukaciji i formaciji medicinskih profesionalaca s kojima su studenti u neprestanom kontaktu (117). Odličan primjer je posebna edukacija nastavnika, voditelja longitudinalnog predmeta *Temelji liječničkog umijeća* na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Naime, nastavnici su uzori, ljudi s kojima se studenti identificiraju jer su na poziciji

koju i oni sami žele postići. Oni identificiraju entuzijizam, suosjećanje, otvorenost, integritet i dobar odnos s pacijentima kao pozitivne attribute (123). Prema istraživanjima, najbolji uzori su oni koji imaju pozitivne stavove prema mlađim kolegama, suosjećanje prema pacijentima i osobe su od integriteta. Također su važne i njihove kliničke kompetencije, entuzijizam za svoj predmet i sposobnost poučavanja, vrijeme koje provode u vizitama te razumijevanje važnosti odnosa liječnik - pacijent i psihosocijalnih aspekata medicine. Akademski status i njihova znanstvena produktivnost u tom su pogledu manje važni (123).

Dodatno važan elemenat, inače prvi u vremenskom nizu, je pravilan odabir kandidata za studij medicine. Na hrvatskim se fakultetima ponajviše cijeni stečeni intelektualni uspjeh tijekom srednje škole i na prijemnom ispitu, dok u svijetu ima i drugih čimbenika koji se tijekom izbora uzimaju u obzir, poput intervjua i raznih testova osobnosti. Prema Aristotelu sposobnost donošenja praktičnih i mudrih odluka ovisna je o posjedovanju dobrog moralnog karaktera, a ako je moralan karakter, prema prijašnjim tvrdnjama, oblikovan do vremena kad započne studij medicine, tada je prepoznavanje i upis studenata s dobrim moralnim karakterom neophodan za poticanje kulture u kojoj se primjenjuju i cijene izvrsnost i profesionalizam (124). No, pitanje je kako i koliko je moguće ispitati taj moralni karakter i ocijeniti etičnost kandidata za medicinski fakultet (125).

S druge strane, nerealno je očekivati da će studenti i specijalizanti razvijati izvrsnost profesionalizma ako one nisu vrednovane (8,48). U evaluaciji i ocjenjivanju etičnosti u kontekstu profesionalizma postoje problemi (12,115,126). Ako bi se ocjenjivala profesionalnost studenata samo kroz njihovo ponašanje mogli bi proći svi oni koji se ponašaju profesionalno iako imaju neetične stavove, a padali bi oni koji na početku ne pokazuju profesionalno ponašanje, ali imaju etičke stavove. Osim toga, Ginsburg je opisala slabo slaganje, odnosno nisku pouzdanost (Cronbach Alpha 0.3), među kliničarima prilikom

evaluacije video isječaka o profesionalno upitnim situacijama, unatoč njihovoj prethodnoj edukaciji. To potvrđuje da je profesionalizam suptilan i složen koncept koji se ne može jednostavno svesti na numeričke skale (12). Etički principi poput iskrenosti, na primjer, među kliničarima se također različito definiraju u različitim situacijama sugerirajući da se ponašanje može interpretirati kao neprofesionalno ili ne, ovisno o kontekstu (115). Te su odluke podložne socijalnim, društvenim, kulturnim, političkim, ali i ekonomskim uvjetima (4).

6.3. Kurikulum: ciljevi, sadržaj, metode i “skriveni kurikulum“

Etičko sazrijevanje složeni je proces koji se na etičkoj psiho-biološkoj osnovi svake osobe postupno razvija u međudjelovanju sa sredinom, najprije roditeljskog doma i zatim škole. Na taj način nastaju pozitivne identifikacije s pedagoškim autoritetima iz tih sredina. Iako su u vrijeme početka studija pojedinci već uvelike moralno izgrađene osobe, profesionalni etički sadržaji i nivo etičke kulture unutar same sredine u kojoj studenti provode veliki dio svog vremena, vrlo su bitni s obzirom na reverzibilnost procesa moralnog napretka u mlađoj odrasloj dobi (20). U praktičnom smislu, to saznanje upućuje na potrebu za posvećivanjem više pažnje moralnom razvoju studenata medicine.

O ciljevima i metodama nastave iz medicinske etike ima više stajališta. U svom preglednom radu Eckles spominje nedostatak sadržaja u medicinskoj literaturi iz područja: 1) teorije o ciljevima edukacije iz medicinske etike, 2) empiričkih istraživanja ishoda navedene edukacije, 3) istraživanja metoda edukacije i 4) evaluacije navedenih metoda. Općenito se može reći da su, za vrijeme studija medicine, dvije temeljne etičke zadaće koje bi studij trebao postići. Jedna je razvoj profesijskog etičkog identiteta i samosvijesti, a druga stjecanje konkretnih medicinskih etičkih znanja, odnosno naputaka za primjenu općih načela teorijske etike na posrednim i neposrednim iskustvima kliničke prakse (28). Isto tako, mogu se naći i podijeljena

stajališta o ulozi nastave iz medicinske etike. Tako je, na primjer, neki smatraju sredstvom stvaranja moralnih liječnika, dok su drugi stajališta da se radi samo o sredstvu osposobljavanja liječnika za vještinu analiziranja i rješavanja etičkih dilema (32). Navedeni autori, naime, tvrde kako nije realno očekivati da će studij proizvesti moralne doktore već da ih samo treba osposobiti da prikladno riješe etičke dileme koje će susretati (32). Miles je stoga kao ciljeve nastave iz medicinske etike predložio: 1) prepoznati i učvrstiti osobne i profesionalne moralne obaveze, 2) prepoznati humanističke i etičke aspekte medicinske karijere, 3) pružiti prikladno filozofsko, društveno i pravno znanje, 4) osposobiti da kao liječnici mogu koristiti to znanje u kliničkom prosuđivanju i 5) osposobiti studente za interaktivnu komunikaciju (10). Drugim riječima, cilj navedene edukacije je ojačati moralnu osjetljivost studenata - budućih liječnika, povisiti razinu njihovog etičkog djelovanja i prevenirati nazadovanje etičkog rasuđivanja koje se gotovo neizbježno događa u to vrijeme (32). Pritom se, dakako, nameće pitanje metoda prijenosa ovako definiranih edukativnih ciljeva.

Često se kao problem u edukaciji iz medicinske etike spominje usredotočenost na dramatične slučajeve pitanja života i smrti (40) i usmjerenost sadržaja na teme, odnosno etičke konflikte koji studentima nisu aktualni, a pitanje je hoće li u njihovoj budućoj liječničkoj praksi i biti. Liascensko također kritizira *metodu tragičnog slučaja* u edukaciji jer takav pristup ograničava razumijevanje moralnih problema i dilema. Slučajevi se, naime, dešavaju nekome drugome pa ne potiču studente na prosuđivanje. Krizne situacije, osim toga, obično pružaju uske mogućnosti izbora dok su uobičajene situacije kompleksnije u smislu većeg broja mogućih rješenja. Nadalje, metoda tragičnog slučaja iako nije nevažna u edukaciji, ne usredotočuje se dovoljno na moralni napredak liječnika, međuljudske odnose i komunikaciju s pacijentom, njihovim bližnjima i kolegama te na sam kontekst situacije (127). Osim toga, kod nekih stvara osjećaj beznađa, a kod drugih lažnu sigurnost jer počinju misliti da će sve moći riješiti ako se

budu držali principa. Također, te se situacije obično zbivaju izvan konteksta trenutnog studentovog interesa (127) pa se stoga etiku smatra kao nešto posebno, a ne sastavnim i bitnim dijelom profesionalnog postupka.

S druge strane, u edukaciji se redovno zanemaruju studentima konkretni etički problemi, možda suptilniji, ali ne manje važni, s kojima se oni svakodnevno susreću (127,128). Većina tih problema je vezana za njihovu posebnu ulogu unutar medicinskog tima (želja za iskustvom, različiti stupanj znanja među članovima tima, neslaganje s hijerarhijskom strukturom tima) (129). Osim toga, zadaci i iskustva studenata se iz godine u godinu razlikuju što zahtjeva da i edukacija bude specifična za određeno razdoblje njihove edukacije (129–131).

Također se spominje kao problematična i specifična terminologija koja se upotrebljava u etičkim priručnicima i samoj nastavi, a studentima nije svakodnevna i upotrebljiva. To, naime, dovodi do rizika da se samo „obavi“ modul iz medicinske etike, a ne integrira njegove sadržaje u svakodnevno ponašanje (132).

Unatoč postojećim etičkim sadržajima u kurikulumu i raznim metodama medicinske edukacije koje imaju svoje opravdano mjesto ako se pravilno koriste, uvriježeno je mišljenje da se na studiju medicine profesionalno osposobljavanje ne postiže toliko formalnim kurikulumom koliko onim skrivenim. Hafferti i Franks opisuju studij medicine kao moralnu “inkulturaciju” te smatraju da najkritičnije determinante liječnikovog identiteta proizlaze iz suptilnijeg tzv. “skrivenog kurikulumu” (133). Naime, formalna edukacija iz medicinske etike se ne zbiva u kulturnom vakumu. Većina onoga što studenti internaliziraju u smislu vrijednosti, stavova, i prikladnih ponašanja zbiva se „skrivenim kurikulumom“ koji je često u suprotnosti s onim pisanim. Rezultat je dokazani pad u rezultatima moralnog rasuđivanja te porast moralnog relativizma i cinizma među studentima medicine jer doživljavaju formalnu nastavu iz etike nekonzistentnom, kontradiktornom i s dvostrukim porukama (133).

Provedeno je više istraživanja o učestalosti i sadržajima moralnih problema s kojima se susreću studenti medicine. Tako se u Torontu, na primjer, 47% studenata izjasnilo da često bivaju stavljeni u situacije da postupaju neetično, a 61% njih tvrdi da često svjedoče neetičnom ponašanju nastavnika (128). U istom istraživanju, provedenom metodom fokus grupa, rezultati govore o trojakom konfliktu s kojim se studenti susreću: 1) konflikt prioriteta između medicinske edukacije i skrbi za pacijenta, 2) odgovornost iznad mogućnosti studenata, 3) sudjelovanje u skrbi za pacijenta koja je stručno neprihvatljiva (128). U istraživanju provedenom među studentima medicine u SAD-u, 58% ih navodi kako je tijekom dosadašnje edukacije napravilo nešto što smatraju neetičnim, a 61% ih je svjedočilo tome (134). U Čileu su studenti kao najčešće etičke dileme koje susreću opisivali sram pred pacijentom, gledanje na pacijenta kao na objekt učenja, a kao profesionalni problem su najčešće navodili manjak komunikacije i zapostavljanje pacijenata od strane liječnika (135). Kaldijan, kao najčešće etičke i profesionalne probleme studenata 3. godine medicine navodi: 1) odluke u vezi liječenja (moralnost liječenja ako je slaba kvaliteta života i loša prognoza, liječnik želi intervenciju, a obitelj ne želi itd.), 2) komunikaciju (neodgovarajuća, nepoštivanje liječničke tajne, (ne)otkrivanje loše prognoze, zavaravanje) i izbjegavanje profesionalnih obaveza, te 3) pitanje pravde i ostalih specifično studentskih problema (18). Takva negativna iskustva povećavaju vjerojatnost da studenti postanu cinični i usvoje negativne profesionalne stavove. S pravom se, stoga, u žargonu godine studija opisuju nazivima „predciničke“ i „ciničke“ godine (40).

Neki se autori zbog toga i pitaju dobivaju li studenti na studiju pravu poruku. Jedno je istraživanje, analizirajući razloge istih odgovora studenata prije i poslije nastave iz etike, iako su u raspravama rečeni točni odgovori, utvrdilo da mnogi studenti radije traže opravdanja za svoje stavove umjesto da ih mijenjaju (136).

