

MITOVI I ISTINE O LIJEČNIČKOM ZANIMANJU: SOCIOLOŠKO ISTRAŽIVANJE STAVOVA STANOVNIKA DALMACIJE

John, Laura

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split / Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:172:417126>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**

Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of humanities and social sciences](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

**SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET**

ZAVRŠNI RAD

**MITOVI I ISTINE O LIJEČNIČKOM
ZANIMANJU: SOCIOLOŠKO ISTRAŽIVANJE
STAVOVA STANOVNIKA DALMACIJE**

LAURA JOHN

Split, 2021.

**ODSJEK ZA SOCIOLOGIJU
JEDNOPREDMETNI STUDIJ SOCIOLOGIJE
DRUŠTVENE PROMJENE**

ZAVRŠNI RAD

**MITOVI I ISTINE O LIJEČNIČKOM
ZANIMANJU: SOCIOLOŠKO ISTRAŽIVANJE
STAVOVA STANOVNIKA DALMACIJE**

Mentorica:

Izv. prof. dr. sc. Gorana Bandalović

Studentica:

Laura John

Split, srpanj 2021.

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
2. Medicinska sociologija	3
2.1. Povijest medicinske sociologije.....	4
2.2. Suvremena medicinska sociologija.....	5
2.3. Sociologija u medicini	5
3. Liječničko zanimanje	7
3.1. Hipokratova zakletva	8
3.2. Put do karijere	9
3.2.1. Akademsko obrazovanje.....	9
3.2.2. Specijalizacija i subspecijalizacija.....	10
3.3. Obnavljanje licence.....	12
3.4. Profesionalni život	13
3.4.1. Radno vrijeme.....	13
3.4.2. Godišnji odmor	14
3.4.3. Liječnička plaća	15
3.4.4. Dežurstvo i pripravnost.....	16
4. Sociološki pogled na liječničko zanimanje.....	18
4.1. Položaj liječnika u društvu.....	18
4.2. Sociološke perspektive o liječničkom zanimanju	19
5. Odnos liječnik-pacijent	21
5.1. Informirani pristanak	22
5.2. Etičnost u odnosu liječnik-pacijent.....	23
5.3. Liječničke pogreške i/ili pogreške sustava	24
6. Metodološki i empirijski aspekti istraživanja	26

6.1. Cilj istraživanja	26
6.2. Hipoteze istraživanja.....	26
6.3. Uzorak istraživanja	27
6.4. Istraživačka metoda istraživanja	27
6.5. Mjerni instrument.....	27
7. Rezultati i rasprava	28
7.1. Sociostrukturalna obilježja ispitanika.....	28
7.2. Stavovi ispitanika o liječničkom zanimanju	33
8. Zaključak.....	50
9. Literatura.....	52
10. Metodološka i empirijska arhiva.....	55
10.1. Anketni upitnik	55
10.2. Protokol istraživanja	60
Sažetak	62
Summary	63
Bilješka o autorici	64

1. Uvod

Društvo je često, ako ne i uvijek, podložno određenim promjenama. U duhu današnjih zbivanja povezanih uz pandemijsko okruženje shvaćamo tek koliko smo kao jedan društveni organizam ovisni o različitim vanjskim faktorima te koliko samo jedan utječe na čitavi niz promjena koje moramo dočekati spremni i ubrzano im se prilagoditi. Čini se kako suvremeno društvo možemo nazvati društvom promjena, no pitanje je kakve promjene stvaramo i kakvima se prilagođavamo? Nerijetko smo stvaratelji negativnih, ali ipak uvijek težimo pozitivnim promjenama. Pomak, napredak, prosperitet – ono što pokušavamo ostvariti u svim aspektima naših života, a jedan kojemu najviše težimo jest zdravlje. Iako u određenim razmjerima sami osiguravamo svoje zdravlje, ipak je medicinska znanost pružila privilegiju da brže, bolje i efikasnije ostvarimo zdravlje, a i da ga očuvamo.

In medias res svakog zdravstvenog sustava nalazi se liječnik, osoba čija je profesija proučavanje i liječenje bolesti. Bez njega ne postoji ni medicina kao znanost, ni zdravstveni sustav, a otvara se prostor za neravnotežu i razaranje stabiliteta unutar društvene zajednice. Zadovoljan liječnik znači dobra funkcija sustava, što u konačnici dovodi do uređenog i zadovoljnog društva. Sukladno s time zaključuje se da su problemi liječnika problemi samoga društva kao tijela koji se koristi liječničkom zaštitom u suzbijanju i prevenciji bolesti i očuvanju zdravog života. Suvremene poteškoće vezane uz krizu Covid-19 pandemije u sami fokus dovode pitanje liječnika. Nedostatak, preopterećenost, neorganiziranost – sve su to u posljednjem periodu prethodnice riječi liječnik, osobito uočene u Republici Hrvatskoj.

Vodeći se činjenicama iz stručne sociološke i medicinske literature, ali i statističkim i općim kvantitativnim podacima o liječničkoj struci dostupnima javnosti uočava se kako zapravo unutar društva postoje brojni „mitovi“ o tom zanimanju. Cilj ovog rada je ispitati stavove dalmatinskog stanovništva o liječničkom zanimanju sa svrhom proučavanja postoji li razlika u razmišljanju ispitanika i onoga što je zapisano u temeljnim člancima Kolektivnog ugovora i činjenicama o liječničkom zanimanju. Aktualnost ovog rada temelji se na interpretiranju dobivenih podataka u svrhu saznanja koji su stavovi i razmišljanja o samoj struci i čimbenicima te struke te je li nespretna okolnost pandemije utjecala na njihove stavove.

Ovaj rad sastoji se od šest poglavlja. *Teorijski okvir rada* slijedi nakon uvoda, a u svojim glavnim tezama objašnjava povezanost između sociologije i medicine unutar discipline

medicinska sociologija, tumači liječničko zanimanje i sastavnice tog zanimanja, prikazuje sociološki osvrt na liječničko zanimanje te mikro razinu – odnos liječnik-pacijent.

