

UNIVERZITET U BEOGRADU
FARMACEUTSKI FAKULTET

Tatjana D. Crnjanski

**Razvoj i primena instrumenta za procenu
učestalosti i stepena težine etičkih pitanja
koja se javljaju u farmaceutskoj praksi
javnih apoteka u Srbiji**

doktorska disertacija

Beograd, 2018.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF PHARMACY

Tatjana D. Crnjanski

**Development and Implementation of the
Instrument for Assessing Frequency and
Difficulty of Ethical Issues Encountered in
the Community Pharmacy Setting in Serbia**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2018.

Mentor:

Dr sc. Dušanka Krajnović - vanredni profesor
Univerzitet u Beogradu - Farmaceutski fakultet

Komisija za odbranu doktorske disertacije:

Dr sc. Ljiljana Tasić, predsednik komisije, redovni profesor,
Univerzitet u Beogradu - Farmaceutski fakultet

Dr sc. Vesna Bjegović - Mikanović, redovni profesor,
Univerzitet u Beogradu - Medicinski fakultet

Dr sc. Mirko Savić, redovni profesor,
Univerzitet u Novom Sadu - Ekonomski fakultet u Subotici

Datum odbrane:

Zahvalnica

Zahvaljujem se mentoru prof. dr Dušanki Krajnović na pomoći i sugestijama tokom dizajniranja, sprovođenja i publikovanja istraživanja, kao i izrade ove disertacije.

Zahvaljujem se članovima komisije prof. dr Ljiljani Tasić i prof. dr Vesni Bjegović-Mikanović, na njihovim sugestijama tokom izrade doktorske disertacije.

Zahvaljujem se članu komisije prof. dr Mirku Saviću na dragocenoj pomoći u statističkoj obradi podataka, sugestijama i pomoći tokom pisanja doktorske disertacije.

Zahvaljujem se kolegama farmaceutima na razumevanju i odvojenom vremenu za učestvovanje u istraživanju i prilikom vođenja intervjua i prilikom popunjavanja upitnika u fazi prikupljanja podataka.

Zahvaljujem se mojoj porodici za svu podršku i razumevanje.

Razvoj i primena instrumenta za procenu učestalosti i stepena težine etičkih pitanja koja se javljaju u farmaceutskoj praksi javnih apoteka u Srbiji

Sažetak

Farmaceuti danas rade u uslovima intenzivnog tehnološkog, informatičkog i biomedicinskog napretka koji njihovom profesionalnom radu donose nove etičke izazove. Etička pitanja su neizbežno povezana sa farmaceutskom praksom i mnogi problemi koji se javljaju prilikom pružanja farmaceutskih usluga mogu da sadrže etičku komponentu. Farmaceuti rešavaju etička pitanja u situacijama kada se od njih zahteva da donesu odluku koja će imati direktno ili indirektno uticaja na prava i/ili dobrobit drugih ljudi (pacijenta, kolega, i sl.). Pružanje farmaceutske zdravstvene zaštite se obavlja u intersekciji etičkih, profesionalnih i zakonskih propisa. Takođe, mnoge situacije iz svakodnevne farmaceutske prakse, koje uključuju etičko pitanje, pored profesionalnog rasuđivanja i procene uključuju i razmatranja o vrednostima, pravima i odgovornostima.

Iako su empirijska istraživanja o etičkoj orijentaciji kod farmaceuta veoma malo prisutna u literarnom korpusu, većina studija pokazala je da se u osnovi *etosa* farmaceutske profesije nalaze dva najstarija etička principa, ne naškoditi i dobročinstvo, kao i briga o zaštiti prava pacijenata. Iz prethodnih studija je poznato da su etička pitanja s kojima se suočavaju farmaceuti povezana sa kršenjem zakona, alokacijom resursa, komunikacijom sa pacijentima i timskim radom sa ostalim zdravstvenim radnicima. U ovim istraživanjima pokazano je da su farmaceuti demonstrirali svesnost kada se radi o etičkim pitanjima iz svakodnevnog rada, ali za razliku od drugih zdravstvenih radnika, koristili su pristup zdravog razuma i posvećenost zakonskim i profesionalnim obavezama, u većoj meri nego normativne principe ili Etički kodeks. Broj validiranih instrumenata za izvođenje empirijske analize u profesionalnoj farmaceutskoj etici je limitiran. S obzirom da raste broj etičkih pitanja sa kojima se susreću farmaceuti, javlja potreba za njihovim istraživanjem u uslovima javnih apoteka.

Tema doktorske disertacije je istraživanje etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi u uslovima javne apoteke, odnosno apoteke na primarnom nivou zdravstvene zaštite, stepena njihove težine i učestalosti uz korišćenje originalnog instrumenta koji je razvijen kroz multifazni proces primenom kvalitativne i kvantitativne metode. Za realizaciju ciljeva dizajnirane su tri studije.

Predmet prve studije je identifikacija etičkih pitanja koja su osnov za inicijalnu (prvu) verziju instrumenta (skale). Drugi deo prve studije naučnog istraživanja predstavlja izradu i validaciju instrumenta (skale) za procenu učestalosti i stepena težine situacija u kojima se javljaju etička pitanja u radu farmaceuta u javnim apotekama.

Dalje, predmet naučnog istraživanja druge studije se odnosi na analizu rezultata dobijenih primenom validiranog instrumenta (skale). Analiza uključuje percepciju stepena težine i učestalosti kroz samoprocenu, kao i analizu vrste etičkih pitanja koji se javljaju u radu farmaceuta.

U prvoj studiji, razvoj i validacija skale kao istraživačkog instrumenta je sprovedena u tri faze: (1) generisanje stavki za inicijalni instrument istraživanja nakon kvalitativne analize; (2) definisanje dizajna i formata instrumenta; (3) validaciju instrumenta. Za deo prve studije koji se odnosi na generisanje instrumenta primenom intervjua dobijeno je odobrenje Etičkog odbora Apoteke Subotica No II-03/892, 23/03/201). Generisana skala/istraživački instrument (EISP –Ethical Issue Scale for the community pharmacy setting) se sastoji iz dva identična dela koji sadrže 16 identičnih stavki za procenu stepena učestalosti i težine etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi javnih apoteka u Srbiji. U procesu validacije analizirani su rezultati 171 potpuno ispunjenih upitnika (stopa odgovora 74.89%). Vrednost Kronbah alfa koeficijenta za deo instrumenta koji ispituje stepen težine etičkih pitanja je 0.83, a za deo instrumenta koji ispituje učestalost etičkih pitanja je 0.84. Test-retest pouzdanost za oba dela instrumenta je zadovoljavajuća sa interklasnim koeficijentom korelacije (ICC) iznad 0.6, (za deo koji ispituje težinu ICC = 0.809, za deo koji ispituje frekvenciju ICC = 0.929). Odobrenje za deo druge studije koji se odnosi na validaciju istraživačkog instrumenta dobijeno je od Etičkog odbora Farmaceutske Komore Srbije (687/2-3, Oktobar 18, 2011).

U drugoj studiji, validirana skala za procenu etičkih pitanja poslata je randomizovano selektovanim farmaceutima javnih apoteka u Srbiji. Istraživanje je obuhvatilo 690 farmaceuta koji su u potpunosti popunili instrument za procenu (stopa odgovora

78.49%). Pokazano je da postoji razlika između etičkih pitanja koja se pojavljuju svakodnevno („Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu“), i onih koje su farmaceuti percipiraju izuzetno problematičnim („Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim“ i „Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon“). U ovom istraživanju mlađi farmaceuti i manje iskusni (manje od 15 godina radnog iskustva) procenili su većinu etičkih pitanja učestalijim u njihovom svakodnevnom radu, nego stariji i iskusniji farmaceuti. To su etička pitanja koja se odnose na probleme izdavanja lekova, sukoba vrednosti, komunikaciju i kršenje privatnosti pacijenata. Takođe, rezultati pokazuju da pacijentova dobrobit ima veliki uticaj na ponašanje farmaceuta. Većina ispitanika (84.78%) je upoznata sa Etičkim kodeksom farmaceuta, ali korelacija između familijarnosti i percepcije korisnosti za rešavanje problema u svakodnevnoj praksi je negativna ($k = -0.17$, $p < 0.001$). Odobrenje za procenu etičkih aspekata ovog dela prve studije dobijeno je od Etičkog odbora Farmaceutske Komore Srbije (687/2-3, Oktobar 18, 2011).

Uvidom u dostupnu literaturu probali smo da nadjemo odgovor na pitanja, da li farmaceuti kompromituju svoje etičke vrednosti i pod kojim uslovima, međutim, pokazalo se da aspekt rada farmaceuta koji se odnosi na etičke vrednosti i njihovo kompromitovanje nije dovoljno istražen.

Mali broj empirijskih istraživača identifikovao je najvažnija etička pitanja, fokusirajući se na vrednosti vezane za ulogu i značaj rada farmaceuta. Ovi nalazi su stariji više od dvadeset godina i procesi reprofesionalizacije i redefinisanja uloge farmaceuta pružaju dodatnu potrebu da se ova pitanja ponovo istraže. Zbog toga smo sproveli treću studiju sa ciljem da istražimo profesionalne vrednosti, razloge za njihovo kompromitovanje i faktore koji na to utiču u populaciji farmaceuta javnih apoteka Srbije. U trećoj studiji, farmaceuti su tokom intervjuja naveli da su tri najvažnije vrednosti za rad farmaceuta prilikom pružanja usluga pacijentima: stručnost, etičnost i komunikacija. Analiza odgovora ispitanika pokazala je da je ključna vrednost profesionalnog rada farmaceuta pacijentova dobrobit.

Saglasnost za sprovođenje treće studije dao je Etički komitet za biomedicinska istraživanja Farmaceutskog fakulteta u Beogradu (br. 1709/2).

Sprovedena istraživanja daju po prvi put uvid u etička pitanja, stepen njihove težine i učestalosti u javnim apotekama u Srbiji, doprinose boljem razumevanju etičkih pitanja u svakodnevnom radu farmaceuta, kao i sagledavanju profesionalnih vrednosti farmaceuta. Rezultati validacije podržavaju upotrebu namenski kreiranog instrumenta kao istraživačkog sredstva za procenu stepena težine i učestalosti etičkih pitanja. Takođe, na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da su farmaceuti izloženi etičkim pitanjima u svom svakodnevnom radu i da ni jedno etičko pitanje iz skale nije procenjeno kao „nije problematično“ ili „malo problematično“ u najvećem procentu odgovora. Percepcija farmaceuta o stepenu težine i učestalosti etičkih pitanja navedenih u ovoj empirijski izvedenoj skali-instrumentu-EISP-u značajno se razlikuju, odnosno etička pitanja procenjena kao „izuzetno problematična“ ne javljaju se svakodnevno u radu farmaceuta javnih apoteka. Rad farmaceuta u javnim apotekama Srbije se odvija s pacijentom u fokusu u čijoj osnovi se nalazi poštovanje profesionalnih vrednosti čiji je osnovni razlog kompromitovanja pacijentova dobrobit. Rezultati dobijeni u ovim istraživanjima omogućiće da se popuni empirijski jaz između teorije i prakse u farmaceutskoj etici.

Ključne reči: etička pitanja, farmaceutska etika, farmaceutska praksa, profesionalne vrednosti, validacija

Naučna oblast: Farmacija

Uža naučna oblast: Socijalna farmacija i istraživanje farmaceutske prakse

UDK broj: 615.15:[615.014:172/174(497.11)(043.3)

Development and Implementation of the Instrument for Assessing Frequency and Difficulty of Ethical Issues Encountered in the Community Pharmacy Setting in Serbia

Abstract:

Intensive technological, informational and biomedical progress bring novel ethical challenges to work surroundings of today's pharmacists. Ethical issues are inevitably connected to the practice of pharmacy, and they comprise all the problems that arise when providing pharmacy services which might have an ethical component. Pharmacists deal with and resolve ethical issues in situations when they are required to make decisions which would have a direct or indirect impact on the rights and/or well-being of other people (patients, colleagues, etc.). Therefore, the delivery of pharmacists' services must be performed at the meeting point of ethical, professional and legal regulations. In addition, many situations in the pharmaceutical practice comprise considerations of values, rights and responsibilities as well.

In contrast to other areas of healthcare, relatively little is known about the application of these principles to ethical issues related to a pharmacy practice, and which pharmacists must deal with in their everyday work. Although the empirical findings of the ethical orientation among pharmacists are scanty and most studies indicate that the core ethos underlying the pharmacy profession comprises: best interest of patients (patient welfare) and patient rights. Based on some previous studies, it has been known that ethical issues faced by pharmacists are related to violations of rules and regulations, resource allocation, patient communication, and teamwork with other health professionals. Those studies have shown that pharmacists demonstrate awareness when it comes to ethical issues in their everyday work. However, in contrast to other health workers, they have used the approach of the common sense and the commitment to legal and professional obligations to a greater extent than the normative principles or the Code of Ethics. The number of validated instruments for performing an empirical analysis in professional pharmaceutical ethics has been limited. Given the growing number of ethical issues faced by pharmacists, the need has arisen for their research within the community pharmacies' setting.

The topic of this doctoral dissertation is researching the ethical issues in the pharmaceutical practice in community pharmacies settings, i.e. pharmacies at the primary level of health care, the level of their frequency and difficulties, by an originally developed and validated survey instrument which had been developed through a multiphase process by applying qualitative and quantitative methods. For the purpose of achieving those goals, three studies have been created. The objective of the first study was the identification of ethical issues, which was the basis for the initial (first) version of the instrument (scale). The second part of the first scientific research study featured the development and validation of the instrument (scale) for assessing the frequency and level of difficulties of situations in which the ethical issues would arise during the pharmacists` work in community pharmacy settings. Furthermore, the research objective of the second study relates to an analysis of the results obtained by using the validated instrument (scale). The analysis included the perceptions of the level of difficulty and frequency through a self-assessment, as well as an analysis of the type of ethical issues, occurring in pharmacists` work.

In the first study, development and validation of the scale as a research instrument were carried out in three phases: (1) generating items for the initial survey instrument after a qualitative analysis; (2) defining design and format of the instrument; (3) validating the instrument. An approval of the Ethics Committee of Pharmacy Subotica No II-03/892, 23/03/201 was obtained for the part of the research related to generating the instrument by interviewing. The generated scale (EISP -Ethical Issue Scale for the community pharmacy setting) consists of two identical parts, containing the same 16 items for assessing the level of frequency and difficulty of ethical issues in the pharmaceutical practice within community pharmacies in Serbia. During the validation process, the results of 171 completely filled out questionnaires were analyzed (response rate 74.89%). The Cronbach- α coefficient value regarding the part of the instrument which examined the level of difficulty of ethical issues is 0.83, and regarding the section that examined the frequency of ethical issues is 0.84. Test-retest reliability for both sections of the instrument was satisfactory with an Interclass correlation coefficient (ICC) above 0.6 (for the part examining difficulty ICC = 0.809, and for part examining frequency ICC = 0.929). An approval for this part of study was obtained from the Ethics Committee of the Pharmaceutical Chamber of Serbia (687 / 2-3, October 18, 2011).

Within the second study, the validated survey scale was sent to randomly selected pharmacists from community pharmacies in Serbia. The research involved 690 pharmacists who completely filled out the survey instrument (response rate of 78.49%). The difference was observed between: the ethical issues which arise frequently ("A pharmacist is prevented from dispensing a medicine to the patient due to an administrative error in the prescription"), and the ones which pharmacists perceive to be extremely difficult ("A pharmacist dispenses a medicine he/she personally considers inadequate for the therapeutic treatment of the patient, in order to avoid any conflicts with the physician", as well as "A pharmacist is considering violating the rules and regulations in order to perform an act of humanity"). This study showed that younger and less experienced pharmacists (with less than 15 years of work experience) assessed majority of the ethical issues as the more frequently occurring ones in their daily work than their older and more experienced colleagues. Those ethical issues relate to problems with drug dispensing, conflicting values, communication, and violations of patients' privacy. In addition, the results showed patients' well-being having a major influence on pharmacists' conduct. Most respondents (84.78%) were familiar with the Code of Ethics but the Correlation between the familiarity with The Code of Ethics contents and the usefulness of it to pharmacy practice was negative and strongly statistically significant ($\rho = -0.17$, $p < 0.001$). An approval for this part of study was obtained from the Ethics Committee of the Pharmaceutical Chamber of Serbia (687 / 2-3, October 18, 2011).

By reviewing the available literature we tried to find the answer to the question, whether pharmacists had their ethical values compromised, and under which conditions. However, it turned out that those aspects of pharmacists' work relating to ethical values and their eventual compromising had not been sufficiently explored. A small number of empirical researchers identified the most important ethical issues, focusing on values related to the role and importance of pharmacists' work. Those findings are more than twenty years old, and so the processes of re-professionalizing and redefining the role of pharmacists provide an additional reason for re-examining of those issues. Therefore, we conducted the third study in order to explore professional values, reasons for compromising them, and factors affecting them within the population of pharmacists in community pharmacy setting in Serbia. In the third study during the interviews, the

pharmacists stated as the three most important work related values when providing service to patients: expertise, ethics and communication. An analysis of respondents' responses pointed to "a benefit to the patient" as the key value in the professional work of pharmacists.

An approval for conducting the research was given by the Ethical Committee for Biomedical Research at the Faculty of Pharmacy in Belgrade (No. 1709/2).

The conducted studies provide an insight into ethical issues, the level of their frequency and difficulties in the community pharmacies of Serbia for the first time. They contribute to better understanding of ethical issues in daily work of pharmacists, as well as to an assessment of professional values of pharmacists. Validation results affirm the use of the originally created instrument as a research tool for assessing the level of difficulty and the frequency of ethical issues. Based on the results obtained, it may be additionally concluded that pharmacists are faced with a number of ethical issues in their everyday work. The results showed that none of the issues listed in the empirically derived scale were assessed as "not difficult" or "somewhat difficult" in the highest percentage of the responses (suggesting thereby that we identified scenarios which pharmacists experienced as ethically challenging issues while working in the community pharmacy setting). Results showed that there is a clear difference between the ethical issues which always occur, and the ones that pharmacists find most difficult. The pharmacists from the community pharmacies of Serbia put patients first, while honoring the professional values, and having patients' well-being as the main reason for getting compromised. This study should contribute to better understanding of the ethical issues in professional work, as well as in the professional values of the pharmacists and help fill an empirical gap between the theory and practice with relation to the ethics of pharmaceutics.

Key words: ethial issues, pharmacy ethics, pharmacy practice, professional values, validation

Scientific area: Pharmacy

Narrow scientific field: Social pharmacy and research onthe pharmaceutical practice

UDK number: 615.15:[615.014:172/174(497.11)(043.3)

SADRŽAJ

1. UVODNA RAZMATRANJA	1
1.1. Farmaceutska praksa u javnim apotekama	1
1.2. Etika i vrednosti u farmaceutskoj praksi	3
1.2.1. Etička pitanja u farmaceutskoj praksi	7
1.2.2. Etički kodeks farmaceuta	10
1.2.3. Pojam i definicija vrednosti	13
1.3. Metode koje se koriste u primenjenoj etičkoj analizi farmaceutske prakse	19
1.3.1. Pregled empirijskih istraživanja etike u farmaceutskoj praksi	20
1.3.2. Osnovne razlike između kvalitativnih i kvantitativnih pristupa istraživanjima	25
1.3.3. Kvalitativne metode istraživanja	28
1.3.4. Kvantitativne metode istraživanja	45
1.3.5. Mešoviti istraživački pristup	55
2. CILJEVI	57
3. MATERIJALI I METODE	58
3.1. Studija 1 - Generisanje i validacija instrumenta istraživanja za procenu učestalosti i stepena težine etičkih pitanja u radu farmaceuta u javnim apotekama	59
3.2. Studija 2 - Primena validiranog instrumenta na populaciji farmaceuta javnih apoteka u Srbiji	63
3.3. Studija 3 - Istraživanje vrednosti farmaceuta primenom polustrukturiranog intervjua	65
4. REZULTATI	67
4.1. Studija 1 - Demografske karakteristike uzorka i rezultati generisanja i validacije instrumenta istraživanja-EISP-a	67

4.2. Studija 2- Demografske karakteristike uzorka i rezultati primene validiranog instrumenta – EISP -a na populaciji farmaceuta javnih apoteka u Srbiji - - - - -	70
4.3. Studija 3 - Karakteristike uzorka i rezultati vođenja polustrukturiranih intervjua o vrednostima farmaceuta - - - - -	94
5. DISKUSIJA - - - - -	108
6. ZAKLJUČAK - - - - -	136
7. LITERATURA - - - - -	139
8. PRILOZI - - - - -	172
8.1. Prilog I – Spisak tabela - - - - -	172
8.2. Prilog II- Spisak slika - - - - -	174
8.3. Prilog III –Upitnik za procenu stepena težine i učestalosti etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi – EISP - - - - -	175
9. BIOGRAFIJA - - - - -	184

Lista skraćenica:

ANOVA- Analiza varijanse (eng. *Analysis of Variance*)

DAP- Dobra apotekarska praksa

DIT – Test definisanja problema (eng. *Defining Issue Test*)

EISP - instrument istraživanja (eng. *Ethical Issue Scale for Community Pharmacy Setting*)

FKS - Farmaceutska komora Srbije

FIP - Međunarodna farmaceutska federacija (eng. *International Pharmaceutical Federation*)

FZZ – Farmaceutska zdravstvena zaštita

ICC - Interklasni koeficijent korelacije (eng. *interclass correlation coefficient*)

NGT - Tehnika nominalne grupe (eng. *Nominal Group Technique*)

SAD-Sjedinjene Američke Države

SPSS - Statistički paket za sociološke nauke (engl. *Statistical Package for the Social Sciences*)

1. UVODNA RAZMATRANJA

1.1. Farmaceutska praksa u javnim apotekama

Farmacija kao profesija prolazi kroz period intenzivnog redefinisivanja profesionalnih uloga. U proteklih nekoliko decenija, trend farmaceutske prakse je sa prvobitnog fokusa na lek proširen ka sveobuhvatnom fokusu na brigu o pacijentu. Uloga farmaceuta je evoluirala od uloge vezane za izradu i snabdevanje farmaceutskim proizvodima do uloge pružanja usluga i informacija u čijoj osnovi je briga za pacijenta i njegova dobrobit. To podrazumeva da, pored osnovne delatnosti u javnim apotekama koje podrazumevaju snabdevanje i izdavanje lekova i ostalih proizvoda potrebnih za zaštitu zdravlja pacijenata, izrade magistralnih i galenskih lekova, farmaceuti pacijentima/korisnicima usluga pružaju savete o terapiji, racionalnoj i odgovornoj primeni lekova, usmeravaju ih prema bezbednim i efikasnim načinima korišćenja lekova i izborima lekova koji se izdaju bez lekarskog recepta, kao i dijetetskih suplemenata i učestvuju u promociji zdravlja i prevenciji bolesti. Pružanje informacija o lekovima ne uključuje samo upotrebu lekova, doziranje i indikacije, već takođe sadrži informacije o neželjenim reakcijama, upozorenjima, interakcijama, kontraindikacijama i načinu čuvanja lekova [1]. Takođe, farmaceuti svoj rad obavljaju u raznim oblastima, što uključuje rad u javnim apotekama, u bolničkim apotekama, u farmaceutskoj industriji i akademskoj zajednici.

Farmaceutska praksa obuhvata sve aktivnosti farmaceuta u sistemu zdravstvene zaštite vezane za farmaceutske usluge, farmaceutsku zdravstvenu zaštitu i farmaceutske proizvode. Sadašnja filozofija ili pristup farmaceutskoj praksi je dizajnirana kao farmaceutska zdravstvena zaštita (FZZ). Svi farmaceuti su u obavezi da u svom svakodnevnom radu osiguraju svakom korisniku kvalitetnu uslugu i FZZ (engl. *Pharmaceutical care*). Koncept FZZ utiče na farmaceutsku praksu u javnim apotekama i definisali su ga Hepler i Strand [2] 1990. godine kao: „konsekventno preuzimanje odgovornosti farmaceuta u cilju postizanja odgovarajućih terapijskih rezultata kako bi se poboljšao kvalitet života pacijenta“.

Takođe, prema navodima Heplera [3] ovaj koncept u osnovi opisuje kooperativni sistem za pružanje terapije lekovima u okviru kojeg bi farmaceuti imali veliki udeo što zahteva

potpunu odgovornost i pouzdanost u radu. FZZ je proces koji podrazumeva saradnju farmaceuta sa pacijentom i drugim zdravstvenim profesionalcima prilikom izdavanja lekova, uvođenja i nadziranja terapije i upravljanja bolestima, učestvovanja u kliničkoj praksi, konsultovanja u programima za upotrebu lekova i istraživanjima o ishodima usluga zdravstvene zaštite, a sve sa ciljem da se postignu odgovarajući rezultati i poboljša kvalitet života pacijenata [2]. U praktičnom smislu, farmaceutska zaštita znači da farmaceuti „obećavaju da će učiniti sve što je moguće kako bi pacijent postigao pozitivne rezultate od terapije lekovima” [4]. Samim tim, FZZ ima etičku dimenziju i koncept FZZ uključuje i emotivnu posvećenost dobrobiti pacijenata kao pojedinca koji zahtevaju i zaslužuju saosećanje i brigu farmaceuta. Farmaceutska profesija je zasnovana na etičkim principima, regulisana zakonskom i profesionalnom regulativom i zahteva obimna teoretska i praktična znanja.

Reformom zdravstvenog sistema, koja je započela 2000. godine u Srbiji, zakonska regulativa je propratila nove trendove pružanja FZZ [5]. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti koji je trenutno na snazi [6], pored uloge u odgovornom snabdevanju stanovništva lekovima i određenim vrstama medicinskih sredstava, farmaceuti imaju ulogu u promociji zdravlja i prevenciji bolesti, odnosno praćenju neželjenih reakcija na lekove i medicinska sredstva, samim tim je interakcija između farmaceuta i korisnika sve prisutnija u apoteci. Naime, farmaceuti se uključuju u lečenje pacijenata, pružanjem dodatnih saveta o lekovima, načinima njihove upotrebe, simptomima bolesti, sa ciljem očuvanja i unapređenja zdravlja pacijenata. Farmaceutska zdravstvena delatnost obavlja se u skladu sa navedenim zakonom, zakonom kojim se uređuje oblast lekova i medicinskih sredstava [7], zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje [8], kao i u skladu sa Dobrom apotekarskom praksom (DAP). Ovo objašnjava činjenicu da su nove uloge farmaceuta prepoznate u zakonskim propisima Srbije, ali i u strukovnim dokumentima kao što je DAP.

DAP je praksa u apoteci koja treba da zadovolji potrebe građana koji koriste farmaceutske usluge sa ciljem pružanja optimalne FZZ zasnovane na dokazima [9]. Takođe, rad farmaceuta u javnim apotekama regulisan je Etičkim Kodeksom farmaceuta Srbije [10].

Etički kodeks koga sačinjavaju principi i dužnosti, obavezuje svakog farmaceuta, koji obavlja farmaceutsku zdravstvenu delatnost, da svoj život i svoju struku posveti

dobrobiti i zdravlju čoveka. Prema preporukama FZZ treba da bude integralni deo farmaceutske profesije i DAP-e [11].

S obzirom na sve navedeno, farmacija je profesija s pacijentom u fokusu [12,13] i nov koncept farmaceutske prakse je usmeren na direktnu interakciju farmaceuta i pacijenta/korisnika usluga u cilju pružanja kvalitetne farmaceutske usluge. Pacijentima je potreban dostupan i obrazovan zdravstveni profesionalac koji mora da ispuni očekivanja u pogledu i moralnih i profesionalnih obaveza [14]. Hepler [15] navodi da je savremena farmacija blisko povezana sa osnovnim ljudskim vrednostima, i to je pre svega zdravlje, ali i značaj lekova za zdravlje ljudi [15]. Kontaktiranje sa svakim pacijentom/korisnikom usluga kao pojedincem iziskuje povećanje moralne odgovornosti svakog farmaceuta i fokus je stavljen na profesionalizam farmaceuta i na visoke profesionalne i etičke standarde kao veoma značajan činilac u farmaceutskoj praksi [16-18].

1.2. Etika i vrednosti u farmaceutskoj praksi

Etički aspekt FZZ proističe iz profesionalne odgovornosti za posao koji obavlja i moralne odgovornosti koje farmaceut ima pre svega prema pacijentima, prema drugim kolegama zdravstvenim radnicima i prema društvenoj zajednici. Etika kao naučna disciplina i kao pragmatična dimenzija svakodnevnog profesionalnog rada farmaceuta nudi konceptualni okvir i pravce delovanja u cilju poboljšanja farmaceutske zdravstvene usluge.

Prednosti medicinskog, informatičkog i tehnološkog razvoja ogledaju se u mnoštvu izbora i obilja dostupnih informacija koje imamo i globalizacija i savremene tehnologije menjaju i nas farmaceute i pacijente/korisnike usluga [19,20]. Ma gde se svrstavali, uvek možemo da se preispitamo – da li je ono što nam se nudi u skladu sa našim vrednostima? I da, ako nije, odbijemo da na bilo koji način učestvujemo u nečemu sa čime se ne slažemo ili je ipak naš izbor kompromitovanje vrednosti koja svakako uključuje i pasivnost u reagovanju?

Etika u praksi pokušava da definiše pravilno i dobro postupanje u određenim profesijama, kao i u pojedinim oblastima života i u posebnim društvenim grupama.

Tako je formirana etika zdravstvenih radnika, etika novinara, etika pravnika, vojna etika itd.

Farmaceutska etika se bavi ispitivanjem načina na koji se moralne vrednosti, norme i principi primenjuju u praktičnim situacijama u farmaceutskoj praksi, kao i u naučno-istraživačkom radu. Farmaceutska etika predstavlja primenu opštih etičkih principa, pravila i teorija na pojedinačne probleme i kontekste u farmaceutskoj praksi kroz definisanje moralnih normi ponašanja farmaceuta prilikom pružanja FZZ [14].

Teorijska etika istražuje i proučava moral pojedinca, grupa ljudi, klasa, društva i cele epohe uz upoređivanje nekadašnjih i sadašnjih pravila ponašanja. Takođe, analizira i pronalazi objašnjenja za određena moralna ponašanja. Teorijska etika izučava moral poredeći ga sa drugim oblicima regulisanih ljudskih postupaka i ponašanja, kao što su: kultura, pravo, običaji i religija. **Normativna etika (etika u praksi) definiše** i objašnjava norme pravilnog i dobrog ponašanja u svakodnevnom životu, pravilno postupanje u određenim profesijama, postavlja kriterijume na osnovu kojih se mere i formulišu profesionalne obaveze i dužnosti.

Poslovna etika je kompleksna i zasniva se na vrednostima, pošto one definišu profesionalni kontekst za donošenje odluka. Religija i porodična tradicija utiču na verovanja, vrednosti i ponašanje [21]. Prilikom obavljanja profesije, profesionalna etika predstavlja način procenjivanja pojedinačnih moralnih načela. Odnosno, postoje načela, pravila i zakoni koji predstavljaju oblike društveno prihvatljivog ponašanja, koji propisuju opšta pravila ponašanja u okviru jedne profesije. Tri osnovne oblasti odlučivanja u poslovnoj etici se odnose na zakonske propise, šira ekonomska i socijalna pitanja van zakonskih granica i davanja prednosti sopstvenom interesu [22]. Farmaceutsku etiku kao posebnu oblast studenti farmacije i farmaceuti moraju da usvajaju tokom studiranja, ali i tokom svog profesionalnog života, s obzirom da etičnost zahteva kontinuum. Rad Beauchampa i Childressa [17] je imao veliki uticaj na etiku u zdravstvu. Oni su postavili četiri osnovna principa proistekla iz tradicije medicine i moralnosti, koji predstavljaju vodič za sve zdravstvene radnike. Ovi principi su autonomija, ne naškoditi, dobronamernost i pravednost. Navedeni etički principi su od značaja i za farmaceute i za farmaceutsku profesiju i farmaceutska etika naročito treba da profiliše savremenog farmaceuta u kontekstu odnosa sa kolegama i pacijentima. O ovome govori povećano interesovanje za etičke aspekte rada farmaceuta od strane

Međunarodne farmaceutske federacije (eng. *International Pharmaceutical Federation-FIP*) koja predstavlja globalnu federaciju i reprezentuje tri miliona farmaceuta i farmaceutskih naučnika u svetu [23]. Razmatranje etičkih aspekata rada farmaceuta je rezultiralo formiranjem radne grupe za farmaceutsku etiku i profesionalnu autonomiju u aprilu 2012. godine od strane izvršnog komiteta FIP-a (eng. *Pharmaceutical Federation's Board of Pharmaceutical Practice Executive Committee*), od koje je zatraženo da napiše izveštaj o ključnim pitanjima u vezi sa etikom, autonomijom i profesionalizmom koji se odnose na savremenu farmaceutsku praksu širom sveta. Kao oblast od posebnog interesa navedena je autonomija farmaceuta. Izveštaj nudi okvir za razmišljanje i procenu pitanja o farmaceutskoj etici i profesionalnoj autonomiji kao ključnim pitanjima ne samo u farmaciji, već i u ostalim zdravstvenim profesijama. Radna grupa FIP-a dala je definiciju profesionalne autonomije: „pravo i privilegija koje je državni organ dodelio klasi profesionalaca i svakom pojedincu u toj profesiji da izvrši nezavisnu, stručnu presudu u okviru zakonski definisanog obima prakse, pružanju usluga u najboljem interesu za klijenta” [23].

Autonomija farmaceuta je jedan od važnih aspekata koji farmaceutima omogućava ispunjenje profesionalnih dužnosti uz odgovornu upotrebu lekova od strane pacijenata. Radna grupa FIP-a je definisala tri grupe prednosti koje proističu iz profesionalne autonomije. Prva grupa prednosti se odnosi na autonomiju farmaceuta i doprinos društvu uz olakšanje farmaceutske usluge motivisane najboljim interesom pacijenta, posvećivanje pažnje očekivanjima pacijenata, saradnju i sinhronizaciju sa ostalim zdravstvenim radnicima, spremnost farmaceuta da urade sve kako bi pomogli društvu, primenu kompetencija u FZZ, pouzdanost usluga od strane farmaceuta, obezbeđivanje kvaliteta i bezbednosti lekova, unapređenje sistema zdravstvene zaštite i amortizaciju između farmaceutskog marketinga i javnosti. Druga grupa prednosti se odnosi na jačanje farmaceutske profesije i olakšavanje očuvanja ugleda i unapređenje poverenja javnosti u farmaceutsku profesiju, posvećenost farmaceuta napredovanju i promenama, unapređenje farmaceutske prakse, izbegavanje percepcije o sukobu interesa kada farmaceut preporučuje određeni lek, obezbeđivanje profesionalnih povlastica i prisustva farmaceuta tokom radnog vremena apoteke. Treća grupa prednosti se odnosi na olakšavanje profesionalnog rada farmaceuta i na vršenje nezavisne procene,

kontinuirani profesionalni razvoj, unapređenje profesionalnog poverenja, samoprocenu i discipline i odgovornosti farmaceuta za sopstvenu profesionalnu praksu i odluke [23].

Takođe, interesovanje FIP-a za razmatranje etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi i nauci potvrđeno je donošenjem Stogodišnje deklaracije (eng. *Centennial Declaration*) u oktobru 2012. godine koja podrazumeva obaveze FIP-a i svih 127 članica da podstiču farmaceute i farmaceutske naučnike da se u svom radu pridržavaju najviših standarda profesionalnog ponašanja, dajući najveći prioritet najboljim interesima pacijenta i društva uopšte. Takođe, navedena je i potreba za razvijanjem Etičkog kodeksa farmaceuta [23].

Zdravstvena zaštita u poslednje vreme postala je komplikovanija i pacijenti očekuju, pored pružanja profesionalnih usluga, povećanu odgovornost zdravstvenih radnika. To je dovelo do potrebe za visokim osećanjem profesionalnosti među zdravstvenim radnicima, samim tim i kod farmaceuta. Ovaj profesionalizam se, u velikoj meri, oslanja na dubinu znanja i primenu medicinske etike u svakodnevnoj praksi zdravstvenih radnika [24] i prema nekim autorima etika predstavlja centralni element kvaliteta kliničke prakse i brige za pacijenta [25]. Stručnost, znanje, posvećenost i praktične veštine su neophodne za farmaceutsku profesiju uz napore da se postigne ravnoteža i usklađenost između zakona, profesionalnih standarda, komunikacije s kolegama, zahteva menadžmenta i autonomije farmaceuta. Sve ovo vodi razvoju novih i etički izazovnih situacija sa kojima se susreću farmaceuti javnih apoteka.

Prema proceni Kraljevskog farmaceutskog društva Velike Britanije (eng. *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain*) istraživanje etike i profesionalnih vrednosti je od velike važnosti, i zato je finansiralo i podržalo izradu dva doktorska projekta o farmaceutskoj etici [26,27]. U našoj zemlji ovom temom prvo se bavila Parojčić u monografiji o farmaceutskoj etici [14].

1.2.1. Etička pitanja u farmaceutskoj praksi

Etičko ponašanje i profesionalna odgovornost su svakodnevne dužnosti farmaceuta. Tokom svog rada farmaceuti se susreću sa pitanjima kada treba odlučiti šta je ispravan, a šta pogrešan način reagovanja. Etičkim pitanjem se može smatrati svako pitanje koje ističe brigu o ispravnosti nečijeg ponašanja i/ili ima direktan uticaj na dobrobit ili pravo drugih ljudi. Etički problem zahteva da osoba bira između alternativa koje mogu biti procenjene kao ispravan ili pogrešan način delovanja, dok prema Lowenthalu [28], etičke dileme se javljaju kada postoji neslaganje o etičkom ponašanju ili primeni etičkih principa. Analiza rezultata istraživanja koje su sproveli Hibbert i saradnici [29] pokazuje da su etičke dileme karakteristične za farmaceute javnih apoteka, iako većina farmaceuta nije bila upoznata sa detaljima Etičkog kodeksa Kraljevskog farmaceutskog društva Velike Britanije. Primeri navedenih etičkih dilema su nastali kao rezultat uloge farmaceuta kao snabdevača lekovima i posrednika između pacijenta i lekara. Ostali uzroci etičkih dilema se odnose na pravni okvir rada farmaceuta i na organizacione, profesionalne i lične vrednosti farmaceuta [29]. Prema Latifu [30] jedan od uzoraka etičkih dilema je potencijalni konflikt interesa, dok Roche i Kelliher [31] navode izvore etičkih dilema u informisanom pristanku pacijenta. U svakodnevnom radu farmaceuta, uzroci etičkih dilema su različiti i brojni i mogu se javiti između farmaceuta i pacijenata, farmaceuta i lekara, između samih farmaceuta, stoga što se vrednosti, osećaj pravедnosti i poštenja mogu razlikovati između svake od navedenih strana [28]. Cooper i saradnici [32] u svom preglednom radu navode da etički problemi često dovode sistem moralnosti i etičke principe u konflikt, pri čemu sistem vrednosti farmaceuta uslovljava način reagovanja. Mnoge situacije, koje uključuju etički problem, pored profesionalnog rasuđivanja i procene uključuju i razmatranja o vrednostima, pravima i odgovornostima [33,34]. Prema navodima referentne literature, etička pitanja su povezana, pored navedenog kršenja zakona, sa alokacijom resursa, komunikacijom sa pacijentima i timskim radom sa ostalim zdravstvenim radnicima [20,35-38]. U istraživanju koje se bavi etičkim pitanjima i zakonskom regulativom, Cooper i saradnici [39] navode da izdavanje lekova na recept kao i izdavanje dereguliranih lekova predstavlja izvor etičkih problema. Njihov rad ilustruje širok opseg i raznolikost etičkih pitanja i obuhva zabrinutost o profesionalnoj autonomiji, urgentnoj hormonskoj kontracepciji,

rutinizaciji posla, etička pitanja koja se odnose na zakonsku ili proceduralnu prirodu posla. To su etički problemi koji farmaceute dovode do zabrinutosti, neizvesnosti ili anksioznosti u svakodnevnom radu [39]. Takođe, i u ovom radu Cooper i saradnici [39] navode prevalencu legalne osnove mnogih etičkih pitanja, dok Hibbert [29] zaključuje da su etička pitanja direktno povezana sa strogim poštovanjem pravnog okvira. Privatnost medicinskih podataka o pacijentu i poverljivost pacijenta takođe predstavlja izvor etičkih pitanja/problema [40,41].

Uzimajući u obzir da osnov rada farmaceuta predstavljaju stručnost i etičnost [35], etička pitanja, odnosno etički problemi su nezaobilazno povezani sa farmaceutskom praksom. Međutim, raznolikost stavova o tome šta čini jedan problem etičkim (moralnim) problemom ukazuje na činjenicu da je moralni opseg širi i bogatiji nego što konvencionalna bioetika tvrdi [41].

Pored ostalog, moralni aspekti i etička kompleksnost rada farmaceuta pokazuju da komunikacija i saradnja sa ostalim zdravstvenim radnicima i pacijentima mora biti apsolutni prioritet svih zaposlenih u zdravstvenom sistemu kako bi se poboljšali zdravstveni ishodi i smanjio broj etičkih problema [42,43]. Brojne diskusije su vezane za profesionalnu i komercijalnu ulogu farmaceuta što takođe vodi novim etičkim problemima/pitanjima [30,37,44-46]. Hibbert i saradnici [29] navode da profesionalna etika ne može biti posmatrana izolovano od socijalnog i komercijalnog konteksta i da ekonomska orijentisanost u poslovanju predstavlja uzrok etičkih pitanja. Ancuceanu i Bogdan [47] u svom radu istražuju pitanje sukoba (stvarnog ili potencijalnog) između etičkih imperativa koji treba da vode farmaceuta u obavljanju profesije i ekonomskih ograničenja koja proizilaze iz komercijalne dimenzije rada apoteke. Zbog dualne prirode farmacija je često ozančena kao kvazi profesija ili nekompletna profesija [44]. Međutim, bez obzira na komercijalne aktivnosti, farmaceuti su pre svega zdravstveni radnici i „*Cor ethos*” rada farmaceuta predstavljaju pacijentova dobrobit i prava pacijenata [37,48]. Benson i saradnici [35] su u svom istraživanju predstavili mapiranje profesionalnih vrednosti što daje uvid u vrednosti farmaceuta potrebnih za svakodnevni rad u apotekama. Rezultati ove studije pokazuju da su farmaceuti u Velikoj Britaniji kao glavne vrednosti u radu s pacijentima naveli „najbolji interes za pacijenta” i „poštovanje prema lekovima”, što se odnosi na stručnost farmaceuta da obezbedi efikasnu i

bezbednu terapiju [35]. Nove zahteve vezane za performanse profesionalnih dužnosti treba istražiti u kontekstu zakona, moralnosti i etike [49].

Farmaceuti rešavaju etičke probleme, obično svesno ne razmišljajući o tome, kad god se od njih traži da donosu odluke o zdravlju i dobrobiti pacijenata. Deans [50] u svojoj doktorskoj disertaciji navodi da farmaceuti imaju „patchwork” pristup etici, oslanjajući se na kombinaciju zdravog razuma, službenih uputstava, strogih pravila, profesionalnih obaveza i profesionalne autonomije. Istraživanje sprovedeno od strane Haddad [51] u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) pokazuje da farmaceuti kao najčešći razlog za kompromitovanje etičkih vrednosti navode dobrobit pacijenta. Uvid u dostupnu literaturu ukazuje da ovaj aspekt rada farmaceuta koji se odnosi na etičke vrednosti, kompromitovanje etičkih vrednosti, da li farmaceuti kompromituju svoje etičke vrednosti i pod kojim uslovima, nije dovoljno istražen.

Takođe, situacije koje zahtevaju etičku procenu su brojne u svim zdravstvenim profesijama i mogu da vode ka etičkim konfliktima. Prisustvo etičkog konflikta može se svrstati u četiri kategorije: moralna nesigurnost, moralna dilema, moralna uznemirenost i moralni bes. Dve kategorije koje definišu odsustvo etičkog konflikta su moralna indiferentnost i moralna dobrobit [52].

Pored razmatranja o vrednostima, etički problemi mogu biti uzrok poremećaja povezanih sa stresom kod farmaceuta [53,54] kao i kod ostalih zdravstvenih radnika [55,56]. Istraživanjem i analizom etičkih aspekata farmaceutske prakse može se iznaći put za smanjenje ove vrste stresa. Mnoga istraživanja koja se bave razmatranjem etičkih dilema i koja uključuju studente pokazuju važnost razvijanja profesionalnog etičkog sistema i sugerišu da diskusija etičkih dilema bude što ranije uključena u obrazovanje farmaceuta [57].

Farmacija je profesija s pacijentom u fokusu [12,13] i nov koncept farmaceutske prakse je usmeren na direktnu interakciju farmaceuta i pacijenata/korisnika usluga u cilju pružanja kvalitetne farmaceutske usluge. Pacijentima je potreban dostupan i obrazovan zdravstveni profesionalac koji mora da ispuni očekivanja u pogledu i moralnih i profesionalnih obaveza [14]. Kontaktiranje sa svakim pacijentom/korisnikom usluga kao pojedincem iziskuje povećanje moralne odgovornosti samog farmaceuta i fokus je stavljen na profesionalizam farmaceuta i na visoke profesionalne i etičke standarde kao veoma značajan činio u farmaceutskoj praksi [16-18].

1.2.2. Etički kodeks farmaceuta

Etika u praksi ili praktična etika, proklamuje i javno formuliše–kodifikuje određene profesionalne obaveze i dužnosti, kroz pisana dokumenta koja se nazivaju **kodeksi**. Profesionalne etičke norme su iskazane različitim formama etičkih normativa čija je svrha sumiranje moralnih obaveza. Istorijski posmatrano, normativi farmaceutske etike uključuju različite forme, od najstarije formulacije u vidu zakletve do danas uobičajene forme Etičkog kodeksa. Savremeni normativi, u širem smislu, mogu biti i u obliku načela, uputstava, smernica, kodeksa časti ili uputstava o moralnom ponašanju [58,59]. Kodeksi (bilo etički ili neki drugi) generalno predstavljaju skup pravila i standarda ponašanja koji se očekuju od određene grupe ljudi, članova grupa, staleža ili profesija, koji su u obavezi da se ponašaju onako kako je to normirano, tj. propisano u njima. Pod pojmom Etički kodeks podrazumeva se pisani dokument kojim se jasno preciziraju etička načela i obaveze u određenoj profesiji. Profesionalni kodeksi definišu profesionalnu odgovornost, koja proizilazi iz pitanja lične svesti u pružanju zdravstvene zaštite [60]. Tako moralne obaveze postaju dužnosti kojih članovi treba da se obavezno pridržavaju i da ih poštuju. Dužnosti iskazane u kodeksima smatraju se standardima profesionalnog ponašanja koje treba prihvatiti i primenjivati.

Svaki član farmaceutske profesije mora biti svestan, pre svega, odgovornosti za pacijente, kako pred društvom, pred drugim zdravstvenim profesionalcima, tako i pred samim sobom [14]. Kodeksi generalno izražavaju i preciziraju vrednosti, stavove i ponašanja članova jedne profesije. To su dogovoreni standardi koji su usmereni na odnose unutar profesije, kako bi se osiguralo „dobro ime” i status profesije kao celine i obezbedilo poverenje u datu profesiju, kao i odnose sa drugim profesijama, sa pacijentima i javnošću. Radi uspostavljanja etičkog ponašanja članova uloge etičkih kodeksa su:

1. *regulativna* - kodeks promoviše principe profesionalne etike u cilju uspostavljanja etičkog ponašanja svih članova Farmaceutске komore Srbije (FKS) prilikom obavljanja FZZ. Zakoni i etika zdravstvene zaštite u znatnoj meri se poklapaju, budući da ponašanje zdravstvenih radnika treba da odražava brigu za dobrobit, dostojanstvo i zdravlje svakog čoveka kao i prava čoveka.

2. *da štiti javni interes* - farmaceuti snose odgovornost za obavljanje svojih dužnosti kao stručnjaci koji su ovlašćeni za širok spektar farmaceutske zdravstvene delatnosti, te učestvuju u edukativnim kampanjama za očuvanje zdravlja, poboljšanje i održavanje kvaliteta života.

U obavljanju svog poziva farmaceuti su odgovorni pred samim sobom, svojom profesijom i društvom.

3. *specifična u odnosu na članstvo* - profesionalni etički kodeksi definišu profesionalnu odgovornost i principe profesionalne etike radi uspostavljanja etičkog ponašanja članova FKS u obavljanju poslova FZZ.

4. *obavezujuća* - Etički kodeks farmaceuta Srbije je obavezujući za sve farmaceute koji rade na neposrednim poslovima zdravstvene zaštite obavljajući farmaceutsku zdravstvenu delatnost, odnosno za sve članove FKS.

Farmaceut prihvata odgovornost da saraduje sa svojim kolegama i drugim zdravstvenim radnicima, kao i sa institucijama od javnog značaja i grupama koje zastupaju prava pacijenata, kako bi promovisali bezbednu i efikasnu zdravstvenu zaštitu.