Kao potencijalno djelotvorne oblike edukacije u vidu profesionalnog ponašanja spominju se primjeri modula koji koriste pripovjedačke tehnike i vježbe promišljanja kako bi se potakao razvoj osobnih navika i spremnosti za suočavanje s medicinskom praksom (48). Autori preporučuju seminare početi s iskustvima i nedoumicama samih studenata kako bi ih se potaklo na razmišljanje o svojim postupcima. Takvo promišljanje može dovesti do višeg stupnja učenja iz vlastitog iskustva što se još dodatno može potaknuti redovnim razgovorima s mentorom i kolegama (137). Također, za poticanje profesionalizma u medicinskoj edukaciji preporuča se korištenje kombinacije više metoda ispitivanja te određenih simboličnih nagrada (138). Korisnim se, osim rasprave u malim grupama, pokazao i prikaz slučaja od strane studenata na završnim godinama studija (120). Rabow je opisao, na primjer, odličan učinak zadatka kada je dao studentima 1. i 2. godine da napišu osobnu izjavu o svojoj profesionalnoj misiji, najvišim vrijednostima i poteškoćama koje pri tome susreću. Studenti su tada, pored ostalog, naveli konkretne sadržaje koje bi edukacijom trebalo pokriti. Osim toga, u literaturi se spominju i primjeri on-line edukacije koja može biti specifična za pojedinu specijalizaciju (8).

Pozitivnu ulogu osposobljavanja iz profesionalizma i etike studenata i specijalizanata potvrdilo je i istraživanje provedeno upitnikom u obliku Likertove skale. Samo je 18% studenata i specijalizanata smatralo dosadašnju pripremu iz etike i profesionalizma dostatnom. Pritom su specijalizanti psihijatrije bili najzainteresiraniji za navedenu nastavu (139). U ovom istraživanju su u fokus grupama studenti i liječnici obiteljske medicine također posebno izrazili potrebu za konkretnijom edukacijom iz medicinske etike. Suprotno tome, istraživanje provedeno na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu nakon uvođenja nastave iz medicinske etike kao zasebnog predmeta na 6. godini pokazalo je kako više od polovice studenata smatra da nije potrebno imati zasebni predmet iz medicinske etike (6). Čini se da tek kad počnu raditi i suoče se s konkretnim etičkim dilemama, liječnici postanu svjesni potrebe za

dodatnom edukacijom. Stoga bi bilo korisno staviti poseban naglasak na praktičnu edukaciju iz medicinske etike unutar svake specijalizacije.

U literaturi je zabilježen koncensus preporuka za edukaciju iz medicinske etike u kojem se navodi: 1) potrebno je demonstrirati strukturom i sadržajima unutar kurikuluma da je etika važna, 2) koristiti se pretežno metodom slučaja, 3) nastavu treba voditi interdisciplinarna grupa nastavnika, 4) etički sadržaji trebaju biti integrirani u ostatak medicinske edukacije, 5) nastava se treba ravnati prema principima edukacije odraslih, tj. biti usmjerena na cilj, specifične sadržaje za pojedinu godinu, oblikovana prema potrebama sredine uz aktivno učenje i uz pomoć raznih metoda te 6) iskoristiti *feedback* i evaluaciju (25).

Ukratko, kad je riječ o edukaciji iz medicinske etike, istraživanja se slažu; trebala bi biti longitudinalno sadržana na svim godinama studija, vertikalno i horizontalno integrirana u ostale predmete te multidisciplinarna (10,12,22,140). Što se tiče metoda, najprikladnije su se pokazale rasprave u malim grupama na svim godinama studija (32), a od sadržaja teme koje pokrivaju aktualne interese studenata (140), temeljene na slučajevima koji su interaktivni i realni (46). Osim toga, važnim se pokazalo tumačenje potencijalnih grešaka u rasuđivanju (“crno-bijelo“ razmišljanje, donošenje naglih odluka), pružanje kognitivnih strategija u razmišljanju o mogućim ishodima i društvenim implikacijama, kao i korištenje strategija u rješavanju tih problema. Primjeri slučajeva predstavljaju važan alat za podučavanje relevantnog znanja, strategija i scenarija (13,22).

6.4. Usporedba rezultata prema godinama studija, socio-demografskim osobinama studenata i željenoj specijalizaciji

Prema literaturi, dva najutjecajnije čimbenika koja djeluju na moralni razvoj osobe su: 1) osobne karakteristike poput spola, dobi, stupnja obrazovanja te 2) obiteljski i društveni čimbenici poput obrazovanja i prihoda roditelja te kulturne sredine (141). Drugo istraživanje moralnog rasuđivanja je pokazalo manje značajne razlike prema spolu ispitanika, ali spominje da bi obrazovanje na to moglo pozitivno utjecati (20).

U provedenom istraživanju školska sprema majke i oca te mjesto odrastanja nisu pokazali značajnu povezanost sa stilovima odlučivanja, ali je uočena povezanost stilova odlučivanja s obzirom na dob. Tako s godinom studija raste učestalost preferencije stila odlučivanja *smjernice*. Self nije našao povezanosti između dobi, spola i prosjeka ocjena s moralnim rasuđivanjem (142). Hebert također nije našao razlika u moralnoj osjetljivost s obzirom na dob i prosjek ocjena, ali je uočio kompliciranu povezanost sa spolom (58). Suprotno tome, rezultati ovog istraživanja pokazuju razliku u preferencijama stilova po spolu. Tako muškarci više preferiraju *obrambeno ponašanje/legalistički* stil te *paternalistički* stil, dok žene preferiraju stil pacijent *suradnik*. Ti se podaci mogu usporediti s istraživanjem empatije u kojem su žene imale više rezultate. Hren je u svojim istraživanjima također utvrdio određene značajne razlike prema spolu u TOT-u (moralno rasuđivanje), Testu makijavelizma i Testu društveno poželjnih odgovora (143,144).

I u istraživanjima povezanosti empatije i specijalizacije ispitanika rezultati su pokazali veću empatiju psihijataru naprema specijalista kirurških struka, a nisu zabilježene razlike između psihijataru, liječnika obiteljske medicine, internista i pedijataru (34). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da se razlika u preferenciji stila odlučivanja pojavila samo za *paternalistički* stil i stil *pacijent suradnik*. Naime, kod *paternalističkog* stila ispitanici sa

željenom specijalizacijom iz kirurgije postižu više rezultate u odnosu na ispitanike koji još ne znaju što bi specijalizirali te ispitanike koji bi željeli specijalizirati internu medicinu i ostalo. U ostalim usporedbama za ovaj stil nema razlika među ispitanicima. Za stil *pacijent suradnik* ispitanici koji bi željeli specijalizirati kirurgiju postižu statistički značajno niže rezultate u odnosu na ispitanike koji ne znaju što bi specijalizirali ili na one koji bi željeli specijalizirati internu medicinu ili ostalo. Druge se razlike nisu pokazale statistički značajnima.

U kvalitativnom dijelu istraživanju može se primijetiti različiti pristup autonomiji pacijenata kod liječnika obiteljske medicini i kliničara koji rade u bolnici. Kao što je potvrđeno u literaturi, kod liječnika obiteljske medicine medicinski problemi se isprepliću sa socijalnim (5). Naime, oni neprestano prate pacijenta pa razumiju širi kontekst njegovog života i u njemu traže čimbenike za oblikovanje mogućih odluka.

6.5. Religioznost

Religioznost je, kao dio vrijednosnoga sustava i kao način kognitivne interpretacije stvarnosti, povezana s razvojem osobnosti, socijalnom prilagodbom te stilom i kvalitetom života (145). Smatranje pitanja religioznosti djelom profesionalne liječnikove skrbi je važno i stoga jer je religiozna neosjetljivost smatrana, uz aroganciju i kršenje povjerljivosti te nesavjesnost i konflikt interesa, jednim od najčešćih oblika nepoštivanja profesionalizma, kako kod studenata tako i specijalizanata (117).

U Hrvatskoj do sada nisu provedena istraživanja religioznosti među studentima medicine i liječnicima, ali se u literaturi, na primjer, spominje da studenti koji su imali prethodnu teološku naobrazbu važnost učenja medicinske etike za kvalitetu skrbi smatraju manje važnom (93). To je kontradiktorno, iako možemo pretpostaviti da su oni već imali neko

obrazovanje iz etike te stoga misle da im to nije toliko potrebno. Luckhaupt (146) je ustanovio da su stavovi liječnika o ulozi duhovnosti i vjere u kliničkom ophođenju s pacijentima povezani s njihovim češćim prisustvovanjem religioznima aktivnostima, osobnom duhovnošću i starijom dobi, te težim pacijentovim stanjem (146). S druge strane, Armbruster je istražio iskustva pedijataru s obzirom na religiozne sadržaje i iskustva u kliničkoj praksi te navodi da manji broj pedijataru u okviru uzimanja povijesti bolesti rutinski pita o religioznim uvjerenjima (i koje su vjere). Nastavnici to čine češće (24.4%) od specijalizanata (6.8%) i češće u kriznim stanjima i teškim bolestima (32.6% i 30.2%) (147). Što se tiče spremnosti internista i liječnika obiteljske medicine na uključenost u različite oblike vjerskih ponašanja u kliničkim uvjetima, 84.5% ih je smatralo da treba uzeti u obzir pacijentova religiozna uvjerenja. Međutim, većina bi nešto poduzimala samo ako je pacijent na samrti. Ako bi pacijent tražio sudjelovanje, većina bi pristala s njime o tome razgovarati ili čak zajedno moliti (148).

Prema spomenutim istraživanjima religioznost i duhovnost pacijenta se također trebaju promatrati u kontekstu njegovog prava na autonomiju (11) i u tom smislu razmišljati o religioznim sadržajima unutar kurikuluma fakulteta kako bi se moglo bolje razumjeti pacijentove individualne potrebe koje proizlaze iz tri važna aspekta: vjere kao izvora smisla, religije kao izvora i okvira vrijednosnih normi te podloge za razumijevanje ljudske različitosti (149).

6.6. Usporedba rezultata dobivenih *Instrumentom PEO* s dosadašnjim istraživanjima

Ispitivanja učinka edukacije iz medicinske etike očekivano pokazuju različite rezultate s obzirom da su evaluirani različiti oblici edukacije i primijenjeni različiti instrumenti: ispitivanje znanja, stavova, rasuđivanja itd.

Većina se navedenih istraživanja temelji na ispitivanju moralnog rasuđivanja i pritom koristi *Intervju moralnih prosudbi* ili *Test određivanja tema* koji su pouzdani i valjani testovi ali nisu specifično izrađeni za studente medicine (20,22,33,46). Njihovi rezultati su često kontradiktorni. Neka istraživanja ukazuju na napredovanje u moralnom rasuđivanju (36,142). U nekim istraživanjima rezultati nisu jasni (20,59). U ostalim istraživanjima moralnog rasuđivanja među studentima medicine takvog napretka nema (36,142), a neki rezultati upućuju i na mogućnost nazadovanja u moralnom rasuđivanju (20,33,36,141,142). Provedba upitnika za procjenu refleksije (promišljanja) o svojem djelovanju među studentima medicine 4. godine (prije ulaska na kliniku), koji je također oblikovan u obliku vinjeta, pokazala je nazadovanje (57,150).

Hren se u svojoj doktorskoj disertaciji ponajviše posvetio moralnom rasuđivanju studenata medicine te je koristio *Test određivanja tema, TOT*. On je ustanovio naprednije moralno rasuđivanje studenata treće godine medicine u odnosu na njihove kolege s prve, druge i četvrte godine. U ovom su se istraživanju odgovori studenata 3. godine također u određenim pitanjima značajno razlikovali od odgovora studenata 1. i 6. godine (pitanja broj 7, 8, 17).