Iza teorijskog okvira slijedi *Metodološki i empirijski aspekti istraživanja* u kojemu se navode ciljevi ovog istraživanja, hipoteze, uzorak te metoda i mjerni instrument kojim se istraživanje provelo.

Nadalje, poglavlje *Rezultati i rasprava* gdje se iznosi rasprava o rezultatima istraživanja, a slijede ga zaključna razmatranja te *Popis literature*. Naposljetku rada nalazi se *Metodološka i empirijska arhiva* u kojemu se nalazi upitnik anketnog istraživanja te protokol istraživanja, a na samom kraju rada priložen je sažetak na hrvatskom i engleskom jeziku kao i bilješka o autorici.

2. Medicinska sociologija

Kada govorimo o liječničkom zanimanju u oku sociologa, važno je istaknuti sociološku disciplinu koja se bavi proučavanjem ove tematike, a radi se o medicinskoj sociologiji. Cockerham definira medicinsku sociologiju kao disciplinu koja pruža sociološke perspektive, teorije i metode u proučavanju zdravlja, bolesti, medicinske prakse i politike. Područja interesa medicinske sociologije prema autoru obuhvaćaju niz društvenih utjecaja na zdravlje i bolest; zdravstvene nejednakosti; međuodnos zdravstvenih radnika i pacijenata; društvenu funkciju zdravstvenih organizacija i institucija; društveni obrasci korištenja zdravstvenih usluga, društvene politike prema zdravlju i ostale slične teme (Cockerham, 2016: 4).

Cerjan-Letica i Letica (1989) ističu da se sociologija medicine bavi medicinom i zdravstvenom zaštitom kao podsustavima (društvenim institucijama) globalnog društvenog sustava odnosno istraživanjem temeljnih načela i zakonitosti djelovanja i ponašanja njihovih aktera. Nadalje, prikazuju područja interesa medicinske sociologije, a to su: definicije bolesti i uloge bolesnika, istraživanje odnosa liječnik-pacijent; zatim, definicije zdravlja, liječničke profesije, bolnice, socijalne determinante zdravlja i bolesti te socijalne strukture i zdravlja; u nastavku, organizacija zdravstvene zaštite i zdravstveni-medicinski sustav; onda tematike povezane sa životnim procesima i pojavama poput starosti-starenja, umiranja-smrti, stresa i socijalne podrške; te naposljetku tradicionalne i alternativne medicine, financiranja zdravstvene zaštite, metoda medicinske sociologije, obitelj i zdravlje te medicinske etike. U posljednje vrijeme ponajviše se uočava promatranje sličnih tematika u razdoblju pandemije koronavirusa koja predstavlja novu realnost i zasigurno nova načela promišljanja.

Glavna zainteresiranost za razmišljanje o povezanosti između medicine i sociologije započela uslijed djela Talcotta Parsonsa, Društveni sustav u kojem autor uspoređuje društvo s ljudskim tijelom, a temeljni razlozi za sociologijsko otkriće medicine dijele se na interesne i intelektualne skupine. Autori smatraju kako interesnu skupinu karakteriziraju ljudi koji u razvoju medicinske sociologije vide neku svrhu i dobit, pa daju primjer u isticanju kako brojni sociolozi vide korist u području zapošljavanja pri istraživačkim poslovima u području medicine, ali i operativnim poslovima poput kliničkog sociologa (Cerjan Letica i Letica, 1989: 102). Klinički sociolog zapravo predstavlja most između ove dvije discipline, a njegova profesija se tiče djelatnosti kojom se bavi rješavanjem životnih problema pacijenata. Odnosno, može se reći kako je to sociolog specijalizant koji je imao prethodnog radnog iskustva kao

individualac istraživač ili u suradnji s drugim stručnjacima u medicinskoj ili socijalnoj ustanovi (Opalić, 2007: 119). U prilog interesnoj skupini idu i činjenice da se na biomedicinska i sociomedicinska istraživanja ulaže velika količina novaca, a sama istraživanja daju mogućnost zapošljavanja za sociologe. Kada se govori o se intelektualnim skupinama važno je istaknuti višestruku teorijsku i empirijsku potvrdu da je za istraživanje sociomedicinskih fenomena razumijevanje općih društvenih odnosa i procesa najbolji case-study, a pruža nam uvid u društvene strukture, moć, stratifikaciju, socijalizaciju, djelovanje neformalnih grupa, profesionalne i političke dominacije, građanskih prava i sloboda, procesa političkog odlučivanja i ostaloga (Cerjan Letica i Letica, 1989: 102). S obzirom na veliki razvoj tehnologije, medicine i sve većeg ulaganja u medicinska i farmaceutska istraživanja danas bi trebao postojati sve veći interes sociologa za medicinsku sociologiju i interdisciplinarnost.

2.1. Povijest medicinske sociologije

Medicinska sociologija relativno je „mlada“ znanstvena disciplina, iako je čovjekova zainteresiranost za zdravlje i medicinu oduvijek postojala (Cerjan Letica i Letica, 1989: 110). Njena povijest može se podijeliti na tzv. pretpovijesno (marginalno-znanstveno) razdoblje odnosno do 50-ih godina 20. stoljeća te povijesno-znanstveno razdoblje koje obuhvaća razdoblje od 50-ih godina i dalje. No, ipak, temelji medicinske sociologije (naziv, pristup, teorijska tradicija) pronalaze se značajno prije, u antičkoj filozofiji i medicini. Kao utemeljitelji glavnih koncepata i teorija u medicinskoj sociologiji spominju se vrsni sociolozi poput Parsonsa, Beckera, Goffmana, Mertona, Glaser, Strauss i dr. koji su radili na temelju adaptacija ili stvaralačkih razrada teorija socioloških klasika poput Webera, Marxa, Simmela i Durkheima (Cerjan-Letica i Letica, 1989: 102).