Etički kodeks farmaceuta Srbije koji je u primeni usvojila je FKS 2007. godine. Ovaj kodeks promoviše principe profesionalne etike radi uspostavljanja etičkog ponašanja svih članova FKS prilikom pružanja FZZ [10]. Strukturu Etičkog kodeksa farmaceuta Srbije čine principi i dužnosti. Temelj Kodeksa čini 13 izjava koje obuhvataju iskazane moralne principe, fundamentalne moralne vrednosti i moralna načela farmaceutskog poziva. Ove izjave su razrađene kroz principe i dužnosti koje detaljnije upućuju farmaceute u standarde profesionalnog ponašanja koje oni moraju da prihvate i poštuju u svom odnosu prema pacijentima, međusobnom odnosu i odnosu prema drugim zdravstvenim radnicima, profesionalnoj komunikaciji sa javnošću. Odnose se na poštovanje zakona i obuhvataju princip poverljivosti, princip autonomije i informisane saglasnosti i stalno unapređenje znanja. Moralni principi zdravstvene etike su: princip dobrobiti, princip nenanošenja štete, princip poštovanja autonomije i prava korisnika zdravstvene usluge, poverljivost, princip pravde, informisanost, stalno unapređenje znanja i saradnja sa ostalim zdravstvenim radnicima.

Kodeks obavezuje farmaceute, ali ne sputava etičku različitost, već se može koristiti kao vodič za razmišljanje o dužnostima u određenoj situaciji i kao pomoć pri odlučivanju.

Rešenje neke dileme ponekad zavisi od posebnih okolnosti slučaja, a ponekad od prioriteta u izboru među više etičkih principa o kojima ljudi mogu imati različita mišljenja [14,61].

Moralna pravila i norme uneti u kodekse, nisu nepromenljivi i vremenom se menjaju i dograđuju. Ovi kodifikovani principi imaju ograničenu vrednost, važe za ono vreme za koje su doneti i za to društveno uređeni. Zbog promene uslova života i društvene organizovanosti nastaje potreba da se menjaju ranije doneti i kodifikovani etički principi, što podrazumeva i opravdava revizije etičkih kodeksa. Etički kodeks farmaceuta Srbije, u trenutku pisanja ovog doktorata, je u procesu revizije. S obzirom da se etičkim kodeksima vrši samoregulacija u grupama, staležima, profesijama, svaka profesija se na taj način autonomno određuje i smanjuje se uticaj spoljašnjih regula koje država propisuje.

Redman [62] je predložio da svi zdravstveni radnici treba da imaju iste moralne obaveze, iako do današnjih dana svaka profesija nastavlja da razvija svoj etički kodeks. Međutim, postoje poteškoće s etičkim kodeksima, kao što su dvosmislenost, ograničenje obima i primene zbog same prirode apstraktnih idealizacija i generalizacija [63]. Prema Barberu [64], kodeksi mogu biti puni generalizovanih vrednosti i stoga su teško primenljivi za individualnog praktičara na konkretne situacije.

FIP navodi da u svakoj zemlji, odgovarajuće udruženje farmaceuta treba da izradi Etički kodeks za farmaceute koji navodi profesionane etičke obaveze i korake kako bi se osiguralo da se farmaceuti pridržavaju obaveza promovisanih Kodeksom. Obaveze farmaceuta navedene u Kodeksima treba da uključe [23]:

- Pravedno postupanje prilikom alokacije resursa.
- Osiguravanje prioriteta kao što su sigurnost, blagostanje i najbolji interesi onih kojima farmaceuti pružaju profesionalne usluge i da u svakom trenutku postupaju sa integritetom.
- Saradnju sa drugim zdravstvenim radnicima kako bi osigurali da je najbolji mogući kvalitet zdravstvene zaštite obezbeđen pojedincima i zajednici u celini.
- Poštovanje prava pacijenta za učešće u donošenju odluka o njihovom tretmanu medicinskim proizvodima i podsticanje da to učine.

- Prepoznavanje i poštovanje kulturnih razlika, verovanja i vrednosti pacijenata, naročito zato što mogu uticati na stav pacijenta prema predloženom tretmanu.

1.2.3. Pojam i definicija vrednosti

Vrednosti su u najvećoj meri proučavane sa aspekta društvenih nauka. Sredinom 20 veka, centralni položaj koncepta vrednosti je proklamovan od strane psihologa [65], ali slični stavovi su podržani od strane sociologa [66] i antropologa [67], u cilju unifikovanja raznovrsnih interesa svih nauka koje se bave ljudskim ponašanjem. Ovi teoretičari posmatraju vrednosti kao kriterijume koje ljudi koriste da biraju i opravdavaju akcije, procenjuju ljude (uključujući sebe) i događaje. Jedan od ključnih koncepata sociologije je koncept vrednosti kojim ona pristupa istraživanju i objašnjenju društvene realnosti. Vrednosti predstavljaju determinante svih vrsta društvenog selektivnog ponašanja-ideologija, vrednovanja, društvenih akcija, stavova i moralnih prosuđivanja, upoređivanja sebe s drugima opravdavanja sebe i drugih, itd.

Izraz „vrednost” potiče od latinske reči „valeo” što znači krepak, jak, zdrav. Postoji više definicija vrednosti i najčešće navođene definicije, na posredan ili izričit način govore o vrednostima kao stečenim dinamičkim dispozicijama, koje su trajne ili relativno trajne i koje se sa više ili manje doslednosti ispoljavaju u relevantnim situacijama [65,68,69]. Prema Rokeachu [65], definicija vrednosti glasi: „postojano verovanje da su u izvesni određeni načini ponašanja ili krajnje stanje postojanja lično ili društveno poželjniji od suprotnog ili obrnutog načina ponašanja ili stanja postojanja”.

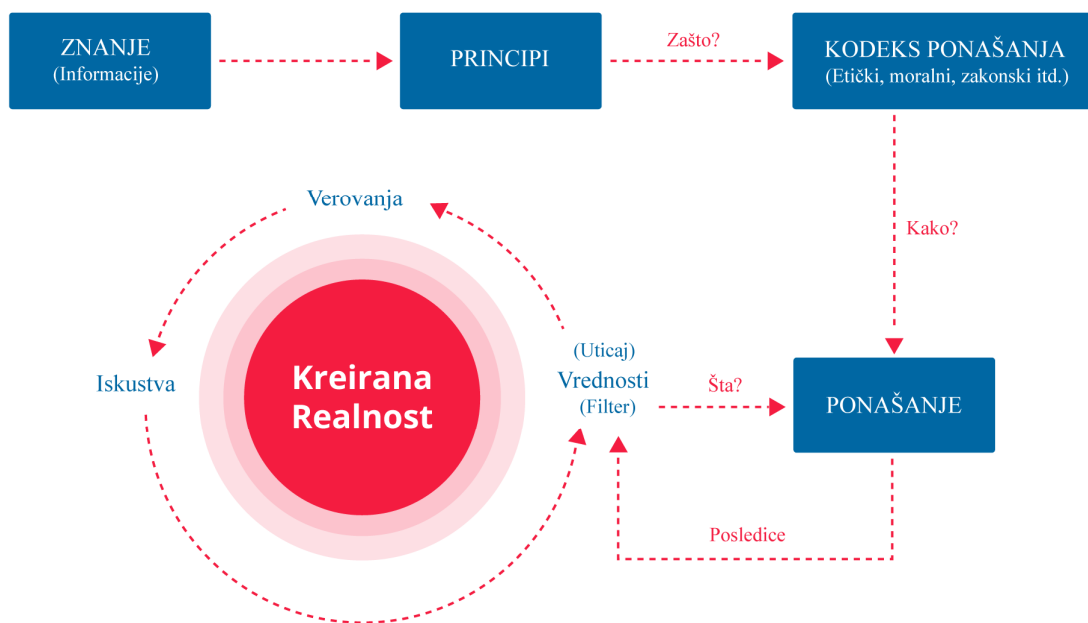
Rokeach [65] insistira na stavu da su vrednosti standardi koji rukovode ponašanjima ljudi i uz pomoć kojih pojedinac upoređuje svoje ponašanje u pogledu moralnosti i održavanja samopoštovanja.

Pored Rokeacha [65], uticaj vrednosti na ponašanje proučavali su i Butenko i Schwartz [70] koji navode da vrednosna orijentacija predstavlja jednu od važnih determinanti ponašanja pojedinca, dok Mischel [71] smatra da vrednosti, pored toga što predstavljaju aktivne standarde koji definišu profesionalno i socijalno ponašanje i utiču na moralno rasuđivanje, mogu biti korisne i za opisivanje i objašnjenje ljudskog ponašanja.

Vrednosti sadrže rasuđivački element, s obzirom da nose u sebi uverenje pojedinca da je određeni oblik ponašanja lično ili društveno prihvatljiviji od suprotnog ili drugačijeg ponašanja [69]. Takođe, vrednosti su proučavane s aspekta motivacije i proučavane su različite uloge vrednosti i motivacije u predviđanju ponašanja [72]. Spranci [73] navodi prilikom bioetičkih razmatranja, da su vrednosti fleksibilne i da imaju egzistencijalnu ulogu u motivisanju postupaka i opravdavanju prakse i da su neraskidivo povezani. Sam Rokeach [65] insistira i na motivacionoj funkciji vrednosti, usled koje pojedinac teži da stekne one vrednosti koje vode samopoštovanju.

Vrednosti se razlikuju prema prema nivou formiranja (lične, kulturne, društvene, profesionalne) i hijerarhijski su organizovane u sistem vrednosti prema individualnim prioritetima. Sistemi vrednosti predstavljaju određivanje prioriteta pojedinačnim vrednostima u odnosu na njihovu relativnu važnost. Drugim rečima, svi imamo skup vrednosti koji čini sistem vrednosti. Ovaj sistem se može identifikovati kroz važnost koju pridajemo vrednostima, poput humanosti, pravednosti, dobrote, mudrosti, ljubaznosti, spremnosti da se drugima pomogne, poštovanja, iskrenosti, časnosti, saosećajnosti i tome slično). Ljudi različitih sistema vrednosti mogu imati zajednički cilj. Vrednosti su složnije od stavova i dublje su usađene naš karakter.

Etika i vrednosti su neizostavan deo svakog aspekta rada farmaceuta. Iako se ponekad koriste kao sinonim, one su različite, pri čemu je etika skup pravila koji regulišu ponašanje osobe koje uspostavlja grupa ili kultura. Vrednosti se odnose na verovanja za koja osoba ima trajne preference. Odnosno, kada moramo da napravimo izbor, etika određuje šta je ispravno i odnosi se na smernice koje se bave pitanjem moralnosti, dok vrednosti predstavljaju principe i ideale, koji pomažu u donošenju odluke o tome šta je važno i ispravno. Principi informišu naš izbor poželjnih ograničenja u ponašanju (moral, etika, pravila, zakoni itd). Na slici 1. grafički je prikazan odnos između etike, vrednosti i principa.



Slika 1. Odnos između etike, vrednosti i principa.

Adaptirano prema referenci 74.

Prema Matiću [75] vrednosti poseduju sledeće karakteristike: **1. stabilnost** - one predstavljaju relativno trajnu karakteristiku ljudske svesti (ukoliko bi bile u potpunosti nestabilne i promenjive bio bi nemoguć kontinuitet i napredak ličnosti i društva u celini); **2. selektivnost** – one rukovode izborom između različitih alternativnih sredstava, načina i ciljeva delovanja; **3. poželjnost** - one određuju šta je poželjno želeći i raditi; **4. pozitivnost** - one se, za razliku od stavova, ne mogu odbacivati već prihvatiti u različitoj meri, inače prestaju da važe kao vrednosti; **5. intersubjektivnost** - one se javljaju kao rezultat interakcije društvenih aktera i **6. vrednost je verovanje** - kao i svako verovanje tako i vrednosti sadrže kognitivnu, afektivnu i bihevioralnu komponentu [75].

Relativna stabilnost, kao jedna od karakteristika vrednosti, razmatrana je od strane Rokeacha [65], koji navodi da vrednosti nisu potpuno stabilne ili nepromenljive - tada nikakva lična ili društvena promena ne bi bila omogućena, ali ni potpuno nestabilne i lako promenljive - čime bi bio onemogućen bilo kakav kontinuitet u razvoju [65], što navodi i Matić [75] dvadeset godina kasnije, prilikom opisivanja karakteristika vrednosti. Kluckhohn [67] smatra da kao relativno stabilna dispozicija, pored moralnog

rasuđivanja, vrednosti imaju centralno mesto u strukturi ličnosti i određuju ciljeve, načine za ostvarivanje ciljeva i evaluaciju, odnosno, upravljaju selekcijom i evaluacijom ponašanja i utiču na izbor dostupnih načina i ciljeva akcije.

Takođe, kao relativno trajne dispozicije, vrednosti se razvijaju tokom vremena i mogu biti čvrsto povezane sa faktorima sredine kao što su: porodica, određena društvena grupa, uverenja koja proizilaze iz članstva u organizaciji, predstavljaju rezultate određenih uverenja ili određenog iskustva. Različito lično iskustvo može da produkuje različite vrednosti. Lične vrednosti su u velikoj meri istraživane kao jedan od faktora koji utiču na etičko donošenje odluka. Veliki broj istraživača smatra da lične vrednosti predstavljaju smernice ili trajni okvir koji utiče i oblikuje lično ponašanje [76-78]. Drugim rečima, vrednost je determinanta stavova i ponašanja. Turk i Avcilar [79] navode da lične vrednosti predstavljaju determinantu ponašanja i imati moralne vrednosti znači postupati više etički.

Profesionalne vrednosti su naučene i razvijane kroz radno iskustvo i kontakt s ljudima, odnosno u farmaciji u kontaktu sa kolegama i pacijentima. Pema Hollandu [80], individua bira radno okruženje za koje veruje da će omogućiti ispoljavanje i ostvarivanje njegovih ličnih vrednosti. Superova teorija [81] nalazi da izbor profesije predstavlja realizovanje slike o sebi, čovek bira zanimanje koje odgovara njegovom percipiranju vlastitih sklonosti i sposobnosti, zasnivajući odluku na svojim potrebama, vrednostima i interesovanjima. Izbor područja studija odvija se u skladu sa interesovanjima i afinitetima pojedinca, odnosno sposobnostima i dominantnim ličnim vrednostima [82].

Profesionalne vrednosti imaju važnu ulogu u svakodnevnom radu farmaceuta. Etičke vrednosti su deo profesionalnih vrednosti, naučene, emotivne, intelektualne i bihevioralne reakcije na ličnosti, stvari i događaje u profesionalnom okruženju. Etički aspekt vrednosti u sebi nosi ideju pojedinca o tome šta je ispravno i označava najopštije verovanje o tome šta je valjano, poželjno, korisno, odnosno o tome šta je nepoželjno i nedopustivo, a etičke vrednosti determinišu koje su akcije dobre ili loše. Badcott [83] smatra da su moralne vrednosti uglavnom one koje imaju za cilj da vode i štite integritet etičkih odnosa u ponašanju u praksi. Takođe, on navodi da su profesionalne vrednosti donekle šire po obimu i obuhvataju moralne vrednosti, ali i one druge vrednosti koje su u skladu sa prihvatljivom poslovnom praksom [83].

Vrednosti se nalaze u osnovi izbora koje pravimo i onoga što smatramo važnim utiče na naše stavove i naše ponašanje. Farmaceuti se suočavaju sa brojnim etičkim problemima i razmatranje o vrednostima predstavlja kompleksan, varijabilan i težak proces.

Značaj istraživanja vrednosti

Danas se sve više postavlja pitanje čovekovih vrednosti, vrednosnih stavova, opredeljenja i zalaganja za određene ciljeve koji se smatraju poželjnim. Svakodnevno se dolazi do novih saznanja i tehnološkog razvoja i njihova primena donosi sa sobom brojna etička i pravna pitanja u čijoj osnovi se nalaze vrednosti. Kao što je navedeno u prethodnom delu, vrednosti su bitne komponente ličnosti, mentalne strukture i motivacionog sistema i samim tim, empirijska istraživanja vrednosti su potrebna ne samo za identifikovanje postojećih vrednosti, već i za nalaženje novih. Vrednosti se koriste za karakterizaciju kulturalnih grupa, društva i individua, za praćenje promena tokom vremena i za objašnjenje motivacione baze stavova i ponašanja [65,84,85]. Društvene nauke mogu da doprinesu izboru važnih društvenih ciljeva i planiranju vrednosti [65,86,87] zbog čega je iznenađujuće mali broj istraživanja koji se bavi proučavanjem vrednosti i vrednosnih orijentacija zdravstvenih radnika.

Za zdravstveni sistem i jedno društvo važno je znati koje vrednosti poseduju zdravstveni radnici. Profesionalne vrednosti su specifičnije od ličnih i imaju direktne implikacije na ponašanje i stavove jedne profesije. Profesionalne organizacije mogu da imaju koristi od jasnih izjava baziranih na vrednostima sa kojima svi zaposleni mogu da se identifikuju.

S obzirom da su vrednosti opšteprihvaćena uverenja kojim ciljevima treba težiti, ljudi različitih sistema vrednosti mogu imati zajednički cilj i za svaku profesiju je bitno istražiti vrednosti na kojima se zasniva. Vrednosti utiču na prioritete jedne ličnosti i omogućavaju pravljenje izbora između alternativa. Samim tim, vrednosti, stavovi, ponašanje i uverenja predstavljaju osnovu onoga što jesmo kao individue i profesionalci i kako obavljamo profesionalne zadatke i obaveze.

Za proučavanje ponašanja farmaceuta, vrednosti imaju važnu ulogu, jer one čine osnovu za razumevanje stavova, mišljenja i motivacije. Percepcija etičkih pitanja je u najvećoj meri određena vrednostima farmaceuta. Farmaceut mora da prepozna i razlikuje etički

teške situacije i da se odluči između ispravnog i pogrešnog načina delovanja u skladu sa svojim profesionalnim vrednostima. Takođe, jedan od važnih razloga za proučavanje vrednosti jeste njihova relativna stabilnost, koja omogućava da se predvide ponašanje ljudi i društvena kretanja, čak uspešnije nego na osnovu poznavanja nekih drugih dispozicija i karakteristika ličnosti. U vezi sa tim sve više se uviđa da su empirijska istraživanja vrednosti korisna ne samo za identifikovanje postojećih vrednosti, nego i u nalaženju novih. Prilikom istraživanja vrednosti, važno je znati koje vrednosti podržavaju ljudi koji su u donošenje medicinskih odluka i time doprinosimo boljem razumevanju bioetičkih pitanja [74].

S obzirom da etičko ponašanje postaje sve vidljivije u radnom okruženju farmaceuta, vrednosti zauzimaju sve važnije mesto u sistemu zdravstvene zaštite. Proučavanje vrednosti ima praktičan i teoretski značaj i zahteva naučni odgovor. Stoga se može reći da ako mogu da se identifikuju specifične vrednosti koje utiču na etičko ponašanje, dobili bi smo moćne alate za podsticanje etičkog ponašanja [76]. Da bi smo imali alate za proučavanje, edukatori i menadžment/rukovodstvo treba da razumeju vrednosti, njihove uticaje i značaj u poslovanju [88]. Empirijski rad se može prepoznati ne samo kao suštinski značajan za bioetiku, već i za davanje doprinosa normativnom znanju [89]. Pored Bensona i saradnika [35], koji su u svom istraživanju kao glavne vrednosti u radu s pacijentima naveli najbolji interes za pacijenta i stručnost farmaceuta da obezbedi efikasnu i bezbednu terapiju, istraživanje sprovedeno od strane Haddad [51] pokazuje da farmaceuti kao najčešći razlog za kompromitovanje etičkih vrednosti navode dobrobit pacijenta. Za razliku od drugih oblasti, broj radova o vrednostima zdravstvenih radnika je nedovoljan, posebno kada se radi o vrednostima farmaceuta. Naše istraživanje se bavi proučavanjem vrednosti u smislu mapiranja i pokazivanja koje su vrednosti prema mišljenju farmaceuta važne za pružanje kvalitetne FZZ u javnim apotekama u Srbiji, odnosno proučava one vrednosti koje treba da poseduje „dobar farmaceut” i koje daju kredibilitet i čine farmaciju uspešnom i korisnom profesijom. Etika i vrednosti se mogu prepoznati u svim oblastima zdravstvene zaštite i predstavljaju glavni indikator kvaliteta i prepoznatljivost prirode FZZ.

1.3. Metode koje se koriste u primenjenoj etičkoj analizi farmaceutske prakse

S obzirom na razvoj, kompleksnost farmacije kao profesije, promenu uloge farmaceuta i njeno proširenje na dodatne usluge savetovanja i brige za pacijenta, raste potreba za istraživanjem etike u farmaceutskoj praksi. Glavni cilj istraživanja je prikupljanje i interpretacija informacija da bi se dobili odgovori na postavljena pitanja, s obzirom da je istraživanje unapred osmišljen, logičan i sistematski proces kojim povezujemo mišljenja i iskustva, dolazimo do (novih) saznanja i povećavamo postojeće znanje.

Za kvalitetno sprovođenje istraživanja u farmaciji važno je da dizajn studije opravdava ciljeve studije i da je studija pažljivo i sistematski planirana i implementirana poštujući etičke principe u istraživanju. Istraživanje farmaceutske prakse nam omogućava realno sagledavanje, rešavanje problema i iznalaženje odgovora na postojeća pitanja, odnosno sa naučnog aspekta istraživanje omogućava proveravanje postojećih naučnih saznanja, proširivanje postojećih naučnih saznanja i otkrivanje do tada nepoznatih saznanja.

Istraživanje farmaceutske prakse, samim tim i etičkih pitanja i vrednosti u farmaceutskoj praksi, predstavlja izazov uz mogućnost raznolikog pristupa i metoda istraživanja. Uopšteno gledano, prema načinu skupljanja podataka istraživačke metode se klasifikuju na kvalitativne i kvantitativne metode. Međutim, u istraživanjima iz oblasti zdravstva sve više se koristi kombinovanje kvantitativne i kvalitativne metodologije, koja se naziva „mešovita metoda” (eng. *mixed method*) [90]. Smatra se da je empirijsko istraživanje važno i za mapiranje etičkog terena zdravstvene zaštite uz verovanje da se može postići bliža integracija empirijskih i normativnih etičkih studija [32].

Korišćenjem empirijskog pristupa, dobija se bolji uvid i razumevanje etičkih pitanja u svim aspektima svakodnevnog rada farmaceuta. U periodu od 1980-1984. godine empirijska istraživanja predstavljaju 8% biomedicinske etičke literature, dok u periodu od 2000-2005.godine, učešće je povećano na 16% [91]. U svom preglednom radu, Cooper i saradnici [32] navode da, iako su mnoge empirijske i teorijske etičke studije u oblasti pionirske tehnologije reproduktivne i genetske medicine preduzete s velikom pažnjom, oblast farmaceutske etike je relativno zanemarena i spada u nedovoljno istražene oblasti i pored toga što je tokom poslednjih dvadeset godina etika u farmaciji postala predmet naučnih istraživanja.

1.3.1. Pregled empirijskih istraživanja etike u farmaceutskoj praksi

S obzirom da raste broj etičkih pitanja sa kojima se susreću farmaceuti u svom svakodnevnom radu, za razliku od ostalih zdravstvenih radnika [92-94] broj empirijskih istraživanja u koje su uključeni farmaceuti je nedovoljan [32,33].

U tabeli 1. dat je pregled radova koji podrazumevaju empirijsko istraživanje etike u farmaceutskoj praksi u periodu od 1998-2017. godine pretraživanjem baza podataka PubMed, Medline, Scopus i Web of Science korišćenjem ključnih reči: empirical, ethics, ethical issues, pharmacy i pharmacy practice. U ovaj pregled nisu uključena istraživanja u kojima su učestvovali studenti farmacije, bolnički farmaceuti, istraživanja koja se odnose na stres farmaceuta izazvanih moralnim dilemama, kao i istraživanja koja su se odnosila na farmaceutsku industriju.

Tabela 1. Pregled empirijskih radova iz oblasti farmaceutske etike u periodu 1998-2017.:

STUDIJA	UZORAK	METOD	DIZAJN	CILJ
Latif i saradnici ⁹⁵ 1998.	92 studenta i 114 farmaceuta javnih apoteka u SAD	Kvantitativan	DIT psihometrijski test	Moralno rasuđivanje farmaceuta javnih apoteka i kliničke performanse
Latif ⁹⁶ 1998.	113 farmaceuta javnih apoteka u SAD	Kvantitativan	DIT	Etička kognicija usluga s pacijentom u fokusu i sistem organizacionog nagrađivanja
Latif ³⁰ 2000.	113 farmaceuta javnih apoteka u SAD	Kvantitativan	DIT	Etička kognicija i selekcija-socijalizacija u javnim apotekama
Latif ⁹⁷ 2000.	114 farmaceuta javnih apoteka u SAD	Kvantitativan	DIT	Povezanost moralnog rasuđivanja i brige za pacijenta
Hibbert i saradnici ²⁹ 2000.	7 farmaceuta javnih apoteka u Velikoj Britaniji	Kvalitativan	Polustrukturirani intervju	Etičke dileme, etičko promišljanje u praksi, zakonska, komercijalna organizacijska razmatranja
Latif ⁹⁸ 2001.	113 farmaceuta javnih apoteka u SAD	Kvantitativan	DIT Psihomatrijski test	Uticaj farmaceutskog vlasništva nad apotekama na moralno rasuđivanje
Chaar i saradnici ³⁷ 2005.	25 farmaceuta u Australiji	Kvalitativan	Polustrukturirani intervju	Istraživanje aplikacije etičke teorije na farmaceutsku praksu
Cooper i saradnici ³⁹ 2007.	23 farmaceuta iz Velike Britanije	Kvalitativan	Polustrukturirani intervju	Istraživanje etičkih pitanja i razlike između etičkih pitanja i etičkih dilema
Cooper i saradnici ³⁸ 2008.	23 farmaceuta iz Velike Britanije	Kvalitativan	Polustrukturirani intervju	Istraživanje etičkih problema i načina rešavanja kroz 4 etape etičkog donošenja odluka
Cooper i saradnici ⁹⁹ 2009.	23 farmaceuta iz Velike Britanije	Kvalitativan	Polustrukturirani intervju	Etički problemi i etičko donošenje odluka
Benson i saradnici ³⁵ 2009.	38 farmaceuta iz Velike Britanije	Kvalitativan	Polustrukturirani intervju	Identifikacija vrednosti i percepcije iskustvenih etičkih pitanja i dilema
Sharif i saradnici ¹⁰⁰ 2011.	505 farmaceuta u Iranu	Kvantitativan	9-stepena Likertiova skala	Stavovi farmaceuta prema bioetičkim principima
Al-Arifi ¹⁰¹ 2014.	682 farmaceuta javnih apoteka u Saudijskoj Arabiji	Kvantitativan	Strukturirani upitnik	Stavovi farmaceuta o etičkim Pitanjima u uslovima javnih apoteka
Vuković Rodriguez i Juričić ¹⁰² 2017.	252 farmaceuta javnih apoteka u Hrvatskoj	Kvantitativan	Upitnik	Percepcija i rešavanje etičkih problema

Navedena istraživanja su sprovedena korišćenjem kvalitativne i kvantitativne metode. Primenom Testa definisanja problema (eng. *Defining Issue Test –DIT*) Latif [30,95-97] se bavio proučavanjem moralnog rasuđivanja kod farmaceuta.

Ovaj samoadministrirajući test je sastavni deo moralnog razvoja i sastoji se od hipotetičkih etičkih scenarija. Za svaku dilemu je potrebno da učesnici odaberu i rangiraju pitanja koja, po njihovom mišljenju, imaju najznačajniji uticaj na rešavanje navedene dileme. DIT je korišćen u velikom broju studija, a njegova pouzdanost i validnost su dobro dokumentovani [103-106] i Kronbah alfa koeficijent (eng. *Cronbach – α*) je uglavnom preko 0.70 [107].

Hronološke varijacije u izboru metode istraživanja pokazuju, posmatrano dve decenije unazad, da je interesovanje za empirijskim istraživanjem etike u farmaceutskoj praksi primenom kvalitativnih metoda u porastu. Hibbert i saradnici [29] su sprovedeli istraživanje korišćenjem polustrukturiranih intervjuja kako bi identifikovali etičke dileme karakteristične za farmaceute javnih apoteka. Takođe, cilj istraživanja je razumevanje etičke svesti farmaceuta. Istraživanje je sprovedeno na svrsishodnom uzorku od 7 farmaceuta koji su bili poznati istraživaču.

Chaar i saradnici [37] su u svom istraživanju farmaceutske etike primenili polustrukturirane intervjuje kako bi istražili aplikaciju etičke teorije na farmaceutsku praksu. Primenom prigodnog uzorka je pokazano da su farmaceuti izloženi etičkim dilemama u svom radu. Istraživanje koje su sprovedeli Benson i saradnici [35] za dobijanje podataka o vrednostima i iskustvu vezanom za etičke dileme iz svakodnevnog rada, nastalo je primenom intervjuja na svrsishodnom uzorku farmaceuta. Ovo istraživanje ima za cilj identifikovanje vrednosti koje britanski farmaceuti smataju važnim za koncept o „dobrom farmaceutu”, dobroj praksi i njihova iskustva vezana za etička pitanja i etičke dileme. Navedene etičke dileme nastale su iz konflikta vrednosti kao što je kompeticija obaveza prema različitim stranama i konflikti usled zahteva, propisa i pravila u okviru kojih se obavlja rad farmaceuta [35].

Pregledom radova koje su sprovedeli Cooper i saradnici [32] uočeno je da nakon primene kvantitativnih istraživanja od strane Latifa [30,95-97], novija istraživanja imaju tendenciju da koriste kvalitativne metode. Međutim, pregled radova dat u tabeli 1. ukazuje na činjenicu da radovi novijeg datuma primenjuju kvantitativnu metodu korišćenjem upitnika. Navedena kvantitativna istraživanja iz datog pregleda su

sprovedena korišćenjem različitih instrumenata. Pored istraživanja u kojima je primenjivan DIT, istraživanje koje su sproveli Sharif i saradnici [100] je kvantitativne prirode i koristi 5-stepenu Likertovu skalu za procenu devet scenarija koja u sebi sadrže etičke probleme povezane sa 4 etička principa - poverljivost, autonomiju pacijenta, princip ne naškoditi i princip pravednosti. Prvi deo upitnika se odnosi na demografske podatke, dok se drugi deo sastoji od devet scenarija. Upitnik koji je više puta administriran farmaceutima tokom programa kontinuirane edukacije, pokazuje nisku pouzdanost i Kronbah alfa koeficijent iznosi 0.53.

Istraživanje sprovedeno od strane Al Arifija [101] za cilj ima identifikaciju percepcije i stavova farmaceuta o etičkim pitanjima koja se javljaju prilikom rada u apotekama u Saudijskoj Arabiji. Prema navodima autora, pitanja su pre primene testirana na farmaceutima sa obimnim iskustvom vezanim za etička pitanja. Nacrt upitnika je pilotiran na prigodnom uzorku farmaceuta u cilju provere čitljivosti, razumevanja, dizajna i vremena potrebnog za popunjavanje upitnika. Upitnik se sastoji od kratkog uvoda u istraživanje i sadrži trideset i dva pitanja. Dizajniran je tako da uključuje tri sekcije. Prvi deo se odnosi na prikupljanje demografskih podataka, edukaciju i pristup informacijama iz oblasti etike. Drugi deo se odnosi na učestalost diskusije etičkih problema sa pacijentima i način na koji ih dokumentuju. Treći deo bavi se učestalošću etičkih dilema sa kojima se suočavaju farmaceuti javnih apoteka. Učesnici su na različita scenarija iz trećeg dela studije odgovarali korišćenjem 7-stepene Likertove skale. Istraživanje koje su sproveli Vuković Rodriguez i Juričić [102] za cilj ima dobijanje uvida u svesnost hrvatskih farmaceuta javnih apoteka, razumevanje njihove etičke odgovornosti, uvid u etičke dileme sa kojima se suočavaju i njihove načine za rešavanje ovih dilema. Istraživačka pitanja obuhvataju četiri sekcije. Prvi deo obuhvata pitanja o opštim socio-demografskim podacima (pol, starost, obrazovanje, radno iskustvo i sl.). U drugom delu, postavljeno je 13 pitanja za identifikovanje razumevanja, pogleda, percepcija i stavova učesnika prema etici u farmaceutskoj praksi. Treći deo istražuje koliko se često farmaceuti iz prakse susreću sa pitanjima iz navedenih etičkih scenarija. Od farmaceuta je zatraženo da rangiraju koliko često se susreću sa navedenim scenarijima u svom radu, koristeći jedan od sledećih odgovora: nema odgovora/ne znam, nikada, gotovo nikada, svakih nekoliko meseci, jednom ili dva puta mesečno, jednom ili dva puta nedeljno, ili bar jednom dnevno. Sva istraživanja koja su sproveli

Cooper i saradnici [38,39,99] u cilju proučavanja etičkih pitanja i dilema, kao i načina donošenja odluka prilikom njihovog rešavanja su kvalitativne prirode nastali primenom polustrukturiranih intervjua. Intervjui iz ovog pregleda su vođeni na osnovu unapred pripremljenog protokola i trajali su od 30-50 minuta. Autori navode da su intervjui snimani i zatim transkribovani, osim u istraživanju koje su koje se odnosi na istraživanje etičkih dilema i etičke pasivnosti farmaceuta, gde su tri farmaceuta odbila da intervjui budu snimani pri čemu su tokom intervjua pravljenе ekstenzivne beleške [38].

Benson i saradnici [35] zaključuju da je važan deo izgradnje profesije i razvoja etike, izgradnja empirijski informisanih pristupa profesionalnoj etici. I pored toga što Latif [30] navodi da primena DIT predstavlja empirijsko istraživanje etike, navedeni instrument se, kao što je već navedeno, sastoji iz hipotetičkih scenarija. U istraživanju koje su sprovedeli Sharif i saradnici [100] primenjen je upitnik čiji su scenariji razvijeni od strane autora baziranih na zajedničkim etičkim problemima u farmaceutskoj praksi. Takođe, upitnik primenjen u istraživanju sprovedenom od strane Al-Arifija [101] je razvijen pregledom literature i iz prethodnih studija vezanih za etička pitanja. Vuković Rodriguez i Juričić [102] navode da su vođeni razgovori sa kolegama i članovima Hrvatske farmaceutske komore i da su korišćeni radovi o etičkim pitanjima u praksi javnih apoteka iz drugih zemalja kojima su dodati aspekti farmaceutske prakse specifične za Hrvatsku, kako bi dizajnirali scenarije iz upitnika korišćenog u njihovom istraživanju.

Haddad je [51], u istraživanju o težini i učestalosti etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi iz 1991. godine, koje nije deo ovog pregleda zbog vremenskog opsega koji pregled obuhvata, koristila adaptirani upitnik primenjivan u istraživanjima etike kod medicinskih sestara, koji sadrži 19 etičkih dilema iz normativne etičke literature u farmaciji, pozivajući se na nedostatak empirijskih podataka iz farmaceutske etike. Međutim, kako Cooper i saradnici [39] navode, u istraživanju o etičkim dilemama i etičkim problemima u farmaceutskoj praksi, farmaceuti nisu identifikovali mnoga pitanja koja se često navode u bioetičkoj literaturi, što govori u prilog važnosti empirijskih istraživanja. Empirijska istraživanja o etici imaju sve veću važnost, ali farmacija ostaje još nedovoljno istraženo područje [32].

Razvoj farmacije i novih etičkih odgovornosti farmaceuta zahteva primenu novih metodoloških pristupa za istraživanje etike u farmaceutskoj praksi kao nedovoljno

istražene discipline. S obzirom da izbor istraživačkog pristupa određuje metodologiju istraživanja, noviji istraživački pristupi mogu da kombinuju kvantitativne i kvalitativne metode. Kombinovanje ove dve metode nije primenjivano u empirijskom istraživanju etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi. Takođe, navedeni pregled radova pokazuje da je prilikom istraživanja etike u farmaciji primenjen samo mali broj istraživačkih metoda i pored postojanja širokog opsega mogućnosti koje su na raspolagju istraživačima. U sledećem poglavlju navedene su osnovne karakteristike kvalitativnih i kvantitativnih metoda kako bi se upoznavanjem sa njihovim prednostima i nedostacima povećala njihova primena u empirijskim istraživanjima etike. Navedeni metodološki pristupi su pogodni za planiranje, projektovanje i implementaciju istraživanja etike u farmaceutskoj praksi. Odnosno, u sledećem poglavlju dat je detaljan pristup istraživačkih metoda koje mogu biti primenjene za empirijsko istraživanje etike, etičkih pitanja i vrednosti s namerom da se istraživačima približe metodološki pristupi i potencijalni izbor najadekvatnije metodologije za istraživačke studije etike u farmaceutskoj praksi.

1.3.2. Osnovne razlike između kvalitativnih i kvantitativnih pristupa istraživanjima

Osnovna razlika između ova dva metodološka pristupa je ta što se kvantitativna istraživanja baziraju na brojkama i statističkim analizama, a kvalitativna istraživanja su bazirana na tekstualnim, odnosno narativnim podacima, nudeći dublju analizu problema utemeljenu na analizi konteksta i perspektivi učesnika u istraživanju. Odnosno, kvantitativno istraživanje prvenstveno je fokusirano na numeričku procenu. Nasuprot tome, kvalitativno istraživanje podrazumeva istraživanje čovekovog iskustva i analizu reči umesto brojeva [108]. Kvalitativna istraživanja su zasnovana na opisnim, tekstualnim, nebrojčanim podacima dobijenim u okruženju ekstenzivnim posmatranjem/opservacijom, intervjuisanjem ili razgovorom čiji je primarni zadatak da objasni posmatranu pojavu nudeći dublju analizu problema baziranu na percepciji ispitanika i analizi konteksta. Dok neki autori smatraju da se u kvalitativnim istraživanjima uglavnom ne polazi od teorije koju treba proveriti, već se teorija pojavljuje na osnovu podataka i saznanja dobijenih u toku istraživanja [109],

kvantitativna istraživanja podrazumevaju skupljanje brojčanih podataka u cilju objašnjenja, istraživanja veza između varijabli i uspostavljanja uzročno posledičnih veza između posmatranih pojava. Kvantitativna istraživanja se bave proverom hipoteza koje su unapred postavljene i testiranjem teorija primenom statističkih analiza [110]. Metode prikupljanja podataka u kvantitativnom pristupu podrazumevaju desk podatke (statistički podaci sakupljeni u druge svrhe), anketne upitnike, testove, analize sadržaja i sociometriju. Kvantitativna istraživanja se sprovode na većem uzorku najčešće randomizovano selektovanih ispitanika. Kod kvalitativnih istraživanja broj učesnika je manji i često se vrši svrsishodno uzorkovanje, odnosno biraju se učesnici koji poseduju određeno znanje, iskustvo, mišljenje ili informaciju o proučavanoj temi dok dublji uvid u stavove i mišljenja ispitanika može biti postignut primenom kvalitativnih istraživanja. U tabeli 2. data je komparacija kvalitativnih i kvantitativnih istraživanja [111]. Cooper i saradnici [32] u svom preglednom radu navode da se tradicionalno smatra da kvantitativni i kvalitativni pristupi zauzimaju odvojenu epistemološku teritoriju, i da jedna metoda ima prednost nad drugom, što smatraju neodrživim. Odnosno, za ostvarenje postavljenih ciljeva u istraživanjima može se koristiti kombinacija kvalitativnih i kvantitativnih metoda.

Tabela 2. Komparacija kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja:

	KVANTITATIVNA ISTRAŽIVANJA	KVALITATIVNA ISTRAŽIVANJA
Filozofska osnova	Detektivna, redukcionistička	Induktivna, holistička
Cilj	Da testira unapred postavljene hipoteze	Da istraže kompleksna istraživačka pitanja
Plan studije	Unapred postavljen	Iterativan, fleksibilan
Pozicija istraživača	Da bude izdvojen i objektivan	Integralni deo procesa istraživanja
Procena kvaliteta	Direktni testovi za procenu ishoda kvaliteta metoda primenom statistike	Indirektno osiguranje pouzdanosti i validnosti
Merenje korisnosti rezultata	Generalizabilnost	Prenosivost

Adaptirano prema referenci 111.

Empirijsko istraživanje etike i vrednosti u farmaciji obuhvata sistematsko istraživanje koristeći mnoštvo metodoloških i teorijskih pristupa kako bi ova oblast bila bolje istražena. Ne postoji univerzalna istraživačka metoda idealna za svako istraživanje. Svaka metoda je specifični istraživački alat, sa svojim prednostima i nedostacima. S obzirom da predmet istraživanja određuje metodu istraživanja koja će biti primenjena, od velike je važnosti da svaki istraživač bude upoznat sa karakteristikama kvalitativnog i kvantitativnog pristupa, kao i sa važnim razlikama između ova dva pristupa, kako bi mogli da odaberu odgovarajuću istraživačku metodu ili kombinaciju metodoloških pristupa koja će im omogućiti dobijanje adekvatnih i potrebnih odgovora na postavljena istraživačka pitanja. Za izvođenje i kvalitativnih i kvantitativnih istraživanja neophodno je odobrenje etičkih komiteta.

U sledećem delu dat je poseban osvrt na kvalitativne i kvantitativne metodološke pristupe koji mogu biti primenjeni u istraživanjima etike u farmaceutskoj praksi.

1.3.3. Kvalitativne metode istraživanja

Oblast zdravstva, samim tim i farmacija, prepuna je nerešenih pitanja, komplikovanih i međuzavisnih pojava i promena. Mnogi fenomeni su neistraženi i kao takvi zahtevaju primenu kvalitativnog pristupa. Tokom proteklih nekoliko godina došlo je do povećanja primene kvalitativnih istraživačkih metoda u medicinskoj literaturi, posebno u istraživanju zdravstvenih usluga i istraživanju farmaceutske prakse [32,112]. S obzirom da je farmacija profesija s pacijentom u fokusu, važno je prepoznati mogućnosti i bogatstvo informacija koje mogu biti dobijene korišćenjem kvalitativnih istraživanja. Kvalitativno istraživanje predstavlja kreativan i interpretativan proces. Najšire shvaćeno, kvalitativno istraživanje je svaki onaj vid istraživanja u kome se nalazi ne dobijaju i ne predstavljaju statističkim merilima ili bilo kojim vidom kvantifikacije [113].

Tonna i Edwards [114] navode da tipovi istraživačkih pitanja na koje se može odgovoriti koristeći kvalitativne metode uključuju:

- ▶ oblasti u kojima postoji nedostatak dokaza; kvalitativne metode mogu se koristiti kao inicijalna istraživanja koja će informisati dalje istraživanje;
- ▶ studije za istraživanje stavova, percepcija i iskustava;
- ▶ studije potrebne za sticanje dubinskog znanja o tome zašto se pojedinci ponašaju na određen način.

Samim tim, kvalitativno istraživanje proučava bogatstvo, dubinu i kompleksnost određenog fenomena. Tri osnovne tehnike prikupljanja podataka su opservacija, analiza pisanih dokumenata i razgovori [115]. Metoda prikupljanja podataka u kvantitativnim istraživanjima podrazumeva deskriptivne i istorijske studije. U deskriptivne studije spadaju posmatranje/opservacija, razgovori, intervjui, okrugli stolovi i studije slučaja (eng. *case study*), dok u istorijske studije spadaju eksterna i interna evidencija, koncept istorijskog vremena, koncept istorijskog prostora i sistematsko korišćenje istorijskih činjenica. Istraživanja mogu biti dizajnirana da testiraju *a priori* hipoteze, često koristeći vrlo strukturiran format razgovora u kojem su pitanja i analize standardizovani,

dok druga istraživanja pokušavaju da istražuju značenje i percepcije kako bi se postiglo bolje razumevanje i/ili generisale hipoteze [116].

Silverman [117] navodi i tekstualnu i vizualnu analizu (na primer knjiga i video zapisa). Svaka od tih tehnika predstavlja kontinuum koji se može primenjivati na manje ili više strukturirani način [118]. Kvalitativna analiza ima specifičan tok koji obuhvata:

1. redukciju podataka - izdvajanje onoga što je bitno za dato istraživanje
2. sređivanje podataka - izdvojeni podaci se na neki adekvatan način raspoređuju, svrstavaju, kategoriziraju zavisno od potreba istraživanja
3. izvođenje zaključaka - razmatra se, promišlja i beleži značenje dobijenih podataka

Opservacija se odnosi na prikupljanje podataka neposrednim posmatranjem predmeta, ljudi ili pojava. Opservacijom dobijamo uvid u kontekst predmeta istraživanja i karakteriše ga fizičko, društveno ili psihološko okruženje.

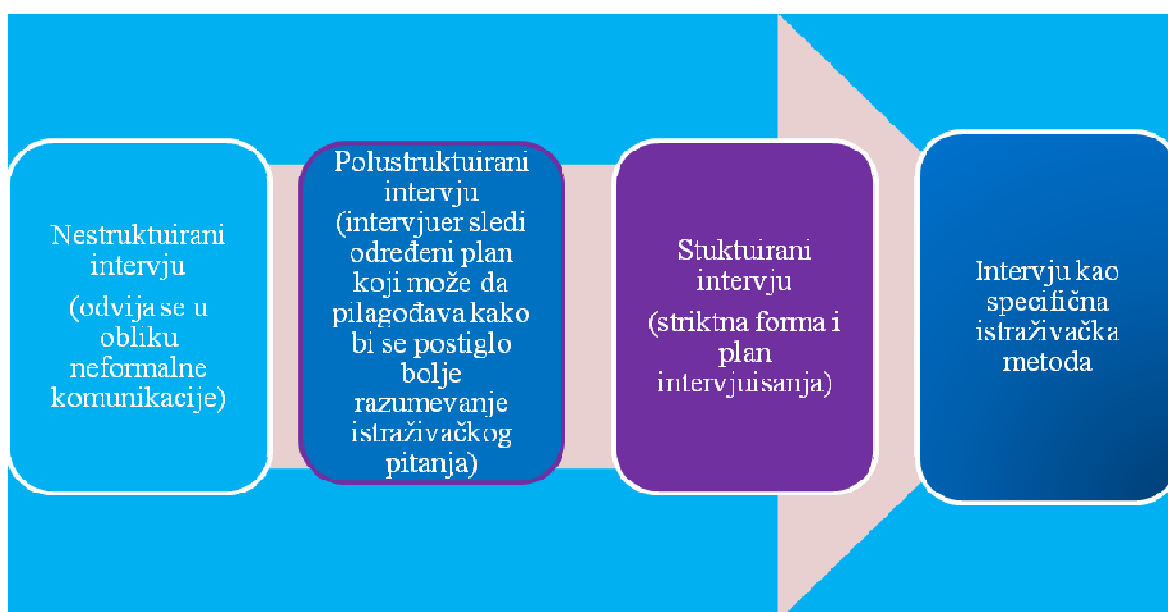
Analiza sadržaja može se primeniti u istraživanju određenog dokumenta, za istraživanje određene pojave posredstvom dokumenta i kao izvor podataka.

Prikupljanje podataka kroz razgovor obuhvata intervju i fokus grupe. Intervjui i fokus grupe su dve kvantitativne metode koje se najčešće upotrebljavaju u istraživanjima u oblasti zdravstva [119,120].

Intervju kao istraživačka metoda

Jedna od važnih faza u istraživanjima je prikupljanje podataka. Intervju predstavlja jednu od metoda za prikupljanje podataka tokom kojeg istraživač direktnom komunikacijom sa ispitanicima dolazi do određenih saznanja i povećava svoje znanje o određenom problemu. Prema Gillu i saradnicima [120], metoda intervjuja može biti primenjena za istraživanje stavova, iskustava, verovanja i motivacija ispitanika. Intervju podrazumeva razgovor koji ima poseban profesionalni cilj i definiše se kao „profesionalnim ciljem usmereni razgovor dve osobe koje imaju međusobno komplementarne uloge” [121]. Prema Matarazzu [122] „intervju je razgovor sa svrhom ili ciljem”. Odnosno, definicija istraživačkog intervjuja podrazumeva razgovor između

dve osobe koji ima specifičnu svrhu prikupljanja informacija relevantnih za istraživanje, istraživač (intervjuer) ga inicira i usmerava na sadržaj određen ciljevima istraživanja i podrazumeva opisivanje, predviđanje ili objašnjavanje. Na ovaj način se ispitanicima omogućava da raspravljaju o svojim interpretacijama, izražavaju mišljenje o tome kako oni vide situaciju sa svog gledišta. Intervju omogućava ispitaniku da daje opise ispitivanog fenomena, dok istraživačima ostavlja tumačenje ili analizu [123]. Takođe, intervju omogućava istraživaču i učesniku da odmah reše eventualne nejasnoće ili dvosmislenost određenog pitanja i daje mogućnost da se odmah dođe do odgovora. Prema Englanderu [124], metodološka pitanja se odnose na: intervjuer i vrsta intervjuja, postupci prikupljanja podataka, izbor učesnika i broj učesnika u studiji. Postoji više podela intervjuja, i prema referentnoj literaturi najčešća podela je na nestruktuirane, polustruktuirane i struktuirane [125-127] što je prikazano Slikom 2.