Ipak, treba naglasiti da se u novije vrijeme postepeno gubi razlika stroge podjele na pred kliniku (prva i druga godina) i kliniku (treće do šesta godina) s obzirom na napredovanje trenda da studenti od svojih prvih dana ulaze na kliniku i susreću pacijente na longitudinalnom premetu i propedeutici.

U literaturi je, nadalje, moguće pronaći različita istraživanja o etičkim dilemama i ponašanju studenata medicine, uključujući promjene u empatiji i stavovima. Tako su, kao najčešće neprofesionalne situacije s kojima se studenti susreću opisane: verbalna prisila pacijenta da pristane na sudjelovanje studenta, namjerno pogrešno predstavljanje identiteta

studenta kao liječnika te ugrožavanje sigurnosti pacijenata slabom higijenom (69) što su problemi koji su se spominjali i u kvalitativnom dijelu ovog istraživanja.

Osim toga, u literaturi je opisan učinak privikavanja studenata na etički problematične situacije (126). I u ovom su istraživanju studenti spominjali da su postali emocionalno neosjetljivi prema situacijama koje su se mogle opravdati svrhom učenja. Spomenuti učinak privikavanja je u skladu s mnogim istraživanjima koja potvrđuju smanjenje empatije studenata medicine s vremenom (35,69). Te su promjene među studentima slikovito opisane kao otvrdnjavanje ljudskog srca (35) i mogu se pripisati čimbenicima koji obuhvaćaju nedostatak uzora ponašanja, veliku količinu gradiva za usvojiti, vremenski pritisak, negativna iskustva s pacijentima (151), zastrašujuće obrazovno okruženje (152), nedostatak sna (153) i osjećaj podcjenjivanja od strane starijih kolega (35). Osim toga, suvremena medicinska edukacija promovira emocionalnu odvojenost, afektivnu distanciranost i kliničku neutralnost liječnika u poslu koji obavljaju (154). Sve su to sadržaji koji su se spominjali i među sudionicima fokus grupa u ovom istraživanju.

Etika nije egzaktna, matematička znanost, ali medicinska etika mora biti praktična. Odluka se mora donijeti iako je ponekad potrebno napraviti izbor koji nužno isključuje ostale mogućnosti. To je pokazalo i ovo istraživanje. U radu s ljudima i njihovim problemima ne postoje gotova rješenja, ponekad niti smjernice. Znanje i iskustvo mogu pomoći, ali nisu garancija etičnog postupanja. Često nema pravog ili krivog odgovora. On ovisi o situaciji, mentalitetu, kulturi. Isti se problem može razmatrati različito u različitom kontekstu. A i najmanji detalj može činiti razliku. Stoga, dilema u etici nije u tome slijediti jasna pravila naprema osobnoj procjeni, niti algoritme i smjernice naprema intuitivnom odlučivanju (4). Ono što medicinska etika, kao znanost i predmet unutar kurikuluma medicinskog fakulteta, može i mora ponuditi je prošireni raspon razmišljanja koje treba uzeti u obzir pri donošenju odluka. Isto tako, ona ne može zamijeniti druge važne osobine poput razboritosti, osjetljivosti, empatije,

zdravog razuma, mudrosti i zrelog kliničkog razmišljanja koji zajedno tvore mudru i ispravnu liječničku odluku, najbolju moguću za konkretnog pacijenta. Pritom je važan ispravan početni stav - štititi dostojanstvo, a ne samo autonomiju osobe koja, kako je do sada više puta opisano, kod bolesnika može biti ograničena.

6.7. Značenje dobivenih rezultata za medicinsku edukaciju i moguće smjernice budućih istraživanja

Rezultati dobiveni u kvalitativnom dijelu istraživanja pokazuju najčešće profesionalne etičke dileme iz područja autonomije pacijenta s kojima se susreću studenti medicine, liječnici obiteljske medicine i bolnički kliničari. *Instrument PEO*, sastavljen u obliku ankete, ispituje preferencije pojedinih stilova ponašanja u konkretnim kliničkim situacijama u kojima se javljaju dileme oko poštivanja pacijentove autonomije. Proveden je među studentima 1., 3. i 6. godine medicine te su podaci analizirani s obzirom na njihovu godinu studija, spol i ostale parametre. Rezultati dobiveni *Instrumentom PEO* su značajni, jer je bitno na vrijeme uočiti nepoželjna skretanja stilova odlučivanja, istražiti uzroke i prema tome nastojati djelovati. Radi buduće lakše interpretacije odgovora poželjna je modifikacija *Instrumenta*. U tu svrhu, predložene bi odgovore na pitanja trebalo svesti na tri kategorije i koncipirati ih u obliku Likertove ljestvice s opisanim primjerima krajnosti, to jest primjerom *paternalističkog* odgovora na jednom kraju i primjerom u kojem *pacijent sam odlučuje* na drugom kraju. Sredina bi se odnosila na stil *pacijent suradnik*.

Kao popratni doprinos istraživanja, u smislu edukacije iz medicinske etike, pokazao se razgovor studenata, ali i specijalizanata obiteljske medicine i bolničkih liječnika tijekom fokus grupa o pitanjima autonomije pacijenta. Sudionici su mahom iskazali interes za mogućnošću redovnog održavanja takvih razgovora unutar kurikuluma, kako bi osvijestili važnost tih

sadržaja, imali priliku razmisliti o svojim iskustvima i ponašanju, povećali osjetljivost za etičke teme, ali i dobili određene smjernice kako djelovati u konkretnim situacijama. Osim toga, i sama provedba *Instrumenta PEO* može djelovati edukativno na studente (a i nastavnike) jer usmjerava pažnju na sadržaje iz područja autonomije pacijenata.

Bilo bi korisno doraditi i skraćeni *Instrument PEO* primijeniti na studente svih šest godina medicine kako bi se uočile preciznije promjene u stilovima odlučivanja iz godine u godinu.

6.8. Prednosti i nedostaci provedenog istraživanja

Prednost i jakost ovog istraživanja je metodologija provedbe istraživanja. Naime, ono je provedeno u dvije faze u kojima je zasebno korištena kvalitativna i kvantitativna metodologija. Predloženi *Instrument za procjenu profesionalne etičke osposobljenosti u medicini, PEO*, sastavljan je ciljano za studente medicine na temelju održanih fokus grupa, dok većina drugih istraživanja koristi nespecifične psihometrijske testove (DIT, MJI). Osim toga, *Instrument*, ali i cjelokupno istraživanje se ne odnosi na općenite etičke stavove nego se usredotočuje na konkretne i aktualne profesionalne potrebe, tj. najčešće etičke dileme s kojima se studenti i liječnici svakodnevno susreću, a to je područje autonomije pacijenta. Osim toga *Instrument PEO* procjenjuje profesionalno etičko postupanje u konkretnim situacijama bez obzira na privatne stavove pojedinaca.

S obzirom da su etičke dileme ovisne o kontekstu i drugim društveno-ekonomskim čimbenicima ovo istraživanje pokazuje dominantne stilove odlučivanja unutar zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. U ovom su istraživanju također analizirane i prikazane promjene u stilovima odlučivanja studenata prema godini njihovog studija. Navedeni podaci su bitni iz

perspektive medicinske edukacije jer pružaju mogućnost ciljanog djelovanja prikladnim edukativnim sadržajima.

Glavni nedostatak istraživanja je u oblikovanju prijedloga odgovora na pitanja u *Instrumentu PEO*. Ti su odgovori oblikovani prema nominalnoj skali i nisu međusobno usporedivi te je stoga otežana analiza dobivenih podataka. Primarno se to odnosi na nemogućnost prikladnog određivanja metričkih osobina *Instrumenta PEO*. Naime, bilo je moguće ispitati valjanost (sadržajnu, očiglednu, kriterijsku i konstruktornu) *Instrumenta*, ali njegovu pouzdanost nije bilo moguće istražiti zbog ranije navedenih razloga.

Metodološkim manjkom se pokazao i oblik pitanja u kojima su bila ponuđena samo četiri odgovora, odnosno stilova odlučivanja dok je kao peti izbor pružena mogućnost dopisivanja odgovora. Iako je ta mogućnost stavljena s ciljem otkrivanja novih kategorija odgovora, studenti su rijetko nadopisivali druge odgovore.

Nadalje, pri oblikovanju kategorija (stilova odlučivanja) u nekim je pitanjima bilo teško povezati određeni odgovor s predviđenim stilom odlučivanja (npr. u pitanju broj 2 koje se odnosi na postupak s pacijentom koji ima krv u stolici, a ne želi napraviti pretragu, bilo je teško razlučiti što je *obrambeno* ponašanje, a što ponašanje *prema smjernicama*). Osim toga, ponekad su se odgovori međusobno preklapali u stilovima odlučivanja (na primjer u pitanju broj 12 koje se odnosi na donošenje *obrasca za informirani pristanak* od strane studenta, gdje su oba odgovora, pod a i c upućivala na *obrambeno* ponašanje). S obzirom da nije pružilo konkretne i smislene informacije, pitanje broj 20 koje se odnosi na pacijenta koji odluku o liječenju prepušta liječniku, trebalo bi izbaciti.

Kao nedostatak je potrebno navesti i provođenje *Instrumenta PEO* samo na 1., 3. i 6. godini, a nepokrivenost 2., 4. i 5. godine, s obzirom da bi se provedbom istraživanjima među studentima svih godina bolje prikazali pomaci u trendovima stilova odlučivanja.

7. ZAKLJUČCI

1. Rezultati kvalitativnog istraživanja provedenog u fokus grupama liječnika obiteljske medicine, liječnika kliničara, studenata medicine, nastavnika medicinske etike i kroničnih pacijenata pokazuju da su etički problemi vezani uz autonomiju pacijenta česti u kliničkoj praksi (kršenje liječničke tajne, problemi s priopćavanjem dijagnoze, neprikladno dobivanje *informiranog pristanka*). Studenti i liječnici smatraju kako se profesionalna etička osposobljenost može steći prikladnim oblicima edukacije te smatraju potrebnim posvetiti veću pažnju tim temama kroz studij i nakon njega.
2. Novo razvijeni *Instrument za vrednovanje profesionalne etičke osposobljenosti* (akronim: *PEO*), izrađen prema rezultatima kvalitativnog istraživanja, pokazao se sadržajno valjanim i primjenjivim u prepoznavanju stilova donošenja odluka u različitim etičkim dilemama vezanim uz autonomiju pacijenta.
3. Primjena *Instrumenta PEO* pokazala je da svako pitanje treba zasebno analizirati, jer profesionalno etičko ponašanje ovisi o kontekstu djelovanja.
4. Primjena *Instrumenta PEO* pokazala je sličnosti i razlike u stilovima donošenja etičkih odluka kod studenata medicine s obzirom na godinu studija, njihova socio-demografska obilježja i željenu specijalizaciju:
 - a) Svi ispitanici (studenti 1., 3. i 6. godine studija) najčešće iskazuju stil odlučivanja *pacijent-suradnik*, a najrjeđe *obrambeno/legalistički stil*. Studenti 6. godine studija češće od ostalih biraju ponašanje prema *smjernicama*. U pojedinačnoj analizi, u pitanjima pod brojem 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 i 20 koja se odnose na različite stilove odlučivanja u etički zahtjevnim profesionalnim situacijama, te pitanjima 9 i 10 koja se odnose na priopćavanje teške dijagnoze, zamijećena je statistički značajna razlika s obzirom na godinu studija ($p \leq 0.05$).
 - b) Među studentima postoji razlika u preferencijama stilova prema spolu. Studenti češće pokazuju *obrambeno ponašanje/legalistički stil* te *paternalistički stil*, dok studentice češće

preferiraju stil *pacijent suradnik*. Stil *smjernice* statistički je značajno povezan s njihovom dobi te se njenim povećanjem povećava i preferencija tog stila. Školska sprema roditelja i mjesto odrastanja ne pokazuju razlike među skupinama. U pojedinačnoj analizi, pitanja 1, 2, 4, 6, 8, 14 i 20, koja se odnose na stilove odlučivanja u etički zahtjevnim profesionalnim situacijama te pitanje 19 koje se odnosi na priopćavanje teške dijagnoze, pokazuju statistički značajnu razliku prema spolu ($p \leq 0.05$). Pitanja 9 i 19 koja se odnose na priopćavanje teške dijagnoze pokazuju značajnu razliku u odgovorima studenata s obzirom na mjesto njihovog odrastanja ($p \leq 0.05$).

c) Studenti sa željenom specijalizacijom iz kirurgije češće biraju *paternalistički* stil u odnosu na ostale studente. Za stil *pacijent suradnik* studenti koji bi željeli specijalizirati kirurgiju postižu statistički značajno niže rezultate u odnosu na ostale studente. U pojedinačnoj analizi, u pitanjima 8, 17 i 20 vidljiva je značajna razlika u stilovima odlučivanja s obzirom na željenu specijalizaciju studenta ($p \leq 0.05$).