Upravo razdoblje od 1950-ih nadalje daje okvir stvaranja suvremene medicinske sociologije, a to ukazuje izdavanje prvog udžbenika ove znanstvene discipline pod autorstvom Hawkinsa naslova *Medical Sociology* (Medicinska Sociologija) kada se ujedno i prvi put spomenuo ovaj termin (Cerjan-Letica i Letica, 1989: 107). Važno je naglasiti kako se uz vrlo očitu dominaciju termina medicinska sociologija u ovim tematikama često koriste i pojmovi zdravlja i zdravstva, ali se smatra kako ipak „medicinska“ zvuči elokventnije i primjerenije (Cerjan-Letica i Letica, 1989: 108). Kao primjer prethodnome, postoje sociološke discipline poput sociologije zdravlja i bolesti te sociologije javnog zdravstva.

2.2. Suvremena medicinska sociologija

Suvremena medicinska sociologija definitivno je puno razrađenija i obuhvaća znatno veće područje interesa, a danas je i neovisnija po pitanju istraživanja jer ne ovisi kao prije o financijskim sredstvima i sponzorstvima liječnika. Također, prije je postojala puno striktnija podjela sociologa koji su radili pri akademskim odsjecima na fakultetima i onima koji su radili u zdravstvenim institucijama, ali se danas ta situacija promijenila. Današnji se medicinski sociolozi svojim „zanatom“ bave u raznim okruženjima; kao punopravni profesionalci koji rade kao suradnici na istraživanjima s profesionalcima u zdravstvu, javnom zdravstvu gdje surađuju na istraživačkim projektima sa stručnjacima iz medicine, javnog zdravstva, sestrinstva i drugih zdravstvenih područja. Ovaj se napredak dogodio zbog razvijanja širokog spektra radova i istraživanja potkrijepljenih čvrstim temeljima sveobuhvatne literature. Tijekom godina medicinska je sociologija doživjela svjetsku ekspanziju zahvaljujući postojanju i angažmanu raznih profesionalnih udruženja poput *The European Society for Health and Medical Sociology*¹ (Europsko društvo za zdravlje i medicinsku sociologiju) i Internacionalnog sociološkog udruženja (Cockerham, 2016: 9). Danas je zahtjev za razvijanjem medicinske sociologije sve istaknutiji u kontekstu promatranja navedenih interesnih sfera u okruženjima globalne pandemije koja je zasigurno poremetila obrasce.

2.3. Sociologija u medicini

Iako na oko nespojive discipline zapravo se zajednički spajaju u cilju ostvarivanja i interesa sveopćeg društvenog dobra. Medicina se definirala kao područje ljudske djelatnosti u kojoj se svi postupci, vještine i znanja usmjeravaju cilju liječenja i rehabilitacije bolesnih te očuvanju i unaprjeđenju zdravlja ljudi, a njen je razvoj povezan s razvojem ljudske civilizacije (Žuškin, Pucarín Cvetković, Kanceljak Macan, Vitale, Janev Holcer i Čivljak, 2013: 156). Možemo isto tako reći kako se i sociologija orijentira ka stvaranju znanja i saznanja koji bi u konačnici trebali pomoći unaprjeđenju i razvoju društva. Cerjan-Letica i Letica (1989) objašnjavaju kako sociologija u medicini zapravo predstavlja vrlo korisnu profesionalnu djelatnost koja svoju korist predstavlja u skupu znanja i vještina koje medicini mogu pomoći u rješavanju konkretnih organizacijskih, profesionalnih (liječničkih, sestrinskih) i zdravstvenih problema. Giddens (2007) pak tvrdi kako su zdravlje i bolest kulturno i društveno

¹ <https://www.eshms2020.com/>

determinirani, te je stoga vrlo važno prepoznati interdisciplinarnost između ove dvije grane kao kvalitetu u rješavanju društvenih problema. Upravo je zbog proučavanja društva i pokušaja iskorjenjivanja društvene patologije došlo do uspostave javnog zdravstva koji je produkt ove dvije discipline (Giddens, 2007: 153/154).

3. Liječničko zanimanje

Liječničko zanimanje se smatra jednim od najzahtjevnijih i najodgovornijih zanimanja. To je osoba koja ima znanje i posjedovanje vrlo bitne moći kojom može kategorizirati i kontrirati pojmove normalan i lud, zdrav i bolestan (Foucault, 2006: 123). Liječnicima je tu moć omogućilo dugogodišnje učenje i širok spektar znanja, kompetencija i svakodnevna praksa. Zainteresiranost za tijelo, zdravlje i bolesti postoji otprilike otkada postoji i čovjek, a liječničko zanimanje razvilo se još u antici. Danas je zbog napretka u području informacija i tehnologije medicina postala univerzalno zanimanje, a zahtjeva diplomiranje na medicinskim fakultetima koji pružaju kompetenciju i vještine (Pederin, 2018: 737).

Staničić govori o dvostrukoj ulozi liječnika, a to su ona koju ima spram bolesnika te spram društva u čijem okrilju on i djeluje. Autorica ističe, na tragu Foucaultove misli, kako liječnik djeluje kao čovjek od moći spram bolesnika, jer se njegova moć spušta do najživotnije razine čovjeka; njegova tijela, a ujedno ima i legitimitet imenovanja čovjekovog stanja kao zdravog ili bolesnog. Kao osoba koja djeluje spram društva on ima određenu moć i poziciju u društvu u političkoj strukturi medicinske profesije (Staničić, 2001: 197). Njegova moć uočava se i u prosuđivanju života i smrti te stoga: „...upravo živo čovjekovo tijelo predstavlja izvoristište liječnikove moći; vidimo, dakle, da liječnik, zato jer pomaže tijelu, postaje jedna vrsta moćnika, a bolesnik predmet medicinsko-materijalističke manipulacije“ (Staničić, 2001: 200). Nakon liječnika vrlo bitnu ulogu u monopolu donošenja odluka u društvu ima politika. Međutim, ono što politika i sustav nalaže, liječnik može „obraniti“, primjerice pripisati bolesniku oslobađanje od mreže socijalnih zadataka – dodjeljivanje mirovine (Staničić, 2001: 200).