Slika 2. Podela intervjuja kao specifične istraživačke metode

Postoje stavovi da se ni jedan intervju ne može u potpunosti smatrati nestruktuiranim [116]. Međutim, neki su relativno nestruktuirani i manje-više su ekvivalentni sa vođenjem razgovora. Polustruktuirani intervju predstavlja konverzaciju kojom istraživač želi da dođe do potrebnih odgovora. Za razliku od struktuiranog intervjuja kod koga postoji lista unapred determinisanih pitanja koja se iznose određenim redosledom i ista su

za svakog ispitanika, polustrukturirani intervju sadrži listu pitanja, ali i otvorena pitanja i može ići u različitim pravcima sve dok je tema istraživanja pokrivena, čime se postiže bolje razumevanje istraživačkog pitanja. Polustrukturirani intervju je obično unapred zakazan u određeno vreme i na lokaciji izvan svakodnevnih događaja. Polustrukturirani dubinski intervju je najčešće korišćeni način kvalitativnog istraživanja i može biti vođen sa pojedincima ili grupama. Najčešće se ovakvi intervjuji obavljaju samo jednom i traju od 30 minuta do nekoliko sati [116]. Detaljni intervjuji, vođeni pojedinačno, omogućavaju onome ko vodi intervju da duboko istražuje društvene i lične stavove.

Za razliku od individualnih, grupni intervju omogućuje dobijanje šireg opsega iskustava. Intervjuji grupe često imaju oblik fokus grupa, pri čemu više učesnika deli svoje znanje ili iskustvo o određenom predmetu. Istraživači iz oblasti zdravstvene zaštite često koriste pojedinačne dubinske intervjuje kako bi istražili percepciju događaja i iskustva vezana za pružanje zdravstvene zaštite. Miller i Crabtree [128] smatraju da istraživačko pitanje mora biti dovoljno fokusirano tako da relativno homogena grupa deli iskustva o ovoj temi. Istraživač treba da bude spreman da napusti planirani put razgovora, jer digresije mogu biti vrlo produktivne zato što prate interes i znanje ispitanika [116].

Flinders [129] navodi nekoliko ograničenja intervjuja: da ispitanici možda nisu u mogućnosti da izraze svoja mišljenja, ili možda nisu u mogućnosti da se izraze na jasan način i da ispitanici koji učestvuju u intervjuima možda ne poseduju potrebne informacije ili ne žele da diskutuju o datom pitanju. Zbog toga izbor učesnika i motivacija ispitanika da iznesu svoje mišljenje i stavove ima veliki značaj za ishod istraživanja. Uzorak ispitanika trebalo bi da bude prilično homogen i da deli kritičke sličnosti vezane za istraživačko pitanje [130]. Karakteristike dobrog intervjuera su pripremljenost i dobro poznavanje istraživačke teme, sistematičnost, komunikativnost i uspostavljanje odnosa poverenja sa učesnikom u intervjuu, strpljivost i suzdržanost od rasprave i objektivnost. Takođe, intervjuer treba da poseduje veštine slušanja i razumevanja verbalnih i neverbalnih poruka koje upućuje intervjuisana osoba. Intervju „licem u lice” (eng. *Face-to-Face*) je najčešće korišćen i najstariji oblik sakupljanja podataka tokom istraživanja. Predstavlja najpodesniji oblik prikupljanja podataka kada se želi da se minimizira stepen neučestvovanja, odnosno da se poveća stepen odgovora i da se maksimizira kvalitet prikupljenih podataka. Pored intervjuja „licem u lice”

intervjuisanje putem telefona je, takođe često korišćen metod prikupljanja podataka. Pored navedenog, u današnje vreme moguća je i komunikacija korišćenjem informacionih tehnologija [131]. Sa razvojem tehnologije u poslednjih nekoliko decenija, online intervju omogućava prevazilaženje vremenskih i finansijskih ograničenja i geografsku disperziju učesnika, koje su negativno uticale na vođenje intervju „licem u lice” [132].

Kvalitativna analiza podataka u idealnom slučaju se odvija istovremeno sa prikupljanjem podataka, tako da istraživači mogu da generišu novo shvatanje istraživačkog pitanja, oblikovanje i razrađivanje istraživačkih pitanja i razvijanje novih hipoteza [133]. Ovaj iterativni proces skupljanja podataka i analize dovodi do tačke kada se prilikom daljeg prikupljanja podataka ne pojavljuju nove teme. To se naziva zasićenjem, odnosno saturacijom, što signalizira da je prikupljanje podataka završeno [134]. Pope i saradnici [133] zaključuju da kvalitativno istraživanje proizvodi velike količine tekstualnih podataka u obliku transkripata i opservacionih napomena i da sistematična i rigorozna priprema i analiza ovih podataka zahteva puno vremena i intenzivan rad.

Kako bi intervjui bili analizirani, neophodno je da budu snimani. Prilikom vođenja intervju može se vršiti hvatanje beleški, odnosno transkribovanje ili pravljenje video i audio zapisa [116,135,136]. Najčešći način snimanja intervju je pravljenje audio zapisa. Takođe, poštovanje etičkih standarda u istraživanjima podrazumeva dobijanje posebne dozvole od ispitanika da razgovor bude sniman u vidu informisane saglasnosti koja mora biti potpisana pre početka intervju, često zajedno sa saglašnošću za učešće u intervjuima. Pre transkribovanja kvalitet intervju može biti evaluiran od strane istraživača na osnovu Kvaleovih [137,138] kriterijuma za procenu kvaliteta intervju: udeo spontanog bogatog odgovora, odgovori duži od pitanja, stepen do koga istraživač prati intervju i pojašnjava odgovore, interpretacija nastala tokom intervju, ispitanik objašnjava svoju interpretaciju i intervju je priča sama za sebe. Nakon toga sledi transkribovanje snimaka. Transkript intervju predstavlja potpuni prepis snimaka intervju, odnosno prepis svakog dela razgovora od reči do reči. Konačna verzija koja obuhvata sve intervju nastaje kada je istraživač pročitao sve transkripte i pripremio beleške.

Tematska analiza je jedan od brojnih pristupa koji bi mogli da budu upotrebljeni u ekstrapolaciji narativnih intervjua. Kakav god pristup da je izabran, analiza obuhvata identifikaciju priče kroz setove podataka. Prema Antersonu i Kirkpatricku [139], kako bi kvalitativni podaci imali smisao potrebno je da se kodiraju kako bi se smanjio obim podataka i kako bi se podaci podelili u manje grupe kojima je lakše upravljati. Kodovi mogu da se odnose na stvari od suštinskog značaja, kao što je npr. određeno ponašanje, vrednosti, emocije i druge impresionističke elemente [140]. Tekstualni segmenti sa sličnim sadržajem se stavljaju u posebne kategorije za konačno svrstavanje u glavne teme i tokom analize, svi delovi intervjua koji pokrivaju slične teme su zajedno grupisani. Kada je kodiranje završeno, istraživač može da pogleda šta su svi ispitanici rekli za određenu temu i na primer, da istraži sličnosti ili razlike između ispitanika. Često, drugi istraživač može da analizira iste podatke nezavisno kako bi, sa svog gledišta i nezavisno, istražio značenje i interpretaciju podataka [139].

Kvalitativno istraživanje koristi analitičke kategorije koje mogu biti izvedene induktivno (dobijene iz podataka) ili korišćene deduktivno, bilo na početku ili delimično kroz analizu kao način pristupa podacima. Deduktivna analiza je primenjena u metodi „tematskog okvira” (eng. *framework analysis*). Takođe, oni navode da je metoda „tematskog okvira” najpogodnija za analizu podataka iz intervjua, gdje je poželjno generisati teme praveći poređenja unutar i između slučajeva. Upravljanje velikim skupovima podataka je olakšano primenom ovog metoda koji pruža strukturiran pregled sumiranih podataka [133]. Prema sugestijama Galea i saradnika [141], tokom procesa analize, kodovi su grupisani u klastere oko sličnih i međusobno povezanih ideja ili koncepte. Metoda „utemeljene teorije” se odnosi na opisivanje induktivnog procesa identifikacije analitičkih kategorija kako se pojavljuju iz podataka [133]. Takođe, Pope i saradnici [133] navode da svi relevantni podaci za svaku kategoriju su identifikovani i ispitani korišćenjem procesa konstantnog poređenja, u kojem se svaka stavka proverava ili upoređuje sa ostalim podacima kako bi se uspostavile analitičke kategorije. Ovaj postupak zahteva koherentan i sistematičan pristup [133].

Danas postoji više softvera za analizu podataka kao što su The Ethnograph, Atlas, Folio Views i NVivo. Korišćenje programa za analizu podataka može da uštedi vreme, procedure čini sistematičnijim i može da pojača potpunost i fleksibilnost analize.

Međutim, iskustvo, disciplina i ekspertiza istraživačkih timova i dalje su neophodni sastojci za veštinu i izvrsnost u kvalitativnim istraživačkim analizama, dok softver može da bude od koristi kod upravljanja podacima u procesu analize [116].

Prednosti intervjuja kao istraživačke metode su neposredan kontakt i komunikacija sa učesnicima u istraživanju, visok stepen međusobnog poverenja i saradnje koji omogućava prilagođavanje i dobijanje opširnih i potpunijih odgovora na postavljena pitanja. Takođe, metoda intervjuja omogućava prikupljanje podataka koji nisu dostupni na drugi način i ova metoda može da se kombinuje sa drugim istraživačkim tehnikama.

Pored nedostataka intervjuja koje je naveo Flinders [129] i koji se odnosi na učesnike, nedostatak intervjuja kao sredstva za prikupljanje i prenos podataka je, kako se smatra, to što je uglavnom neizbežno pristrasna transakcija. To se opravdava činjenicom da ljudskim ponašanjem upravlja više neracionalnih faktora, kao što su emocije, interpersonalni ciljevi, nesvesne potrebe, što intervjuer treba da prepozna i kontroliše tokom razgovora. Ne smatra se ekonomičnom metodom i zahteva dosta vremena za vođenje intervjuja.

Iz svaga navedenog može se zaključiti da intervjuji mogu da pruže bogate i detaljne informacije potrebne za istraživanje etike i vrednosti u farmaceutskoj praksi.

Kao što je navedeno u tabeli 1, veliki broj radova koji su se bavili istraživanjem etike u farmaceutskoj praksi sproveden je primenom polustrukturiranih intervjuja [29,37-39].

Konsenzus metode u naučnim istraživanjima

Tehnika nominalne grupe (eng. *Nominal Group Technique* - NGT) i Delfi tehnika (eng. *Delphi Technique*) se nazivaju konsenzusnim metodama [142]. Cilj ovih metoda je postizanje opšteg dogovora ili konvergencije mišljenja o određenoj temi. Konsenzus metode se koriste u istraživanjima koja se usmeravaju na rešavanje problema, generisanje ideja ili određivanje prioriteta [116]. Ove metode podrazumevaju interakciju unutar grupe učesnika i pokreću potencijalna rešenja ili dobijanje odgovora na postavljena istraživačka pitanja.

Konsenzusne metode određuju u kojoj meri se stručnjaci, odnosno učesnici slažu oko određenog pitanja. Jones i Hunter [142] navode da termin „slaganje oko određenih

pitanja” podrazumeva dva oblika koja je potrebno razlikovati: prvo, u kojoj meri se svaki od učesnika slaže sa pitanjem koje se razmatra (obično je ocenjen na numeričkoj ili kategoričkoj skali) i drugo, stepen do kojeg se učesnici međusobno slažu, konsenzusni element ovih studija (obično se procenjuju statističkim merama proseka i disperzijom). Odnosno, ovi autori smatraju da ove metode pokušavaju da procene obim dogovora (merenje konsenzusa) i da reše neslaganje (razvoj konsenzusa) [142]. Karakteristike konsensus metoda date su u tabeli 3.

Tabela 3. Pregled karakteristika konsensus metoda:

KARAKTERISTIKE KONSENZUS METODA	
Anonimnost	Izbegavanje dominacije pojedinih učesnika; postiže se primenom upitnika kod Delfi metode ili tajnim rangiranjem u nominalnoj grupi
Iteracije	Proces se odvija u krugovima/rundama omogućavajući učesnicima da menjaju svoje mišljenje
Kontrolisanje povratne informacije	Pokazivanje distribucije odgovora grupe (pokazujući svakom pojedincu vlastiti prethodni odgovor iz Delfi grupe)
Statistički odgovor grupe	Izražava procenu koristeći zbirna merenja ukupnog grupnog odgovora; daje više odgovora od samih konsensusnih izjava

Adapitirano prema referenci 142.

Učesnici u istraživanjima korišćenjem konsensus metoda su uglavnom eksperti iz određene oblasti. Definicija eksperata, čije se mišljenje analizira treba da obuhvata svakog pojedinca sa relevantnim znanjem i iskustvom iz određene oblasti [144]. Iz oblasti zdravstva to mogu biti i pacijenti i pružaoci zdravstvene usluge. Mnogo češće se ovaj termin koristi za ljude koji su dostigli visok status u okviru svoje profesije [145]. Izbor eksperata uključuje izradu kriterijuma na osnovu profesionalnih akreditiva i ranga i postoji mogućnost da se pozovu relevantne institucije i profesionalne grupe da imenuju stručnjake iz svoje oblasti. Ove metode se zasnivaju na shvatanju da je grupno mišljenje validnije od individualnog.

Fink i saradnici [146] naglašavaju da postoji više vrsta kriterijuma koji pokazuju kada je konsenzus postignut i oni moraju biti unapred definisani. To može biti procenat učesnika koji će glasati za određeni predlog rangiranjem na određenoj skali. Predmet razmatranja može biti odbačen ukoliko određeni procenat učesnika ima suprotno mišljenje [146].

Kombinovanu primenu ove dve tehnike omogućava činjenica da se podaci usled primene Delfi metode dobijaju od izolovanih ispitanika odgovarajuće oblasti ekspertize i konsenzus mišljenja se postiže kroz multiple iteracije, dok NGT predstavlja visoko strukturiran i kontrolisan proces za dobijanje informacija o datom pitanju i podrazumeva razmenu ideja, grupnu diskusiju, glasanje i rangiranje [147,148]. Kombinacija ove dve metode i zahtev da učesnici obezbede pisanu formu svojih ideja nezavisno i pre grupne diskusije povećava broj rešenja generisanih od strane grupe. Na izbor metoda utiču različiti faktori, uključujući istraživačko pitanje, percepciju potrebnog konsenzusa i povezane praktičnosti kao što su vreme i geografija [149]. Kombinacija Delfi tehnike i NGT može biti korišćena u cilju postizanja validnosti sadržaja instrumenta istraživanja [142,150].

Delfi tehnika i NGT imaju svoje poreklo izvan istraživanja iz oblasti zdravstva. Ove metode su uglavnom koristili administratori i nezdravstveni radnici kako bi povećali kreativnost i učešće na sastancima za rešavanje problema i na sastancima vezanim za proces planiranja. Ukoliko se pravilno koriste, obe tehnike predstavljaju moćne alate za povećanje kapaciteta grupe da generišu kritične ideje, razumeju probleme i poboljšaju kvalitet grupne odluke [151].

Mogućnost donošenja efikasnih odluka u situacijama kada postoje nedovoljne ili kontradiktorne informacije dovela je do povećane primene konsenzus metoda u istraživanjima farmaceutske prakse, kao i primene njihove kombinacije [152,153].

Tehnika nominalne grupe

Delbecq i saradnici [143] su razvili NGT kao postupak za olakšavanje efikasnog donošenja odluka u sociološkim i psihološkim istraživanjima. Od tada se ova metoda koristi u širokom spektru oblasti, uključujući i zdravstvenu zaštitu. NGT se može

definisati kao „poseban grupni proces sa posebnom namenom koji je prikladan za identifikaciju elemenata problematičnih situacija, identifikaciju elementata za program rešenja i uspostavljanje prioriteta” [154]. Tully i Cantrill [155] navode da je NGT visoko strukturirana grupna interakcija „licem u lice” koja učesnicima omogućava da ostalim učesnicima ovog procesa iznesu svoje mišljenje, odnosno da ostali članovi čuju mišljenje svakog od učesnika i da se razmotre mišljenja svih učesnika. Proces nominalne grupe predstavlja proceduru za dobijanje kvalitativnih informacija od ciljnih grupa koje su povezane sa datom oblašću istraživanja [148]. Osnovna namena NGT je dobijanje informacija kroz generisanje i rangiranje ideja o određenoj temi ili problemu, razvoj rešenja, prioritizacija pitanja i tema u cilju postizanja konsenzusa. Proces podstiče sve članove grupe da učestvuju i za rezultat ima skup prioriternih rešenja, ideja ili preporuka. Dobra prethodna priprema je važna kako bi ova tehnika bila uspešno sprovedena i kako bi bile dobijene kvalitetne informacije od svih učesnika. Delbecq i saradnici [143] smatraju da NGT zahteva pažljivu pripremu kako bi „izazvala odgovor na željenom nivou specifičnosti”. Takođe, oni navode da se ova tehnika sastoji od četiri osnovne etape: tiho generisanje, razmena ideja (eng. „*round robin*”), klarifikacija (grupna diskusija) i glasanje (rangiranje i procena) [143].

Pre početka definisanih faza, prvi korak u protokolu NGT je kratki uvod, koji omogućava objašnjenje svrhe sesije i istraživanja. Dodatne informacije u uvodnoj fazi uključuju distribuiranje informativnog lista, dobijanje pismene saglasnosti od strane učesnika i uspostavljanje pravila o poverljivosti uz poštovanje i zaštitu identiteta učesnika. Pristanak treba da se odnosi i na saglasnost da sesija bude snimana, odnosno da postoji audio ili video zapis.

U fazi označenoj kao tiho generisanje i koja predstavlja sam početak sastanka, učesnici dobijaju oko 20 min da napišu svoja zapažanja i/ili stavove. Takođe, u ovoj fazi nema konsultacija i diskusije. U drugu fazu uključeni su svi učesnici podjednako prilikom razmene ideja [149,156]. Učesnici su pozvani od strane facilitatora da iznesu generisane ideje koje se zapisuju na flipchart-u. Zapisivanje ideja omogućava da svi prisutni imaju uvid u kompozitnu listu. U bilo kom trenutku ove faze učesnik može da izrazi svoje mišljenje i da ponovo uđe u diskusiju. Ukoliko ne postoji vremensko ograničenje za izvođenje NGT, proces traje sve dok se iznose ideje.

Treća faza podrazumeva diskusiju i pojašnjenje ideja i daje mogućnost da se slične ideje grupišu uz saglasnost učesnika. Učesnici se mogu isključiti, uključiti ili promeniti ideje i mogu generisati tematske grupe. Svi učesnici moraju jasno da razumeju temu razmatranja kako bi mogli da donesu odluku u fazi glasanja [157]. Nakon diskusije, svaki učesnik, anonimno i u pismenoj formi, rangira ili ocenjuje važnost iznetih ideja [146].

Sugestije o broju članova koji učestvuju u procesu NGT su različite. U publikovanim istraživanjima broj učesnika se kreće od 2-14 relevantnih stručnjaka po datom pitanju [149,158]. McMillan i saradnici [149,158] sugerišu da je preporučen broj učesnika 7, Cantrill i saradnici [151] smatraju da broj ne sme biti veći od 9-10 učesnika, dok prema Hortonu [159] preporučen broj je 7-10 učesnika. Ukoliko postoji veći broj učesnika, uzorak treba podeliti na dve ili više paralelnih ili sekvencijalnih grupa [160]. Takođe, ukoliko je planiran veći broj učesnika preporučuje se i primena Delfi tehnike [160]. Uz sve navedeno, važan je i izbor učesnika NGT. Delbecq i saradnici [143] navode da su učesnici u NGT eksperti za istraživanu oblast, dok facilitator nominalne grupe može biti ekspert iz oblasti koja se istražuje ili druga kredibilna osoba [161]. Prema van Teijlingenu [162], NGT ima validnost, pod uslovom da facilitator ne pokušava da prevlada raznolikost mišljenja kako bi stvorio veštački konsenzus. Uspeh NGT zavisi od veština facilitatora i spremnosti učesnika da rade zajedno u visoko strukturiranom okruženju.

I pored toga što je ova tehnika u osnovi kvalitativna, njeni rezultati su i kvantitativni, dobijeni rangiranjem stavki koje su razmatrane od strane grupe, ali je finalni rezultat kvalitativne prirode. Najčešće se sastoji od dva kruga u kojima učesnici diskutuju, rangiraju, a zatim ponovo rangiraju razmatrane stavke ili pitanja. Jones i Hunter [142] navode skalu kod nominalnih grupa, koja predstavlja pravila razvijena da bi se procenio stepen saglasnosti rangiranih izjava. Skala se može razdvojiti, tako da rezultati 1-3 predstavljaju oblast u kojoj učesnici smatraju da intervencija nije značajna; 4-6 oblast koja predstavlja dvosmislenost; i 7-9 je oblast u kojoj učesnici smatraju dati predlog značajnim. Proces Nominalne grupe predstavljen je u tabeli 4.

Tabela 4. Proces Tehnike nominalne grupe:

Proces NGT može biti sumarno predstavljen u 6 grupa:
1. Formulacija i prezentacija nominalnog pitanja
2. Tiho generisanje ideja u pisanoj formi
3. Povratne informacije od članova grupe uz beleženje svake ideje sažetom frazom na flip-chart-u
4. Grupna diskusija o svakoj ideji za razjašnjenje i evaluaciju
5. Individualno glasanje o prioritetnim idejama uz grupnu odluku koja se često dobija matematički preko rangiranja ili procene
6. Povratna informacija o rezultatima, dalja diskusija i ponovno glasanje

Adaptirano prema referenci 151.

NGT omogućava dobijanje značajnih informacija u relativno kratkom vremenskom roku u pogledu i količine i kvaliteta kroz diskusiju i razmenu mišljenja.

Jones [163] navodi da su glavne prednosti NGT: generisanje većeg broja kreativnih ideja u odnosu na druge grupne procese, jednostavnost interpretacije rezultata (ideje se generišu, glasaju/rangiraju i procenjuju na samoj sesiji), veći osećaj uspešnosti članova (rezultati su dostupni odmah nakon sesije), minimalni zahtevi za resursima (mesto, facilitator, tabla, papir i olovke) i komparativno efikasna upotreba vremena. Delbecq i saradnici [143] navode i dodatne prednosti NGT: 1. omogućava ciljnim grupama da izdvoje kritične dimenzije problema pomoću grupnog procesa; 2. moguće je pojašnjenje značenja kritičnih stavova kako za istraživače, tako i za učesnike kroz diskusiju; 3. može se koristiti za istraživanje „objektivnih” i „subjektivnih” dimenzija problematične oblasti; 4. identifikuje prioriteta žarišta diferenciranih referentnih grupa na istraživačkoj osnovi putem glasačkih procedura; 5. kroz analizu sadržaja nominalnog izlaza, pomaže u razvoju hipoteze i formulisanje pitanja za istraživanje i ispitivanje na terenu [143].

Prema Jonesu [163] nedostaci NGT su: ograničenje broja tema i pitanja koja se mogu razmatrati tokom jedne sesije, ograničenje u generisanju ideja tokom sastanka (nema mogućnosti da učesnici unapred detaljno razmisle o ovom pitanju i generišu dodatne ideje u vremenskom periodu van sesije), potreba da se učesnici osećaju prijatno tokom ovog strukturiranog grupnog procesa, nedostatak anonimnosti koji može ograničiti spremnost učesnika da izraze svoja mišljenja i stavove, potreba da članovi budu sposobni i zadovoljni sa izražavanjem svoje ideje u pisanoj formi i da ih zatim komentarišu u grupi, potrebno vreme koje učesnici moraju da izdvoje i zahtev da prisustvuju na određenoj lokaciji u određeno vreme (što može da ograniči broj učesnika, prirodu podataka i nedostatak generalizabilnosti rezultata često zahteva naknadno istraživanje ili primenu drugih kvantitativnih metoda pre donošenja konačnih odluka o postavljenom istraživačkom pitanju) [163].

Metoda NGT je primenjivana u istraživanju farmaceutske prakse i profesionalizma u farmaciji [155,164], dok je mali broj radova u istraživanju etike u praksi javnih apoteka je sproveden primenom ove metode [32].

Delfi metoda

Delfi tehnika je kvalitativna metoda istraživanja koja se koristi u prirodnim i društvenim naukama u svrhu predviđanja trendova, istraživanja nedovoljno poznatih fenomena, rešavanja kompleksnih problema ili donošenja odluka, kao i za kreiranje upitnika. Predstavlja strukturiranu naučnu metodu sa jasnim pravilima i procedurom. Dobila je ime po čuvenom proročištu u staroj Grčkoj i nastala je 50-tih godina prošlog veka u američkoj korporaciji RAND (Santa Monica, California), prvenstveno se baveći militarnim potencijalom budućih tehnologija, potencijalnim političkim pitanjima i njihovim rešavanjem. S tom svrhom, istraživači RAND-a odlučili su se za sistematsko i organizovano prikupljanje pojedinačnih predviđanja grupe eksperata, u cilju dobijanja tražene prognoze. Sledeći problem koji je postavljen bio je način na koji će eksperti artikulirati svoj stav i dati konačno mišljenje, a da taj način ničim ne umanjí fokusiranost na cilj svakog učesnika u ekspertnom panelu i da eliminiše eventualnu mogućnost da mišljenje najautoritativnijeg ili najglasnijeg učesnika u panelu odnese

prevagu nad kvalitetnijim razmišljanjima ostalih eksperata koji nemaju takvu mogućnost izražavanja. Rešenje ovog problema u suštini predstavlja začetak Delfi metode. Metodološke procedure razvijane su 50-tih i 60-tih godina prošlog veka. Najzaslužnijima za razvoj se smatraju Olaf Helmer i Norman Dalkey. U početku je ova metoda primenjivana gotovo isključivo za tehnološka predviđanja, a 70-tih počinje njena intenzivnija primena u ekonomiji, zdravstvu, obrazovanju i pitanjima javne politike.

Kao i NGT, Delfi metoda predstavlja visoko strukturiranu interakciju grupe i podrazumeva dobijanje željenih informacija kroz strukturiran i sistematičan pristup bez direktne interakcije učesnika. Ova metoda omogućava rad sa heterogenim sastavom panela čiji učesnici mogu biti geografski udaljeni. Istraživači primenjuju Delfi metodu prvenstveno u slučajevima kada je neophodno dobiti informacije koje podrazumevaju procenu i obično koriste niz upitnika sa kontrolisanim povratnim informacijama [166]. Baveći se metodologijom izrade upitnika korišćenjem Delfi metode, Savić [167] navodi da ova metoda daje mogućnost da se izmeri i postigne zadovoljavajući nivo konsenzusa oko izbora pitanja i sastoji se od nekoliko koraka:

- a) Izbor grupe eksperata
- b) Pozivanje eksperata na saradnju i dobijanje njihovog pristanka
- c) Slanje inicijalne liste pitanja ekspertima
- d) Evaluacija pitanja od strane eksperata
- e) Sumiranje i analiza rangiranja
- f) Slanje povratne informacije ekspertima sa modifikovanom listom
- g) Reevaluacija pitanja od strane eksperata
- h) Sumiranje, analiza reevaluacije
- i) Kraj iteracije

Koraci od d) do h) se najčešće ponavljaju [167].

Odnosno, ova tehnika predstavlja proces donošenja odluka kod izolovanih i anonimnih ispitanika koristeći višestepenu interakciju uz primenu samoadministrirajućeg upitnika sa individualnim povratnim informacijama.

Važno je da članovi Delfi grupe budu osobe koje zaista poseduju visok nivo znanja o predmetu istraživanja. Pored toga, preporučuje se da kao eksperti budu uključeni stručnjaci koji poznaju posmatranu oblast iz različitih uglova. S obzirom da Delfi metod podrazumeva anonimnost, važno je da, osim administratora (istraživač i dizajner celog postupka), niko od učesnika ne sme da zna ko su ostali članovi grupe. Nakon formiranja učesnika Delfi grupe, administrator stupa u kontakt sa njima i poziva ih na saradnju, odnosno učešće. Poziv mora da sadrži sažeto i razumljivo obrazloženje zašto je potrebno njihovo učešće, ciljeve istraživanja, kao i plan daljih obaveza u Delfi grupi u pogledu vremena koje oni treba da izdvoje za rangiranje pitanja, kao i ostalih aktivnosti tokom Delfi studije. U nekim slučajevima se traži i pismena potvrda o prihvatanju učešća. Ono što je potvrdila praksa jeste da ukoliko neko prihvati da bude učesnik, velika je verovatnoća će to ostati do kraja postupka. S druge strane, jedan od nedostataka ove metode je i mogućnost odustajanja učesnika, i zbog toga je uobičajeno slanje podsetnika. Podsetnik može biti u formi pisma, telefonskog poziva, e-maila, ili ponovnog slanja upitnika. Okoli i Pawlowski [165] navode da je stopa odustajanja eksperata usred procedure veoma mala što doprinosi održivosti celog postupka.

U literaturi nikada nije postignut konsenzus o optimalnom broju učesnika u Delfi studiji. Delbecq i saradnici [143] sugerišu da je dovoljan broj 10-15 učesnika, Ludwig [168] navodi da većina Delfi studija koristi između 15-20 učesnika, dok Witkin i Altschuld [169] navode da je aproksimativna veličina Delfi panela do 50 učesnika. Iz navedenog se može zaključiti da je broj učesnika u Delfi panelu varijabilan, međutim, najčešća preporuka je 15 učesnika [143,170,171]. Ako je veličina uzorka Delfi studije premala, ne može se smatrati da je postignuta reprezentativnost procene grupe u vezi sa ispitivanim problemom. Takođe, ukoliko je veličina uzorka prevelika, posledice mogu biti inherentno povezane sa potencijalno niskom stopom odgovora i velikom vremenskom rasponu između dve iteracije i vremena potrebnog za analizu od strane istraživača [171].

Pored navedenih uputstava, administrator šalje inicijalnu listu pitanja ekspertima sa jasnim obrazloženjem kako da rangiraju pitanja i kako da daju svoje sugestije. U početku korišćenja Delfi metode, inicijalni upitnik se obično zasnivao na sistematskom pregledu literature, međutim danas postoje brojne modifikacije. Jedna od najčešćih modifikacija je pokretanje Delfi istraživanja koristeći kvalitativni pristup u kojem

učesnici daju odgovore na „otvorena” pitanja generisanjem ideja koje se mogu koristiti za formiranje upitnika kroz multiple iteracije. Takođe, jedan od modifikovanih načina je i konačno definisanje sadržaja upitnika koji je proistekao vođenjem polustrukturiranih intervjua od strane istraživača. Odnosno, tema razmatranja Delfi grupe mogu biti pitanja, vinjete ili scenariji. Od ispitanika se može tražiti da pomoću Likertove skale različitog raspona [172-174] rangiraju određene izjave ili pitanja koje su predmet istraživanja ili da napišu komentare i sugestije u slobodnoj formi. Ova metoda koja je takođe u osnovi kvalitativna, podrazumeva da analiza podataka uključuje kvalitativne i kvantitativne podatke. Glavne statističke analize su određivanje centralne tendencije - srednje vrednosti, medijane ili moda [175, 176,177] ili stepena disperzije – interkvartili i standardna devijacija [142,178]. Takođe, statističari preporučuju izračunavanje koeficijenta konkordacije, a sa iteracijama može da se prestane onog trenutka kada je postignut koeficijent konkordacije veći od 0,7 odnosno tada se smatra da je postignut konsenzus među ekspertima o listi pitanja [167]. Finalni rezultat Delfi metode takođe može biti kvalitativan.

Rok za slanje odgovora mora biti jasno naznačen i iskazan. Delbecq i saradnici [143] i Ulschak [179] navode da je neophodno najmanje 45 dana za administriranje Delfi studije. Što se tiče vremenskog upravljanja između iteracija, podstiče se primena od dve nedelje za dobijanje odgovora na svaki krug [143]. Ova metoda je višestepena tehnika i svaki stepen se nadograđuje na rezultate prethodnog [180]. Prema uputstvu koje su dobili, eksperti rangiraju pitanja prema značaju za posmatrani problem. Ukoliko nije u pitanju prva iteracija nego neka od narednih, učesnik dobija korigovanu listu pitanja sa naznakama i zapažanjima o tome kako su drugi eksperti izvršili rangiranje, kao i eventualna nova pitanja koja su predložena. Nakon sumiranja, administrator mora da pošalje i pažljivo formulisana mišljenja drugih eksperata iz grupe sa ciljem da se približe međusobni stavovi unutar grupe. Na osnovu informacija koje su dobili od administratora eksperti ponovo rangiraju korigovanu listu pitanja i ponovo daju mišljenje o trenutnoj listi, takođe komentarišući stavove drugih eksperata, ako za tim imaju potrebu. Samim tim, odgovori na pitanja iz prethodnog kruga se koriste za kreiranje upitnika za sledeći krug Delfi metode. Broj krugova obično zavisi od stepena neslaganja između ispitanika. U većini studija koriste se dva kruga iteracija, ali ponekad se sprovodi i samo jedan krug [181]. Veći broj iteracija može da oslabi panel, dovede

do osipanja broja učesnika ili smanji motivaciju. Vrednost iznad koje se smatra da je konsenzus postignut mora biti određena na početku istraživanja. Proces se nastavlja dok se ne postigne grupni konsenzus [182]. Takođe, broj iteracija zavisi od brzine kojom se postiže konsenzus.

Kao što je pokazano u tabeli 5, Delfi metoda je univerzalno istraživačko sredstvo koje istraživači mogu koristiti u različitim oblastima svog istraživanja.

Tabela 5. Primena Delfi tehnike u istraživačkom procesu:

Primena Delfi tehnike u istraživačkom procesu
1. Specifikacija teme istraživanja
2. Specifikacija istraživačkih pitanja
3. Identifikacija teorijske perspektive istraživanja
4. Izbor varijabli od interesa/generisanje predloga
5. Preliminarna identifikacija uzročnih odnosa
6. Definisane konstrukcije i kreiranje opšteg jezika diskursa

Adaptirano prema referenci 165.

Cilj ove istraživačke metode je da se učesnici podstaknu da učestvuju u rešavanju problema i da daju odgovore na pitanja kroz triangulaciju subjektivnih grupnih presuda, analitičkih tehnika i iskustva istraživača kako bi se postigla konačna odluka. Ovom metodom se izbegavaju direktna diskusija i konfrontacija ljudi i mišljenja, a koji klasični način dobijanja zajedničkog predviđanja grupe eksperata na otvorenom sastanku čine neobjektivnim. Otvorena diskusija potencijalno omogućava afirmaciju predviđanja grupe ili pojedinaca, zbog njihove društvene pozicije ili sposobnosti da dobro argumentuju i odbrane svoje mišljenje.

U ostale prednosti mogu da se nabroje izbegavanje direktne konfrontacije i anonimnost učesnika, učesnici imaju dovoljno vremena da odgovore na postavljeni zadatak i mogu biti geografski udaljeni. Nedostaci Delfi metode su mogućnost odustajanja učesnika, takođe, ova metoda od učesnika zahteva vreme i veštinu pisane komunikacije. Walker i Selfe [183] navode kao slabosti i nemogućnost da učesnici diskutuju pitanja i elaboriraju svoje stavove.

Delfi metoda ima za cilj postizanje konsenzusa unutar grupe eksperata u pogledu određenog problema i kao takav može se veoma lako i efikasno iskoristiti za definisanje i selekciju pitanja koja ulaze u upitnik. Sa sve većom raspoloživošću i popularnošću internetskih istraživačkih alata, Internet je identifikovan kao sredstvo za smanjenje ograničenja ove metode, maksimizujući njene prednosti i širenje njene primene [184].

Iz svega navedenog može se zaključiti da ova metoda može biti primenjena u istraživanjima farmaceutske prakse. Gourley i saradnici [185] su primenili modifikovanu Delfi metodu za identifikovanje trendova u institucionalnoj apotekarskoj praksi za konceptualizaciju profesije. Horvat i Kos [152] su primenili ovu metodu kako bi razvili i validirali upitnik o zadovoljstvu korisnika učinkom farmaceuta, dok su Fernandes i saradnici [186] primenili ovu metodu kod kliničkih farmaceuta za razvoj ključnih indikatora učinka.

1.3.4. Kvantitativne metode istraživanja

Kvantitativno istraživanje je: „formalni, objektivan, sistematski proces u kojem se numerički podaci koriste za dobijanje informacija o svetu” [187]. Ove metode imaju za cilj da daju odgovor na konkretno istraživačko pitanje i dizajn istraživanja je unapred određen i strukturiran, ostaje konzistentan tokom čitave studije, što istraživanje čini potencijalno ponovljivim [188]. Kvantitativno istraživanje se fokusira na prikupljanje numeričkih podataka uz tendenciju generalizacije na određenu populaciju ili objašnjavanje određene pojave [189]. Ova sistematska empirijska istraživanja fenomena naglašavaju objektivna merenja i statističku, matematičku ili numeričku analizu podataka prikupljenih putem anketa, upitnika i pregleda, ili korišćenjem već postojećih statističkih podataka koristeći računске tehnike. Takođe, ona omogućavaju povezivanje

empirijskih opažanja i matematičkog iskaza kvantitativnih odnosa i podrazumevaju primenu metoda koje omogućavaju kvantifikaciju pojava u cilju istraživanja veza između varijabli, objašnjenja i uspostavljanja uzročno posledičnih veza između posmatranih pojava.

Generisanje, validacija i primena upitnika

Prema Desselle [190] anketiranje predstavlja koristan alat u istraživanju, posebno za evaluaciju kvalitativnih informacija. Može se primeniti u istraživanjima farmaceutske prakse. Sam proces merenja je važna aktivnost u naukama iz oblasti medicine. Kako bi se stekli podaci o objektima, ljudima i događajima alati za prikupljanje podataka moraju biti projektovani tako da mogu da mere stvari od naučnog interesa. Primena upitnika predstavlja objektivno sredstvo prikupljanja informacija o znanju, uverenjima, stavovima i ponašanju ljudi [191].

Upitnik spada u jednu od najvažnijih i efikasnih tehnika za prikupljanje podataka i mnoge studije se fokusiraju na slične ciljeve i teme, ali su prilikom istraživanja korišćeni potpuno različiti upitnici. Boynton i Greenhalgh [192] navode da nije dovoljno samo napisati pitanja koja će ući u upitnik, već je za dobijanje validnih podataka koji mogu biti generalizovani neophodno planiranje i imaginativan dizajn. Takođe, planiranje i dizajn upitnika zavise od istraživačkog pitanja i cilja istraživanja. Upitnik može da sadrži otvorena i zatvorena pitanja. Otvorena pitanja dozvoljavaju da ispitanici daju odgovore na njih na način na koji žele. Pitanja otvorenog tipa mogu da povećaju opterećenje i odgovori moraju biti pojedinačno pregledani od strane istraživača pre kodiranja i analiza. Zatvorena pitanja podrazumevaju da ispitanici prave izbor između ponuđenih odgovora i odgovori na zatvorena pitanja su lakši za analiziranje. Kod zatvorenih pitanja, odgovor može biti međusobno isključiv ili postoji mogućnost da učesnik želi da izabere više od jedne opcije odgovora. Takođe, ova pitanja mogu da ograniče detalje informacija koje je potrebno sakupljati u odnosu na otvorena pitanja. Prilikom primene zatvorenih pitanja, neki odgovori mogu da zahtevaju minimalno objašnjenje, dok drugi, poput skaliranih pitanja, mogu da zahtevaju više detalja kako bi dobijanje validnog odgovora bilo osigurano. Da bi odgovor bio

informativniji, preporučuje se primena kvantitativne vrednosti unutar određenog opsega [192].

Odnosno, pitanja u upitniku se postavljaju u vidu stavki i odgovori na stavke mogu biti:

- otvorenog formata (stav ili mišljenje se iznose ukratko i u slobodnoj formi, obično se ostavlja prazna linija u upitniku),
- dihotomnog formata (odnosi se na da –ne pitanja),
- politomnog formata (podrazumeva pitanja sa višestrukim izborom),
- ordinalnog formata (podrazumeva različite skale za procenu).

Zatvorena pitanja su poželjna za merenje dihotomnih varijabli i omogućavaju istraživačima brzo dobijanje agregiranih podataka i bogatstvo potencijalnih odgovora je manje. Kod upitnika sa otvorenim pitanjima potrebno je dati prostor za odgovore, obično obeležen linijama. Upitnici sa ponuđenim odgovorima podrazumevaju i primenu određene skale procene (Bogardusove, Terstonove i Likertove skale).

Skala Likertovog tipa je u velikoj meri primenjivana za merenje stavova i mišljenja i kategorije u skali se kreću od potpuno negativnih do potpuno pozitivnih stavova [193], koristeći fiksne formate odgovora. Ispitanicima se može ponuditi izbor od pet do sedam ili čak devet odgovora. Takođe, među ponuđenim odgovorima se može naći i neutralna tačka, koja podrazumeva odgovor tipa „niti se slažem, niti se ne slažem” ili „nisam siguran/a”. Postoje različita mišljenja o tome da li treba ponuditi neutralnu tačku. Burns i Grove [194] smataju da, ukoliko ne postoji neutralna tačka, to navodi ispitanika da mora da izabere odgovor.

Istraživanja mogu biti sprovedena generisanjem i validacijom novog upitnika ili korišćenjem već postojećih upitnika. Boynton i Greenhalgh [192] navode da korišćenje prethodno validiranog upitnika nudi mnoge prednosti u odnosu na dizajniranje novog upitnika, uključujući uštedu vremena i resursa i omogućava upoređivanje vlastitih rezultata istraživanja sa rezultatima drugih istraživanja zasnovanih na istom upitniku koja su već publikovana. Prethodno validirani instrument dostupan u literaturi može biti korišćen i adaptiran od strane drugih istraživača za naknadna istraživanja. Takođe, da bi istraživač mogao da koristi upitnik neophodno je da dobije saglasnost od strane istraživača kreatora upitnika. Primena upitnika u drugom govornom području zahteva

prevođenje, adaptaciju i kulturološku adaptaciju i pre-testiranje. Takođe, moguće je razvijati upitnik za veći broj govornih područja. Kako bi upitnici bili ekvivalentni originalnoj verziji, ovaj proces mora biti povezan sa adekvatnim prevodom, kulturološkom adaptacijom i proverom metričkih osobina planiranih verzija [195,196]. Obezbeđivanje doslednosti prevoda i proveru ekvivalencije između originala i prevoda, predstavlja lingvistički, metrički i konceptni aspekt [197]. Uvek se kao prvi korak preporučuje pretraživanje literature sa ranije korišćenim validiranim upitnicima koji se mogu administrirati na sličan način uz korišćenje varijabli koje su od interesa prema hipotezi studije. Rezultati se mogu upoređivati u različitim studijama i kombinovati za meta-analizu. Takođe, treba proveriti da li je način administriranja sličan administranju originalnog upitnika [198].

Međutim, istraživači se često odlučuju za generisanje i validaciju novog upitnika. Prvi korak kod generisanja upitnika je definisanje koncepta, odnosno šta upitnik treba da procenjuje i selektovanje pitanja koja ulaze u sastav upitnika. Nakon toga sledi procena psihometrijskih osobina upitnika kao mernog instrumenta. Potrebno je biti siguran da se definisanim upitnikom zaista meri pojava koja je predmet istraživanja. Stavke upitnika mogu biti prikupljene pažljivim pretraživanjem literature, konsultacijama sa ekspertima, iz iskustva pripadnika targetirane populacije ili iz ličnog iskustva istraživača.

Prilikom kreiranja novog upitnika javlja se dilema koja pitanja treba uvrstiti u upitnik i prilikom selekcije pitanja potrebna je eksterna evaluacija. Jedan od načina da se to postigne je korišćenje Delfi i NGT ili kombinacija ove dve metode. Odnosno, prilikom dizajniranja upitnika potrebno je dostići odgovarajući nivo konsenzusa oko izbora pitanja od strane osoba koje su stručne za oblast koja se istražuje, što je prethodno detaljnije pojašnjeno. Takođe, način na koji su pitanja formulisana je od velike važnosti za kvalitet istraživanja i izbor pitanja može da bude veoma kritičan. Treba uzeti u obzir i prikladnost sadržaja, nivo sofisticiranosti jezika, vrstu i oblik pitanja, redosled i način na koji se traže podaci od ispitanika. Pitanja moraju biti jednostavna, jasna i lako razumljiva, uz korišćenje minimuma reči i prostora. Ne smeju biti tako formulisana da mogu biti tumačena od strane učesnika na različite načine. Jasnost upitnika ima direktan uticaj na podatke koji se prikupljaju. Dugotrajno ili zbunjujuće i dvosmisleno postavljanje pitanja može takođe da dovede do zbunjenosti učesnika i dobijanja odgovora koji možda nisu tačni ili potpuni [199]. Pored sadržaja, važni su izgled i stil

upitnika. Format, razmak, fontovi koji se koriste i grupisanje odgovora su veoma važne karakteristike upitnika, utiču na odgovore i vreme potrebno ispitaniku. Smatra se da je nizak stepen odgovora često uzrokovan nemogućnošću ispitanika da prati upitnik i pitanja moraju da budu kratka i precizna. Moraju biti adekvatno frazirana i jasna za targetiranu populaciju [192].

Formiranje upitnika ne znači da pitanja čine homogenu i funkcionalnu celinu u potpunosti i potrebno je uraditi validiranje. Streiner [200] navodi da ukoliko se kreira novi upitnik, on treba da bude pilot testiran i validiran da bi se procenilo da li omogućava da se meri ono bi trebalo da se meri u datom istraživanju i da li se to radi pouzdano. Najvažnije psihometrijske osobine upitnika ili skale kao istraživačkog instrumenta su validnost i pouzdanost i predstavljaju minimalne zahteve [201,202].

Validnost predstavlja sposobnost upitnika da meri ono za šta je dizajniran. Validirani upitnik pomaže prikupljanje podataka boljeg kvaliteta sa visokim stepenom uporedivosti koji povećavaju verodostojnost podataka i mora da ima sledeće karakteristike: (i) jednostavnost i održivost (ii) pouzdanost i preciznost reči (iii) adekvatan je za problem koji je namenjen merenju (iv) reflektuje osnovnu teoriju ili koncept koji treba izmeriti i (v) pogodan je za merenje promena [203]. Prema Devellis [204] postoje tri vrste validnosti: (i) validnost sadržaja (eng. *content validity*), (ii) validnost vezana za kriterijume (eng. *criterion - related validity*), i (iii) validnost konstrukcije (eng. *construct validity*)

Pouzdanost se karakteriše doslednošću ispitanika prilikom davanja odgovora i predstavlja stepen do koga je određeni upitnik/skala slobodan od greške merenja. Pouzdanost se odnosi na proveru preciznosti merenja, odnosno unutrašnje konzistentnosti i stabilnosti tokom vremena što se odnosi na reproduktibilnost [197,205]. Takođe, Jack i Clarke [206] navode da se pouzdanost odnosi na ponovljivost, stabilnost ili unutrašnju konzistentnost upitnika.

Postoji niz sredstava kojima se može utvrditi pouzdanost upitnika kao istraživačkog instrumenta. Jedan od najprihvaćenijih načina da se to postigne je primena Kronbahove statistike [207]. Ova statistika podrazumeva korišćenje „inter-item” korelacije kako bi utvrdila da li su sastavni elementi merili isti domen [150,206]. Ako stavke pokazuju dobru unutrašnju konzistentnost, Kronbah alfa bi trebao da ima vrednost veću od 0.70 za upitnik koji se razvija i vrednost veću od 0.8 za već primenjivan upitnik [150].

Vrednosti Kronbah alfa koeficijenta ispod 0.6 se smatraju neprihvatljivim, dok se implicirana pouzdanost smatra odličnom ukoliko je opseg Kronbah alfa koeficijenta 0.8-0.9 [204,207].

„Test-retest” koncept predstavlja pouzdanost koja podrazumeva stepen do kojeg će upitnik imati isti rezultat ako se ponovo administrira. Takođe, važna je i pouzdanost otkrivanja promene (eng. *responsiveness*) i osetljivost na promene (eng. *sensitivity to change*), koje prema Stevanoviću [197] predstavljaju sposobnost upitnika da detektuje nastalu promenu tokom vremena, bez obzira koliko je ona velika. On navodi da interpretabilnost skora dobijenog upitnikom predstavlja mogućnost da se taj skor protumači u odnosu na određeno realno stanje.

Takođe, upitnici moraju biti pilot testirani na određenom uzorku u cilju provere validnosti i pouzdanosti pre nego što budu poslani celom uzorku predviđenom za dato istraživanje [206]. Pilot studija je mala verzija glavne studije i testira različite komponente predložene glavne studije. [208]. Pretestiranje je veoma važno i pruža dragocene informacije o pitanjima vezanim za pouzdanost i validnost kroz identifikaciju potencijalnih problema pre prikupljanja podataka na većem uzorku. Upitnik treba da bude pretestiran na uzorku koji je sličan ciljanom uzorku studije. Svrha pilot testiranja je da osiguraju da su uputstva za popunjavanje upitnika jasna, da identifikuju i revidiraju zbunjujuća ili dvosmislena pitanja i za procenu vremena potrebnog za popunjavanje upitnika [209]. Odnosno, važni ciljevi pilot studija uključuju definisanje optimalne intervencije (na primer, učestalost i trajanje) i obezbeđivanje parametara koji omogućavaju preciznije procenjivanje veličine uzorka [210].