5. Primjena *Upitnika DUREL* o religioznosti pokazala je da nema statistički značajne razlike u stilovima odlučivanja s obzirom na njegove prve dvije varijable koje se promatraju odvojeno, kao ni za ostatak testa.

6. Profesionalna etička osposobljenost obuhvaća više razina promatranja; od prepoznavanja da etički problem postoji, preko prikladnog rasuđivanja do primjerenog djelovanja. Osposobljavanje studenata u tom području zahtjeva kontinuiranu teorijsku i praktičnu naobrazbu, uzorne modele ponašanja i neprestanu evaluaciju različitim modelima. *Instrument PEO* prikladan je za korištenje među studentima medicine u svrhu njihovog praćenja, posebno s obzirom na godinu studija, spol i željenu specijalizaciju. Njegova dodatna uloga je u promociji profesionalnih etičkih vrijednosti vezanih uz autonomiju pacijenata.

7. Potrebno je djelomično modificirati *Instrument PEO* te ga primijeniti i u drugim medicinskim sredinama.

Hipoteza istraživanja da je *Instrument za vrednovanje profesionalne etičnosti i etičke osposobljenosti studenata medicine* (akronim: PEO) primjenjiva i korisna metoda za procjenu i praćenje profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine u etički dvojbenim situacijama koje se odnose na autonomiju pacijenta je potvrđena.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja je bio razviti takav instrument za procjenu profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine koji bi bio pouzdan, valjan i primjenjiv u praksi te ga primijeniti na studente medicine različitih godina. Specifični ciljevi istraživanja su: ispitati promjene u profesionalnoj etičkoj osposobljenosti studenata medicine od 1. do 6. godine, usporediti razinu profesionalne etičke osposobljenost sa socio-demografskim osobinama studenata (spol, godina studija, stručna sprema roditelja, mjesto odrastanja), usporediti razinu profesionalne etičke osposobljenost sa željenom specijalizacijom, usporediti razinu profesionalne etičke osposobljenost sa stupnjem religioznosti mjerenim *Upitnikom DUREL* (eng. Duke University Religion Index) te usporediti razinu profesionalne etičke osposobljenosti dobivene *Instrumentom PEO* s ostalim etičkim parametrima (moralno rasuđivanje, etička osjetljivost, teorijsko znanje).

Materijali i metode: Istraživanje je provedeno u dvije faze između kojih je sastavljen *Instrument za procjenu profesionalne etičke osposobljenosti u medicini (PEO)*. Prvi, kvalitativni dio istraživanja proveden je metodom fokus grupa koje su održane 2012. i 2013. godine. Sudionici su bili odvojeno; 1) studenti prve godine medicine Sveučilišta u Zagrebu (SM1, 10 sudionika); 2) studenti šeste godine medicine Sveučilišta u Zagrebu (SM2, 9 sudionika); 3) nastavnici koji sudjeluju u nastavi iz medicinske etike na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (ME, 8 sudionika); 4) specijalizanti obiteljske medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (OM, 9 sudionika); 5) liječnici kliničari iz KBC-a sestre Milosrdnice (BS, 11 sudionika) te 6) predstavnici pacijenata, članovi Hrvatske udruge mijasteničara, Zagreb (KP, 9 sudionika). Ukupno 56 sudionika koji su odgovarali na unaprijed pripremljena ista pitanja. Audio zapisi su transkribirani te analizirani (metodom usmjerenog pristupa analize sadržaja) sukladno istraživačkom pitanju - kako ispitanici razmišljaju, doživljavaju i postupaju u etičkim dilemama iz područja autonomije pacijenata - s ciljem

sastavljanja upitnika za ispitivanje profesionalne etičke osposobljenosti studenata. Nakon sastavljanja *Instrumenta PEO* i analize njegovim metričkih osobina slijedilo je drugi, kvantitativni dio istraživanja. To je istraživanje provedeno među studentima medicine 1. godine (N=291), 3. godine (N=121) i 6. godine (N=124) na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, u akademskoj godini 2015/16. Obrazac za ispunjavanje koji je davan studentima u svom je uvodnom dijelu sadržavao kratki opis istraživanja i prostor za upisivanje socio-demografskih osobina (spol, dob, godina studija, stručna sprema majke i oca) te željene specijalizacije. Novo sastavljenom *Instrumentu PEO-u* (Prilog 1) pridodana je hrvatska verzija *Upitnika DUREL* (eng. Duke University Religion Index) koji se sastoji od 5 pitanja. Podaci su analizirani primjerenim metodama statističke analize te su rezultati interpretirani na razini statističke značajnosti od $p \leq 0,05$.

Rezultati: Rezultati kvalitativnog istraživanja provedenog u fokus grupama liječnika obiteljske medicine, liječnika kliničara, studenata medicine, nastavnika medicinske etike i pacijenata pokazuju da su etički problemi vezani uz autonomiju pacijenta česti u kliničkoj praksi (kršenje liječničke tajne, problemi s priopćavanjem dijagnoze, neprikladno dobivanje *informiranog pristanka*). Studenti i liječnici smatraju kako se navedene sposobnosti mogu steći prikladnim oblicima edukacije te smatraju potrebnim posvetiti veću pažnju tim temama kroz studij i nakon njega. Novo razvijeni *Instrument za procjenu profesionalne etičke osposobljenosti u medicini* (akronim: *PEO*), izrađen prema rezultatima kvalitativnog istraživanja, pokazao se sadržajno validnim i primjenjivim u prepoznavanju stilova donošenja odluka u različitim etičkim dilemama vezanim uz autonomiju pacijenta. Primjena *Instrumenta PEO* pokazala je da svako pitanje treba zasebno analizirati, jer profesionalno etičko ponašanje ovisi o kontekstu djelovanja. Primjena *Instrumenta PEO* pokazala je sličnosti i razlike u stilovima donošenja etičkih odluka kod studenata medicine s obzirom na godinu studija, njihova socio-demografska obilježja i željenu specijalizaciju; a) Svi ispitanici (studenti 1., 3. i 6. godine studija) najčešće

iskazuju stil odlučivanja *pacijent-suradnik*, a najrjeđe *obrambeno/legalistički stil*. Studenti 6. godine studija češće od ostalih biraju ponašanje prema *smjernicama*. U pojedinačnoj analizi odgovora, u pitanjima pod brojem 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 i 20 koja se odnose na različite stilove odlučivanja u etički zahtjevnim profesionalnim situacijama, te u pitanjima 9 i 10 koja se odnose na priopćavanje teške dijagnoze, zamijećena je statistički značajna razlika s obzirom na godinu studija ($p \leq 0.05$); b) Među studentima postoji razlika u preferencijama stilova prema spolu. Studenti češće pokazuju *obrambeno ponašanje/legalistički stil* te *paternalistički stil*, dok studentice češće preferiraju stil *pacijent suradnik*. Stil *smjernice* statistički je značajno povezan s njihovom dobi te se njenim povećanjem povećava i preferencija tog stila. Školska sprema roditelja i mjesto odrastanja ne pokazuju razlike među skupinama. U pojedinačnoj analizi odgovori na pitanja 1, 2, 4, 6, 8, 14 i 20, koja se odnose na stilove odlučivanja u etički zahtjevnim profesionalnim situacijama te na pitanje 19 koje se odnosi na priopćavanje teške dijagnoze pokazuju statistički značajnu razliku prema spolu ($p \leq 0.05$). Pitanja 9 i 19 koja se odnose na priopćavanje teške dijagnoze pokazuju značajnu razliku u odgovorima studenata s obzirom na mjesto njihovog odrastanja ($p \leq 0.05$); c) Studenti sa željenom specijalizacijom iz kirurgije češće biraju *paternalistički stil* u odnosu na ostale studente. Za stil *pacijent suradnik* studenti koji bi željeli specijalizirati kirurgiju postižu statistički značajno niže rezultate u odnosu na ostale studente. U pojedinačnoj analizi, u pitanjima 8, 17 i 20 vidljiva je značajna razlika u stilovima odlučivanja s obzirom na željenu specijalizaciju studenta ($p \leq 0.05$). Primjena *Upitnika DUREL* o religioznosti pokazala je da nema statistički značajne razlike u stilovima odlučivanja s obzirom na njegove prve dvije varijable koje se promatraju odvojeno, kao ni za ostatak testa. Etički profesionalno ponašanje obuhvaća više razina promatranja; od prepoznavanja da etički problem postoji, preko prikladnog rasuđivanja do primjerenog djelovanja. Osposobljavanje studenata u tom području zahtjeva kontinuiranu teorijsku i praktičnu naobrazbu, uzorne modele ponašanja i neprestanu evaluaciju različitim modelima.

Instrument PEO prikladan je za korištenje među studentima medicine u svrhu njihovog praćenja, posebno s obzirom na godinu studija, spol i željenu specijalizaciju. Njegova dodatna uloga je u promociji profesionalnih etičkih vrijednosti vezanih uz autonomiju pacijenata. Potrebno je djelomično modificirati *Instrument PEO* te ga primijeniti i u drugim medicinskim sredinama.

Zaključak: *Instrument za vrednovanje profesionalne etičnosti i etičke osposobljenosti studenata medicine* (akronim: *PEO*) primjenjiva je i korisna metoda za procjenu i praćenje profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine u etički dvojbenim situacijama koje se odnose na autonomiju pacijenta.

9. SUMMARY

Title: Professional Ethical Competences Questionnaire as a Tool for Evaluating Medical Students' Professional Ethical Competences

Aim: This research was conducted with the main aim to develop an instrument for the assessment of medical students' professional ethical competences in patients' autonomy issues and to analyze trends in ethical competences among medical students in different years, according to their socio-demographic characteristics and desired specialization.

Material and methods: Research was performed in two phases. First, qualitative research was conducted by means of six focus group discussions held in the years 2012 and 2013 in Croatia. Focus groups were held separately with each of the following: first year and final (6th) year medical students, physicians engaged in medical ethics education, physicians practicing in a clinical hospital, family medicine residents and individuals representing patients with chronic disease. Obtained data were used to construct the instrument *Professional Ethical Competence Questionnaire* (acronym: *PECQ*). Subsequently, *PECQ* was administered to medical students of Zagreb School of Medicine: 1st year (N=291), 3rd year (N=121) and 6th year (N=124).

Results: Qualitative results show that ethical problems regarding patients' autonomy issues are frequent in clinical practice. Medical education should deal with these issues appropriately. Quantitative analysis of the *PECQ Instrument* revealed that different styles can be identified in dealing with patient autonomy issues. Each question should be analyzed separately in line with the clinical context described in the vignette. Nevertheless, the most frequent style in medical decision taking was *patient understood as a partner*. The least frequent style was *defensive/legalistic approach* to the patient. Differences in students' answers were found according to their year of study, sex, desired specialization and place of growing up. No differences were found in relation to parents' education, age and religiosity.