No, sa svakom moći dolazi i odgovornost, a liječnik je zaista mora održavati na visokom nivou. Danas se stječe dojam da su liječnici profesija kojoj se najviše naglašava moralnost i etičnost jer je njihov rad često sadržaj novinskih članaka i drugih medija, a to čini izniman pritisak na njihov svakodnevni rad (Kulenović, 2012: 488). Uz pritisak i odgovornost tu je i težak put do profesionalne karijere, a odnosi se na obrazovanje koje je praktički cjeloživotno s obzirom da se medicina svakodnevno transformira s novim znanjima, tehnikama i pristupima. Ujedno, važno je istaknuti kako se i liječnik brine o sveopćem društvenom dobru koje se ne odnosi samo na zdravlje i bolest, već i ukazivanju na negativne društvene trendove, poticanju osviještenosti društva prema različitim problemima te generalnoj kvaliteti života.

3.1. Hipokratova zakletva

Zapravo se na liječničko zanimanje štoviše može gledati kao na poziv jer se on obvezuje da će svoj život posvetiti društvenom dobru, a to zahtjeva mnoga odricanja i često liječnikovo zanimanje postaje njegov život. Možda se može olakotno shvaćati nečije obećanje, no liječnikovo obećanje je službeno i pisano. Naime, radi se o Hipokratovoj zakletvi koja je nastala prije 2500 godina te predstavlja prvi kodeks liječničke etike u kojem se po prvi put utemeljuje liječništvo kao profesija s određenim etičkim obavezama liječnika prema osobama kojima pomaže kao pacijentima. Naziva se i Ženevska liječnička prisega jer je prihvaćena na 2. općoj skupštini Svjetskoga liječničkog udruženja (*World Health Association*) u Ženevi u rujnu 1948. Tada se organizacija usmjerila ka humanitarnijim ciljevima medicine i postala među prvima koja izričito naglašava da se prema svim ljudima treba jednako postupati bez obzira na njihovu rasnu, vjersku, socijalnu ili političku pripadnost, te spolnu orijentaciju.² Hrvatska liječnička komora (2020) organizirala je prevođenje teksta Liječničke prisege te ju predlaže u uvrštenje unutar protokola promocije doktora medicine na hrvatskim medicinskim fakultetima.³

Liječnička prisega kao pripadnika liječničkog zvanja glasi: „SVEČANO OBEĆAVAM da ću svoj život posvetiti služenju čovječanstvu; ZDRAVLJE I DOBROBIT MOG bolesnika bit će mi najvažnija briga; POŠTOVAT ĆU autonomiju i dostojanstvo svog bolesnika; UVIJEK ĆU POŠTOVATI ljudski život; NEĆU DOPUSTITI da bilo kakvo obilježje u pogledu dobi, bolesti ili nemoći, vjere, etničkog podrijetla, roda, narodnosti, političke pripadnosti, rase, spolne orijentacije, klasne pripadnosti ili drugih čimbenika utječe na mene u obavljanju dužnosti prema bolesniku; POŠTOVAT ĆU tajne koje su mi povjerene, čak i nakon smrti bolesnika; POSTUPAT ĆU u svom stručnom radu savjesno i dostojanstveno te u skladu s dobrom medicinskom praksom; NJEGO VAT ĆU čast i plemenite tradicije liječničkog zvanja; ISKAZAT ĆU dužnu zahvalnost i poštovanje prema svojim učiteljima, kolegama i učenicima; PODIJELIT ĆU svoja medicinska znanja na dobrobit bolesnika i unaprjeđenje zdravstvene zaštite; POSVETIT ĆU SE vlastitom zdravlju, dobrobiti i sposobnostima radi pružanja skrbi na najvišoj razini; NEĆU SE KORISTITI svojim medicinskim znanjima u svrhu kršenja ljudskih prava i građanskih sloboda, čak ni pod prijetnjom; OVO OBEĆAVAM svečano i slobodno, pozivajući se na svoju čast.“⁴ Čitanjem Hipokratove zakletve jasno

² Izvor: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/hrvatski-dan-lijecnika-2/>

³ Izvor: <https://www.hlk.hr/nova-verzija-lijecnicke-prisege-prevedena-je-na-hrvatski-jezik.aspx>

⁴ Ibid.

uočavamo predanost liječnika prema sveopćem društvenom dobru i dobru svakog pojedinca unutar njega. Ona istinski ističe ono čemu liječnik teži, njegove moralne vrijednosti i dobar je označitelj njegovih obaveza, odgovornosti i etičnosti kojima se svečano obvezuje. Simbolična je kao pokazatelj sagledavanja liječničkog zanimanja kroz povijest (Hipokrat kao prvak liječnika) te pokazatelj onoga što se od liječnika očekuje – njega, posvećenost i dobrobit prema pacijentu.

3.2. Put do karijere

Put do profesionalne karijere liječnika odnosi se na obrazovni put koji liječnika dovodi do znanja i kompetencija za obavljanje svog zanimanja, kao i onaj koji slijedi tijekom radnog vijeka. Formalno se njihovo obrazovanje odnosi na završetak četverogodišnje srednje škole i medicinskog fakulteta, a većina diplomanata odluči se i na stručno usavršavanje odnosno specijalizaciju i subspecijalizaciju kojom formiraju svoj interesni karijerni put. Osim navedenoga, važno je istaknuti kako su liječnici dužni svako šest godina obnoviti svoju liječničku licencu, a to uključuje učenje putem sudjelovanja na seminarima i kongresima.⁵ Neformalno, njihovo obrazovanje traje čitav radni vijek, a dosta ih ostane u dodiru sa strukom i poslije odlaska u mirovinu što doista ukazuje kako se ne radi samo o karijeri, već o životnom pozivu.