Tokom razvoja upitnika treba uzeti u obzir i način administriranja upitnika. Streiner [200] navodi da je važno da li će biti upitnik biti samoadministrirajući (eng. *self-administrated*) ili zasnovan na intervjuu, njegovom dizajnu i tokovima i treba da bude planiran u skladu s tim. Odnosno, postoje dva načina administriranja upitnika a) samoadministrirajući i b) anketar administriran upitnik.

Samoadministrirajući upitnici su često korišćena metoda u socijalnim i medicinskim istraživanjima i omogućavaju istraživanje ponašanja, uverenja i stavova među određenim populacijama. Ovakav način administriranja podrazumeva da ispitanik sam odgovara na pitanja u upitniku nakon distribuiranja upitnika, što je jeftiniji način koji ne zahteva posebno obučeno osoblje. Ovaj način je manje podložan pristranosti vezanoj za

prikupljanje informacija u odnosu na efekat primene anketar administriranog upitnika. Međutim, postoje veće šanse da se ne dobiju odgovori na sva pitanja kao i da postavljena pitanja ne mogu biti razjašnjena ukoliko postoji bilo kakva nedoumica kod ispitanika koji učestvuju u istraživanju. Glavne prednosti samoadministrirajućeg upitnika su u tome da se može postići velika veličina uzorka, može da se pokrije veće geografsko područje i zbog anonimnosti je pogodan za analizu osetljivih tema.

Ovaj upitnik može biti distribuiran putem pošte ili elektronski. Učesnici mogu da popune ovu vrstu upitnika u trenutku kada im to odgovara i tempom koji im odgovara. Međutim, glavni nedostatak ovog načina administriranja je niska stopa odgovora čak i nakon ponovljenih poruka za podsećanje učesnika.

Seebregts i sardanic [211] navode da elektronski i veb-bazirani upitnici, uključujući i podatke prikupljene preko pametnih telefona i mobilnih telefona, predstavljaju najnovije tehnike za administriranje upitnika. Međutim, elektronsko administriranje upitnika je ograničeno na one učesnike koji imaju pristup kompjuteru i internetu i ovo može biti uzrok potencijalne pristrasnosti i može da predstavlja ograničenje vezano za izbor učesnika u studiji.

U skladu sa ciljevima studije, neophodno je da upitnik sadrži i deo koji se odnosi na demografske podatke o učesnicima. To omogućava poređenje rezultata i generalizovanje rezultata na targetiranu populaciju. Takođe, posebno je važno učesnicima u istraživanju dati uvodno pismo ili informativni list. U uvodnom pismu treba navesti svrhu, cilj i razloge istraživanja. Pored navedenog, uvodno pismo treba da sadrži podatke o tome ko vrši istraživanje, kod samoadministrirajućih upitnika mora da bude navedeno uputstvo o načinu popunjavanja upitnika, kao i podaci koji se odnose na anonimnost. Moraju biti navedeni podaci koji se odnose na korišćenje i poverljivost rezultata, zajedno sa izjavom da je učešće u istraživanju dobrovoljno, da učesnik može prestati sa popunjavanjem upitnika u bilo kom trenutku i potrebno je navesti vreme potrebno za popunjavanje upitnika. Takođe, mogu biti navedeni relevantni kontakti za istraživanje. Na kraju upitnika treba izraziti zahvalnost na učestvovanju u istraživanju.

Kod anketar administriranog upitnika, anketar vrši intervjuisanje učesnika korišćenjem struktuiranog upitnika prilikom neposrednog kontakta ili putem telefona.

Iz svega navedenog se može zaključiti da je formiranje upitnika složen i zahtevan proces. Studija sprovedena primenom upitnika mora da ima adekvatan dizajn, jasno

postavljen cilj i koja će korišćenjem adekvatnog validiranog upitnika biti primenjena na određenom uzorku ispitanika.

Svi koraci u jednoj istraživačkoj studiji sprovedenoj korišćenjem upitnika su međusobno povezani i ukoliko neki od ovih koraka ne bude sproveden na adekvatan način ili čak bude izostavljen može dovesti do greške u proceni i pogrešnih rezultata.

Primena upitnika je korišćena u istraživanjima etike i etičkih problema u farmaceutskoj praksi [99-101].

Karakteristike učesnika i veličina uzorka u kvantitativnim i kvalitativnim istraživanjima

Izbor i veličina uzorka utiču na rezultate istraživanja i dve osnovne odlike dobrog uzorka su reprezentativnost i adekvatnost. Za uspešno sprovođenje istraživanja neophodno je odrediti kriterijume za selekciju učesnika u istraživanju. To podrazumeva određivanje ciljne grupe kojoj je instrument istraživanja namenjen, kao i određivanje demografskih karakteristika ispitanika u zavisnosti od toga koje rezultate želimo da dobijemo i u zavisnosti od toga šta je cilj studije (pol, godine starosti, dužina radnog staža, obrazovanje i dr.). Pod uzorkovanjem smatra način selekcije ispitanika za formiranje jednog ili više uzoraka ispitanika za određeno istraživanje. Osnovna tehnike uzorkovanja su s verovatnoćom (slučajni) i bez verovatnoće (neslučajni).

Vrste slučajnih uzorka su: prost slučajan uzorak, sistematski slučajan uzorak (izbor svakog n-tog člana populacije), stratifikovani uzorak (stratum - kategorije osobina po kojima se članovi populacije razlikuju, slučajan izbor se vrši u okviru svakog stratuma), klusterski (članovi populacije grupisani u hijerarhijski organizovane klustere - države, regioni, naselja idr.).

Namerni, odnosno neslučajni uzorci su: prigodni (bira se na osnovu pogodnosti i dostupnosti učesnika), svrsishodan (prema svrsi istraživanja - podrazumeva se uzorak učesnika koji najviše zanju o istraživanoj temi. Imaju najviše informacija ili imaju najviše iskustva) i kvotni (uzorak omogućava da različite podgrupe osnovnog skupa budu zastupljene u uzorku prema osobinama na način koji odredi istraživač).

Takođe, Marshall [111] navodi da je cilj selektovanja ispitanika u kvantitativnim istraživanjima dobijanje reprezentativnog uzorka za određenu populaciju kako bi se dobijeni rezultati mogli generalizovati na celu populaciju i zavisi od cilja studije. On navodi da je kod izbora učesnika, najprihvaćeniji metod randomizacije ili metod verovatnoće [111]. Kod randomizovanog selektovanja priroda populacije je definisana, ali svi imaju istu verovatnoću da budu selektovani. Stratifikovan randomizovan uzorak i area uzorkovanje su varijante randomizovanog uzorkovanja, koje omogućavaju detaljnije proučavanje odgovarajućih podgrupa [111]. Neslučajni uzorak nije konstruisan na osnovu teorije verovatnoće i neki članovi populacije imaju veću šansu da uđu u uzorak od drugih članova. Izbor učesnika zavisi od istraživača s tim da je reprezentativnost upitna.

Odgovarajuća veličina uzorka za kvalitativnu studiju je ona koja daje adekvatne odgovore na istraživačko pitanje. Takođe, Marshall [111] navodi da postoji tendencija u kvalitativnim istraživanjima za korišćenjem manjeg, svrsishodnog uzorka. U praksi, broj potrebnih učesnika obično postaje očigledan praćenjem napretka studije, kada nove kategorije, teme ili objašnjenja prestaju da se pojavljuju iz podataka i odgovora koje daju učesnici [111].

Veličina uzorka je određena optimalnim brojem potrebnim da omogući dobijanje validnih zaključaka. Optimalna veličina uzorka zavisi od parametara fenomena koji se proučava. Neki autori navode da veći uzorak čini rezultate pouzdanijim. Međutim, prema Marshallu [111], što je veći uzorak, manja je šansa slučajne greške uzorkovanja, ali s obzirom da je greška uzorkovanja obrnuto proporcionalna kvadratnom korenu veličine uzorka, obično se malo toga može dobiti iz veoma velikih uzoraka. Draugalis i Plaza [212] smatraju da pokrivenost, izbor uzorka i izostanak odgovora (*eng. nonresponse*) predstavljaju osnovne greške koje se mogu javiti prilikom sprovođenja studije i one moraju biti razmatrane pre početka prikupljanja podataka. Takođe, ovi autori navode da se greške u pokrivenosti uzorka odnose na slučaj kada okvir uzorkovanja ne uključuje sve elemente targetirane populacije za određenu studiju i da uzrok greške može biti i diskrapanca prilikom randomizovanog selektovanja između prave vrednosti populacije i statističke procene uzorka. Izostanak odgovora se javlja kada nisu dobijeni podaci od svih učesnika iz targetiranog uzorka. Fincham [213] navodi da je optimalan stepen odgovora između 50-60% ili veći zato što je pristrasnost

usled izostanka odgovora kod ovog stepena odgovora minimalna. Pored toga, izostanak odgovora može dovesti do pogrešnih rezultata, s obzirom da može biti posledica odluke da uopšte ne učestvuju u istraživanju ili uzrok može biti odbijanje učestvovanja u istraživanju u zavisnosti od teme istraživanja [212]. Bresee [209] smatra da se osnovni tipovi grešaka, koje se mogu javiti prilikom sprovođenja istraživanja, mogu podeliti u dve grupe: greške uzorkovanja i ostale greške koje nisu vezane za uzorkovanje.

Osnovni tipovi grešaka koji se odnose na proces uzorkovanja učesnika u istraživanjima, definicije i uzroci prikazani su u tabeli 6. Adekvatan uzorak čini rezultate pouzadanim, povećava validnost procene i daje veću mogućnost da se otkrije istina.

Tabela 6. Osnovni tipovi grešaka u procesu istraživanja vezanih za proces uzorkovanja, definicije i uzroci:

Tip greške	Definicija	Uzrok
Greška uzorkovanja	Greška koja se javlja kada uzorak istraživanja nije reprezentativan za populaciju koju treba proceniti	Neadekvatan izbor okvira za uzorkovanje
Ostale greške		
Greška merenja	Razlika između odgovora koji je zabeležio pojedinac i prave vrednosti	Nejasna pitanja; neadekvatna obuka anketara; neodgovarajući način anketiranja; neprecizan prevod (za ankete koje se administriraju na više jezika)
Greške prilikom obrade	Netačno kodiranje odgovora na anketu	Nedostatak rečnika podataka; neadekvatna obuka kodera; korišćenje multiplih kodera
Greška usled nepostojanja odgovora	Greška prouzrokovana nedostatkom odgovora na neka pitanja u upitniku (delimično nepostojanje odgovora) ili čitav upitnik (totalni neponovljivi odgovor)	Pitanja o potencijalno osetljivim temama; neadekvatan način administracije istraživanja za odabrani uzorak; loš dizajn upitnika; opterećenost odgovora (upitnik je predugačak i/ili previše složen)

Adaptirano prema referenci 209.

1.3.5. Mešoviti istraživački pristup

Mešoviti istraživački pristup, odnosno miks – metodsko istraživanje (eng. *Mixed-methods research*) predstavlja vrstu istraživanja u kome istraživač kombinuje kvalitativne i kvantitativne istraživačke tehnike, metode, pristupe, pojmove ili jezik. Može se definisati kao „prikupljanje ili analiza i kvantitativnih i kvalitativnih podataka u jednoj studiji u kojoj se podaci sakupljaju istovremeno ili sekvencijalno, imaju prioritet i uključuju integraciju podataka u jednu ili više faza u procesu istraživanja” [214]. Razvojem nauke istraživački problemi postaju kompleksniji i zahtevaju primenu obe metode, odnosno on navodi da primena samo jedne metode nije dovoljna [202]. Johnson i Onwuegbuzie [215] navode da je ključna karakteristika istraživanja mešovitih metoda njen metodološki pluralizam ili eklekticizam, što često dovodi do vrhunskog istraživanja u poređenju sa monometodnim istraživanjima. Creswell [202] smatra da su savremena istraživanja interdisciplinarna čime se dodatno potkrepljuje opravdanost kombinovanja ove dve metode. Cilj mešovitog istraživačkog pristupa nije zamena bilo koje od ove dve metode, već je cilj da se istaknu prednosti i smanje nedostaci pojedinačnih metoda. U vezi sa tim, Merton i Kendall [216] navode da je dihotomija između kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja lažna i da sve veći broj naučnika koristi kombinaciju ove dve metode koristeći njihove prednosti u istraživanjima.

Postoji više nacрта ovog kombinovanog istraživačkog pristupa koji se mogu razlikovati prema tome kojem metodološkom pristupu, kvantitativnom ili kvalitativnom daju prioritet, zatim, prema redosledu implementacije pristupa i prema fazi u kojoj dolazi do integracije podataka [202,217].

U poslednje dve decenije evidentan je porast istraživanja koja kombinuju kvalitativne i kvantitativne metode. U brojnim publikacijama razmatraju se filozofske pozicije, istraživački dizajni, postupci analize podataka dobijenih kombinacijom metoda, odnosno njihova integracija, strategije validacije, kao i obrazloženja za takve postupke [215,218-221].

Takođe, ovaj pristup se sve više primenjuje za proučavanje fenomena u oblastima kao što su zdravstvena zaštita, obrazovanje, socijalni rad, itd. Integracija kvantitativnih i kvalitativnih metoda omogućava dobijanje odgovora od suštinske važnosti i poslednjih

godina dosta je prihvaćena za proučavanje i iz oblasti farmacije [222-224], što otvara mogućnost primene u istraživanju etike i etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi.

2. CILJEVI

Na osnovu svega navedenog i razmatranja do sada objavljenih publikacija iz ove oblasti postavljeni su sledeći ciljevi istraživanja:

1. Istražiti etička pitanja koja se javljaju u uslovima javnih apoteka u Srbiji
2. Razviti i validirati instrument za procenu učestalosti i stepena problematičnosti etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi javnih apoteka u Srbiji
3. Istražiti stepen učestalosti i problematičnosti percipiranih etičkih pitanja koja su od posebnog značaja za profesionalni rad farmaceuta javnih apoteka u Srbiji primenom razvijenog i validiranog instrumenta
4. Istražiti profesionalne vrednosti i faktore koji utiču na formiranje i kompromitovanje etičkih i profesionalnih vrednosti farmaceuta u javnim apotekama u Srbiji

3. MATERIJALI I METODE

Prilikom izbora metodološkog pristupa, moraju biti razmatrane karakteristike i kvantitativnih i kvalitativnih metoda, njihove prednosti, nedostaci i razlike ili mogućnost kombinovanja ove dve metode, kako bi se izabranim pristupom dobili adekvatni odgovori na postavljena istraživačka pitanja.

S obzirom da istraživačko pitanje određuje metodologiju istraživanja, ovo naučno istraživanje je sprovedeno primenom kvalitativne i kvantitativne metode kako bi se iskoristile prednosti i izbegli nedostaci obe metode.

Predmet disertacije je istraživanje etičkih pitanja koja su od posebnog značaja za farmaceutsku praksu, stepena njihove težine i učestalosti uz korišćenje originalnog instrumenta koji je razvijen kroz multifazni proces. Naučno istraživanje je zasnovano na multidisciplinarnom pristupu razvoju, validaciji i primeni instrumenta istraživanja i analizu etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi.

Predmet prve faze prve studije istraživanja je identifikacija etičkih pitanja koja je predstavljala osnov za inicijalnu (prvu) verziju instrumenta (skale). Druga faza prve studije ovog naučnog istraživanja predstavlja izradu i validaciju instrumenta (skale) za procenu učestalosti i stepena težine situacija u kojima se javljaju etička pitanja u radu farmaceuta u javnim apotekama, odnosno na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Dalje, predmet naučnog istraživanja se odnosi na analizu rezultata dobijenih primenom validiranog instrumenta (skale), što je sprovedeno u drugoj studiji. Analiza rezultata druge studije uključila je percepciju nivoa težine i učestalosti kroz samoprocenu, kao i analizu vrste etičkih pitanja koji se javljaju u radu farmaceuta.

Poseban deo naučnog istraživanja, koji predstavlja treću studiju, bio je posvećen istraživanju profesionalnih vrednosti i faktora koji utiču na kompromitovanje profesionalnih vrednosti u populaciji farmaceuta javnih apoteka Srbije.

3.1. Studija 1 - Generisanje i validacija instrumenta istraživanja za procenu učestalosti i stepena težine etičkih pitanja u radu farmaceuta u javnim apotekama

Za postizanje prva dva cilja sprovedena je prva istraživačka studija (studija 1) u dve faze (pre-validaciona i validaciona faza). U prvoj, pre-validacionoj fazi izvršeno je generisanje inicijalnog instrumenta tako što su identifikovana etička pitanja i konstruisan je inicijalni instrument za procenu ovih pitanja, a u drugoj fazi dobijeni instrument je validiran [225]. Istraživanje je sprovedeno na uzorku farmaceuta koji obavljaju zdravstvenu delatnost u javnim apotekama, odnosno uključilo je apoteke iz Plana mreže zdravstvenih ustanova Srbije.

Generisanje inicijalnog instrumenta

Metode prve (pre-validacione) faze uključuju metode korišćene za generisanje inicijalnog instrumenta, i to: sistemski pregled literature, polustrukturirani intervju „licem u lice” i konstrukciju inicijalnog instrumenta.

Sistematskim pregledom literature, pretragom po ključnim rečima, je omogućena identifikacija situacija iz svakodnevnog rada farmaceuta koje u sebi sadrže etička pitanja, a što je iskorišćeno za formulisanje pitanja za vođenje intervjua. Deskriptivno istraživanje primenom polustrukturiranog intervjua „licem u lice” je kvalitativni metodološki pristup koji je primenjen da bi se identifikovale etički problematične situacije koje se javljaju u svakodnevnom radu farmaceuta javnih apoteka u Srbiji [116,150]. Polustrukturirani intervju je pogodan metod za istraživanje stavova i mišljenja ispitanika u slučajevima kada je potrebno dobiti mnoštvo dubljih i preciznih informacija, s obzirom da omogućava intervjueru da razgovor vodi opušteno, da prilagođava tok razgovora odgovorima ispitanika, da postavlja potpitanja na izjave, odnosno obraća pažnju na verbalne i neverbalne znakove.

Za vođenje intervjua „licem u lice” primenom polustrukturiranog upitnika [116,150] bio je kreiran protokol, što podrazumeva definisanje mesta, vremena za vođenje intervjua, formiranje polustrukturiranog upitnika, planiranje snimanja i beleženja intervjua, i kreiranje izjave o saglasnosti farmaceuta za učešće u istraživanju. Protokol je dizajniran

tako da podstiče farmaceute da diskutuju etički problematične situacije iz svog profesionalnog rada omogućavajući im da ih određenije navode i opisuju. Intervjuisanim farmaceutima su postavljena tri glavna pitanja:

1. Šta doživljavate kao etičko pitanje u svom svakodnevnom radu s pacijentima?
2. Da li možete da opišete etičko pitanje s kojim ste se susreli tokom svog rada?
3. Da li možete da se priselite kada ste se poslednji put susreli sa etičkim pitanjem u svom profesionalnom radu?

Za ovaj deo naučnog istraživanja intervjui su vođeni sa farmaceutima zaposlenim u Apoteci Subotica koja je u Planu mreže zdravstvenih ustanova Srbije. Za sprovođenje ovog dela prve studije dobijeno je odobrenje Etičkog odbora Apoteke Subotica (No II-03/892, 23/ 03/2011). Učesnici su randomizovano selektovani iz baze podataka zaposlenih.

Prema protokolu, svi učesnici su kontaktirani od strane glavnog istraživača i obavešteni o učešću u studiji, važnosti istraživanja i ciljevima studije. Nakon toga, farmaceuti su kontaktirani telefonom kako bi u potpunosti bio dogovoren intervju „licem u lice”. Svi učesnici su potpisali informisani pristanak za učešće u intervjuiima. Takođe, intervjui su uz dozvolu učesnika snimani i u potpunosti transkribovani. Intervjuisanje učesnika u istraživanju je sprovedeno uz poštovanje principa anonimnosti, dobrovoljnosti za učestvovanje i informisanosti učesnika o svrsi i ciljevima istraživanja. Veličina uzorka je određena teoretskom saturacijom, kada više nije bilo novih tema koje bi proisticale iz intervjua [226]. Transkribovani intervjui su analizirani metodom tematskog okvira od strane dva učesnika istraživačkog tima [119,133]. Metoda tematskog okvira je tehnika analize sadržaja teksta dobijenog putem intervjua, kada je iz rezultata potrebno definisati teme, kategorije tema ili pojmove. Etička pitanja identifikovana kroz analizu intervjua predstavljaju stavke koje su iskorišćene za konstrukciju sadržaja i formata instrumenta.

Definisanje sadržaja i formata instrumenta

U drugoj fazi prve studije, namenski kreirani inicijalni instrument je primenom kombinacije dve metode grupnog odlučivanja, Delfi metode i metode nominalne grupe razmatran i revidiran kako bi se postigla validnost sadržaja instrumenta [142,150]. Delfi metoda je pogodna za prikupljanje podataka od izolovanih ispitanika unutar određenog domena ekspertize i dizajnirana je da postigne konsenzus mišljenja i podrazumeva jednu ili više iteracija. Učesnici daju odgovore i/ili komentare u pisanoj formi, obično putem pošte ili e-pošte. To sprečava da učesnici sa određenom reputacijom i autoritetom dominiraju nad drugim učesnicima [227,228]. Metoda nominalne grupe je visoko kontrolisan i strukturiran proces za prikupljanje informacija od relevantnih stručnjaka o datom istraživačkom pitanju. Ovaj metod podrazumeva razmenu ideja, grupnu diskusiju, glasanje i rangiranje [105,148]. Kombinacija Delfi metode i metode nominalne grupe (poznatije pod nazivom metoda panela eksperata) je pogodna za oblasti gde postoji nedostatak empirijskih podataka, odnosno pogodna je u fazama konstrukcije instrumenata kako bi se sproveda validacija sadržaja, koja mora biti praćena procenom psihometrijskih karakteristika generisanog instrumenta. Kombinovana primena ove dve metode omogućava učesnicima da iznesu svoje ideje i mišljenja nezavisno, a da zatim grupna diskusija doprinese generisanju većeg broja ideja.

Učesnici u ovom delu istraživanja su izabrani s ciljem da reprezentuju farmaceute javnih apoteka na primarnom nivou zdravstvene zaštite, akademske zajednice, relevantnih farmaceutskih organizacija i pacijenata (ukupno 11 članova - 5 farmaceuta javnih apoteka, 1 lekar, 2 predstavnika farmaceutskih organizacija, 1 predstavnik Farmaceutskog fakulteta, 1 pacijent i 1 ekspert iz oblasti etike). Svi učesnici su dobili kratak uvod u studiju i inicijalni instrument putem e-maila. Učesnici su davali pisane povratne informacije i procenjivali relevantnost svake etički problematične situacije za farmaceutsku praksu iz inicijalnog upitnika primenom Delfi metode. Odgovori su prikupljeni i analizirani. Nakon toga, razmatran je značaj svake stavke za farmaceutsku praksu primenom metode panela eksperata, sve do postizanja konsenzusa. Istraživač je učesnicima izneo rezultate prvog dela istraživanja i rezultate Delfi metode.

Tokom panela eksperata, razmatran je značaj svake stavke za farmaceutsku praksu od strane svih učesnika panela sve do postizanja konsenzusa. Stavke iz inicijalnog upitnika su smatrane neodgovarajućim u sledećim slučajevima: ako tekst stavke nije precizan; ako je stavka bila zbunjujuća ili pogrešna; ili ako nije prihvaćena kao relevantna za rad farmaceuta od strane učesnika panela eksperata. Takođe, tokom panela eksperata je procenjivano koliko su ta pitanja iz inicijalnog instrumenta adekvatno verbalizovana. Članovi ekspert panela su dali sugestije za njihovu modifikaciju, a nakon analize sugestija učesnika ove faze istraživanja, gramatičkih i jezičkih korekcija, usvojena verzija inicijalnog instrumenta.

Instrument je pre procesa validacije revidiran od strane dva eksperta iz oblasti etike koji nisu bili članovi panela eksperata, nakon čega je ponovo poslat putem e-maila učesnicima ekspert panela na odobrenje. Proces konstruisanja upitnika uključivao je i pre-testiranje revidiranog istraživačkog instrumenta od strane 15 farmaceuta radi provere i postizanja dodatne jasnoće i testiranja čitljivosti (ovih 15 ispitanika nisu bili uključeni u dalji tok istraživanja). Nakon pre-testiranja usvojena je revidirana verzija inicijalnog instrumenta koji ima formu skale, odnosno ima dve subskale, skalu za procenu učestalosti i skalu za procenu stepena težine etičkih pitanja sa 16 identičnih stavki. Struktura inicijalnog instrumenta ima i dva dodatna segmenta. Prvi segment instrumenta se odnosi na opšte informacije o ispitanicima i uključivao je njihove sociodemografske podatke i informacije o obrazovanju i profesionalnom angažovanju. Drugi segment instrumenta se odnosi na pitanja vezana za kompromitovanje etičkih vrednosti, pitanja koja se odnose na zastupljenost etičkih problema u farmaceutskoj praksi u apoteci i pitanja vezana za poznavanje sadržaja Etičkog kodeksa i njegovu korisnost u rešavanju etičkih problema u praksi u apoteci.

Validacija instrumenta

Sprovedena je multicentrična studija preseka u kojoj su učestvovali farmaceuti iz pet zdravstvenih ustanova apoteka iz plana mreže zdravstvenih ustanova. Učešće u istraživanju ponuđeno je svim farmaceutima iz ovih apoteka, a minimalna veličina uzorka određena je na 160 farmaceuta, jer je za eksplorativnu analizu korišćen

kriterijum da je 10 ispitanika po stavci svake skale dovoljan [229]. Veličina uzorka, neophodna za otkrivanje razlika u usaglašenosti farmaceuta (nakon ponovnog popunjavanja instrumenta), morala je biti najmanje 50 [221]. Analiza pouzdanosti revidiranog inicijalnog instrumenta obuhvatila je reproduktibilnost skale. Test- retest pouzdanost utvrđena je kao interklasni koeficijent korelacije (eng. *interclass correlation coefficient* - ICC) i od farmaceuta iz jednog lanca apoteka, koji je bio uključen u studiju validacije, zatraženo je da ponovo popune instrument (nakon perioda od 4-nedelje), kako bi se testirala reproduktibilnost instrumenta [230]. Interna konzistentnost je procenjena korišćenjem Kronbah alfa koeficijenta [207]. Pored toga, interna konzistentnost instrumenta je testirana nakon isključivanja svake stavke skale [207,229]. Ova, validaciona faza prve studije odobrena je od strane Etičkog odbora Farmaceutске komore Srbije (687 / 2-3, 18. oktobar 2011. godine). Statistička analiza u ovoj fazi prve studije izvršena je korišćenjem Microsoft Office 2003 i Statističkog paketa za društvene nauke (SPSS) verzija 18. Proverom psihometrijskih karakteristika instrumenta utvrđena je validnost instrumenta koji će biti korišćen za sledeću kvantitativnu fazu istraživanja.

3.2. Studija 2 - Primena validiranog instrumenta na populaciji farmaceuta javnih apoteka u Srbiji

Za postizanje trećeg postavljenog cilja, sprovedena je kvantitativna multicentrična studija preseka primenom originalno razvijenog, namenski kreiranog, validiranog instrumenta - Ethical Issue Scale for Community Pharmacy Setting (EISP) [231,232].

Pozivno pismo, informisani pristanak i validirani instrument su poslani poštom svim farmaceutima sa najmanje 1 godinom radnog staža zaposlenim u randomizovano selektovanim zdravstvenim ustanovama tipa apoteka (lanci apoteka) sa primarnog nivoa zdravstvene zaštite, koje su u planu mreže zdravstvenih ustanova i nalaze se u bazi podataka Instituta za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“ (ukupno 23 lanca apoteka).

Od farmaceuta je bilo zatraženo da razmotre i procene stepen problematičnosti ovih 16 različitih scenarija zasnovanih na etičkim pitanjima. Raspon odgovora za procenu učestalosti i stepena težine etičkih pitanja, ocenjen je navedenom petostepenom skalom Likert tipa. U proseku je učesnicima trebalo oko 12 minuta da završe popunjavanje skale. Za uključivanje u ovu studiju učesnici su trebali biti registrovani i licencirani farmaceuti koji rade u javnim apotekama u Srbiji. Svi farmaceuti su dobrovoljno prihvatili da učestvuju i dali su pisanu saglasnost pre učešća u studiji.

Odobrenje za drugu studiju ovog istraživanja je dobijeno od Etičkog odbora Farmaceutске komore Srbije (687 / 2-3, 18. oktobar 2011. godine).

Analiza podataka uključivala je deskriptivnu statistiku, analizu interne konzistentnosti instrumenta i korelacionu analizu. Srednje vrednosti procenjene problematičnosti i učestalosti etičkih problema od strane farmaceuta upoređene su pomoću ANOVA (post-hoc Tukey HSD test) prema različitim starosnim grupama farmaceuta (između 20-29, 30-39, 40-49 i > 50 godina starosti) i različitim godinama radnog iskustva (između 0-4, 5-15 i > 15 godina radnog iskustva). Statističke analize izvršene su korišćenjem SPSS verzija 22. Korišćen je Pearsonov koeficijent korelacije s ciljem da se odredi snaga odnosa između uzrasta i percepcije farmaceuta o teškoćama etičkih problema.

Na slici 3. je prikazan postupak metode rada u dve studije koje se odnose na prevalidacionu i validacionu fazu i fazu primene validiranog instrumenta.



Slika 3. Grafički prikaz metodologije Studije 1 i Studije 2

3.3. Studija 3 - Istraživanje vrednosti farmaceuta primenom polustruktuiranog intervjua

Za postizanje četvrtog postavljenog cilja sprovedena je treća istraživačka studija koja predstavlja kvalitativno istraživanje primenom kvalitativnog intervjua (polustruktuirani intervjua) za dobijanje podataka o profesionalnim vrednostima važnim za rad farmaceuta sa pacijentima na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Uzimajući u obzir značaj kvaliteta rada farmaceuta prilikom pružanja zdravstvene usluge, sprovedeno je istraživanje čiji je cilj definisanje i mapiranje profesionalnih vrednosti farmaceuta.

Ova studija predstavlja kvalitativni pristup korišćenjem metode polustruktuiranog intervjua „licem u lice“ [116,150] koje je vodio obučeni istraživač prema unapred definisanom, standardizovanom protokolu. Razvijen je protokol intervjua s ciljem da se identifikuju profesionalne vrednosti farmaceuta i da se farmaceuti ohrabre da diskutuju

o vrednostima značajnim za svakodnevnu praksu u javnim apotekama [232]. Farmaceutima su bila postavljena sledeća pitanja:

1. Koje su prema Vašem mišljenju vaše profesionalne vrednosti?
1. Koje su prema Vašem mišljenju Vaše lične vrednosti?
2. Koje vrednosti smatrate da su važne u farmaceutskoj profesiji?
3. Koji su osnovni razlozi kompromitovanja Vaših vrednosti?
4. Koji su osnovni razlozi zbog kojih ste se odlučili za studije farmacije?
5. Šta je uticalo na formiranje Vaših vrednosti?

Pitanja su dizajnirana da zadovolje ciljeve studije olakšavajući istraživanje stavova farmaceuta o profesionalnim vrednostima farmaceuta.

Intervjui su vođeni sa 24 farmaceuta zaposlenih u javnim apotekama iz različitih delova Srbije. Učesnici su randomizovano selektovani iz baze podataka svih zaposlenih farmaceuta. Veličina uzorka farmaceuta za vođenje intervjuja određena je teoretskom saturacijom kada više nije bilo dodatnih tema koje su proisticale iz intervjuja [226]. Farmaceuti su kontaktirani uvodnim pismom kojim je objašnjen razlog njihovog učešća u studiji i ciljevi studije. Nakon toga, svaki farmaceut je kontaktiran telefonom kako bi bio organizovan intervju „licem u lice”. Farmaceuti su potpisali informisanu saglasnost za učestvovanje u studiji. Intervjui su snimljeni i u potpunosti transkribovani. Anonimnost je garantovana svim farmaceutima. Svi intervjui analizirani su korišćenjem tehnike analize okvira [119,133].

Teme su identifikovane od strane primarnog istraživača i nezavisno potvrđene od strane drugih istraživača. Za sprovođenje treće studije istraživanja dobijeno je odobrenje od strane Etičkog odbora Farmaceutskog fakulteta Univerziteta u Beogradu (broj 1709/2), a studija je sprovedena od septembra 2016. do decembra 2018.

Rezultati istraživanja su značajni za razumevanje profesionalnih vrednosti farmaceuta kao i za razumevanje vrednosti kojima se oni rukovode u radu.

4. REZULTATI

4.1. Studija 1 - Demografske karakteristike uzorka i rezultati generisanja i validacije instrumenta istraživanja-EISP-a

U proces identifikacije etički problematičnih situacija primenom polustrukturiranog intervjua bila su uključena 14 farmaceuta. Intervjui su trajali u proseku 40 minuta, u zavisnosti koliko je farmaceut bio govorljiv. Identifikovan je 31 scenario koji u sebi sadrži etička pitanja važna za rad farmaceuta u javnim apotekama Srbije.

Tokom sastanka panela eksperata, 11 članova i glavni istraživač sprovedli su validaciju sadržaja 31 identifikovane stavke. Neke stavke (ukupno 15) su bile identifikovane kao neadekvatne i postignut je konsenzus za 16 stavki koje predstavljaju scenarije zasnovane na etičkim pitanjima koja se smatraju važnim za farmaceutsku praksu. Svih 15 farmaceuta koji su naknadno razmatrali 16 stavki novog instrumenta naveli su da su navedene stavke relevantne za farmaceutsku praksu. Takođe, oni su ukazali da su sve stavke jasno definisane i razumljive. Istraživački instrument - EISP, koji na osnovu odluke panela eksperata ima formu skale, bio je poslat randomizovano selektovanim farmaceutima (ukupno 247 farmaceuta) poštom i vraćeno je 185 potpunih instrumenata (stopa odgovora 74.89%). Četrnaest farmaceuta nije pravilno ispunilo instrument - EISP u studiji validacije, tako da su analizirani rezultati 171 potpuno ispunjenog instrumenta istraživanja. Većina ispitanika je bila ženskog pola (92.40%), a prosečna vrednost radnog staža za sve učesnike bila je 15.47 ± 10.46 godina, dok je prosečna starost učesnika bila 42.26 ± 10.31 godina. U tabeli 7. prikazane su sociodemografske karakteristike farmaceuta koji su učestvovali u ovoj studiji.

Tabela 7. Struktura uzorka-Sociodemografske karakteristike ispitanika (farmaceuta koji su učestvovali u procesu validacije instrumenta):

	Farmaceuti (N=171)
Starost (godine, $\bar{x} \pm SD$)	42.26 (10.31)
Radno iskustvo (godine, $\bar{x} \pm SD$)	15.47 (10.46)
Pol (N, (%))	
Muškarci	13 (7.60)
Žene	158 (92.40)
Poslediplomske studije (N, (%))	
Da (završene)	31 (18.10)
Da (u toku)	4 (2.30)
Ne	136 (79.50)
Broj farmaceuta po apoteci ($\bar{x} \pm SD$)	4.01 (2.77)
Lokacija apoteka (broj farmaceuta N, (%))	
Ruralne	19 (11.10)
Prigradske	11 (6.40)
Gradske	141 (82.50)

Vrednost Kronbah alfa koeficijenta koja se odnosi na deo instrumenta koji ispituje stepen težine etičkih pitanja bila je 0.83 (opseg nakon svake stavke isključene iz skale iznosio je: 0.857-0.867), a za deo instrumenta koji se odnosi na učestalost etičkih pitanja bio je 0.84 (opseg nakon svake stavke isključene iz skale iznosio je: 0.857-0.863) (Tabela 8). Visoke vrednosti Kronbah alfa koeficijenata ukazivale su da su sva pitanja u oba dela skale usko povezana i da su formirala homogene jedinice koje mere dva jedinstvena koncepta (stepen težine i učestalost etičkih pitanja). Većina etičkih scenarija imala su koeficijent korelacije preko 0.2 (većina od njih preko 0.4), osim etičkog pitanja broj16: „Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta” koja je imala $r = 0.152$ (tabela 8). Sve ostale stavke bile su u korelaciji sa ukupnim rezultatom. Test-retest pouzdanost za oba dela instrumenta bila je zadovoljavajuća sa vrednostima interklasnog koeficijenta korelacije iznad 0.6 (deo instrumenta koji je ispitivao stepen težine etičkih pitanja $ICC = 0.809$ i deo instrumenta koji je ispitivao učestalost etičkih pitanja $ICC = 0.929$) koji su sugerisali da su farmaceuti odgovorili na pitanja na sličan način oba puta (na početku i nakon 4 nedelje)

[233]. U tabeli 8. prikazani su rezultati statističke analize karakteristika instrumenta – EISP-a.

Tabela 8. Rezultati statističke analize karakteristika instrumenta – EISP-a:

Etička pitanja u farmaceutskoj praksi	Kronbah alfa koeficijent kod isključivanja pitanja iz skale		Pitanje- Ukupna korelacija (%)		Interklasni koeficijent korelacije (n=27) (ICC)	
	Stepen težine etičkih pitanja	Učestalost etičkih pitanja	Stepen težine etičkih pitanja	Učestalost etičkih pitanja	Stepen težine etičkih pitanja	Učestalost etičkih pitanja
1.Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	0.860	0.858	0.397	0.459		
2.Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	0.858	0.861	0.479	0.345		
3.Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priusti neophodnu terapiju	0.858	0.859	0.463	0.424		
4.Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji mogućnost da pacijentu bude izdat lek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	0.857	0.857	0.502	0.497		
5.Situacija kada pacijentu treba izdati generički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti i biološkoj ekvivalenciji leka	0.862	0.859	0.307	0.430		
6.Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	0.859	0.863	0.420	0.233		
7.Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	0.859	0.861	0.430	0.357		
8.Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	0.861	0.859	0.347	0.473		
9.Situacija u kojoj se tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za recepturom, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme	0.859	0.863	0.436	0.307		
10.Situacija u kojoj farmaceut treba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	0.860	0.858	0.373	0.445		
11.Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon	0.865	0.860	0.215	0.370		
12.Situacija kada je farmaceut pod uticajem/pritisikom dnevne zarade apoteke	0.858	0.861	0.461	0.338		
13.Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije.	0.862	0.862	0.298	0.278		
14.Situacija kada farmaceut treba da prodava marketinški promovisan dijetetski suplement	0.858	0.860	0.444	0.383		
15.Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobiti pacijenta	0.861	0.861	0.332	0.419		
16.Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobiti pacijenta	0.867	0.860	0.152	0.445		
Ukupno					0.809 (0.689-0.899)	0.929 (0.884-0.962)

Analiza pregledne validnosti (eng. *face validity*) i sadržajne validnosti (eng. *content validity*) je postignuta u fazi primene Delfi metode i metode panela eksperata.

Prema rezultatima prikazanim u tabeli 8., instrument - EISP je pokazao zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike.

4.2. Studija 2 - Demografske karakteristike uzorka i rezultati primene validiranog instrumenta – EISP -a na populaciji farmaceuta javnih apoteka u Srbiji

Pozivno pismo, informisani pristanak i validirani instrument - EISP su poslani poštom svim farmaceutima sa najmanje 1 godinom radnog staža (ukupno 879 farmaceuta) koji su bili zaposleni u 23 randomizovano selektovana lanca apoteka sa primarnog nivoa zdravstvene zaštite, koji se nalaze u planu mreže zdravstvenih ustanova i nalaze se u bazi podataka Instituta za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut”.

U istraživanju je pristalo da učestvuje 735 farmaceuta (stopa odgovora 83.62%), ali 54 farmaceuta nije pravilno i potpuno ispunilo instrument - EISP, tako da su analizirani rezultati 690 potpuno popunjenih instrumenata (78.49%) [212].

Većina ispitanika je bilo ženskog pola (94.06%), a prosečan broj godina radnog iskustva učesnika bio je 15.17 ± 10.04 godina. Primenom instrumenta – EISP-a su sakupljene i demografske karakteristike ispitanika i pitanja kojima se procenjuju faktori koji u najvećoj meri utiču na etičnost učesnika, razlozi za kompromitovanje etičkih vrednosti, faktori koji najviše brinu farmaceute kod kompromitovanja etičkih vrednosti i kome se obraćaju za savet prilikom rešavanja etičkih pitanja. Takođe, od farmaceuta bilo je zatraženo da navedu kada su se poslednji put susreli sa etičkim pitanjem u svom radu i bila su im postavljena pitanja vezana za Etički kodeks farmaceuta.

Glavne sociodemografske karakteristike učesnika u ovom delu istraživanja predstavljene su u tabeli 9.

U delu instrumenta koji se odnosi na procenu stepena težine i učestalosti etičkih pitanja u radu farmaceuta korišćena je navedena petostepena Likert-ova skala.

Tabela 9. Struktura uzorka-Sociodemografske karakteristike ispitanika (farmaceuta javnih apoteka koji su učestvovali u proceni stepena težine i učestalosti etičkih pitanja):

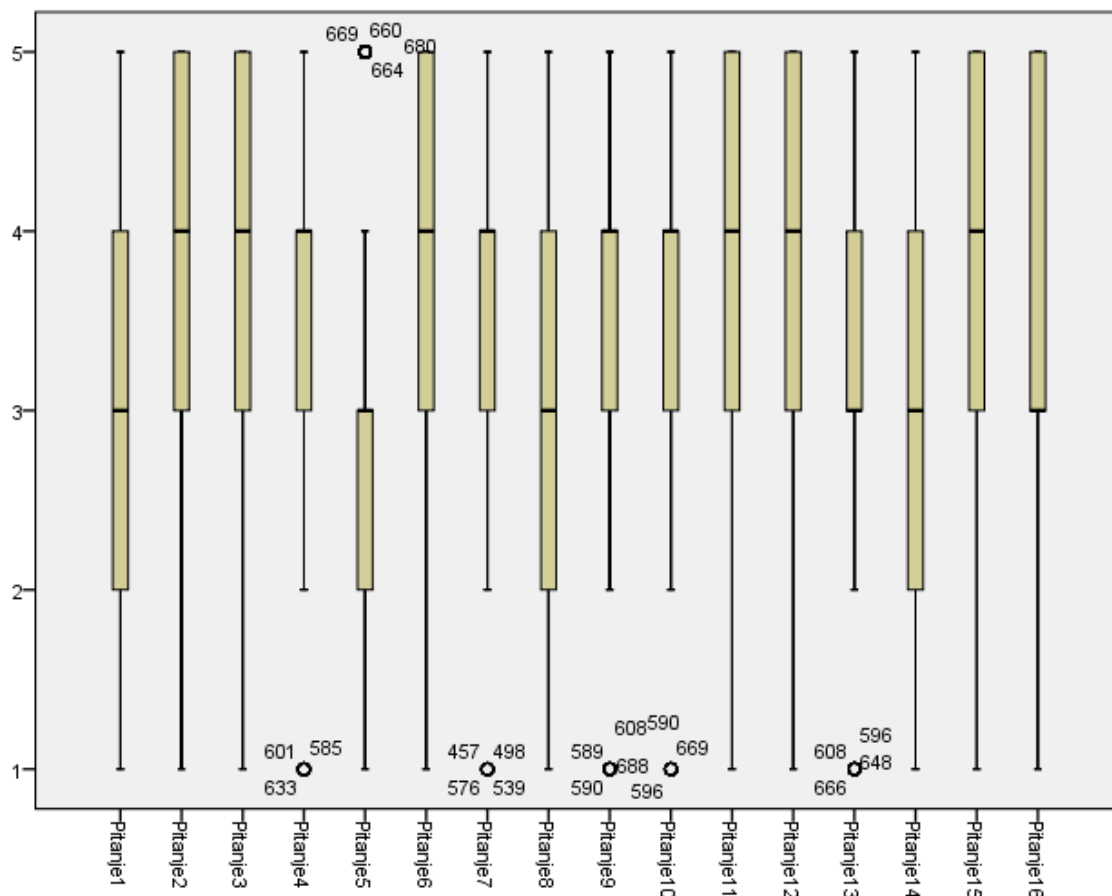
	Farmaceuti (N= 690)
Starost (godine, $\bar{x} \pm SD$)	42.36 \pm 9.45
Radno iskustvo (godine, $\bar{x} \pm SD$)	15.17 \pm 10.04
Pol (N (%))	
Muškarci	41 (5.94)
Žene	649 (94.06)
Poslediplomske studije (N (%))	
Da (završene)	99 (14.35)
Da (u toku)	27 (3.91)
Ne	564 (81.74)
Broj farmaceuta po apoteci ($\bar{x} \pm SD$)	4.65 \pm 3.26
Lokacija apoteka (broj farmaceuta N, (%))	
Ruralne	60 (8.70)
Prigradske	65 (9.42)
Gradske	565 (81.88)

Pouzdanost podskale za procenu stepena težine rađena na ovom uzorku ispitanika pokazala se kao visoka, a Kronbah alfa koeficijent bio je 0.85, analiza pouzdanosti za podskalu kojom se određuje učestalost Kronbah alfa koeficijent iznosila je 0.86 [207]. Slika 3. i 4. daju grafički prikaz statističke serije koja se odnosi na 16 scenarija vezanih za stepen težine i učestalosti etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a.

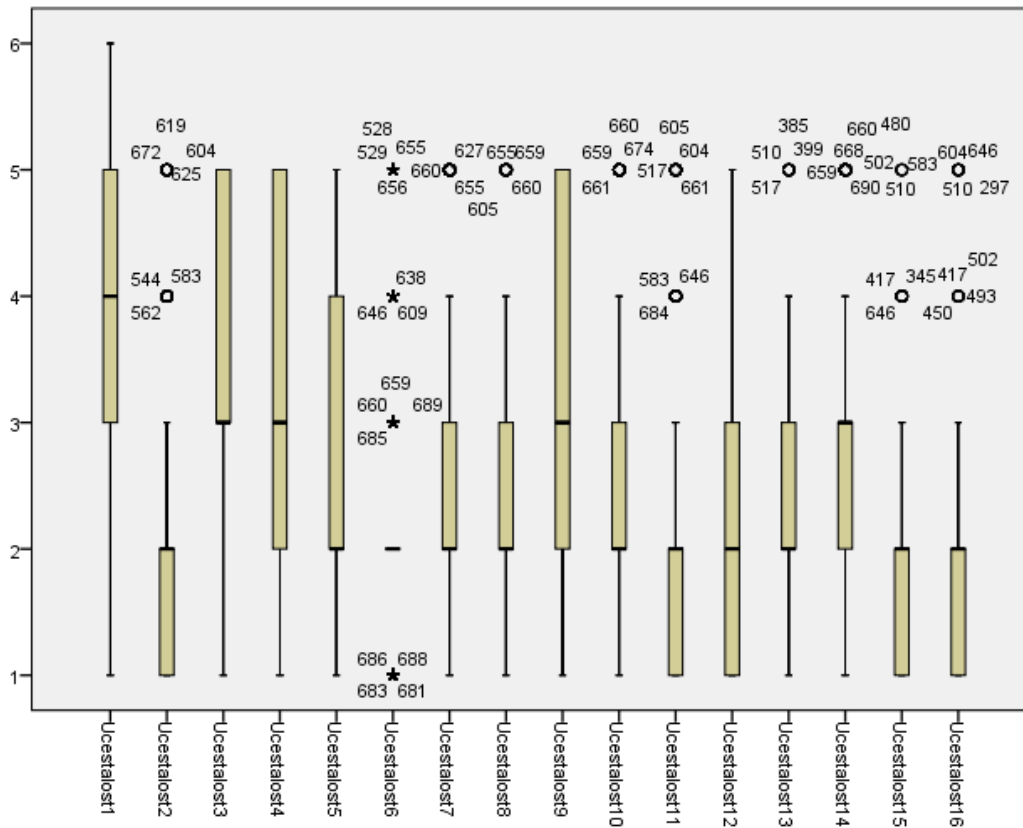
Dva pitanja koja je više od 40% ispitivanih farmaceuta procenilo kao izuzetno problematična su:

„Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim” ($\bar{x} = 4.01$ i 298 farmaceuta ovo pitanje su percipirali kao izuzetno problematično) i pitanje: **„Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon“** ($\bar{x} = 4.00$ i 307 farmaceuta je ovo pitanje ocenilo kao izuzetno problematično).

Takođe, etička pitanja koja su procenjena kao najfrekventnija su: „**Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu**“ ($\bar{x} = 3.84$ i 334 farmaceuta su procenila da se ovo pitanje javlja svakodnevno) i „**Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priusti neophodnu terapiju**“ ($\bar{x} = 3.73$ i 269 farmaceuta je procenilo da se ovo pitanje svakodnevno u njihovom radu).



