

Upotreba pisma pacijentu kao metode u edukaciji studenata medicine

Mrduljaš-Đujić, Nataša

Doctoral thesis / Disertacija

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:715936>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-11**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Nataša Mrduljaš-Đujić

**UPOTREBA PISMA PACIJENTU KAO METODE
U EDUKACIJI STUDENATA MEDICINE**

Doktorska disertacija

Split, 2014.

Disertacija je izrađena u nastavnim ordinacijama obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu.

Mentor: prof. dr. sc. Igor Švab, dr. med.

Rad posvećujem mojoj izdržljivoj obitelji koja me nesebično pratila kroz sve faze ovog procesa, posebno mome Marinu, čiji je veliki trud dio ovog rada.

Zahvala:

Mentoru, profesoru Igoru Švabu na konstruktivnoj suradnji tijekom cjelokupnog procesa.

Mom dragom profesoru Matku Marušiću na stalnoj i nesebičnoj potpori.

Iznimnoj profesorici Ani Marušić na kontinuiranoj znanstvenoj edukaciji i vremenu.

Ediju na stručnoj pomoći i velikom strpljenju.

Mojim vjernim kolegama – ocjenjivačima na izdržljivosti i vremenu.

Kolegama s Katedre obiteljske medicine bez čije potpore i suradnje ovaj rad ne bi bio napravljen.

Studentima koji su svojim radnim zadacima - pismima započeli ovaj projekt.

Draženu, Jadranu i Marinu, Juliji, Ivici i Marini.

Mojim prijateljima,

i svima koji su na bilo koji način pomogli ostvarenju ovog rada.

SADRŽAJ

UVOD

9

I. Obiteljska medicina

- 1.1. Definicija i značajke
- 1.2. Mjesto obiteljske medicine u akademskoj zajednici
 - 1.2.1. Mjesto obiteljske medicine u edukaciji studenata
 - 1.2.2. Učenje studenata komunikaciji
- 1.3. Obiteljski liječnik
- 1.4. Konzultacija u obiteljskoj medicini
- 1.5. Pokazatelji kvalitete u obiteljskoj medicini

II. Odnos liječnika i pacijenta

- 2.1. Tipovi odnosa liječnika i pacijenta
- 2.2. Empatija
- 2.3. Profesionalna komunikacija između liječnika i pacijenta
 - 2.3.1. Metode poučavanja komunikacije u obiteljskoj medicini

III. Pisma pacijentu

- 3.1. Razvoj ideje o pismima kroz povijest
- 3.2. Suvremene spoznaje
 - 3.2.1. Koncept „pisma studenta pacijentu“ u nastavi obiteljske medicine na Medicinskom fakultetu u Splitu

CILJEVI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

28

I. Ispitanici

II. Postupci

- 2.1. Odabir pacijenata
- 2.2. Razvoj obrasca (upitnika) za ocjenu konzultacije i studentskih pisama pacijentu
- 2.3. Pacijentova osposobljenost za nošenje s bolešću (*engl.* Patient enablement instrument, PEI)
- 2.4. Empatija u konzultaciji (*engl.* Consultation and Relational Empathy, CARE)
- 2.5. Konzultacija
- 2.6. Ocjenjivanje konzultacije
 - 2.6.1. Ocjene pacijenata
 - 2.6.2. Ocjene mentora
 - 2.6.3. Ocjene studenata
- 2.7. Pisanje pisama
- 2.8. Ocjenjivanje pisama
 - 2.8.1. Ocjene pacijenata
 - 2.8.2. Ocjene mentora
 - 2.8.3. Ocjene ocjenjivača
- 2.9. Analiza sadržaja pisama

III. Statistički postupci

I. Uzorak

- 1.1. Studenti
- 1.2. Pacijenti

- 1.3. Mentori i obilježja praksi
- 1.4. Konzultacije u ambulanti
- 1.5. Pisma – kvantitativna analiza
- 1.6. Pisma – kvalitativna analiza
 - 1.6.1. Najčešći razlozi nerazumijevanja sadržaja pisama
 - 1.6.2. Analiza sadržaja pisama
- 1.7. Usporedbe prosjeka ocjena studiranja i ocjena pisanog ispita između generacija s pismima i bez pisama

II. Ocjene koje se odnose na konzultacije

- 2.1. Usporedba ocjena pacijenata i mentora
- 2.2. Usporedba ocjena pacijenata i studenata
- 2.3. Usporedba ocjena mentora i studenata

III. Ocjene pisama studenata pacijentima

- 3.1. Usporedba ocjena pacijenata i mentora
- 3.2. Usporedba ocjena pacijenata i ocjenjivača
- 3.3. Usporedba ocjena mentora i ocjenjivača

IV. Varijabilnost ocjena

- 4.1. Varijabilnost ocjena konzultacija
- 4.2. Varijabilnost ocjena pisama

V. Multivarijatna analiza ocjena

- 5.1. Ocjene konzultacija
 - 5.1.1. Ocjene pacijenata
 - 5.1.2. Ocjene mentora
- 5.2. Ocjene pisama
 - 5.2.1. Ocjene pacijenata
 - 5.2.2. Ocjene mentora

VI. Povezanost ocjena pisama i konzultacija

VII. Ocjena pisama i uspješnost na ispitu iz obiteljske medicine

I. Metodologija

- 1.1. Uzorak
- 1.2. Nacrt istraživanja
- 1.3. Validacija
- 1.4. Poopćavanje zaključaka
- 1.5. Ograničenja (nedostaci) studije

II. Postizanje ciljeva i provjera hipoteza

- 2.1. Primarni cilj - procjena mogućnosti uporabe pisama pacijentu kao edukacijske metode – hipoteza 1
- 2.2. Sekundarni ciljevi
 - 2.2.1. Varijabilnosti u ocjenama konzultacija i pisama.
 - 2.2.2. Čimbenici koji značajno utječu na kvalitetu pisama i konzultacija.
 - 2.2.3. Povezanost kvalitete napisanih pisama i zadovoljstva pacijenata – hipoteza 2
 - 2.2.4. Povezanost ocjena pisama i ocjena konzultacija u ambulanti - hipoteza 3
- 2.3. Tercijarni cilj – hipoteza 4

ZAKLJUČCI**I. Potvrđivanje ciljeva i hipoteza****II. Prijedlozi****III. Praktična vrijednost pisma**

SAŽETAK	78
SUMMARY	80
LITERATURA	82
ŽIVOTOPIS	95
PRILOZI	96

Popis oznaka i kratica:

CARE (*engl.* Consultation and Relational Empathy) - instrument za mjerenje suosjećanja (empatije) u konzultaciji

CQI (*engl.* Consultation Quality Index) - pokazatelj (indeks) cjelokupne kvalitete za obiteljske liječnike zasnovan na osposobljavanju pacijenta za nošenje s bolešću (*engl.* enablement), kontinuitetu skrbi i duljini konzultacije

EBM (*engl.* Evidence Based Medicine) - medicina temeljena na dokazima

EGPRN (*engl.* European General Practice Research Network) - Europska mreža istraživača u općoj/obiteljskoj medicini

EQUIP (*engl.* European Society for Quality and Safety in Family Practice) – Europska radna skupina za osiguranje kvalitete rada u općoj/obiteljskoj medicini

ESGP/FM (*engl.* European Society of General Practice/Family Medicine) - Europsko udruženje liječnika opće/obiteljske medicine

EURACT (*engl.* European Academy of Teachers in General Practice) – Europsko udruženje nastavnika opće/obiteljske medicine

NHS (*engl.* National Health Service) – nacionalno zdravstveno osiguranje u Velikoj Britaniji

NVivo – računalni program za statističku analizu kvalitativnih podataka

OM - obiteljska medicina

OSCE (*engl.* Objective Structured Clinical Examination) – objektivno strukturirani ispit kliničkih vještina

PEI (*engl.* Patient Enablement Instrument) - instrument za mjerenje pacijentove osposobljenosti za nošenje s bolešću

SAD – Sjedinjene Američke Države

SPSS – računalni program za statističku analizu u društvenim znanostima (*engl.* software package used for statistical analysis in social science)

USMLE (*engl.* United States Medical Licensing Examination) – ispit za stjecanje dozvole za rad liječnika u Sjedinjenim Američkim Državama

WONCA (*engl.* National World Organization of Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) – Svjetska organizacija liječnika opće/obiteljske medicine

UK (*engl.* United Kingdom) – Ujedinjeno Kraljevstvo Velike Britanije i Sjeverne Irske

UVOD

I. Obiteljska medicina

1.1. Definicija i značajke

Jedinstvena je uloga obiteljske medicine (OM) u ostvarivanju kontinuiteta i koordinacije u zdravstvenoj skrbi, te povjerenja i fleksibilnosti prema pacijentima (1). Dr Andrija Štampar je dvadesetih godina prošlog stoljeća uveo koncepte primarne skrbi zasnovane na socijalnom pristupu i pristupu zajednici. Specijalizacija iz opće medicine po prvi put u svijetu započela je u Zagrebu, šezdesetih godina prošlog stoljeća (2,3). Smatra se da se najracionalniji i najučinkovitiji oblik primarne zdravstvene zaštite temelji na liječnicima specijalistima obiteljske medicine koji će prema potrebi, u provjeri zdravlja pojedinog pacijenta, konzultirati različite specijaliste (4). Međutim, bez obzira na sadržaje i zdravstveni sustav u kojem se nalaze, opća/obiteljska medicina i specijalist obiteljske medicine provode bazične kompetencije ove specijalnosti. To su:

- primarna zdravstvena zaštita (uključuje primarni kontakt s pacijentom i njegovim neselektiranim problemima),
- pacijentu usmjerena skrb,
- sveobuhvatna skrb (prevencija, kurativna skrb, palijativa i rehabilitacija),
- orijentacija prema zajednici,
- holistički pristup (uporaba bio-psiho-socijalnog modela) (5).

Današnja kretanja u zdravstvenoj zaštiti idu prema personaliziranoj medicini (6). U SAD-u se ide korak dalje i propituje se odnos službene, tradicionalne medicine i komplementarne medicine, te se uvodi pojam integrativne medicine koja se počinje provoditi u mnogim zdravstvenim centrima diljem SAD-a (7,8).

Očekivanja od primarne zaštite idu prema smanjenju koštanja zdravstvene skrbi, poboljšanju zdravlja kroz prikladnije usluge i redukciju nejednakosti u pružanju zaštite populaciji. Zdravlje je kvalitetnije u područjima s više primarnih liječnika, ljudi koji dobijaju zdravstvenu zaštitu od primarnih liječnika su zdraviji i značajke primarne zaštite povezane su s boljim zdravljem (4,9).

U modernoj Europi između ostalog, „zdravstvena pismenost“ pacijenata dobiva na važnosti i isticanje jačanja uloge pacijenta i samoliječenja tj. brige o sebi trebalo bi da bude jedna od osnovnih značajki obiteljske medicine (10,11). Pri tome je najvažniji individualni pristup svakom pacijentu prilagođen prema njegovoj situaciji i životnim prioritetima (12).

1.2. Mjesto obiteljske medicine u akademskoj zajednici

Za razvoj kvalitetne obiteljske medicine iznimno je važno djelotvorno vodstvo u akademskoj obiteljskoj medicini. Katedre OM prepoznaju ovu važnu društvenu odgovornost. Dok su liječnici OM dobro pripremljeni za praksu, podučavanje i istraživanje, manje su spremni za vođenje i upravljanje (13).

Premda je OM formalno prepoznata i uvedena u kurikulume medicinskih fakulteta, postoji velika razlika u njezinoj akademskoj poziciji. Prema europskoj direktivi ustanovljen je poslijediplomski studij, primjena smjernica i recertifikacijske procedure kao mjere kvalitete, u svim zemljama centralne i istočne Europe. Postoji potreba kontinuirane razmjene stručne ekspertize unutar promatranih zemalja (14). Pritom su neizmjerne važne udruge obiteljskih liječnika u svijetu i Europi: European Society of General Practice/Family Medicine (ESGP/FM) expert groups, European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) i European General Practice Research Network (EGPRN) unutar World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Region Europe (WONCA Europe). Njihov cilj je razviti i zadržati visoke standarde skrbi u europskoj obiteljskoj medicini promovirajući je kao disciplinu učenja i poučavanja (15).

Definicija standarda i normativa ključna je za provođenje kvalitetne zdravstvene zaštite. Jedan od važnijih je broj osiguranika u standardnom timu koji sada iznosi 1700 osoba, a planira se njegovo smanjivanje na 1500 (u europskim zemljama postoje razlike od 800 u Italiji do 2000 u Nizozemskoj). Osim navedenog, specijalizacija iz obiteljske medicine preduvjet je unaprjeđenja primarne zaštite i nužan korak prema Europi. Tzv. evidence based practice - znanstveno utemeljene metode okvir su za potrebne promjene i odabir rješenja u formiranju promjena u zdravstvenom sustavu. Pritom se nastoji postići suglasje javnosti, zdravstvenih profesionalaca i onih koji organiziraju i financiraju zdravstvenu zaštitu (16).

1.2.1. Mjesto obiteljske medicine u edukaciji studenata

Obiteljska medicina (OM) je mlada akademska disciplina, još uvijek nedovoljno priznata u akademskom svijetu. Budući da je to disciplina koja je u potpunosti uključena u praksu i život s pacijentima, ona nudi jednu novu dimenziju akademskim vrijednostima koje su same po sebi izvan realiteta i više puta same sebi svrha. Ne samo to, već je i u poziciji da “pomogne” akademskoj zajednici da se poveže s praksom i zahtjevima koje iz nje proizlaze, prije svega zbog prirode posla i pristupa velikoj kliničkoj bazi sastavljenoj od najrazličitijih primjera iz prakse što može biti korisno u učenju kliničkih vještina.

OM nudi zanimljiv pristup edukaciji i istraživanju koji je malo drukčiji i svakako inovativniji od dosadašnje prakse na fakultetima. Mogućnosti ima nekoliko: kao predmet na kraju studija, u kolaboraciji u prvim kontaktima s pacijentom i učenju kliničkih vještina i kao dio integriranog kurikuluma (17). Te mogućnosti nadalje nude drukčiju perspektivu svijeta i drugačiji pristup rješavanju problema u kliničkoj medicini. Slabija povezanost s akademskim dijelom rezultat je nedostatka akademske tradicije, ali i prezaposlenosti obiteljskih liječnika kojima žarište zanimanja nije participacija u akademskom dijelu. Integrativni pristup je sasvim novi i ide za tim da se izradi integrirani nastavni program u kojem OM može pridonijeti svakom dijelu dodiplomske nastave.

OM kao akademska disciplina treba imati iste čvrste standarde akademske izvrsnosti što traži od njezinih članova poučavanje i istraživanje problema koji su specifični za OM, a ne da slijede stazu koju su napravile druge discipline koje su se već odavno dokazale – to je jedini način da se OM izgradi kao disciplina ravnopravna s drugima. Čini se dosta napora da se ti pristupi prepoznaju na medicinskim fakultetima u smislu davanja prostora OM (18,19) i prilagođavanju programa suvremenim pravcima edukacije (učenje u praksi preko modela jedan na jedan, učenje u maloj grupi, primjena refleksije (povratne informacije) u edukaciji, fokusiranje na učenje komunikacijskih vještina (17) i istraživanja (kvalitativna istraživanja).

U nastavne programe medicinskih fakulteta potrebno je ranije uključiti kontakt s liječnikom primarne skrbi. Uočilo se da ranije uključivanje u rad s obiteljskim liječnikom, gdje se radi mentoriranjem jedan na jedan u ambulanti obiteljske medicine, doprinosi većem opredjeljenju mladih liječnika za ovu struku. U istraživanju studenata prve i druge godine medicine koji su imali izborni predmet vježbe u ordinaciji obiteljske medicine, većina studenata identificirala se s mentorom – obiteljskim liječnikom kao profesionalnim uzorom i pokazala interes za specijalizaciju (20).

Zadnjih godina nastale su zamjetne promjene u edukaciji studenata medicine. Na više načina pokušalo se povećati broj liječnika čiji odabir bi bio primarna zaštita. Još Hipokratova prisega govori o zadaći svakog liječnika da prenosi svoje znanje, vještine i iskustvo na buduće generacije. Ipak, neki kolege nisu spremne biti učitelji. Možda je tome razlog da nismo svjesni na koje sve načine obiteljski liječnik može pridonijeti učenju i uključiti se u proces učenja. Svi znamo da naš rad javnost, kolege drugih specijalnosti i slijedom toga i studenti medicine baš ne razumiju u potpunosti. Mnogi još uvijek misle da se on sastoji primarno od upućivanja pacijenata „specijalistima“ nakon letimičnog pregleda. Studenti su uvijek zadivljeni kada dobiju pravu sliku obiteljske medicine, s njezinim jedinstvenim značajkama, područjima koja pokriva i rasponom skrbi uključujući i postupke (vještine) koje radimo (21).

U reformi zdravstvenog sustava u skladu s potrebama društva (sustava), naglasak je na obiteljskoj/primarnoj medicini, koja bi tu trebala predvoditi, zbog svojih značajki: sveobuhvatnosti, dostupnosti, jednakosti i niže cijene, što je prije svega interes društva. Ideje o reformi edukacije u zdravstvu započeo je još Abraham Flexner (22) prije nešto više od 100 godina. Njegove ideje su još uvijek aktualne i sada podložne daljnjoj nadgradnji i razvoju u skladu s potrebama svakog pojedinog pacijenta i društva u cjelini (23,24).

Primjer medicinskog obrazovanja vezanog za potrebe društva je Australija. Politički cilj je usmjeriti radnu snagu na ruralna područja. Zbog toga je ključan utjecaj na studente i mlade liječnike u pogledu odabira specijalizacije. Na sveučilištu u Južnoj Australiji postoji paralelan nastavni program ruralne zajednice da pomogne da se što više liječnika primarne medicine usmjeri prema ruralnim područjima u kojima postoji nedostatak medicinskog osoblja (25).

Jedan od ciljeva preddiplomske medicinske edukacije je da pripremi studente medicine za staž. Prisutno je nesuglasje između očekivanja od završenih studenata medicine i iskustava studenata na fakultetu. Aktivni pristupi učenju ostaju važan element programa, što vrijedi i za tehničke procedure (praktične vještine). Bolja priprema na fakultetu ranije donosi višu razinu kompetencije, smjelosti i samouvjerenosti u završenih liječnika. Čak 44% stažista je izjavilo da su nedostatan ili tek granično pripremljeni za izvođenje uobičajenih procedura (vještina). Završeni studenti medicine iznose nedostatak samopouzdanja i vjere u svoje sposobnosti da izvedu uobičajene vještine kad krenu na staž (26).

1.2.2. Učenje studenata komunikaciji

Sve više pažnje na studiju medicine, kao i na poslijediplomskom usavršavanju profesionalaca, posvećuje se poduci komunikacijskih vještina koje su nezaobilazan parametar u procjeni kvalitete usluge u zdravstvu (27). Proces komunikacije nepravedno se veže samo uz riječi i govor, no često je važnije od riječi vrijeme kada je nešto rečeno, način na koji je izgovoreno, ton glasa, izraz lica, govor tijela, koji mogu u potpunosti promijeniti smisao izgovorenoga. Komunikacija je stoga na neki način proces otkrivanja skrivenih značenja onoga što je izgovoreno, za liječnika ona znači otkrivanje skrivenoga smisla bolesnikovih simptoma (28).

Proces komunikacije vještina je koja se može naučiti i usavršavati, ima svoja pravila i osobitosti i važan je dio profesionalnog lika liječnika. Dva su osnovna dijela komunikacije – verbalni (riječima) i neverbalni (statični znaci: udaljenost tijela, međusobni položaj između osoba, stav tijela i tjelesni kontakt (dodir) i dinamični znaci: izraz lica, kretnje (geste) i kontakt očima) (27). Nije dovoljno samo iskustvo ili talent (koji može uključiti intuiciju i empatiju) za dobru komunikaciju između liječnika, bolesnika i njegove obitelji. Edukacija je iznimno važna.

Učenje o komunikaciji treba biti dio nastavnog programa i protezati se kroz cijeli studij. Na početku studija uče se osnove komunikacije, više teoretski dijelovi i elementi intervjuja, dok se na završnim godinama ide prema radu u praksi sa stvarnim pacijentom i razvija se samopouzdanje studenta u kontaktu s pacijentom (29). Učenje komunikacijskih vještina izvodi se na različite načine. Neke od metoda koje su okrenute prema učeniku (studentu) su video projekcije, pa naknadna analiza procesa, opservacija kolege (parnjaka), igra uloga, vježbe sa uvježbanim pacijentom i praksa sa stvarnim pacijentom u malim grupama (30). Studenti nakon edukacije iz komunikacijskih vještina pokazuju bolju sposobnost komunikacije, veće samopouzdanje i sigurnost u stvarnoj komunikaciji s pacijentom. Međutim, kada dođu u praksu, na staž, primjećuje se zaokret od pristupa pacijent u centru prema liječniku usmjerenoj praksi. Tada dolaze značajke tzv. „skrivenog kurikuluma“ do izražaja, kada zapravo okruženje umanjuje značaj znanstvenih komunikacijskih vještina.

Komunikacijske vještine trebale bi biti uključene u trajnu edukaciju liječnika cilj čega bi bio obnavljanje i dopunjavanje znanja iz tog područja (31). Liječnik može pružiti dobru skrb pacijentu samo ako ga razumije u njegovom cjelokupnom životnom kontekstu (30).

Odnos/komunikacija liječnika i pacijenta centralna je komponenta skrbi visoke kvalitete (32). Osnova izobrazbe budućih liječnika su komunikacijske vještine i medicina temeljena na dokazima. Unatoč rastu i razvoju medicinske tehnologije, iscjeliteljski (lječidbeni) odnos između liječnika i pacijenta ostaje bit kvalitetnog liječenja (33).

1.3. Obiteljski liječnik

Definicija „dobrog“ obiteljskog liječnika obuhvaća dijagnosticiranje na temelju bio-psiho-socijalnog modela, preko prakse s pacijentom u središtu procesa (prema *engl.* patient centered practice) (1). Prema suvremenim koncepcijama, smatra se da su znanje, komunikacijske vještine, klinički pregled i sposobnost rješavanja problema četiri esencijalne komponente kliničke kompetencije liječnika i predstavljaju bit dobre kliničke prakse. Dobra vještina komunikacije učinkovito povezuje sve komponente u jednu neodvojivu cjelinu (34). Zadaća je liječnika pacijentu omogućiti da se lakše suoči i nosi sa svojim tegobama (35). Iznimno je važno u pacijentu identificirati i aktivirati zdrave snage, te odrediti i prepoznati koji su njegovi fizički, psihički i emocionalni resursi. Ti aspekti, često nepoznati pacijentu, mogu značajno pomoći u procesu liječenja i konačnom prihvaćanju bolesti (36).

Zadatak liječnika je razumjeti pacijentov strah, tjeskobu, socijalnu situaciju, ali i razumjeti vlastite motive, stavove i osjećaje koji ponekad mogu biti povezani s bespomoćnošću. Svakodnevna iskustva i istraživanja pokazala su da pacijenti dobro informirani o svojoj bolesti značajno više sudjeluju u liječenju, da su manje anksiozni, bolje i primjerenije se pripremaju za terapijske postupke (npr. invazivni postupci traže od pacijenta i fizičku i psihološku pripremljenost, snažne adaptivne mehanizme te je nužno da pacijent bude u potpunosti obaviješten i spreman da se suoči sa svim opasnostima i mogućim nuspojavama). Suvremena medicina svojom tehnologijom udaljava pacijenta od medicinara, liječnika ili sestre, no nužno je zadržati neposredni kontakt bolesne osobe i osobe koja joj želi pomoći. Između njih nema posrednika, monitora, zaštitnih maski, svih onih naprava koje smo izumili u svrhu pomoći pacijentu, a koje su nas zapravo udaljile od njega. Na kraju, pacijenti često doživljavaju medicinske usluge kvalitetnim, a nezadovoljni su kvalitetom komunikacije i emocionalnom podrškom svojih liječnika.

Psihijatri su odavno prepoznali važnost transfera (pacijentovi osjećaji o liječnicima) i kontratransfera (liječnikovi osjećaji o pacijentima) i koristili su prepoznavanje i imenovanje

ovih emocija kao terapijski način. Ipak, većina nepsihijatarata nije izvježbana u korištenju identifikacije emocija koje nastaju u kliničkim susretima kao terapijsku informaciju (37).

Za pacijenta je liječnik već sam po sebi lijek. O farmakologiji tog lijeka zna se, nažalost još premalo. Svaka bolest u čovjeku pojačava osjećaj vlastite slabosti i pacijent se prvo mora suočiti s vlastitom slabošću i prihvatiti pomoć druge osobe. Svaki susret s liječnikom, svaka njegova gesta, a napose svaka njegova riječ, već je svjesno ili nesvjesno djelovanje na pacijenta (36).

1.4. Konzultacija u obiteljskoj medicini

Temeljni su elementi medicinskog intervjua: kreiranje početnog susreta, vođenje razgovora, odgovaranje pacijentu, poduka, pregovaranje i suradnja s pacijentom i završetak razgovora. Polazište za proces konzultacije je međusobno razumijevanje. Sami biomedicinski podaci nedovoljni su obiteljskom liječniku (38). Kvalitetno i iskreno provedena, bit će nagrađena od pacijenta uvažavanjem, iskrenošću, povjerenjem, odanošću i s mnogo više od toga. Pacijent obavještava svog liječnika ne samo o svojim simptomima i tegobama, već i o svojoj obitelji i osobnom okruženju. Tako liječnik stiče bolju sliku o svom pacijentu, o njegovim obiteljskim, socijalnim i profesionalnim poteškoćama koje mogu biti u vezi s aktualnom bolešću. Obavještavanje pacijenta o predviđenim dijagnostičkim postupcima ima također važnu ulogu u komunikaciji. Vrijeme čekanja rezultata pretraga posebno je mučno i može biti problem koji pacijent ponekad ne može sam riješiti (36,39).