3.2.1. Akademske obrazovanje

U Republici Hrvatskoj postoje četiri medicinska fakulteta, a smještene su u četiri velika hrvatska grada: Zagreb, Split, Rijeka i Osijek. Prema navođenju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu ističe se kako se radi o integriranom preddiplomskom i diplomskom studiju koji traje šest godina, odnosno 12 semestara, a studenti jedino mogu pohađati redoviti studij odnosno kao redovni studenti. To podrazumijeva da moraju biti prisutni na predavanjima te sudjelovati u praktičnoj nastavi. Praktičnom nastavom fakultet smatra vježbe, hospitiranje, nastavne vizite, kliničke i kliničko-patološke konferencije, stručnu praksu, terenski rad i druge oblike nastave koji omogućuju stjecanje propisanog znanja i vještina. Studenti su dužni prisustvovati u svemu navedenom. Nadalje, ističe se kako su obavezni općeobrazovni predmeti koji su podijeljeni u predmete temeljne medicine, pretkliničke, kliničke te javnozdravstvene

⁵ Izvor: <https://www.hlk.hr/obnavljanje-licence.aspx>

predmete. U konačnici, završetkom ovog fakulteta studenti dobivaju zvanje liječnika opće medicine (doktora medicine), odnosno postaju osposobljeni za poslove primarne zdravstvene zaštite.⁶ Program se ne razlikuje ni na ostalim navedenim medicinskim fakultetima. Dakle, kao što je već istaknuto, ovim fakultetom osposobljava se za primarnu zdravstvenu zaštitu, no, kako bi liječnik specificirao svoju struku upisuje specijalizaciju kojom detaljnije uči o području svog interesa i osposobljava se za izvršavanje iste.

3.2.2. Specijalizacija i subspecijalizacija

Prema Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine koji je objavljen u Narodnim novinama (2011) specijalizacija se definira kao oblik organiziranog stjecanja kompetencija prema propisanom programu koja se može obavljati samo u ovlaštenim zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, odnosno kod ovlaštenih doktora medicine koji obavljaju privatnu praksu, a koji ispunjavaju određene uvjete. Nadalje, definira se uža specijalizacija koja je nastavak usavršavanja specijalista određene grane specijalizacije na temelju utvrđenog plana potrebnih kadrova putem stjecanja dodatnih kompetencija prema propisanom programu; to je stručna osposobljenost specijalista određene grane specijalizacije koja se stječe završetkom programa uže specijalizacije. Laički rečeno, specijalizacija je obrazovanje ka liječničkoj interesnoj sferi. Nadalje, u Pravilniku je navedeno kako program specijalizacije osim specijalističkog usavršavanja, obrazaca praćenja napretka te praćenja obavljenih zahvata, uključuje i poslijediplomski specijalistički studij.⁷

Zatim, definira se specijalizant kao doktor medicine s kojim je zasnovan radni odnos na neodređeno vrijeme u zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija ili grad te onaj koji obavlja privatnu praksu, a kojemu je odobrena specijalizacija od nadležnog ministra zdravstva. Doktor medicine specijalist određene grane specijalizacije sa znanstveno-nastavnim ili stručnim znanjem s najmanje deset godina specijalističkog staža jest voditelj programa specijalizacije. Također se navodi glavni mentor kojeg svaki specijalizant mora imati, a on je doktor medicine specijalist sa znanstveno-nastavnim ili stručnim zvanjem iste specijalističke grane za koju se specijalizant usavršava s najmanje deset godina specijalističkog staža te on može istovremeno biti mentor najviše pet specijalizanata. Uz glavnog mentora postoje i mentori koji su također doktori medicine specijalisti iste specijalističke grane, ali

⁶ Izvor: <https://mef.unizg.hr/studiji/diplomski/>

⁷ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_09_100_2057.html

imaju pet godina specijalističkog staža. Što se tiče ovlaštenja za provođenje specijalističkog usavršavanja ima ga, navodi se ,zdravstvena ustanova, trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odnosno ordinacija privatne prakse koji moraju ispunjavati sve prostorne, kadrovske i posebne uvjete propisane Pravilnikom, a Nacionalno povjerenstvo za specijalističko usavršavanje doktora medicine je zaduženo za provjeru, procjenu i unaprjeđenje kvalitete specijalističkog usavršavanja doktora medicine. Nacionalno povjerenstvo imenuje ministar zdravstva, a čine ga predstavnici ministarstva, Nacionalnog zdravstvenog vijeća, Dekanske konferencije medicinskih fakulteta, Akademije medicinskih znanosti, Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog liječničkog zbora i Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu.⁸ Specijalizacija predstavlja profesionalni razvoj liječnika. Prema Pravilniku, specijalizirati se može u čak 45 područja, a neka od javnosti najpoznatijih su: pedijatrija, neurokirurgija, psihijatrija, kardiologija, obiteljska medicina itd. Vrijeme trajanja specijalizacije jest 60 mjeseci, odnosno pet godina.⁹

S obzirom na kompletno novu kategoriju obrazovanja koja je nužna kako bi se doktor medicine specificirao u svojoj karijeri i stekao potrebne kompetencije i znanja, zasigurno se postavlja pitanje koliko to sve košta, a slijedno tome; tko snosi troškove? Naime, zahtjev za brojem specijalizanata izdaje radna organizacija, dok ga Ministarstvo zdravstva odobrava. Prema Odluci o troškovima specijalizacija objavljenoj u Narodnim novinama (2011) iznosi se podatak da troškovi specijalizacije iznose 100.000 kuna neto po godini specijaliziranja.¹⁰ Navodi se kako troškovi specijalizacije obuhvaćaju troškove glavnog mentora, mentora i komentora, trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje, trošak poslijediplomskog specijalističkog studija, trošak završnog i specijalističkog ispita, trošak knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine te trošak dnevnika rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju te bruto plaću liječnika. Troškove specijalizacije generalno u praksi plaća radna organizacija koja je iznijela zahtjev za specijalizantom, ali postoji i izuzetaka. Specijalizant je dužan raditi pod ugovorom za tu istu radnu organizaciju onoliko godina koliko je trajala specijalizacija.¹¹ Navedeni izuzetci su liječnici koji u poslovnoj organizaciji u kojoj su ugovorom dužni raditi onoliko godina koliko je trajala specijalizacija, namjeravaju otkazati ugovor prije njegovog isteka. Naime, prema Zakonu za zdravstvenu zaštitu, po članku 187. određeno je da specijalizanti koji prijevremeno

⁸ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_09_100_2057.html

⁹ Ibid.