Slika 3. Grafički prikaz statističke serije koja se odnosi na 16 scenarija vezanih za stepen težine etičkih pitanja

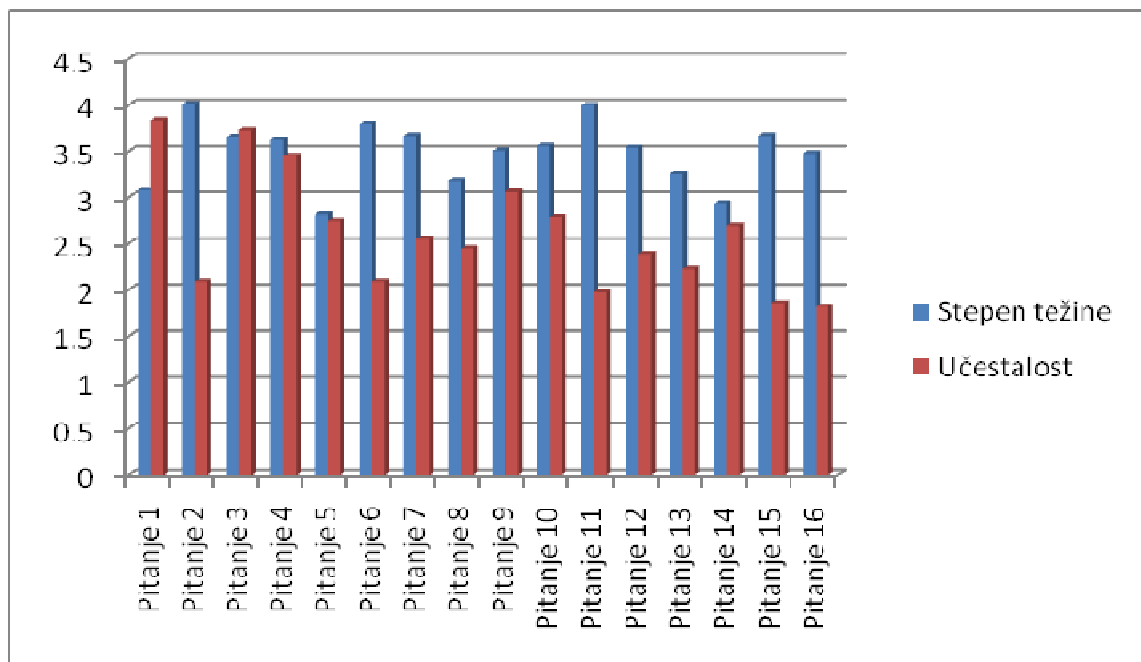


Slika 4. Grafički prikaz statističke serije koja se odnosi na 16 scenarija vezanih za učestalost etičkih pitanja.

Na slici 5. dat je prikaz percepcije farmaceuta o stepenu težine i učestalosti etičkih pitanja.

Procena farmaceuta o percepciji stepena težine za 16 etičkih pitanja iz instrumenta prema starosnim grupama i radnom iskustvu učesnika prikazana je u tabeli 10 i tabeli 11.

Procena farmaceuta o percepciji stepena učestalosti za 16 etičkih pitanja iz instrumenta prema starosnim grupama i radnom iskustvu prikazana je u tabeli 12 i tabeli 13.



Slika 5. Percepcija farmaceuta o stepenu težine i učestalosti etičkih pitanja iz instrumenta - EISP-a

Tabela 10. Procena stepena težine etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a prema starosnim grupama farmaceuta:

Etičko pitanje	Ukupno	Rezultati prema godinama starosti ($\bar{x} \pm SD$)				F
	($\bar{x} \pm SD$)	20-29 god. ($\bar{x} \pm SD$)	30-39 god ($\bar{x} \pm SD$)	40-49 god ($\bar{x} \pm SD$)	> 50 god ($\bar{x} \pm SD$)	
1. Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	3.08 ± 1.13	3.18 ± 1.02	3.06 ± 1.09	3.06 ± 1.15	3.09 ± 1.19	.20
2. Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	4.01 ± 1.08	4.00 ± .92	4.00 ± 1.08	4.10 ± 1.04	3.94 ± 1.18	.78
3. Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priušti neophodnu terapiju	3.66 ± 1.09	3.58 ± 1.07	3.67 ± 1.07	3.62 ± 1.13	3.73 ± 1.10	.44
4. Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji imogućnost da pacijentu bude izdat lek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	3.62 ± 1.07	3.60 ± .99	3.62 ± 1.01	3.58 ± 1.11	3.68 ± 1.13	.26
5. Situacija kada pacijentu treba izdati generički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti i biološkoj ekvivalenciji leka	2.82 ± 1.10	2.67 ± 1.17	2.89 ± 1.08	2.79 ± 1.07	2.82 ± 1.12	.74
6. Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	3.79 ± 1.04	3.82 ± 1.02	3.82 ± .96	3.84 ± 1.03	3.69 ± 1.16	.78
7. Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	3.67 ± 1.04	3.67 ± 1.17	3.70 ± 1.03	3.64 ± 1.03	3.68 ± 1.03	.11

8. Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	3.18 ± 1.04	3.29 ± 1.08	3.21 ± 1.02	3.09 ± 1.03	3.23 ± 1.08	.92
9. Situacija u kojoj tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za recepturom, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme	3.51 ± 1.08	3.53 ± 1.14	3.48 ± 1.09	3.48 ± 1.06	3.56 ± 1.09	.28
10. Situacija u kojoj farmaceut treba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	3.56 ± 1.08	3.56 ± 1.10	3.60 ± 1.08	3.59 ± 1.09	3.49 ± 1.07	.36
11. Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon	4.00 ± 1.09	3.89 ± .99	3.98 ± 1.10	4.18 ± .98	3.87 ± 1.18	3.17*
12. Situacija kada je farmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke	3.54 ± 1.22	3.80 ± 1.22	3.59 ± 1.21	3.55 ± 1.21	3.40 ± 1.25	1.79
13. Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije	3.25 ± 1.10	3.07 ± 1.12	3.14 ± 1.10	3.31 ± 1.04	3.39 ± 1.14	2.44
14. Situacija kada farmaceut treba da proda marketinški promovisan dijetetski suplement	2.94 ± 1.15	3.02 ± 1.16	2.94 ± 1.11	2.99 ± 1.15	2.87 ± 1.19	.44
15. Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobrobiti pacijenta	3.67 ± 1.08	3.78 ± .98	3.67 ± 1.07	3.84 ± .99	3.47 ± 1.19	4.12*
16. Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta	3.48 ± 1.21	3.56 ± 1.23	3.47 ± 1.21	3.50 ± 1.21	3.45 ± 1.23	.15

Stepen težine je meren na skali od 1- nije problematična do 5 – izuzetno problematična

*nivo statističke značajnosti 0.05

Tabela 11. Procena stepena težine etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a prema radnom iskustvu farmaceuta:

Etičko pitanje	Srenje vrednosti prema godinama radnog iskustva ($\bar{x} \pm SD$)			F
	< 5 god ($\bar{x} \pm SD$)	5-15 god ($\bar{x} \pm SD$)	> 15 god ($\bar{x} \pm SD$)	
1. Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	3.10 ± 1.03	3.13 ± 1.12	3.03 ± 1.17	.60
2. Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	4.05 ± 1.01	4.05 ± 1.02	3.98 ± 1.15	.40
3. Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priušti neophodnu terapiju	3.70 ± 1.03	3.62 ± 1.10	3.69 ± 1.11	.42
4. Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji mogućnost da pacijentu bude izdat lek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	3.66 ± .99	3.63 ± 1.06	3.61 ± 1.11	.09
5. Situacija kada pacijentu treba izdati generički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti i biološkoj ekvivalenciji leka	2.73 ± 1.06	2.94 ± 1.08	2.76 ± 1.11	2.39
6. Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	3.77 ± .97	3.85 ± .98	3.75 ± 1.11	.65
7. Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	3.68 ± 1.14	3.71 ± 1.02	3.64 ± 1.02	.32
8. Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	3.17 ± .95	3.23 ± 1.07	3.15 ± 1.06	.39
9. Situacija u kojoj tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za	3.49 ± 1.09	3.53 ± 1.08	3.50 ± 1.09	.07

recepturom, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme				
10. Situacija u kojoj farmaceut treba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	3.52 ± 1.16	3.66 ± 1.04	3.50 ± 1.08	1.58
11. Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon	3.80 ± 1.00	4.09 ± 1.07	4.01 ± 1.12	2.67
12. Situacija kada je farmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke	3.63 ± 1.17	3.59 ± 1.20	3.48 ± 1.26	.95
13. Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije	2.97 ± 1.09	3.21 ± 1.07	3.38 ± 1.11	5.96*
14. Situacija kada farmaceut treba da proda marketinški promovisan dijetetski suplement	2.95 ± 1.16	2.99 ± 1.12	2.90 ± 1.17	.39
15. Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobrobiti pacijenta	3.68 ± 1.10	3.75 ± 1.03	3.62 ± 1.12	1.06
16. Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta	3.46 ± 1.27	3.53 ± 1.18	3.45 ± 1.22	.32

Stepen težine je meren na skali od 1- nije problematična do 5 – izuzetno problematična

*nivo statističke značajnosti 0.05

Tabela 12. Procena stepena učestalosti etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a prema starosnim grupama farmaceuta:

Etičko pitanje	Ukupno	Rezultati prema godinama starosti ($\bar{x} \pm SD$)				F
	($\bar{x} \pm SD$)	20-29 god ($\bar{x} \pm SD$)	30-39 god ($\bar{x} \pm SD$)	40-49 god ($\bar{x} \pm SD$)	> 50 god ($\bar{x} \pm SD$)	
1. Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	3.84 ± 1.24	4.04 ± 1.19	4.07 ± 1.20	3.85 ± 1.18	3.49 ± 1.29	8.36**
2. Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	2.09 ± 0.98	2.20 ± .97	2.18 ± 1.00	2.09 ± .96	1.96 ± .97	1.92
3. Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priušti neophodnu terapiju	3.73 ± 1.13	3.58 ± 1.24	3.86 ± 1.14	3.71 ± 1.09	3.63 ± 1.14	1.75
4. Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji mogućnost da pacijentu bude izdat lek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	3.45 ± 1.15	3.49 ± 1.20	3.65 ± 1.16	3.45 ± 1.11	3.19 ± 1.14	5.71**
5. Situacija kada pacijentu treba izdati generički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti i biološkoj ekvivalenciji leka	2.75 ± 1.27	3.05 ± 1.37	2.95 ± 1.35	2.57 ± 1.16	2.60 ± 1.22	5.51**
6. Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	2.09 ± 0.84	2.24 ± .92	2.15 ± .88	2.06 ± .79	2.01 ± .82	1.68
7. Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	2.55 ± 1.02	2.80 ± 1.21	2.61 ± 1.04	2.53 ± 1.03	2.42 ± .92	2.44

8. Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	2.45 ± 0.91	2.65 ± 1.06	2.52 ± .93	2.44 ± .92	2.30 ± .82	3.10*
9. Situacija u kojoj tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za recepturom, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme	3.06 ± 1.33	3.25 ± 1.28	3.10 ± 1.35	3.05 ± 1.34	2.96 ± 1.31	.85
10. Situacija u kojoj farmaceut treba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	2.79 ± 1.18	3.15 ± 1.24	2.88 ± 1.25	2.80 ± 1.16	2.56 ± 1.04	4.57*
11. Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanisti prekrši zakon	1.97 ± 1.01	2.49 ± 1.45	1.87 ± 1.01	2.01 ± 1.00	1.90 ± .81	6.16**
12. Situacija kada jefarmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke	2.39 ± 1.22	2.22 ± 1.10	2.40 ± 1.22	2.29 ± 1.15	2.55 ± 1.31	2.02
13. Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije	2.23 ± 0.80	2.53 ± 1.00	2.28 ± .80	2.23 ± .83	2.08 ± .68	5.24*
14. Situacija kada farmaceut treba da proda marketinški promovisan dijetetski suplement	2.69 ± 1.06	2.75 ± .89	2.84 ± 1.13	2.62 ± .98	2.55 ± 1.09	3.09*
15. Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobrobiti pacijenta	1.86 ± 0.70	2.02 ± .93	1.86 ± .65	1.85 ± .72	1.82 ± .66	1.19
16. Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta	1.82 ± 0.73	2.04 ± .96	1.82 ± .74	1.81 ± .68	1.76 ± .68	2.01

Učestalost merena na skali od 1- ne javlja se 5- javlja se svakodnevno

*nivo statističke značajnosti 0.05

** nivo statističke značajnosti 0.001

Tabela 13. Procena stepena učestalosti etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a prema radnom iskustvu farmaceuta:

Etičko pitanje	Srednje vrednosti prema godinama radnog iskustva ($\bar{x} \pm SD$)			F
	< 5 god ($\bar{x} \pm SD$)	5-15 god ($\bar{x} \pm SD$)	> 15 god ($\bar{x} \pm SD$)	
1. Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	3.89 ± 1.24	4.06 ± 1.18	3.65 ± 1.26	8.13**
2. Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	2.14 ± .96	2.22 ± 1.03	1.98 ± .94	4.66*
3. Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priušti neophodnu terapiju	3.57 ± 1.19	3.91 ± 1.09	3.65 ± 1.14	5.04*
4. Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji mogućnost da pacijentu bude izdat lek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	3.35 ± 1.15	3.68 ± 1.16	3.31 ± 1.13	7.98**
5. Situacija kada pacijentu treba izdat generički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti i biološkoj ekvivalenciji leka	3.00 ± 1.39	2.84 ± 1.30	2.60 ± 1.19	5.06*
6. Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	2.18 ± .90	2.14 ± .87	2.02 ± .80	2.11
7. Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	2.66 ± 1.12	2.62 ± 1.00	2.46 ± 1.00	2.47
8. Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	2.56 ± 1.02	2.52 ± .93	2.36 ± .85	3.17
9. Situacija u kojoj tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za recepturom, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme	3.20 ± 1.31	3.08 ± 1.34	3.00 ± 1.33	.95

10. Situacija u kojoj farmaceut treba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	3.04 ± 1.31	2.84 ± 1.21	2.66 ± 1.09	4.60*
11. Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon	2.13 ± 1.20	1.89 ± 1.03	1.98 ± .92	2.16
12. Situacija kada jefarmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke	2.28 ± 1.15	2.41 ± 1.23	2.42 ± 1.23	.56
13. Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije	2.42 ± .97	2.28 ± .83	2.12 ± .70	6.90*
14. Situacija kada farmaceut treba da proda marketinški promovisan dijetetski suplement	2.76 ± .98	2.80 ± 1.12	2.58 ± 1.03	3.35*
15. Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobrobiti pacijenta	1.85 ± .79	1.89 ± .71	1.83 ± .66	.48
16. Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta	1.85 ± .85	1.84 ± .76	1.79 ± .66	.42

Učestalost merena na skali od 1- ne javlja se 5- javlja se svakodnevno

*nivo statističke značajnosti 0.05

** nivo statističke značajnosti 0.001

Analizom su bili obuhvaćeni i faktori koji utiču na formiranje etičnosti farmaceuta kao i analiza razloga koji su uticali na farmaceute da kompromituju svoje etičke vrednosti. Distribucija odgovora data je u tabelama 14 i 15. Najveći broj farmaceuta je naveo da je faktor koji najviše utiče na njihovu etičnost profesionalna etika (N= 396, 57.39%), a zatim sledi uticaj porodice (N= 190, 27.54%). Kada se radi o kompromitovanju etičkih vrednosti, najveći broj farmaceuta (N= 418, 60.58%) je naveo kao odgovor: „Nikad nisam bio/la u prilici da kompromitujem svoje etičke vrednosti”.

Tabela 14. Faktori koji utiču na etičnost farmaceuta:

	Broj farmaceuta (N)	Procenat (%)
Uticaj porodice, porodično vaspitanje	190	27.54
Uticaj religije	7	1.01
Profesionalna etika	396	57.39
Radno iskustvo	40	5.80
Empatija prema pacijentima	39	5.65
Edukacija iz oblasti etike	8	1.16
Diskusija s kolegama o etičkim problemima	10	1.45
Ukupno	690	100.00

Tabela 15. Razlozi za kompromitovanje etičkih vrednosti farmaceuta:

	Broj farmaceuta (N)	Procenat (%)
Da zaštitim sebe	38	5.51
Da bih ispoštovao/la zahtev lekara	20	2.89
Da bih ispoštovao/la zahtev/stav kolega	34	4.93
Zbog zahteva nadređenih	49	7.10
Da bih ispoštovao/la zahtev pacijenta	131	18.99
Nikad nisam bio/la u prilici da kompromitujem svoje etičke vrednosti	418	60.58
Ukupno	690	100.00

U tabeli 16 prikazani su rezultati analize faktora koji u najvećoj meri plaše farmaceute u vezi sa kompromitovanjem etičkih vrednosti. Najveći broj farmaceuta (N=425, 61.59%) kao odgovor na ovo pitanje je naveo: „Da ću naškoditi pacijentu”.

Tabela 16. Faktori koji plaše farmaceute u vezi sa kompromitovanjem etičkih vrednosti:

	Broj farmaceuta (N)	Procenat (%)
Da će moji nadređeni otkriti	4	0.58
Da ću imati zakonskih problema	85	12.32
Da ću naškoditi pacijentu	425	61.59
Da ću kompromitovati svoju kompetentnost	176	25.51
Ukupno	690	100.00

U tabeli 17 prikazani su odgovori farmaceuta o faktorima koji u najvećoj meri utiču na njihovu etičnost u odnosu na starosnu dob učesnika u istraživanju. Većina farmaceuta koji su učestvovali u istraživanju je navela da je profesionalna etika faktor koji najviše utiče na njihovu etičnost bez obzira na starosnu grupu kojoj pripadaju.

Tabela 17. Distribucija odgovora o faktorima koji utiču na etičnost farmaceuta prema starosnoj dobi:

	Starosna dob				Ukupno (N=690)
	20-29	30-39	40-49	50 i više	
Uticao porodice	17	87	41	45	190
Religija	2	2	2	1	7
Profesionalna etika	28	129	129	110	396
Radno iskustvo	0	6	17	17	40
Empatija prema pacijentima	3	14	14	8	39
Edukacija iz etike	1	4	1	2	8
Diskusija s kolegama o etičkim pitanjima	2	2	4	2	10

Distribucija odgovora farmaceuta o razlozima koji utiču na kompromitovanje njihovih etičkih vrednosti u odnosu na starosnu dob data je u tabeli 18. Takođe, najveći broj ispitanika svih starosnih grupa je naveo da: „Nikad nisam bio/la u prilici da kompromitujem svoje etičke vrednosti”.

Tabela 18. Distribucija odgovora o faktorima koji utiču na kompromitovanje etičkih vrednosti prema starosnoj dobi farmaceuta:

	Starosna dob				Ukupno (N=69)
	20-29	30-39	40-49	50 i više	
Da zaštitim sebe	3	13	10	12	38
Da bih ispoštovao/la zahtev lekara	1	5	10	4	20
Da bih ispoštovao/la zahtev kolega	0	12	10	12	34
Da bih ispoštovao/la zahtev nadređenih	7	17	18	7	49
Da bih ispoštovao/la zahtev pacijenata	11	39	43	38	131
Nikad nisam bio/la u prilici da kompromitujem svoje etičke vrednosti	31	157	117	113	418

U tabelama 19 i 20 dat je prikaz distribucije faktora koji utiču na etičnost farmaceuta i prikaz faktora koji utiču na kompromitovanje etičkih vrednosti prema prema dužini radog staža. Ponovo, najveći broj farmaceuta bez obzira na dužinu radnog staža, je naveo da profesionalna etika ima najveći uticaj na njihovu etičnost. Takođe, najveći broj ispitanika bez obzira na dužinu rada u praksi je naveo da nikada nije bio u prilici da kompromituje svoje etičke vrednosti.

Tabela 19. Distribucija odgovora o faktorima koji utiču na etičnost farmaceuta prema dužini radnog staža:

	Dužina radnog staža			Ukupno (N=690)
	<5godina	5-15 godina	>15godina	
Uticaoj porodice, porodično vaspitanje	38	84	68	190
Uticaoj religije	4	0	3	7
Profesionalna etika	60	158	178	396
Radno iskustvo	1	12	27	40
Empatija prema pacijentima	5	18	16	39
Edukacija iz oblasti etike	1	4	3	8
Diskusija s kolegama o etičkim pitanjima	2	5	3	10

Tabela 20. Distribucija odgovora o najčešćim razlozima koji utiču na kompromitovanje etičkih vrednosti farmaceuta u donosu na dužinu radnog staža:

Razlozi za kompromitovanje etičkih vrednosti	Dužina radnog staža			Ukupno (N=690)
	<5godina	5-15 godina	>15 godina	
Da zaštitim sebe	5	16	17	38
Da bih ispoštovao/la zahtev lekara	2	7	11	20
Da bih ispoštovao/la zahtev kolega	2	15	17	34
Da bih ispoštovao/la zahtev nadređenih	8	22	19	49
Da bih ispoštovao/la zahtev pacijenata	20	52	59	131
Nikad nisam bio/la u prilici da kompromitujem svoje etičke vrednosti	74	168	176	418

U tabelama 21 i 22 data je analiza raloza koji utiču na etičnost farmaceuta i percepciju farmaceuta stepenu težine i učestalosti etičkih pitanja

Tabela 21. Analiza faktora koji utiču na etičnost farmaceuta i na percepciju farmaceuta o stepenu težine etičkih pitanja (ANOVA rezultati):

	Uticaj orodice, porodično vaspitanje	Uticaj religije	Profesionalna etika	Radno iskustvo	Empatija prema pacijentima	Edukacija iz oblasti etike	Diskusija s kolegama o etičkim problemima	Statistička značajnost
Etičko pitanje	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	P- vrednost
1.Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	3.04±1.16	3.57±1.40	3.08±1.09	2.93±1.14	3.21±1.26	3.25±1.28	3.20±1.40	0.793
2.Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	3.90±1.13	3.57±1.81	4.15±0.99	3.53±1.32	3.85±1.07	4.00±1.41	3.70±1.41	0.004*
3.Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priusti neophodnu terapiju	3.75±1.18	4.29±1.50	3.61±1.04	3.60±1.19	3.79±0.95	3.38±1.06	3.70±1.25	0.484
4.Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji mogućnost da pacijentu bude izdat lek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	3.65±1.10	3.71±1.11	3.58±1.04	3.55±1.17	4.03±0.99	3.63±1.40	3.50±1.08	0.359
5.Situacija kada pacijentu treba iz atigenerički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti I biološkoj ekvivalenciji leka	2.81±1.10	2.14±0.90	2.89±1.13	2.60±0.67	2.62±1.14	2.38±0.52	3.10±0.88	0.161
6.Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	3.86±1.09	3.29±0.95	3.80±1.03	3.63±1.03	3.64±0.96	3.63±1.19	4.00±0.67	0.559
7.Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	3.55±1.06	3.00±1.41	3.71±1.03	3.68±1.10	3.87±0.99	3.50±1.07	4.20±0.63	0.111
8.Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	3.07±1.06	2.86±1.21	3.21±1.01	3.10±1.11	3.28±1.28	3.50±1.07	3.90±0.74	0.163
9.Situacija u kojoj tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za recepturam, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme	3.52±1.07	3.00±1.16	3.49±1.11	3.43±1.04	3.67±1.01	3.13±0.64	4.20±0.79	0.256
10.Situacija u kojoj farmaceut treba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	3.52±1.08	3.00±1.16	3.59±1.08	3.58±1.11	3.54±1.07	3.50±1.20	3.80±0.92	0.812
11.Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanist iprekrši zakon	3.93±1.19	3.29±1.38	4.11±0.99	3.80±1.11	3.72±1.26	3.63±1.06	3.90±1.45	0.046*
12.Situacija kada je farmaceut pod uticajem /pritiskom dnevne zarade apoteke	3.52±1.29	3.43±1.51	3.55±1.18	3.45±1.24	3.74±1.21	3.25±1.49	3.50±1.43	0.927
13. Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije	3.13±1.13	2.86±1.46	3.35±1.08	3.20±1.14	2.95±1.05	3.13±0.64	3.30±1.06	0.141
14.Situacija kada farmaceut treba da proda marketinški promovisan dijetetski suplement	3.01±1.17	2.29±0.76	2.94±1.16	3.13±1.16	2.69±1.10	2.75±0.89	2.60±0.97	0.337
15.Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobrobiti pacijenta	3.65±1.20	3.14±1.22	3.73±1.02	3.65±1.15	3.46±1.05	3.63±1.19	3.40±1.17	0.559
16.Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta	3.49±1.30	2.43±1.27	3.54±1.15	3.43±1.32	3.00±1.26	3.88±0.99	3.60±1.27	0.039*

*p<0.05

Tabela 22. Analiza faktora koji utiču na etičnost farmaceuta i percepciju farmaceuta o učestalosti etičkih pitanja (ANOVA rezultati):

	Uticaoj porodice, porodično vaspitanje	Uticaoj religije	Profesionalna etika	Radno iskustvo	Empatija prema pacijentima	Edukacija iz oblasti etike	Diskusija sa kolegama o etičkim problemima	Statistička značajnost
Etička pitanja	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	P-vrednost
1.Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	3.87±1.29	3.43±1.51	3.87±1.23	3.55±1.18	3.82±1.23	3.38±1.41	3.90±1.29	0.599
2.Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	2.22±1.11	1.86±1.07	2.07±0.94	1.85±0.74	2.15±0.96	1.75±0.71	1.90±0.99	0.277
3.Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priušti i neophodnu terapiju	3.75±1.20	3.57±1.62	3.74±1.10	3.40±1.09	4.05±1.15	3.25±1.17	3.30±1.06	0.220
4.Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji imogućnost da pacijentu bude izdatlek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	3.55±1.17	3.43±1.51	3.44±1.13	3.23±1.12	3.59±1.27	2.75±0.71	3.10±1.29	0.277
5.Situacija kadapacijentu treba izdatigenerički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti i biološkoj ekvivalenciji leka	2.90±1.33	2.86±1.07	2.72±1.28	2.48±0.96	2.67±1.28	2.50±0.77	2.80±1.48	0.507
6. Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	2.11±0.88	2.29±0.95	2.09±0.84	2.10±0.71	2.05±0.83	1.75±0.71	2.10±0.74	0.930
7.Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	2.53±1.04	2.00±0.58	2.58±1.02	2.38±0.87	2.67±1.20	2.38±0.92	2.70±0.82	0.603
8.Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	2.41±0.87	2.14±0.69	2.48±0.92	2.18±0.55	2.67±1.20	2.75±1.04	2.30±0.95	0.203
9.Situacija u kojoj se tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za recepturam, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme	3.21±1.38	2.29±1.13	3.05±1.32	2.53±1.11	3.23±1.27	2.63±1.41	3.30±1.34	0.043*
10.Situacija u kojoj farmaceuttreba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	2.86±1.23	2.57±1.27	2.79±1.17	2.35±0.95	3.08±1.22	2.75±1.04	2.20±0.79	0.076
11.Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanist iprekrši zakon	1.97±1.02	2.86±1.35	1.97±1.01	1.70±0.56	2.21±1.11	2.00±1.31	1.60±0.97	0.068
12.Situacija kada je farmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke	2.52±1.26	2.43±1.27	2.31±1.18	2.28±0.99	2.79±0.42	2.50±1.51	2.50±1.32	0.176
13.Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije	2.26±0.85	1.86±0.69	2.22±0.77	2.23±0.80	2.28±0.97	2.25±0.46	1.90±0.74	0.714
14.Situacija kada farmaceut treba da proda marketinški promovisan dijetetski suplement	2.67±1.04	2.57±0.98	2.71±1.07	2.63±1.10	2.69±1.00	2.63±1.30	2.70±1.25	0.999
15.Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobiti pacijenta	1.85±0.72	1.86±0.69	1.86±0.69	1.75±0.59	2.15±0.81	1.50±0.54	1.50±0.71	0.049*
16.Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobiti pacijenta	1.85±0.81	1.86±0.69	1.82±0.83	1.70±0.56	1.90±0.50	1.38±0.52	1.70±0.82	0.541

*p<0.05

Pokazano je da su faktori, koji utiču na etičke vrednosti, značajno različiti u tri slučaja vezana za percepciju stepena težine etičkih pitanja u radu farmaceuta ($p < 0.05$), na osnovu rezultata ANOVA testa prikazanih u tabeli 21.

Rezultati su pokazali da ne postoje statistički značajne razlike između starosnih grupa ispitanika vezanih za faktore koji plaše farmaceute u slučaju kompromitovanja etičkih vrednosti ($p = 0.168$). Slični rezultati su između grupa različitih godina radnog iskustva i odgovara na faktore koji plaše ispitanike prilikom kompromitovanja etičkih vrednosti ($p = 0.847$).

Post-hoc analiza (Tukey test) za etičko pitanje: „**Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim**” je pokazala statistički značajne razlike između srednjih vrednosti grupa koja je odgovorila da je profesionalna etika najuticajniji faktor na njihove etičke vrednosti i grupe koja je odgovorila da je najuticajniji faktor na njihove etičke vrednosti radno iskustvo ($p = 0.009$).

Pirsonov koeficijent korelacije je iznosio $r = -0.04$ za korelaciju između godina starosti i percepcije farmaceuta o stepenu težine etičkih pitanja.

Post-hoc Tukey test nije pokazao statistički značajnu razliku kod pitanja: „**Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon**“ i pitanja: „**Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta**“ i odlučili smo da primenimo post-hoc LSD test. Post hoc LSD testovi pokazali su značajne razlike ($p < 0.05$) u vezi sa grupama ispitanika koji su odgovorili da su religija i edukacija iz etike najuticajniji faktori na njihove etičke vrednosti. Razlike između rezultata dva post-hoc testa možemo objasniti veličinama grupa, jer je samo 7 ispitanika prijavilo religiju kao faktor uticaja. Takođe, samo 8 ispitanika izjavilo je da je edukacija iz etike faktor uticaja, zbog čega Tukey test nije mogao da otkrije statistički značajne razlike između grupa.

Na osnovu rezultata ANOVA testa prikazanih u tabeli 22 otkrili smo da se grupe značajno razlikuju u dva slučaja povezana sa percepcijom farmaceuta o učestalosti etičkih pitanja ($p < 0.05$). Post-hoc Tukey test nije pokazao statistički značajnu razliku kod pitanja: „**Situacija u kojoj se tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za**

recepturom, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme” i pitanja: „Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobrobiti pacijenta”.

Post hoc LSD test pokazao je značajne razlike ($p < 0.05$) u vezi sa grupama ispitanika koje su odgovorile da su religija i edukacija iz oblasti etike najuticajnije faktori na etičnost farmaceuta. Još jednom, mali broj farmaceuta je naveo ova dva faktora kao najuticajnije na njihovu etičnost.

Rezultati pokazuju da ni jedan od učesnika starosti između 20-29 godina nije naveo radno iskustvo kao razlog, a profesionalna etika bila je najuticajnije faktor u svim starosnim grupama. Nijedan od ispitanika sa radnim iskustvom između 5-15 godina prakse nije naveo religiju kao najuticajnije faktor i religija je najmanje citiran faktor u svim grupama. Jedno od pitanja u upitniku upućeno farmaceutima koji su učestvovali u studiji bilo je kome se obraćaju za savet ili konsultaciju o načinu rešavanja etičkog pitanja. Prikaz odgovora dat je u tabeli 23. Najveći broj učesnika (N=382, 55.36%) je naveo da se prilikom rešavanja etički problematičnih situacija obraća kolegama u apoteci, potom sledi obraćanje nadređenima/menadžmentu (N=145, 21.01%).

Tabela 23. Odgovori farmaceuta o konsultaciji vezanim za način rešavanja etičkih pitanja:

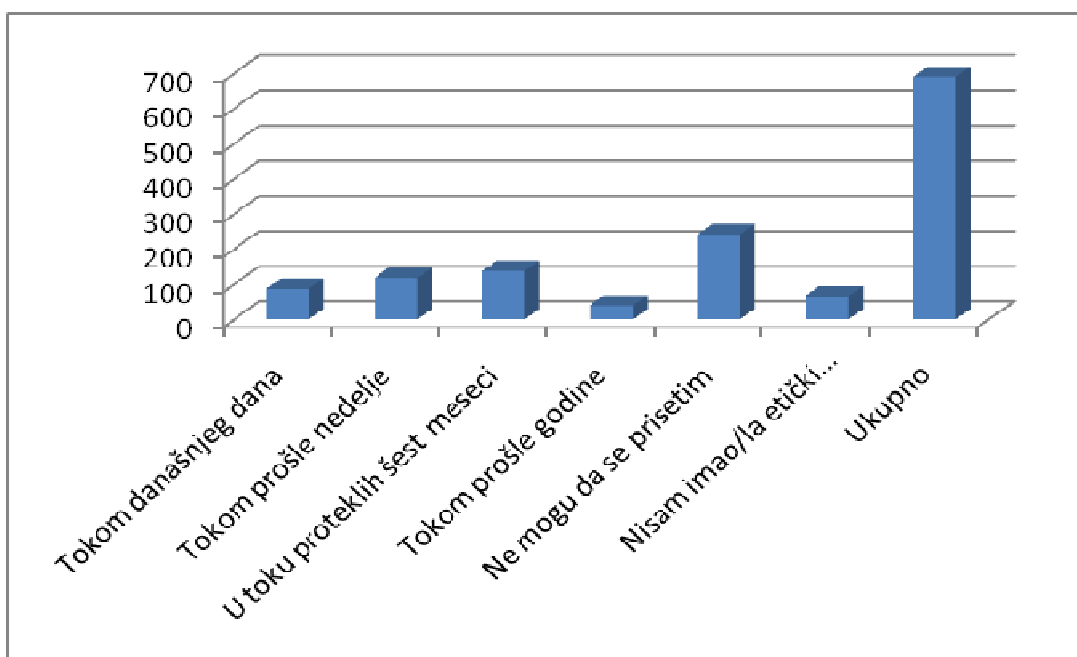
	Broj farmaceuta (N)	Procenat (%)
Kolegama u apoteci	382	55.36
Kolegama iz drugih apoteka	25	3.62
Nadređenima/ menadžmentu	145	21.01
Porodici	15	2.17
Pravniku	22	3.19
Sam/a donosim odluku o načinu rešavanja etičkog problema	99	14.35
Bez odgovora	2	0.29
Ukupno	690	100.00

Na pitanje da li su imali edukaciju iz etike nakon završetka studija 223 (32.32%) farmaceuta je odgovorilo potvrdno dok 467 (67.68%) farmaceuta nije imalo edukaciju iz etike nakon završetka studija.

Takođe, od učesnika je bilo zatraženo da se prisete kada su bili uključeni u situaciju koja uključuje etička pitanja i rezultati su prikazani u tabeli 24. Najveći broj farmaceuta (N=242, ukupno 35.07%) je naveo da ne može da se priseti kada se poslednji put susreo sa etički problematičnom situacijom.

Tabela 24. Prisećanje farmaceuta o učešću u situacijama koje sadrže etičko pitanje:

	Broj farmaceuta (N)	Procenat (%)
Tokom današnjeg dana	87	12.60
Tokom prošle nedelje	118	17.10
U toku proteklih šest meseci	138	20.00
Tokom prošle godine	39	5.65
Ne mogu da se prisetim	242	35.07
Nisam imao/la etički problem tokom rada u apoteci	66	9.58
Ukupno	690	100.00



Slika 6. Grafički prikaz distribucije odgovora koji se odnose na prisećanje farmaceuta o učesću u situacijama koje sadrže etičko pitanje

Većina farmaceuta (84.78%) izjavila je da su upoznati sa Etičkim kodeksom farmaceuta. O korisnosti primene kodeksa u praksi 46.52% farmaceuta je smatralo da ponekad pomaže, da često pomaže smatralo je 25.33%, retko pomaže 16.39%, ne pomaže u radu 5.46% i veoma često pomaže smatralo je 6.29% farmaceuta. Nalazi su pokazali negativnu korelaciju između poznavanja sadržaja kodeksa i njegovom korisnošću za svakodnevnu praksu ($r = -0.17$, $p < 0.001$).

4.3. Studija 3 - Karakteristike uzorka i rezultati vođenja polustrukturiranih intervjua o vrednostima farmaceuta

U trećoj, kvalitativnoj istraživačkoj studiji vođeni su polustrukturirani intervjui sa 24 farmaceuta iz različitih delova Srbije.

Prikaz karakteristika farmaceuta učesnika u intervjuiima vođenim primenom polustrukturiranog upitnika tokom treće istraživačke studije dat je u tabeli 25.

Tabela 25. Struktura uzorka-Sociodemografske karakteristike i profesionalni profil ispitanika (farmaceuta koji su učestvovali u intervjuima o profesionalnim vrednostima farmaceuta):

Karakteristike		N(24)
Pol	Muškarci	4
	Žene	20
Starosne grupe (godine)	20-29	3
	30-39	9
	40-49	7
	>50	5
Radni staž (godine)	<5	2
	5-15	9
	>15	13
Profesionalni profil	Šef apoteke	10
	Farmaceut	12
	Ostalo	2

Učesnici intervjuja su posvećivali najveću pažnju dobrobiti pacijenta, a najmanje komercijalizaciji i ličnom interesu.

Ove vrednosti smo organizovali u pet širokih kategorija koje se odnose na: stručnost/znanje, etičnost, komunikaciju, timski rad i kvalitet rada u farmaceutskoj praksi. Važno je napomenuti da klasifikacija nije definitivna i da se neka od vrednosti može svrstati u nekoliko kategorija.

U narednim odeljcima ćemo dati pregled izjava farmaceuta i predstaviti vrednosti koje su prema mišljenju intervjuisanih farmaceuta značajne za rad u javnim apotekama.

Većina učesnika citirala je znanje/stručnost, etiku i komunikaciju kao najvažnije vrednosti u farmaceutskoj praksi:

„Mislim da farmaceut mora da ima sledeće vrednosti: znanje, odnosno stručnost, etičnost, komunikativnost, odgovornost, posvećenost“ (Intervju 2).

„Znanje, da to znanje koristi, da bude komunikativan sa pacijentima, zainteresovan i ljubazan, human. Znanje bez humanosti nema smisla“ (Intervju 6).

„Da je precizan, da je tačan, da prati trendove u nauci i u praksi, da unapređuje svoje znanje kontinuirano i bez pauza...poverljivost informacija, da čuva podatke o pacijentima, da diskretno razgovara s pacijentima, da je jasan, da ume lepo da objasni, da ume da sluša pacijente i da odgovara na njihove potrebe, da poštuje etičke principe...“ (Intervju 12).

„Znanje, etičnost, poštovanje, komunikacija, inovativnost, kreativnost, ambicioznost, spremnost na saradnju sa zdravstvenim radnicima, unapređenje struke, humanost, odgovornost, empatija, zainteresovanost za lični i profesionalni razvoj...“ (Intervju 14).

„Stručnost, znanje, želja za unapređenjem struke i znanja, želja za unapređenjem i sticanjem novih znanja, biti u toku sa novim dešavanjima u struci i na svetskom nivou, etičnost i saosećajnost prema pacijentima...“ (Intervju 15).

„Da je stručan, da je ljubazan s pacijentima... uslužan, vredan, ambiciozan, etičan, komunikativan, da je spreman na saradnju sa pacijentima, sa lekarima, sa kolegama“ (Intervju 16).

„Znanje, stručnost, etičnost, komunikacija...Znanje daje mogućnost da se poboljšaju terapijski ishodi, i prilagodi terapija svakom pacijentu, etičnost pokazuje da vam je stalo do pacijenta...Za farmaceuta je važna i komunikativnost, način komunikacije zato što on utiče i na odnos sa pacijentom“ (Intervju 19).

„Moje mišljenje je da su osnovne vrednosti prilikom rada u apoteci znanje, etičnost i komunikacija. Znanje bez etičnosti je nepotpuno, etičnost bez znanja je stvarno nema svrhe i sve to mora biti praćeno odgovarajućom komunikacijom sa pacijentom“ (Intervju 20).

U nastavku su date izjave farmaceuta koji detaljnije opisuju najvažnije vrednosti koje po mišljenju učesnika u istraživanju farmaceut mora da poseduje.

I Znanje/stručnost

S obzirom na to da je fokus profesionalnih farmaceutskih usluga poboljšanje upotrebe lekova, smanjenje neželjenih događaja lekova i poboljšanje ishoda pacijenata, znanje je važna vrednost u oblasti farmacije. Svi farmaceuti koji su učestvovali u intervjuima naveli su da je znanje jedna od najvažnijih vrednosti za rad farmaceuta. Takođe, farmaceuti su izjavili da su znanje i kontinuirano unapređenje znanja osnova za rad u farmaceutskoj praksi. Takođe, prema izjavama koje su dali farmaceuti, važne vrednosti su inovacija, mudrost, samokritičnost i širina shvatanja. Farmaceuti su izjavili:

„Želja za profesionalnim usavršavanjem...da nikad ne prestane želja za daljim usavršavanjem“ (Intervju 3).

„Znanje je osnova, od znanja zavisi i odnos prema pacijentu, pacijent mora da ima poverenja u znanje farmaceuta“ (Intervju 6).

„Znanje je uvek bitno... da ja što kažem pacijentu bude tačno i da znam odgovor na svako postavljeno pitanje“ (Intervju 9).

„Da farmaceuti prenose svoje znanje na mlađe kolege, na tehničare ...na ostale kolege. To je dobra osobina farmaceuta da prenosi svoje znanje...to je velika stvar“ (Intervju 11).

„Osećam se sigurno, opušteno, uspešno, bezbedno kad znam...i nikad nije dosta učenja... da znam, da znam sve više, da sam informisana“ (Intervju 14).

„Mislim da farmaceut mora da ima znanje i da bude u toku sa novim saznanjima, da prati novosti u struci i na tržištu...da li je nešto novo... mora uvek da da informaciju i da da tačnu informaciju pacijentu“ (Intervju 17).

„Znanje je suština...rada u farmaceutskoj praksi. Svoj uspeh merim svojom kompetentnošću i znanjem, mogućnošću da pomognem...“ (Intervju 19).

„Znanje, osećam se sigurno kad znam i samo onda stvarno mogu da pomognem...“ (Intervju 20).

„Pre svega da bude stručan, da prati novosti u struci, da bude pošten, odgovoran za posao koji radi...“ (Intervju 23)

II Etičnost

Etički standardi su oduvek držali važno mesto u apotekarskoj praksi. Većina intervjuisanih farmaceuta je smatrala etičnost sastavnim i neophodnim delom svog rada s obzirom da farmaceuti obavljaju svoje profesionalne zadatke u skladu sa etičkim principima i opštim moralnim vrednostima. Briga o pacijentima je centar profesionalne pažnje farmaceuta i pružanja farmaceutske zdravstvene zaštite, farmaceut poštuje etičke principe dobrobiti, neškodljivosti, pravednosti, distributivne pravde, autonomije, informisanosti, lojalnosti i istinitosti. Prema izjavama farmaceuta, važne etičke vrednosti su: odgovornost, lojalnost, empatija, tolerancija, pravda, integritet, privatnost pacijenta, iskrenost, pravičnost. U daljem tekstu navodimo samo neke izjave farmaceuta:

„Pa, učiniti sve što je u mojoj moći da nekom pomognem, ne stati kod prve prepreke nego pokušati da se pomogne pacijentu da maksimalnih granica koje imam... Eto, to je ono što je dobro. Ono što je loše je prepustiti

pacijenta ili biti nepreduzumljiv, nezainteresovan i nemati empatiju“ (Intervju 1).

„Ja želim da pomognem pacijentu, meni je to bitno...ali pre svega je važno ne naškoditi...“(Intervju 9).

„Ja sam inače po prirodi visoko moralna, empatična, trudim se da živim po svim pravilima i zakonima koji postoje. Ali...mislim da je to osnova i pravičnost, dobar i pozitivan odnos prema ljudima...Ja volim da radim s ljudima...ja mislim da ja jesam osoba koja je etična...uz svaki posao koji radim... uz svaki potez ja uvek vodim računa o tome kako će se to odraziti na drugog, koliko je to dobro za nekog drugog, kako neću naštetiti drugom... i prema kolegama, a i prema pacijentima, ja imam tu etičnost...ja profesionalnu etiku držim do visokog nivoa. Etička pravila treba da se primenjuju u svakoj apoteci, a ne da budu samo na papiru“ (Intervju 11).

„I ono što je jako važno...a to je ...u apoteci je svaki slučaj za sebe i mislim da treba imati tu neku percepciju kako pomoći svakom pacijentu koji dođe... kako zadovoljiti etičku formu pored zakonskih propisa i tako dalje. To ... biti moralan je jako važno... ali kažem, svaki slučaj je za sebe i u svakom slučaju se postaviti tako da vi tom pacijentu ipak pomognete na nekakav način...biti ljubazan, proslediti mu svaku moguću informaciju“ (Intervju 11) .

„Da se s poštovanjem odnosimo prema pacijentu“ (Intervju 15).

„Humanost, volim ljude, humanost i etičnost“ (Intervju 16).

„Što se tiče struke mislim da je etičnost važnija od empatije, ne mogu uvek da se stavim na stranu pacijenta kad moram da ispoštujem neka pravila. Biti empatičan, ali poštovati ostala pravila“ (Intervju 16).

„Mislim da treba da bude dosledan...mislim da je doslednost bitna, uslužnost, poverljivost, moraju pacijenti da imaju osećaj da ono što se desilo u apoteci to se desilo u apoteci to ne smeju sutra znati svi“ (Intervju 17).

„Farmaceut mora da bude pravičan, da čuva profesionalnu tajnu, da obezbedi poverljivost podataka, da informiše pacijenta o njegovom zdravstvenom stanju i terapiji...farmaceut mora da poštuje pravo pacijenta na poverljivost, autonomiju pacijenta...mora da brine o pacijentu bez ličnih interesa“ (Intervju 19).

III Komunikacija (sa pacijentima i kolegama)

Učesnici intervjuja naveli su sposobnost komunikacije kao važnu vrednost prilikom rada sa pacijentima. Kada su bili u prilici da objasne šta smatraju dobrom komunikacijom, rekli su da je važna komunikacija i sa pacijentima i sa drugim zdravstvenim radnicima. Takođe, tokom razgovora farmaceuti su naveli da je za njih veći problem sukob sa kolegama u odnosu na sukob sa pacijentima. Karakteristike ove komunikacije sa korisnicima usluga, prema izjavama koje su dali intervjuisani farmaceuti su: odlučnost, ljubaznost, pristupačnost, empatija, edukativna aktivnost izražena kroz brigu o pacijentu.

„To je mnogo više od komunikacije, ja mogu da budem konunikativan, a da ne postignem nikakv cilj. Nije dovoljan samo razgovor, već međusobno uvažavanje mišljenja... uz očuvanje kredibiliteta. Farmaceut mora da bude osoba od poverenja, iskren, pošten“ (Intervju 7).

„Farmaceut mora osigurati da pružene informacije budu tačne, jasne i precizne, i saopštene na način koji je razumljiv za pacijenta...odnosno na takav način da pacijent shvati da vam je stalo do njega“ (Intervju 9).

„Imati jedan dobar, korektan i pozitivan pristup prema kolegama...to mislim da je jednako važno kao i odnos s pacijentima“ (Intervju 11).

„Da bi imali dobru komunikaciju s pacijentom potrebna je stručnost i dobronamernost...U ovo današnje vreme vrednosti su uvek vezane za znanje i stručnost, za ophođenje prema pacijentu, za dobru komunikaciju...važno je da nas pacijent razume, što više pričati s pacijentom...uspostaviti želju za ostvarenjem poverenja u farmaceutsku struku“ (Intervju 15).

„Nije dovoljno biti samo ljubazan, mora da se nađe na istom komunikacijskom nivou s pacijentom...važno je da pacijent razume“ (Intervju 18).

„Meni je veliko zadovoljstvo kad naiđem na adekvatnu komunikaciju sa lekarima, kad svako iznese svoje stavove, mišljenje i kad nađemo zajedničko i najbolje rešenje za nastali problem...rešenje u najboljem interesu za pacijenta ali i za sve zainteresovane strane“ (Intervju 20).

„Važan je način na koji komuniciramo i sa pacijentima i sa ostalim zdravstvenim radnicima“ (Intervju 21).

„Farmaceut mora da pruža svoju profesionalnu uslugu kroz kvalitetnu i odmerenu komunikaciju, ljubaznost, pristupačnost. Važno je šta kažeš pacijentu i način na koji to kažeš, pacijent mora da ima poverenja, da razume farmaceuta i da oseti da je farmaceutu stalo do njega...da ima želju da mu pomogne“ (Intervju 22).

„Svakako znanje, mislim to je prevashodno...i način na koji ćeš saopštiti informaciju. Morate dobro poznavati materiju...Da znaš u svakom momentu šta trebaš da kažeš i kako da kažeš pored toga što naravno moraš da znaš o čemu pričaš. Da uradiš najbolje za svakoga... Važno je saslušati pacijenta, razumeti njegove zahteve...“(Intervju 23).

IV Timski rad

Farmaceuti su smatrali da je jedna od važnih vrednosti timski rad i saradnja sa drugim kolegama.

Kao suštinske karakteristike naveli su razmenu znanja i iskustva, dobrobit pacijenta i uzajamno poštovanje.

„Važan je timski rad, saradnja sa drugim kolegama uz međusobno razumevanje i poštovanje“ (Intervju 1).

„Stalno unapređivati svoje znanje, ali i znati gde su granice znanja i kada treba tražiti pomoć kolega. Samo na taj način se mogu postići najbolji terapijski ishodi...i dobrobit pacijenata“ (Intervju 4).

„Ostvariti dobre odnose i sa svim kolegama...Ostati profesionalan i dosledan u svakom segmentu...i u odnosu sa kolegama i profesionalnom odnosu sa pacijentima, skretanjem pažnje na važne stvari da bi greške bile što manje. Kroz timski rad potencijalne greške se mogu svesti na najmanju moguću meru“ (Intervju 15).

„Zajednički cilj u identifikaciji i rešavanju zdravstvenih ili terapijskih problema, može biti postignut kroz timski rad ... kompletnom razmenom informacija i iznošenjem mišljenja“ (Intervju 20).