Intervju s pacijentom ne predstavlja samo sakupljanje informacija o njegovom problemu, nego i stvaranje odnosa s njim. Prema tome razlikujemo dva osnovna tipa medicinskog intervjua: intervju usmjeren liječniku i intervju usmjeren pacijentu.

Intervju usmjeren liječniku podrazumijeva pitanja pacijentu s ciljem postavljanja dijagnoze. Razgovor uglavnom vodi liječnik postavljajući ciljana pitanja. Pacijentu usmjeren intervju ima za cilj razumjeti pacijenta i njegovo viđenje bolesti ili problema. Tu uglavnom govori pacijent, a liječnik samo usmjerava razgovor. Naravno da se oba tipa intervjua obično povezuju i prilagođavaju situaciji, pacijentu i problemu.

Odnos liječnika i pacijenta gradi se preko neverbalnog ponašanja, komentara upućenih pacijentu i izravnih pitanja kojima pokazujemo interes za pacijenta, ne samo za njegovo zdravstveno stanje/bolest. Iskrene misli i osjećaji preduvjet su za pozitivan odnos pri čemu treba osvijestiti vlastite emocionalne reakcije i eventualne predrasude prema pacijentu. Vještine izražavanja emocionalnih odgovora iznimno su važne u liječnika i stalno se razvijaju

bilo iskustvom ili učenjem. Osim toga, vrlo je važno razviti vještine kao što su pozornost (aktivno slušanje, izražavanje osobnih emocionalnih poruka), srdačnost (kontakt očima, ton glasa, položaj tijela kao neverbalni oblici, i verbalni oblik komunikacije), empatija - suosjećanje (kroz zrcaljenje koje odaje brigu za emocionalno stanje pacijenta i legitimitet pacijentovim emocijama i osjećajima), poštovanje (kroz pažljivo slušanje i istinsku brigu za pacijenta), podrška (jasno pokazana od strane liječnika pacijentu) i partnerski odnos (aktivno sudjelovanje pacijenta u tretmanu i donošenje zajedničke odluke).

Pacijenti očekuju od liječnika znanje, ali i razumijevanje i podršku. Kod takvih liječnika pacijenti se bolje pridržavaju terapije, zadovoljniji su i općenito, rezultati liječenja su bolji. Tjeskoba i stres u pacijenata su smanjeni, a kada pacijenti imaju osjećaj da se mogu u potpunosti izraziti, više vode brigu o svom zdravlju. Povjerenje u liječnika najviše doprinosi pacijentovom zadovoljstvu liječnikom. S druge strane, takvi liječnici su zadovoljniji svojom praksom (39).

Da bismo mogli bolje razumjeti pacijentovu perspektivu, potrebno je: razumjeti pacijentov socijalni kontekst, kulturnu pripadnost (dob, spol, spolna orijentacija, rasa/etnička pripadnost, profesionalna osposobljenost, socioekonomski status, religija, geografska lokacija itd.), pacijentova očekivanja, njegov jezik i pismenost te nejednakosti u zdravstvenom sustavu i ulogu kliničara (39). S druge strane, liječnik ne može istinski razumjeti unutrašnje potrebe i motive u svojim pacijenata bez da u nekom obimu razumije vlastite (40). Treba spomenuti i slabu medicinsku pismenost pacijenata koja je velika prepreka učinkovitoj skrbi (41).

„Zapravo, svaki je susret liječnika i pacijenta sam za sebe susret između medicinske kulture i jedinstvene životne kulture svake individue. Kulturološki se osjetljiv liječnik drži pretpostavke da ni njegova kulturna gledišta ni gledišta njegovih pacijenata nisu nadmoćna, niti je kultura medicine jedini način za razumijevanje bolesti“ (39).

1.5. Pokazatelji kvalitete u obiteljskoj medicini

Kvalitetu zdravstvene zaštite nije jednostavno izmjeriti iz jednostavnog razloga što ona ne predstavlja apsolutnu kategoriju i različito se prosuđuje od strane različitih promatrača. Prema definiciji europske radne skupine za kvalitetu u obiteljskoj medicini (EQUIP) kvaliteta se opisuje kao odnos između primijenjene zaštite i očekivanja zainteresiranih strana (42). Formiraju se tzv. indikatori kvalitete kojima procjenjujemo pojedine elemente koji su mjerljivi, a tek svi zajedno mogu dati cjelovitu sliku. Tradicionalna podjela je na strukturu, proces i ishod (43), odnosno oprema, stručnost, rezultati rada i odnos

prema bolesniku gdje je dvojbena samo sposobnost prosudbe kliničke osposobljenosti liječnika od strane laika (44). U novije vrijeme navedenome su pridruženi procjena ravnopravnosti za zdravlje (načelo jednakosti, uzajamnosti i solidarnosti), zatim koncept “medicine temeljene na dokazima” (EBM) gdje se znanstvenim metodama prikazuje kvaliteta u pružanju usluga, racionalnost u izboru medicinskih intervencija i na kraju uloga pacijenta koji sve više postaje partner u provođenju zdravstvenih intervencija te se naglašava uloga zadovoljstva pacijenta u procesu procjene kvalitete rada (44).

Kvaliteta komunikacije zauzima sve važnije mjesto u kvaliteti rada. U praksi postoji veliki broj instrumenata koji je mogu mjeriti (npr. PEI, CQI 2, CARE i sl.). Jedna od glavnih značajki dobre prakse u obiteljskoj medicini je interpersonalna učinkovitost (efikasnost, djelotvornost) koju je teško izmjeriti i definirati. Howie i suradnici (45) razvili su mjeru ishoda konzultacije, koncept osposobljenosti pacijenta za nošenje s bolešću (engl. *enablement*, PEI). On pokazuje koliko je pacijent razumio svoj zdravstveni problem i koliko se osjeća sposobnim nositi s njim nakon konzultacije. U zdravstvenoj skrbi zasnovanoj na holističkom principu, koncept enablementa mjeri za pacijenta specifičnu korist od konzultacije.

II. Odnos liječnika i pacijenta

2.1. Tipovi odnosa liječnika i pacijenta

Odnos liječnika i pacijenta specifična je vrsta odnosa. Njegova složenost čini ga teškim za istraživanja. Unatoč tome, postoji dovoljno dokaza da je interpersonalni odnos važan pacijentima i njihovim liječnicima, te da je također važno da promjene zdravstvenog sustava ne utječu na taj tradicionalni dio skrbi. S vremenom kontakt pacijenta s liječnikom vodi razvoju međusobnog povjerenja (46,47).

Pacijenti vrjednuju kvalitetu svojega odnosa s liječnikom više od drugih komponenti zadovoljstva – kvalitete (npr. izgleda i opremljenosti ordinacije, iskustva u čekaonici i dostupnosti i sl.) (48). Koncept „liječnik kao lijek“ u osnovnoj je vezi s osobnošću liječnika. Liječnik koji ima topao, emocionalan, prijateljski pristup ima više uspjeha u radu s pacijentima (46,49). Prema tome, unatoč rastu i razvoju medicinske tehnologije, iscjeliteljski (lječidbeni) odnos između liječnika i pacijenta ostaje osnova (bit) kvalitetnog liječenja (33).

Holistički pristup obiteljske medicine i suosjećanje (empatija) kao njegov ključni element osnovni su pristupi liječenju (46). Suosjećanje je osnovna sastavnica terapijskog

odnosa, a omogućava osposobljavanje pacijenta da u konzultaciji bolje razumije i prihvati svoju bolest, kao i njegovo zadovoljstvo. Pri tome svakog pacijenta promatramo kao jedinstvenog i zasebnog pojedinca (50,51).

Iskustvo pokazuje da komunikacija liječnika i pacijenta nije zadovoljavajuća; sve je više pacijenata koji ne razumiju naše savjete i koji ne znaju kako od nas tražiti dodatno objašnjenje vezano za svoje zdravlje (52). Takve pacijente uglavnom ne prepoznamo dok nam pažnju okupiraju oni malobrojni agresivni i nasilni. Jednako tako ne prepoznaje se profesionalna komunikacija kao proizvod medicinske edukacije (53).

Postoje brojni znanstveni dokazi o tome da dobar odnos pacijenta i liječnika izravno utječe na ishod liječenja (54,55). Intimnost, privatnost i emocionalni odnos koji uključuje međusobno poštovanje, otvorenu i poštnu komunikaciju, povjerenje i posvećenost, pridonose da davanje neugodnih informacija najčešće bude primjerenije primljeno. Odnos pacijenta i liječnika ima mnogo različitosti, ali u osnovi ga karakteriziraju osobnosti i pacijenta i liječnika. Davanje informacija pacijentima i aktivno surađivanje s njima u provođenju zdravstvene zaštite poboljšava ishode liječenja, i psihički i fizički. Stewart i sur. (56) su saželi dokaze da četiri komunikacijska elementa izravno pozitivno utječu na emocionalno i fizičko zdravlje, nestanak simptoma i uopće bolje funkcioniranje. Četiri ključna elementa su:

1. pružanje jasnih informacija,
2. pacijentova pitanja,
3. spremnost na raspravljanje i dijeljenje mišljenja o odlukama,
4. dogovor između pacijenta i liječnika oko planova i eventualnih problema.

Zadaci izgradnje, razumijevanja i postizanja dogovora odvijaju se u sljedećim domenama:

1. Koja je priroda problema?
2. Kakve uloge se očekuju od sudionika u procesu odlučivanja?
3. Koji su ciljevi liječenja?
4. Što se može učiniti?
5. Na koji način izvesti planirano?

Razgovor treba voditi spajanjem sadržaja i procesa. Suvremeni fakultetski kurikulumi sadržavaju programe edukacije iz komunikacijskih vještina. *Calgary Cambridge Guide* pomaže u strukturiranju podučavanja i učenja, nadopunjen je od svoje prve verzije 1998. godine i uveden u obvezne edukacijske programe (39).

Mnoštvo je modela odnosa liječnika i pacijenta. Nekako su u fokusu tradicionalni, paternalistički i suvremeni koji teži prema partnerskom odnosu liječnika i pacijenta. U

tranzicijskim zemljama, među kojima je i Hrvatska, prisutne su prijelazne forme između ova dva modela. Možda je od praktične važnosti spomenuti model Szasza i Hollendera (57):

a) aktivno-pasivni model (zaštitnički, paternalistički, naredbodavni odnos, liječnik najbolje zna što pacijentu – bolesniku treba);

b) model vođenje-suradnja (od pacijenta se očekuje da slijedi upute liječnika, liječnik daje informacije, ali smatra da pacijent nije u potpunosti sposoban za samostalno, zrelo donošenje odluka i prihvaćanje posljedica. Postoji dinamička napetost između liječnikove potrebe za samostalnim donošenjem odluka i pacijentove reakcije);

c) model zajedničkog sudjelovanja (liječnik ravnopravno s pacijentom dijeli donošenje odluka s pacijentom, pacijent prihvaća odgovornost i surađuje s liječnikom).

Model zajedničkog sudjelovanja najčešći je u kroničnim bolestima gdje su susreti liječnika i pacijenta češći, bilo da pacijent dolazi po lijek ili po savjet na kontrolni pregled pri čemu se dogovaraju o najboljim postupcima u daljnjem liječenju.

Novost je i uvođenje kategorije informiranog pristanka čime pacijent prestaje biti objekt terapijskih intervencija i postaje subjekt i partner u svim fazama dijagnostičkog i terapijskog procesa. Na taj način dio odgovornosti za liječenje preuzima i sam pacijent. Preduvjet je da bude primjereno informiran što podrazumijeva da tekst odgovara njegovoj sposobnosti razumijevanja, uz minimalnu uporabu stručnih izraza.

Prema Brajković i sur. (39) četiri su osnovna modela donošenja odluka u odnosu liječnika i pacijenta:

- paternalistički model – liječnik donosi odluke umjesto pacijenta,
- profesionalac kao agent – liječnik donosi odluke umjesto pacijenta na osnovu onog što već otprije zna o željama svog pacijenta,
- suradni model – liječnik i pacijent dijele informacije i razmišljanja i traže zajedničku odluku oko dijagnostičkih i terapijskih postupaka i planova; zahtijeva liječnikovu želju za suradnjom i pacijentovu želju za sudjelovanjem i preuzimanjem na sebe odgovornosti prilikom donošenja odluka,
- informirani korisnik – pacijenti prikupljaju informacije iz raznih izvora, uključujući i od svojih liječnika, u svrhu odabira između dostupnih načina liječenja. U ovom modelu pacijent donosi odluke autonomno i neovisno, a liječnik je primarno samo jedan od izvora informacija.

2.2. Empatija

U odnosu liječnik – pacijent možda najvažniju ulogu ima empatija (suosjećanje). Riječ empatija izvedenica je od grčke riječi en-u i pathos-nesreća, zlo, nevolja, trpljenje. Iako se najčešće dovodi u vezu s Freudovom teorijom (on je upotrebljavao pojam „Einflühlung“ koji u prijevodu znači osjećati se u nekome ili nečemu). Empatija je najvažnija ljudska značajka koja ne omogućava samo socijalne relacije i komunikaciju, već je osnova za stvaranje morala i inhibicije nagona, posebice agresije. Emocije pretvaraju nagone u socijalne obveze i moralnost, osjećaje provode u poštovanje, a bol u savjest (588).

Suvremeni rječnici definiraju empatiju kao “identifikaciju sa situacijom, osjećajima i motivima drugoga ali i, istovremeno, razumijevanje te iste situacije, osjećaja i motiva”. Ova definicija kombinira i kognitivne i osjećajne (“identifikaciju” i “razumijevanje”) elemente (59). U čovjeka (djeteta) se razvija oko druge godine života, a u potpunosti sa sedam godina. S godinama se empatijska sposobnost osobe povećava, izraženija je prema pripadnicima iste kulture, te prema osobama s kojima se ima dugotrajniji odnos tj. poznanstvo. Empatiju medicinskoga osoblja prema pacijentu prvi je put upotrijebio Elmer E. Southard u 19. stoljeću i opisao ju kao važnu komponentu liječenja (60). Većina istraživanja pokazala je da se tijekom obrazovanja empatijska sposobnost smanjuje, i to i za vrijeme studija i za vrijeme specijalizacije tj. daljnjeg usavršavanja medicinskoga osoblja. Prema tome, jedan od glavnih zadataka edukatora u medicinskim profesijama jest da pomogne razvoj empatijskog kapaciteta u medicinskih profesionalaca. Balintove grupe dobar su način da se npr. u mladih liječnika - stažista razvija empatija (60).

2.3. Profesionalna komunikacija između liječnika i pacijenta

Osnovna obilježja profesionalizma u medicini su: odgovornost, altruizam, izvrsnost i humanizam i pozitivno su povezani s boljim ishodom liječenja (61,62).

Model komunikacije u medicini (konzultaciji) sastavljen je od šest sastavnica:

- poticanje odnosa,
- prikupljanje informacija,
- pružanje informacija,
- donošenje odluke,
- osposobljavanje za nošenje s bolešću i terapijom,

- odgovor na emocije.

Primarni cilj medicinske komunikacije je zdravlje kao i ishodi vezani za pacijenta. Dobra (odgovarajuća) komunikacija povezana je s boljim ishodom bolesti. Bolja komunikacija rezultira boljom suradljivošću u procesu liječenja, a isto tako i manjim brojem pritužbi na liječničku pogrešku. Nije u potpunosti jasno na koji način koji dio komunikacije utječe na ishod. Uočeno je da postoje tri vrste ishoda: promptni, intermedijarni i dugoročni s jedne strane i ishod vezan za proces i odnos pacijent – liječnik s druge. U praksi, ovaj model konkretno opisuje komunikaciju i bolje je integrira u proces medicinske skrbi, a može poslužiti i za edukaciju studenata (63).

Osnovne komunikacijske vještine su sadržajne, procesne i perceptivne. Međusobno su povezane i u intervjuu ih treba zajedno pratiti. Za sada se često puta događa da dobijemo dvije vrste intervjuja. Prva je tradicionalna povijest bolesti (sadržaj intervjuja, kada se uzima povijest i razlog dolaska, osobna, obiteljska i socijalna anamneza, alergije, lijekovi i dr.). Drugo je komunikacijski model, kao alternativni okvir s listom vještina koje opisuju značenje i smisao medicinskog intervjuja, razvoj odnosa, dobivanje informacija opisanih u tradicionalnoj medicinskoj povijesti i raspravu tih nalaza i alternativa liječenja s pacijentom. To je zapravo proces medicinskog intervjuja. Oba ova modela trebala bi biti komplementarna. Važno je istaknuti i važnost pacijentove perspektive na bolest, koja uopće ne mora biti ista kao u liječnika, pogotovo ne u više bolesnika s istom biomedicinskom dijagnozom (34).

Kronični pacijenti starije dobi česti su posjetitelji ordinacija OM. S obzirom na posebni vid komunikacije s pacijentima treće dobi, potrebno je spomenuti njezine specifičnosti. Stariji pacijenti imaju veću potrebu za dobivanjem informacija u odnosu na osobe mlađe životne dobi, tjeskobniji su tijekom pregleda, manje usredotočeni i teže i sporije izvještavaju o tegobama. Stariji pacijenti su osjetljiviji na uskraćivanje pozornosti od liječnika, više su skloni usmjeravanju na neverbalni aspekt liječnika prepoznajući neverbalne znakove, želeći osjetiti da su proveli kvalitetno vrijeme s liječnikom i da su liječniku važni. Važno je odvojiti dovoljno vremena za starijeg pacijenta te uskladiti verbalne i neverbalne dijelove komunikacije.

Procjena općeg funkcioniranja osobe treće životne dobi, a ne kronološka dob pacijenta iznimno je važna za uspješnu komunikaciju, što uključuje procjenu senzornih sposobnosti, psihosocijalnih potreba, emocionalnog stanja, načina suočavanja s problemima te procjenu potrebe za pomoći (64).

Bolest mijenja način funkcioniranja osobe. Biti bolestan za osobu znači biti drukčiji nego što je bila do tada. Način funkcioniranja bolesnika karakteriziran je njegovim prijašnjim

iskustvima s bolešću, reakcijama obitelji i okoline, ali i sociokulturnim vjerovanjima i stavovima o bolesti. Osobne i okolinske pretpostavke o ovisnosti, bespomoćnosti, boli pa i o smrti, značajno utječu na osobu koja traži pomoć.

Svaku bolest prati regresija, odnosno reaktivacija svjesnih i nesvjesnih sadržaja i načina reagiranja iz pacijentove prošlosti. Reaktivaciju regresivnih fenomena uzrokuje pojava bolesti, njezina ekstenzivnost i najčešće nepripremljenost pacijenta. Nadalje, bolest značajno narušava osnovno samopouzdanje i reaktivira bolna sjećanja na eventualna ranija iskustva s bolešću (65,40).

2.3.1. Metode poučavanja komunikacije u obiteljskoj medicini

Postoji puno metoda poučavanja komunikacije. Osnovna, gruba podjela bila bi na one koji se odvijaju u laboratorijskim uvjetima i učionicama (laboratoriji komunikacijskih vještina, glumci pacijenti, vježbanje uloga, video materijali) i one u realnom životu. Ono što je karakteristično za OM izvan fakulteta i učionice je pristup jedan na jedan – stvaranje povjerljivog okruženja koje se rijetko postiže u grupi i mogućnost prilagodbe potrebama i razini znanja učenika (kandidata). Isto tako, ono daje mogućnosti kreiranja prilika za aktivnim učenjem u pravom kliničkom okruženju. Da bi sve navedeno zaista postiglo cilj, potrebna je priprema i planiranje. Karakteristike ovakvog načina učenja su:

- obuhvaća tekuće potrebe za učenjem,
- promiče samostalnost i učenje usmjereno prema sebi,
- povezuje prethodno znanje s novim kliničkim iskustvom,
- omogućuje povoljnije (lakše, zgodnije, odgovarajuće) poučavanje (66).

Osim promatranjem i izravnim sudjelovanjem, komunikacija se uči i refleksijom. Refleksija je zapravo zrcalna slika naših misli i preko nje spoznajemo mogućnosti različitih perspektiva, značenja i interpretacija koje se kriju ispod određene socijalne situacije. Refleksijom se mogu odmah spoznati osjećaji i onda je moguće odmaknuti se od njih, pomaže da se uvide dobre i loše strane situacije u kojoj se netko nađe, razvija pristup prema rješavanju problema i povratna informacija koja se dobije korisna je za promjenu ili razvoj pristupa. Reflektivni praktičar treba vrednovati relativnu nesigurnost znanja u određenim životnim situacijama. Zato je potreban otvoreni um i svijest o kontekstu i socijalnoj uvjetovanosti prakse. Prihvaćajući da nema samo jednog pravog odgovora prihvaćamo mudrost iz prakse (života). Refleksija je proces i kao takav traži vrijeme i sudjelovanje u kritičkom angažmanu u procesu razmišljanja (67).

Otvorenost za povratnu informaciju još je jedna profesionalna značajka koja se najbolje modelira u modelu jedan na jedan (68). Da bi ohrabрили refleksije (reflektivnu praksu) potrebno je “rasteretiti” kliničko razmišljanje (logiku) i procese formiranja odluke i opisati i raspraviti etičke vrijednosti i uvjerenja koja nas vode u skrbi za pacijenta. Odgovor bi trebao biti osvrt (refleksija), radije nego objašnjavanje, ispričavanje ili nuđenje protuargumenata da obranimo naš osobiti stil, jer smo i sami otvoreni za mišljenje i ocjenu samog studenta – praktikanta. Svaki pregled i svaki razgovor stavlja studenta u poseban položaj s pacijentom i u prilici je da gradi poseban odnos s njim i samim tim uči. Svaki pacijent pokreće emocionalni odgovor u studenta obogaćujući njegovu osobnost i profesionalni dio. Biti učitelj još jedan je privilegij profesije bez čega bi medicina bila samo još jedan “posao” (66).

Učenje u maloj skupini omogućava raspravu o temi, razmjenu mišljenja, razvija slušanje drugog i timski rad i daje studentima priliku da monitoriraju svoje vlastito učenje i tako postignu stupanj samousmjeravanja i samostalnost u svojem studiranju. Razvija kvalitete kao što su otvorenost, umrežavanje i proaktivna komunikacija (69). Igranjem uloga, gdje jedan student glumi pacijenta, a drugi doktora, nakon čega se razvija rasprava u grupi poboljšavaju se komunikacijske vještine i empatija, pomaže se rješavanju problema i ispituju se stavovi (70).

III. Pisma pacijentu

3.1. Razvoj ideje o pismima kroz povijest

Pisma su pomalo su zastarjeli oblik komunikacije, nekako pripadaju povijesti, čak i povijesti medicine. Sačuvana konzultacijska pisma napisana od pacijenata, rođaka ili prijatelja računaju se u najvrjednije izvore za analizu pre-modernih iskustava bolesti i tijela od kasnog srednjeg vijeka kroz vrhunac medicinske korespondencije u 18. st., prije njezinog pada u 19. stoljeću (71).

U renesansnoj humanističkoj medicini pojavljuje se novi spoznajni stil, nova forma medicinskog pisanja – zabilješki (druga polovica 16. st.). “Opservacije” – predstavljaju zbirku prikaza slučajeva koji su postali osnovni oblik medicinskog pisanja, ali i prenošenja znanja kasnije, u 18. st. Prikazi slučajeva krenuli su od samoreklame lokalnih (područnih i gradskih) liječnika koji su naglašavali praktične vještine i uspjehe u liječenju iznad akademskih (naučnih) i isticali ih kao temelj svog profesionalnog identiteta. Tako je započeo razvoj

znanstvene spoznaje zasnovane na deskripciji bolesti kroz detaljne opservacije (72). Konzultacija pismom bila je prilično uobičajena praksa među pripadnicima educirane, više klase rane moderne Europe u 18. st. i vrlo važan način razmjene informacija. Tako postoje pisma koja su pacijenti pisali liječnicima (konzultacijska pisma) i članovima obitelji (i obratno) o svome zdravstvenom stanju kroz koja se osim činjenica zdravlja/bolesti mogu iščitati osjećaji vezani za bolest, misli i ponašanja pacijenata (73).

Republic of Letters (*Respublica litteraria*) predstavlja intelektualnu udrugu „na daljinu” u vrijeme kraja 17. i početkom 18. st. u Europi i Americi. Promicala je komunikaciju između intelektualaca prosvjetiteljstva ili „filozofa“ kako su ih zvali u Francuskoj. Pojavila se u 17. st. kao samoprogllašeno društvo (zajednica, udruga) znanstvenika i književnika koja se protezala preko nacionalnih granica, ali poštivala je razlike u jeziku i kulturi. Kruženje rukom pisanih pisama bilo je nužno za njezino postojanje jer je omogućavalo intelektualcima da korespondiraju međusobno s velikih udaljenosti. Svi državljani u 17. st. te države komunicirali su pismima, razmjenjujući publicirane radove i objave, smatrajući svojom dužnošću da dovedu i druge u Republiku kroz širenje korespondencije (prepiske). U 17. st. stvaraju se prve akademske ustanove (npr. Kraljevsko društvo 1662.) (74) i malo po malo, negdje krajem 18. st. pisma su sve manje u modi i gubi se posrednička uloga u komunikaciji koju je osiguravala pisana riječ. Slično tome, javila se ideja da studenti pišu osobno pismo svojim prvim pacijentima što bi im trebalo pomoći da osobno vide – dožive klinički dio. Opravdano je misliti da bi se oni mogli sjećati ovih pisama dulje nego bilo čega drugog (75).