Conclusion: *PECQ* is an applicable and useful instrument to assess medical students' professional ethical competence in patients' autonomy issues.

Author: Lucija Murgić, MD

Year of Thesis Presentation: 2017

10. POPIS LITERATURE

1. Klaić B. Rječnik stranih riječi. Zagreb: Nakladni zavod Matice Hrvatske; 1978. Etika; str. 395.
2. Ćović A. Pojmovna razgraničenja: moral, etika, medicinska etika, bioetika, integrativna bioetika. U: Ćović A i Radonić M, ur. Bioetika i dijete. Moralne dileme u bioetici. Zagreb: Pergamena; 2011, str. 11-24.
3. Zurak N. Medicinska etika. Zagreb: MERKUR A.B.D.; Medicinski fakultet; 2007.
4. Hebert PC. Doing Right, 3rd edition. Oxford University Press; 2014.
5. Rogers WA, Braunack-Mayer A. Practical Ethics for General Practice. Oxford University Press; 2008.
6. Zurak N, Derežić D, Pavleković G. Students' opinions on the medical ethics course in the medical school curriculum. *J Med Ethics*. 1999;25(1):61–2.
7. Šegota I. Medicinska etika i klinička bioetika – od prvih početaka do 9 . svjetskoga bioetičkog kongresa. *Medicina Fluminensis*. 2008;44(2):104–10.
8. Mueller PS. Incorporating professionalism into medical education: The Mayo Clinic experience. *Keio J Med*. 2009;58(3):133–43.
9. Asghari F, Samadi A, Dormohammadi T. Effectiveness of the Course of Medical Ethics for Undergraduate Medical Students. *J Med Ethics Hist Med*. 2009;1–7.
10. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Acad Med*. 1989;64:705-14.
11. Fernandes AK, Borges N, Rodabaugh H. Measuring cognitive outcomes in a pre-clinical bioethics course. *Perspect Med Educ*. 2012;1(2):92–7.
12. Ginsburg S, Regehr G, Hatala R, McNaughton N, Frohna A, Hodges B et al. Context, Conflict, and Resolution: A New Conceptual Framework for Evaluating Professionalism. *Acad Med*. 2000;75(10):56–60.
13. Wearn A, Wilson H, Hawken SJ, Child S, Mitchel CJ. In search of professionalism implications for medical education. *N Z Med J*. 2010;123(1314)123-32.
14. Larkin GL. Evaluating professionalism in emergency medicine: clinical ethical competence. *Acad Emerg Med*. 1999;6:302–11.
15. van Mook WN, van Luijk SJ, O'Sullivan H, Wass V, Harm Zwaveling J, Schuwirth LW van der VC. The concepts of professionalism and professional behaviour: conflicts in both definition and learning outcomes. *Eur J Intern Med*. 2009;20(4)85-9.
16. Wiggins MN, Coker KHE. Patient perceptions of professionalism: implications for residency education. *Med Educ*. 2009;4328-33.
17. Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter. *Intern Med*. 2002;136:243–6.
18. Kaldjian LC, Rosenbaum ME, Shinkunas L, Woodhead JC, Antes LM, Rowat J et al. Through students' eyes: ethical and professional issues identified by third-year medical students during clerkships. *J Med Ethics*. 2012;38(2):130–2.
19. Rest JR. *Moral Development: Advances in Research and Theory*. New York: Praeger;1986.
20. Hren D. Utjecaj visokoškolskog obrazovanja na razvoj moralnog rasuđivanja osoba mlađe odrasle dobi [doktorska disertacija]. Zagreb; Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet: 2008.
21. Branch WT. Supporting the Moral Development of Medical Students. *JGIM*. 2000;15:503–8.
22. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we?

- Where should we be going? A review. *Acad Med.* 2005;80(12):1143–52.
23. Robichaux C. Developing ethical skills: From sensitivity to action. *Crit Care Nurse.* 2012;32(2):65–72.
 24. Goldie J. Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2000;34(2):108–19.
 25. Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education: past, present, and future. *Acad Med.* 1995;70:761–9.
 26. Mitchell KR, Myser C, Kerridge IH. Assessing the clinical ethical competence of undergraduate medical students. *J Med Ethics.* 1993;19(19):230–6.
 27. Huddle TS. Teaching professionalism: is medical morality a competency? *Acad Med.* 2005;80(10):885–91.
 28. Zurak N. Medicinska etika u suvremenoj medicinskoj edukaciji. *Mef.hr.* 2010;2:9-11.
 29. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Cilj nastave iz medicinske etike. [pristupljeno 30.11.2017.], dostupno na: <http://www.mef.unizg.hr/o-nama/ustroj/vijeca-predmeta/medicinska-etika/>.
 30. Miličić D. Samoanaliza Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 2009-2014. [pristupljeno 30.11.2017.], dostupno na <http://stariweb.mef.hr/meddb/slike/pisac1/file3945p1.doc>.
 31. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Temelji liječničkog umijeća [pristupljeno 30.11.2017], dostupno na: <http://www.mef.unizg.hr/o-nama/ustroj/vijeca-predmeta/temelji-lijecnickog-umijeca/>
 32. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. *Acad Med.* 2005;80(12):1143–52.
 33. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ.* 2003;168(7):840–4.
 34. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1563–9.
 35. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009;84(9):1182–91.
 36. Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC. Clarifying the relationship of medical education and moral development. *Acad Med.* 1998;73:517–20.
 37. Lehmann LS, Kasoff WS, Koch P, Federman DD. A survey of medical ethics education at U.S. and Canadian medical schools. *Acad Med.* 2004;79(7):682–9.
 38. Kukulja Taradi, Taradi M DZ. Croatian medical students see academic dishonesty as an acceptable behaviour: a cross-sectional multicampus study. *J Med Ethics.* 2012;38(6).
 39. Kukulja Taradi, Taradi M, Knežević T ĐZ. Students come to medical schools prepared to cheat: a multi-campus investigation. *J Med Ethics.* 2010;36(11):666–700.
 40. Campbell A V, Chin J, Voo T-C. How can we know that ethics education produces ethical doctors? *Med Teach.* 2007;29(5):431–6.
 41. Ogle K, Sullivan W. *Ethics in Family Medicine: Faculty Handbook.* Mississauga; 2012. [pristupljeno 5.2.2017], dostpno na <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/05Nov12.pdf>.
 42. Miller GE. The assessment of clinical skills, competence, performance. *Acad Med.* 1990;65:563–8.
 43. Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Mayer RE, Pintrich PR and al. *Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives.* New York: Pearson, Allyn & Bacon; 2001.

44. Norman G. Can an examination predict competence? The role of recertification in maintenance of competence. *Ann R Coll Physicians Surg Canada* 1991; 24 121-124.
45. Bresnahan JF, Hunter KM. Ethics education at Northwestern University Medical School. *Cad Med*. 1989;64:740-3.
46. Magill JC, Byl MF, Goldwasser B, Instructor MP, Yates B, Morency JR, et al. NIH Meta analysis in science. 2010;3(1):1-19.
47. Asghari F, Larijani B. Evaluation of moral competency using standardized patient: Presenting an experience. *J Med Ethics Hist Med*. 2010;3(3):3-6.
48. Daaleman TP, Kinghorn WA, Newton WP, Meador KG. Rethinking professionalism in medical education through formation. *Fam Med*. 2011;43(5):325-9.
49. Goold SD, Stern DT. Ethics and professionalism: what does a resident need to learn? *Am J Bioeth*. 2006;6(4):9-17.
50. Tsai TC, Harasym PH, Coderre S, McLaughlin K, Donnon T. Assessing ethical problem solving by reasoning rather than decision making. *Med Educ*. 2009;43(12):1188-97.
51. Singer PA, Robb AK. *The ethics OSCE: Standardized Patient Scenarios for Teaching and Evaluating Bioethics*. Toronto: 1994. [pristupljeno 11.10.2016.], dostupno na http://www.spp.utoronto.ca/sites/default/files/ethics_osce.pdf.
52. Sulmasy DP, Geller G, Levine DM, Faden RR. A randomized trial of ethics education for medical house officers. *J Med Ethics*. 1993 Sep;19(3):157-63.
53. Savulescu J, Crisp R, Fulford KWM, Hope T. Teaching medical ethics Evaluating ethics competence in medical education. *J Med Ethics*. 1999;25:367-74.
54. O'Sullivan AJ, Howe AC, Miles S, Harris P, Hughes CS, Jones P, et al. Does a summative portfolio foster the development of capabilities such as reflective practice and understanding ethics? An evaluation from two medical schools. *Med Teach*. 2012;34(1):21-8.
55. Brunger F, Duke PS. The evolution of integration: Innovations in clinical skills and ethics in first year medicine. *Med Teach*. 2012;34(6):452-8.
56. Kohlberg L. *The psychology of moral development*. Harper & Row. New York; Creskill: 1986.
57. Chalmers P, Dunngalvin A, Shorten G. Reflective ability and moral reasoning in final year medical students: a semi-qualitative cohort study. *Med Teach*. 2011;33(5):281-9.
58. Hébert PC, Meslin EM, Dunn E V. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *J Med Ethics*. 1992;18(3):142-7.
59. Rest JR, Narvaez D, Thoma SJ, Bebeau MJ. *A Neo-Kohlbergian Approach to Morality Research*. 2000;29(4).
60. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th edition. Oxford University Press; 2001.
61. Beauchamp T. Načela u bioetici. *Društvena istraživanja*. 1996;5(3-4):533-44.
62. World Medical Association. *International Code of Medical Ethics*. [pristupljeno 11.10.2016.], dostupno na <http://www.wme.net>.
63. Sarafis P, Tsounis A, Malliarou M, Lahana E. Disclosing the truth: a dilemma between instilling hope and respecting patient autonomy in everyday clinical practice. *Glob J Health Sci*. 2014;6(2):128-37.
64. Workman RH. Patient Autonomy. *Psychiatr Serv*. 2000;51(6):820- 820.
65. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective- respect and disrespectful behaviour. *Acad Med*. 2012;87(7):845-52.
66. Gosić N. *Informed Consent. Bioetika in vivo*. Zagreb: Pergamena; 2005:135-49.
67. Yao-Huai L. Privacy and data Privacy in Contemporary China. *Ethics Inf Technol*. 2005;7:7-15.
68. Sorta-Bilajac I. Informirani pristanak- konceptualni, empirijski i normativni problemi.