„Vodim se time da mi je najbitinija bezbednost pacijenata...za to je često neophodan timski rad, bolja saradnja sa ostalim zdravstvenim radnicima na pronalaženju zajedničkih rešenja“ (Intervju 22).

V Vrednosti koje povećavaju kvalitet rada u farmaceutskoj praksi

Vrednosti koje ukazuju na kvalitet u radu i koje su naznačili farmaceuti, učesnici u intervjuima su:

„Analitična, pouzdana, stabilna, lojalna, kreativna...lojalna i poslodavcu i pacijentu, mislim da je to važno“ (Intervju 1).

„Odgovornost je važna, preciznost, potreba da se stvari razjasne od početka do kraja, da teku tim tokom, kolegijalnost, tolerancija...tako...“ (Intervju 3).

„Zainteresovan i ljubazan, human. Znanje bez humanosti nema smisla“ (Intervju 6).

„Posvećena sam pacijentu...To mi je bitno, da uradim ono što je najbolje za pacijenta. Strpljenje, razumevanje za druge ljude. Po meni baš osećaj odgovornosti, strpljenje i razumevanje za druge ljude su osobine koje su potrebne farmaceutu“ (Intervju 8).

„Preciznost, tačnost, poverljivost“ (Intervju 9).

„Profesionalne vrednosti ...pre svega da voliš svoj posao... to je meni uslov ...da bi neko nešto kvalitetno radio, potrebno je da voli svoj posao. Drugo, da bude potpuno posvećen poslu dok ga radi, onda naravno dobra komunikativna sposobnost što s kolegama što s pacijentima“ (Intervju 11).

„Znanje, etičnost, poštovanje, inovativnost, kreativnost, ambicioznost, spremnost na saradnju sa zdravstvenim radnicima, unapređenje struke, humanost, odgovornost, empatija, zainteresovanost za lični i profesionalni razvoj...to je to“ (Intervju 14).

„Da je... uslužan, vredan, ambiciozan, etičan, komunikativan, da je spreman na saradnju sa pacijentima, s lekarima i sa kolegama“ (Intervju 16).

„Važne vrednosti su: odgovornost, posvećenost i poštenje“ (Intervju 22).

„Smatram da jedan farmaceut mora da bude odgovoran, precizan, vredan i pouzdan“ (Intervju 23).

Takođe, neke od navedenih vrednosti mogu biti klasifikovane u više navedenih kategorija, jer je teško izvršiti definitivnu klasifikaciju i odvojene delove izjava farmaceuta.

Sve gore navedene vrednosti ukazuju na to da je farmacija profesija sa pacijentom u fokusu.

Kompromitovanje etičkih vrednosti

Prilikom vođenja intervjua, od farmaceuta je bilo zatraženo da navedu šta je osnovni razlog za kompromitovanje njihovih profesionalnih vrednosti. Učesnici su navodili:

„Najveći problem imam kad se ne mogu da se razumem sa nekim pacijentom. Možda onda ne posvetim dovoljno pažnje i ne odradim sve, ima ljudi s kojima ne mogu da uspostavam komunikaciju, onda sam ograničena. Ali ne znam i onda da li sam kompromitovala svoje vrednosti... jer nemam način kako to da rešim“ (Intervju 1).

„Da moram da prekršim pravila, da li su vezana za propisvanje leka ili za drugi aspekt rada...“ (Intervju 2).

„Ja stvarno kad radim s pacijentima, meni se podrazumeva vrlo visok nivo humanosti, ja sam potpuno posvećena njima, čak i kad su neljubazni, kad su grubo ja pređem preko toga. Kad je sve to u skladu sa zakonom i ide svojim

redovnim tokom to je uredi, ali kad ima iskakanja...Čim imaš neku dilemu...“ (Intervju 3).

„Kad pustim pacijenta da koristi terapiju sa kojim se ne slažem zbog sukoba sa lekarom...Najlepše bi bilo kad bi postojala saradnja...“ (Intervju 6).

„Narušavnje pacijentove privatnosti se dešava svaki dan... Uključena je pacijentova poverljivost” (Intervju 7).

„Ne kompromitujem svoje vrednosti (Intervju 9).

„Samo toliko da se pomogne pacijentu...uvek za pacijenta, zbog sebe ne bih nikad ništa uradila“ (Intervju 11).

„Pritisak politike menadžmenta ili nemogućnost saradnje sa lekarima” (Intervju 12).

„Ne ugroziti nikako pacijenta, zadržati mu bezbednost i sigurnost terapije, a ostvariti benefit za firmu, taj komercijalni aspekt. Ali naravno voditi računa o bezbednosti pacijenta. Uvek je neki kompromis... Kada situacija zahteva, ako je to u korist pacijenta i njegovog zdravlja spremna sam da prekršim zakon“ (Intervju 14).

„To me kompromitovanje vrednosti opterećuje. To uključuje sve i bezbednost pacijenta i komunikativnost i timski rad i moralnu uznemirenost...sve ulazi u to“ (Intervju 14).

„Svaka vrsta kompromitovanja išla bi zbog koristi pacijenta“ (Intervju 17).

„Kompromitovanje zbog loše komunikacije s lekarima, ali nikad kada je ugrožena bezbednost pacijenta“ (Intervju 15).

„Recimo ... komercijalizacija struke” (Intervju 16).

Ostali rezultati

Farmaceutici su naveli da njihove profesionalne vrednosti predstavljaju produženje njihovih ličnih vrednosti kao što su iskrenost, velikodušnost i dobronamernost. Oni su izjavili:

„Suština mojih vrednosti je ista i na jednom i na drugom polju” (Intervju 3)

„Negde svoje lične vrednosti prenosim i na profesionalni deo“ (Intervju 8)

„Mislim da su lične vrednosti utkane u profesionalne...da su one osnova profesionalnih vrednosti koje su se dograđivale na lične... Profesionalne vrednosti su veliki deo empirije i iskustva koje godinama dodaješ ... i naravno da u to utkaš i nešto lično...isprepletano je ...stalno se dograđuješ“ (Intervju 11)

„Lične vrednosti predstavljaju ono što ja jesam...i određuju i moje profesionalne vrednosti, one su nastale nadgradnjom kroz edukaciju, iskustvo i komunikaciju“ (Intervju 20).

Nakon što su naveli vrednosti značajne u farmaceutskoj praksi, svi farmaceuti su izjavili da ove osobine poseduju sami. Takođe, oni su naveli da je uvek potrebno poboljšati i unapređivati svoje znanje. Na pitanje šta ih motiviše, najčešći odgovor bio je „sposobnost i zadovoljstvo da pomognu nekome” i „poboljšanje zdravlja pacijenata”.

Prema izjavama učesnika, porodica, obrazovanje i iskustvo uticali su na formiranje njihovih vrednosti.

Svi ispitanici su smatrali da je apoteka prvenstveno zdravstvena profesija i želeli su da smanje značaj komercijalizacije. Takođe, većina učesnika u intervjuima je navela da njihovi postupci nisu u suprotnosti sa njihovom savešću.

Pored ostalog, farmaceuti su naveli da je glavni razlog zbog kojeg su odlučili da studiraju farmaciju želja da pomognu drugim ljudima da poboljšaju zdravlje i kvalitet života pacijenata / korisnika usluga. Takođe, uzroci koje su naveli su i bezbednost apoteke kao profesije: „čist i siguran i dobro plaćen posao”.

5. DISKUSIJA

Farmaceuti javnih apoteka se, u svojoj svakodnevnoj praksi, suočavaju sa nizom etičkih pitanja prilikom pružanja FZZ. Svakim kontaktom sa pacijentima povećava se moralna odgovornost farmaceuta i važno je identifikovati etička pitanja sa kojima se susreću farmaceuti u svojoj svakodnevnoj praksi. Potrebno je istražiti sledeća pitanja: „Šta farmaceuti percipiraju kao etičko pitanje?” kao i „Koja je učestalost pojavljivanja etičkih pitanja u njihovom svakodnevnom radu?” Opšti cilj prve studije je mapiranje i procena stepena težine etičkih pitanja, kao i njihove učestalosti u svakodnevnoj praksi farmaceuta javnih apoteka u Srbiji. Specifični ciljevi prve studije istraživanja su: izgradnja novog istraživačkog instrumenta - EISP-a za procenu percepcije farmaceuta o etičkim pitanjima sa kojima se susreću u svom radu i ispitivanje njegovih psihometrijskih karakteristika.

S obzirom da ne postoji univerzalna istraživačka metoda idealna za svaku studiju, istraživači su u prilici da primene širok spektar kvalitativnih i kvantitativnih metoda. Howitt i Cramer [234] navode da ukoliko istraživač nije dovoljno upoznat sa područjem istraživanja ili sa određenom podgrupom stanovništva, a naročito ako takvi podaci nisu dostupni u literaturi, prvo treba primeniti kvalitativni pristup kako bi istražili područje i mapirali ključne oblasti za dalje istraživanje. Cooper i saradnici [32] predlažu da bi i kvalitativne i kvantitativne metode trebale biti primenjene u empirijskim istraživanjima etike u farmaciji, tako da su u ovom istraživanju kombinovane obe metode za generisanje, validaciju i primenu istraživačkog instrumenta koji može biti specifičan i u profesionalnom i nacionalnom kontekstu. Takođe, razlog primene kombinacije ove dve metode je težnja da se iskoriste prednosti i izbegnu nedostaci jedne i druge metode. Implikacija za studiju o farmaceutskoj etici jeste to što empirijsko istraživanje može da pruži bolje razumevanje prirode etičkih pitanja u javnim apotekama.

Prva studija izveštava o višefaznom procesu generisanja i validiranja instrumenta za procenu stepena težine i učestalosti etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi u javnim apotekama u Srbiji.

Uzimajući u obzir novu ulogu farmaceuta u sistemu zdravstvene zaštite, bilo je potrebno kreirati novi instrument koji bi u potpunosti izražavao mišljenja i stavove farmaceuta o etičkim pitanjima koja doživljavaju u svom svakodnevnom radu i to je jedan od razloga zbog kojih nije korišćen upitnik koji je kreiran od strane Haddad [51]. Drugi razlog se odnosi na činjenicu da farmaceutska profesija prolazi kroz velike promene i ovo istraživanje omogućava da namenski generisani istraživački instrument sadrži etička pitanja koja odražavaju sadašnju praksu u apotekama. Treće, ograničen je broj validiranih instrumenata specifičnih za etička pitanja u apotekarskoj praksi koji dostupni su za upoređivanje. Pored ostalog, s obzirom da ovakvo istraživanje etičkih pitanja nije sprovedeno u Srbiji i da su upitnici sa drugih govornih područja stari i preko 20 godina, odlučili smo se za generisanje novog instrumenta.

Odnosno, svrha ove studije bila je razvijanje pouzdanog i validnog instrumenta za merenje stepena težine i učestalosti etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi, koji odlukom članova ekspert panela ima formu skale. Skala koja se sastoji od 16 stavki, predstavlja alat za samoprocenu, i pokazuje visok stepen validnosti sadržaja, kriterijumske validnosti, validnosti konstrukcije i test-retest pouzdanost. Rezultati validacije podržavaju njegovu upotrebu kao istraživačkog instrumenta za procenu stepena težine i učestalosti etičkih pitanja u javnim apotekama.

Sva etička pitanja koja se postavljaju u scenarijima ove skale uključuju element rada u najboljem interesu pacijenta. Takođe, većina studija koje su koristile metod intervjua pokazale su da se farmaceuti, kao i svi zdravstveni radnici, u svom svakodnevnom radu suočavaju sa nizom etičkih pitanja [28,35,37,39,56].

Haddad [51] je sprovedla studiju koristeći skalu za merenje stepena teškoća i učestalosti etičkih problema među registrovanim farmaceutima u odabranim državama SAD-a. Takođe, oba dela ove skale imaju dobru unutrašnju konzistentnost (deo povezan sa poteškoćama ima 0.86, a deo koji se odnosi na učestalost 0.76). Skala je adaptirana iz upitnika [235] koji je razvijen za registrovane medicinske sestre. Kao što je navedeno, ova adaptirana skala odražava etička pitanja specifična za farmaceutsku praksu i uključuje 19 etičkih stavki iz normativne literature o farmaceutskoj etici, i za razliku od instrumenta - EISP-a, ova skala ne sadrži empirijske primere etičkih pitanja. Međutim, slična pitanja mogu se identifikovati u obe skale, i u instrumentu - EISP-u i u skali koja je korišćena u istraživanju koje je sprovedla Haddad [51], ali su različito navedena. Ova

pitanja su povezana sa neadekvatnom terapijom, generičkom substitucijom leka, davanjem informacija pacijentima o njihovoj dijagnozi, pitanjima kompetentnosti farmaceuta i prodajom dijetetskih preparata koji su u velikoj meri promovisani. Najvažnije razlike vezane su za izdavanje smrtonosnih injekcija (u slučaju smrtne kazne ili u slučajevima terminalne bolesti) i učešća u eksperimentisanju na ljudima koji nisu deo prakse farmaceuta u Srbiji.

Validirana skala je u drugoj studiji iskorišćena na većem uzorku farmaceuta.

Druga studija omogućava razumevanje i povećanje znanja o etičkim aspektima rada farmaceuta na osnovu empirijskog istraživanja. Analiza rezultata ove studije pokazuje da su farmaceuti izloženi etičkim pitanjima u svojoj profesionalnoj praksi prilikom rada u javnim apotekama. Takođe, rezultati ovog istraživanja pokazuju da ni jedno od pitanja navedenih u empirijski izvedenom instrumentu - EISP-u nije ocenjeno kao „nije problematično” ili „malo problematično” u najvećem procentu odgovora (što sugeriše da su identifikovani scenariji koje su farmaceuti doživeli kao etički problematične prilikom rada u javnim apotekama).

Dva pitanja iz instrumenta - EISP-a ocenjena su kao izuzetno problematična od strane farmaceuta i povezana su sa efikasnom komunikacijom sa lekarima i kršenjem pravila i zakona. Ovo ukazuje na to da je fokus farmaceuta na najboljim ishodima terapije i pacijentovoj dobrobiti, što su osnovni ciljevi svih zdravstvenih radnika. Postupanje koje nije u skladu s ovim ciljevima dovodi do sukoba vrednosti. Shodno tome, sva neslaganja oko recepata, terapije i mišljenja dovode do brojnih etičkih pitanja.

Tokom svog rada farmaceuti su izloženi etičkim pitanjima kad god moraju da biraju između pacijentove dobrobiti u cilju zaštite od štetnog efekta lekova i izdavanja lekova prema receptu lekara (posebno kada je komunikacija između dva zdravstvena radnika nezadovoljavajuća). Štaviše, moralni aspekt i etička složenost farmaceutske prakse pokazuju da su farmaceuti etički odgovorni i pacijentima i lekarima, te da okolnosti mogu pomoći da se utvrdi kome je farmaceut možda odgovorniji. Osim toga, postoje moralni razlozi koji opravdavaju oba izbora. Etička analiza farmaceutske zdravstvene zaštite treba da otpočne sa opisom moralnih obaveza farmaceuta prema pacijentima, dok komunikacija i saradnja između zdravstvenih radnika i pacijenata treba da bude apsolutni prioritet svima koji su deo zdravstvenog sistema [42,43].

Ova vrsta dileme bila je uobičajena među učesnicima u studiji koju su sproveli Chaar i saradnici [37] i odnosi se na pravljenje izbora između onoga što je u najboljem interesu pacijenta, osiguravanja da nikakva šteta nije učinjena pacijentu i onoga što je lekar propisao. Prema podacima navedenog istraživanja, farmaceutima je bilo teško da izaberu ispravan smer postupanja [37]. Intervencija potrebna za rešavanje ovog etičkog pitanja nije tako jednostavna, tim pre ukoliko lekar nije spreman na saradnju. Rezultati naše studije pokazuju da je pitanje „**Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim**”, ocenjeno kao izuzetno problematično. Učesnici u studiji sprovedenoj u Australiji od strane Chaar i saradnika [37], navode da u ovakvim situacijama preporučuju pacijentu da konsultuje drugog lekara ili jednostavno odbijaju izdavanje leka.

Takođe, ovi autori navode da, iako ne postoji zakonski zahtev da se prisiljava izdavanje recepta *per se*, profesionalni kodeks etike preporučuje da farmaceut poštuje svoje kolege i druge zdravstvene radnike i to je tačka profesionalnog bontona koja nastoji da pacijentu pružimo najbolju zdravstvenu zaštitu. Prema rezultatima istraživanja sprovedenog u Hrvatskoj 2014. godine, kojim su identifikovani scenariji koji pokreću etičke dileme, farmaceuti ukoliko nisu u mogućnosti da dođu do lekara koji je propisao terapiju, mogu ipak sami da donesu odluku, jer smatraju da je nepotrebno biti podređen lekaru ukoliko dovoljno znaju o pacijentu i njegovom ili njenom zdravstvenom stanju [102].

U ovakvim primerima, najbolji interesi pacijenta nisu u sukobu sa pravnom regulativom, već sa autonomijom zdravstvenih radnika i dobrobiti pacijenta. Podređenost farmaceuta lekarima je, prema Cooperu i saradnicima [39], očigledna u takvim etički problematičnim situacijama i podrazumeva relativno ograničenu profesionalnu autonomiju farmaceuta. Takođe, rezultati ovog istraživanja pokazuju da prilikom izdavanja lekova na recept može biti uključeno i pitanje da li farmaceuti treba da osporavaju propisivanje lekara kada je identifikovan klinički problem ili greška [39]. Mogućnost izdavanja neadekvatne terapije i prenos odgovornosti na drugog zdravstvenog radnika predstavlja etički pasivan pristup i može dovesti do povrede pacijenata [38]. Autori smatraju da njihovi dalji radovi treba da istraže koliko često farmaceuti izdaju lekove pod ovim okolnostima i u kojoj meri se ova odluka rukovodi osećanjem podređenosti lekaru ili lošoj komunikaciju sa tim lekarom [16,38,39,102].

Nedostatak saradnje i nepotpuno razumevanje između ovih profesija prikazani su kroz rezultate drugih studija. Rezultati istraživanja pokazuju da lekari opšte prakse smatraju da farmaceuti ne znaju ništa o bolestima [236] i da je njihova uloga pružanje informacija o terapiji [237]. Pored toga, istraživanje koje su sproveli Edmunds i Calnan [238] ukazuju na to da su lekari iz Velike Britanije pokazali oprez prema farmaceutima koji su u većoj meri uključeni u odluke o tome koji su propisani lekovi pogodni za pacijente. Istraživanje sprovedeno na lekarima koje se odnosilo na saradnju s farmaceutima i unapređenje adherence kod pacijenta je pokazalo da većina lekara smatra da poboljšana komunikacija s farmaceutima povećava pacijentovu adherencu, mada se podrška potencijalnim interakcijama sa farmaceutima razlikovala [239].

Druga istraživanja su pokazala da farmaceuti često misle o lekarima, kao onima koji imaju negativnu sliku o farmaceutima, smatraju ih „prodavcima” i pretnjom za njihovu profesiju [240]. Rezultati novih studija mogli bi da objasne zašto se takvi problemi javljaju i ukazuju na velike prepreke za efikasnu saradnju lekara i farmaceuta. Lekovi koji se koriste u terapiji mogu biti visoko efikasni, ali istovremeno mogu biti nebezbedni ukoliko svako od zdravstvenih profesionalaca ne obavi kvalitetno i profesionalno svoj deo posla. Osiguranje kvaliteta aktivnosti farmaceuta stoga mora biti van svake sumnje i predstavlja osnovnu vrednost rada farmaceuta, kao i drugih zdravstvenih radnika. Zašto je toliki izazov za zdravstvene radnike da imaju dobru komunikaciju i zajedničke ciljeve kao što su dobrobit pacijenata i poboljšanje ishoda terapije? Razlozi i situacije gde sujeta, lični interes i etička pasivnost prevladavaju nad pacijentovom dobrobiti zahtevaju dalje istraživanje. Postojanje zajedničkog etičkog kodeksa za sve zdravstvene radnike može da doprinese rešavanju takvih situacija. Odgovornost za rešavanje etičkih pitanja za sada se zasniva na savesti i individualnim vrednostima zdravstvenih radnika.

Kao ravnopravnim članovima zdravstvenog tima, farmaceutima će biti potrebno da usvoje suštinske stavove koji se zahtevaju od zdravstvenih radnika, a to su: vidljivost, odgovornost, pristupačnost, usmerenost na opštu populaciju, posvećenost poverljivosti pacijenta i orijentisanosti prema pacijentu. Cilj saradnje farmaceuta sa lekarima, drugim zdravstvenim radnicima i pacijentima je postizanje adekvatne upotrebe rastućeg spektra efikasnih lekova. Poseban naglasak je edukovanje i motivisanje pacijenata u pogledu upravljanja njihovom terapijom lekovima i u vezi sa njihovim određenim zdravstvenim

stanjem. Kao što je već navedeno, od farmaceuta se očekuje da pruži savet koji pomaže primenu leka pravilno, bezbedno i efikasno. Javno poverenje u farmaceute i reputacija su dva značajna cilja farmaceutske profesije koja treba podržati.

S obzirom da tim zdravstvene zaštite čine pacijent i svi zdravstveni radnici koji imaju odgovornost za brigu o pacijentu, saradnja između svih članova tima je neophodna. Farmaceuti imaju važnu ulogu u ovom timu i moraju da prilagode svoje znanje, veštine i stavove prema ovoj novoj ulozi, koja integriše tradicionalne aspekte farmaceutske nauke sa kliničkim aspektima brige za pacijenta, kliničkim veštinama, menadžmentom, veštinama komunikacije, aktivnom saradnjom sa ostalim članovima medicinskog tima i rešavanjem problema vezanim za lekove.

Zakoni i etika zdravstvene zaštite u znatnoj meri se poklapaju. Deo rezultata pokazuje da rad sa pacijentima, kojima je potrebna pomoć, ponekad može biti izvor sukoba između prava i dužnosti, kada su farmaceuti prisiljeni da biraju između poštovanja zakona i ispunjavanja svoje etičke dužnosti. Farmaceuti se bave izdavanjem i prodajom lekova, ali oni pored ostalog, imaju etičke i pravne odgovornosti prema svojim pacijentima. Druga situacija koja u sebi sadrži etičko pitanje koja je ocenjena kao izuzetno problematična je: „**Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon**”. Ovo može biti objašnjeno činjenicom da se farmaceutska profesija zasniva na znanju i etici, ali je oblikovana pravilima i propisima. Jedna od najizraženijih tema koja je proizašla iz podataka istraživanja sprovedenog u Velikoj Britaniji je istaknutost institucionalnih pravila i zabrinutost za interese pacijenata [50]. Ovo istraživanje ima za cilj i traženje odgovora na pitanje kako farmaceuti razumeju etiku. Rezultati pokazuju da je etika povremeno percipirana kao sinonim za propise. Brza izmena od „zakona“ do „etike“ može da ilustruje blisku povezanost između ova dva pojma prema percepciji učesnika u navedenoj studiji [50]. Takođe, data su tri načina prema kojima se učesnici ponašaju kada su suočeni sa etičkim problemom koji uključuje zakon i pravila. Oni se mogu klasifikovati kao: poštovanje pravila uz razmatranje; poštovanje pravila kako bi se sprečilo upadanje u dalje probleme i kršenje pravila, što uključuje raspravu o tome kako bi kršenje pravila moglo biti opravdano. Farmaceuti koriste svoje rasuđivanje u pojedinačnim slučajevima kada smernice ne postoje ili se smatraju neprimerenim [50]. Takođe, prema rezultatima istraživanja farmaceuti imaju tendenciju da poštuju institucionalna pravila, ali ponekad su spremni

da ih prekrše kada smatraju da interesi pacijenta prevazilaze moguće negativne posledice kršenja zakona [50].

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da farmaceuti više vole da rade u skladu sa svojom savešću, iako to nije u skladu sa pravilima i propisima, i u skladu su sa navodima Bensaona i saradnika [35] da praktičari nisu „robotovski sledbenici pravila“. Međutim, možemo da tvrdimo da je bolje imati ujednačena pravila za obavljanje kvalitetne prakse, jer oslanjanje na savest farmaceuta može predstavljati dvostruki mač, pošto su ličnost i moral farmaceuta veoma različiti i ono što oni smatraju dozvoljenim može da varira predstavljajući neujednačen tretman pacijenata, na osnovu toga kakav je farmaceut koji pruža farmaceutsku uslugu i to čini praksu subjektivnom i proizvoljnom. Prema istraživanju Deans [50], farmaceuti su pokazali zabrinutost za regulatorna ograničenja, ponekad su bili spremni da krše pravila zbog interesa pacijenta, ali u nekim slučajevima farmaceuti su postupali u skladu sa pravilima čak i ako to nije nužno bilo u najboljem interesu pacijenta. Nalazi fokus grupe pokazuju postojanje najmanje dva razloga: obrazloženje da se poštuju pravila i strah od upadanja u dalje probleme, dok kršenje pravila učesnici opravdavaju profesionalnim postupanjem u najboljem interesu za pacijenta [50].

Takođe, najčešće i zabrinjavajuće etičke dileme iz iskustva Australijskih farmaceuta uključuju princip „najboljeg interesa pacijenta“ onemogućenog zakonskim propisima [37]. Rezultati ovog istraživanja pokazuju i da su vlasnici apoteka bili manje skloni u odnosu na zaposlene farmaceute da rizikuju moguće reperkusije prilikom određivanja najboljih interesa pacijenta kao prioriteta kada su zakon ili finansijski interesi uzimani u razmatranje [37]. Razlog za neusaglašenost, između etike i zakona u pojedinim slučajevima, može biti razmatranje da su to dva različita stava, apstraktan ili teorijski s jedne strane i empirijski sa druge strane. Takođe, Roche i Kelliher [31] navode da farmaceuti javnih apoteka mogu kompromitovati svoju obavezu pružanja zdravstvene usluge pacijentu ukoliko se fokusiraju na „Slovo zakona“, povećavajući pravno-moralnu dinamiku u odnosu pacijent-farmaceut, što vodi etičkim dilemama. Faset [20] smatra da će farmaceuti biti uspešni u pravnom i etičkom domenu u meri u kojoj su spremni da pruže brigu o pacijentima kao deo tima. Sinhronizacija etičkih kriterijuma i propisa je uobičajeni problem ne samo za farmaceute, već i za druge zdravstvene

radnike. Farmaceuti poštuju zakon, ali su spremni i da ga prekrše zbog dobrobiti pacijenata. Rezultati studije koju su sproveli Cooper i saradnici [38] pokazuju da farmaceuti prioritizuju svoje interese, s posebnim osvrtom na mogućnost pravnog gonjenja ili disciplinske mere. Prema drugoj studiji, verovatnoća pravnih ili disciplinskih postupaka je vodeći faktor u određivanju farmaceutovog izbora akcije [39].

U situacije ocenjene kao najučestalije u najvećem procentu odgovora ispitanika spadaju i javljaju se svakodnevno su: „**Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu**” i „**Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priusti neophodnu terapiju**“. Ova etička pitanja su od strane većine farmaceuta procenjena kao teška.

U istraživanju sprovedenom od strane Vuković Rodriguez i Juričić [102], 34.2% farmaceuta je prijavilo da se suočava sa zahtevom za izdavanjem leka na recept koji je nekompletan ili neispravan češće u odnosu na ostale situacije iz primenjenog instrumenta. Ovaj scenario uključuje, kao i u istraživanju u okviru ove disertacije, pravni aspekt rada, s obzirom da je izdavanje lekova na neispravan recept u suprotnosti sa zakonom koji se odnosi na propisivanje i izdavanje lekova i u Srbiji i u Hrvatskoj. Takođe, istraživanje koje su sproveli Kalvemark Sporrang i saradnici [53] pokazuje da su učesnici u istraživanju koje se odnosi na izdavanje lekova na neispravan recept u velikoj meri uzrok moralnog distresa. Uzrok etičkog pitanja, prema rezultatima ove disertacije, se odnosi na nemogućnost izdavanja leka od strane farmaceuta na recept sa administrativnom greškom, odnosno radi se o receptu koji nije neadekvatan, ne ugrožava bezbednost pacijenta, ali pacijent ipak ne može da dođe do leka i mora da se vrati do lekara ili drugog zdravstvenog radnika kako bi ovakva greška bila ispravljena.

Druga situacija koja sadrži etičko pitanje koje se svakodnevno javlja je: „**Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priusti neophodnu terapiju**“. Ovakve situacije u praksi od farmaceuta zahtevaju da u komunikaciji s pacijentom donese odluku koji je od propisanih lekova u tom trenutku potrebniji pacijentu, ukoliko je takvu odluku moguće doneti. U istraživanju koje su sproveli Kalvemark Sporrang i saradnici [53] navedene su dve situacije koje utiču na farmaceute i koje su uzrok moralnog distresa. Jedna od situacija je kada pacijent ne može sebi da priusti neophodnu

terapiju, i denticna je situaciji proistekloj iz intervjuja farmaceuta prilikom generisanja instrumenta - EISP-a. Druga navedena situacija se odnosi na etičku dilemu prilikom koje je farmaceutu teško da pruži savet pacijentu koji je više zainteresovan za ekonomski aspekt.

U istraživanju Haddad [51], mlađi farmaceuti imaju tendenciju da češće ocenjuju etičke probleme kao teže i učestalije. Pored toga, prema istraživanju Kalvemark i saradnika [54] najstarija grupa je prijavila manje moralnog distresa od mlađih. Rezultati istraživanja ove doktorske disertacije, su pokazali da nema značajne korelacije između godina starosti i nivoa percepcije stepena težine etičkih pitanja od strane farmaceuta. Takođe, u istraživanju u okviru ove disertacije, rezultati pokazuju da su mlađi farmaceuti procenili većinu pitanja iz instrumenta - EISP-a kao učestalija od farmaceuta starijih od 50 godina. To su etička pitanja koja se odnose na izdavanje lekova, sukob vrednosti, princip nenaškoditi, komunikaciju, kršenje privatnosti i kompetentnost zdravstvenih radnika. Farmaceuti mlađi od 39 godina su naveli da se sa većinom etičkih pitanja češće suočavaju. Izuzetak je pitanje: „**Situacija kada je farmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke**” koje su farmaceuti stariji od 50 godina ocenili kao učestalije, ali ne postoji statistički značajna razlika između srednjih vrednosti navedenih starosnih grupa za ovo etičko pitanje. Većinu etičkih pitanja iz instrumenta - EISP-a farmaceuti sa radnim iskustvom manjim od 15 godina su percipirali sa većim stepenom težine. Izuzetak je etičko pitanje: „**Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije**” i farmaceuti sa radnim iskustvom preko 15 godina su ocenili ovo pitanje težim, dok su farmaceuti sa radnim iskustvom do 15 godina ocenili ovo pitanje učestalijim. Statistički značajna razlika se javlja između grupa preko 15 godina i ispod 5 godina radnog iskustva što zahteva dalje istraživanje. Rezultati našeg istraživanja su pokazali da su većinu etičkih pitanja farmaceuti sa radnim iskustvom do 15 godina percipirali učestalijim. Takođe, rezultati studije Haddad [51] pokazali su da su iskusniji farmaceuti prijavili manju učestalost etičkih problema. Mogući razlozi za to mogu biti to da su iskusniji farmaceuti mnogo češće imali prilike da se suoče sa ovakvom vrstom problema i da je došlo do rutinizacije posla. Takođe, etička pasivnost podrazumeva da su farmaceuti etički nemarni i ne postupaju etički [38] što dovodi do nesavesnog rada i loše farmaceutske prakse. Opet, izuzetak je pitanje: „**Situacija kada**

je farmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke” koje su farmaceuti sa radnim iskustvom preko 15 godina smatrali učestalijim. Mogući razlozi za to mogu biti to što farmaceuti sa više iskustva i stariji farmaceuti teže prihvataju komercijalizaciju farmaceutske profesije kao i njihovo uverenje da je osnovni cilj i svrha farmaceutske profesije humanost i dobrobit pacijenta i da komercijalni aspekt ne bi trebao da bude važniji. I u ovom slučaju ne postoji statistički značajna razlika između ispitivanih grupa.

Bez obzira na tržišne težnje i finansijske probleme, farmaceuti treba da imaju ključnu ulogu u smanjenju troškova lečenja i poboljšanju kvaliteta zdravstvene zaštite [241]. Iako moderni etički kodeksi u farmaciji naglašavaju da dostojanstvo i dobrobit pacijenata moraju biti najvažniji, takođe je priznato da ova obaveza može biti ugrožena kada farmaceuti dozvoljavaju da poslovni ciljevi utiču i kontrolišu njihovo ponašanje [242]. Još sredinom prošlog veka je razmatrano da farmacija ima karakteristike i profesije i komercijalnog aspekta [243]. Takođe, farmacija je identifikovana kao zanimanje koje se trudi da pomiri ono za šta se tvrdi da su različiti ciljevi profitabilnosti i profesionalni altruizam [44,244]. Istraživanje koje su sproveli Linn i Davis [245], pokazuje da farmaceuti koji su vlasnici apoteka ili oni koji nemaju dalje obrazovanje nakon diplomiranja pokazuju veću tendenciju da preporučuju prodaju određenih proizvoda. Konflikt između etike i komercijalnog poslovanja apoteka je razmatran i od strane Kronusa [244] i Ladinskog [246] 70-tih godina prošlog veka i ovakva razmatranja su još uvek su aktuelna [242,247]. Prema Cooperu [16], jedna od karakteristika rada u javnim apotekama je i da su komercijalno orjentisane. Resnik i saradnici [242] navode da se sukob javlja usled dualne prirode farmacije, odnosno farmacija je profesija sa komercijalnim efektom, ali s druge strane, farmacija je zdravstvena struka i farmaceuti javnih apoteka su pre svega zdravstveni radnici. Wingfield i saradnici [45] smatraju da poslovne i komercijalne vrednosti u farmaciji dovode do etičkih problema kao što su kontrola profita i pritisak klijenata, kompanija i organizacione politike. Finansijski pritisci utiču na farmaceuta, na ponašanje i proces donošenja odluka [37]. Farmaceuti navode da su pod različitim uticajima - od strane sopstvenog interesa, komercijalnih i organizacionih vrednosti, a takođe i zakonskih ograničenja [29]. Viđenje apoteke kao „nepotpune” ili marginalne profesije ostaje i dalje prisutno uprkos argumentima da komercijalni i profesionalni imperativi ne moraju nužno da se sukobljavaju [248,249]. Takođe, Cooper i saradnici [38,39] prilikom

razmatranja o etičkim dilemama u radu farmaceuta navode komercijalni aspekt rada kao uzrok etičke zabrinutosti farmaceuta. Oni zaključuju da je sve veći broj farmaceuta izložen pritiscima politike i raznih procedura kompanija koje se odnose na intenziviranje prodaje. Poslovno okruženje, prema istraživanju koje su sproveli Chaar i sardanici [37], ima značajan uticaj na etičke odluke i za rezultat ima davanje prioriteta profitu i komercijalizaciji u odnosu na dobrobit pacijenata. Rezultati studije koja je sprovedena u Hrvatskoj pokazuju da 47.2% farmaceuta navodi da finansijski ili komercijalni pritisci utiču na njihovu praksu zasnovanu na etičkim vrednostima [102], što je u skladu sa prethodnim istraživanjima sprovedenim u ovoj zemlji i studijom koja sugerira da farmaceuti u Hrvatskoj i dalje sebe vide kao profesiju sa socijalnom odgovornošću koja naglašava dužnosti prema pacijentu, pre nego prema poslovnim obavezama koje podrazumevaju marketing i profit [250]. Rezultati istraživanja koje je sproveo Lowenthal [57] u koje su uključeni studenti farmacije, takođe pokazuju visok stepen zabrinutosti za pacijentovu dobrobit koja se odnosi na neslaganje sa ekonomskim interesima rada. U dokumentu FIP-a o farmaceutima, etici i profesionalnoj autonomiji se navodi da je ostvarivanje profita jedna od aktivnosti apoteka, ali je važno i profesionalno stanovište u smislu profesionalnog iskustva i odgovornosti da se donesu nezavisne profesionalne odluke i odluke u najboljem interesu za pacijenta [23]. Danas je komercijalizacija farmaceutske struke izraženija nego ikad. Dok je profesionalna slika usmerena na FZZ s pacijentom u fokusu, opstanak i profitabilnost zavise od uspešne komercijalizacije [251].

Situacija kada farmaceut treba da informiše pacijenta o njegovoj dijagnozi, odnosno kada treba da objasni pacijentu zbog čega treba da pije određeni lek, je ocenjena kao teška od većine farmaceuta i percipirana je sa većim stepenom težine od strane farmaceuta sa dužim radnim stažom. Princip informisanosti podrazumeva slobodno datu saglasnost od strane pacijenata i prema navodima Parojčić [14] sastoji se od pet elemenata: dostupnost, razumevanje, dobrovoljnost, kompetencija i pristanak. Dostupnost se odnosi na pristup informacijama, razumevanje podrazumeva da pacijent razume dobijene informacije, dobrovoljnost znači da pacijent ima prava da odlučuje o svojoj terapiji, kompetentnost podrazumeva da je pacijent u mogućnosti da sam donese odluku, dok pristanak predstavlja krajnji zakonski i moralni kriterijum za informisanu saglasnost [14]. Međutim, navedeno etičko pitanje podrazumeva da pacijent možda iz

određenih razloga nije u potpunosti informisan o svom zdravstvenom stanju. U ovom slučaju je pored autonomije pacijenata uključen i princip informisanosti koji podrazumeva pošten odnos prema pacijentu od strane svih zdravstvenih radnika. Takođe, pacijent ima pravo da očekuje da će zdravstveni radnici biti iskreni prema njima, ali da postoje situacije kada kršenje ovog principa može biti etički opravdano. Na primer, postoje situacije kada je lekar procenio da pacijent ne treba da bude upoznat sa svojom dijagnozom (zbog psihološkog statusa, potencijalne anksioznosti, osećaja bespomoćnosti ili čak mogućnosti za odbijanjem terapije). Ukoliko farmaceut nije upoznat s tom odlukom on može nesvesno da odgovori pacijentu na pitanja o njegovom zdravstvenom statusu, što još jednom ukazuje na važnost komunikacije između ova dva zdravstvena radnika. Takođe, bez obzira koliko je farmaceutu teško da pacijentu pojasni razlog zbog koga mu je propisana terapija, pogotovu kada se radi o teškim bolestima, postojanje uputstva u originalno pakovanim lekovima omogućava pacijentu da se sam informiše, pri čemu može da bude dovedeno u pitanje poverenje pacijenta u farmaceuta, što predstavlja dodatni razlog za postojanje etičkog pitanja [14].

Iz rezultata studija se može zaključiti da se etičke dileme javljaju u apotekama i predstavljaju uzrok poremećaja označenog kao moralni distress. Stavovi u ovom istraživanju odnose se na integritet pacijenta, pogrešan ili neprikladan recept pacijenta i kršenje zakonskih pravila [53,54].

Kao i rezultati studije sprovedene od strane Haddad [51] rezultati ove doktorske disertacije pokazuju da postoji jasna razlika između etičkih pitanja koja se uvek javljaju i onih koje farmaceuti smatraju najtežim. Prema učesnicima studije Haddad [51] najteža etička pitanja se retko pojavljuju u njihovoj svakodnevnoj praksi,

U istraživanju u Velikoj Britaniji, učesnici su govorili o interesima pacijenata i da u svom radu postupaju u najboljem interesu za pacijenta što je rangirano kao najviši princip [50]. Međutim, kao glavni faktor koji plaši farmaceuta u slučaju kompromitovanja etičkih vrednosti, većina učesnika u našem istraživanju navela je: „Da ću naškoditi pacijentu”. Takođe, ovo pokazuje da je pacijentova dobrobit najvažniji faktor koji treba razmotriti kada farmaceuti donose etičke odluke u svakodnevnoj praksi. Slični rezultati su dobijeni i u istraživanju Chaar i saradnika [37], koji navode da su ispitanici jednoglasno identifikovali koncept: „Najbolji interesi pacijenta“ koji

predstavlja značajan i empatičan princip na kojem ogromna većina, bez obzira na starosnu dob, prirodu prakse ili ličnu pozadinu, zasniva svoj rad. Najčešća i uznemirujuća etička iskustava, koja se odnose na ovaj koncept, podrazumevaju suprotnosti sa zakonskim zahtevima, neslaganje sa lekarom ili se odnose na autonomiju pacijenta, kao što je pravo na poverljivost [37], što je već prethodno razmatrano. Po prirodi profesije, donošenje odluka u farmaciji se u velikoj meri oslanja na zdrav razum, mada mnogi ispitanici nemaju poverenja ili osećaju nelagodnost, naročito u slučajevima kada dilema uključuje najbolje interese pacijenta koji imaju prioritet nad zakonskim zahtevima [37]. Rezultati ove doktorske disertacije su slični i ukazuju na praksu orjentisanu ka pacijentu.

Međutim, kroz dobru komunikaciju niko ne mora da bude podređen bilo kome, komunikacijom se mogu naći rešenja za svaku od zainteresovanih strana. Interes pacijenta je osnovni etos farmaceutske prakse. Ovo je, prema istraživanju sprovedenom od strane Deans [50], najznačajniji i empatičan princip na kojem ogromna većina farmaceuta, bez obzira na starosnu dob, prirodu prakse ili ličnu pozadinu, zasniva svoju profesionalnu praksu. Međutim, rezultati pokazuju da su učesnici u ovom istraživanju govorili o interesima pacijenata i kako da postupaju u najboljem interesu za pacijenta koji je rangiran kao najviši princip, mada postoje dokazi da se ovaj princip ne poštuje kao što su oni naveli [50]. Rezultati istraživanja za potrebe ove doktorske disertacije, pokazuju da dobrobit pacijenta ima prioritet i značajnu ulogu u donošenju etičkih odluka kod farmaceuta. Takođe, rezultati naše studije pokazuju da su farmaceuti spremni da prekrše pravila, ako su interesi pacijenta u suprotnosti sa pravilima. Slično rezultatima ove disertacije, rezultati drugih istraživanja pokazuju da je dobrobit pacijenata važnija za farmaceute u odnosu na neželjene posledice kršenja zakona [27,252]. Zakoni utiču na sve zdravstvene radnike i mogu dovesti do etičkih, pravnih i vrednosnih sukoba. Rezultati istraživanja sprovedenog u Hrvatskoj pokazali su da farmaceuti vrlo često opravdavaju svoju odluku da izdaju lek, tvrdeći da rade u najboljem interesu za pacijenta [102].

Mnogi autori su razmatrali pitanje prigovora savesti u smislu razmatranja pacijentove dobrobiti. Istraživanje sprovedeno u Velikoj Britaniji pokazuje da su farmaceuti koji odbiju da pruže određene usluge ili lečenje zbog prigovora savesti kritikovani zbog neispunjavanja profesionalnih obaveza [253]. Oni mogu zadržati pravo da ne pruže

uslugu ili lečenje zbog moralnih ili verskih razloga, pod uslovom da pacijenta upućuju na alternativni izvor. Najvažniji slučajevi su se odnosili na odbijanje pružanja urgentne hormonalne kontracepcije. Deans [253] smatra da odbijanje na osnovu prigovora savesti može biti prihvatljivo pod uslovom da je pacijent obavešten o usluzi, da se preusmerava na alternativni izvor i da odbijanje ne izaziva nerazumno opterećenje pacijenta, a navodi se da načelno kategorično odbijanje pojedinog farmaceuta da pruži određenu uslugu nije moralno dopušteno. Postoji veliki broj istraživanja koji se bavi izdavanjem urgentne hormonske kontracepcije [254-258]. U našem istraživanju, tri učesnika u intervjuima su navela izdavanje urgentne hormonalne kontracepcije kao etički problem, ali istovremeno opravdavajući svoju odluku da to ustvari treba da bude izbor pacijentkinje, a ne farmaceuta, dok je ekspert panel jednoglasno doneo istu odluku.

Ovo pitanje odražava pretnju autonomiji farmaceuta javnih apoteka u odnosu na ojačanog i zahtevnog pacijenta i pokreće veće pitanje o tome kako farmaceuti mogu razumno da ostvare svoje pravo na prigovor savesti u odnosu na rastući pritisak proizvođača lekova, pacijenata i lekara koji propisuju lekove [102]. Rezultati istraživanja sprovedenog u Poljskoj pokazuju da 92% učesnika nikada nije odbilo da izda lek zbog svojih uverenja, ali 15 % smatra da ukoliko bi ova klauzula bila legalna, oni bi rado ostvarili pravo na prigovor savesti. Takođe, 73% farmaceuta koji su učestvovali u ovoj studiji smatra da farmaceuti ne bi trebali imati pravo na prigovor savesti i u ovom istraživanju se navodi potreba za razmatranjem prioriteta između prava na prigovor savesti farmaceuta i prava pacijenta na dobijanje usluge [259].

Farmaceuti se suočavaju sa etičkim izazovima u svom radu i moraju da imaju poseban etički okvir za donošenje odluka. Etički kodeks farmaceuta je definisan kako bi farmaceuti bili informisani o svojoj ulozi i odgovornostima u sistemu zdravstvene zaštite i kako bi imali pomoć u rešavanju etičkih pitanja. Međutim, istraživanja ukazuju na to da etički kodeksi nikada ne mogu da zamene lične moralne odgovornosti i da postoji složena korelacija između moralnih standarda i profesionalnih etičkih kodeksa [53]. Takođe, rezultati istraživanja sprovedenog u Švedskoj pokazuju da etički kodeksi nisu dovoljni za ublažavanje moralnog distresa, a mere podrške treba da osigura menadžment i organizacija rada [53]. Osim toga, mogu postojati prepreke za ispunjavanje zahteva profesionalnog kodeksa etike koji potiču od zahteva organizacije, samih aktera itd. Kako bi se smanjio broj etičkih pitanja sa kojima se farmaceuti

susreću, potrebno je da se farmaceuti upoznaju sa svojim odgovornostima, koje su definisane kroz profesionalnost. Latif [104] u svom radu diskutuje da moralno rasuđivanje studenata može biti povećano obrazovanjem. Rezultati njegove druge studije ukazuju na potrebu za edukacijom i diskusijom o potencijalnim slučajevima, kao mogućnost za poboljšanje moralnog razvoja [107]. Bayrami i Abdollahi [207] smatraju da je kontinuirani program za informisanje studenata o etičkim kodeksima obavezan i da pozitivno utiče na njihovu buduću profesiju. O najefikasnijem vremenu učenja etike kod studenata farmacije, koji mogu uticati na ishode, se još uvek raspravlja. Chaar i saradnici [37], smatraju da veća izloženost etičkoj obuci može da utiče na viši nivo svesti o etičkim pitanjima, ali navodi da pravo vreme za edukaciju iz oblasti etike nije poznato. Bumgarner i saradnici [207] ukazuju na etičku nastavu u ranim fazama, dok Latif [104] predlaže drugu godinu studija kao pravo vreme etičkog obrazovanja i izlaganja etičkim dilemama. Rezultati istraživanja iz Hrvatske ističu važnost da se obezbedi više kontinuirane edukacije iz etike za licencirane farmaceute [102]. Prema rezultatima ove disertacije, više od dve trećine učesnika je navelo da nije imalo nikakvu edukaciju iz etike nakon završetka studija, što ukazuje na potrebu organizovanja dodatnih edukacija iz etike kroz primere etičkih pitanja iz prakse, u koje može biti uključena Farmaceutska komora Srbije u saradnji sa Farmaceutskim fakultetom.

Farmaceuti stalno prave etičke izbore u svojoj profesionalnoj praksi. Postavlja se pitanje koji resursi im pomažu u ovim situacijama? Strukture organizacione podrške ne postoje, ali u mnogim situacijama iz profesionalnog rada može biti jasno kakve aktivnosti moraju biti preduzete u cilju postizanja najboljeg rešenja prema osnovnim etičkim principima navedenim u etičkim kodeksima. Etički kodeks predstavlja pokušaj da se definišu osnovna pravila i principi za određivanje onoga što predstavlja „dobro” ili „ispravno” (prihvatljivo ili poželjno i neprihvatljivo ili nepoželjno) ponašanje i određivanje šta bi farmaceuti trebali da urade. Rezultati našeg istraživanja su pokazali da je ogromna većina farmaceuta upoznata sa Etičkim kodeksom farmaceuta, ali je korelacija između poznavanja i koristi kod rešavanja problema u svakodnevnoj praksi negativna. To ukazuje na činjenicu da kada nema struktura podrške, farmaceuti se sami snalaze ili ignorišu etičke implikacije. Potrebno je da Etički kodeks obuhvata generalno pragmatičniji i manje teorijski pristup, što ukazuje na potrebu za jasnim i lako prihvatljivim, operativnim okvirom za zdravstvene radnike. Iako je velikom broju

farmaceuta u našem istraživanju nedostajalo stručno usavršavanje iz oblasti etike, urođeni osećaj dužnosti prema pacijentu ukorenjen je u praksi farmaceuta. Slično rezultatima ove doktorske disertacije su i nalazi Hibberta i saradnika [29]. Njihova studija na farmaceutima u Velikoj Britaniji otkrila je da uprkos činjenici da farmaceuti nisu upoznati sa Etičkim kodeksom farmaceuta oni pokazuju svest o etičkim pitanjima i uvažavanje normativa i principa, kao što su autonomija i dobrobit [29]. Slično svojim kolegama u Velikoj Britaniji i SAD [29,51] farmaceuti Australije se oslanjaju na logičko razmišljanje, koristeći zdrav razum, praktične veštine i lični moral da bi se suočili sa etičkom dilemom [37]. Rezultati istraživanja sprovedenog u Hrvatskoj pokazuju da je 94.4% učesnika upoznato sa Etičkim kodeksom farmaceuta, ali su u velikoj meri podeljeni oko njegove relevantnosti [102]. Takođe, samo 47.6% učesnika smatra da Kodeks odražava promene u okviru apotekarske profesije današnjice [102]. U istraživanju Haddad [51] čak 55% farmaceuta koji su učestvovali u studiji navodi da nisu pročitali Etički kodeks Američke farmaceutske asocijacije, dok je 60% imalo dodatne instrukcije iz etike. Nedostatak relevantnosti i uticaja Etičkog kodeksa za farmaceute bio je i ranije prijavljiv u studijama Copper-a [16], Hibberta i saradnika [29] i Chaar i saradnika [37].