3.2. Suvremene spoznaje

Pismo kao metoda komunikacije. U modernoj literaturi nema puno primjera pismene komunikacije. Jedan od njih je projekt star sada već sedamnaest godina: terminalno bolesni preko pisma izražavaju svoje osjećaje i dijele svoje iskustvo s medicinskim osobljem (studentima). Na taj način su im postali učitelji i mentori (76).

Projektom National Health Service (NHS) u Britaniji istražilo se koliko su korisna pisma pacijentu nakon konzultacije. U zaključku stoji da su pacijenti najzadovoljniji strukturiranim pismima upućenima njima osobno, napisanima jednostavnim i razumljivim jezikom, prilagođenom pacijentu i njegovim potrebama (77).

Pismo kao metoda edukacije. Pisma obiteljima u edukaciji medicinskih sestara (patronaža i kućna njega): edukacijska strategija da se razviju komunikacijske vještine i

prepoznaju snage pacijenta. Uočena je korist za studenta, pacijenta i fakultet, a cilj je bio pronaći oslonac u obitelji, prepoznati njezinu snagu i pomoću nje pomoći u rješavanju problema koji postoje u obitelji (78).

Što liječnik više komunicira s pacijentom o njegovom problemu smanjuje se psihološki stres, simptomi brže nestaju i bolji je ishod liječenja. Važno je da usmena komunikacija prethodi pismenoj jer na isključivo pisane informacije o bolesti kao i na samu dijagnozu, bolesnici češće reagiraju razvojem lošijeg raspoloženja i anksioznosti” (39).

3.2.1. Koncept “pisma studenta pacijentu” u nastavi obiteljske medicine na Medicinskom fakultetu u Splitu

Na Medicinskom fakultetu u Splitu uveli smo pismo pacijentu kao metodu edukacije za studente (79). Pismo pacijentu karakterizirano je osobnim pristupom i obraćanjem i pokazuje odnos i brigu za pacijenta. Studenti su dobili zadatak da obave konzultaciju prema pravilima struke (uzeti anamnezu, pregledati pacijenta, razgovarati s njim o problemu i zaključiti konzultaciju s planom rada/mjera). U žarištu je bio razlog zbog kojeg je pacijent došao na konzultaciju svom liječniku. U tom procesu kroz razgovor i klinički pregled pacijent je dobio objašnjenje za svoje tegobe, dijagnozu, terapiju i preporuke za skrb. Student je nastojao da konzultacija sadrži sve što treba i da pacijentu razjasni nejasnoće u pogledu njegove bolesti. Pacijent je, s druge strane, imao svoja očekivanja od studenta (liječnika) (dolazio je po savjet, želio se osloboditi strahova, podijeliti brigu i sl.) i sasvim je sigurno nešto od toga i dobio.

Između konzultacije i pisanja pisma u našem radu sa studentima dogodio se vrlo važan dio – refleksija na konzultaciju. Nakon konzultacije, zajedno sa studentom razgovaralo se o pacijentu: student je iznosio svoje emocije, zapažanja i mišljenje o konzultaciji (pacijentu, kliničkom problemu), razgovaralo se o tome što se dogodilo, što je bilo dobro, što nije, što bi se još moglo napraviti, izvlačila se “pouka” i plan – zaključak za dalje, za iste - slične situacije. Zajedno s uputama za pisanje pisma, sve navedeno je predstavljalo materijal studentu za pisanje pisma pacijentu (79).

Nakon konzultacije, student je pisao pismo pacijentu o njegovoj bolesti opisujući prethodnu konzultaciju, o tome kako je razumio njegov problem, što je smatrao da on treba znati o svojoj bolesti, što je za njega važno u tom stanju i preporuke, kako bi se pacijent trebao ponašati prema svom zdravlju. Pacijent je dobio pismo, pročitao ga i u sebi usporedio svoja očekivanja s onim što je doživio (dobio) u ambulanti.

Osim što su kasnije ocijenili pisma, ocjenjivači i pacijenti su u pismima podcrtali nejasne i nerazumljive dijelove koji su se statistički usporedili. Analizom će se pokušati pronaći zapreke u svakodnevnoj komunikaciji liječnik-pacijent i samim tim je pokušati unaprijediti. Ostaje pitanje podudarnosti očekivanog i dobivenog i koliko u procesu naše komunikacije postoji "slijepih pjega" koje ne uočavamo i ponavljamo iste greške?

Pismo se vezuje za konzultaciju. Predstavlja nastavak i potvrdu edukacije/vježbe odnosa liječnik-pacijent i u sebi sažima (sadrži) faktičko znanje o bolesti i njezinim mehanizmima u pacijenta, saznanja o pacijentovom problemu (bolest - bolesnost, *engl. disease - illness*) gledanom u bio-psiho-socijalnom aspektu, podatke o terapiji, preporuci i savjetu tom pojedinom pacijentu i pogled na ljudski odnos studenta s pacijentom kao i umijeće (pisane) komunikacije studenta. Čitajući pismo trebali bismo dobiti cjelokupnu sliku o pacijentu na kojeg se pismo odnosi, ne samo površni podatak o njegovoj bolesti i terapiji koja se preporuča. Prema tome, njime bi trebalo biti moguće vidjeti/procijeniti i vještinu studenta stečenu u dotadašnjem radu/komunikaciji s pacijentima u obiteljskoj medicini (kao završnom kliničkom predmetu) i medicini uopće. Smatramo ga, prije svega korisnom vježbom preko koje možemo obuhvatiti i istaknuti/naglasiti studentima osnovne postavke obiteljske medicine. Služi kao odlična dopuna konzultaciji u edukaciji studenata.

U skladu s gore navedenim, komunikacija pismom u vremenu edukacije studenata može biti vrlo korisna za razvoj unutarnjeg dijaloga, s ciljem boljeg razumijevanja pacijentovih briga i preokupacija, potreba i prioriteta u vrijeme bolesti (40). Isto tako može pomoći razvoju vještina odnosa s pacijentom u studenata, te analizi umijeća komunikacije liječnik-pacijent (78,79).

Koncept pisma pacijentu nadovezuje se na koncept "torbe za spise" (*engl. port folia*), metodu koja se koristi na nekim europskim sveučilištima u dodiplomskoj nastavi (npr. Edinburg), a isto tako i kao obavezni dio specijalističkog ispita iz obiteljske medicine. Korištenje portfolija pokazalo se korisnim za vrijeme studiranja, iako ga studenti ne prihvaćaju uvijek sa zadovoljstvom. Radi se zapravo o zabilješkama za vrijeme studiranja, praćenju učenja i refleksijama na određene probleme iz kliničke prakse. S jedne strane, služi vlastitoj upotrebi i osobnom pogledu prema unutra. S druge strane, tu su podaci za mentora i njegovo praćenje napretka kandidata. Može poslužiti kao koristan alat za učenje. Piše se prema nekoliko okvirnih pravila: opis bitnih događaja (činjenica), procjena (ocjena) i plan djelovanja. Student je ovisno o svojim osobnim potrebama i dotadašnjem stupnju znanja slobodan pisati svoje osobne opaske i ono što smatra relevantnim (79).

Ako se osvrnemo na navedeno, možemo zaključiti da je ideja o pismima u sebi obuhvatila i povezala nekoliko, za studente korisnih vještina: vještinu komunikacije s različitim pacijentima, usmenu (u konzultaciji, uz davanje savjeta i preporuka pacijentu) i pismenu (pisanje specifične vrste i oblika pisma pacijentu uz profesionalni sadržaj i vježbu pismenosti i stila pisanja), znanje o specifičnom medicinskom problemu kojeg svaki pacijent ponaosob donosi, refleksiju na konzultaciju, što podrazumijeva i otvorenost za povratnu informaciju kao posebnu vještinu, te upotrebu bio-psiho-socijalnog pristupa u obiteljskoj medicini – promatranja pacijenta i bolesti u svojoj obiteljskoj, socijalnoj i radnoj okolini. Takva praksa vodi izgradnji samopuzdanja u kliničkom radu s pacijentima (79,80).

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Primarni cilj

Procjena mogućnosti uporabe pisma pacijentu kao edukacijske metode tijekom izobrazbe studenata medicine završne (šeste) godine studija na predmetu Obiteljska medicina Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu.

Sekundarni ciljevi:

1. Procijeniti varijabilnosti u ocjenama konzultacija i pisama.
2. Procijeniti čimbenike koji značajno utječu na kvalitetu pisama i konzultacija.
3. Istražiti povezanost kvalitete napisanih pisama i zadovoljstva pacijenata provjerenog prikladnim upitnikom.
4. Istražiti povezanost ocjena pisama i ocjena konzultacija u ambulanti.

Tercijarni cilj:

Pokušati pronaći najčešće razloge nerazumijevanja između pacijenata i studenata.

HIPOTEZE

1. „Pismo pacijentu“ je validan i upotrebljiv instrument kao edukacijska metoda tijekom izobrazbe studenata medicine završne (šeste) godine studija na predmetu Obiteljska medicina jer postoji pozitivna povezanost između kvalitete napisanog pisma i uspješnosti na ispitu provjerene standardnim pisanim testom.
2. Postoji pozitivna povezanost kvalitete napisanih pisama i zadovoljstva pacijenata provjerenog prikladnim upitnikom.
3. Postoji pozitivna povezanost između ocjene pisama i ocjene konzultacija od strane pacijenata i mentora.
4. Pacijenti bolje razumiju svoj problem (bolest) i preporuke za liječenje nakon što su im studenti napisali pismo.

ISPITANICI I POSTUPCI

Metodologija studije je kombinacija kvalitativne i kvantitativne studije.

I. Ispitanici

Istraživanjem su obuhvaćeni svi studenti šeste godine Medicinskog fakulteta u Splitu akademskih godina 2010./11., 2011./12. i 2012./13. Uzorak predstavljaju pisma koja su ti studenti napisali pacijentima (tbl.1). Studenti su prethodno, za vrijeme seminarske nastave dobili upute za pisanje pisama (Prilog 1).

Generacija studenta medicine 2010./11. napisala je 108 pisama (54 studenta, svaki po dva pisma). U generacijama 2011./12. i 2012./13. obuhvaćen je ukupno 121 student. Svaki student je na vježbama iz kolegija Obiteljska medicina za ispit obradio četiri pacijenta i napisao im pisma (ukupno 484 pacijent – pisma).

Tablica 1. Prikaz analiziranih studenata i pisama

Akadska godina	Godina studija	Broj studenata	Broj pisama
2010./11.	IV.	64	256 (64x4)
	VI.	54	108 (54x2)
2011./12.	VI.	65	260 (65x4)
2012./13.	VI.	56	224 (56x4)
Ukupno		239	848

II. Postupci

U prvoj generaciji studenta medicine koja je pisala pisma (2010./11., n=54) napravljeno je istraživanje koje je obuhvatilo i kvalitativnu obradu napisanih pisama (54 studenta napisala su 108 pisama, svaki po dva). U sljedeće dvije generacije obradili smo podatke prema navedenoj metodologiji.

Istraživanje je provedeno u gradskim i otočkim ordinacijama obiteljske medicine, za vrijeme vježbi iz kolegija Obiteljska medicina koje traju dva puta po 10 dana. U istraživanje su uključeni i svi voditelji vježbi (mentori – specijalisti obiteljske medicine) u čijim ambulantomama su boravili studenti na vježbama tijekom nastave iz Obiteljske medicine u školskoj godini: 2010./11., 2011./12., 2012./13.

Svim ispitanicima (pacijentima) objašnjen je sadržaj i svrha istraživanja, nakon čega su potpisom u obrascu informiranog pristanka potvrdili svoje sudjelovanje. Potencijalnim sudionicima prethodno je objašnjeno da odbijanje sudjelovanja u istraživanju neće utjecati na njihovu daljnju zdravstvenu skrb. Svaki ispitanik dobio je kopiju potpisanog informiranog pristanka s imenom istraživača i brojem telefona na koji se može javiti. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Kliničkog bolničkog centra Split.

2.1. Odabir pacijenata

U studiju su uključeni: pacijenti koji samostalno dolaze liječniku po pomoć i s njim kontaktiraju iznoseći svoj problem. Isti pacijent mogao je biti uključen samo jedanput. U studiju nisu mogli biti uključeni: pacijenti koji nisu pismeni, oni koji boluju od teže psihijatrijske bolesti koja podrazumijeva nebrojivost i skrbništvo druge osobe, poremećaja svijesti bilo koje etiologije te mentalne retardacije.

U istraživanju su korišteni sljedeći upitnici:

- obrazac za ocjenu konzultacije koji je osmišljen na Katedri za obiteljsku medicinu (Prilog 2a),
- obrazac za ocjenu pisma osmišljen na Katedri za obiteljsku medicinu (Prilog 2a),
- instrument za mjerenje pacijentove osposobljenosti za nošenje s bolešću (*engl.* Patient enablement instrument, PEI) (Prilog 2b).

- instrument za mjerenje empatije (suosjećanja) u konzultaciji (*engl.* Consultation and Relational Empathy, CARE) (Prilog 2c),

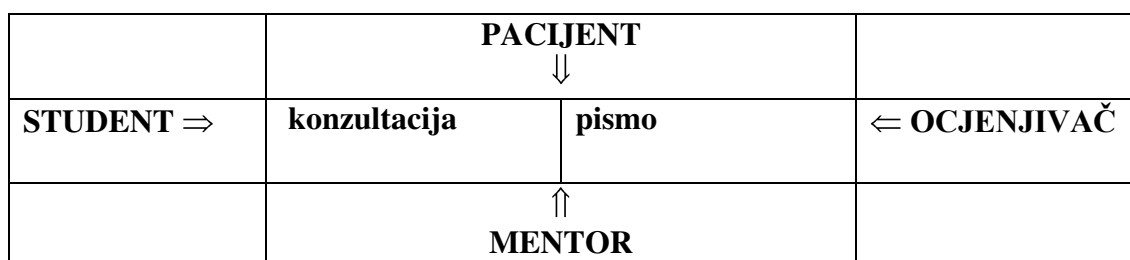
2.2. Razvoj obrasca (upitnika) za ocjenu konzultacije i studentskih pisama pacijentu

Ovaj instrument (upitnik) napravili smo metodom tzv. valjanosti po viđenju (*engl.* face validity). Zamolili smo 10 kolega, specijalista OM da od predloženih 10 pitanja izabere pet, prema poznatoj – potvrđenoj važnosti pojedinih kategorija za procjenu kvalitete konzultacije/studentskih pisama pacijentu. Bili su skladni (konzistentni) u svojem izboru, tako da su za upitnik izabrane sljedeće kategorije:

- primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja,
- znanje,
- kvaliteta/ korisnost preporuke,
- pristojnost,
- umijeće usmenog/pismenog izražavanja.

U prvoj generaciji pisama (2010./11.) mjerna ljestvica iznosila je 0-2 boda (loše, srednje, dobro; mogući raspon bodova 0-10 za svih 5 kategorija) gdje su tri kategorije istog instrumenta korištene za ocjenu od strane pacijenata: 1) primjerenost i jasnoća opisa bolesti, 2) kvaliteta/korisnost preporuke, 3) pristojnost (ljestvica raspona ocjena 0-2, mogući raspon bodova 0-6) (80).

Upitnik je validiran i u istraživanju na studentima IV. godine studija akademske godine 2010./11. koji su također imali zadatak napisati pisma pacijentima za vrijeme prakse u ambulantama na kolegiju interne medicine. Koristili smo isti upitnik s rasponom ocjena 1-5 (nezadovoljavajuće, zadovoljavajuće, dobro, vrlo dobro, odlično) s rasponom bodova 1-25 (80) (vidi Prilog 2a).



Slika 1. Prikaz ocjenjivanja konzultacije i pisama (pacijenti i mentori ocjenjuju konzultaciju i pismo, studenti ocjenjuju samo konzultaciju, a ocjenjivači ocjenjuju samo pismo).

2.3. Pacijentova osposobljenost za nošenje s bolešću (*engl. patient enablement instrument, PEI*) (81)

Predstavlja mjeru ishoda konzultacije i pokazuje u kojoj mjeri pacijenti razumiju svoje zdravstvene probleme i u stanju su nositi se s njima. Sastoji se od šest pitanja/tvrdnji (Kao rezultat Vašeg današnjeg posjeta liječniku, osjećate li da ste: sposobni nositi se sa životom, sposobni razumjeti svoju bolest, sposobni nositi se sa svojom bolešću, sposobni održavati sebe zdravim, čvrsto uvjeren/siguran u svoje zdravlje i sposoban sam sebi pomoći) od kojih svaka može nositi od 1-3 boda (puno bolje, bolje, jednako ili lošije), najviše 18 bodova (vidi Prilog 2b)).

2.4. Empatija u konzultaciji (*engl. consultation and relational empathy, CARE*)

CARE je mjera je procesa konzultacije koju je razvio Stewart Mercer i sur. na Katedri obiteljske medicine Sveučilišta u Glasgowu i Edinburgu 2004. godine (50,51). Predstavlja mjeru za empatiju u širem smislu, unutar terapijskog odnosa i za vrijeme procesa konzultacije. Sam naslov govori o namjeri da se izradi holistički, pacijentu usmjeren mjerni instrument koji bi bio neovisan o socioekonomskom položaju pacijenta. Instrument je validiran i dosta se koristi u UK i mnogim drugim zemljama, ne samo u praksi, specijalističkom usavršavanju liječnika obiteljske medicine, već i u edukaciji studenata dodiplomske i poslijediplomske nastave. Upitnik (vidi prilog) se sastoji od deset tvrdnji. Svaka tvrdnja ima pet mogućih odgovora koji se boduju bodovima od 1-5 (loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno), ukupno najviše 50 bodova (50,51) (vidi Prilog 2c).

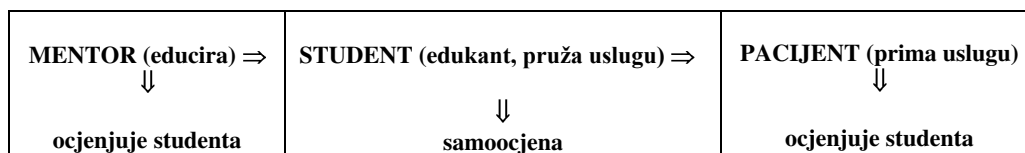
Istraživanje je provedeno na sljedeći način (Prilog 3):

2.5. Konzultacija

Za vrijeme vježbi u ambulanti studenti su obavljali praksu s pacijentima koji su dolazili na pregled. Uz pomoć mentora (specijalist obiteljske medicine kod kojeg je obavio vježbe u ambulanti), svaki student odabrao je za obradu po dva pacijenta u svakoj mentorskoj

ambulanti, ukupno četiri, po mogućnosti dva s akutnim i dva s kroničnim bolestima. Sa svakim pacijentom imao je zadatak napraviti konzultaciju u obiteljskoj medicini, po pravilima struke: uzeti anamnezu i napraviti fizikalni pregled, objasniti pacijentu svoj nalaz i dati mu preporuke. Kvalitetu komunikacijske skrbi u konzultaciji, kao i elemente konzultacije, procijenio je a) mentor, b) pacijent i c) sam student, odmah nakon konzultacije odgovarajućim upitnicima. Vrijeme započinjanja i završetka konzultacije zabilježio je mentor prema satu na zaslonu kompjutera u ordinaciji. Odabranim pacijentima, s kojima je napravljena konzultacija, studenti su kasnije napisali pismo.

2.6. Ocjenjivanje konzultacije



Slika 2. Prikaz ocjenjivanja konzultacije (pacijent, mentor i student ocjenjuju konzultaciju).

2.6.1. Ocjene pacijenata

Na kraju konzultacije pacijenti su ocijenili konzultaciju na osnovu:

- svojeg zadovoljstva konzultacijom i procjene studentove kompetencije u radu s pacijentom (obrazac za ocjenu konzultacije) (82),
- ocjene empatije na osnovi upitnika CARE (83),
- procjene svog osjećaja osposobljenosti za nošenje s problemom zbog kojeg su došli u ambulantu (PEI) (45).

2.6.2. Ocjene mentora

Mentori su ocijenili konzultaciju tako da su:

- zabilježili vrijeme konzultacije,
- ispunili obrazac za ocjenu konzultacije studenta s pacijentom od strane mentora, koji je osmišljen na Katedri za obiteljsku medicinu (57,86),
- procijenili empatiju ispunjavanjem upitnika CARE,
- procijenili osposobljenost za nošenje s bolešću (stanjem) ispunjavanjem upitnika (PEI) (85,86).

2.6.3. Ocjene studenata

Studenti su ocijenili samoga sebe, odmah nakon konzultacije, istim instrumentima (upitnicima) kao i mentori (navedeno gore).

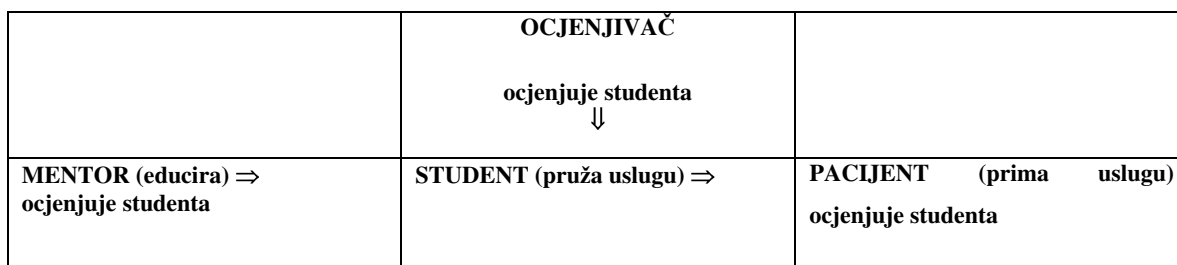
2.7. Pisanje pisama

Nakon konzultacije, u vremenskom razmaku do dva tjedna, studenti su svakom obrađenom pacijentu napisali pismo i dali ga svojem mentoru (specijalisti obiteljske medicine kod kojeg su obavili vježbe u ambulanti). Pismo se sastoji od nekoliko dijelova:

- osnovni podaci o pacijentu: dob, spol, socijalni i edukacijski status pacijenta (ovi podaci mogu biti izdvojeni u uvodnom dijelu pisma), te dijagnoze (bolesti od kojih / koje pacijent boluje),
- opis simptoma i razloga dolaska liječniku,
- bitni dijelovi iz povijesti bolesti i psihosocijalne anamneze koji su po mišljenju studenta važni za sadašnje stanje pacijenta,
- integracija dosadašnjeg stanja i sadašnjih simptoma (kako student sagledava problem pacijenta i što misli da bi on trebao znati o svojoj bolesti),
- preporuke za liječenje i način života s objašnjenjima (što student misli da je za pacijenta važno u tom stanju i kako bi se nadalje trebao ponašati prema svojem zdravlju).

Studenti pišu pismo pacijentu opisujući prethodnu konzultaciju, o tome kako sagledavaju njegov problem, što misle da pacijenti trebaju znati o svojoj bolesti, što misle da je za pacijenta važno u tom stanju i preporuke, kako bi se trebali ponašati prema svojem zdravlju. Potrebno je da se iz pisma vidi holistički (bio-psiho-socijalni), obiteljski i pacijentu usmjeren pristup, što su studenti trebali naučiti na vježbama i predstavlja temeljnu razliku obiteljske medicine i bolničkih specijalnosti. Isto tako, iz njega bi trebalo biti vidljivo ukupno zdravstveno stanje pacijenta. Pismo je trebalo imati 1-2 stranice formata A4, i više ako je potrebno, prored 1.5, font 12, Times New Roman.

2.8. Ocjenjivanje pisama



Slika 3. Prikaz ocjenjivanja pisama (ocjenjivač, mentor i pacijent ocjenjuju pismo).

2.8.1. Ocjene pacijenata

Pacijent je pismo dobio od svojega liječnika (mentora) i uz detaljne upute ga ocijenio prema Obrascu za ocjenu pisma osmišljenom na Katedri za obiteljsku medicinu.

2.8.2. Ocjene mentora

Mentor, nakon što je od studenta dobio pismo, ocijenio ga je prema Obrascu za ocjenjivanje pisma od strane mentora osmišljenom na Katedri za obiteljsku. Obrazac kojim je mentor ocijenio pismo istovjetan je onom kojim je pismo ocijenio pacijent.

2.8.3. Ocjene ocjenjivača

Nakon što su sva pisma prikupljena, ocijenili su ih nezavisni ocjenjivači, tri liječnika specijalista obiteljske medicine s Katedre za obiteljsku medicinu, prema Obrascu za ocjenjivanje pisma osmišljenom na Katedri za obiteljsku medicinu, istovjetnom obrascima pacijenta i mentora za ocjenu pisma. Sva pisma koja su ocjenjivači dobili bila su kodirana, tako da ocjenjivači nisu znali koji je student autor kojeg pisma.

2.9. Analiza sadržaja pisama

Informirajući pacijente o njihovoj ulozi u evaluaciji studentskih pisama, njihovi obiteljski liječnici (a mentori studentima) zamolili su ih da osim što trebaju ocijeniti pisma, u pismu podcrtaju dijelove pisama koje ne razumiju. Isti zadatak imali su mentori i ocjenjivači, da podcrtaju dijelove pisama koje su smatrali nejasnim (nerazumljivim) za pacijente.

Nakon što su podcrtana pisma prikupljena, tri ocjenjivača su podcrtane dijelove teksta podijelili u šest kategorija. Slijedila je zajednička rasprava (dogovor) o rezultatima podjele (kategorizacije) podcrtanog teksta i kodiranje teksta.

Procjene (ne)podudarnosti nerazumljivih dijelova pisama pacijenata i mentora analizirane su statističkim programom NVivo 9 (QSR International, Doncaster, Victoria, Australia) (87).

III. Statistički postupci

Statistička obrada podataka započeta je deskriptivnom statistikom, uz mjere centralne tendencije: aritmetičku sredinu i standardnu devijaciju ($M \pm SD$). Rezultati su prikazani uz 95% interval pouzdanosti (CI) i razinu značajnosti (P) od 0,05 (5%).