- Medicina Fluminensis. 47(1):37–47.
69. Monrouxe L V, Rees CE, Dennis I, Wells SE. Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ Open*. 2015;5(5)
 70. Roh MS, Hahm BJ, Lee DH SD. Evaluation of empathy among Korean medical students: a cross-sectional study using the Korean Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Teach Learn Med*. 2010;22(3):167–7.
 71. Kataoka H, Koide N, Ochi K, Hojat M GJ. Measurement of empathy among Japanese medical students: Psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med*. 2009;84:1192–7.
 72. Fatemeh R. Focus-group interview and data analysis. *Proc Nutr Soc*. 2004;63:655–60.
 73. Hsieh HF SS. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Heal Res*. 2005;15(9):1277–88.
 74. Potter WJ. Rethinking validity and reliability in content analysis. *J Appl Commun Res*. 1999;27(3):258–84.
 75. Milošević M. Izrada mjernog instrumenta stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika i procjena njegove uporabne vrijednosti [doktorska disertacija], Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2010.
 76. Milas G. Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima. Jasterbarsko: Naklada Slap; 2005.
 77. Phelan C, Wren J. Exploring reliability in academic assessment. UNI office of academic assessment, 2006.
 78. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Medica*. 2012;22(3):276–82.
 79. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*. 2010;1:78-85.
 80. Murgić L. Validacija hrvatske verzije upitnika za ispitivanje religioznosti, DUREL. Članak u tijeku izdavanja.
 81. Matthews E. Can paternalism be modernised? *J Med Ethics*. 1986;12(3):133–5.
 82. Grinberg M, Lopes AS de SA. Paternalism, autonomy and ontology. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(4):e83–5.
 83. Reach G. Patient autonomy in chronic care: Solving a paradox. *Patient Prefer Adherence*. 2013;8:15–24.
 84. Stewart MA. Effective physician -patient communication and health outcomes: a review. 1995;152(9):1423–33.
 85. Madder H. Existential autonomy: why patients should make their own choices. *J Med Ethics*. 1997;23:221–5.
 86. Strasser R. The doctor-patient relationship in general practice. *Med J Aust*. 1992;156(5):334-338.
 87. Rogers W a. Whose autonomy? Which choice? A study of GPs' attitudes towards patient autonomy in the management of low back pain. *Fam Pract*. 2002;19(2):140–5.
 88. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med*. 2010;25(7):741–5.
 89. Neill OO. Paternalism and partial autonomy. *J Mec Ethics*. 1984;173–8.
 90. Gillon R. Where respect for autonomy is not the answer. *Br Med J*. 1986;292:48–9.
 91. Turčinović F. Konvencija iz Ovieda - Evropska povelja o bioetici. *Međunarodni problemi*. 2002;54:146-57.
 92. Eropcan Council of Medical orders. European Charter of Medical Ethics. [pristupljeno 2.2.2017.], dostupno na <http://www.ceom-ecmo.eu/en/view/ethich-charter>.
 93. Earl E. Students' attitudes to ethics in the medical school curriculum. *J Med Ethics*.

- 1981;7(7):70–3.
94. Agarwal RK. Ethics and Ethical Conflicts in Contemporary Medical Practice. *Indian Pediatrics*. 2008;45:177-9.
 95. Sivalingam N. Medical paternalism and patient autonomy; The dualism doctors contend with. *Med J Malaysia*. 2011;66(5):421–2.
 96. Tai MC. Who makes the decision ? Patient ' s autonomy vs paternalism in a Confucian society. *CMJ*. 2003;44:558–61.
 97. D. Oken. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA*. 1961;175:1120–8.
 98. D. Novack, R. Plumer, R.L.Smith, H. Ochtill GRM and JMB. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA*. 1979;241:897–900.
 99. Iezzoni L, Rao S, DesRoches CV. Survey shows that at least some physicians are not always open or honest with patients. *Heal Aff*. 2012;31:383–91.
 100. Baile WF. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302–11.
 101. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: An exploratory study. *J Clin Oncol*. 2002;20(8):2189–96.
 102. Hebert PC. Truth telling in Clinical Practice. *Can Fam Physician*. 1994;40:2105–13.
 103. Butow PN, Tattersall MHN, Goldstein D. Communication with cancer patients in culturally diverse societies. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;806:317–29.
 104. L. Macdonald, D. Sackett RH and D Taylor. Labelling in hypertension: a review of the behavioural and psychological consequences. *J Chronic Dis*. 1984;37:933–42.
 105. V. Jenkins LF and JS. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer patients. *Br J Cancer*. 2001;84(1):48–51.
 106. Čizmić J. Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. *Zb Pravnog Fak Sveučilišta u Rijeci*. 2008;29:227-75.
 107. Beltran-Aroca CM, Girela-Lopez E, Collazo-Chao E, Montero-Pérez-Barquero M, Muñoz-Villanueva MC. Confidentiality breaches in clinical practice : what happens in hospitals? *BMC Med Ethics*. *BMC Medical Ethics*; 2016;1–12.
 108. Rieder P, Louis-courvoisier M, Huber P. The end of medical confidentiality ? Patients, physicians and the state in history. 2016;149–54.
 109. Marcinkowski JT, Kaczmarek T . Driver and epilepsy. *Arch Med Sadowej Kryminol*. 2007;57(1):62–6.
 110. Wilson J. Is respect for autonomy defensible? *J Med Ethics*. 2007;33(6):353–6.
 111. Vyshka G, Kruja J. Inapplicability of advance directives in a paternalistic setting: the case of a post-communist health system. *BMC Med Ethics*. 2011;12(1):12.
 112. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Defining professionalism in medical education: a systematic review. *Med Teach*. 2014;36(1).
 113. Rabow MW, Wrubel J, Remen RN. Promise of professionalism: Personal mission statements among a national cohort of medical students. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):336–42.
 114. Goldberg JL. Humanism or professionalism? The White Coat Ceremony and medical education. *Acad Med*. 2008;83(8):715–22.
 115. Rees CE, Knight L V. The trouble with assessing students' professionalism: theoretical insights from sociocognitive psychology. *Acad Med*. 2007;82(1):46–50.
 116. Sullivan WM. Medicine under threat: Professionalism and professional identity. *CMAJ*. 2000;162(5):673–5.
 117. Hendelman W, Byszewski A. Formation of medical student professional identity: categorizing lapses of professionalism, and the learning environment. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):139.
 118. Leung DC, Hsu EK, Hui EC. Perceptions of professional attributes in medicine: a qualitative

- study in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2012;18(4):318–24.
119. Brennan MD, Monson V. Professionalism: Good for patients and health care organizations. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(5):644–52.
 120. Myser C, Kerridge IH, Mitchell KR. Teaching clinical ethics as a professional skill: bridging the gap between knowledge about ethics and its use in clinical practice. *J Med Ethics*. 1995;21:97–103.
 121. Kesselheim J, McMahon G, Joffe S. Development of a Test of Residents' Ethics Knowledge for Pediatrics (TREK-P). *J Grad Med*. 2012;4(2):242–5.
 122. Langone M. Promoting Integrity Among Nursing Students. *Journal of Nursing Education*. 2007;46(1).
 123. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ*. 2002;325:707–10.
 124. Kinghorn W. Medical education as moral formation: an Aristotelian account of medical professionalism. *Perspect Biol Med*. 2010;53(1):87–105.
 125. Lowe M, Kerridge I, Bore M, Munro D, Powis D. Is it possible to assess the “ethics” of medical school applicants? *J Med Ethics*. 2001;27:404–8.
 126. Lohfeld L, Goldie J, Schwartz L, Eva K, Cotton P, Morrison J, et al. Testing the validity of a scenario-based questionnaire to assess the ethical sensitivity of undergraduate medical students. *Med Teach*. 2012;34(8):635–42.
 127. Liaschenko J, Oguz NY, Brunnquell D. Critique of the “tragic case” method in ethics education. *J Med Ethics J Inst Med Ethics*. 2006;32(11):672–7.
 128. Hicks LK, Lin Y, Robertson DW, Robinson DL, Woodrow SI. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ*. 2001;322:709–10.
 129. Christakis D a, Feudtner C. Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront. *Acad Med*. 1993;68:249–54.
 130. Manson H. The Need for Medical Ethics Education in Family Medicine Training. *Fam Med*. 2008;40:658–64.
 131. Carrese JA, McDonald EL, Moon M, Taylor HA, Khaira K, Beach MC. Everyday ethics in internal medicine resident clinic: an opportunity to teach. *Med Educ*. 2011;45(7):712–21.
 132. Cowley C. The dangers of medical ethics. *J Med Ethics*. 2005;31(12):739–42.
 133. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994;69:861–71.
 134. Feudtner C, Christakis D, Christakis N. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med*. 1994;69:670–9.
 135. Pimental D, deOliviera C, Veira MJ. Teaching of Medical Ethics: Students' perception in different periods of the course. *Rev Med Chile*. 2010;139(4):36–44.
 136. VanLeit B, Banks L, Crandall C. Addressing complex multi-dimensional health problems using interprofessional education. *Med Educ*. 2012;46(5):525–6.
 137. Karnieli-Miller O, Vu TR, Frankel RM, Holtman MC, Clyman SG, Hui SL, et al. Which experiences in the hidden curriculum teach students about professionalism? *Acad Med*. 2011;86(3):369–77.
 138. Shrank WH, Reed VA, Jernstedt GC. Fostering professionalism in medical education. *Journal of General and Internal Medicine*. 2004;19:887.
 139. Roberts LW, Green Hammond KA, Geppert CM, Warner TD. The positive role of professionalism and ethics training in medical education: a comparison of medical student and resident perspectives. *Acad Psychiatry*. 2004;28:170–82.
 140. Gillon RR. Medical ethics education. *J Med Ethics*. 1987;13(3):115–6.

141. Lin CS, Tsou KI, Cho SL, Hsieh MS, Wu HC, Lin CH. Is medical students' moral orientation changeable after preclinical medical education? *J Med Ethics*. 2012;38(3):168–73.
142. Self DJ, Wolinsky FD, Baldwin DC. The effect of teaching medical ethics on medical students' moral reasoning. *Acad Med*. 1989;64:755–9.
143. Hren D, Vujaklija A, Ivanišević R, Knežević J, Marušić M, Marušić A. Students' moral reasoning, Machiavellianism and socially desirable responding: Implications for teaching ethics and research integrity. *Med Educ*. 2006;40(3):269–77.
144. Hren D. Utjecaj visokoškolskog obrazovanja na razvoj moralnog rasuđivanja osoba mlađe odrasle dobi [doktorska disertacija, isto kao referenca br. 20]. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet. 2008.
145. Bezinovic P, Marinović-Boboinac A, Jerolimov D. Kratka ljestvica religioznosti: validacija na uzorku adolescenata. *Društvena istraživanja*. 2005;14:135-53.
146. Luckhaupt SE, Yi MS, Mueller C V, Mrus JM, Peterman AH, Puchalski CM, et al. Beliefs of Primary Care Residents Regarding Spirituality and Religion in Clinical Encounters with Patients. *Acad Med*. 2005;80(6):560–70.
147. Armbruster C, Chibnall JT, Legett S. Pediatrician Beliefs About Spirituality and Religion in Medicine: Associations With Clinical Practice. *Pediatrics*. 2003;111(3):227–35.
148. Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Arch Intern Med*. 2003;163(22):2751–6.
149. Barnard D, Dayringer R, Cassel CK. Toward a person-centered medicine: religious studies in the medical curriculum. *Acad Med*. 1995;70:806–13.
150. Boenink AD, Oderwald AK, De Jonge P, Van Tilburg W, Smal JA. Assessing student reflection in medical practice. The development of an observer-rated instrument: Reliability, validity and initial experiences. *Med Educ*. 2004;38(4):368–77.
151. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM. Attributes of excellent attending physician role models. *N Engl J Med*. 1998;339:1986–93.
152. Diseker RA. An analysis of empathy in medical students before and following clinical experiences. *J Med Educ*. 1981;56:1004–10.
153. Killgore WD, Kahn-Greene ET, Lippizzi EL, Newman RA, Kamimori GH. Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. *Sleep Med*. 2008;9:517–26.
154. Coulehan J WP. Vanishing virtue: The impact of medical education. *Acad Med*. 2001;76:598–605.

11. KRATKA BIOGRAFIJA

Lucija Murgić, dr. med. rođena je 9. siječnja 1981. godine u Puli. Osnovnu školu i gimnaziju završila je u Rijeci. 2005. godine diplomirala je na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. 2006. godine diplomirala je na Institutu za teološku kulturu laika pri Katoličkom bogoslovnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. 2008-9. godine radila je kao liječnik obiteljske medicine u Domu zdravlja Centar. Od prosinca 2009. radi kao znanstveni novak na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i specijalizira obiteljski medicinu.

Objavila je više radova iz područja obiteljske medicine, medicinske edukacije i medicinske etike te sudjelovala na međunarodnim i stranim znanstvenim skupovima.

Članica je Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog katoličkog liječničkog društva. Majka je četvero djece.