Parojčić i saradnici u svom radu navode da rešenje neke dileme ponekad zavisi od posebnih okolnosti samog slučaja, a ponekad od prioriteta koje treba napraviti prilikom izbora između više etičkih principa o kojima ljudi mogu imati različita mišljenja [61]. Takođe, oni navode da farmaceuti ne koriste etičke kodekse prvenstveno iz razloga što nemaju dovoljno obuke u etičkom rasuđivanju i da većina farmaceuta pristupa problematici razrešavanja etičke situacije na praktičan način, koristeći prethodno iskustvo i zdrav razum, i oslanjajući se na logično razmatranje, praktične veštine i lični moral u upravljanju situacijom [61].

Prema rezultatima istraživanja sprovedenog u Hrvatskoj, kada se suočavaju sa etičkim problemima/dilemama, u cilju da se dobiju potrebne informacije o relevantnim etičkim pitanjima, samo se 5.6% ispitanika (farmaceuta) obratilo relevantnom profesionalnom telu (Komisiji za etiku i deontologiju Hrvatske Farmaceutske komore). Takođe, u ovom istraživanju se navodi da 83.3% farmaceuta sami rešavaju etičke dileme/probleme i da nizak procenat farmaceuta koji se konsultuju sa profesionalnim telom prilikom

rešavanja etičkih pitanja sugeriše da farmaceuti ne prepoznaju etičke probleme u svojoj praksi, dok je druga mogućnost da oni prepoznaju probleme, ali pokazuju etičku pasivnost ili prepoznaju probleme, ali nisu sigurni gde da traže savet ili pomoć. Takođe, autori smatraju da kombinacija visokog procenta farmaceuta koji sami donose odluke o etičkim pitanjima (83.3%) i visok procenat onih koji se ne osećaju adekvatno obučeni da donesu takve odluke (75.4%) jasno ukazuje na jaz u podršci profesionalnoj etici koju Hrvatska Farmaceutska komora i etički stručnjaci na farmaceutskim fakultetima treba da popune. U ovom istraživanju više od trećine farmaceuta smatra da moraju da opravdaju svoj izbor kolegama [102]. U našem istraživanju više od polovine farmaceuta navodi da se za pomoć u rešavanju etičkih problema obraća kolegama u apoteci, nešto više od petine učesnika se obraća nadređenima i menadžmentu, dok za razliku od rezultata istraživanja u Hrvatskoj, samo mali procenat samostalno donosi odluku o načinu rešavanja etičkih problema. Slična pitanja diskutovana su i u istraživanju koje su sproveli Hurst i saradnici [93] u koje su uključeni internisti iz SAD s ciljem istraživanja njihovih iskustava vezanim za etičke poteškoće u njihovom radu i njihove percepcije dobijanja usluga etičke podrške. Ovi autori navode da kada su suočeni sa etičkim poteškoćama, lekari izbegavaju sukob i traže pomoć, pokušavajući da zaštite integritet svoje savesti i ugleda, kao i integritet grupe ljudi koji su učestvovali u donošenju odluka. Ovi naponi ponekad pojačavaju etičke ciljeve, poput praćenja pacijenata ili rada u cilju njihovih najboljih interesa, ali ponekad se takmiče sa njima. Ciljevi usmereni na izbegavanje sukoba, dobijanje pomoći i zaštite integriteta i grupe donosilaca odluka takođe mogu da kompetiraju jedni s drugima [93].

Verovatno je nemoguće je sprečiti da se u potpunosti pojavi moralni disteres izazvan etičkim dilemama. Arentz [262] smatra da su poremećaji vezani sa stresom češći kod zdravstvenih radnika nego kod ostalih profesija. Međutim, kako Kalvemark Sporrang i saradnici navode [54], identifikovanjem stresora ili okruženja u kome su moralne dileme čest uzrok stresa, moraju biti preduzete preventivne aktivnosti kako bi se njihov nivo smanjio. Predložene mere uključuju:

- Obuku/edukovanje iz teorije etike i donošenja odluka kako bi farmaceute učinili svesnijim i kompetentnijim u moralnim pitanjima;
- Organizovanje sistema podrške (nadzor, mentorstvo, etički komiteti, etički krugovi itd.) kako bi se razmotrile i diskutovale moralne dileme [54].

Intervjuisani farmaceuti, u istraživanju koje su sproveli Cooper i saradnici [39], prilikom razmatranja etičkih problema u svom radu, često navode pitanja vezana za rutinizaciju, rad u oblastima izdavanja lekova na recept i prodaju lekova bez recepta. Postojale su značajne varijacije kod farmaceuta vezanih za sposobnost identifikacije i opisivanja etičkih problema. Dok su neki farmaceuti mogli lako da se prisete etičkih problema i da ih opišu u smislu njihovih relevantnih etičkih vrednosti, mnogi farmaceuti su teško mogli da identifikuju ili da opišu etički problem. Ovo se odnosi na prvu fazu Jonesovog modela [263] odlučivanja i ukazuje na etičku nepažnju. Rezultati studije iz SAD-a pokazuju da je više od polovine ispitanika navelo da su učestvovali u situacijama koje sadrže etički problem tokom prošle godine [51]. Takođe, u rezultatima istraživanja sprovedenog u Hrvatskoj se navodi da se više od dve trećine farmaceuta suočava sa etičkim dilemama u svakodnevnom radu [102], dok rezultati ove doktorske disertacije pokazuju da čak više od trećine farmaceuta navodi da ne mogu da se prisete kada su se poslednji put susreli sa etičkim pitanjem u svojoj svakodnevnoj praksi, dok petina učesnika navodi da se sa etičkim pitanjem susrela u toku proteklih 6 meseci. Ukoliko se uzme u razmatranje i da je manji broj farmaceuta naveo da nisu imali etički problem u svom radu, može se razmatrati da su razlozi etička pasivnost ili etička desenzibilnost, odnosno neprepoznavanje etičkih problema i pitanja. Rezultati našeg istraživanja ukazuju na potrebu za daljom edukacijom iz etike, kako bi farmaceutima bio razjašnjen pojam etičkih pitanja, olakšalo njihovo prepoznavanje i suočavanje sa ovakvim pitanjima u svakodnevnom radu i kako bi se smanjila eventualna etička pasivnost farmaceuta.

Kako su Benson i saradnici [207] objasnili u svom radu o vrednostima farmaceuta, neophodno je prepoznati da je farmacija profesija „zasnovana na vrednostima i profesija zasnovana na znanju”. U specifičnom kontekstu profesionalnog ponašanja, etika i vrednosti se javljaju kao važni aspekti rada farmaceuta. S tim ciljem, deo upitnika primenjen u kvantitativnom delu našeg istraživanja sadrži deo koji se odnosi na faktore koji utiču na etičnost farmaceuti i razloge za kompromitovanje etičkih vrednosti.

U našoj studiji, više od polovine farmaceuta je navelo profesionalnu etiku kao glavni faktor koji utiče na njihove etičke vrednosti, zatim sledi porodica. Mali broj ispitanika navodi radno iskustvo kao faktor uticaja. To bi se moglo objasniti činjenicom da

moralni razvoj i moralno prihvatljivo ponašanje, potiče iz porodice, dok je profesionalno prihvatljivo ponašanje oblikovano profesionalnom etikom i radnim iskustvom. Etika naučena na radnom mestu je predmet nekih debata [264]. Takođe, postoje razmatranja da se mi od naših porodica učimo vrednostima i etičnosti, a ne na poslu [265], s tim da profesionalna etika integriše lično i korporativno moralno ponašanje profesionalca [266]. Dodatno razmatranje uticaja na foriranje vrednosti vezano je za rezultate treće studije.

Rezultati ove doktorske disertacije pokazuju da je pitanje: **„Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim”**, statistički značajno u analizi faktora koji utiču na etičke vrednosti i percepciju farmaceuta o stepenu težine etičkih pitanja. Post-hoc test pokazao je da je za ovo pitanje najuticajniji faktor na etičke vrednosti farmaceuta profesionalna etika.

To se može objasniti činjenicom da nas farmaceutska profesionalna etika uči sledećem:

- Ciljevi rada farmaceuta su dobrobit pacijenata i briga za pacijente.
- Bezbednost pacijenata je važna (jedan od osnovnih etičkih principa je *Primum non nocere*).
- Saradnja farmaceuta i lekara je neophodna za poboljšanje ishoda terapije i postizanje dobrobiti pacijenata.
- Komunikacija sa drugim zdravstvenim radnicima treba da se zasniva na principima istinitosti, dobrobiti i poštovanja.
- Odnosi i saradnja zdravstvenih radnika treba da se zasnivaju na pravednosti, iskrenosti, poštovanju i razmeni znanja i iskustva.
- Neophodna je potpuna posvećenost i fokusiranost na pacijenta.

Rezultati istraživanja Haddad [51] pokazuju da američki farmaceuti smatraju da je porodica faktor koji najviše utiče na njihovu etičnost, a zatim sledi radno iskustvo. Analiza razloga za kompromitovanje etičkih vrednosti i faktora koji plaše farmaceute u vezi sa kompromitovanjem etičkih vrednosti pokazuju i ilustruju sistem vrednosti farmaceuta.

U istraživanju sprovedenom u Poljskoj, više od polovine učesnika smatra da farmaceutu uvek prioritet treba da bude interes pacijenata čak i kad je u sukobu sa njihovim uverenjima [259]. Ovo može biti i razlog zašto je samo nekoliko učesnika u našem istraživanju navelo da najveći uticaj na njihove etičke vrednosti ima religija. Prema istraživanju Hadda [51], više od petine učesnika je navelo da religija ima najveći uticaj na njihovu etičnost. Postoje brojne studije koje se bave uticajima religije na donošenje odluka u farmaceutskoj praksi [267-269]. U ovom slučaju važno je navesti klauzulu prigovora savesti. Grady [269] smatra su klauzule o savesti zakoni koji eksplicitno dozvoljavaju zdravstvenim radnicima da odustanu od određenih procedura (obično reproduktivnih procedura i eutanazije) na moralnoj, etičkoj ili verskoj osnovi. Međutim, on takođe navodi da za zdravstvene radnike, uključujući i farmaceute, nema ni zakonodavne podrške niti bogate profesionalne tradicije koja dozvoljava prigovor savesti [269]. U našem istraživanju je, pored religije, mali broj farmaceuta naveo da njihovu etičnost imaju i diskusija s kolegama o etičkim pitanjima i edukacija iz etike. Takođe, rezultati studije Haddad [51] pokazuju da diskusija sa kolegama i dodatna edukacija iz etike kursevima u etici imaju mali uticaj na etičke vrednosti farmaceuta u SAD.

Pored navedene brige za dobrobit pacijenata koja predstavlja osnovni faktor koji plaši farmaceute kod potencijalnog kompromitovanja etičkih vrednosti, glavni razlog za kompromitovanje, prema navodima skoro petine učesnika je: „Da bih ispoštovao/la zahtev pacijenta”, što ponovo upućuje na farmaciju kao profesiju sa pacijentom u fokusu. Takođe, dve trećine farmaceuta navodi da nikada nisu bili u prilici da kompromituju svoje etičke vrednosti.

S obzirom da je upitnik sadržavao deo pitanja koja su se odnosila na etičke vrednosti i razloge za kompromitovanje etičkih vrednosti i da upitnici daju ograničenu mogućnost davanja odgovora, odlučeno je da se sprovede treća istraživačka studija kako bi se dublje istražio fenomen profesionalnih vrednosti i razloga za njihovo kompromitovanje. U filozofiji, ispitivanje vrednosti je usko povezano sa etikom. Filozofski pregled vrednosti i vrednovanja, različit od etike, pojavio se sredinom dvadesetog veka na različite načine u pragmatičkim, analitičkim i fenomenološkim tradicijama. Profesionalne vrednosti predstavljaju specifična verovanja ili principe orjentisane na

posao, odnosno zanimanje, koje predstavljaju vodič za profesionalno ponašanje i one mogu da odražavaju etiku, praksu, standarde i ostale normative. Istraživanje vrednosti farmaceuta je važno s obzirom da se vrednosti koriste za karakterizaciju kulturnih grupa, društava i pojedinaca, za praćenje promena tokom vremena i objašnjavanje motivacionih osnova stavova i ponašanja [85]. S obzirom da vrednosti predstavljaju osnovu izbora koje donosimo i onog što smatramo važnim, utiču na naše stavove i naše ponašanje, profesionalne vrednosti u farmaceutskoj praksi imaju poseban značaj. Kako Schwarz [85] navodi, kad pomislimo na naše vrednosti, mislimo na ono što nam je važno u našim životima (npr. sigurnost, nezavisnost, mudrost, uspeh, ljubaznost, zadovoljstvo i sl.), ali kada razmišljamo o našim profesionalnim i etičkim vrednostima, mislimo o tome šta je važno za pacijenta (stručnost, dobrobit pacijenta, etika, poverenje itd.). Nijedan problem koji se javlja u farmaceutskoj praksi ne može da se razume bez uvida u profesionalne vrednosti farmaceuta, a to je osnova za pružanje kvalitetne FZZ. Hafferti [270] sugeriše da definicija medicinskog profesionalizma treba da bude izgrađena na tripartitnom okviru: 1) jezgrovitom znanju i veštini, 2) etičkim principima i 3) nesebičnosti i/ili usmerenosti usluge. Arnold i Stern [271] definišu da se profesionalizam dokazuje kroz osnovu kliničke kompetencije, veštine komunikacije, etičko i pravno razumevanje, na osnovu kojih je izgrađena težnja ka primeni principa profesionalizma: izvrsnost, humanizam, odgovornost i altruizam. Kako farmaceuti razumeju svoju ulogu, odgovornosti i etičke obaveze zavisi od njihove profesionalne kulture [272-274] i izjave farmaceuta o vrednostima u našem istraživanju su u potpunosti usklađene sa definicijama i konceptom profesionalizma.

U trećoj istraživačkoj studiji ove doktorske disertacije, tokom razgovora učesnici su navodili vrednosti koje smatraju važnim kada je od njih konkretno traženo da kroz primere razmisle o tome koje vrednosti čine „*dobrog farmaceuta*”. Na osnovu izjava gotovo svih učesnika, najvažnije vrednosti farmaceuta su: stručnost, etičnost i komunikativnost. Takođe, za postizanje najboljih ishoda za pacijenta, farmaceuti u ovom istraživanju ističu spremnost na timski rad sa ostalim zdravstvenim radnicima. Pored ovih najčešće navođenih vrednosti, ostale vrednosti koje je većina učesnika navela kao važne za rad u javnim apotekama su: odgovornost, posvećenost, pouzdanost, poštenje, preciznost, poverljivost, kolegijalnost, kreativnost, vrednoća, tolerantnost,

inovativnost, dok su najmanje navođene vrednosti ambicija i lojalnost i one utiču na kvalitet i unapređenje kvaliteta rada u apotekama.

Koncept FZZ uključuje potrebu za boljom upotrebom farmaceutske stručnosti za smanjenje velikog broja neželjenih reakcija na lekove u kliničkoj medicini, zbog primene neadekvatnih lekova ili nedostatka komplijantnosti pacijenta [17]. Znanje je jedna od osnovnih vrednosti farmaceuta, a rad farmaceuta u javnim apotekama zasnovan je na znanju i stručnosti čiju osnovu predstavlja univerzitetsko obrazovanje, kontinuirano obrazovanje i edukacije nakon završetka fakulteta. Takođe, pacijentova dobrobit zavisi od znanja farmaceuta. Kao što je Badcott predložio [83], farmaceuti su „stručnjaci o farmakoterapiji s širokim znanjem o lekovima njihovim fizičko-hemijskim osobinama, farmakološkim i kliničkim dejstvima i njihovim neželjenim efektima”.

Björkman i saradnici [275] zaključuju da farmaceuti u svim konceptima FZZ imaju posebna znanja od kojih pacijenti imaju koristi. Diskutujući znanje farmaceuta, Waterfield [276] u svom radu navodi da „farmaceuti imaju određeni moralni profesionalni identitet, jer su oni „čuvari kapije” kada se radi o sigurnosti lekova uz zahtev da odgovorno koriste svoje znanje u okviru zdravstvenog sistema” . Takođe, od farmaceuta se zahteva da budu uključni u kontinuirano obrazovanje. Unapređenje znanja i kontinuirana edukacija su predmet studija mnogih naučnika kako bi se postigli optimalni ishodi i poboljšanje farmaceutske profesije [277-281].

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da su farmaceuti motivisani da konstantno unapređuju svoje znanje, imaju pozitivan stav prema doživotnom učenju i prate dostignuća profesije.

U istraživanju koje su sproveli Mardanov i Ricks [282], rezultati pokazuju da mnogi pacijenti/korisnici usluga uzimaju u razmatranje stručnu pozadinu farmaceuta, uključujući obrazovanje i višegodišnje iskustvo, kada traže savete o lekovima. Pored toga, spremnost pacijenata/korisnika usluga da traže pomoć je u pozitivnoj korelaciji sa spremnošću farmaceuta da pomognu pacijentima/korisnicima usluga i da pomoć i profesionalnost farmaceuta imaju značajan uticaj na njihovu lojalnost. Prema ovim autorima, ukoliko je pacijent/korisnik usluga zadovoljan pomoći koja mu je pružena od strane farmaceuta, njegova lojalnost će uticati na porast prodaje i jačanje konkurentnosti

u farmaciji [282]. Rezultati takođe ukazuju na to da pacijenti/korisnici usluga brinu o profesionalizmu farmaceuta. Ovaj faktor ih motiviše da više puta posete određenu apoteku, jer im je potreban dobar savet o lekovima koji se izdaju na recept i sugestije i saveti o lekovima čiji je režim izdavanja bez recepta [282]. U trećoj studiji ove doktorske disertacije, farmaceuti navode da se osećaju sigurnim kad znaju i da na taj način mogu pacijentu da pruže najbolji savet. Samim tim, unapređenjem znanja, farmaceuti mogu da razviju svoje profesionalne usluge usmerene na interese pacijenata i uspostave bolju saradnju sa lekarima i drugim zdravstvenim radnicima, što smanjuje konfuziju kod pacijenata.

Društvena uloga farmaceuta se menja, a uz to i nivo svesti koji farmaceuti imaju u pogledu važnosti profesionalne i poslovne etike i profesionalnih vrednosti. Takođe, kao rezultat komercijalizacije farmaceutske struke, povećano je interesovanje za moralnim i etičkim ponašanjem farmaceuta. Zdravstvena profesija je oduvek objašnjavana skupom etičkih stavova razvijenih prvenstveno u korist pacijenata, a farmacija kao profesija ima posebno izraženu specifičnost etičkih standarda i vrednosti farmaceuta. Na rešavanje etičkih pitanja u određenim situacijama sa kojima se susreću u svom radu, najveći uticaj imaju vrednosti i lične karakteristike farmaceuta. Farmaceuti moraju biti moralno motivisani i svesni da etički principi imaju prioritet nad predrasudama, ekonomskim faktorima i ličnim interesima i moraju biti moralno hrabri da sprovedu etičku odluku u praksu iako to može dovesti do sukoba sa drugim zdravstvenim radnicima. Većina učesnika u intervjuima je izjavila da je farmaceutska profesija zasnovana na etičnosti. Farmaceuti javnih apoteka imaju odgovornost da obezbede da su korisnici njihovih usluga pravilno informisani, sposobni da razumeju i da mogu da donesu informisanu odluku [83]. Na osnovu rezultata obavljenih intervjuja i činjenice da mnogi istraživači proučavaju etiku i etičke probleme u farmaceutskoj praksi, pokazano je da etika predstavlja važan aspekt u svakodnevnom radu farmaceuta. Takođe, u istraživanju koje su sprovedli Vuković Rodriguez i Juričić [102] većina učesnika (84.5%) smatra da je njihov rad u skladu sa etičkim vrednostima. U našem istraživanju većina ispitanika navodi da je njihov rad u skladu sa njihovom savešću.

Pacijenti sa određenim zdravstvenim problemima dolaze u apoteku, stoga je neophodno pokazati saosećanje i naklonost. Način komunikacije zavisi od procene farmaceuta o potrebama pacijenata i od profesionalnih vrednosti farmaceuta koji pruža uslugu.

Učesnici u intervjuima smatraju da je način komunikacije važan. Takođe, smatraju veoma važnom komunikaciju ne samo sa lekarima već i sa pacijentima. Adekvatna komunikacija može da doprinese povećanju zadovoljstva korisnika usluga.

Takođe, Guirguis i saradnici [283] navode da ukoliko želimo da poboljšamo zdravstvenu zaštitu potrebno je istražiti odnos farmaceut-pacijent i navodi da istraživanja sugerišu da farmaceuti ukoliko doživljavaju preopterećenje, konflikte i dvosmislenost, to može smanjiti zadovoljstvo poslom, može da dovede do povećanja stresa i verovatnoće za napuštanjem rada u apoteci. Komunikacija pomaže u izgradnji bliskih odnosa između farmaceuta i pacijenta/korisnika usluga [282] i, pored već navdene stručnosti, prema sugestijama Mardanova i Ricksa [282], povećava njihovu lojalnost.

Svi zdravstveni radnici treba da budu edukovani da pruže zdravstvenu uslugu pacijentu kao članovi interdisciplinarnog tima, naglašavajući praksu zasnovanu na dokazima, pristupima poboljšanju kvaliteta i informisanosti [279]. I rezultati ove doktorske disertacije ističu važnost multidisciplinarnih timova, adekvatnu saradnju i komunikaciju kako bi se osigurala odgovarajuća razmena informacija i koordinacija zdravstvene zaštite. Identifikovane probleme sa terapijom može da reši farmaceut u dogovoru sa pacijentom i u saradnji sa lekarima i drugim zdravstvenim radnicima. Timski rad je neophodan za poboljšanje i samih ishoda terapije i farmaceuti bi trebalo da učestvuju u interdisciplinarnim timovima zdravstvene zaštite kako bi demonstrirali jedinstven i neophodan doprinos farmaceutske profesije kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti. Rezultati našeg istraživanja su slični rezultatima istraživanja koje su sproveli Brown i saradnici [285] koji su definisali faktore, kao što su znanje i etika, koji leže u osnovi rada šest grupa zdravstvenih radnika: farmaceuta, stomatologa, doktora, medicinskih sestara, optičara i radiografa.

Farmaceuti koriste svoje znanje kako bi obezbedili siguran, efikasan i individualizovan pristup pacijentovoj terapiji. Za podsticanje zajedničke odgovornosti i boljih terapijskih posledica potrebna je empatija, ljubaznost i saosećanje u profesionalnom radu kako bi se stvorio odgovarajući odnos sa pacijentima [286].

Prema Badcottu [287] postoji osnovna obaveza svih zdravstvenih radnika koja podrazumeva:

1. moralna i praktična obaveza da se radi u korist, a ne štetiti pacijentu,
2. prepoznavanje ugroženosti pacijenta i njegovog poverenja, i
3. potreba da se poštuje pacijent, autonomija, dostojanstvo i poverljivost.

Tokom kvantitativnog istraživanja ove doktorske disertacije, rezultati pokazuju da je najvažniji faktor koji utiče na njihovu etičnost profesionalna etika, dok je većina farmaceuta u intervjuima navela da je na razvoj njihovih vrednosti uticala porodica i da su se dodatno prilagođavale i razvijale kroz ostala iskustva i obrazovanje. Ovo može biti objašnjeno činjenicom da se u porodici usvaja veliki broj stavova usmeravanjem, vaspitanjem, ali i ugledanjem na roditelje, dok se tokom školovanja formiraju stavovi koji su uskladu sa društvom i kulturom određene zajednice.

Takođe, slično rezultatima ove doktorske disertacije, Blais i saradnici [288] navode da pojedinci razvijaju lične vrednosti kroz uticaj porodice, kulture, društva, životne sredine, religije i etničke pripadnosti.

Kada se vrednosti prihvate i asimiliraju, one postaju podsvesni deo procesa donošenja odluka [288].

Vrednosti utiču na ponašanje i o vrednostima jedne osobe se može zaključiti iz njenog ponašanja [289,290]. Takođe, prema Blaisu i saradnicima [288], profesionalne vrednosti su povezane sa uverenjima individue o tome šta je dobro ili poželjno za pripadnika jedne profesije i često su nadovezane na lične vrednosti pojedinca. I prema izjavama učesnika u našim intervjuima, lične vrednosti su utkane u profesionalne vrednosti i prenose se na njih. Odnosno, kao i što drugi autori navode, lične vrednosti direktno usmeravaju individue da preferiraju određene vrednosti na profesionalnom polju, kao i u svim ostalim oblastima života [65,291,292]. Na individualnom profesionalnom nivou, lične vrednosti predstavljaju dimenziju koja mora biti razmatrana prilikom procenjivanja etičkih i pravnih aspekata farmaceutske prakse javnih apoteka [97].

Studija koju su sproveli Turk i Avcilar [79] sugeriše da, ako obrazovni program može da poboljša ličnu vrednost studenata poslovnih studija, moguće je očekivati bolje etičko ponašanje od studenata. Vrednosti takođe omogućavaju ljudima da racionalizuju svoje stavove i postupke koji bi inače bili društveno neprihvatljivi, tako da se uvek mogu osećati da su moralno u pravu. Prilikom proučavanja vrednosti, Rokeach [65] navodi da

su vrednosti naučeni kriterijumi koji nas predisponiraju da postupamo prema onome što mi jesmo. S tim u skladu, pojavljuju se iz kulturnog okruženja, pripadnosti određenim društvenim grupama i obrazovanje (sistem znanja) i prošla iskustva imaju veliki uticaj. Prema rezultatima našeg istraživanja, profesionalne vrednosti su zasnovane na ličnim vrednostima i dalja asimilacija profesionalnih vrednosti je moguća kroz edukaciju tokom studiranja, kontinuiranu edukaciju, može biti pod uticajem mentora, kolega, pacijenata i iskustva iz prakse.

Sve navedene profesionalne vrednosti proistekle iz intervjua farmaceuta u ovom delu istraživanja usmerene su na najbolje interese za pacijenta. Pored rezultata iz naše druge studije koji pokazuju da osnovu rada farmaceuta predstavlja pacijentova dobrobit, rezultati treće studije pokazuju da je želja da pomognu pacijentu jedan od najčešće navođenih razloga za izbor farmaceutske struke kao profesionalne orijentacije. Rezultati našeg istraživanja pokazuju da su motivi koji određuju izbor profesije odraz vrednosti jedne ličnosti. Briga o dobrobiti pacijenta povezana je sa suštinskim i altruističkim motivima i pokazala je težnju ka samo-aktualizaciji. Rezultati su pokazali da je izbor fakulteta (profesije) u skladu sa ličnim preferencama, sklonostima, sposobnostima i dominantnim ličnim vrednostima [82].

Superov [81] pogled na realizaciju ličnog koncepta kroz profesionalni izbor ukazuje na tendenciju da osoba manifestuje svoju sklonost i da realizuje različite lične vrednosti i predstavlja ključnu determinantu realnog izbora profesije. Takođe, rezultati pokazuju da su profesionalni izbor i vrednosna orijentacija homogeni. Odnosno nijedan od ispitanika nije odlučio da studira farmaciju iz razloga nemogućnosti ostvarenja u drugoj profesiji. Prema izjavama učesnika u našem istraživanju, osnova profesionalnog izbora je želja da se drugima pomogne i percepcija apoteke kao „sigurne i čiste” profesije, što predstavlja altruističku i ekstrinzičku motivaciju [293,294].

Etika i etička edukacija mogu da doprinesu izbegavanju neetičnog ponašanja, kvalitetu, koherentnosti i konzistentnosti profesionalnog rada s obzirom da rad bez moralnih kriterijuma ne daje stabilne rezultate. U istraživanju koje su sproveli Thompson i saradnici [295], ispitanici su naglasili da profesionalizam treba da se razmatra u toku kurikuluma. Studenti su izrazili želju za više interakcija, primera, aplikacija i povratnih informacija kao način poboljšanja profesionalizma i boljeg razumevanja šta znači biti

profesionalac [295]. Na važnost kontinuirane edukacije iz oblasti etike ukazuju i rezultati naše druge studije.

U skladu sa rezultatima našeg istraživanja, u istraživanju koje su sproveli Elvey i saradnici [296], triangulacija podataka otkrila je tri konstrukta farmaceutskog profesionalizma s pacijentom u fokusu: profesionalno kompetentan, etički vredan i dobar komunikator. Očigledna je „kolektivna profesionalna svest” u kojoj su znanje, dobrobit pacijenta i etika važni koncepti za najviši kvalitet prakse. Uočeni značaj ovih i drugih koncepata bio je sličan za mnoge profesije [285].

Tokom intervju razmatrano je pitanje sukoba između etičkih imperativa koji treba da vode farmaceuta u obavljanju svakodnevnog rada i ekonomskih zahteva koja proizilaze iz komercijalne dimenzije apoteke. Većina farmaceuta su naveli da sebe smatraju pre svega zdravstvenim radnicima i teško prihvataju komercijalizaciju struke. Samo jedna osoba muškog i jedna ženskog pola su navele da nemaju ništa protiv komercijalizacije farmaceutske struke. Ovim je dodatno pojašnjeno zašto je pitanje komercijalizacije farmaceutske profesije iz instrumenta - EISP-a ocenjeno kao izuzetno problematično. Rezultati istraživanja su u skladu sa istraživanjem sprovedenim od strane Hibberta i saradnika [29] koji smatraju da rad farmaceuta javnih apoteka predstavlja sukob između poslovnog ili ekonomskog interesa i profesionalnih odgovornosti. Ancuceanu i Bogdan [47] smatraju da kombinovanje zdravstvenih usluga i komercijalizacije u farmaciji treba harmonično uskladiti. Prema Kronusu [244] farmaceuti sa komercijalnom orijentacijom su upoređivani sa onima koji favorizuju profesionalnu ulogu u smislu njihovih profesionalnih vrednosti. On navodi da su farmaceuti, bez obzira na orijentacionu ulogu, slično motivisani i profesionalnim vrednostima i prihodima. Kada se uzme u obzir radno okruženje, ustanovljeno je da je dominantan altruizam u poslovnim okruženjima, a vrednosti prestiža i prihoda smatrane su manje važnim u poređenju sa bolnicom/klinikom [244]. Ovo se može objasniti činjenicom, kako je jedan od ispitanika naveo tokom polustrukturiranih intervju u trećoj studiji, da su farmaceuti svesni komercijalizacije, ali ako bi bili u prilici da biraju između komercijalnog efekta i interesa pacijenta, njihove aktivnosti bi uvek bile na strani pacijenta.

Većina učesnika u istraživanju je navela da je najvažniji uzrok kompromitovanja njihovih vrednosti dobrobit pacijenta i da nikada ne bi doveli bezbednost pacijenta u pitanje. Ostali navodi se odnose na nemogućnost adekvatne komunikacije sa lekarima,

zahteve menadžmenta, komercijalizaciju struke, kršenje pravila i narušavanje poverljivosti pacijenta. Svi učesnici navode da eventualno kompromitovanje njihovih profesionalnih vrednosti može ići isključivo do granice do koje bezbednost pacijenta nije ničim ugrožena. Ovi rezultati su u skladu sa rezultatima naše druge studije, koja je sprovedena primenom struktuiranog upitnika, odnosno istraživačkog instrumenta – EISP-a, pri čemu su učesnici bili u prilici da se odluče samo za jedan od 6 ponuđenih odgovora. Sprovedeno kvalitativno istraživanje je omogućilo učesnicima da dublje objasne svoje stavove u odnosu na istraživanje sprovedeno primenom upitnika. Podaci iz naše dve studije ukazuju da farmaceuti razmatraju zdravstvene interese pacijenta kao veoma važan faktor u donošenju etičkih odluka. Takođe, rezultati pokazuju da, osnovni razlozi kompromitovanja profesionalnih vrednosti prema izjavama učesnika u intervjuima u trećoj istraživačkoj studiji, predstavljaju i glavne uzroke etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi što je pokazano rezultatima prve i druge istraživačke studije ove doktorske disertacije. Odnosno, osnovne vrednosti koje su farmaceuti naveli tokom intrvjua u trećoj studiji, predstavljaju osnov za etička pitanja koja se javljaju u njihovom svakodnevnom radu i koja su deo instrumenta – EISP-a korišćenog u našoj drugoj studiji (komunikacija sa lekarima, timski rad, komercijalizacija idr.).

Nahveći broj istraživanja vrednosti je sproveden na medicinskim sestrama, dok je ovakvih istraživanja u koje su uključeni farmaceuti i lekari nedeovoljan. Rezultati nekih istraživanja u koja su uključene medicinske sestre pokazuju da sa povećanjem profesionalnog iskustva dolazi do smanjenja vrednosti kao što su altruizam i jednakost [297-299].

U praksi, farmaceuti se često nalaze u situacijama za koje ne postoje jasna pravila i vodiči. Autonomni profesionalci sa zdravom moralnom procenom takve situacije rešavaju na odgovarajući način i etički. Ovo istraživanje, daje procenu vrednosti potrebnih za rad u javnim apotekama i pruža informaciju edukatorima koje su vrednosti važne dajući im mogućnost da ih unaprede. Etičke vrednosti farmaceuta mogu poslužiti kao motivacioni faktori za dalje unapređenje farmaceutske prakse, unapređenje komunikacije sa drugim zdravstvenim radnicima i poboljšanje ishoda pacijenta.

5. ZAKLJUČAK

Farmacija je profesija u kojoj farmaceuti donose odluke koje utiču na zdravlje i dobrobit pacijenata. Zdravstveno okruženje u kome rade je složenije nego ikada pa se farmaceuti u javnim apotekama, tokom svog rada susreću sa brojnim etičkim pitanjima, kada je potrebno doneti odluku o ispravnom načinu postupanja. Prilikom suočavanja sa takvim pitanjima farmaceuti koriste vrednosti za razvoj rešenja koje je potrebno da asimiliraju u svoj rad. Ovo istraživanje etičkih pitanja u farmaceutskej praksi je empirijsko istraživanje koje je po prvi put sprovedeno u Srbiji.

Kroz multicentričnu studiju primenom polustrukturiranog intervjua sa farmaceutima iz javnih apoteka mapirana su etička pitanja koja se javljaju u svakodnevnom radu farmaceuta, razvijen je i validiran originalan i namenski kreiran instrument/skala kojim se može proceniti učestalost etičkih pitanja i stepen njihove težine. Skala od 16 stavki, kao alat za samoocenjivanje, pokazala je visok stepen sadržajne, kriterijumske i konstruktivne pouzdanosti i test-retestnu pouzdanost. Rezultati podržavaju njenu upotrebu kao istraživačkog instrumenta za procenu stepena težine i učestalosti etičkih pitanja u uslovima javnih apoteka. Validirani instrument se sastoji od situacija iz apotekarske prakse koje se odnose na: (i) komunikaciju i odnos sa pacijentima i drugim zdravstvenim radnicima, (ii) kršenje zakona, komercijalne aspekte rada, opterećenost administrativnim zadacima i profesionalne odgovornosti prema nekompetentnom kolegi i prema sebi, poverljivosti pacijenata i informisanosti pacijenta. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da ni jedno od pitanja navedenih u empirijski izvedenom instrument - EISP nije ocenjeno kao „nije problematično” ili „malo problematično” u najvećem procentu (što sugeriše da su identifikovani scenariji koje su farmaceuti doživeli kao etički problematične prilikom rada u javnim apotekama). Rezultati studije pokazuju da postoji jasna razlika između etičkih pitanja koja se uvek javljaju i onih koje farmaceuti smatraju najtežim. Prema učesnicima studije najteža etička pitanja se retko pojavljuju u njihovoj praksi. Takođe, rezultat je i mapiranje profesionalnih vrednosti farmaceuta, definisanje faktora koji utiču na njihovo formiranje, kao i razloga za njihovo kompromitovanje.

U našem istraživanju mlađi farmaceuti i farmaceuti sa manje radnog staža (manje od 15 godina radnog iskustva) procenili su većinu etičkih pitanja kao učestalija u njihovom svakodnevnom radu, u odnosu na starije i iskusnije farmaceute. To su etička pitanja koja se odnose na probleme izdavanja lekova, sukoba vrednosti, komunikaciju i kršenje privatnosti pacijenata. Poznavanje Etičkog kodeksa i korisnost Kodeksa za rešavanje etičkih problema u svakodnevnoj praksi su u negativnoj korelaciji. Osnovne vrednosti u radu farmaceuta su stručnost, etičnost i komunikativnost. Vrednosti su ključne za rad u zdravstvu i predstavljaju principe kojima se rukovodimo i upućuju i govore o tome šta ispravno, a šta pogrešno u našem radu. Profesionalne i etičke vrednosti u zdravstvenoj zaštiti veoma su važne za poboljšanje sigurnosti i kvaliteta u sve zahtevnijem okruženju farmaceutske prakse. Ključna vrednost koja opisuje rad farmaceuta Srbiji je „pacijentova dobrobit”. Razvoj profesionalnih i etičkih vrednosti su ključni faktori u praksi farmaceutske zdravstvene zaštite i za održavanje statusa apoteke kao pouzdane i poštovane profesije. Farmaceut mora biti etički kompetentan i mora imati znanje i veštine neophodne za davanje saveta i komunikaciju sa pacijentima. Rezultati treće studije, vezani za etičke i profesionalne vrednosti farmaceuta, pokazuju da farmaceuti osnovnim vrednostima smatraju stručnost, etičnost i komunikativnost, što daje smernice za dalji profesionalni razvoj farmaceuta i farmaceutske prakse.

Ukoliko se ne pridržavamo vrednosti, postoji opasnost da postanemo demoralizovana profesija, u kojoj niko više neće govoriti o tome šta je dobro i loše, ispravno i pogrešno ili o vrednostima kao što su znanje, saosećanje, briga, poštenje, ljubaznost, dobra komunikacija, poverenje itd.

Mapiranje profesionalnih vrednosti farmaceuta može pomoći strateškom planiranju profesionalnog razvoja i dati informacije o trenutnom statusu farmaceutske vrednosti i moglo bi podržati snage za poboljšanje usluga farmaceuta i najboljih praksi.

Menja se uloga farmaceuta, važan je koncept FZZ, i istaknut je značaj stručnosti, etičnosti i komunikativnosti, a ne samo izdavanje lekova. Harmonizovanjem vrednosti farmaceuta sa svakodnevnom ulogom i očekivanjima od farmaceuta, može da dovede do unapređenja farmaceutske struke. Stoga, farmaceutima koji rade u praksi treba da budu u potpunosti angažovani sa principima profesionalnog presuđivanja/moralnih razloga kako bi bili kompetentni da se bave etičkim pitanjima koja proističu iz sve većih izazova savremene zdravstvene zaštite i njene dostave u poslovnom okruženju.

Rezultati istraživanja ukazuju na potrebu za daljom edukacijom iz oblasti etike i na napotrebu za usklađivanjem zakonske i etičke regulative rada farmaceuta.

Dobijeni rezultati mogu koristiti unapređenju rada razvoju i unapređenju farmaceutske prakse.

U pogledu prakse, ova doktorska disertacija ukazuje na neophodnost organizovanja edukacija iz oblasti etike za farmaceute javnih apoteka. Edukacije treba da pruže informacije o svim etičkim aspektima rada farmaceuta, kako prepoznati i rešiti etička pitanja i smanjiti potencijalnu etičku pasivnost farmaceuta. S obzirom da farmaceuti koriste svoje rasuđivanje u pojedinačnim slučajevima, formiranje i izrada smernica koje bi pomogle farmaceutima prilikom suočavanja sa situacijama koje u sebi sadrži etička pitanja su više nego potrebne, kako farmaceutska praksa ne bi bila neujednačena, subjektivna i proizvoljna.

LITERATURA:

1. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. How do Australian metropolitan and rural pharmacists counsel consumers with prescriptions? *Pharm World Sci* 2009;31(3):394-405.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Phar* 1990;47:533-543.
3. Hepler CD. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy* 2004;24(11):1491-1498.
4. Currie JD. The case for pharmaceutical care. In: Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, McDonough RP, Sobotka JL, eds. *A practical guide to pharmaceutical care*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 2003.
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. Glasnik RS br. 107/05.
6. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. glasnik RS br. 107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015.
7. Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima Sl. glasnik RS", br. 30/2010 i 107/2012.
8. Zakon o zdravstvenom osiguranju Sl. glasnik RS", br. 107/2005, 109/2005 - ispr., 57/2011, 110/2012 - odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - odluka US, 106/2015 i 10/2016 - dr. zakon.
9. DAP dokument Savez farmaceutskih udruženja. Dobra apotekarska praksa. Dostupno na: [http:// www.farmacija.org/.../predlog-dap-20120302\[1\]](http://www.farmacija.org/.../predlog-dap-20120302[1]) (poslednji pristup 11.02.2018.).

10. Etički kodeks farmaceuta Srbije. Službeni glasnik Republike Srbije 6/2007.
11. Van Mill JWF, Schulz M. A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Rev* Spring 2006;1:155–168.
12. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient – Centred Care. *Ann Fam Med* 2011;9:100-103.
13. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
14. Parojčić D. Razvoj etike u farmaciji od teorije do savremene prakse. Beograd: Konstisi, 2006.
15. Hepler C. Pharmacy as a clinical profession. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1985;42:1298-1306.
16. Cooper R. Ethical problems and their resolution amongst UK Community Pharmacists: a qualitative study. Thesis submitted to the University of Nottingham for the degree of Doctor of Philosophy: December 2006.
17. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*, 5thed. Oxford; Oxford University Press, 2001.
18. Cribb A, Barber N. *Developing Pharmacy values: stimulating the debate*. London: Practice Research Division; Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2000.
19. O'Neill R. Professional judgment and ethical dilemmas. In: Taylor KMG and Harding G, editors. *Pharmacy practice*. London&New York: Taylor& Francis, 2001.

20. Fassett WE. Ethics, Law, and the Emergence of Pharmacists' Responsibility for Patient Care. *The Annals of Pharmacotherapy* 2007;41(7):1264-1267.
21. Vernon H. *Business and Society. A managerial Approach*, sixth edition, Irwin McGraw-Hill, 1998.
22. Đurić Kuzmanović T. *Poslovna etika i primena poslovnih standarda u poslovanju. Škola biznisa* 3-14.
23. FIP Reference document. *Pharmacist, Ethics and Professional Autonomy: Imperatives for Keeping Pharmacy Aligned with the Public Interest*. www.fip.org. (poslednji pristup 23.01.2018.).
24. Barnie BA, Forson PK, Opare-Addo MNA, Appiah-Poku J, Rhule GP, Oduro G, Adu-Sarkodie Y, Donkor P. Knowledge and Perceptions of Health Workers' Training on Ethics, Confidentiality and Medico-Legal Issues. *J Clin Res Bioeth* 2015;6(1):205.
25. Limentani AE. The role of ethical principles in health care and the implications for ethical codes. *J Med Ethics* 1999; 25(5):394–398.
26. Benson A. PhD Thesis. *Pharmacy values and ethics -A qualitative mapping of the perceptions and experiences of UK pharmacy practitioners*. King's College, London, 2006.
27. Deans Z. PhD Thesis. *The ethics of pharmacy practice: an empirical and philosophical study*. Keele University, 2008.
28. Lowenthal W. Ethical dilemmas in pharmacy. *Journal of medical ethics* 1988;14;31-34.

29. Hibbert D, Rees JA, Smith I. Ethical awareness of community pharmacists. *Int J Pharm Pract* 2000;8:82–87.
30. Latif DA. Ethical Cognition and Selection–Socialization in Retail Pharmacy. *Journal of Business Ethics* 2000;25(4):343–357.
31. Roche C, Kelliher F. Exploring the Patient Consent Process in Community Pharmacy Practice. *Journal of Business Ethics* 2009;86(1):91–99.
32. Cooper RJ, Bissell P, Wingfield J. A new prescription for empirical ethics research in pharmacy: a critical review of the literature. *Journal of Medical Ethics* 2007;33(2):82-86.
33. Wingfield J, Bissell P, Anderson C. The Scope of pharmacy ethics-an evaluation of the international research literature, 1990-2002. *Soc Sci Med* 2004;58(12):2383-2396.
34. Krajnović D. Etički aspekti farmaceutske zdravstvene zaštite. U: Ilić K, Tasić Lj. *Zdravlje žena u Srbiji – Promocija zdravlja, prevencija bolesti i terapija*. Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu, 2009.
35. Benson A, Cribb A, Barber N. Understanding pharmacists' values: a qualitative study of ideals and dilemmas in UK pharmacy practice. *Soc Sci Med* 2009;68(12):2223-2230.
36. Brock DW. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: who is obligated to do what, and why? *Theor Med Bioeth* 2008;29:187–200.
37. Char B, Brien J, Krass I. Professional ethics in pharmacy: the Australian experience. *Int J Pharm Pract* 2005;13:195-204.

38. Cooper RJ, Bissell P, Wingfield J. Ethical decision-making, passivity and pharmacy. *J Med Ethics* 2008;34:441-444.
39. Cooper RJ, Bissell P, Wingfield J. Dilemmas in dispensing, problems in practice? Ethical issues and law in UK community pharmacy. *Clin Ethics* 2007;2:103-108.
40. McCarthy RL. Ethics and patient privacy. *Pharmacy Today* 2008;14(11):59–70.
41. Brauack-Mayer AJ. Whats makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *Journal of Medical Ethics* 2001;27:98–103.
42. Chui MA, Stone JA, Odukoya OK, Maxwell L. Facilitating collaboration between pharmacists and physicians using an iterative interview process. *J Am Pharm Assoc* 2014;54(1):35-41.
43. Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL, Doucette WR. Influential characteristics of physician/pharmacists collaborative relationships. *Ann Pharmacother* 2004;38(5):764-770.
44. Denzin N, Mettlin C. Incomplete professionalization: the case of pharmacy. *Soc Forces* 1968;46(3):375–381.
45. Wingfield J, Theophilou T, Bissell P. An exploration of the influence of company policy on ethical decision making by community pharmacists. *Health Services Research and Pharmacy Practice Conference Presentation*. London, 2004.
46. Roche C, Kelliher F. Giving “Best Advice”: Proposing a Framework of Community Pharmacist Professional Judgement Formation. *Pharmacy* 2014;2:74-85.

47. Ancuceanu R, Bogdan IL. Pharmacy ethics and the spirit of capitalism: a review of the literature. In: Clark PA, ed. Bioethics - Medical, Ethical and Legal Perspectives, InTech; 2016. <https://www.intechopen.com/books/bioethicsmedical-ethical-and-legal-perspectives>. (poslednji pristup 15.02.2018.).
48. Gillon R. Ethics needs principals-four can encompass the rest-and respect for autonomy should be „ first among equals’’. J Med Ethics 2003;29:307–312.
49. DiPiro JT. The pharmacist’s right to refuse: a learning opportunity. Am J Pharm Educ 2005;69(5):92.
50. Deans Z. Ethics in Pharmacy Practice. London: Pharmacy Practice Research Trust, 2010.
51. Haddad AM. Ethical Problems in Pharmacy Practice: A survey of difficulty and incidence. Am J Pharm Educ 1991;55:1-6.
52. Pegueroles AF, Canut TL, Olmos JG. Development process and initial validation of the Ethical conflict in Nursing Questionnaire – Critical Care Version. BMC Medical Ethics 2013;14:22.
53. Kalvemark- Sporrang S, Hoglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. „We are white coats whirling round” – moral distress in Swedish pharmacies. Pharm World Sci 2005;27:223-229.
54. Kalvemark-Sporrong S, Hoglund AT, Arnetz B. Measuring Moral Distress in Pharmacy and Clinical Practice. Nursing Ethics 2006;13(4):416-427.
55. Van der Arend AJG, Remmers-van den Hurk CHM. Moral problems among Dutch nurses: a survey. Nurs Ethics 1999;6:468-482.