U statističkoj provjeri značajnosti opaženih razlika koristili smo:

- parametrijske probe - t-test, χ^2 test i analizu varijance, kao i neparametrijske - Mann Whitney, Kruskal Wallis, Wilcoxon;
- testiranje povezanosti između varijabli - Pearsonov koeficijent korelacije i multivarijatnu regresijsku analizu;
- analizu sadržaja pisma – statističkim programom za obradu kvalitativnih podataka NVivo 9.

Sve navedene analize bile su prilagođene činjenici da se radi o grupiranim podacima. Napravljena je obrada na oba načina, parametrijskim i neparametrijskim alatima. Kako nije bilo razlike u rezultatima, odlučili smo se uglavnom za prikaz parametrijske obrade zbog jednostavnosti i jasnije interpretacije.

Statistička obrada podataka provedena je programom SPSS 17.0.1, SPSS Inc, pod MS Windows 7 (Redmond, Washington, SAD), te analizom teksta programom NVivo 9 (QSR International, Doncaster, Victoria, Australia).

REZULTATI

I. Uzorak

Studija je provedena sa studentima Medicinskoga fakulteta u Splitu. Uključili smo sve studente šeste godine studija generacija koje su upisale studij godine 2004./05. i 2005./06., te studente četvrte godine koji su studij upisali godine 2006./07. To znači da smo generaciju 2006./07. testirali dva puta u razmaku od dvije godine.

1.1. Studenti

Obrađene su dvije generacije studenata na završnoj godini studija medicine, ukupno 121 student. Ukupno su napisali 484 pisma. Studenti su bili prosječne dobi $25,3 \pm 1,94$ (M \pm SD) godina, a po spolnoj strukturi bio je 41 (34%) muškarac i 80 (66%) žena.

1.2. Pacijenti

Pacijenti su bili prosječne dobi $58,6 \pm 17$, od toga 232 (48%) muškarca i 252 (52%) žene. Uzorak pacijenata nije se značajno razlikovao po spolu ($\chi^2=0,826$ i $P=0,363$). Umirovljenika je bilo 248 (53%), zaposlenih 159 (34%), a nezaposlenih 61 (13%).

1.3. Mentori i obilježja praksi

Svaki student je za vrijeme praktičnog dijela kolegija iz OM boravio u dvije prakse, otočjoj (terenskoj) i gradskoj. Veličina prakse (prosječna veličina tima) bila je 1462 ± 453 pacijenta. Sa studentima je radilo ukupno 22 mentora.

Prosječan dnevni broj pacijenata u praksi mentora bio je 59 ± 19 , a prosječan staž mentora bio je $24,96 \pm 7,13$ godina.

1.4. Konzultacije u ambulanti

Vrijeme konzultacije zabilježeno od strane mentora za odabrane pacijente iznosilo je $19,09 \pm 8,43$ minute po pacijentu. Otočki pacijenti imali su dulje konzultacije (otok $20,24 \pm 8,87$; grad $18,01 \pm 7,87$; $t = -2,81$; $df = 445$; $P = 0,005$).

Prosječne ocjene za konzultaciju u pacijenata bile su $23,05 \pm 2,34$, u mentora $22,18 \pm 2,53$, ($t = 7,28$; $df = 216$; $P < 0,001$).

1.5. Pisma - kvantitativna analiza

Prosječne ocjene za pisma u pacijenata bile su $23,73 \pm 1,80$, u mentora $22,23 \pm 2,91$, a i ocjenjivača $19,61 \pm 2,14$ bodova. Razlike između ocjena pacijenata i ocjenjivača ($t = 19,46$; $df = 213$; $P < 0,001$) bile su nešto više od razlike između pacijenata i mentora ($t = 6,81$; $df = 211$; $P < 0,001$).

Pacijenti (grad $23,30 \pm 2,10$; otok $24,24 \pm 1,20$; $t = -3,96$; $df = 212$; $P < 0,001$) i mentori (grad $21,84 \pm 2,86$; otok $22,69 \pm 2,91$; $t = -2,19$; $df = 482$; $P = 0,030$) na otoku ocijenili su pismo nešto višim ocjenama u odnosu na grad. U ocjenjivača nema razlike u ocjeni pisma između otoka i grada ($t = 0,212$; $df = 482$; $P = 0,832$).

Na pitanje koliko je pismo pridonijelo boljem razumijevanju Vašeg stanja (bolesti) prosječna ocjena pacijenata na ljestvici 1-5 bila je $4,39 \pm 0,73$ bodova.

Na pitanje treba li pismo uvesti kao standardni dio rada obiteljskog liječnika prosječni odgovor pacijenata na ljestvici 1-5 bio je $4,11 \pm 1,25$ bodova.

1.6. Pisma – kvalitativna analiza

Prosječan broj riječi po pismu u uzorku od 108 pisama koja su napisala 54 studenta VI godine 2010./11. bio je $731,1 \pm 384,1$. Jedan ocjenjivač nije podcrtao niti jednu riječ iz pisama, tako da je analiza sadržaja napravljena prema predlošku pacijenata i dva ocjenjivača.

Pacijenti i ocjenjivači podcrtali su riječi, dijelove rečenica ili čitave rečenice u 86 pisama: prosječno, postotak podcrtanog teksta po pismu bio je $7,1 \pm 7,3$.

1.6.1. Najčešći razlozi nerazumijevanja sadržaja pisma

Potcrtani dijelovi pisama kodirani su usaglašavanjem tri ocjenjivača, pa smo dobili nekoliko kategorija koje su obuhvatile nejasne dijelove pisama:

1) neprikladni izrazi (neprikladno izražavanje) npr. “Bilo bi dobro i srediti malo dom i pokušati se riješiti smrada duhana!” „Ovim pismom ne želim Vas preplašiti, već podsjetiti“, „Znam da svatko želi što dulje ostati mlad i imati što manje pomagala jer su ona znak nemoći”,

2) stručni izrazi (nerazumljivi laiku) npr. “endoskopska sfinkterotomija”, “cardiomyopathia ischaemica compensata ...”, “hropci što je znak infiltracije...”

3) nedostatne i nejasne preporuke npr. „tjelovježba koju ste prilagodili svojoj tjelesnoj kondiciji“, „zadane dijete“, „nemojte puno dosoljavati“,

4) gramatičke i pravopisne pogreške ,

5) neznanje i netočni (neispravni) navodi npr. “prilikom podizanja vašeg lijeka u ljekarni će vam biti objašnjeno kako ćete ih pravilno koristiti”, „na takav način pokrивamo virusnu i bakterijsku etiologiju,” „najbolje bi bilo da otvorite dulje bolovanje”,

6) ulagivanje pacijentima npr. “uvijek mi se možete i telefonski obratiti i javiti u bilo koje doba“, „ispunjavam Vašu želju i dajem uputnicu“ „ako imate bilo šta za pitati ili vam je potrebna pomoć javite se bilo kada“, uvijek sam vam na usluzi“, „u znak moje potpore, darujem vam uređaj za mjerenje razine šećera u krvi“.

1.6.2. Analiza sadržaja pisama

Nakon završenog kodiranja, analizirali smo kodirane referencije statističkim programom za kvalitativnu analizu. Tablica 2 prikazuje kodiranje podcrtanih izraza u šest skupina.

Tablica 2. Analiza sadržaja kodiranih referencija u pismima podcrtanih od strane ocjenjivača i pacijenata

Kodirana kategorija	Broj podcrtanih izraza			
	Pacijent	Ocjenjivač 1	Ocjenjivač 2	Ocjenjivač 1+2
Neprikladan način izražavanja	14 (13,1%)	46	42	81 (22,4%)
Stručni izrazi	69 (64,5%)	99	55	138 (38,1%)
Nedostatne i nejasne preporuke	11 (10,3%)	5	14	18 (5,0%)
Gramatičke i pravopisne pogreške	0 (0,0%)	32	14	42 (11,6%)
Neznanje i netočni (neispravni) navodi	12 (11,2%)	45	35	74 (20,4%)
Ulagivanje pacijentu	1 (0,9%)	5	5	9 (2,5%)
Ukupno	107 (100%)	232	165	362 (100%)

Ocjenjivači su podcrtali tri puta više izraza od pacijenata. Nađena je statistički značajna razlika u kategorijama podcrtanih izraza ($\chi^2=37,47$; $df=85$; $P<0,001$): pacijenti su uglavnom podcrtavali stručne izraze (64% podcrtanih izraza), a nisu uopće podcrtavali gramatičke pogreške. Ocjenjivači nisu toliko pažnje posvećivali stručnim izrazima (38,1% podcrtanih izraza) ili nedostatnim i nejasnim preporukama (5,0% vs. 10,3% izraza podcrtanih od pacijenata), više su zapažali gramatičke pogreške i neznanje i netočne (neispravne) navode.

Podcrtani dijelovi teksta od pacijenata i ocjenjivača nisu se preklapali u velikoj mjeri. Preklapanje je pronađeno u 10 (11,6%) od 86 pisama i odnosilo se na ukupno 27 izraza. Nije bilo preklapanja u kategorijama „nedostatne i nejasne preporuke“, „gramatičke i pravopisne pogreške“ i „ulagivanje pacijentima“. U kategoriji „stručni izrazi“ nađeno je najviše preklapanja (20 izraza). Preklapanje je postojalo za 4 izraza u kategoriji „neznanje i netočni (neispravni) navodi“ i za 3 izraza u kategoriji „neprikladan način izražavanja“.

Postojala je povezanost između duljine pisama i srednje ocjene ocjenjivača ($r=0,492$) i pacijenata ($r=0,338$; $P<0,01$).

1.7. Usporedbe prosjeka ocjena studiranja i ocjena pisanog ispita između generacija s pismom i bez pisama

Zbog nastavka istraživanja drugih parametara iz nastave bilo je potrebno usporediti prosječne ocjene studiranja istraživanih generacija sa i bez pisama (tbl. 3).

Tablica 3. Usporedba prosječne ocjene studiranja između generacija bez pisama (2008./09., 2009./10.) i onih s pismima (2010./11., 2011./12., 2012./13.)

Godina studiranja	Prosječna ocjena studiranja (M, 95 % CI) †‡§
2008./09.	3,69 (3,56 – 3,81)
2009./10.	3,78 (3,66 – 3,90)
2010./11.	4,15 (4,03 – 4,27)
2011./12.	3,85 (3,75 – 3,95)
2012./13.	4,05 (3,95 – 4,14)

†ANOVA test, $F=11,092$, $P<0,001$.

‡Post hoc Bonferroni analiza pokazala je da je između studijskih godina: 2008./09. i 2010./11.; 2008./09. i 2012./13.; 2009./10. i 2010./11.; 2009./10. i 2012./13. postojala značajna razlika ($P<0,001$), a između studijskih godina 2008./09 i 2011./12. ($P=0,450$); 2009./10. i 2011./12. ($P=1,000$); 2011./12. i 2012./13. ($P=0,109$) nije bilo značajne razlike u prosječnoj ocjeni studiranja.

§Kruskal Wallis test, $\chi^2=36,79$; $df=4$; $P<0,001$.

Studenti šeste akademske godine 2012./13. pisali su pisma dva puta, prvi put kao dio obvezne ljetne prakse akademske godine 2010./11. (79).

Tablica 4. Usporedba ocjena pisama četvrte akademske godine 2010./11. i šeste akademske godine 2012./13. (ista generacija)

Akademska godina	Prosječna ocjena pisama sva tri ocjenjivača (M, 95 % CI)	t (P) †
2010./11. (IV)	18,31 (17,60 – 19,01)	-0,24 (0,813)
2012./13. (VI)	18,97 (18,56 – 19,38)	

†Studentov t-test za zavisne uzorke.

‡ Wilcoxon Signed Ranks test, $z=-0,23$; $P=0,820$.

Usporedbom ocjena pisama četvrte akademske godine 2010./11. i šeste akademske godine 2012./13. nije se našla statistički značajna razlika između ocjena (tbl. 4).

Budući da između studenata šeste akademske godine 2011./12. i 2012./13. nije bilo značajne razlike u prosjeku studiranja ($P=0,813$), usporedili smo ih prema ocjenama pisama jer su studenti generacije 2012./13. pisma pisali dva puta.

Tablica 5. Usporedba ocjena pisama šeste akademske godine 2011./12. i 2012./13.

VI akademska godina	Prosječna ocjena pisama sva tri ocjenjivača (M, 95% CI)	t (P) †
2011./12.	20,32 (19,85 – 20,79)	4,30 (<0,001)
2012./13.	18,97 (18,56 – 19,38)	

†Studentov t-test.

‡Mann Whitney test, $z=-4,67$; $P<0,001$.

Usporedbom ocjena pisama šeste akademske godine 2011./12. i 2012./13. našla se značajna razlika među ocjenama. Višim ocjenama iz pisama ocijenjeni su studenti generacije 2011./12. (tbl. 5).

II. Ocjene koje se odnose na konzultacije

Konzultacije su ocjenjivali pacijenti, studenti i mentori za vrijeme vježbi iz kolegija Obiteljska medicina.

2.1. Usporedba ocjena pacijenata i mentora

Pacijenti i mentori ocijenili su konzultacije prema obrascima za ocjenu konzultacije i instrumentima PEI i CARE.

Tablica 6. Usporedba prosječnih ocjena pacijenata i mentora koje se odnose na elemente konzultacije i instrumente PEI i CARE

Varijable	Prosječna ocjena (M, 95% CI)		r (P) n=217	t (P) ¶ n=217
	Pacijent (n=217)	Mentor (n=222)		
Primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja	4,50 (4,42-4,58)	4,15 (4,06 – 4,25)	0,247 (<0,001)	6,30 (<0,001)
Znanje	4,54 (4,46-4,63)	4,26 (4,16 – 4,35)	0,319 (<0,001)	5,34 (<0,001)
Kvaliteta/korisnost preporuke	4,53 (4,44-4,61)	4,13 (4,03 – 4,23)	0,177 (0,009)	6,33 (<0,001)
Pristojnost	4,77 (4,70-4,84)	4,57 (4,48 – 4,66)	0,127 (0,062)	3,78 (<0,001)
Umijeće pisane komunikacije	4,72 (4,65-4,79)	4,45 (4,36 – 4,54)	0,164 (0,016)	5,18 (<0,001)
Ukupna ocjena konzultacije	23,05(22,74 – 23,36)	21,57 (21,21 – 21,92)	0,295 (<0,001)	7,28 (<0,001)
PEI*	12,71(12,31 – 13,12)	10,51 (10,07 – 10,94)	0,286 (<0,001)	8,57 (<0,001)
CARE†	44,57(43,85 – 45,28)	38,95 (38,21 – 39,77)	0,438 (<0,001)	13,72 (<0,001)
Pitanje 1‡	4,60(4,53 – 4,67)	4,40 (4,34 – 4,47)	0,097 (0,152)	5,18 (<0,001)
Pitanje 2§	4,60(4,52 – 4,68)	4,28 (4,21 – 4,34)	0,258 (<0,001)	7,67 (<0,001)

*Instrument za mjerenje pacijentove osposobljenosti za nošenje s bolešću.

†Instrument za mjerenje empatije u konzultaciji.

‡Koliko je student razumio problem pacijenta?

§Je li student dao odgovarajući savjet pacijentu?

|| Pearsonov koeficijent korelacije.

¶ Studentov t-test.

Ukupne ocjene konzultacije, upitnika PEI i CARE od strane pacijenata i od strane mentora bile su povezane.

Između mentora i pacijenata postojala je značajna razlika u ukupnoj ocjeni konzultacije, upitnika PEI i CARE. Ukupne ocjene konzultacije, upitnika PEI i CARE bile su više u pacijenata u odnosu na mentore. U odgovorima na pitanja u konzultaciji: koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu nađena je mala razlika u ocjenama između pacijenata i mentora. Pacijenti su bili zadovoljniji studentima nego mentori i ocijenili ih nešto višim ocjenama (tbl. 6).

2.2. Usporedba ocjena pacijenata i studenata

Pacijenti i studenti ocijenili su konzultacije prema obrascima za ocjenu konzultacija i instrumentima PEI i CARE.

Tablica 7. Usporedba prosječnih ocjena pacijenata i studenata koje se odnose na elemente konzultacije i instrumente PEI i CARE

Varijable	Prosječna ocjena (M, 95% CI)		r (P) n=217	t (P) ¶ n=217
	Pacijent (n=217)	Student (n=223)		
Primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja	4,50 (4,42-4,58)	4,33 (4,23 – 4,43)	0,023 (0,732)	2,82 (0,005)
Znanje	4,54 (4,46-4,63)	4,39 (4,30 – 4,48)	0,050 (0,462)	2,57 (0,011)
Kvaliteta/korisnost preporuke	4,53 (4,44-4,61)	4,30 (4,19 – 4,40)	0,079 (0,245)	3,61 (<0,001)
Pristojnost	4,77 (4,70-4,84)	4,65 (4,58 – 4,72)	0,301 (<0,001)	3,04 (0,003)
Umijeće pisane komunikacije	4,72 (4,65-4,79)	4,47 (4,39 – 4,56)	0,070 (0,307)	4,73 (<0,001)
Ukupna ocjena konzultacije	23,05 (22,74 – 23,36)	22,05 (21,73 – 22,47)	0,158 (0,020)	4,39 (<0,001)
PEI*	12,71 (12,31 – 13,12)	12,19 (11,83 – 12,60)	0,261 (<0,001)	2,11 (0,04)
CARE†	44,57 (43,85 – 45,28)	40,60 (39,77 – 41,43)	0,180 (0,008)	7,84 (<0,001)
Pitanje 1‡	4,60 (4,26 – 4,67)	4,66 (4,59 – 4,73)	0,021 (0,758)	-1,08 (0,282)
Pitanje 2§	4,60 (4,52 – 4,68)	4,30 (4,20 – 4,40)	0,041 (0,547)	4,46 (<0,001)

*Instrument za mjerenje pacijentove osposobljenosti za nošenje s bolešću.

†Instrument za mjerenje empatije u konzultaciji.

‡Koliko je student razumio problem pacijenta?

§Je li student dao odgovarajući savjet pacijentu?

|| Pearsonov koeficijent korelacije.

¶ Studentov t-test.

Između pacijenata i studenata nađena je slaba povezanost u ukupnoj ocjeni konzultacije, ocjeni upitnika PEI i CARE.

Ukupne ocjene konzultacije i upitnika PEI su bile nešto više u pacijenata u odnosu na studente, dok je ukupna ocjena upitnika CARE bila značajno viša. U ocjeni pitanja u konzultaciji: je li student dao odgovarajući savjet pacijentu, studenti su bili nešto stroži u svojoj ocjeni u odnosu na pacijente (tbl. 7).

2.3. Usporedba ocjena mentora i studenata

Mentori i studenti ocijenili su konzultacije prema obrascima za ocjenu konzultacija i instrumentima PEI i CARE.

Tablica 8. Usporedba prosječnih ocjena mentora i studenata koje se odnose na elemente konzultacije i instrumente PEI i CARE

Varijable	Prosječna ocjena (M, 95% CI)		r (P)	t (P) ¶
	Mentor (n=222)	Student (n=223)		
Primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja	4,34 (4,27-4,40)	4,33 (4,23 – 4,43)	0,362 (<0,001)	-3,20 (0,002)
Znanje	4,36 (4,30-4,42)	4,39 (4,30 – 4,48)	0,230 (0,001)	-2,20 (0,029)
Kvaliteta/korisnost preporuke	4,28 (4,21-4,35)	4,30 (4,19 – 4,40)	0,300 (<0,001)	-2,58 (0,011)
Pristojnost	4,68 (4,63-4,74)	4,65 (4,58 – 4,72)	0,252 (<0,001)	-1,51 (0,132)
Umijeće pismene komunikacije	4,52 (4,46-4,58)	4,47 (4,39 – 4,56)	0,174 (0,010)	-0,32 (0,748)
Ukupna ocjena konzultacije	21,57 (21,21 – 21,92)	22,10 (21,73 - 22,47)	0,345 (<0,001)	-2,45 (0,015)
PEI*	10,51 (10,07 – 10,94)	12,21 (11,83 – 12,60)	0,135 (0,045)	-6,17 (<0,001)
CARE†	38,99 (38,21 – 39,77)	40,62 (39,77 – 41,43)	0,260 (0,001)	-3,26 (0,001)
Pitanje 1‡	4,31 (4,22 – 4,40)	4,66 (4,59 – 4,73)	0,142 (0,034)	-6,49 (<0,001)
Pitanje 2§	4,17 (4,08 – 4,27)	4,30 (4,20 – 4,40)	0,218 (0,001)	-2,01 (0,045)

*Instrument za mjerenje pacijentove osposobljenosti za nošenje s bolešću.

†Instrument za mjerenje empatije u konzultaciji.

‡Koliko je student razumio problem pacijenta?

§Je li student dao odgovarajući savjet pacijentu?

|| Pearsonov koeficijent korelacije.

¶ Studentov t-test.

Uočena je slaba povezanost između mentora i studenata u ukupnoj ocjeni obrazaca PEI, CARE, te odgovora na pitanja iz konzultacije: je li student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu. Više su međusobno bile povezane ukupne ocjene konzultacije između mentora i studenata.

Mentori i studenti neznatno su se razlikovali u ukupnoj ocjeni konzultacije, u ocjeni upitnika CARE, te odgovoru na pitanje: je li student dao odgovarajući savjet pacijentu. Nešto veća razlika bila je u ocjeni upitnika PEI, te odgovoru na pitanje: koliko je student razumio problem pacijenta. Mentori su bili stroži u ocjenjivanju od studenata (tbl. 8).

III. Ocjene pisama studenata pacijentima

Pisma koja su studenti pisali pacijentima ocjenjivali su pacijenti, mentori i ocjenjivači nakon vježbi iz kolegija Obiteljska medicina.

3.1. Usporedba ocjena pacijenata i mentora

Pacijenti i mentori ocijenili su pisma prema obrascu za ocjenu pisama koji je osmišljen na Katedri za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Splitu.

Tablica 9. Usporedba prosječnih ocjena pacijenata i mentora koje se odnose na elemente pisma

Obrazac za ocjenu pisma	Prosječna ocjena (M, 95% CI)		r (P)‡	t (P)§
	Pacijenti (n=214)	Mentori (n=220)		
Primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja	4,70 (4,63 – 4,76)	4,32 (4,23 – 4,40)	0,260 (<0,001)	7,53 (<0,001)
Znanje	4,69 (4,62 – 4,75)	4,40 (4,31 – 4,49)	0,172 (0,012)	5,39 (<0,001)
Kvaliteta/korisnost preporuke	4,69 (4,61 – 4,76)	4,35 (4,25 – 4,44)	0,181 (0,008)	5,69 (<0,001)
Pristojnost	4,89 (4,84 – 4,93)	4,75 (4,68 – 4,82)	0,057 (0,410)	3,16 (0,002)
Umijeće pisane komunikacije	4,76 (4,70 – 4,82)	4,51 (4,42 – 4,60)	0,144 (0,037)	4,59 (<0,001)
Ukupno	23,73 (23,49 – 23,97)	22,25 (21,85 – 22,62)	0,184 (0,007)	6,81 (<0,001)
Pitanje 1*	4,58 (4,50 - 4,67)	4,29 (4,19 – 4,39)	0,073 (0,298)	4,55 (<0,001)
Pitanje 2†	4,60 (4,52 – 4,69)	4,25 (4,15 – 4,35)	0,177 (0,011)	5,77 (<0,001)

*Koliko je student razumio problem pacijenta?

†Je li student dao odgovarajući savjet pacijentu?

‡Pearsonov koeficijent korelacije.

§Studentov t-test.

Između pacijenata i mentora postojala je slaba međusobna povezanost u ukupnoj ocjeni pisama. Postojala je mala razlika između ukupnih ocjena pisama gdje su ocjene pacijenata bile nešto više od mentorovih. Slično je bilo i s ocjenama koje su se odnosile na sve komponente pisama i odgovore na pitanja: koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu. Određene elemente pisama i odgovore na navedena pitanja pacijenti su ocijenili nešto višim ocjenama (tbl. 9).

Tablica 10. Usporedba prosječnih ocjena pacijenata i mentora koje se odnose na tvrdnje vezane za pismo

Tvrdnje vezane za pismo	Prosječna ocjena (M, 95% CI) (n=196)		r (P)*	t (P)†
	Pacijenti	Mentori		
Pismo je nadopunilo razgovor s liječnikom u boljem razumijevanju bolesti.	4,41 (4,31 – 4,51)	4,17 (4,08 – 4,30)	0,233 (0,001)	3,45 (0,001)
Pisanje pisma nakon razgovora s liječnikom rezultiralo je boljim odnosom s liječnikom.	4,49 (4,39 – 4,59)	4,37 (3,85 – 4,83)	-0,014 (0,052)	0,41 (0,680)
Pismo je nadopunilo razgovor s liječnikom boljim razumijevanjem terapije i preporuka liječenja.	4,45 (4,36 – 4,56)	4,10 (3,98 – 4,22)	0,326 (<0,001)	5,25 (<0,001)
Obitelj je bolje razumjela stanje pacijenta nakon čitanja pisma.	4,33 (4,17 – 4,42)	3,84 (3,75 – 4,04)	0,292 (0,001)	5,49 (<0,001)

*Pearsonov koeficijent korelacije.

†Studentov t-test.

Postojala je povezanost u ocjenama tvrdnji o pismu između pacijenata i mentora. Postojala je neznatna razlika između pacijenata i mentora u odgovoru na tvrdnju: pismo je nadopunilo razgovor s liječnikom u boljem razumijevanju bolesti, te nešto veća razlika u tvrdnjama: pismo je nadopunilo razgovor s liječnikom u boljem razumijevanju terapije i preporuka liječenja i obitelj je bolje razumjela stanje pacijenta nakon čitanja pisma. Ocjene pacijenata bile su nešto više od ocjena mentora (tbl. 10).