12. PRILOZI

Prilog 1 – *Instrument PEO*

Prilog 2 – Obrazac za informirani pristanak i pitanja za sudionike fokus grupa

Prilog 1
Instrument PEO



Ovaj upitnik sastavljen je za potrebe izrade doktorske dizertacije. U njemu NEMA pogrešnih ili ispravnih odgovora već samo onih koji najbolje odgovaraju vašem mišljenju. Molimo Vas da zaokružite samo jedan odgovor (osim tamo gdje je posebno naglašeno da postoji mogućnost više mogućih odabira).

SPOL: Muški Ženski

DOB (godine starosti): _____

Godina studija _____

Željena specijalizacija _____

Mjesto trajnog boravišta (odrastanja) _____

Školska sprema roditelja (zaokružiti): Majka - NSS SSS VŠS VSS Otac - NSS SSS VŠS VSS

1. Prema smjernicama, antibiotik se preporuča tek nakon 10 dana simptoma hunjavice. Prije toga terapija je mirovanje i ispiranje nosa. U ambulantu opće medicine, gdje radite na zamjeni, dolazi 40-godišnja gospođa, učiteljica u školi, 3. dan od početka simptoma hunjavice. Kaže da joj prehlada uvijek udari na sinuse i želi antibiotik. Kako ćete postupiti?
 - a) Ona iz iskustva zna najbolje. Treba je poslušati i dati joj antibiotik.
 - b) Ja sam na zamjeni. Najbolje je dati joj što traži.
 - c) Naručit ću je na kontrolu za nekoliko dana pa ako treba tada može dobiti antibiotik.
 - d) Tko je doktor, ona ili ja? Ima prehladu i ne treba joj antibiotik.
 - e) Razmotriti ću njeno mišljenje. Njeno iskustvo mi može pomoći.
2. Dugogodišnja pacijentica u ambulanti opće medicine kaže vam da je njen suprug, koji ima 62 godine, u zadnje vrijeme smršavio i izgleda bljeđi nego inače. Zna da mu je otac preminuo od karcinoma debelog crijeva. Preko supruge ga zovete na pregled ali on odbija. Izgovara se da ima puno posla. Vaša reakcija je:
 - a) Zaprijetite mu da hitno dođe kod vas u ambulantu.
 - b) Supruzi ćete dati pribor za uzimanje uzorka stolice da ga barem na to pridobije.
 - c) Zvat ćete ga telefonski kako bi ste mu objasnili važnost pravovremene dijagnoze.
 - d) Njegovo je zdravlje u pitanju i njegova je odluka.
 - e) Najbitnije je zabilježiti u njegov karton da ste ga zvali, u slučaju da vas kasnije tuži.
3. Kao predstavnika studenata medicine svoje godine zamolili su vas da pomognete oko unaprjeđenja nastave iz medicinske etike. U sebi mislite:
 - a) Etika se ne može naučiti, svatko radi po svojoj savjesti.
 - b) Nastava iz medicinske etike treba biti integrirana u sve predmete tijekom studija jer je najvažnija dobra teorijska podloga.
 - c) Najvažnija je uloga nastavnika i liječnika koji rade sa studentima pa njih, zapravo, treba naučiti uzornom ponašanju jer studenti kopiraju njihovo ponašanje.
 - d) Najvažnije je dati studentima okvirne ali jasne smjernice i upute što napraviti u kojem slučaju.
 - e) Drugo:

4. Na seminaru iz medicinske etike razvila se rasprava o tome tko mora donositi odluku o spornim medicinskim postupcima.
- Pacijent ima pravo odlučiti što želi pa čak i ako je njegova odluka kriva, to je njegov život.
 - Ukoliko je bilo što sporno treba tražiti mišljenje etičkog povjerenstva.
 - Potrebno je sastaviti jasne smjernice postupanja za dvojbene situacije.
 - Pacijenti su općenito medicinski neupućeni. Zato je najbolje da liječnik donese odluku jer je u tome stručnjak.
 - Uloga liječnika je da ga pravim informacijama osposobi pacijenta kako bi sam donio najbolju odluku.
5. Imate seminarski zadatak. Morate uzeti ginekološku anamnezu gospođi J.K., 40 godina, koja je u bolnici radi kiretaže, i prezentirati ga kolegama. Pacijentica dijeli sobu s još dvije gospođe. Vi ćete najvjerojatnije:
- Posebno upozoriti pacijenticu da ne mora odgovoriti na sva pitanja i reći vam sve detalje ako joj je neugodno.
 - Potruditi ćete se uzeti što detaljniju anamnezu kako bi dobro pripremili seminar.
 - Izostavit ćete previše intimna pitanja, a na seminaru reći da ih namjerno niste pitali jer ih je bilo troje u sobi, a htjeli ste poštovati njenu intimu.
 - Zamoliti ćete gospođu da izađete na hodnik ili negdje drugdje da možete na miru porazgovarati.
 - Pitati ćete sve što mislite da je važno. S obzirom da su u sobi sve žene, ne treba joj biti neugodno.
6. Na vježbama iz kirurgije vi i kolegica trebate pogledati mladića koji se vodi pod dijagnozom preponske kile. Neugodno vam je, a vidite da je i njemu. Stoga:
- Reći ćete mu da razumijete njegovu neugodu, objasniti mu vaš zadatak i zamoliti da napravite diskretan pregled, iako ne vidite baš sve.
 - Ignorirati ćete njegovu stidljivost i obaviti detaljan pregled jer je za vas bitno steći što više iskustva.
 - Pitat ćete ga smijete li napraviti pregled.
 - Reći ćete profesoru da ga niste stigli pogledati ili da pacijent nije pristao na pregled.
 - Drugo:
-
7. U sali ste za male zahvate na turnusu iz kirurgije, kirurg je upravo odstranio madež gospodinu srednjih godina i sad treba zašiti ranu na leđima. Ništa ne govoreći pokazuje na pribor za šivanje i upitno vas pogleda:
- S obzirom da ste u kliničkoj bolnici, podrazumijeva se studentovo sudjelovanje. Najbolje je prihvatiti se posla i ništa ne govoriti. To su samo dva šava na leđima.
 - Predstavite se pacijentu kao student i pitate ga smijete li mu zašiti ranu na leđima.
 - Pacijent nije to potpisao u informiranom pristanku pa odbijete.
 - Pravite se kao da niste shvatili što trebate učiniti ili odbijete, jer je očito da pacijent o tome ništa ne zna.
 - Drugo:
-

8. Gospodin M.H., 76 godina, inače bistar i vitalan, primljen je u bolnicu radi krvavog iskašljaja. Dijagnostičkom obradom ustanovljen je karcinom pluća. Njegov sin, specijalist radiologije moli vas da ocu ništa ne govorite o ozbiljnosti bolesti i prognozi jer je jako osjetljiv. Također, vas moli da na otpusnom pismu ne napišete izrijeком tu dijagnozu. On je već razgovarao s vašim šefom o tome i dobio od njega za to dopuštenje.
- Ako je šef odjela tako rekao... on je odgovoran i on odlučuje.
 - Pitat ćete pacijenta ima li on pitanja za vas i zanima li ga još nešto dodatno.
 - Sin ga najbolje poznaje i zna što je za njega najbolje. Bolje da zadnje dane proživi na miru.
 - Razgovarat ćete sa sinom. Vama se gospodin čini sasvim razumnim i smatrate da mu ipak trebate reći jer se radi o njegovom životu.
 - Pacijentovo je pravo znati što se s njime događa i vi mu to morate reći.
9. Pacijentica I.K., 69 godina, vjernica, udovica, majka jedne kćeri i baka dvoje unučadi, primljena je hitno u bolnicu zbog gubitka svijesti. Obradom je utvrđen tumor na mozgu koji pritišće moždano deblo. Prognoza je loša i preživljenje se broji u tjednima. Kćer vas moli da ništa ne kažete mami jer je ne želi uznemiravati. Gospođa je pri svijesti, ali izgleda malo zbunjeno i izgubljeno. Kako ćete postupiti?
- Poštivati odluku kćeri koja najbolje poznaje svoju majku.
 - Razgovarati s pacijenticom pa pokušati procijeniti što i koliko bi ona htjela znati.
 - Reći pacijentici, izravno ali suosjećajno, da vjerojatno ima još nekoliko tjedana ili mjeseci života kako bi se mogla pripremiti.
 - Reći joj na blaži način da ima tumor, a ne karcinom kako ne bi "potonula".
 - Pokušati nagovoriti kćerku da ipak kaže majci da je terminalno bolesna.
10. Liječnik ste opće medicine i dolazi vam dugogodišnji pacijent koji je upravo otpušten iz bolnice. Gospodin je umirovljenik, neoženjen, ali vrlo društven i aktivan. Kaže da je imao nešto na bubregu što je izvađeno i sada se odlično osjeća. Iz otpusnog pisma shvatite da se radi o uznapredovalom raku bubrega i preporučena je samo suportivna terapija. Izgleda kao da mu u bolnici nisu ništa rekli... Vi ćete:
- Morate mu odmah reći istinu o njegovoj prognozi.
 - Pitat ćete ga što zna o svojoj bolesti i zanima li ga još nešto.
 - Reći da je ozbiljno bolestan ali da će sve biti dobro.
 - Nećete mu ništa govoriti jer vas nije ništa ni pitao.
 - Drugo:
-
11. Puno se raspravlja o priopćavanju teške prognoze i nikome nije lagano reći pacijentu lošu vijest. Svatko se ravna prema svojim razlozima i opravdanjima. Koje je najbliže vašem?
- Pacijenta treba poštediti istine kada je to god moguće.
 - Treba reći obitelji da se mogu praktično pripremiti.
 - Treba što prije razgovarati s pacijentom i, u pravilu, sve mu izravno reći bez okolišanja.
 - Istinu treba malo „upakirati“ da je pacijent lakše podnese.
 - Najbolje je pitati: Jeste li vi osoba koja voli imati sve pod kontrolom, ili da s nekim drugim razgovaram?