¹⁰ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_11_133_2673.html

¹¹ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_09_100_2057.html

otkažu ugovor s radnom organizacijom ili odlaze u drugu ustanovu su dužni platiti sve navedene troškove specijaliziranja te osnovicu plaće.¹² Međutim, specijaliziranjem liječnik ne završava svoje učeničke obaveze. Naime, liječnik se u jednu ruku može sagledavati kao vječni student jer svoja znanja mora nadopunjavati i proširivati tijekom čitavog radnog vijeka jer je dužan obnoviti svoju liječničku licencu.

3.3. Obnavljanje licence

Rijetka su zanimanja koja zahtijevaju obnovu licence, no uglavnom su to zanimanja koja imaju izrazitu odgovornost i moć nad nekim/nečim. U kontekstu liječničkog zanimanja, odgovornost je izrazito visoka, a moć je izražena nad najekstremnijim određenjima – bolest ili zdravlje; život ili smrt. Zbog toga je izrazito važno pratiti i nadopunjavati znanja i vještine liječnika. Uz to dolazi i do brzog napretka tehnologije kojim se unaprjeđuju i mijenjaju određeni aspekti liječničkog zanimanja, a odnose se na napredak farmaceutske industrije i tehnika liječenja.

Prema Pravilniku o trajanju medicinske izobrazbe (2008) pod načelima medicinske izobrazbe navodi se stavka da trajnom medicinskom izobrazbom liječnik treba stalno usavršavati, proširivati i osuvremenjivati svoja znanja i vještine te ih koristiti u dijagnostičkim, terapijskim i rehabilitacijskim postupcima prema pacijentima koji će zbog toga osjetiti poboljšanje kvalitete rada svojih liječnika.¹³ Ističe se prema Pravilniku o odobrenju za samostalan rad (licenci) (2019) da pravo na obnavljanje licence imaju liječnici koji su se stručno usavršavali u skladu s posebnim aktom Hrvatske liječničke komore (HLK), te liječnici koji su sakupili propisani broj bodova u postupku trajne medicinske izobrazbe. Naime, radi se o sakupljanju propisanog broja bodova u trajne medicinske izobrazbe, odnosno o najmanje 120 bodova u šest godina.¹⁴ Bodovi se sakupljaju sudjelovanjem na različitim kongresima, seminarima i izobrazbenim programima. Ukoliko liječnik nije uspio sakupiti dovoljan broj bodova, HLK je dužna obavijestiti poslodavca te podnijeti zahtjev za provjerom stručnosti, a liječnik se onda podlaže tom istom ispitu.¹⁵ Pristup ovakvim oblicima izobrazbe zasigurno snose određeni trošak, a s obzirom da su uvjet za nastavak liječnikovog rada možda bismo se pitali, snose li radne organizacije i ove troškove? Međutim, odgovor je niječan. Name, liječnici

¹² Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html

¹³ Izvor: <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/pravilnik-o-trajnoj-medicinskoj-izobrazbi-14112014.pdf>

¹⁴ Izvor: <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/Pravilnici/2019-2020/3-pravilnik-o-odobrenju-za-samostalan-rad-licenci-hlk-14122019.pdf>

¹⁵ Ibid.

snose kompletan trošak. Primjerice, ako se radi o izobrazbi putem kongresa u drugom gradu od matičnog grada liječnika, on je dužan snositi kompletne troškove putovanja, smještaja, kongresa, kotizacije, akreditacije i ostalih stavki. To bi ukazivalo na pretpostavku da je liječničko zanimanje financijski dobrostojeće, s obzirom da ovakve izobrazbe iziskuju poprilični ekonomski kapital. No, postavlja se pitanje kakva je zapravo financijska situacija liječnika u Republici Hrvatskoj te kako uopće izgleda profesionalni život liječnika, a odgovori na ova pitanja leže u nadolazećem poglavlju.

3.4. Profesionalni život

U ovom ćemo poglavlju razmotriti aspekte koji sačinjavaju liječnički profesionalni život. Pri tome treba imati na umu da su ovo formalni podatci te da se realnost u nekim segmentima razlikuje od onoga što je „napisano na papiru“. Profesionalni život liječnika slijedi završetkom dugogodišnje izobrazbe i zaposlenjem u radnu organizaciju, odnosno završetkom fakulteta ili pak rada tijekom specijalizacije. Profesionalni život liječnika se odnosi na njegov radni vijek, a primarno se misli na čimbenike koji čine sastavnice liječničkog poslovnog ugovora s ciljem razmatranja vrijednosti istih s usporedbom društvene odgovornosti.

3.4.1. Radno vrijeme

Prema Kolektivnom ugovoru za djelatnike zdravstva (2018) propisano radno vrijeme liječnika se ne razlikuje od mnogih drugih profesija, odnosno iznosi 40 sati tjedno, to jest osam sati dnevno. Nadalje, radno vrijeme raspoređeno je na pet radnih dana, tj. u pravilu od ponedjeljka do petka te je za organizaciju rada odgovoran poslodavac koji mora paziti da se popuni mjesečni broj radnih sati. Ističe se kako dvokratnog radnog vremena nema, a vjerojatno zbog izbjegavanja preopterećivanja zdravstvenih radnika kako ne bi došlo do pogreške tijekom rada. Navodi se kako bi dnevna stanka (pauza) trebala trajati najmanje 30 minuta, a trebala bi biti izvedena nakon tri odrađena sata, a prije zadnja dva sata radnog vremena. Zatim, radnik ima pravo na 12 sati odmora između dva uzastopna radna dana, a izuzetak je primarna zdravstvena zaštita kojoj je propisano najmanje 10 sati odmora. Vrlo je zanimljiva rečenica u kontekstu suvremenih pandemijskih okvira u kojima se zasigurno radno vrijeme liječnika povećalo, te zapostavio pravilnik o stankama i tjednom odmoru – „Radnik ne smije raditi dulje od 16 sati neprekidno, osim u slučaju više sile (nesreće, elementarne nepogode, požara i sl.) ili