3.2. Usporedba ocjena pacijenata i ocjenjivača

Pacijenti i ocjenjivači ocijenili su pisma generacija 2010./11. i 2011./12. prema obrascu za ocjenu pisama koji je osmišljen na Katedri za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Splitu.

Tablica 11. Usporedba ocjena pisama od strane tri ocjenjivača i pacijenata za tri kategorije upitnika (instrumenta) generacije 2010./11.

Ocijenjene kategorije	Prosječna ocjena (M ± SD)* (n=108)		t (P) †
	Ocjenjivači	Pacijenti	
Primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja	1,51±0,34	1,85±0,39	5,86 (<0,001)
Kvaliteta/korisnost preporuke	1,55±0,34	1,87±0,37	6,01 (<0,001)
Pristojnost	1,80±0,29	1,93±0,25	3,15 (0,002)
Ukupno	4,87±0,79	5,65±0,79	6,75 (<0,001)

*Ljestvica s rasponom ocjena 0-2 za svaku kategoriju, 0-6 bodova za ukupnu ocjenu.

†Studentov t-test.

Pacijenti su ocijenili pisma značajno višim ocjenama od ocjenjivača. Ocijenjene kategorije pisama značajno su se razlikovale između pacijenata i ocjenjivača (tbl. 11).

Tablica 12. Usporedba ocjena pisama od strane tri ocjenjivača i pacijenata za pet kategorija upitnika (instrumenta) generacije 2011./12.

Ocijenjene kategorije	Prosječna ocjena (M ± SD)* (n=214)		t (P) †
	Ocjenjivači	Pacijenti	
Primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja	3,85±0,54	4,70±0,48	17,64 (<0,001)
Znanje	4,05±0,54	4,69±0,50	12,87 (<0,001)
Kvaliteta/korisnost preporuke	3,71±0,60	4,69±0,55	17,71 (<0,001)
Pristojnost	4,52±0,41	4,89±0,33	10,35 (<0,001)
Umijeće pisane komunikacije	4,15±0,41	4,76±0,46	6,30 (<0,001)
Ukupno	20,24±2,01	23,73±1,80	19,46 (<0,001)

*Ljestvica s rasponom ocjena 1-5 za svaku kategoriju, 1-25 bodova za ukupnu ocjenu.

†Studentov t-test.

I u generaciji studenata šeste godine 2011./12., pacijenti su ocijenili pisma značajno višim ocjenama od ocjenjivača. Ocijenjene kategorije pisama također su se značajno razlikovale između pacijenata i ocjenjivača. U odnosu na ocjenjivače, pacijenti su ocijenili pojedinačne kategorije pisma višim ocjenama (tbl. 12).

U ukupnim ocjenama među njima nije bilo povezanosti ($r=0,056$; $P=0.414$).

3.3 Usporedba ocjena mentora i ocjenjivača

Mentori i ocjenjivači ocijenili su pisma prema obrascu za ocjenu pisama koji je osmišljen na Katedri za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Splitu.

Tablica 13. Usporedba prosječnih ocjena mentora i ocjenjivača koje se odnose na elemente pisma

Ocijenjene kategorije	Prosječna ocjena (M, 95 % CI) n=442		t (P)‡
	Mentori	Ocjenjivači	
Primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja	4,46 (4,39-4,52)	3,86 (3,79 -3,92)	19,05 (<0,001)
Znanje	4,47 (4,41-4,53)	4,04 (3,97 – 4,01)	16,41 (<0,001)
Kvaliteta/korisnost preporuke	4,42 (4,36-4,49)	3,72 (3,65 – 3,79)	23,31 (<0,001)
Pristojnost	4,82 (4,78-4,86)	4,51 (4,46 – 4,56)	12,82 (<0,001)
Umijeće pismene komunikacije	4,59 (4,53-4,65)	4,13 (4,08 – 4,18)	13,87 (<0,001)
Ukupno	22,71 (22,47 – 22,96)	20,22 (19,97 – 20,47)	21,49 (<0,001)
Pitanje 1*	4,42 (4,35 – 4,48)	3,59 (3,54 – 3,66)	19,35 (<0,001)
Pitanje 2†	4,39 (4,32 – 4,45)	3,40 (3,35 – 3,47)	22,20 (<0,001)

*Koliko je student razumio problem pacijenta?

†Je li student dao odgovarajući savjet pacijentu?

‡Studentov t-test.

Ocijenjene kategorije pisama značajno su se razlikovale između mentora i ocjenjivača. Mentori su pisma i odgovore na pitanja koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu, ocijenili višim ocjenama od ocjenjivača (tbl. 13).

Tablica 14. Povezanost prosječnih ocjena mentora i ocjenjivača koje se odnose na pisma

	Prosječna ocjena (M ± SD) (n=442)		r (P)‡
	Mentor	Ocjenjivač	
Ukupna ocjena pisma	22,71±2,59	20,19±2,01	0,151 (0,001)
Pitanje 1*	4,42±0,69	3,59±0,66	0,142 (0,003)
Pitanje 2†	4,39±0,70	3,40±0,69	0,124 (0,010)

*Koliko je student razumio problem pacijenta?

†Je li student dao odgovarajući savjet pacijentu?

‡Pearsonov koeficijent korelacije.

Povezanost ukupnih ocjena pisama, te odgovora na pitanja koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu između mentora i ocjenjivača, bila je puno slabija od očekivane (tbl. 14).

IV. Varijabilnost ocjena

Zanimalo nas je razlikuju li se, i koliko pacijenti, ocjenjivači i mentori u svojim ocjenama unutar svojih skupina.

4.1. Varijabilnost ocjena konzultacija

Među ocjenama konzultacija, obradili smo ocjene pacijenata i mentora. U pacijenata je prosječna (srednja) ocjena konzultacija iznosila 23,05±2,34. Varijabilnost ocjena konzultacija (prosječan raspon između najniže i najviše ocjene, V) u pacijenata iznosila je 10% (V=10%).

U mentora je srednja ocjena konzultacija iznosila 22,19±2,53 uz varijabilnost ocjena od 11% (V=11%).

4.2. Varijabilnost ocjena pisama

Među ocjenama pisama, obradili smo ocjene pacijenata, mentora i ocjenjivača. U pacijenata je srednja ocjena pisama iznosila 23,73±1,80 uz varijabilnost ocjena od 7% (V=7%).

U mentora je srednja ocjena pisama iznosila 22,23±2,91 uz varijabilnost ocjena od 13% (V=13%).

U ocjenjivača je srednja ocjena pisama iznosila 19,61±2,14 uz varijabilnost ocjena od 11% (V=11%).

V. Multivarijatna analiza ocjena

Multivarijatnom analizom istražili smo koje varijable značajno doprinose ocjenjivanju konzultacija i pisama u pacijenata i u mentora.

5.1. Ocjene konzultacija

Za analizu ocjena konzultacija upotrijebili smo varijable koje se odnose na pacijente i na mentore.

5.1.1. Ocjene pacijenata

U analizi ocjena konzultacija koje su davali pacijenti koristili smo ove varijable: dob i spol, obrazovanje, smještaj ambulante, vrijeme konzultacije, ukupna ocjena upitnika PEI i ukupna ocjena upitnika CARE. Multiplom regresijskom analizom izdvojene su: ukupna ocjena upitnika CARE i smještaj ambulante.

Tablica 15. Prikaz regresijskih koeficijenata za varijablu ocjena konzultacije od strane pacijenata (zavisna varijabla)

Model		Koeficijenti			t (P)
		Nestandardizirani		Standardizirani	
		B†	SE‡	β§	
1	CARE*	11,875	1,079	0,581	11,01 (<0,001)
		0,251	0,024	0,581	10,45 (<0,001)
2	CARE, smještaj ambulante	10,788	1,085		9,94 (<0,001)
		0,244	0,023	0,566	10,45 (<0,001)
		0,958	0,253	0,205	3,79 (<0,001)

*Instrument za mjerenje empatije u konzultaciji.

†B=nestandardizirani koeficijent regresije.

‡Standard error=standardna pogreška prognoze.

§β =standardizirani koeficijent regresije.

Tablica 16. Prikaz multiplog koeficijenta regresije za varijablu ocjena konzultacije od strane pacijenata (zavisna varijabla)

Prediktori	F†	P‡	R§
CARE*	109,287	<0,001	0,581
CARE, smještaj ambulante	65,246	<0,001	0,616

*Instrument za mjerenje empatije u konzultaciji.

†F= omjer varijanci modela i pogreške.

‡P= vjerojatnost.

§R= multipli koeficijent korelacije.

Između varijabli koje su uvrštene u multiplu regresijsku analizu (dob i spol pacijenata, obrazovanje, smještaj ambulante, vrijeme konzultacije, ukupna ocjena upitnika PEI i ukupna ocjena upitnika CARE) metodom korak po korak, dvije varijable (smještaj ambulante i ukupna ocjena upitnika CARE) zadovoljile su kriterije uvrštavanja ($F=65,246$; $P<0,001$) i zajedno su dale multipli $R=0,616$. Te dvije varijable najbolje su predviđale rezultate u ukupnoj ocjeni konzultacije od strane pacijenata (tbl. 15 i 16).

5.1.2. Ocjene mentora

U analizi mentorovih ocjena konzultacije koristili smo varijable: smještaj ambulante, vrijeme konzultacije, staž mentora, edukacija mentora, ukupni broj pacijenata u praksi mentora, broj pacijenata po danu u ambulanti, ukupna ocjena upitnika PEI i ukupna ocjena upitnika CARE. Multiplom regresijskom analizom izdvojene su varijable: ukupna ocjena upitnika CARE i PEI te edukacija mentora.

Tablica 17. Prikaz regresijskih koeficijenata za varijablu ocjena konzultacije od strane mentora (zavisna varijabla)

Modeli		Koeficijenti			t (P)
		Nestandardizirani		Standardizirani	
		B‡	SE§	β	
1	CARE*	8,519	0,848	0,727	10,05 (<0,001)
		0,335	0,022		15,57 (<0,001)
2	CARE, edukacija mentora	10,835	0,990	0,677	10,94 (<0,001)
		0,312	0,021		14,55 (<0,001)
		-0,627	0,151		-4,15 (<0,001)
3	CARE, edukacija mentora.	10,689	0,974	0,616	10,97 (<0,001)
		0,284	0,023		12,25 (<0,001)
	PEI†	-0,621	0,148	-0,191	-4,18 (<0,001)
		0,118	0,040	0,144	2,93 (0,004)

*Instrument za mjerenje empatije u konzultaciji.

†Instrument za mjerenje pacijentove osposobljenosti za nošenje s bolešću.

‡B=nestandardizirani koeficijent regresije.

§Standard error=standardna pogreška prognoze.

||β =standardizirani koeficijent regresije.

Tablica 18. Prikaz multiplog koeficijenta regresije za varijablu ocjena konzultacije od strane mentora (zavisna varijabla)

Prediktori	F‡	P§	R
CARE*	242,557	<0,001	0,727
CARE, edukacija mentora	138,961	<0,001	0,750
CARE, edukacija mentora, PEI†	98,771	<0,001	0,761

*Instrument za mjerenje empatije u konzultaciji.

†Instrument za mjerenje pacijentove osposobljenosti za nošenje s bolešću.

‡F test= omjer varijanci modela i pogreške.

§P= vjerojatnost.

||R= multipli koeficijent korelacije.

Između varijabli koje su uvrštene u multiplu regresijsku analizu (smještaj ambulante, vrijeme konzultacije, staž mentora, edukacija mentora, ukupni broj pacijenata u praksi mentora, broj pacijenata po danu u ambulanti, ukupna ocjena upitnika PEI, ukupna ocjena upitnika CARE) metodom korak po korak tri varijable (ukupna ocjena upitnika PEI, edukacija mentora i ukupna ocjena upitnika CARE) zadovoljile su kriterije uvrštavanja (F=98,771;

$P < 0,001$) i zajedno su dale multipli $R = 0,761$. Te tri varijable najbolje su predviđale rezultate u varijabli ukupna ocjena konzultacije od strane mentora (tbl. 17 i 18).

5.2. Ocjene pisama

Za analizu ocjena pisama upotrijebili smo varijable koje se odnose na pacijente i mentore.

5.2.1. Ocjene pacijenata

U analizi pacijentovih ocjena pisama koristili smo varijable: dob i spol pacijenata, obrazovanje, smještaj ambulante, vrijeme konzultacije, ocjena konzultacije od strane pacijenata, ukupna ocjena upitnika PEI i ukupna ocjena upitnika CARE. Multiplom regresijskom analizom izdvojena je varijabla: ocjena konzultacije od strane pacijenata.

Tablica 19. Prikaz regresijskih koeficijenata za varijablu ocjena pisama od strane pacijenata (zavisna varijabla)

Model		Koeficijenti			t (P)
		Nestandardizirani		Standardizirani	
		B*	SE†	β ‡	
1	Ocjena konzultacije od strane pacijenta	12,157 0,501	0,993 0,043	0,631	12,24 (<0,001) 11,71 (<0,001)

*B=nestandardizirani koeficijent regresije.

†Standard error=standardna pogreška prognoze.

‡ β =standardizirani koeficijent regresije.

Tablica 20. Prikaz multiplog koeficijenta regresije za varijablu ocjena pisama od strane pacijenata (zavisna varijabla)

Prediktor	F*	P†	R‡
Ocjena konzultacije od strane pacijenata	137,164	<0,001	0,631

*F test= omjer varijanci modela i pogreške.

†P= vjerojatnost.

‡R= multipli koeficijent korelacije.

Između varijabli koje su uvrštene u multiplu regresijsku analizu (dob, spol, obrazovanje pacijenata, smještaj ambulante, vrijeme konzultacije, ocjena konzultacije od strane pacijenata, ukupna ocjena upitnika PEI, ukupna ocjena upitnika CARE) metodom korak po korak, samo jedna varijabla (ukupna ocjena konzultacije) zadovoljila je kriterij uvrštavanja ($F=137,164$; $p<0,001$) i daje multipli $R=0,631$. Ta varijabla najbolje je predviđala rezultate za ukupne ocjene pisama od strane pacijenta.

5.2.2. Ocjene mentora

U analizi mentorovih ocjena pisama koristili smo varijable: ocjena konzultacije od strane mentora, smještaj ambulante, vrijeme konzultacije, staž mentora, edukacija mentora, ukupni broj pacijenata u praksi mentora, broj pacijenata po danu u ambulanti, ukupna ocjena upitnika PEI i ukupna ocjena upitnika CARE. Multiplom regresijskom analizom izdvojene su varijable: ocjena konzultacije od strane mentora i vrijeme konzultacije (tbl. 19 i 20).

Tablica 21. Prikaz regresijskih koeficijenata za varijablu ocjena pisama od strane mentora (zavisna varijabla)

Modeli		Koeficijenti			t (P)
		Nestandardizirani		Standardizirani	
		B*	SE†	β ‡	
1	Ocjena konzultacije od strane mentora	9,936	1,362		7,30 (<0,001)
		0,570	0,063	0,527	9,10 (<0,001)
2	Ocjena konzultacije od strane mentora, vrijeme konzultacije	9,260	1,373		6,74 (<0,001)
		0,560	0,062	0,518	9,03 (<0,001)
		0,041	0,016	0,142	2,48 (0,014)

*B=nestandardizirani koeficijent regresije.

†Standard error=standardna pogreška prognoze.

‡ β =standardizirani koeficijent regresije.

Tablica 22. Prikaz multiplog koeficijenta regresije za varijablu ocjena pisama od strane mentora (zavisna varijabla)

Prediktori	F*	P†	R‡
Ocjena konzultacije od strane mentora	82,862	<0,001	0,527
Ocjena konzultacije od strane mentora, vrijeme konzultacije	45,485	<0,001	0,546

*F test= omjer varijanci modela i pogreške.

†P= vjerojatnost.

‡R= multipli koeficijent korelacije.

Između varijabli koje su uvrštene u multiplu regresijsku analizu (ocjena konzultacije od strane mentora, smještaj ambulante, vrijeme konzultacije, staž mentora, edukacija mentora, ukupni broj pacijenata u praksi mentora, broj pacijenata po danu u ambulanti, ukupna ocjena upitnika PEI, ukupna ocjena upitnika CARE) metodom korak po korak dvije varijable (ocjena konzultacije od strane mentora i vrijeme konzultacije) zadovoljile su kriterije uvrštavanja ($F=45.845$; $P<0,001$) i zajedno su dale multipli $R=0.546$. Te dvije varijable najbolje su predviđale rezultate za ukupne ocjene pisama od strane mentora (tbl. 21 i 22).

VI. Povezanost ocjena pisama i konzultacija

Istražili smo povezanost ocjena konzultacija i pisama te odgovora na pitanja koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu u pacijenata i mentora.

Tablica 23. Povezanost prosječnih ocjena za konzultacije i pisma u pacijenata i mentora

Varijable	Prosječna ocjena (M ± SD)					
	Pacijenti (n=214)			Mentori (n=220)		
	Konzultacija	Pismo	r (P)‡	Konzultacija	Pismo	r (P)‡
Ukupna ocjena	23,08±2,29	23,74±1,81	0,620 (<0,001)	21,56±2,69	22,23±2,91	0,530 (<0,001)
Pitanje 1*	4,59±0,53	4,59±0,62	0,383 (<0,001)	4,40±0,67	4,41±0,69	0,547 (<0,001)
Pitanje 2†	4,60±0,58	4,61±0,61	0,299 (<0,001)	4,28±0,68	4,38±0,70	0,564 (<0,001)

*Koliko je student razumio problem pacijenta?

†Je li student dao odgovarajući savjet pacijentu?

‡Pearsonov koeficijent korelacije i pripadajuća vjerojatnost.

U pacijenata i mentora postojala je značajna povezanost između ocjena konzultacija i pisama. Isto tako, usporedbom konzultacija i pisama, prema odgovorima na pitanja: koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu, postojala je značajna povezanost između pacijenata i mentora (tbl. 23).

Istražili smo razlikuju li se ocjene pacijenata i mentora za pisma i konzultacije, te u odgovorima na pitanja koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu.

Tablica 24. Analiza prosječnih ocjena pacijenata i mentora za pisma i konzultacije

Varijable	Prosječna ocjena (M, 95 % CI)					
	Pacijenti (n=214)			Mentori (n=220)		
	Konzultacija	Pismo	P†	Konzultacija	Pismo	P†
Ukupna ocjena	23,05 (22,74 - 23,36)	23,73 (23,49 - 24,00)	<0,001	21,57 (21,21 - 21,92)	22,23 (21,85 - 22,62)	<0,001
Pitanje 1*	4,60 (4,53 - 4,67)	4,59 (4,50 - 4,67)	1,000	4,31 (4,22 - 4,40)	4,29 (4,19 - 4,39)	0,653
Pitanje 2†	4,60 (4,52 - 4,68)	4,60 (4,52 - 4,69)	0,922	4,17 (4,08 - 4,27)	4,25 (4,15 - 4,35)	0,001

*Koliko je student razumio problem pacijenta?

†Je li student dao odgovarajući savjet pacijentu?

‡Studentov t-test.

Postojala je vrlo mala razlika između ocjena konzultacija i pisama u pacijenata i u mentora. I pacijenti i mentori nešto višim ocjenama ocijenili su pisma u odnosu na konzultacije. U odgovorima na pitanje: koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu nije bilo razlike između konzultacija i pisama u

pacijenata, dok je u mentora postojala neznatna razlika u odgovoru na pitanje: je li student dao odgovarajući savjet pacijentu između konzultacije i pisma (tbl. 24).

Osim što su ocijenili pisma i konzultacije prema obrascima za ocjenu, mentori i pacijenti su vrednovali značenje pisma i konzultacije u skrbi.

Tablica 25. Usporedba odgovora pacijenata i mentora na pitanja o pismu i konzultaciji

Pitanja (odnos konzultacije i pisma)	Broj (%) ispitanika s preferencijom za pismo		P*
	Pacijenti	Mentori	
Razumljivije je	78 (37,7)	85 (38,8)	0,383
Dobije se više informacija	95 (45,7)	132 (60,3)	<0,001
Jasniji je opis bolesti	80 (40,2)	108 (48,9)	0,017
Znanje više dolazi do izražaja	89 (45,9)	142 (56,1)	0,003
Preporuka je korisnija	104 (53,1)	141 (63,8)	<0,001
Pristojnost je više izražena	53 (27,5)	155 (36,0)	0,005
Empatija je više izražena	54 (28,0)	134 (31,1)	0,001

* χ^2 test.

Pismo i konzultacija bili su jednako razumljivi za pacijente i za mentore.

Značajno većem broju pacijenata, u odnosu na mentore, bio je nešto jasniji opis bolesti za vrijeme konzultacije u odnosu na pismo, a pristojnost i empatija više su dolazili do izražaja u konzultaciji u odnosu na pismo. Značajno više mentora, u odnosu na pacijente, smatralo je da se u pismu dobije više informacija, bolje se može ocijeniti znanje studenata, a i pisana preporuka bila je korisnija od usmene u odnosu na konzultaciju (tbl. 25).

VII. Ocjena pisama i uspješnost na ispitu iz obiteljske medicine

Da bi odgovorili na pitanje o povezanosti kvalitete pisama i uspješnosti na pisanom dijelu ispita obiteljske medicine, usporedili smo ocjene generacija studenata bez pisama s onom koja je pisala pismo. Usporedili smo generacije koje se, osim po pismu, međusobno ne

razlikuju prema srednjoj ocjeni studiranja, niti prema sastavnicama ispita iz obiteljske medicine (tbl. 26).

Tablica 26. Prikaz usporedbe ocjena na pisanom ispitu između studenata VI godine generacija bez pisma (08./09. i 09./10.) i one s pismom (11./12.)

Godina studiranja	Prosječna ocjena pisanog ispita (testa) (M, 95% CI) †‡§
2008./09.	3,65 (3,45 – 3,85)
2009./10.	3,81 (3,59 – 4,02)
2011./12.	4,67 (4,52 - 4,81)

†ANOVA test, $F=38,168$; $P < 0,001$.

‡Post hoc Bonferroni analiza pokazala je da je između studijskih godina: 2008./09. i 2011./12.; 2009./10. i 2011./12. postojala značajna razlika ($P < 0,001$) u prosječnoj ocjeni pisanog ispita (testa). Ocjene generacije s pismom bile su značajno više.

§Kruskal Wallis test, $\chi^2=56,74$; $df=2$; $P < 0,001$.

Usporedbom generacija bez pisama i one s pismom prema prosječnoj ocjeni pisanog ispita (testa) pokazala se značajna razlika među generacijama (tbl.26). Razlika nije nađena u ocjenama (uspjehu) na usmenom ispitu između istih generacija ($F=1,336$; $P=0,266$).

Na kraju, istražili smo i povezanost ocjena pisama i drugih komponenti ispita iz obiteljske medicine.

Tablica 27. Povezanost ocjena pisama i uspjeha na ispitu iz OM studenata VI godine generacija 2011./12. i 2010./11.

Varijabla		Studenti VI godine	
		2011./12.	2010./11.
		r (P)	r (P)
Pisma (ukupna ocjena sva tri ocjenjivača)	Usmeni ispit	0,101 (0,445)	-----
	OSCE	-0,156 (0,229)	0,233 (0,091)
	Pisani ispit (test)	0,069 (0,596)	0,016 (0,909)

U generacijama 2010./11. i 2011./12. ocjena iz pisama nije bila značajno povezana s drugim komponentama ispita OM (usmenim ispitom, OSCE i pisanim ispitom - testom (tbl. 27).

RASPRAVA

I. Metodologija

1.1. Uzorak

U odabiru uzorka koristili smo prigodni/dostupni uzorak – sve studente na šestoj godini studija medicine u Splitu. Pri tome smo obuhvatili tri generacije studenata. Za istraživanje edukacijskog procesa na kolegiju Obiteljska medicina broj studenata je bio maksimalno moguć. Kako je svaki od njih imao zadatak napisati po četiri pisma, istraživanje je rađeno na velikom uzorku.

Studija je bila dosta zahtjevna, uključeno je puno sudionika i mala je vjerojatnost njezinog ponavljanja u potpunosti na isti način. Ipak, radilo se o ljudima i o složenom modelu zbiljskih odnosa liječnika i pacijenata, te studenata. Model s našim ciljevima istraživanja nije mogao biti pojednostavnjen. Zato i jesmo ustrajali na velikom uzorku – da bi se sve poznate i nepoznate varijabilnosti sudionika što bolje uprosječile kako bi se mogli donijeti što pouzdaniji zaključci.

1.2. Nacrt istraživanja

U planirano istraživanje nismo uključili kontrolnu skupinu, jer nismo procjenjivali intervenciju i njezin učinak, nego izvodljivost i upotrebljivost pisma pacijentu u edukaciji. „Kontrolne“ skupine koje smo mogli zamisliti nisu nam se činile prikladnim, pa ni etičkim u širem smislu te riječi. Naime, za vrijeme nastave obiteljske medicine nije bilo izvodljivo da jedna „kontrolna“ skupina studenata piše pismo a da nije radila konzultaciju (ili obrnuto). Prije ovog istraživanja napravljeno je pilot istraživanje tako da (u odnosu na medicinsko znanje studenata) usporedba IV. i VI. studijske godine služi kao dobra kontrola.

Umjesto klasične kontrolne skupine, usporedili smo različite poglede na istu stvar (ocjene konzultacije i pisma od strane studenata, mentora, ocjenjivača i pacijenata).

1.3. Validacija

Klasična validacija obrasca za ocjenu pisma i konzultacije nije napravljena. Odlučili smo se na ocjenjivanje od strane ocjenjivača sustavom ocjena od 1-5 koji je njima dobro poznat. Koristili smo tzv. validnost po viđenju (*engl.* face validity) i od desetak predloženih kriterija, uz pomoć 10-ak specijalista OM, odabrali njih pet.