56. Kalvemark S, Hoglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B: Living With conflicts – ethical dilemmas and moral distress in the health care system, *Social Science & Medicine* 2004;58(6):1075-1084.
57. Lowenthal W, Klein WS III, Overton CP. Thinking about ethical dilemmas in pharmacy. *American journal of pharmaceutical education* 1986;50:161-164.
58. Parojčić D. Etika u farmaciji. U Nikolin M, Kocic-Pešić V, Kostić L, Parojčić D. *Galerija farmaceutskih veština*. Beograd: Placebo, 2005.
59. Stupar D. Etika, nauka i farmaceutska praksa. Bilten IV Tradicionalni seminar Novine u farmaceutskoj praksi. Užice: Naučno istraživački centar Užice 1998:5-9.
60. Wingfield J, Badcott D. *Pharmacy Ethics and Decision Making*. Pharmaceutical Press, London, 2007.
61. Parojčić D, Stupar D, Stupar M. Profesionalni odnos farmaceuta i lekara od 13. do 20. veka: etički i stručni aspekt. *Timočki medicinski glasnik* 2004;29(2):118–126.
62. Redman BK. The ethics of leadership in pharmacy. *American Journal of Health-System Pharmacy* 1995;52(19):2099–2104.
63. Buerki R, Vottero L. *Ethical responsibility in pharmacy practice*. Madison, Wisconsin: American Institute of the History of Pharmacy, 1994.
64. Barber B. Professions and emerging professions. In Callahan JC, editor. *Ethical Issues in professional life*. New York: Oxford University Press, 1988.
65. Rokeach M. *The nature of human values*. New York: Free Press. Rokeach, 1973.

66. Williams RM. Values. In E. Sills (Ed.), *International encyclopedia of the social sciences*. New York: Macmillan, 1968.
67. Kluckhohn C. Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification. In T. Parsons & E. Shils (Eds.), *Toward a general theory of action*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1951.
68. Morris CW. *Varieties of human value*. Chicago: University of Chicago Press, 1956.
69. Schwartz SH. Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* Academic Press, New York, 1992.
70. Butenko T, Schwartz S. Relations of the new circle of 19 values to behaviors. Technical report, National Research University Higher School of Economics, 2013.
71. Mischel, W. Personality dispositions revisited and revised: A view after three decades. In L. A. Pervin (ed.), *Handbook of personality: Theory and research* New York: Guilford Press, 1990.
72. Raven J. Toward measures of high-level competencies: a re-examination of McClelland's distinction between needs and values. *Human relations* 1988; 41:281-294.
73. Spranzi M. Clinical ethics and values: how do norms evolve from practice? *Med Health Care and Philos* 2013;16(1):93-103.
74. What's the Difference Between Values, Ethics & Principles? <https://www.mvf-knowledge-base.com/2011/12/whats-difference-between-values-ethics.html>. (poslednji pristup 10.03.2018.).

75. Matić D. Vrijednosti kao predmet sociološke znanosti. *Revija za sociologiju* 1990;(21)3:517-525.
76. Fritzsche DJ. Personal values: Potential keys to ethical decision making. *Journal of Business Ethics* 1995;14(11):909–922.
77. Oliver BL. Comparing corporate managers' personal values over three decades,1967–1995. *Journal of Business Ethics* 1999;20(2):147–161.
78. Finegan J. The impact of personal values on judgments of ethical behavior in workplace. *Journal of Business Ethics* 1994;13(9):747–755.
79. Turk Z, Avçilar MY. An Investigation of the Effect of Personal Values on the Students' Ethical Decision-Making Process. *Eurasian Business Perspectives* 2018;8(1):245-262.
80. Holland JL. *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1997.
81. Super DE. A developmental theory: Implementing a self concept . In D.H. Montross & CJ Shinkman (Eds.), *Career development in the 1980s* ,Springfield, IL: Thomas, 1981.
82. Walsh WB, Holland JL. A theory of personality types and work environments. In Walsh WB, Craik KH, Price RH. (Eds.), *Person-environment psychology: Models and perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates,1992.
83. Badcott D. Professional values in community and public health pharmacy. *Med Health Care and Philos* 2011;14:187–194.

84. Schwartz SH. *Basic Human Values: An Overview*, The Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, 2006.
85. Schwartz SH. An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1), 2012. <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1116>.(poslednji pristup 20.03.2018.).
86. Skinner BF. *Beyond freedom and dignity*. New York, Knopf, 1971.
87. Rokeach M. From individual to institutional values: With special reference to the values of science. In M. Rokeach (Ed.), *Understanding human values*. New York: The Free Press, 1979.
88. Giacomino DE, Akers MD. An examination of the differences between personal values and value types of female and male accounting and nonaccounting majors. *Issues in Accounting Education* 1998;13(3):565–584.
89. Hoffmaster B, Hooker C. How experience confronts ethics. *Bioethics* 2009;23(4):214-225.
90. Hassali MA, Saleem F, Farooqui M, Aljadhey H. (2014) Strengthening Pharmacy Practice Research: The Need for Combining both Qualitative and Quantitative Methodology. *Jornal of Pharmaceutical Care and Health Systems* 2014;1:112.
91. Sugarman J, Sulmasy D. *Methods in Medical Ethics*. 2nd edition. Georgetown University Press. Washington DC, 2010.
92. Raines ML. Ethical decision making in nurses: Relationships among moral reasoning coping style, and ethics stress. *JONA's Healthcare Law Ethics and Regulation* 2000;2(1):29-41.

93. Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. How physicians face ethical difficulties: a qualitative Analysis. *Journal of Medical Ethics* 2005;31:7-14.
94. Hurst SA, Perrier A, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM, Garrett- Mayer E, Danis M. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *Journal of Medicine Ethics* 2007;33:51-57.
95. Latif DA, Berger BA, Harris SG, Barker KN, Felky BG, Pearson RE. The relationship between community pharmacists' moral reasoning and components of clinical performance. *J Soc Admin Pharm* 1998;15:210–224.
96. Latif DA. Ethical cognition, organizational reward systems and patient-focused care. *J Soc Admin Pharm* 1998;15:275–283.
97. Latif DA. The link between moral reasoning scores, social desirability, and patient care performance scores: empirical evidence from the retail pharmacy setting. *J Bus Ethics* 2000;25:255–269.
98. Latif DA. The relationship between pharmacists' tenure in the community setting and moral reasoning. *J Bus Ethics* 2001;31:131–141.
99. Cooper RJ, Bissell P, Wingfield J. 'Islands' and 'doctor's tool': the ethical significance of isolation and subordination in UK community pharmacy. *Health*. 2009;13(3):297-316.
100. Sharif PS, Javadi M, Asghari F. Pharmacy ethics: evaluation pharmacists' ethical attitude. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011;4:5.
101. Al-Arifi MN. Community pharmacist perception and attitude toward ethical issues at community pharmacy setting in central Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal* 2014;22(4):315–325.

102. Vuković Rodríguez J, Juričić Ž. Perceptions and attitudes of community pharmacists toward professional ethics and ethical dilemmas in the workplace. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2017. 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.010>.
103. Latif DA. Using Ethical Dilemma Case Studies to Develop Pharmacy Students' Moral Reasoning. *Journal of Pharmacy Teaching* 1999;(2):51-66.
104. Latif DA. An Assessment of the Ethical Reasoning of United States Pharmacy Students: A National Study. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2004;68(2):30.
105. Gallagher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C, Webb I. The Nominal Group Technique: A Research Tool for General Practice? *Family Practice* 1993;10(1):76-81.
106. Prescott J, Becket G, Wilson SE. Moral Development of First-Year Pharmacy Students in the United Kingdom. *Am J Pharm Educ* 2014;78(2):36.
107. Latif DA. The Relationship Between Ethical Dilemma Discussion and Moral Development. *Am J Pharm Educ* 2000;64:126-133.
108. Research Design Service–South West (2012). Glossary. Available at: <http://www.rds--sw.nihr.ac.uk/glossary.htm#Q> (poslednji pristup 03.03.2018).
109. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 1998.
110. Milas G. *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Zagreb: Naklada Slap, 2005.
111. Marshall MN. Sampling for Qualitative research. *Family Practice* 1996;13:522-525.

112. Smith F. Health services research methods in pharmacy: Qualitative interviews. *Int J Pharm Pract* 1998;6:97-108.
113. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage, 1990.
114. Tonna AP, Edwards RM. Is there a place for qualitative research methods in pharmacy practice? *Eur J Hosp Pharm* 2013;20:97-99.
115. Wolcott H. The art of field work. Newbury Park, CA: Sage, 1995.
116. Diccio-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education* 2006;40(4):314-321.
117. Silverman D. Doing qualitative research. London: Sage Publications, 2000.
118. DeWalt KM, DeWalt BR. Participant observation: a guide for fieldworkers. Walnut Creek, CA: AltaMira Press, 2002.
119. Britten N. Qualitative interviews in healthcare. In Pope C, Mays N. (eds) *Qualitative research in health care*. 2nd ed. London: BMJ Books, 1999.
120. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *BDJ* 2008;204:291–295.
121. Berger J. Psihodijagnostika. Beograd: Zavod za izdavanje udžbenika, 2009.
122. Matarazzo JD. The Interview. In BB Wolman (Ed.) *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill, 1965.

123. Warren C, Karner T. The Interview. *Discovering Qualitative Methods: Field Research, Interviews and Analysis*. Los Angeles: Roxbury 2005.
124. Englander M. The Interview: Data Collection in Descriptive Phenomenological Human Scientific Research. *Journal of Phenomenological Psychology* 2012;43:13-35.
125. Bernard H. *Research Methods in Cultural Anthropology*. Newbury Park, California:Sage, 1988.
126. Crabtree B, Miller W. *Doing Qualitative Research*. 2nd edn. Thousand Oaks, California: Sage, 1999.
127. Fontana A, Frey J. The interview: from neutral stance to political involvement. In: Denzin N, Lincoln Y, (eds). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3rd edn. Thousand Oaks, California: Sage, 2005.
128. Miller W, Crabtree B. Depth interviewing. In: Crabtree B, Miller W, eds. *Doing Qualitative Research*. 2nd edn.Thousand Oaks, California: Sage, 1999.
129. Flinders DJ. Review of the book *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. *Evaluation and Program Planning* 1997;20(3):287-288.
130. McCracken G. *The Long Interview*. Newbury Park, California: Sage, 1988.
131. Opendakker R. Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum: Qualitative Social Research* 2006;7(4):11.
132. Janghorban R, Robab Latifnejad Roudsari RL, Taghipour A. Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studieson Health and Well-being*. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2014;9:1.

133. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ*. 2000;320(7227):114–116.
134. Kuzel A. Sampling in qualitative inquiry. In: Crabtree B, Miller W, eds. *Doing Qualitative Research*. 2nd edn. Thousand Oaks, California: Sage, 1999.
135. Johnson J. In-depth interviewing. In: Gubrium J, Holstein J, eds. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage, 2002.
136. Rubin H, Rubin I. Listening, hearing and sharing social experiences. *Qualitative Interviewing: the Art of Hearing Data*. Thousand Oaks, California: Sage, 2005.
137. Kvale S. Ten Standard Objections to Qualitative Research Interviews. *Journal of Phenomenological Psychology* 1994;25(2):147–173.
138. Kvale S. (1989). To validate is to question In S. Kvale (Ed.). *Issues of validity in qualitative research*. Lund, Sweden: Studentlitteratur, 1989.
139. Anterson C, Kirkpatrick S. Narrative Interviewing. *Int J Clin Pharm* 2016;38:631-634.
140. Saldana J. *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage, 2009.
141. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology* 2013;13:117.
142. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-380.

143. Delbecq AL, van de Ven AH, Gustafson DH. Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company, 1975.
144. Hares T, Spencer J, Gallagher M, Bradshaw C, Webb I. Diabetes care: who are the experts. *Quality in Health Care* 1992;1:219-224.
145. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nursing* 1994;19:180-186.
146. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *AJPH* 1984;74(9):979-983.
147. Gallagher CT. Assessment of levels of moral reasoning in pharmacy students at different stages of the undergraduate curriculum. *International Journal of Pharmacy Practice* 2011;19:374–380.
148. Van de Ven A, Delbecq A. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health* 1972;62:337-342.
149. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm* 2016;38:655–662.
150. Bowling A. *Research methods in health: investigating health and health services*. Berkshire, UK: Open University Press, 2001.
151. Cantrill JA, Sibbald B, Buetow S. The Delphi and nominal group techniques in health services research. *The International Journal of Pharmacy Practice* 1996;4:67-74.

152. Horvat N, Kos M. Development and initial validation of a patient satisfaction with pharmacy performance questionnaire (PSPP-Q). *Eval Health Prof* 2010;33(2):197-215.
153. Stojkov-Rudinski S, Tadic I, Crnjanski T, Krajnović D. Analiza, adaptacija i validacija dokumenta za procenu kompetencija farmaceuta. *Arh farm* 2012;62(3):208-218.
154. Scott D, Deadrick D. The Nominal Group Technque: Applications for training needs assessment. *Training and Development Journal* 1982;36(6):26-33.
155. Tully MP, Cantrill JA. The use of the Nominal group technique in pharmacy practice research: processes and practicalities. *J Soc Admin Pharm* 1997;14:93–104.
156. Carney O, McIntosh J, Worth A. The use of the Nominal Group Technique in research with community nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1996;23:1024-1029.
157. Bissell P, Ward PR, Noyce PR. Appropriateness measurement: application to advice-giving in community pharmacies. *Soc Sci Med* 2000;51(3):343–359.
158. McMillan SS, Kelly F, Sav A, Kendall E, King MA, Whitty JA, Wheeler AJ. Consumers and carers versus pharmacy staff: Do their priorities for Australian Pharmacy Services align? *Patient* 2015;8:411–422.
159. Horton JN. Nominal group technique. *Anaesthesia* 1980;35:811-814.
160. Cantrill JA, Sibbald B, Buetow S. Indicators of the appropriateness of long term prescribing in general practice in the United Kingdom: consensus development, face and content validity, feasibility and reliability. *Qual Health Care* 1998;7:130–135.

161. Glaser EM. Using behavioural science strategies for defining the state-of-the-art. *Journal of Applied and Behavioural Sciences* 1980;16:79-92.
162. Van Teijlingen E, Pitchforth E, Bishop C, Russel E. Delphi method and nominal group techniques in family planning and reproductive health research. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2006;32:249–252.
163. Jones SC. Using nominal group technique to select the most appropriate topics for postgraduate research students' seminars. *Journal of University Teaching and Learning Practice* [serial on the Internet] 2004;1(1):20-34. at:http://jutlp.uow.edu.au/2004_v01_i01/pdf/jones_001.pdf. (poslednji pristup 10.02.2018).
164. Hutchings HA, Rapport FL, Wright S, Doel MA, Wainwright P. Obtaining consensus regarding patient-centred professionalism in community pharmacy: nominal group work activity with professionals, stakeholders and members of the public. *Int J Pharm Pract* 2010;18(3):149–158.
165. Okoli P, Pawlowski SD. The Delphi Method as a Research Tool: An Example, Design Considerations and Applications. *Information & Management* 2004;42(1):15-29.
166. Rowe G, Wright G, Bolger F. Delphi: A re-evaluation of research and theory, *Technological Forecasting and Social Change* 1991;39:235-251.
167. Savić M. u Vodič kroz metodologiju nastave iz primenjene statistike. Univerzitetski centar za primenjenu statistiku. Univerzitet u Novom Sadu, u okviru Tempus projekta „Master program iz primenjene statistike“ 511140-Tempus-1-2010-1-RS-Tempus-JPCR.
168. Ludwig B. Predicting the future: Have you considered using the Delphi methodology? *Journal of Extension* 1997;35(5):1-4.

169. Witkin BR, Altschuld JW. Planning and conducting needs assessment: A practical guide. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 1995.
170. Linstone HA, Turoff M. The Delphi survey: method techniques and applications. Reading: Addison-Wesley, 1975.
171. Hsu C, Sandford BA. The Delphi Technique:making sense of consensus. Practical Assessment, Research & Evaluation 2007;12(10). <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>. (poslednji pristup 28.03.2018.).
172. Likert, Dean B, Barber N, Schachter M. What is a prescribing error? Qual Health Care 2000;9:232–237.
173. Campbell SM, Cantrill JA, Roberts R. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. BMJ 2000;321:425.
174. Aljamal M, Ashcroft DM, Tully MP. Development of indicators to assess the quality of medicines reconciliation at hospital admission: an e-Delphi study. Int J Pharm Pract 2016;24:209-216.
175. Murray WF, Jarman BO. Predicting future trends in adult fitness using the Delphi approach. Research Quarterly for Exercise and Sport 1987;58(2):124-131.
176. Witkin BR. Assessing needs in educational and social programs. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1984.
177. Hill KQ, Fowles J. The methodological worth of the Delphi forecasting technique. Technological Forecasting and Social Change 1975;7:179-192.
178. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. Journal of Advanced Nursing 2000;32(4):1008-1015.

179. Ulschak FL. Human resource development: the theory and practice of need assessment. Reston, Virginia: Reston Publishing Company, Inc., 1983.
180. Sumsion T. The Delphi technique: An adaptive research tool. *British Journal of Occupational Therapy* 1998;61(4):153-156.
181. Aronson BD, Janke KK, Traynor AP. Investigating student pharmacist perceptions of professional engagement using a modified Delphi process. *Am J Pharm Educ* 2012;76(7):125.
182. McKenna HP. The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing* 1994;19:1221-1225.
183. Walker AM, Selfe J. The Delphi method: a useful tool for the allied health researcher. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 1996;3(12):677-681.
184. Donohoe H, Stellefson M, Tennant B. Advantages and limitations of the e-Delphi technique: implications for health education researchers. *Am J Health Educ* 2012;43(1):38-46.
185. Gourley DR, Hadsall RS, Gourley G, Fine DJ, Wiener M. ASHP members' concepts of institutional pharmacy in the year 2000. *Am J Hosp Pharm* 1985;42:96-101.
186. Fernandes O, Gorman SK, Slavik RS, Semchuk WM, Shalansky S, Bussi eres JF, et al. Development of clinical pharmacy key performance indicators for hospital pharmacists using a modified Delphi approach. *Ann Pharmacother* 2015;49(6):656-669.
187. Cormack, D. *The Research Process in Nursing*, 4thed. Oxford: Blackwell, 2000.

188. Bailey DM. *Research for the Health Professional: A Practical Guide* (2nd edition). Philadelphia: FA. Davis Company, 1997.
189. Babbie ER. *The Practice of Social Research*. 12th ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage, 2010.
190. Desselle SP. Construction, implementation, and analysis of summated rating attitude scales. *Am J Pharm Educ* 2005;69(5):97.
191. Oppenheim AN. *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London: Continuum, 1992.
192. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*. 2004;328(7451):1312–1315.
193. Likert RA. A technique for the development of attitude scales. *Educ Psychol Measurement* 1952;12:313-315.
194. Burns N, Grove SK. *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, & Utilization*. W.B. Saunders and Co., Philadelphia, 1997.
195. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erkcson P. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005;8(2):94–104.
196. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998;7(4):323–335.

197. Stevanović D. Upitnik za procenu kvaliteta života povezanog sa zdravljem u pedijatriji. I deo: Opšte smernice za selekciju. Vojnosanitetski pregled 2008;65(6):469-472.
198. Edwards P. Questionnaires in clinical trials: guidelines for optimal design and administration. *Trials* 2010;11:2.
199. Kazi AM, Khalid W. Questionnaire designing and validation. *J Pak Med Assoc* 2012;62:514–516.
200. Streiner DL NG. Health measurement scales: a practical guide to their development and use: Oxford University Press, 2004.
201. Tenjović L. Statistika u psihologiji. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju, 2000.
202. Creswell J. Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2009.
203. Garcia de Yebenes Prous MA, Rodriguez Salvanes F, Carmona Ortells L. Validation of questionnaires. *Reumatol Clin* 2009;5:171-7.
204. DeVellis RF. Scale development: Theory and application. Newbury Park, CA: Sage, 2012.
205. Lohr KN. Health outcomes methodology symposium: summary and recommendations. *Med Care* 2000;38(9):II194–208.
206. Jack B, Clarke AM. J The purpose and use of questionnaires in research. *Prof Nurse* 1998;14(3):176-179.

207. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16(3):297-334.
208. Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Medical Research Methodology* 2010;10:67.
209. Bresee LC. An Introduction to Developing Surveys for Pharmacy Practice Research. *Can J Hosp Pharm* 2014;67(4):286–291.
210. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing Clinical Research* (3rd Ed). Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2007.
211. Seebregts CJ, Zwarenstein M, Mathews C, Fairall L, Flisher AJ, Seebregts C, Mukoma W, Klepp KI. Handheld computers for survey and trial data collection in resource-poor settings: development and evaluation of PDACT, a Palm Pilot interviewing system. *Int J Med Inform* 2009;78:721-731.
212. Draugalis JR, Plaza CM. Best practices for survey research reports revisited: implications of target population, probability sampling, and response rate. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2009;73(8):142.
213. Fincham A. *How to Sample in Surveys*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
214. Creswell JW, Plano Clark VL, Gutmann ML, Hanson WE. Advanced mixed methods research designs. In A.Tashakkori & C.Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.
215. Johnson RB, Onwuegbuzie JA. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher* 2004;33(7):14-26.

216. Merton RK, Kendall PL. The focused interview. *American Journal of Sociology* 1946;51:541-557.
217. Morgan DL. Paradigms lost and pragmatism regained. Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research* 2007;1(1):48-76.
218. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007;1(2):112-133.
219. Johnson RB, Christensen LB. *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches*. Boston, MA: Allyn & Bacon, 2004.
220. Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 1989;11:255-274.
221. Tashakkori A, Teddlie C. *Handbook of mixed methods in social & behavioural research*. California: SAGE Publications Inc., 2002.
222. Johnson VR, Jacobson KL, Gazmararian JA, Blake SC. Does social support help limited-literacy patients with medication adherence? A mixed methods study of patients in the Pharmacy Intervention for Limited Literacy (PILL) study. *Patient Educ Couns* 2010;79:14-24.
223. Guirguis LM. Mixed methods evaluation: pharmacists' experiences and beliefs toward an interactive communication approach to patient interactions. *Patient Educ Couns* 2011;83(3):432-442.
224. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, Smith RB: Exploring successful community pharmacist-physician collaborative

working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm* 2010;6(4):307-323.

225. Sofaer S. Qualitative research methods. *International Journal for Quality in Health Care* 2002;14(4):329-336.

226. Thompson SB. Sample Size and Grounded Theory. *Journal of Administration & Governance* 2011;5(1):45-52.

227. Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change* 2006;73(5):467–482.

228. Rowe G, Wright G. The Delphi technique: Past, present, and future prospects: Introduction to the special issue. *Technological Forecasting and Social Change* 2011;78(9):1487–1490.

229. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HC. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007;60(1):34-42.

230. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, Savoy SM, Kostas-Polston E. A psychometric Toolbox for testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 2007;39(2):155-164.

231. Burns KEA, Duffett M, Kho ME, Meade MO, Adhikari NKJ, Sinuff T, Cook D. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *Canadian Medical Association Journal* 2008;179(3):245-252.

232. Kelley K, Clark B, Brown V, Sitzia J. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *International Journal for Quality in Health Care* 2003;15:261-266.

233. Fayers PM, Machin D. Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes (2nd ed.). Chichester: Wiley, 2007.
234. Howitt D, Cramer D. First steps in research and statistics. London: Routledge, 2000.
235. Haddad A. Ethical problems in nursing. Dissertation Abstracts International. University Microfilms, Inc., Ann Arbor MI., 1989.
236. Lasselain J. Self-perception of Occupational Roles by Community Pharmacists in the French Health System. *Journal of Social and Administrative Pharmacy* 1991;8:130-135.
237. Ortiz M, Walker W, Thomas R. Physicans - friend or foe? Comparisons between pharmacists' and physicians' perceptions of the pharmacists' role. *Journal of Social and Administrative Pharmacy* 1989;6:59-68.
238. Edmunds J, Calnan MW. The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom. *Social Science & Medicine* 2001;53:943-955.
239. Laubscher T, Evans C, Blackburn D, Taylor J, McKay S. Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications. *Can Fam Physician* 2009;55:69-75.
240. Hughes CM, McCann S. Perceived inter professional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *British Journal of General Practice* 2003;53:600-606.
241. Gouveia WA, Shane R. The three dimensions of managed care pharmacy practice. *Am J Manag Care*. 1997;3(2):231-239.

242. Resnik DB, Ranelli PL, Resnik SP. The Conflict between Ethics and Business in Community Pharmacy: What about Patient Counseling? *Journal of Business Ethics* 2000;28(2):179-186.
243. Thorner I. Pharmacy: The Functional Significance of an Institutional Pattern. *Social Forces* 1942;20:321-328.
244. Kronus CL. Occupational Values, Role Orientations, and Work Settings: the Case of Pharmacy.. *Sociological Quarterly* 1975;16:171-183.
245. Linn LS, Davis MS. Occupational Orientation and Overt Behavior- The Pharmacist as Drug Adviser to Patients. *AJPH* 1973;63(6):502-508.
246. Ladinsky J. Professions and the Public Interest: Where Does Pharmacy Fit?'. *American Journal of Pharmacy* 1971;143(1):24-30.
247. Pioch EA, Schmidt RA, (2001). "German retail pharmacies -- regulation, professional identity and commercial differentiation", *Marketing Intelligence & Planning* 2001;19(5):330-340.
248. Holloway SWF, Jewson ND, Mason DJ. Reprofessionalisation or occupational imperialism? Some reflections on pharmacy in Britain, *Social Science and Medicine* 1986;23:323-332.
249. Hibbert D, Bissell P, Ward PR. Consumerism and professional work in the community pharmacy. *Sociology of Health & Illness* 2002;24(1):46-65.
250. Juričić Ž. Commercial interest and professional ethics of pharmacists: socioreflexive approach. *Soc Ekol* 2013;22:23-45.
251. Elke A, Pioch EA, Schmidt RA. German retail pharmacies – regulation, professional identity and commercial differentiation. *Marketing Intelligence & Planning* 2001;19(5):330-340.

252. Crnjanski T, Krajnovic D, Stojkov–Rudinski S, Tadic I. Ethical dilemmas and moral distress in pharmacy: A qualitative study. *HealthMed* 2012;6(7):2485-2493.
253. Deans Z. Conscientious objections in pharmacy practice in Great Britain. *Bioethics* 2013;27(1):48-57.
254. Wicclair MR. Pharmacies, pharmacists, and conscientious objection. *Kennedy Inst Ethics J.* 2006;16(3):225-250.
255. Baergen R, Owens C. Revisiting pharmacists' refusals to dispense emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2006;108(5):1277-1282.
256. Wall LL, Brown D. Refusals by pharmacists to dispense emergency contraception: a critique. *Obstet Gynecol* 2006;107(5):1148-1151.
257. Fenton E, Lomasky L. Dispensing with liberty: conscientious refusal and the "morning-after pill". *J Med Philos* 2005;30(6):579-592.
258. Cantor J, Baum K. The limits of conscientious objection--may pharmacists refuse to fill prescriptions for emergency contraception? *N Engl J Med* 2004;351(19):2008-2012.
259. Piecuch A, Gryka M, Kozłowska-Wojciechowska M. Attitudes towards conscientious objection among community pharmacists in Poland. *Int J Clin Pharm* 2014;36:310–315.
260. Bayrami Z, Abdollahi M. Observance of ethical codes in selecting supervisor by postgraduate students. *J Med Ethics Hist Med* 2011;14:4:1.

261. Bumgarner GW, Spies AR, Asbill CS, Prince VT. Using the humanities to strengthen the concept of professionalism among first-professional year pharmacy students. *Am J Pharm Educ* 2007;71(2):28.
262. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001;52:203-213.
263. Jones TM. Ethical decision making by individuals in organisations: an issue-contingent model. *Acad Manage Rev* 1991;16:366–395.
264. Cragg, W. Teaching Business Ethics: The Role of Ethics in Business and Business Education. *Journal of Business Ethics* 1997;16(3):231–245.
265. Stevens B. Business Communication and the Ethical Context. In H. Murphy H. Hildebrandt and Thomas J. (eds.). *Effective Business Communication* 7th ed., 1997.
266. Jone M. Reconciling personal and professional values and beliefs with the reality of teaching: Findings from an evaluative case study of 10 newly qualified teachers during their year of induction. *Teacher Development* 2003;7(3):385-402.
267. Davidson LA, Pettis CT, Joiner AJ, Daniel M, Cook DM, Klugman CM. Religion and conscientious objection: A survey of pharmacists' willingness to dispense medications. *Social Science & Medicine* 2010;71(1):161-165.
268. Grealis C. Religion in the Pharmacy: A Balanced Approach to Pharmacists' Right To Refuse To Provide Plan B. *Georgetown Law Review*, 2009.
269. Grady A. Legal protection for conscientious objection by health professionals. *Virtual Mentor* 2006;8:327-331.

270. Hafferty FW. Definitions of professionalism: A search for meaning and identity. *Clin Orthop* 2006;193-204.
271. Arnold L, Stern DT. What is medical professionalism? In: Stern DT *Measuring Medical Professionalism*, Oxford: Oxford University Press, 2006.
272. Greenwood E. Attributes of a profession. *Soc Work* 1957;2:45-55
273. Buerki RA, Vottero LD. *Foundations of Ethical Pharmacy Practice*. Madison, WI: American Institute of the History of Pharmacy, 2008.
274. Veatch RM, Haddad A. *Case Studies in Pharmacy Ethics*. 2^{ed}. New York, NY: Oxford University Press Inc., 2008.
275. Björkman IK, Bernsten CB, Sanner MA. Care ideologies reflected in 4 conceptions of pharmaceutical care. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2008;4:332–342.
276. Waterfield J. Is Pharmacy a Knowledge-Based Profession? *American Journal of Pharmaceutical Education* 2010;74(3):50.
277. Tasić LJ, Parojčić J, Krajnović D. Promene u obrazovanju farmaceuta – društveni i profesionalni izazovi. *Arhiv za farmaciju* 2015;65:1-16.
278. McConnell KJ, Newlon CL, Delate T. The Impact of Continuing Professional Development Versus Traditional Continuing Pharmacy Education on Pharmacy Practice. *The Annals of Pharmacotherapy* 2010;44:1585-1595.
279. Greiner A, Knebel E. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington DC: National Academy Press, 2003.

280. McConnell KJ, Newlon C, Dickerhofe J. A model for continuing pharmacy education. *Am J Pharm Educ* 2009;73:87.
281. Driesen A, Verbeke K, Simoens S, Laekeman G. International trends in lifelong learning for pharmacists. *Am J Pharm Educ* 2007;71:52.
282. Mardanov IT, Ricks J. Pharmacist professionalism, helpfulness, and consumer behavior linkage. *Journal of Medical Marketing* 2013;13(4):221–230.
283. Guirguis LM, Chewning BA. Role theory: Literature review and implications for patient-pharmacist interactions. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2005;1:483–507.
284. Tasić LJ, Krajnović D, Jocić D, Jović S. *Komunikacija u farmaceutskoj praksi*. Univerzitet u Beogradu-Farmaceutski fakultet, 2011.
285. Brown ME, Ellis S, Linley PA, Booth TG. Professional values and pharmacy practice: Keywords and concepts. *International Journal of Pharmacy practice* Volume 1991;1:110–116.
286. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 2001;24(10):1821-1833.
287. Badcott, D. The profession of pharmacy in the United Kingdom: Changing values'. In *Emerging values in health care. The challenge for professionals*, ed. Pattison S, et al. London: Jessica Kingsley Publishers, 2010.

288. Blais KK, Hayes JS, Kozier B, Erb G. Professional nursing practice: Concepts and perspectives. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.
289. Glen S. Educating for interprofessional collaboration: Teaching about values. *Nursing Ethics* 1999;6(3):202-213.
290. Leners DW, Roehrs C, Piccone AV. Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education* 2006;45(12):504-511.
291. Hartrick Doane GA. Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity. *Nurs Ethics* 2002;9:623–635.
292. Raths EL, Harmin A, Simon SB. *Values and teaching*. Columbus, OH: Merrill, 1966.
293. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
294. Levesque RJR. Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Encyclopedia of Adolescence*, 2014.
295. Thompson DF, Farmer KC, Beall DG, Evans DJ, Melchert RB, Ross LA, Schmoll BJ. Identifying Perceptions of Professionalism in Pharmacy Using a Four-Frame Leadership Model. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2008;72(4):90.
296. Elvey R, Hassell K, Lewis P, Schafheutle E, Willis S, Harrison S. Patient-centred professionalism in pharmacy: values and behaviours. *Journal of Health Organization and Management*, 2015;29(3):413-430.

297. O'Neill MF. A study of baccalaureate nursing student values. *Nurs Res* 1973;22:437-43.

298. Thurston HI, Flood MA, Shupe IS, Gerald KB. Values held by nursing faculty and students in a university setting. *J Prof Nurs* 1989;5:199-207.

299. Vincent P, Brewer MJ, Aslakson H, Swanson M. Are we teaching leadership as a value? *Nurs Manage* 1993;24(7):65-67.

8. PRILOZI:

8.1. Prilog I: Spisak tabela

Tabela 1. Pregled empirijskih radova iz oblasti farmaceutске etike u periodu 1998-2017.

Tabela 2. Komparacija kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja

Tabela 3. Pregled karakteristika konsenzus metoda

Tabela 4. Proces Tehnike nominalne grupe

Tabela 5. Primena Delfi tehnike u istraživačkom procesu

Tabela 6. Osnovni tipovi grešaka u procesu istraživanja vezanih za proces uzorkovanja, definicije i uzroci

Tabela 7. Struktura uzorka-Sociodemografske karakteristike i profesionalni profil ispitanika (farmaceuta koji su učestvovali u procesu validacije instrumenta)

Tabela 8. Rezultati statističke analize karakteristika instrumenta – EISP-a

Tabela 9. Struktura uzorka-Sociodemografske karakteristike i profesionalni profil ispitanika (farmaceuta javnih apoteka koji su učestvovali u proceni stepena težine i učestalosti etičkih pitanja)

Table 10. Procena stepena težine etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a prema starosnim grupama farmaceuta

Table 11. Procena stepena težine etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a prema radnom iskustvu farmaceuta

Tabela 12. Procena stepena učestalosti etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a prema starosnim grupama farmaceuta

Tabela 13. Procena stepena učestalosti etičkih pitanja iz instrumenta-EISP-a prema radnom iskustvu farmaceuta

Tabela 14. Faktori koji utiču na etičnost farmaceuta

Tabela 15. Razlozi za kompromitovanje etičkih vrednosti farmaceuta

Tabela 16. Faktori koji plaše farmaceute u vezi sa kompromitovanjem etičkih vrednosti

Tabela 17. Distribucija odgovora o faktorima koji utiču na etičnost farmaceuta prema starosnoj dobi

Tabela 18. Distribucija odgovora o faktorima koji utiču na kompromitovanje etičkih vrednosti prema starosnoj dobi farmaceuta

Tabela 19. Distribucija odgovora o faktorima koji utiču na etičnost farmaceuta prema dužini radnog staža

Tabela 20. Distribucija odgovora o najčešćim razlozima koji utiču na kompromitovanje etičkih vrednosti farmaceuta u donosu na dužinu radnog staža

Tabela 21. Analiza faktora koji utiču na etičnost farmaceuta i na percepciju farmaceuta o stepenu težine etičkih pitanja (ANOVA rezultati)

Tabela 22. Analiza raloga koji utiču na etičnost farmaceuta i percepciju farmaceuta o učestalosti etičkih pitanja (ANOVA rezultati)

Tabela 23. Odgovori farmaceuta o konsultaciji veyanim za način rešavanja etičkih pitanja

Tabela 24. Prisećanje farmaceuta o učešću u situacijama koje sadrže etičko pitanje

Tabela 25. Struktura uzorka-Sociodemografske karakteristike i profesionalni profil ispitanika (farmaceuta koji su učestvovali u intervjuima o profesionalnim vrednostima farmaceuta)

8.2. Prilog II: Spisak slika

Slika 1. Grafički prikaz odnosa između etike, vrednosti i principa.

Slika 2. Podela intervjua kao specifične istraživačke metode

Slika 3 . Grafički prikaz statističke serije koja se odnosi na 16 scenarija vezanih za stepen težine etičkih pitanja

Slika 4. Grafički prikaz statističke serije koja se odnosi na 16 scenarija vezanih za učestalost etičkih pitanja

Slika 5. Percepcija farmceuta o stepenu težine i učestalosti etičkih pitanja iz instrumenta - EISP-a

Slika 6. Grafički prikaz distribucije odgovora koji se odnose na prisećanje farmaceuta o učešću u situacijama koje sadrže etičko pitanje

8.3. Prilog III – Instrument (skala) za procenu stepena težine i učestalosti etičkih pitanja u farmaceutskoj praksi – EISP (modifikovana i unapređena verzija)

INSTRUMENT (SKALA) ZA FARMACEUTE O ETIČKIM PITANJIMA U FARMACEUTSKOJ PRAKSI

Poštovane kolegice i kolege,

popunjavanjem ove skale učestvujete u studiji na nacionalnom nivou o etičkim pitanjima koja se javljaju tokom profesionalnog rada farmaceuta u javnim apotekama Srbije. Istraživanje se sprovodi u okviru doktorskih studija iz oblasti socijalna farmacija i istraživanje farmaceutske prakse na Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu u saradnji sa Farmaceutskom komorom Srbije. Rezultati istraživanja biće korišćeni u naučno-istraživačke svrhe i za unapređenje farmaceutske prakse. Za ovo istraživanje je dobijena dozvola Etičkog odbora Farmaceutske komore Srbije. Anonimnost Vaših stavova i odgovora je zagarantovana.

Vaše mišljenje je od velikog značaja za ovo istraživanje i unapred Vam se zahvaljujemo na saradnji i izdvojenom vremenu.

Da li dobrovoljno učestvujete u istraživanju: a) Da b) Ne

Navedite ogranak Farmaceutske komore Srbije kojem pripadate:

1.	Pol:
	<p>a) M</p> <p>b) Ž</p>
2.	Godine starosti:
3.	Upišite broj godina koliko radite u apoteci:
4.	Da li ste nakon fakulteta završili neki od programa poslediplomskog obrazovanja (akademske specijalističke studije, zdravstvenu specijalizaciju, magistarske studije, doktorske studije)?
	<p>a) Da</p> <p>b) Ne</p> <p>c) Nisam, ali sam trenutno na programu poslediplomskog obrazovanja</p>
5.	Ukoliko ste završili neki od gore navedenih programa ili trenutno studirate, molimo Vas da navedete naziv programa poslediplomskog obrazovanja:
6.	Zaposleni ste u apoteci koja je u:
	<p>a) Državnom vlasništvu</p> <p>b) Privatnom vlasništvu</p>
7.	Apoteka u kojoj radite je u sklopu:

	<ul style="list-style-type: none"> a) Velikog lanca apoteka (26 apoteka i više) b) Srednjeg lanca apoteka (11 do 25 apoteka) c) Malog lanca apoteka (2 do 10 apoteka) d) Samostalna apoteka (1 apoteka)
8.	Upišite broj zaposlenih farmaceuta u apoteci (ne u lancu apoteka) u kojoj radite:
9.	Trenutno obavljate poslove:
	<ul style="list-style-type: none"> a) Vlasnika apoteke b) Šefa/načelnika apoteke c) Šefa smene u apoteci d) Farmaceuta u smeni
10.	Apoteka u kojoj trenutno radite je:
	<ul style="list-style-type: none"> a) Gradska b) Prigradska c) Seoska
11.	Da li u apoteci u kojoj trenutno radite postoji prostor za savetovanje pacijenata?
	<ul style="list-style-type: none"> a) Da b) Ne
12.	Koji od navedenih faktora najintenzivnije utiče na Vašu etičnost? (zaokružite samo jedan odgovor koji za Vas ima najveći značaj)

- a) Uticaj porodice, porodično vaspitanje
- b) Uticaj religije
- c) Profesionalna etika
- d) Radno iskustvo
- e) Empatija prema pacijentima
- f) Edukacije iz oblasti etike
- g) Diskusija sa kolegama o etičkim problemima

13. Kada bi ste bili u situaciji da kompromitujete Vaše etičke vrednosti, najčešći razlog bi bio sledeći:

(zaokružite samo jedan odgovor)

- a) Da zaštitim sebe
- b) Da bih ispoštovao/la zahtev lekara
- c) Da bih ispoštovao/la zahtev/stav kolega
- d) Zbog zahteva nadređenih
- e) Da bih ispoštovao/la zahtev pacijenta
- f) Nikad nisam bio/la u prilici da kompromitujem svoje etičke vrednosti

14. Šta vas najviše brine kod kompromitovanja Vaših etičkih vrednosti?

(zaokružite samo jedan odgovor)

- a) Da će moji nadređeni otkriti moj postupak
- b) Da ću imati zakonskih problema
- c) Da ću naškoditi pacijentu
- d) Da ću dovesti svoju kompetentnost u pitanje

15. Ukoliko Vam je potreban savet ili konsultacija o načinu rešavanja etičkog pitanja, kome se prvo obraćate za savet:

- a) Kolegama u apoteci
- b) Kolegama iz drugih apoteka
- c) Nadređenima/ menadžmentu
- d) Porodici
- e) Pravniku
- f) Sam/a donosim odluku o načinu rešavanja etičkog pitanja

16. Da li ste zadovoljni svojim poslom?

- a) Veoma sam zadovoljan/a
- a) Zadovoljan/a
- b) Neutralan/a
- c) Nezadovoljan/a
- d) Veoma nezadovoljan/a

17. Da li ste upoznati sa sadržajem Etičkog kodeksa farmaceuta Srbije?

- a) Da
- b) Ne

18. Ukoliko ste potvrdno odgovorili na prethodno pitanje, navedite koliko često Vam Etički kodeks farmaceuta Srbije pomaže u svakodnevnom radu u apoteci?

- 1) Ne pomaže mi u radu
- 2) Retko
- 3) Ponekad
- 4) Često
- 5) Veoma često

19. Da li možete da se priselite kada ste se poslednji put u svom radu u apoteci susreli sa etičkim pitanjem?

- a) Tokom današnjeg dana
- b) Tokom prošle nedelje
- c) U toku proteklih šest meseci
- d) Tokom prošle godine
- e) Ne mogu da se prisetim
- f) Nisam imao/la etički problem tokom rada u apoteci

20. Da li ste, po završetku studiranja, imali edukaciju iz oblasti etike:

- a) Da
- b) Ne

U narednoj tabeli navedene su situacije koje sadrže etičke probleme sa kojima se farmaceuti suočavaju tokom profesionalnog rada. Molimo Vas da navedene situacije pažljivo razmotrite i da na skali od 1 do 5 navedene situacije rangirate prema stepenu problematičnosti koje one, prema Vašem mišljenju, predstavljaju za rad farmaceuta.

- 1 - Nije problematična,**
- 2 - Malo problematična,**
- 3 - Problematična,**
- 4 - Veoma problematična,**
- 5 - Izuzetno problematična**

1.	Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	1	2	3	4	5
2.	Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	1	2	3	4	5
3.	Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priušti neophodnu terapiju	1	2	3	4	5

4.	Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji mogućnost da pacijentu bude izdat lek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	1	2	3	4	5
5.	Situacija kada pacijentu treba izdati generički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti i biološkoj ekvivalenciji leka	1	2	3	4	5
6.	Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	1	2	3	4	5
7.	Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	1	2	3	4	5
8.	Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	1	2	3	4	5
9.	Situacija u kojoj se tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za recepturom, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme	1	2	3	4	5
10.	Situacija u kojoj farmaceut treba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	1	2	3	4	5
11.	Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon	1	2	3	4	5
12.	Situacija kada je farmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke	1	2	3	4	5
13.	Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije	1	2	3	4	5
14.	Situacija kada farmaceut treba da proda marketinški promovisan dijetetski suplement	1	2	3	4	5
15.	Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobrobiti pacijenta					

		1	2	3	4	5
16.	Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta	1	2	3	4	5

Poštovane kolegice i kolege , molimo Vas da navedene situacije, koje sadrže etičke probleme iste kao i u prethodnoj tabeli, pažljivo razmotrite i da ih na skali od 1 do 5 rangirate prema stepenu učestalosti njihovog pojavljivanja u toku Vašeg profesionalnog rada.

- 1 - Ne javlja se,
- 2 - Javlja se ponekad,
- 3 - Javlja se često,
- 4 - Javlja se nedeljno,
- 5 - Javlja se svakodnevno

1.	Situacija kada zbog administrativne greške na receptu, farmaceut ne može da izda lek pacijentu	1	2	3	4	5
2.	Situacija kada farmaceut, s ciljem da izbegne konflikt sa lekarom, izdaje lekove pacijentu koje smatra terapijski neadekvatnim	1	2	3	4	5
3.	Situacija kada pacijent ekonomski ne može sebi da obezbedi/priusti neophodnu terapiju	1	2	3	4	5
4.	Situacija kada zbog zakonskih ograničenja, ne postoji mogućnost da pacijentu bude izdat lek (neadekvatna dijagnoza, konzilijarno mišljenje, idr.)	1	2	3	4	5
5.	Situacija kada pacijentu treba izdati generički lek, umesto originalnog leka, bez dodatnih podataka o biološkoj raspoloživosti i biološkoj ekvivalenciji leka	1	2	3	4	5
6.	Situacija kada farmaceut treba da izda terapiju, za koju zna da pacijentu neće biti od koristi	1	2	3	4	5

7.	Situacija kada pacijent nije u stanju da razume savet farmaceuta	1	2	3	4	5
8.	Situacija u kojoj farmaceut treba da reaguje na jasno izraženo nepoverenje pacijenta u propisanu terapiju	1	2	3	4	5
9.	Situacija u kojoj se tokom pružanja farmaceutske usluge pacijentu za recepturom, farmaceut obavlja više poslova u isto vreme	1	2	3	4	5
10.	Situacija u kojoj farmaceut treba da saopšti poverljivu informaciju pacijentu, kada je privatnost pacijenta narušena od strane drugih pacijenata	1	2	3	4	5
11.	Situacija kada farmaceut razmišlja da u cilju humanosti prekrši zakon	1	2	3	4	5
12.	Situacija kada je farmaceut pod uticajem/pritiskom dnevne zarade apoteke	1	2	3	4	5
13.	Situacija kada treba informisati pacijenta, koji iz opravdanih razloga ne zna dijagnozu, o razlogu korišćenja propisane terapije	1	2	3	4	5
14.	Situacija kada farmaceut treba da proda marketinški promovisan dijetetski suplement	1	2	3	4	5
15.	Situacija u kojoj treba dovesti u pitanje kompetentnost kolege zbog dobrobiti pacijenta	1	2	3	4	5
16.	Situacija u kojoj treba dovesti sopstvenu kompetentnost u pitanje zbog dobrobiti pacijenta	1	2	3	4	5

Zahvaljujemo Vam se na saradnji

9. BIOGRAFIJA

Tatjana Crnjanski je rođena 26.12.1970. godine u Svrnjicu. Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu završila je 1998. godine sa prosečnom ocenom 8,54 i ocenom 10 na diplomskom ispitu, odbranjenom na Institutu za farmaceutsku tehnologiju i kozmetologiju. Specijalističke akademske studije iz oblasti Farmaceutski menadžment i marketing, na Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, upisala je 2005. godine, da bi 2008. godine završila ove studije odbranom specijalističkog rada pod naslovom „Analiza farmaceutske prakse u terapiji osteoporoze – nišavski okrug“. Student je doktorskih akademskih studija modula „Socijalna farmacija i istraživanje farmaceutske prakse“ od školske 2008/2009. godine. Godine 2016. ponovo je upisana na isti modul doktorskih akademskih studija Farmaceutske nauke, na Univerzitetu u Beogradu - Farmaceutskom fakultetu.

Nakon završenih osnovnih studija, obavila je obavezan farmaceutski staž tokom 1999. godine i položila stručni ispit. Od marta 1999. godine do jula 2009. je zaposlena kao odgovorni farmaceut u Apoteci Niš. Od 2000-2008. godine obavljala je poslove upravnika apoteke i dodatno, u periodu od 2002-2006. godine obavlja poslove koordinatora poslovanja u Apoteci Niš u čijoj nadležnosti je poslovanje još 5 apoteka.

Jula 2009. godine postaje član kolektiva Apoteke Subotica i od maja 2010.godine obavlja poslove upravnika apoteke. U maju 2014. godine postavljena je za pomoćnika direktora za farmaceutske poslove Apoteke Subotica.

U dosadašnjem naučno-istraživačkom radu objavila je 2 rada u vrhunskim međunarodnim časopisima (M21), 2 rada u međunarodnim časopisima (M 23), 2 rada u naučnim časopisima (M53). Učestvovala je sa 16 saopštenja na skupovima od nacionalnog značaja štampanih u izvodu i 2 saopštenja sa skupa od nacionalnog značaja štampanih u celini.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора _____ Тајјана Црњански _____

Број индекса _____ 25/2016 _____

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Развој и примена инструмента за процену учесталости и степена тежине етичких питања која се јављају у фармацеутској пракси јавних апотека у Србији

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, _____ 20.04.2018 _____

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Татјана Црњански

Број индекса 25/2016

Студијски програм Социјална фармација и истраживање фармацеутске праксе

Наслов рада „Развој и примена инструмента за процену учесталости и степена тежине етичких питања која се јављају у фармацеутској пракси јавних апотека у Србији”

Ментор Др сц. Душанка Крајновић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањена у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, 20.04.2018.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

„Развој и примена инструмента за процену учесталости и степена тежине етичких питања која се јављају у фармацеутској пракси јавних апотека у Србији”

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)

2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)

3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)

5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)

6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.
Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, 20.04.2018.

1. **Ауторство.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.
2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.
3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.
4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.
5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.
6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.