potrebe hitne intervencije.“¹⁶ Čini se kako je pandemija koronavirusa u ovom kontekstu zaista bila „viša sila“, a izazvala je i brojne nepogodnosti u zdravstvu. Međutim, postoji još niz primjera uz ovaj u kojima se radno vrijeme liječnika razlikuje od onog ugovorenoga, a jedni od njih odnose se na dobrovoljno primanje poziva, odgovaranje na poruke i mailove van radnog vremena. Pod ovim se ne misli na pozive, poruke i mailove upućene na liječnikove poslovne račune, već privatne. Posebno je zanimljivo kontaktiranje liječnika van radnog vremena putem poziva u pokušaju dobivanja ranijeg termina od predviđenoga, ali i dijagnosticiranja putem slušalice, a čini se kako je ovo uočljiv fenomen u Hrvatskoj. Moguće je da ovaj fenomen ukazuje na nesređenost i neorganiziranost zdravstvenog sustava u državi, ali svakako se reproducira na liječnika. Izgleda kako se liječnici uistinu obvezuju Hipokratovoj prisezi jer su spremni prihvatiti i ovakve pozive i poruke te što kvalitetnije moguće pomoći pacijentu ili osobi u potrebi u datom trenutku iako to označava prelazak njihovog posla u dokolicu.

3.4.2. Godišnji odmor

Godišnji se odmori, prema Kolektivnom ugovoru za djelatnike zdravstva (2018), utvrđuju tako što se na 20 dana (najkraće trajanje godišnjeg odmora) dodavaju dani prema pet kriterija: 1) s obzirom na duljinu radnog staža; 2) prema složenosti posla; 3) prema posebnim socijalnim uvjetima; 4) prema uvjetima rada te 5) prema posebnim uvjetima rada. Prema prvom kriteriju može se dobiti nadodana minimalno dva radna dana i to za duljinu radnog staža od pet do deset godina te najviše osam radnih dana za preko 35 godina radnog staža. Drugi kriterij prema složenosti poslova navodi kako specijalisti dobivaju najviše nadodanih pet dana, dok ostali dobivaju jedan do četiri radna dana. Treći kriterij odnosi se na posebne socijalne uvjete odnosno na dodane dane odmora odnosno ukoliko se radi o roditelju s jednim malodobnim djetetom, djetetu s posebnim potrebama i sl. Nadalje, slijede četvrti i peti kriterij u kojem je moguće dobiti dva do pet dodatnih dana, a radi se o uvjetima rada i posebnim uvjetima rada. Uvjeti rada se odnose na rad s pripravnošću i dežurstvom, rad na terenu i rad uz specifično otežane uvjete. Neki od navedenih posebnih uvjeta rada se odnose na rad koji se u najmanje 2/3 radnog vremena odvija na: zatvorenim odjelima psihijatrijskih bolnica; odjelima s bolesnicima koji se liječe od AIDS-a te aktivne TBC (Tuberkuloze); patologiji i citologiji; odjelima nuklearne medicine; interventnim i hitnim odjelima itd.¹⁷

¹⁶ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_03_29_604.html

¹⁷ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_03_29_604.html

3.4.3. Liječnička plaća

Često se kaže kako se o plaćama ne raspravlja, ali iako je plaća većinom tabu tema, izrazito je važna za shvaćanje cijelog konteksta ovog zanimanja. S obzirom da zahtjeva visoku razinu odgovornosti, znanja i sposobnosti donošenja odluka koje su uglavnom u ovom zanimanju popraćene stresom, a otvorene mogućnostima rizika, postoji viđenje da propisana plaća „ne prati“ očekivanja s navedenim stavke, dok će neki možda smatrati kako je itekako dovoljno visoka liječnička plaća. Kolektivni ugovor (2018) ističe kako ne postoji tajnost zdravstvenih plaća te da sindikalni povjerenik ima pravo najmanje jednom mjesečno na temeljiti i neometani uvid u isplatu plaća, ali struktura odbitka plaće radnika ne smije biti predmet javne objave te je dužnost povjerenika čuvati tajnost tog podatka. Navodi se kako plaću radnika čini osnovna plaća i dodaci na osnovnu plaću. Osnovna plaća predstavlja umnožak koeficijenata složenosti poslova radnog mjesta i osnovice za izračun plaće, a uvećan je za 0,5% za svaku navršenu godinu radnog staža.¹⁸ Prema ugovoru koji je stupio na snagu 2021. godine, prethodno navedena osnovica se povećala sa 5.809,79 kn mjesečno na 6.044,51 kn.¹⁹ Liječnička zanimanja unutar koeficijenata složenosti spadaju u radna mjesta 1.vrste. Najveći koeficijent unutar tog zanimanja imaju doktori medicine uži specijalisti, dr. sc. koji rade u bolnici ili državnom zdravstvenom zavodu, a iznosi 2,361, dok najmanje ima doktor medicine na specijalizaciji, odnosno 1,659. Doktor primarne medicinske zaštite, specijalist te doktor dentalne medicine (sekundarna zdravstvena zaštita) koji rade u bolnici, dijele isti koeficijent koji iznosi 2, 153.²⁰ Neki podatci pak tvrde kako se liječnička neto plaća kreće od otprilike 5000 do 15 000 kuna, ali kao što je već napomenuto varira o godinama staža, stupnju obrazovanja, ustanovi u kojoj liječnik radi te dodatcima na plaću. Ističe se kako je liječničko zanimanje u Republici Hrvatskoj 60. na ljestvici plaćenosti, dok je na 1. mjestu kontrolor leta.²¹

Plaća može biti uvećana ovisno o vremenu rada, primjerice ako se radi o radu subotom (25%) i nedjeljom (35%) ili noćnoj smjeni (40%). Propisano je i uvećanje plaće ukoliko postoji prekovremeni rad (50%), no ipak svakodnevno raste broj tužbi za neisplaćeni prekovremeni rad. U skladu s ovim pretpostavlja se da je današnja situacija u korona krizi još i nepovoljnija. Uvećanje plaće najviše se očituje u radu preko blagdana (150%)²², a osim ovih uvećanja

¹⁸ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_03_29_604.html

¹⁹ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_06_66_1334.html

²⁰ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019_12_119_2360.html

²¹ Izvor: <https://www.mojaplaca.hr/placa/medicina-i-socijalna-skrb/lijecnik>

²² Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_03_29_604.html

dodatci na plaću ovise i o broju dežurstava i pripravnčkog rada koji su karakteristični za zanimanja koja nose društvenu razinu odgovornosti.