1.4. Poopćavanje zaključaka

U literaturi nema primjera istog ili sličnog istraživanja tako da bez obzira na to što je uzorak relativno veliki, sporno je možemo li zaključivati na razini opće populacije.

Uvijek postoji problem poopćavanja zaključaka s jedne specifične populacije na sve druge. Ipak, ako se osvrnemo samo na glavne mjere ishoda, a to su, prvo, povezanost edukacije pismima s boljim rezultatima drugih dijelova ispita, drugo, podudarnost ocjena konzultacije i pisma i treće procjena (ne)razumljivosti dijelova pisama od pacijenata i liječnika, vjerujemo da će dobivene spoznaje pomoći poboljšavanju metoda edukacije i istraživanju skrivenih strana komunikacije pacijenta i liječnika, što je zapravo univerzalno. Dalja bi se istraživanja mogla usmjeriti na proučavanje tih dvaju ishoda u odnosu na različite bolesti i na različitu razinu obrazovanja pacijenata.

1.5. Ograničenja (nedostaci) studije

Rezultati ove studije ograničeni su njezinim presječnim nacrtom, nedostatkom kontrolne skupine i nedostatkom objektivnog ishoda, ali ocjenjivanje pisama od strane nezavisnih ocjenjivača i slaganje njihovih ocjena konzistentno je kroz dvije različite skupine studenata. Nadalje, selekcija pacijenata koju su radili studenti i njihovi mentori, prema općenitim kriterijima postavljenim od istraživača, mogla je utjecati na rezultate: studenti i mentori mogli su odabrati pacijente za koje su vjerovali da im bolje odgovaraju za pismo. Kako su studenti imali različite mentore u otočkim i u gradskim ambulancama i nismo našli razlike u kvaliteti (ocjenama) pisama između ova dva mjesta od strane ocjenjivača, malo je vjerojatno da su studenti sustavno izabrali “prikladnije” pacijente za svoja pisma. Kako su pisma bila dio ispitnog zadatka, vjerojatnije je da su slijedili upute mentora i izabrali adekvatne pacijente i napravili zadatak prema uputama.

Pisma studenata pacijentima bila su ispitni zadatak za generacije 10./11. i 11./12. Pisma studenata generacije 12./13. nisu ulazila u ukupnu ocjenu ispita iz OM. Bila su samo uvjet za pristup ispitu.

Unatoč ovih ograničenja, naše istraživanje pokazuje da je vježba pisanja pisama, uz konzultaciju, koristan edukacijski alat na nastavi OM za razvijanje kompetencija studenata za komunikaciju s pacijentima.

II. Postizanje ciljeva i provjera hipoteza

2.1. Primarni cilj - procjena mogućnosti uporabe pisma pacijentu kao edukacijske metode – hipoteza 1

Pismo kao edukacijsku metodu moguće je koristiti na predmetu Obiteljska medicina. Za pacijente predstavlja korist i dopunu kliničkog rada u smislu cjelovitije, jasnije i razumljivije slike o stanju/bolesti (pismena komunikacija) u svjetlu napisanih uputa i preporuka. Za studente predstavlja metodu kojom sistematiziraju činjenično, teoretsko znanje o bolesti, uče se jednostavnim jezikom opisati pacijentu što znače njegovi simptomi i na isti način napisati mu osobne preporuke za liječenje i ponašanje u situaciji bolesti. Osim toga, studenti se uče načinu komunikacije i ponašanju s pacijentom u pravom kliničkom radu - u ambulanti i obuhvaćaju cjelokupnog pacijenta, sa svim njegovim problemima (bio psiho socijalni pristup). Obiteljska medicina (ordinacija) jedinstveno je mjesto za primjenu ove metode jer ujedinjuje sve ove pristupe pacijentu i u svojoj biti promatra njegovu cjelovitost.

Unatoč ograničenjima same studije, vježba pisanja pisama je originalan edukacijski alat u razvijanju profesionalne komunikacije s pacijentima.

Kao potvrda navedenom služi pilot istraživanje kojeg smo proveli prije ovoga (80). Prema zaključcima prethodne pilotne studije osposobljenost (spremnost) pacijenta za nošenje sa svojom bolešću je povezana s vremenom konzultacije - što je konzultacija dulje trajala, pacijent je bio bolje osposobljen za nošenje s bolešću. Za razliku od pacijenata, kojima je podjednako važan odnos pristojnosti i suosjećanja i liječnikova profesionalna kompetencija, ocjenjivači profesionalnu kompetenciju ocjenjuju važnijom, iako im je važan i odnos s pacijentom (80).

Slični su rezultati i u ovom istraživanju. Promatrajući ocjene pisama, između nezavisnih ocjenjivača i pacijenata nije bilo povezanosti i postojala je značajna razlika u visini

ocjena. Između ocjena nezavisnih ocjenjivača i mentora postojala je slabija povezanost od očekivane. Ocjene pisama mentora i ocjenjivača međusobno su se znatnije razlikovale od ocjena pacijenata i mentora. Opažena visina ocjena bila je prema očekivanju: najviše su bile ocjene pacijenata, zatim mentora, a ocjenjivači su bili najstroži. Rezultati ukazuju na subjektivnost mentora u odnosu na ocjenjivače u ocjeni pisma koje promatramo kao nastavak, odnosno dopunu procesa konzultacije. Ocjena mentora je nedovoljno precizna (o čemu govori mala razlika ocjena u odnosu na pacijente) i u procesu evaluacije nezavisni ocjenjivači su objektivni kriterij evaluacije studenata. Oni nemaju doživljaj konzultacije, ni pacijenta niti studenta. Imaju samo kodirana pisma koja ocjenjuju prema zadanim kriterijima i pravilima struke. Zapravo, predstavljaju objektivni, stručni (i znanstveni) kriterij. Međutim, ukoliko promatramo i odnos s pacijentom, bliži nam je kriterij mentora, koji je bogatiji za doživljaj konzultacije i studenta u konzultaciji i koji pritom i poznaje pacijenta. Kazat ćemo da je subjektivan, ali u procjeni odnosa subjektivnost je zadana i teško se odmičemo od vlastite osobnosti. Odnos liječnika i pacijenta kao i njihova komunikacija zadiru u osobnost kako pacijenta, tako i liječnika. U idealnom smislu, osobnost bi trebala oplemeniti stručno i naučeno ponašanje. Drugim riječima, radom na sebi, svaki liječnik trebao bi unaprijediti svoje komunikacijske sposobnosti u kontaktu s pacijentom.

Ocjenjivači i mentori procjenjuju koliko se student uspio približiti pacijentu i njegovom problemu, ali s pozicije struke. Ocjenjivači putem pisma procjenjuju kompetentnost studenta o konkretnom problemu. Mentori putem pisma procjenjuju odnos (komunikaciju) i kompetentnost studenta, a pacijenti procjenjuju odnos sa studentom (liječnikom) preko zadanih kriterija. Dakle, stručnjaci prave razliku između struke i odnosa s pacijentom dok pacijenti jednako vrednuju odnos i stručnost studenta/liječnika.

Znamo da se profesionalno ponašanje uči, a možemo ga i evaluirati (61), što smo u nekoj mjeri pokušali s „pismom pacijentu“ povezujući ga s usmenom komunikacijom koja se odvija u konzultaciji. Uspješnost svakog studenta ovisi i o njegovim interpersonalnim vještinama pri čemu je važno da student u svom kliničkom radu dobije povratnu informaciju o svom “nastupu” (88,89).

S druge strane, pacijenti su subjektivni. Formalno gledajući, zainteresirani su da dobiju što kvalitetniju uslugu i da budu što zadovoljniji. Ocijenili su koliko se student/liječnik u konzultaciji i u pismu uspio tome približiti.

U posljednjem desetljeću u žarištu je profesionalna komunikacija kao jedan od glavnih ciljeva moderne medicinske edukacije (1,45). Profesionalna konverzacija između doktora i pacijenta uobličuje dijagnozu, inicira terapiju i uspostavlja brižni odnos. Profesionalna

komunikacija dio je profesionalnosti (cjelovitosti liječnika) koju čine: odgovornost, altruizam, humanizam i izvrsnost. Sve ovo je neodvojivo povezano s kliničkim ishodom na način da se “profesionalnije” ponašanje povezuje s boljom brigom za pacijenta (62,90,91)

Vežana za primarni cilj je prva hipoteza: „Pismo pacijentu“ je validan i upotrebljiv instrument kao edukacijska metoda tijekom izobrazbe studenata medicine završne (šeste) godine studija na predmetu Obiteljska medicina jer postoji pozitivna povezanost između kvalitete napisanog pisma i uspješnosti na ispitu provjerene standardnim pisanim testom.

Očekivali smo da postoji značajna povezanost između ocjene pisama i uspješnosti na pisanom ispitu (testu), međutim, povezanost između pisanog ispita (testa) i pisama nije nađena. Ovakav rezultat može se objasniti postojanjem različite vrste znanja koja se određenim načinom ispita ispituje (evaluiraju). Pisma ispituju problemsko znanje (problemski pristup – znanje o problemu) koje je složenije od činjeničnog znanja koje se ispituje u testu s pitanjima s više mogućnosti odabira odgovora (92). Zadaci esej tipa prikladni su za ispitivanje složenijih aspekata znanja u gotovo svim predmetima u školi i dobro ih je upotrebljavati kao dopunu zadacima objektivnog tipa. Istraživanja pokazuju da zadaci esej tipa potiču učenike na solidnije učenje i bolje razumijevanje gradiva. Također se učenici uče pismenom oblikovanju svojih znanja. Treba voditi računa o načinu ispravljanja i procjenjivanja odgovora kako bi se smanjila subjektivnost nastavnika (93).

Pismeni ispit je objektivniji, svi učenici odgovaraju na ista pitanja. Obuhvaća više gradiva, ali često se traži samo reprodukcija materijala, proces pamćenja i sjećanje na činjenice i ne uspijeva zahvatiti razumijevanje ili primjenu znanja.

Pismeno ispitivanje i objektivno testiranje znanja dvije su različite metode ispitivanja znanja. Pismeno ispitivanje znanja znači samo da u pismenom obliku ponudimo pitanja učeniku na koje onda on isto tako pismeno odgovara. S druge strane, test podrazumijeva niz zadataka koji ispitanicima dajemo u standardiziranim uvjetima i ocjenjujemo rezultat s obzirom na prosjek populacije (94)

Test ima izmjerene metrijske karakteristike. Testovi omogućavaju različite usporedbe koje nisu moguće u običnom pismenom ispitivanju (94). U testu znanja postoje samo točni i netočni odgovori. Nema razlikovanja stupnjevanja pogreške. Jednako je netočna omaška ili neki apsurdni odgovor koji ukazuje na antiznanje. S druge strane, upravo to može provjeriti učitelj te različito vrednovati te stupnjeve znanja (95).

Prema tome, povezanost između ocjene (kvalitete) pisama i pismenog ispita nije nužna. Oni jednostavno mjere različite stvari. Osim toga, korist od pisama niti se ne može vidjeti odmah i ovim načinom, premda postoji razlika u kvaliteti testa između generacija sa i

bez pisama. Generacije s pismima bolje su riješile test. Moguće je da je drugačiji edukacijski pristup rezultirao boljom kvalitetom, ali to su početni rezultati koje bi trebalo potvrditi budućim istraživanjima.

U pismu se ocjenjivao problem pacijenta (klinički slučaj) koji smo pokušali sagledati iz nekoliko kutova i ocijeniti kompetentnost studenta (pristup – empatiju, ophođenje – pristojnost, jasnoću opisa bolesti, naučene činjenice o bolesti, primjenu naučenih terapijskih znanja) i njegovu sposobnost sveobuhvatnog sagledavanja problema kojeg pacijent ima, ujedinjujući različite ocjene. Ukupni ispit iz OM obuhvaća: praktične vještine – OSCE, pismeni ispit-test, pisma i usmeni ispit. Prema vrsti znanja koja se ispituju, svaki dio je različit, a najbliži pismima je usmeni ispit jer osim činjenica obuhvaća i problemski pristup. Usmeni ispit dijelom ostaje na doživljaju i subjektivnom dojmu (poput mentora kod ocjenjivanja pisama). Prednosti usmenog ispita su da učitelj može reagirati na odgovore učenika i tako primjerenije ispitati stvarno znanje učenika kao i njegovo razumijevanje. Isto tako, učenici češće uče s razumijevanjem ukoliko očekuju usmeno ispitivanje. Nedostaci su što je to subjektivna metoda u kojoj je nastavnik mjerni instrument i različito reagira na različite učenike, obuhvaća manje gradiva i učenici dobivaju različita pitanja, pa je teško usporediti njihovo znanje. Nastavnik je s druge strane na ispitu fleksibilan te uspijeva prilagoditi ispitne zahtjeve mogućnostima učenikova reagiranja. To je tzv klinički pristup, za razliku od statističkog pristupa u ocjenjivanju testa (95).

Za razliku od ispitivača kod usmenog ispita, nezavisni ocjenjivač pisama je lišen osobnog doživljaja studenta u smislu usmene komunikacije, postoji samo doživljaj pisma kao pismene komunikacije.

Komentirajući različite ocjene i načine ocjenjivanja, u predmetu OM, primjećujemo da su ocjene generalno gledajući visoke. Možda je za ovakav vid rada i ispitivanja studenata primjereniji sustav ocjenjivanja koji su primijenili na University of Virginia. Zaključak studije provedene na University of Virginia jest da je promjena sustava ocjenjivanja (klasični sustav izmijenjen u sustav ocjenjivanja u kojem postoji samo prolaz/pad), za sada samo na prve dvije godine studiranja, dala značajne prednosti studentima medicine, u smislu poboljšane psihološke dobrobiti i zadovoljstva, bez redukcije kvalitete izvedbe na testovima i kliničkim rotacijama, USMLE testovima ili redovitosti pohađanja nastave (96).

Očekivano je bilo da studenti koji pišu pismo drugi put, napišu bolje, posebno iz razloga što su dvije godine zreliji (stariji i iskusniji). Međutim, jednaka je kvaliteta napisanih pisama prvi put i nakon dvije godine. Ista generacija pokazala se dvije godine ranije (tada četvrta godina) kvalitetnijom u odnosu na tadašnju šestu godinu. Studenti četvrte godine

pokazali su bolje znanje, a isto tako, prema ocjeni nezavisnih ocjenjivača, jasnije i kompetentnije su napisali pacijentima o njihovoj bolesti (stanju). Tada smo to tumačili zamahom studija i činjenicom da studenti kada idu prema kraju studija stagniraju, ili čak padaju s kvalitetom studiranja. Ovo je moguće objašnjenje za njihov jednaki uspjeh (ne bolji) nakon ponovnog pisanja pisma, ali i to da se njihova sposobnost pismenog izražavanja (komunikacije) i pismenost na ovom stupnju edukacije nisu bitno promijenile. Empatija se npr., prema literaturi čak i smanjuje. U istraživanju Thompsona i Rogersa (97) kompetencija studenata za vrijeme završne godine studiranja ne raste. Utvrđeno je da razlog tome nije bilo njihovo nezadovoljstvo nastavnim programom.

Jesu li studenti nižih godina (četvrte godine) više motivirani za postizanje boljeg uspjeha? Koliko su se studenti završne godine već na neki način dokazali i nisu više toliko „poslušni“ i temeljiti u tome da slijede upute svojih profesora za razliku od studenata nižih godina? Razina motivacije ovisi i o perspektivi zaposlenja. U današnje vrijeme govori se o nedostatku liječnika, tako da je malo nezaposlenih. Prema literaturi, empatija studenata pada kako se približavaju kraju studija (98), a postaje značajno niža negdje na trećoj godini fakulteta. Ironično je da se pad empatije javlja upravo u vrijeme kada se nastavni program prebacuje prema aktivnostima vezanim za pacijenta (klinički rad) gdje je empatija ključna (52,99), a posebno je izražena kod liječnika orijentiranih prema budućoj karijeri kirurških specijalnosti (100).

U pokušaju objašnjavanja »stagnacije« uspjeha navedene generacije, moguće je na motivaciju studenata utjecala činjenica da su pisma studenata generacije 12./13. bila samo uvjet za pristup ispitu, a ne dio ocjene.

2.2. Sekundarni ciljevi

2.2.1. Varijabilnosti u ocjenama konzultacija i pisama

U ispunjavanju sekundarnih ciljeva istražene su ocjene kojima su pisma ocijenili pacijenti, liječnici-mentori u ambulantama te nezavisni ocjenjivači. Te ocjene međusobno su uspoređene i povezane s ocjenama konzultacije koja je prethodila pismu i iz koje pismo proizlazi. U ocjeni konzultacije varijabilnost u ocjenama bila je praktički podjednaka između pacijenata i mentora. U ocjeni pisama najveća varijabilnost je bila u mentora, u odnosu na pacijente i ocjenjivače, što je bilo za očekivati. Veliki broj mentora (njih 22) ocjenjivao je različiti broj studenata, dok su svega tri ocjenjivača ocjenjivala pisma, a relevantnom je proglašena njihova srednja ocjena.

2.2.2. Čimbenici koji značajno utječu na kvalitetu pisama i konzultacija

U ovom radu, možemo kazati da su pacijenti bili zadovoljni uslugom i odnosom sa studentom/liječnikom, što su pokazale visoke ocjene, kako konzultacije, tako i pisama. Njihova procjena osposobljenosti za nošenje s bolešću nakon konzultacije bila je slična procjeni studenata, a znatno se razlikovala od procijene mentora. Ocjene pacijenata bile su značajno više. Isto tako, odnos sa studentom i empatiju koju su dobili u konzultaciji doživjeli su značajno kvalitetnijom nego što su je procijenili mentor i student.

Percepcija kvalitete usluge ordinacije obiteljskog liječnika čini se da ipak najviše ovisi o percepciji kvalitete liječnika i to o njegovim "tehničkim" (manuelnim) i interpersonalnim vještinama. Osim toga, edukacija pacijenata za vrijeme konzultacije o tome kako prevenirati ili kontrolirati bolest povećava zadovoljstvo pacijenata (101).

Povjerenje pacijenata u direktnoj je vezi s ponašanjem liječnika i njegovom verbalnom komunikacijom što utječe na bolji ishod, bolje pridržavanje uputa i veće zadovoljstvo pacijenata (102,103).

Multivarijatnom analizom istraženo je što najbolje opisuje (predviđa) kvalitetu (ocjenu) konzultacije, a što pisma. Ocjenu konzultacije u pacijenata predviđa empatija u konzultaciji (CARE) i smještaj ambulante, a u mentora osim empatije u konzultaciji (CARE), osposobljenost za nošenje s bolesti (PEI) i edukacija mentora.

Pacijenti su procijenili doživljaj empatije u konzultaciji znatno višim ocjenama od studentovih i mentorovih. Empatija (suosjećanje) je općenito definirana kao sposobnost da se "vidi svijet tuđim očima, da ne osuđujemo druge, da razumijemo osjećaje drugih i da smo spremni o tome razgovarati" (99,104). Empatija je neizostavni dio kvalitetnog interpersonalnog odnosa liječnik-bolesnik i važan dio skrbi koji pozitivno utječe na ishod liječenja različitih bolesti (52,105,106).

Koncept „liječnik kao lijek“ u osnovnoj je vezi s osobnošću liječnika. Liječnik koji ima topao, emocionalan, prijateljski pristup ima više uspjeha u radu s pacijentima. (46, 49). Zadovoljniji su pacijenti empatičnih liječnika, posebno kada liječnici koriste reflektivnu komunikaciju. Integracija osobnog iskustva i uvjeta u određenoj situaciji određuju empatiju u medicinskoj skrbi, a medicinska edukacija je ključna za razvoj i poticanje empatije osiguravajući tako visoku kvalitetu skrbi za pacijenta. (49,32). Edukacija mentora jedan je od

faktora koji predviđaju ocjenu konzultacije u mentora, što je i razumljivo. Viši stupanj edukacije povezan je sa detaljnijim i sveobuhvatnijim procjenjivanjem, ali i s višom kvalitetom skrbi .

U skrbi kroničnih pacijenata, koji su najčešći posjetitelji ordinacija obiteljske medicine, iznimno je važna kvaliteta interpersonalnih vještina. Ona više utječe na ishod nego količina instrukcija i poučavanja i to na način da se povećava privrženost pacijenta i njegovo zadovoljstvo što se smatra najznačajnijim u skrbi pacijenta s kroničnom bolesti (107).

Na otoku su konzultacijom nešto zadovoljniji pacijenti, mentori ali i studenti u odnosu na grad. Nedvojbeno su za to zaslužne karakteristike praksi: manji broj pacijenata u praksi mentora, manji prosječni broj pacijenata na dan u ambulanti mentora, te iskusniji mentori (dulji radni staž). Uz to, treba napomenuti i značajno dulje vrijeme konzultacije u otočkim ambulantama (108,109).

Ocjenu pisma u pacijenata predviđa ocjena konzultacije, a u mentora ocjena konzultacije i vrijeme konzultacije. Za procjenu kvalitete konzultacije, vrlo važan podatak je duljina konzultacije. Zdravstveni radnici, profesionalci trebaju vrijeme za slušanje svojih pacijenata, jer slušanje je osnovni instrument (pomagalo) empatije, a samim tim i dobre medicinske prakse (99). U našem istraživanju prosječna duljina konzultacije je oko 20 minuta. Takvu pažnju pacijenti su nagradili dobrim ocjenama, kada znamo da je prosječno vrijeme konzultacije u našim ordinacijama obiteljske medicine 10-15 min (108).

Poznato je da je veća duljina konzultacije pozitivno povezana s većim zadovoljstvom i boljom osposobljenošću, te boljim ishodima liječenja, osobito u onih s psihosocijalnim problemima kao i stanovnicima socijalno depriviranih područja (51). Suosjećajni liječnici s komunikacijom koja je usmjerena prema pacijentu manje su skloni prekomjernoj upotrebi dijagnostičkih pretraga u skrbi bolesnika, te neracionalnom trošenju zdravstvenih resursa, ali i duljoj konzultaciji (110,111).

Organizacija vremena u ordinaciji obiteljskog liječnika važna je za njezino kvalitetno funkcioniranje (112,113). Ona uključuje aktivno naručivanje na preglede i konzultacije što je značajka uglavnom gradskih, za razliku od terenskih ambulanti. Postavlja se pitanje je li sistem aktivnog naručivanja na preglede u sadašnjem obliku najbolje rješenje? U smislu planiranja rada ambulante sigurno jest. Međutim, konzultacija od 10-15 minuta, koliko je uobičajeno planirano vrijeme pregleda u našim ambulantama, premalo je vremena za pacijenta s kompleksnijom bio psiho socijalnom situacijom (114). Model planiranja dužine konzultacije koji bi zadovoljio liječnike i pacijente zahtijeva vrijeme i ovo pitanje ostaje otvoreno za neko drugo istraživanje.

U konzultaciji, mentori i pacijenti malo se razlikuju u tome koliko je student razumio problem pacijenta i je li im dao odgovarajući savjet. Međutim, pacijenti su nešto blaži u ocjenjivanju studenata u odnosu na mentore. U odnosu na mentore, pacijenti su znatno zadovoljniji empatijom i komunikacijom sa studentima u konzultaciji kao i osposobljenošću za nošenje s bolešću nakon konzultacije.

Mentori i studenti se slažu u pogledu ocjene konzultacije i slično razmišljaju o preporukama koje pacijenti trebaju, premda se nešto više razlikuju u razumijevanju problema pacijenta. Za razliku od mentora, studenti su procijenili osposobljavanje pacijenata za nošenje s bolešću u konzultaciji znatno boljim. Pacijenti su nešto zadovoljniji konzultacijom i savjetima od samih studenata, a izrazito su zadovoljni empatijom i komunikacijom sa studentima u konzultaciji. Čini se da su studenti po pitanju empatije i komunikacije s pacijentom u konzultaciji prilično samokritični i još uvijek nesigurni u svoje preporuke.

Konzultacija ili tzv.” pregled “ predstavlja sve ono što se dešava u susretu između liječnika i bolesnika i zapravo predstavlja bit medicine. Osnovni koncept konzultacije je međusobno razumijevanje liječnika i pacijenta. Međutim, sami biomedicinski podaci nedovoljni su obiteljskom liječniku za procjenu cjelokupnog stanja pacijenta. U obiteljskoj medicini svakog pacijenta promatramo i u svjetlu dinamike njegove obitelji, te socijalnog statusa. U komunikaciji s pacijentom liječnik treba voditi računa o njegovim očekivanjima (28). Eventualne nesuglasice trebalo bi iskoristiti kao pokazatelje za edukaciju u cilju podizanja kvalitete skrbi (115). Na taj način komunikacijske vještine i kontinuirani rad na njihovom poboljšanju mogu pomoći i u promjeni stavova, vjerovanja i ponašanja u naših pacijenata (31).

Važna značajka za pacijenta je njegova potreba za stalnim, regularnim liječnikom kao i za kontinuitetom istog liječnika. Privrženost liječniku i osobni odnos s njim (teorija atačmenta) posebno se aktivira u slučaju straha ili bolesti (115,116).

2.2.3. Povezanost kvalitete napisanih pisama i zadovoljstva pacijenata - hipoteza 2

Druga i treća hipoteza vezane su za sekundarne ciljeve. Istražujući povezanost kvalitete napisanih pisama i zadovoljstva pacijenata, utvrdili smo da postoji slabija povezanost kvalitete napisanih pisama (ocjene mentora) i zadovoljstva pacijenata (ocjene pacijenata) od očekivane, provjerenog prikladnim upitnikom. Međutim, nešto je veća korelacija ocjena koje se odnose na korisnost pisma kao nadopune konzultaciji u boljem razumijevanju bolesti, terapije i preporuka liječenja, te razumijevanja stanja pacijenta od strane obitelji nakon čitanja pisma.