12. Pacijentica T.A., 50 godina, sprema se na operaciju koljena. Glavna sestra vas zamoli da joj odnesete obrazac za informirani pristanak. Što ćete vjerojatno učiniti?
- Uputiti se do pacijentice i reći: Glavna sestra je zamolila da ovo potpišete. To je redovna procedura prije operacije.
 - Uputiti se do pacijentice i reći: Pročitajte, pa ako imate pitanja, pitajte vašeg nadležnog doktora prije nego potpišete.
 - Kazati sestri da to nije vaš posao kao studenta jer ne znate koliko je pacijent u sve upućen.
 - Uputiti se do pacijentice i reći: Ukoliko ste već o svemu porazgovarali sa svojim operaterom možete se, molim vas, ovdje potpisati.
 - Drugo: _____
13. Vaš pacijent I.G., 45 godišnji samac, kojeg ste do sada već nekoliko puta liječili antibioticima zbog spolno prenosive bolesti i HBV je pozitivan, kaže vam da je konačno sreo "onu pravu". Priznaje vam da joj ne želi reći da je HBV pozitivan. Slučajno poznajete njegovu djevojku. Što ćete učiniti?
- Nagovarati ga da joj kaže, inače neka traži drugog doktora.
 - Razmišljate kako doći do njegove djevojke da je upozorite.
 - Najbitnije je održati povjerenje s pacijentom, stoga ga uvjeravate kako ono što znate neće „izaći“ iz ambulante.
 - Ponovno razgovarate s pacijentom o načinima širenja virusa i metodama prevencije.
 - Drugo: _____
14. Pacijent koji je proveo kao mladić tri godine na ratištu ima izražene simptome PTSP-a i povremene psihotične reakcije, ali ne želi uzimati nikakve lijekove. Nije suicidalan i ne čini vam se opasnim za druge, ali nikad se ne zna. Koji je vaš odabir postupanja?
- To je njegov život i njegova bolest, ima pravo izabrati hoće li se liječiti.
 - Neka nađe drugog liječnika, ako se ne želi liječiti kako je propisano po smjernicama.
 - Spremni ste uvijek iznova razgovarati s njime kako bi procijenili njegovo stanje i vidjeli zbog čega ne želi uzimati lijekove.
 - Može biti opasan za druge te ako ne želi uzimati propisane lijekove, mora ga se hospitalizirati.
 - Drugo: _____
15. Majka vašeg dobrog prijatelja i vaša poznanica je vrlo draga gospođa od 60-ak godina, ali jako emotivna i poznati paničar. Upravo je primljena u bolnicu za vrijeme vašeg dežurstva zbog bolova u prsima. Prema nalazima je imala infarkt. Gospođa se nakon primljene terapije puno bolje osjeća. Spremate se razgovarati s njom kako biste joj rekli dijagnozu. Što ćete učiniti?
- Bilo bi najispravnije izravno joj reći da je preboljela STEMI, s povećanjem CPK I AST te će vjerojatno biti potrebna angiografija da se vidi koliko je ateroskleroza uznapredovala.
 - Najbolje je reći joj da je imala malo jaču *anginu pectoris* od uobičajene, te sada treba malo mirovati i da će sve biti u redu. Kasnije će biti vremena za eventualne pretrage.
 - Kazati joj da je ozbiljno bolesna, da će od sada morati jako prilagoditi svoj stil života te se držati propisane terapije.
 - Najbolje je ništa joj ne govoriti o dijagnozi, prognozi i mogućim komplikacijama da se ne uplaši i ne napreže. Možete sve objasniti sinu koji je najbolje poznaje pa neka on sam odluči što joj reći, a što ne.
 - Drugo: _____

16. Radite na klinici za infektivne bolesti. Nedavno su vas premjestili na odjel za HIV pacijente. Vaš pacijent, S.H. 42-godišnji oženjeni muškarac, s virusnim opterećenjem na granici nemjerljivosti, hospitaliziran je na drugom odjelu zbog *erizipela* na lijevoj potkoljenici. Na prijemu, prilikom davanja anamneze zatajio je da je HIV pozitivan. Kasnije, iz razgovora sa suprugom, shvatite da niti ona ne zna da je on HIV pozitivan. Kome ćete reći? **Možete zaokružiti više odgovora.**
- a) Supruzi, ona je to dužna znati.
 - b) Šefu odjela ili liječniku koji ga vodi na odjelu.
 - c) Medicinskim sestrama koje ga njeguju.
 - d) Njegovom poslodavcu jer je pacijent fizioterapeut.
 - e) Nikome jer se erizipel može liječiti neovisno o HIV-u.
17. Studij medicine uključuje stalni kontakt s pacijentima, ponajviše onima koji su u bolnici. Pritom saznajete i mnoge informacije o njima, često i intimne naravi. Koja tvrdnja najbolje opisuje vaše stajalište?
- a) S obzirom da su u kliničkoj bolnici, pacijenti trebaju prihvatiti našu prisutnost.
 - b) Neugodno vam je i nastojite biti što diskretniji.
 - c) Vrlo je važno paziti na privatnosti pacijenta i pitati ga želi li sudjelovati u nastavi.
 - d) Treba što bolje iskoristiti vaše vrijeme boravka u bolnici i svih informacija koje možete dobiti o pacijentima.
 - e) Drugo: _____
18. Ocijenite na skali od 1 (neprihvatljivo) do 7 (u potpunosti prihvatljivo) sljedeće postupke:
- a) Prilikom priopćavanja loše dijagnoze ili prognoze malo „ublažiti“ stanje.
(u potpunosti neprihvatljivo) **1 2 3 4 5 6 7** (u potpunosti prihvatljivo)
 - b) Uzimanje anamneze o ginekološkim problemima u sobi s još dvije pacijentice.
(u potpunosti neprihvatljivo) **1 2 3 4 5 6 7** (u potpunosti prihvatljivo)
 - c) Stručna rasprava profesora/nastavnika sa studentima u sobi pred pacijentom.
u potpunosti neprihvatljivo) **1 2 3 4 5 6 7** (u potpunosti prihvatljivo)
 - d) Studenti medicine međusobno komentiraju pojedine pacijente po imenu.
(u potpunosti neprihvatljivo) **1 2 3 4 5 6 7** (u potpunosti prihvatljivo)
 - e) Studenti medicine nose pacijentima obrazac za informirani pristanak.
(u potpunosti neprihvatljivo) **1 2 3 4 5 6 7** (u potpunosti prihvatljivo)
19. Na stažu ste na odjelu iz interne medicine. Zadatak vam je izmjeriti tlak pacijentima. Upravo ste kod pacijenta koji se vodi kao „žutica nepoznatog uzroka“. Na sastanku su jutros potvrdili da ima karcinom gasterače. Dok mu mjerite tlak, pita vas zna li se što mu je. Kaže da je iščekivanje najgore.
- a) Odmah mu kažete što ste saznali
 - b) Odgovorite: „Ne znam, žao mi je“.
 - c) Odgovorite: „Da, gotovi su nalazi, ali vam ja ne mogu reći“.
 - d) Kažete da ima tumor, a ne karcinom kako bi „ublažili“ dijagnozu.
 - e) Drugo: _____

20. Vi ste internist, hematolog i 56-godišnji pacijent, dolazi kod vas radi dogovora oko početka kemoterapije. Spremate se započeti razgovor kad vas pacijent prekine i kaže: *'Kaj god vi velite, gospon doktor, ja vam se u to ništa ne razumijem'*. Vi u sebi mislite...
- a) To je pravi pacijent. Najbolje je slušati stručnjaka.
 - b) Moram mu odmah dati obrazac za informirani pristanak da ga potpiše.
 - c) Ja ću biti kriv ako ne bude išli po planu...
 - d) Svejedno ću ga pitati da li ima kakvih pitanja za mene.
 - e) Drugo: _____
21. Koliko često idete na misu ili druge religiozne susrete?
- a) Nikada
 - b) Jednom godišnje ili rjeđe
 - c) Nekoliko puta godišnje
 - d) Nekoliko puta mjesečno
 - e) Jednom tjedno
 - f) Češće od jednom tjedno
22. Koliko često provodite vrijeme u religioznim aktivnostima poput molitve, meditacije ili čitanja Biblije?
- a) Rijetko ili nikada
 - b) Nekoliko puta mjesečno
 - c) Jednom tjedno
 - d) Dva ili više puta tjedno
 - e) Svaki dan
 - f) Češće od jednom dnevno
23. U svojem životu doživljam prisutnost nadnaravnog (npr. Boga).
- a) U potpunosti se **ne** odnosi na mene
 - b) Uglavnom se ne odnosi na mene
 - c) Nisam siguran/sigurna
 - d) Uglavnom se odnosi na mene
 - e) Definitivno se odnosi na mene
24. Moja religiozna uvjerenja su ono što je uistinu u pozadini cijelog mog pristupa životu.
- a) U potpunosti se **ne** odnosi na mene
 - b) Uglavnom se ne odnosi na mene
 - c) Nisam siguran/sigurna
 - d) Uglavnom se odnosi na mene
 - e) Definitivno se odnosi na mene
25. Trudim se živjeti svoju vjeru u svim drugim djelatnostima u svom životu.
- a) U potpunosti se **ne** odnosi na mene
 - b) Uglavnom se ne odnosi na mene
 - c) Nisam siguran/sigurna
 - d) Uglavnom se odnosi na mene
 - e) Definitivno se odnosi na mene

HVALA NA ODGOVORIMA!

Prilog 2

Obrazac za informirani pristanak i pitanja za
sudionike fokus grupa

Zavod za nastavnu tehnologiju
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Medicinski fakultet
Sveučilište u Zagrebu

INFORMIRANI PRISTANAK

Za sudjelovanje u radu fokus grupe kao dio projekta pri izradi instrumenta za vrednovanje profesionalne etičnosti i etičke osposobljenosti studenata medicine

Medicinska etika i profesionalna etička osposobljenost temeljna je pretpostavka liječničke djelatnosti pa time i važna sastavnica medicinske edukacije. Iznimno je važno studente medicine, buduće liječnike, osposobiti za profesionalno etičko ponašanje. Edukacija iz medicinske etike složeni je proces usvajanja znanja, vještina i stavova koja se odvija kroz formalnu nastavu iz medicinske etike, etičke sadržaje u drugim premetima i tzv. „skriveni kurikulum“ odnosno kroz interakciju studenata sa svojim mentorima/nastavnicima.

Ovo istraživanje se provodi na Zavodu za nastavnu tehnologiju pri Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu **u svrhu izrade doktorske dizertacije dr. Lucije Murgić**, a pod **mentorstvom prof.dr.sc. Gordane Pavleković**. Cilj istraživanja je utvrditi bitne etičke karakteristike u liječničkoj profesiji, sastaviti prikladan instrument/upitnik koji bi evaluirao te osobitosti kod studenata medicine i primijeniti ga na generaciju studenata medicine 1., 3. i 6. godine.

Rad u fokus grupama je prvi dio navedenog istraživanja s ciljem dobivanja kvalitativnih informacija o bitnim etičkim karakteristikama u liječničkoj profesiji za izradu spomenutog upitnika.

Tematske jedinice od interesa za ovo istraživanje, unutar širokog područja koje zahvaća medicinska etika su:

Pravo na istinu - koliko je iskrenost uvijek u pacijentovom najboljem interesu? Može li se prešutjeti ili govoriti neistinu pacijentu o dijagnozi i prognozi njegove bolesti? Kada i kako reći istinu? Kada i koliko biti iskren u komunikaciji s članovima obitelji?

Liječnička tajna - Koliko je pravo pacijentove obitelji i okoline na informaciju o njegovom zdravstvenom stanju? Može li se i u kojim okolnostima kršiti pacijentovo povjerenje?

Informirani pristanak - koliko je potrebno informirati pacijenta? Dati mu sve ili samo dostatne informacije?

Unutar grupne diskusije htjeli bismo odgovoriti na slijedeća **pitanja**:

1. Možete li opisati jedan primjer (iz navedenih područja) etičkog problema s kojim ste se Vi susreli tijekom studija/rada u liječničkoj praksi?

Kako ste postupili? Kako ste trebali postupiti? Kako bi danas postupili?

2. Jeste li za vrijeme studija dobili odgovor ili upute kako postupiti u navedenoj situaciji?

3. Za rješavanje kojih etičkih dilema vas je osposobio studij medicine?

Što smatrate da vas je studij medicine trebao osposobiti glede suočavanja s etičkim izazovima, a nije?

4. Koje metode (sredstva, načini, oblici i trajanje nastave) su potrebni za osposobljavanje studenata medicine za buduće etičke izazove?

Svojim potpisom potvrđujem pristanak na sudjelovanje u radu fokus grupe. **Suglasan/sna sam** da se cijeli razgovor, uključujući i moje komentare, tonški snima te kasnije koriste u obradi podataka. Moji se stavovi neće prenositi izvan istraživačke skupine. Informacije koje ću ja iznijeti za vrijeme razgovora u fokus grupi biti će prikazani sa odgovorima ostalih sudionika tako da se moji odgovori neće moći identificirati kao moji.

Originalni tonški materijali (audio vrpca) će se čuvati radi transkripcije, nakon čega će biti uništeni.

Moje sudjelovanje je dobrovoljno. Razumijem da sam slobodan/na napustiti grupu u bilo koje vrijeme.

Mjesto i današnji datum: _____

Ime i prezime: _____

potpis : _____

Za istraživača: Lucija Murgić; Zavod za nastavnu tehnologiju, Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Rockefellerova 4, tel. 01 4590 100).