Pacijenti i mentori su na sličan način ocijenili pisma, mada su ih pacijenti ocijenili nešto višim ocjenama. Za razliku od toga, pacijenti i ocjenjivači ocijenili su pisma prema različitim kriterijima, a ocjene pacijenata su i ovdje očekivano bile značajno više. Različiti su bili kriteriji ocjenjivanja ocjenjivača i pacijenata, prvenstveno zato što su pacijenti ovdje bili zainteresirana strana s izraženom subjektivnošću, dok su ocjenjivači stručnjaci.

U pismu, mentori i pacijenti nisu imali istovjetno mišljenje o tome koliko je student razumio problem pacijenta i je li dao odgovarajući savjet i preporuke pacijentu. Pacijenti su bili nešto zadovoljniji studentom nego njihovi liječnici (mentori), što je bilo očekivano jer osim što su oni obiteljski liječnici tim pacijentima, istovremeno su bili i u ulozi nastavnika studentima koje poučavaju.

Listajući literaturu, nismo uspjeli naći istraživanja koja su na sličan način istraživala edukacijski proces, osim primjera pismenih prikaza slučaja kroz povijest (72,76). U edukaciji medicinskih sestara (patronaža i kućna njega) koristila su se pisma obiteljima uz edukacijsku strategiju da se razviju komunikacijske vještine i prepoznaju snage pacijenta. Uočena je korist za studenta, pacijenta i fakultet, a cilj je bio pronaći oslonac u obitelji, prepoznati njezinu snagu i pomoću nje pomoći u rješavanju problema koji postoje u obitelji (78).

Uvođenjem različitih vježbi za studente, među kojima komunikacija u formi pisma zauzima istaknuto mjesto, poboljšava se razumijevanje pacijenta od strane studenta u prvih nekoliko godina studija. Najprije, gledajući vlastito iskustvo i reflektirajući se na njega počinjemo graditi odnos razumijevanja i empatije s pacijentima, a kasnije dijelimo emocije s pacijentima gdje su oni često u ulozi mentora studentima (117).

Međutim, nema puno istraživanja koja su ispitivala vrijednost povratne veze (reakcije) pacijenata na neke intervencije u procesu edukacije i na nove tehnike koje su se odnosile na promjenu ponašanja liječnika prema pacijentu (118). U tom smislu ovo istraživanje doprinosi svojim rezultatima.

2.2.4. Povezanost ocjena pisama i konzultacija u ambulanti - hipoteza 3

U ovoj studiji koristili smo pismo pacijentu kao novi model u edukaciji studenata medicine. Pišući osobno pismo, studenti razmišljaju o pacijentu, reflektiraju se na konzultaciju u ambulanti, upute specifično vezuju i prilagođavaju upravo tom pacijentu (119). Pisanjem pisama studenti bi trebali šire shvatiti problem pacijenta, na način kako se radi u obiteljskoj medicini (koncept bolest – bolesnost, od sagledavanja simptoma i dijagnoze do šireg razumijevanja konteksta bolesti za trenutak života određenog pacijenta) (40,53). Isto

tako, "pismo" bi trebalo pomoći pacijentima da bolje razumiju svoju bolest i da se lakše nose s problemom.

Postoji značajna pozitivna povezanost između ocjene pisama i ocjene konzultacije od strane pacijenata i mentora. Iz navedenog proizlazi da je pismo dobra i kvalitetna dopuna konzultaciji, kao komunikacija (ocjena pacijenata) i kao edukacijski instrument (ocjena mentora).

Mentori i pacijenti se slažu da su u konzultaciji i u pismu studenti jednako jasno pokazali razumijevanje za problem pacijenta. Za pacijente, konzultacija i pismo jednako su vrijedni u pogledu informacija, znanja i preporuka. Za razliku od njih, mentori smatraju da se u pismu može dobiti više informacija nego u razgovoru. Isto tako, znanje više dolazi do izražaja, jasniji je opis bolesti, a i preporuka je korisnija. Doživljaj empatije je za pacijente i za mentore izraženiji i potpuniji u razgovoru u odnosu na pismo.

Pacijenti smatraju da su jednako vrijedan savjet od studenata dobili u konzultaciji i u pismu, gotovo kao i mentori, prema kojima su pacijenti neznatno vrijedniji savjet dobili u pismenoj formi u odnosu na konzultaciju. Suprotno očekivanju, odgovori ocjenjivača i mentora na ova dva pitanja (koliko je student razumio problem pacijenta i je li student dao odgovarajući savjet pacijentu) bili su slabo povezani, s tim da su ocjenjivači značajno stroži u ocjenjivanju u odnosu na mentore. S obzirom da su pisma koja ocjenjuju kodirana i ocjenjivači ne poznaju studenta čije pismo ocjenjuju, u prilici su da budu objektivniji od mentora.

Jedan od rezultata našeg istraživanja govori o razlikama u ocjenjivanju pisama pacijentima između pacijenata i ocjenjivača u pet ocijenjenih kategorija. Ocjenjivači značajno strože ocjenjuju studente od pacijenata. Kada ocjenjuju stručnost i znanje, daju niže ocjene, iz čega proizlazi da su jasnoća davanja uputa i informacija uz dobre kliničke kompetencije za njih ipak nešto važniji od ophođenja.

Pacijenti su svih pet ocijenjenih kategorija ocijenili visokim ocjenama i podjednako im je važno ophođenje (pristojnost, pristup, razumijevanje) i odnos s liječnikom kao i stručnost koju liječnici pokazuju u konzultaciji. Pacijenti su pritom pojedine kategorije pisama procjenjivali konzistentno i podjednako, bez obzira na spol, zanimanje, stupanj obrazovanja i prebivalište.

Istraživanja samog edukacijskog procesa na fakultetima pokazuju potrebu izmjene kurikuluma i u pravcu praktičnog kliničkog i pretkliničkog rada, učenja na iskustvu, kontakata student-pacijent i većom povezanosti s edukatorom i mentorom (120,121). Na neki način, odnos između nastavnika, člana fakulteta i studenta medicine trebao bi zrcaliti odnos liječnik-

pacijent: trebao bi imati značajke obostranog poštovanja i graditi proces zajedničkog odlučivanja u cilju promocije zajedničkog rada radije negoli natjecanja (kompeticije) (122).

U edukaciji budućih liječnika pokušava se različitim načinima postići praktične kompetencije (npr. komunikacijski laboratoriji koji su pomogli studentima da razumiju svoju buduću ulogu liječnika i vezu s pacijentom, razvijanje samopuzdanja i pripremu pred susret s pravim pacijentom) (123). Noviji pojmovi u medicinskoj edukaciji su sigurnost pacijenta (*engl. patient safety*) i unaprjeđenje kvalitete (*engl. quality improvement*) koji podrazumijevaju uvođenje bazičnog, kolaborativnog, otvorenog ponašanja tako da budući kliničari promoviraju kulturu sigurne, visokokvalitetne skrbi (124).

2.3. Tercijarni cilj – hipoteza 4

Iako im je konzultacija sama po sebi razumljivija od pisma, pacijenti bolje razumiju svoj problem (bolest) i preporuke za liječenje nakon što su im studenti napisali pismo.

Premda su pacijentima konzultacija i pismo jednako vrijedni u pogledu informacija, znanja i preporuka, oni smatraju da je razgovor s liječnikom pismo nadopunilo u boljem razumijevanju bolesti, terapije i preporuka liječenja, a i obitelj je bolje razumjela stanje pacijenta nakon čitanja pisma. Pismo za pacijente ima značenje poruke s većim utjecajem nego njezin verbalni ekvivalent. Otvara se nova linija komunikacije (npr. sa članovima obitelji koji iz nekih razloga ne dolaze s pacijentom). Za starije pacijente pisana riječ znači dodatnu pomoć. Takva pisma mogu biti ponovno pročitana, kasnije, kada je pacijent manje anksiozan i smireniji. Uz to, odnos liječnika prema pacijentu koji je primio pismo mijenja se nabolje, empatičniji je i pozitivniji u svakom pogledu (125). Empatija utječe na prihvaćanje preporuka za liječenje, smanjuje medicinske greške, interakciju liječnika i pacijenta čini uspješnijom i utječe na dobrobit liječnika (98).

Mentori smatraju konzultaciju i pismo jednako razumljivima, premda se u pismu može dobiti značajno više informacija, znanje više dolazi do izražaja, jasniji je opis bolesti, a i pismena preporuka je korisnija od usmene koja se dobije u konzultaciji. Studenti se putem pisama pacijentima mogu kvalitetnije educirati za klinički rad i komunikaciju s pacijentom.

Istražujući komunikaciju putem pisma, pokušali smo pronaći najčešće razloge nerazumijevanja između pacijenta i studenta (liječnika). Pacijenti su najviše podcrtavali u kategoriji stranih, stručnih izraza, što se u najvećoj mjeri preklapalo sa podcrtanim dijelovima

od strane ocjenjivača. To znači da se, prema mišljenju pacijenata kao i prema mišljenju ocjenjivača, najviše nejasnoća – nerazumijevanja između liječnika i pacijenta odnosi na strane/stručne izraze. U odnosu na pacijente, prema količini podcrtanih stručnih izraza, ocjenjivači smatraju da puno više stručnih izraza pacijenti ne razumiju. Mnogi stručni izrazi postali su bliski pacijentima i koriste se u svakodnevnom govoru više nego što to misle ocjenjivači. Koliko pacijenti njih stvarno razumiju i o njima stvarno znaju ostaje da se istraži nekom drugom prilikom.

Nedostatne preporuke podcrtavali su jedni i drugi, ali tu nije bilo preklapanja, što znači da ocjenjivači i pacijenti imaju različita shvaćanja o tome što znači nedostatna preporuka. Ocjenjivači su za tako nešto stručni, a za pacijente ta kategorija ima izrazito subjektivno značenje.

Projektom National Health Service (NHS) u Britaniji istražilo se koliko su korisna pisma pacijentu nakon konzultacije. U zaključku stoji da su pacijenti najzadovoljniji strukturiranim pismima upućenima njima osobno, napisanima jednostavnim i razumljivim jezikom, prilagođenom pacijentu i njegovim potrebama (77).

Duljina pisma je pozitivno utjecala na visinu ocjene kako u ocjenjivača, tako i u pacijenata što govori o tome da se cijenila kvantiteta odnosno trud i vrijeme potrošeno za pisanje pisma od strane ocjenjivača i od strane pacijenata. U apsolutnom iznosu ocjenjivači su podcrtavali više nego pacijenti. Pacijenti su bili manje kritični u podcrtavanju nejasnoća u studentovim pismima od ocjenjivača što govori o tome da je pismo značilo pozitivnu vezu ili posebnu pažnju, dar, a možda je imalo i terapijsko djelovanje (125,49). To se može povezati s prethodnim kriterijem ocjenjivanja u kojem pacijenti ukupno daju više ocjene (manje su strogi). Osim toga, samim tim što su primili pismo, i to baš oni, odabrani, pozitivno su usmjereni prema studentima i svojim liječnicima, pa su i manje kritični. Postavlja se pitanje koliko su pacijenti inače kritički raspoloženi prema svojim liječnicima? U radu Wofforda i sur. (126) utvrđeno je sedam kategorija pritužbi na ponašanje liječnika. Primjeri su pomogli da se razviju edukacijski moduli koji bi se mogli koristiti u razvoju kurikula povezanih s profesionalizmom, komunikacijskim vještinama i učenju povezanim s praksom. Manja kritičnost prema liječniku može značiti i veće povjerenje. Povjerenje pacijenta je temelj odnosa liječnika i pacijenta. Verbalna komunikacija liječnika i pacijenta povezana je s povjerenjem (127).

Prema Pearsons i Raekeu (128) elementi u ponašanju liječnika - učitelja koji bude povjerenje su: kompetentnost, suosjećanje, pouzdanost, integritet i otvorena komunikacija. U formiranju povjerenja veliku ulogu ima obostrano povjerenje i profesionalno poštovanje

između članova tima (liječnik i medicinska sestra u timu obiteljske medicine) i u velikoj mjeri doprinosi pacijentu usmjerenoj skrbi (129). Ipak, većina pacijenata više voli liječnika kojem je on sam (pacijent) u centru zbivanja (u radu Swensona i sur., čak 69% ispitanika) i kojeg zanima što pacijent želi i očekuje. Bolje razumijevanje raznolikih pacijentovih preferencija (sklonosti) u komunikaciji vodi učinkovitijoj skrbi kao i osobnijem pristupu pacijentu (130). Pacijentima je važan kontinuitet zaštite kao i stalan liječnik, ali to nije dovoljno da bi se razvio i zadržao odnos povjerenja. Uz to, potrebno je da liječnik poštuje pacijenta kao i da pokaže da ga prepoznaje i razlikuje od svih ostalih, da ga je po nečemu upamtio, makar to bila i njegova bolest (131).

Istraživanje je pokazalo da se i pacijenti i liječnici slažu u tome da je stručna terminologija u komunikaciji s pacijentima (laicima) najčešći razlog nerazumijevanja i poteškoća u komunikaciji liječnika i pacijenta. Na toj razini edukacije studenata važno je i moguće na vrijeme ukazati na poteškoće u komunikaciji s pacijentom.

ZAKLJUČCI

I. Potvrđivanje ciljeva i hipoteza

Primarni cilj - hipoteza 1

Nije nađena značajna povezanost između pisanog ispita i pisama iste generacije, premda je postojala razlika u kvaliteti testa između generacija sa i bez pisama. Generacije s pismima bolje su riješile pisani test na kolegiju obiteljske medicine.

Sekundarni ciljevi – hipoteza 2 i 3

Na ocjenu konzultacije u pacijenata je bitno utjecala empatija u konzultaciji (CARE) i smještaj ambulante, a u mentora osposobljenost za nošenje s bolešću (PEI), edukacija mentora i empatija u konzultaciji (CARE).

Na ocjenu pisama u pacijenata je bitno utjecala ocjena konzultacije, a u mentora ocjena konzultacije i vrijeme konzultacije.

Povezanost kvalitete pisma i zadovoljstva pacijenata bila je znatno niža od očekivane. Pacijenti su ocijenili pisma nešto višim ocjenama od mentora.

Ocjene pisama od strane ocjenjivača i pacijenata nisu bile povezane. Međutim, pacijenti su ocijenili pisma značajno višim ocjenama.

Postojala je pozitivna povezanost između ocjene pisama i ocjene konzultacije od strane pacijenata i mentora.

Pacijenti i mentori ocijenili su pismo u odnosu na konzultaciju neznatno višim ocjenama. Pismo može biti dobra i kvalitetna dopuna konzultaciji, kao komunikacija (ocjena pacijenata) i kao edukacijski instrument (ocjena mentora). Za pacijente i mentore može biti jednako vrijedno kao i konzultacija u ocjeni razumijevanja pacijentovog problema, a za mentore, pismo može biti neznatno bolji način davanja preporuka pacijentima.

Tercijarni cilj – hipoteza 4

Iako im je konzultacija sama po sebi bila razumljivija od pisma, pacijenti su bolje shvaćali svoj problem (bolest) i preporuke za liječenje nakon što su im studenti napisali pismo.

Pacijenti su smatrali da je pismo nadopunilo razgovor s liječnikom u smislu boljeg razumijevanja njihovog stanja (bolesti), terapije i preporuka liječenja, a i obitelj je bolje razumjela stanje pacijenta nakon čitanja pisma. Uz to, pismo i konzultacija bili su jednako vrijedni u pogledu informacija, znanja i preporuka.

Najčešći razlog poteškoća i nerazumijevanja u komunikaciji između pacijenata i studenata (liječnika) bila je stručna terminologija.

U odnosu na pismo, pacijenti su preferirali konzultaciju, ali pismo su cijenili kao korisnu dopunu razgovoru s liječnikom u pogledu boljeg razumijevanja uputa i preporuka za liječenje i kao informaciju za obitelj u usporedbi s konzultacijom.

Značajno više mentora, u odnosu na pacijente, smatralo je da se u pismu dobije više informacija, bolje se može ocijeniti znanje studenata, a i pisana preporuka bila je korisnija od usmene koja se dobije u konzultaciji.

Slijedom navedenog smatramo da se studenti pisanjem pisma pacijentima mogu kvalitetnije educirati za klinički rad i komunikaciju s pacijentom.

II. Prijedlozi

Nakon našeg prvog iskustva pisanja pisama pacijentima kao obveznog dijela nastave OM, nastaviti ćemo istraživati taj edukacijski dio koristeći strože metodološke nacрте i istražujući kako pisana komunikacija može najbolje dopuniti druge načine učenja u praksi OM.

Potrebno je detaljnije istražiti korist koju studenti imaju od pisama, kao i njihovo mišljenje o tome.

Kako u našoj edukaciji sudjeluje i veliki broj mentora, valjalo bi istražiti njihove stavove i mišljenja vezane za pisma kao edukacijski i komunikacijski alat.

Ostalo je dosta materijala za nastavak kvalitativnog istraživanja tog važnog oblika komunikacije. Takav vid edukacije i evaluacije moguće je proširiti i na druge kliničke kolegije, kako bi se moglo sveobuhvatnije sagledati korist za učenje i praksu (pacijente).

III. Praktična vrijednost pisma

Konzultacija i pismo predstavljaju dva dijela jedne edukacijske cjeline. U odnosu na nastavu, pismo predstavlja završni esej u kojem bi trebalo biti moguće sagledati kompletnost mladog liječnika u odnosu sa svojim pacijentom. Pisma mogu biti onaj završni dodir («touch») prije negoli student krene u samostalni rad. Prema rezultatima, pokazalo se da našim studentima taj zadatak nije bio osobito težak, a i dobro se uklopio u proces nastave. Smatramo ga u potpunosti izvodljivim u praksi za potrebe edukacije.

Pismo bi, prema mišljenju pacijenata, moglo biti dio prakse u OM jer je pisana uputa trajnija i dobro nadopunjuje razgovor s liječnikom. Osim toga, obitelj može bolje razumjeti pacijenta, a i sam pacijent bolje razumije svoju bolest kad njezin opis dobije u obliku pisma. U svakodnevnom radu liječnika, takva komunikacija s pacijentom je vremenski zahtjevnа, što ne znači da u nekoj drugoj, budućoj organizaciji radnog vremena ne bi bilo prostora i za takav vid koristi za pacijente. Za sada, primjena pisma u ambulantnoj praksi bila bi selektivna, kada procijenimo da bi našem pacijentu u razumijevanju njegove bolesti i liječenju pomoglo da ima pisane preporuke i osobno pismo.

SAŽETAK

Cilj. Procjena mogućnosti uporabe pisma pacijentu kao edukacijske metode tijekom izobrazbe studenata medicine završne (šeste) godine studija na predmetu Obiteljska medicina Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu.

Ispitanici i postupci. Istraživanjem su obuhvaćeni svi studenti šeste godine Medicinskog fakulteta u Splitu akademskih godina 2010./11., 2011./12., 2012./13 (n=121). Uzorak su predstavljala pisma koja su ti studenti napisali pacijentima za vrijeme vježbi iz kolegija Obiteljska medicina (svaki student 4 pisma; n=484). Primijenjen je obrazac za ocjenu konzultacije i pisma; ocijenjene kategorije bile su: jasnoća opisa bolesti/stanja, znanje, kvaliteta/korisnost preporuke, pristojnost, umijeće usmenog/pismenog izražavanja, ocjene 1-5, raspon bodova od 1-25), instrument za mjerenje liječnikova suosjećanja (empatije) u konzultaciji (*engl.* Consultation and Relational Empathy, CARE) i instrument za mjerenje pacijentove osposobljenosti za nošenje s bolešću (*engl.* Patient enablement instrument, PEI). Odabranim pacijentima studenti su nakon konzultacije napisali pismo s opisom i objašnjenjem bolesti, liječenja i preporukama za nošenje s bolešću. Nakon što su sva pisma prikupljena, ocijenili su ih pacijenti (n=222), mentori (n=22) i nezavisni ocjenjivači (n=3). Pacijenti su u pismu podcrtali dijelove pisma koje nisu razumjeli, a ocjenjivači dijelove za koje su procijenili da ih pacijenti neće razumjeti. Pisma smo analizirali kao jedinice i grupirana prema studentima - autorima („klasteri“). Uz standardne metode, postojanje klastera uvaženo je korištenjem višestruke linearne regresije (klasteri kao 'dummy' varijabla).

Rezultati. Analiza pisama kao pojedinačnih, nezavisnih jedinica i kao »klastera« dala je slične rezultate, pa je prikazana analiza pisama kao nezavisnih jedinica. Postojala je slaba korelacija između kvalitete napisanih pisama (ocjene mentora) i zadovoljstva pacijenata (ocjene pacijenata) ($r=0,184$; $P=0,007$).

Iako im je konzultacija sama po sebi bila razumljivija od pisma (62,3% vs. 37,7%), pacijenti (n=194) su nešto bolje razumjeli terapiju i preporuke za liječenje nakon što su im studenti napisali pismo [pacijentova ocjena (M,95%-tni raspon pouzdanosti): 4,45 (4,36-4,56), mentorova ocjena: 4,10 (3,98-4,22)]. Pacijenti su ocijenili pisma ocjenom: 23.7 (23.5-24.0), slično kao i mentori: 22.3 (21.8-22.6), dok su nezavisni ocjenjivači bili nešto stroži: 20.2 (20.0-20.5). Postojala je pozitivna povezanost između ocjena konzultacija i pisama kako pacijenata ($r=0,620$; $P<0,001$) tako i mentora ($r=0,530$; $P<0,001$). I pacijenti i mentori su dali neznatno više ukupne ocjene pismima nego konzultacijama: ocjene pacijenata, pismo vs

konzultacija [(23,7 (23,5-24,0) vs 23,1 (22,7-23,4)] i ocjene mentora [(22,2 (21,9-22,6) vs 21,6 (21,2-21,9)].

Značajno više mentora (60.3%) nego pacijenata (45.7%) smatralo je da se u pismu dobije više informacija ($P<0,001$), da se bolje može ocijeniti znanje studenata (56,1% vs. 45,9%; $P=0,003$), te da je pisana preporuka korisnija od usmene (63,8% vs. 53,1%; $P<0,001$). U analizi sadržaja pisama pacijenti i ocjenjivači su se preklapali u 27 podcrtanih izraza, od kojih se 20 odnosilo na stručne izraze.

Između kvalitete pisama i uspješnosti na ispitu provjerene standardnim pisanim testom nije bilo značajne povezanosti u generacija studenata koje su pisale pismo (2010./11. $r=0,016$; $P=0,909$; 2011./12. $r=0,069$; $P=0,596$). Međutim, prosječna ocjena na pisanom ispitu generacija s pismom [(11./12. 4,67 (4,52 – 4,81)] u odnosu na generacije bez pisma [(08./09. 3,65 (3,45-3,85) i 09./10. 3,81 (3,59-4,82) bila je značajno viša ($P<0,001$).

Zaključak. Pisma studenata pacijentima o njihovoj bolesti pokazala su se kao kvalitetna dopuna konzultaciji, kao sredstvo za unaprjeđivanje komuniciranja (ocjena pacijenata) i kao edukacijski instrument (ocjena mentora). Najčešći razlog poteškoća i nerazumijevanja u komunikaciji između pacijenata i studenata (liječnika) je stručna terminologija. Dokazi za povezanost između studentskog pisma pacijentima i uspjeha na pisanom testu nisu uvjerljivi, te na osnovu njih ne možemo stvoriti jasan zaključak.

SUMMARY

Aim. Assessment of the possibility of using students' letters to patients as educational method in training final (sixth) year students at the Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Split.

Examinees and methods. The study included all 6th year students of the Medical Faculty in academic year 2010-11., 2011./12., 2012./13. attending their rounds in Family Medicine (FM), structured into two 10-day cycles (n=121). Students were represented by the letters they have written to patients during the rounds in FM (each student has written 4 letters; n=484). The letters were evaluated by patients (n=222), mentors (n=22) and independent evaluators (n=3) who used a grading instrument (consisted of five rated categories: 1) adequacy and clarity of description of patients' disease/state, 2) knowledge, 3) adequacy of recommendations, 4) courtesy and respect and 5) language and style; score 1-5, the range of points from 1-25), questionnaires Consultation and Relational Empathy (CARE) and Patient enablement instrument (PEI). Patients and evaluators were also asked to underline phrases they thought would be difficult to understand; the underlined text was subjected to content analysis. Letters were analyzed as a unit and grouped by students - authors ("clusters"). In addition to standard methods, the existence of clusters has endorsed the use of multiple linear regression (clusters as a 'dummy' variable).

Results. Analysis of letters as single, independent units and as a "cluster" gave similar results, so an analysis of letters as independent units was presented. There was a low correlation between the quality of written letters (mentors' score) and patient satisfaction (patients' score) ($r = 0.184$, $P = 0.007$).

Although consultation was easier to understand (62.3 % vs . 37.7 %), patients (n = 194), understood slightly better their therapy and treatment recommendations after they have read letter [patient's score (M, 95% confidence interval): 4.5 (4.4 to 4.6), mentor's score: 4.1 (4.0 to 4.2). Patients evaluated letters with a score: 23.7 (23.5 to 24.0), similar to the mentors: 22.3 (21.8 to 22.6), while independent evaluators were somewhat stricter: 20.2 (20.0 to 20.5). There was a positive correlation between the score of consultations and letters in patients ($r=0.620$, $P<0.001$) and in mentors ($r=0.530$, $P<0.001$). Patients and mentors gave slightly higher total scores to the letters than consultations: patients' score, letter vs. consultation

[(23.7 (23.5 to 24.0) vs. 23.1 (22.7 to 23.4)] and mentors' score [(22.2 (21.9 to 22.6) vs. 21.6 (21.2 to 21.9)].

Significantly more mentors (60.3 %) compared to patients (45.7 %) considered to get more information from the letter ($P < 0.001$), to improve the assessment of the students' knowledge (56.1 % vs. 45.9 %, $P = 0.003$), and to strengthen the nature of information (63.8 % vs. 53.1 %, $P < 0.001$). In analyzing the content of the letters, patients and evaluators overlapped in 27 underlined expressions, 20 of which were related to technical terms.

Between the quality and efficiency of letters on a standard written examination verified test there was no significant correlation in the generation of students who wrote the letter (2010./11. $R = 0.016$, $P = 0.909$; 2011./12. $R = 0.069$, $P = 0.596$). However, the average score on the written test, generation with letters [(11./12. 4.67 (4.52 to 4.81)] in relation to generation without letters [(08./09. 3.65 (3.45 -3.85) and 09./10. 3.81 (3.59 to 4.82)] was significantly higher ($P < 0.001$).

Conclusion. The letter is a good quality supplement to the consultation process, as a communication means (patients' score) and as an educational tool (mentors' score). The most common reason for difficulties and misunderstandings in communication between the patient and the student (doctor) is the professional jargon (terminology). Evidences for the interconnection between the student letters to patients and the efficacy of the written test are not conclusive, and based on them, we can not create a clear conclusion.

LITERATURA

1. Gillies J, Mercer SW, Lyon A, Scott M, Watt GCM. Distilling the essence of general practice: a learning journey in progress. *Br J Gen Pract.* 2009;59:167-76.
2. Vrdoljak D, Petric D. A proposal for enhancement of research capacities in Croatian general practice. *Acta Med Acad.* 2013;42:71-9.
3. Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J. The role of the European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine in family medicine education in Europe--the experience of the University of Maribor. *Acta Med Acad.* 2012;41:80-7.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
5. American Academy of Family Physicians, European Academy of Teachers in General Practice. The European Definition. 2002. Pristupljeno 13.10.2012. na: <http://www.euract.eu>
6. Freeman V, Larson C, Holcomb JD. A qualitative assessment of systematic instructional design training by CLS faculty members. *Clin Lab Sci.* 2005;18:248-53.
7. Cutter GR, Liu Y. Personalized medicine: The return of the house call? *Neurol Clin Pract.* 2012;2:343-51.
8. Ehrlich G, Callender T, Gaster B. Integrative medicine at academic health centers: a survey of clinicians' educational backgrounds and practices. *Fam Med.* 2013;45:330-4.
9. Yeravdekar R, Yeravdekar VR, Tutakne MA. Family physicians: importance and relevance. *J Indian Med Assoc.* 2012;110:490-3.
10. Unger F. Health is wealth: considerations to european healthcare. *Prilozi.* 2012;33:9-14.

11. Mola E, De Bonis JA, Giancane R. Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract.* 2008;14:89-94.
12. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns.* 2007;66:13-20.
13. Oandasan I, White D, Mobilio MH, Conn LG, Feldman K, Kim F, Rouleau K, Sorensen L. Exploring and understanding academic leadership in family medicine. *Can Fam Physician* 2013;59: e162-e167.
14. Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflava A, Byma S. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. *Fam Pract.* 2008 ;25:113-8. doi: 10.1093/fampra/cmn009.
15. Svab I, Pavlic DR, Radić S, Vainiomäki P. General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe. *Croat Med J.* 2004;45:537-42.
16. Katić M, Rumboldt M, Materljan E i Gmajnić R. Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. *Medix.* 2009;80/81:51-6.
17. Pavličević I, Švab I. Family medicine defines its academic niche: the Split Initiative. *Acta Med Acad.* 2012;41:1-3.
18. Švab I, Bulc M. Academic medicine: what does an outsider have to offer? *Croat Med J.* 2004;45:254-5.
19. Krztoń-Królewiecka A, Švab I, Oleszczyk M, Seifert B, Smithson WH, Windak A. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990. *BMC Fam Pract.* 2013;19:14-37.
20. Deutsch T, Hönigschmid P, Frese T, Sandholzer H. Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations--a pre-post-comparison. *BMC Fam Pract.* 2013;21:14-24.

21. Clavet D, Walsh AE. Helping to prepare future physicians. Every family physician's responsibility? *Can Fam Physician*. 2009;55:862-3.
22. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. Bulletin No. 4. New York: Carnegie Foundation, 1910.
23. David AK. Medical education on a collision course: sooner rather than later? *Fam Med* 2013;45:159-63.
24. Ludmerer KM. Understanding the Flexner Report. *Acad Med*. 2010;85:193-6.
25. Stagg P, Greenhill J, Worley PS. A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates. *Rural Remote Health*. 2009;9:1245.
26. Promes SB, Chudgar SM, Grochowski CO, Shayne P, Isenhour J, Glickman SW, Cairns CB. Gaps in procedural experience and competency in medical school graduates. *Acad Emerg Med*. 2009;16:S58-62.
27. Reilly BM, Hart PD, Mascarell S, Chatrath H. Clinical problem-solving. A question well put. *N Engl J Med*. 2009 ;360:1446-51.
28. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
29. Roth CS, Watson KV, Harris IB. A communication assessment and skill-building exercise (CASE) for first-year residents. *Acad Med*. 2002;77:746-7.
30. Mauksch L, Farber S, Greer HT. Design, dissemination, and evaluation of an advanced communication elective at seven US Medical schools. *Acad Med*. 2013;88:843-51.
31. Sibille K, Greene A, Bush JP. Preparing physicians for the 21st century: targeting communication skills and the promotion of health behavior change. *Ann Behav Sci Med Educ*. 2010;16:7-13.

32. Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, i sur. Physician empathy and listening. Associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med.* 2011;24:665-72.
33. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA.* 2005; 293:1100-6.
34. Đorđević V, Braš M, Brajković L, Miličić D. Kako poučavati komunikacijske vještine u medicini. U: Đorđević V, Braš M, ur. *Komunikacija u medicini - čovjek je čovjeku lijek.* Zagreb: Medicinska naklada; 2011, str. 23-31.
35. Wilde-Menozzi W. Communication as fundamental to the doctor-patient relationship. *Acta Biomed.* 2008;79:52-6.
36. Gregurek R. Komunikacija liječnika i bolesnika. U: Gregurek R, ur. *Psihološka medicina.* Zagreb: Medicinska naklada; 2011, str. 199-205.
37. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of doctors and care of the seriously ill. *JAMA* 2001; 286:3007-14.
38. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA.* 1997;277:678-82.
39. Brajković L, Braš M, Đorđević V. Medicinski intervju. U: Đorđević V, Braš M, ur. *Komunikacija u medicini- čovjek je čovjeku lijek.* Zagreb: Medicinska naklada; 2011, str. 33-57.
40. Helman CG. Culture, health and illness. U: Helman CG, ur. *Doctor-patient interactions.* New York: Reed Educational and Professional Publishing Ltd; 1994. str. 101-45.
41. Seurer AC, Vogt HB. Low health literacy: a barrier to effective patient care. *S D Med.* 2013;66:53-7.

42. Grol R, Baker R, Wensing M, Jacobs A. Quality assurance in general practice: the state of the art in Europe. *Fam Pract.* 1994;11:460-7.
43. Donabedian A. The evaluation of medical care programs. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 1968;44:117-24.
44. Tudja K, Tiljak H. Procjena kvalitete rada liječnika obiteljske medicine kroz zadovoljstvo bolesnika. *Med Fam Croat.* 2005;13:43-52.
45. Ožvačić Adžić Z, Katić M, Kern J, Lazić Đ, Cerovečki Nekić V, Soldo D. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: Cross-sectional survey study. *Croat Med J.* 2008;49:813-23.
46. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med.* 2004;2:445-51.
47. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:390-7.
48. Robertson R, Dixon A, Le Grand J. Patient choice in general practice: the implications of patient satisfaction surveys. *J Health Serv Res Policy.* 2008;13:67-72.
49. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns.* 2009;74:339-46.
50. Mercer SW, Neumann M, Wirtz W, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland: a pilot prospective study using structural equation modelling. *Patient Educ Couns.* 2008;73:240-5.

51. Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G, Vojt G, McConnachie A, Watt GCM. More time for complex consultations in a high deprivation practice is associated with increased patient enablement. *Br J Gen Pract.* 2007;57:960-6.
52. Hojat M, Spandorfer J, Louis D, Gonnella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Acad Med.* 2011;86:989-95.
53. Egnew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med.* 2004;79:737-43.
54. Thind A, Maly R. The surgeon-patient interaction in older women with breast cancer: what are the determinants of a helpful discussion? *Ann Surg Oncol.* 2006;13:788-93.
55. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009;74:295-301.
56. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW i sur. The impact of patient centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49:796-804.
57. Rogers JC, Spann SJ. Rješavanje problema u obiteljskoj medicini. U: Katić M, ur. *Osnove obiteljske medicine.* Zagreb: Naklada Ljevak d.o.o.; 2005. str. 103-115.
58. Decety J, Meyer M. From emotion resonance to emphatic understanding: A social developmental neuroscience account. *Dev Psychopathol.* 2008;20:1053-80.
59. More ES. Empathy as a hermeneutic practice. *Theor Med.* 1996;17:243-54.
60. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Acad Med.* 2004;79:351-6.
61. Mueller PS. Incorporating professionalism into medical education: the Mayo Clinic experience. *Keio J Med.* 2009;58:133-43.

62. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med*. 2005;5:S5-40.
63. De Haes, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74:287-94.
64. Brajković L, Ratković AS, Ivkić G. Komunikacija s osobama treće životne dobi. *Medix* 2011;92: 51-6.
65. Gregurek R. Odnos bolesnik-lijječnik. U: Gregurek R, ur. *Psihološka medicina*, Zagreb: Medicinska naklada; 2011. str.155-67.
66. Gordon J. ABC of learning and teaching in medicine: One to one teaching and feedback. *BMJ*. 2003;326:543-5.
67. Why use an ePortfolio? 2011 Pristupljeno 15. 1. 2013. na: <http://www.qmu.ac.uk/eportfolio/whyuse.htm>.
68. Hulsman RL. Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient Educ Couns*. 2009;74:302-8.
69. Jaques D. ABC of learning and teaching in medicine: teaching small groups. *BMJ*. 2003;326:492-4.
70. Švab I. Possibilities of family medicine in medical education. *Acta Med Acad*. 2012;41:59-63.
71. Stolberg M. Patienten Buchstaben und vormodernen medizinische Laien-Kultur. *Med Ges Gesch Beih*. 2007;29:23-33.
72. Pomata G: Sharing cases: the Observations in early modern medicine. *Early Sci Med*. 2010.15:193-236.

73. Steinke H. Krankheit im Kontext. Familie, Wissenschaftler und Patienten Briefe im 18. Jahrhundert. *Med Ges Gesch Beih.* 2007;29:35-44
74. Daston L. The ideal and reality of the Republic of letters in the enlightenment. *Science in Context* 1991;4:367-86.
75. Damjanov I: Medical students writing letters to their patients: teaching communication and empathy. *Acta Med Acad.* 2012.41:4-6.
76. Dolan B, Goren N, Perlis C. Epistolary medicine. *Lancet.* 2009;374:1588-9.
77. Roberts NJ, Partridge MR. How useful are post consultation letters to patients? *BMC Med.* 2006;4:2.
78. Freed PE, McLaughlin DE, SmithBattle L, Leander S, Westhus N. Therapeutic letters in undergraduate nursing education: Ideas for clinical nurse educators. *Nurse Educ Today.* 2010;30:470-5.
79. Mrduljaš-Đujić N, Pavličević I, Marušić A, Marušić M. Students' letters to patients as a part of education in family medicine. *Acta Med Acad.* 2012,41:52–55.
80. Mrduljaš Đujić N, Žitnik E, Pavelin Lj, Bačić D, Boljat M, Vrdoljak D i sur. Writing letters to patients as an educational tool for medical students. *BMC Med Educ.* 2013;13:114.
81. Mercer SW, Howie JGR. CQI-2: a new measure of holistic, interpersonal care in primary care consultations. *Br J Gen Pract.* 2006;56:262-8.
82. Jung HP, Wensing M, Olesen F. Comparison of patients general practitioners evaluations of general practice care. *Qual Saf Healths Care.* 2002;11:315-9.
83. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) measure in general practice. *Fam Pract.* 2005;22:328-34.

84. Erlingsson C. Undergraduate nursing students writing therapeutic letters to families: an educational strategy. *J Fam Nurs*. 2009;15:83-101.
85. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure: development and preliminary evaluation of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21:699-705.
86. Fung C, Mercer S. A qualitative study of patients' views on quality of primary care consultations in Hong Kong and comparison with the UK CARE Measure. *BMC Fam Pract* 2009;10:10.
87. Anonimno. What is qualitative research? Pristupljeno 10. 07. 2013. na: <http://www.qsrinternational.com/what-is-qualitative-research.aspx> QSR International Pty Ltd.
88. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, i sur. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med*. 2004;79:495-507.
89. Grover M. Teaching general rules during ambulatory education. *Fam Med*. 2003;35:160-2.
90. Christianson CE, Mc Bride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD. From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med*. 2007;82:1079-88.
91. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. *Med Teach*. 2013;35: e1252-66.
92. Vizek Vidović V, Vlahović-Štetić V, Rijavec M, Miljković D. Psihologija obrazovanja. Zagreb: IEP-VERN; 2003.
93. Grgin T. Edukacijska Psihologija. Jastrebarsko: Slap; 1996.

94. Furlan I, Petz B. Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Slap; 2005.
95. Grgin T. Školsko ocjenjivanje znanja. Jastrebarsko: Slap; 2001.
96. Bloodgood RA, Short JG, Jackson JM, Martindale JR. A change to pass fall grading in the first two. *Acad Med.* 2009;84:655-62.
97. Thompson BM, Rogers JC. Exploring the learning curve in medical education: using self-assessment as a measure of learning. *Acad Med.* 2008;83:86-8.
98. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine-a critical review. *Patient Educ Couns.* 2009;76:307-22.
99. Wilson SE, Prescott J, Becket G. Empathy Levels in first- and third-year students in health and non-health disciplines. *Am J Pharm Educ.* 2012;76:24.
100. Newton BW, Barber L, Claridy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there a hardening of the heart during medical school? *Acad Med.* 2008;83:244-9.
101. Tung YC, Chang GM. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *Int J Qual Health Care.* 2009;21:206-13.
102. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15:25-38.
103. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care.* 2004;42:1049-55.
104. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Acad Med.* 2004;79:351-6.

105. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T. Relationship between increased personal well being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2005;20:559-64.
106. Hojat M, Spandorfer J, Louis D, Gonnella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Acad Med.* 2011;86:989-95.
107. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *J Chron Dis.* 1984;37:755-64.
108. Šimunović R, Katić M, Todorović G, Vinter-Repalust N, Petric D. Razlike u strukturi rada obiteljskih liječnika na selu i u gradu. *Acta Med Croat.* 2007;61:13-8.
109. Cerovečki Nekić V, Vrdoljak D, Bergman Marković B, Kern J, Katić M, Ožvačić Adžić Z. Upućivanje iz ordinacije obiteljskog liječnika – procjena doprinosa. *Acta Med Croat.* 2009;63:145-51.
110. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy and physician resource utilization. *J Gen Intern Med.* 1991;6:420-3.
111. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, Fiscella K. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med.* 2005;3:415–21.
112. Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:71-86.
113. Gallagher M, Pearson P, Drinkwater C, Guy J. Managing patient demand: a qualitative study of appointment making in general practice. *Br J Gen Pract.* 2001;51:280-5.
114. Fiscella K, Epstein RM. So much to do, so little time: care for the socially disadvantaged and the 15-minute visit. *Arch Intern Med.* 2008;168:1843-52.

115. Zebiene E, Svab I, Sapoka V, Kairys J, Dotsenko M, Radić S, i sur. Agreement in patient-physician communication in primary care: a study from Central and Eastern Europe. *Patient Educ Couns.* 2008;73:246-50.
116. Gelund Frederiksen H, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor – patient relationship in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28:185–90.
117. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med.* 2004;79:351-6.
118. Cheraghi-Sohi S, Bower P. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:179.
119. SmithBattle L, Leander S, Westhus N, Freed PE, McLaughlin DE. Writing therapeutic letters in undergraduate nursing education: promoting relational skill development. *Qual Health Res.* 2010;20:707-16.
120. Mašić I. Quality assesment of medical education at faculty of medicine of Sarajevo University. *Med Arh.* 2012;66:6-10.
121. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, Prideaux D. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teach.* 2006;28:497-526.
122. Smith SR. A recipe for medical schools to produce primary care physicians. *N Engl J Med.* 2011;364:496-7.
123. Wagner PJ, Lentz L, Heslop SD. Teaching communication skills: a skills-based approach. *Acad Med.* 2002;77:1164.

124. Wong BM, Levinson W, Shojanian KG. Quality improvement in medical education: current state and future directions. *Med Educ.* 2012;46:107-19.
125. Restifo S. Writing a letter to patients. *Australas Psychiatry.* 2009;2:123-5.
126. Wofford MM, Wofford JL, Bothra J, Kendrick SB, Smith A, Lichstein PR. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med.* 2004;79:134-8.
127. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care.* 2004;42:1049-55.
128. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med.* 2000;15:509-13.
129. Weng HC. Does the physician's emotional intelligence matter? Impacts of the physician's emotional intelligence on the trust, patient-physician relationship, and satisfaction. *Health Care Manage Rev.* 2008;33:280-8.
130. Swenson SL, Zettler P, Lo B. 'She gave it her best shot right away': patient experiences of biomedical and patient-centered communication. *Patient Educ Couns.* 2006;61:200-11.
131. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Fam Pract.* 2009; 10:47.

ŽIVOTOPIS

Mr. sc. Nataša Mrduljaš-Đujić, dr. med. rođena je 1964. godine. Medicinski fakultet upisala je 1981. godine u Splitu, a diplomirala u travnju 1987. godine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Stož je završila u Splitu, a Državni ispit položila u svibnju 1988. godine i zapošljava se kao liječnik opće medicine u Domu zdravlja Supetar, otok Brač. Radila je u nekoliko mjesnih ambulanti i to u Bolu, Sutivanu, Nerežišćima i Supetru, a od 1990. godine radi u ambulanti Postira.

Godine 1987. upisala je poslijediplomski studij na Medicinskom fakultetu u Rijeci, smjer opća klinička patofiziologija, a 1996. godine magistrirala s temom “O nekim karakteristikama depresije u bolesnica s karcinomom dojke”.

Od 1999. godine suradnik je Medicinskog fakulteta u Splitu – Katedre za obiteljsku medicinu. Dana 4. 7. 2002. godine od Fakultetskog vijeća Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu izabrana je u suradničko zvanje naslovnog mladeg asistenta na katedri za obiteljsku medicinu, za područje Biomedicine i zdravstva, polje Kliničke medicinske znanosti, grana Opća medicina. Sudjeluje u nastavi predmeta Obiteljska medicina u Splitu, vodi seminare i vježbe.

Mentor je nekolicini kolega za diplomski rad na poslijediplomskom stručnom studiju iz Obiteljske medicine.

Krajem 2003. god započinje specijalizaciju iz obiteljske medicine u trajanju od 3 godine. Specijalistički ispit položila je 22. veljače 2007. godine.

U svibnju 2005., 2006., 2007. i 2008. godine aktivno sudjeluje u međunarodnim tečajevima Training of teachers in general/family practice. Teme: Multiprofessional education, Challenging a Consultation, The Role of Arts in General/Family Practice Education i Cultural diversities u Inter Univerzitetском Centru u Dubrovniku.

Sudjelovala je u prijevodu knjige Rakel R: Osnove obiteljske medicine, 2005.god. Objavljuje više stručnih i znanstvenih članaka.

PRILOG 1

UPUTE STUDENTU ZA PISANJE PISMA PACIJENTU:

Potrebno je da se iz pisma vidi holistički (bio-psiho-socijalni), obiteljski i pacijentu usmjeren pristup, što je student trebao naučiti na vježbama i predstavlja temeljnu razliku obiteljske medicine i bolničkih specijalnosti. Isto tako, iz njega bi trebalo biti vidljivo ukupno zdravstveno stanje pacijenta. Pismo bi trebalo biti imati 1-2 stranice formata A4, i više ako je potrebno, prored 1.5, font 12, Times New Roman.

Pismo se sastoji od nekoliko dijelova:

- osnovni podatci o pacijentu: dob, spol, socijalni i edukacijski status pacijenta (ti podaci će biti izdvojeni u uvodnom dijelu pisma), te dijagnoze (bolesti od kojih / koje pacijent boluje);
- opis simptoma i razloga aktualnoga dolaska liječniku;
- bitni dijelovi iz povijesti bolesti i psihosocijalne anamneze koji su po mišljenju studenta važni za sadašnje stanje pacijenta;
- integracija dosadašnjeg stanja i sadašnjih simptoma (kako student sagledava problem pacijenta i što misli da bi on trebao znati o svojoj bolesti);
- preporuke za liječenje i način života s objašnjenjima (kako lijekovi ili postupci djeluju, što student misli da je za pacijenta važno u tom stanju i kako bi se nadalje trebao ponašati prema svojem zdravlju).

Pismo ocjenjuju **tri nezavisna stručnjaka**, specijalista obiteljske medicine koji su članovi Katedre za obiteljsku medicinu, mentor i pacijent kojemu je pismo upućeno. Ocjena se daje prema obrascu od 5 elemenata (nezavisni stručnjaci, pacijent i mentor):

- jasnoća opisa bolesti/stanja,
- znanje,
- kvaliteta/korisnost preporuke,
- pristojnost,
- umijeće usmenog/pisanog izražavanja.

Svaki od zadanih elemenata ocjenjuje se ljestvicom od 1-5.

PRILOG 2. KORIŠTENI UPITNICI:

2a. OBRAZAC ZA OCJENU KONZULTACIJE I PISMA

MOLIMO DA OCIJENITE **STUDENTOVA PISMA** PACIJENTU PREMA NAVEDENIM PARAMETRIMA

Svaka skupina elemenata donosi ocjenu 1-5, ukupno maksimalno 25 bodova.

PACIJENT (inicijali):

Spol:

Godina rođenja:

Stručna sprema:

OCJENJIVAČ: Ime i prezime (pečat ordinacije):

Duljina staža:

Edukacija: LOM/SOM/MR SC/DR SC

Student _____

<i>PARAMETAR</i>	<i>BODOVI (1-5)</i>
Primjerenost i jasnoća opisa bolesti/stanja	1 2 3 4 5
Znanje	1 2 3 4 5
Primjerenost preporuke	1 2 3 4 5
Pristojnost	1 2 3 4 5
Urednost, pravopis/umijeće pisanog izražavanja	1 2 3 4 5
<i>Zbroj</i>	

1. Ocjenom od 1-5 ocijenite koliko je student razumio problem pacijenta?

1 2 3 4 5

2. Ocjenom od 1-5 ocijenite uolikoj mjeri je student dao zadovoljavajući savjet pacijentu?

1 2 3 4 5

2b. OSPOSOBLJENOST ZA NOŠENJE S BOLEŠĆU (Patient enablement instrument; PEI)

Upitnik za pacijenta

Županija	
Dom zdravlja	
Liječnik (faksimil)	

Vrijeme trajanja konzultacije:

_____min.

Kao rezultat Vašeg današnjeg posjeta liječniku, osjećate li da ste...

	Puno bolje	Bolje	Jednako ili lošije
Sposoban nositi se sa životom			
Sposoban razumjeti svoju bolest			
Sposoban nositi se sa svojom bolešću			
Sposoban održavati sebe zdravim			
	Puno više	Više	Jednako ili manje
Čvrsto uvjeren/siguran u svoje zdravlje			
Sposoban sam sebi pomoći			

Molimo da odgovorite na svih šest pitanja (tvrdnji) na načina da odgovarajuću kućicu u tablici označite križićem (X)

2c. MJERENJE EMPATIJE U KONZULTACIJI (consultation and relational empathy,
CARE)

Dob _____

Spol M Ž

Koliko ste dugo kod ovog liječnika/ice <3 mjeseca 3-6 mjeseci >6 mjeseci

Koliko je Vaš doktor/ica tijekom pregleda uspio u sljedećem:

1. **Osjećao/la sam se ugodno** (bio/la je prijateljski raspoložen/a, ponašao/la se s poštovanjem, nije bio/la hladan ili me prekidao/la)
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
2. **Dozvolio/la je da ja 'ispričam priču'** (dajući mi vremena da u potpunosti opišem svoju bolest vlastitim riječima, ne prekidajući me ili preusmjeravajući me)
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
3. **Zaista je slušao/la** (poklanjajući punu pažnju onome što govorim, ne gledajući u zabilješke ili računalo dok govorim)
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
4. **Bio/la je zainteresiran/a za mene kao potpunu osobu** (pitajući ili poznavajući značajne detalje mog života, situacije, ne tretirajući me 'samo kao broj')
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
5. **U cijelosti je shvatio/la moju zabrinutost** (pokazujući da je razumio/la zabrinutost, ne propuštajući ili zanemarujući ništa)
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
6. **Pokazao/la je brigu i sućut** (izgledao/la je iskreno zainteresiran i povezan samnom na ljudskoj razini, a ne indiferentno ili odsutno)
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
7. **Bio/la je pozitivan, optimističan/a** (imao/la je pozitivna stav i pristup, iskren ali ne negativan)
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
8. **Objasnio je sve vrlo jasno** (u potpunosti odgovorio na moja pitanja, dajući adekvatne informacije, nije bio/la nejasan/a)
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
9. **Pomogao mi je preuzeti kontrolu** (istražujući što mogu sam/a učiniti da poboljšam svoje zdravlje, ohrabrujući me bez 'patroniziranja')
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno Nevažno __
10. **Zajedno smo napravili plan 'akcije'** (raspravljajući o različitim mogućnosti, uključio/la me u odluke koliko god je bilo moguće, ne ignorirajući moje stavove)
loše, prihvatljivo, dobro, jako dobro, izvrsno

PRILOG 3