3.4.4. Dežurstvo i pripravnost

Kao posebne oblike liječničkog rada sociološki bi interakcionistički i organizacijski izrazito zanimljivo bilo proučavati rad u pripravnosti, a osobito dežurstva. Može se pretpostaviti da bi oni dali poseban uvid u suštinu zanimanja i zasigurno prikazivala posebne situacije u kojima liječnika kao radnika možemo promatrati kao mašineriju ili pak stroj koji nema vremena za „punjenje“ (san). Dežurstvo se definira kao poseban oblik rada u kojem radnik mora biti nazočan u zdravstvenoj ustanovi nakon redovitoga radnog vremena ustanove, odnosno vrijeme u kojem je spreman tj. raspoloživ obavljati poslove prema uputama poslodavca, na mjestu gdje se njegovi poslovi obavljaju ili drugom mjestu koje odredi poslodavac. Zapravo se odnosi na rad pri kojemu liječnik mora biti nazočan 24 sata u zdravstvenoj ustanovi.²³ Po pravilu bi pri završetku dežurstva liječnik trebao predati službu dežurstva, međutim nekada ono ne označava kraj rada zbog raznih neočekivanih opasnih situacija kojima je potrebna izravna asistencija. Liječnici tijekom dežurstva postaju svojevrсни strojevi koji u deprivaciji sna ponekada trebaju donositi vrlo rizične odluke koje nekada života znače, no čini se da se u tome može uočiti razina njihovog profesionalizma i predanosti. Neki autori pak ističu kako postoji povezanost između stresa i deprivacije sna, a da je izrazito uočljiva u ovakvom tipu rada. Navodi se deprivacija sna u osobe pokazuje psihomotorne sposobnosti kao kod osobe koja ima 1‰ alkohola u krvi što ukazuje kako nedostatak kvalitetnog sna usporava kognitivne performanse. Zasigurno se liječnici u uspinjanju profesionalne karijere nalaze u najnepovoljnijem položaju jer nisu još stekli naviku ovakvog načina rada, dok su liječnici s višegodišnjim stažem uspostavili obrazac i organizaciju rada, no ne može se reći i spremnost. Vrlo je bitno napomenuti kako je dokazano da nedostatak sna utječe na smanjenje efikasnosti, kratkotrajne memorije, koncentracije, brzine i ostalih sposobnosti te da rad dulji od 8 sati dovodi do većeg umora koji rezultira većim rizikom nesreća i nezgoda. S toga se dakle postavlja pitanje; kako poznavati taj podatak i unatoč njemu organizirati rad u trajanju od 24 sata, osobito u spoznaji obilježja i karakteristika zanimanja liječničke profesije (Tadinac, Sekulić, Hromatko, Mazul-Sukno i Ivančić, 2014: 22-23).

²³ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_03_29_604.html

Jedina prednost dežurstva je što se tijekom radnog vremena liječnici nalaze unutar prostora radnog mjesta što pridaje osjećaju prisustva, spremnosti i očekivanosti. Nasuprot tome postoji tzv. pripravnost koja označava oblik rada u kojem radnik ne mora biti nazočan u zdravstvenoj ustanovi, ali mora biti dostupan radi obavljanja hitne medicinske pomoći. radnik u pripravnosti dužan je odazvati se za poziv poslodavca bez moguće odgode i doći na radno mjesto najkasnije u roku od jednoga sata. Pripravnost traje 16 sati, dok se vikendom i blagdanima produžuje na 24 sata, a naknada za pripravnost iznosi od 3% do 5%.²⁴ Pripravnost označava zapravo rad u kojem liječnik mora biti spreman u navedenim radnim satima na odlazak na radno mjesto. Rijetke su situacije u kojima liječnik neće biti primoran doći na radno mjesto, što ukazuje na generalni deficit liječnika u našoj državi.

²⁴ Ibid.

4. Sociološki pogled na liječničko zanimanje

Sociološka zainteresiranost za liječničko zanimanje odnosi se na makro razinu proučavanja položaja liječnika u društvu ili pak u sustavu u kojem radi te na mikro razinu proučavanja interaktivnog odnosa između pacijenta i liječnika ili liječnikove podijeljenosti rada i dokolice. Ponekad proučavanjem manjih segmenata društvenih sustava, poput zdravstvenog sustava, možemo saznati puno više o samom društvu nego o sustavu kao takvom. Na tom tragu, i proučavanje komunikacije između liječnika i pacijenta može biti zanimljivo pri simboličkom interakcionizmu u samom značenju te interakcije. Staničić pak ističe kako je posebice zanimljivo proučavanje, s jedne strane (ne)usklađenosti liječnikovih osobnih, partikularnih, sebičnih, profesionalnih interesa te s druge strane interesa pojedinca i društva. A pitanje koje je od posebne važnosti jest u kojoj mjeri liječnik uspijeva uskladiti svoje osobne, privatne, partikularne, “sebične”, profesionalne ciljeve s “općim” društvenim ciljevima? (Staničić, 2001: 198).

4.1. Položaj liječnika u društvu

Upitan je suvremeni položaj liječnika u društvu, no generalno govoreći liječnici su osobe od izrazite važnosti jer igraju bitnu ulogu u održavanju društvene stabilnosti i zdravlja koje se smatra društvenim dobrom. Možda bi se u tom kontekstu moglo reći kako su oni cijenjeni u društvu, ali kao i pri proučavanju svakog pojma i fenomena važno je uključiti povijesni dimenziju. O povijesnoj dimenziji položaja liječnika u društvu govori se pri navođenju antičkog primjera Hipokrata, prvaka liječnika. Ističe se vrijednost liječnika unutar jedne vrlo simbolične rečenice: „I on nikoga ne vara i ne biva prevaren“ što istovremeno ukazuje na dvije tematike – društvena očekivanja od liječnika, kao i doživljaja liječnika ne samo kao radnika, već kao osobe. Pretpostavka da liječnik nikoga ne vara odnosi se na karakterizaciju liječnika i pridavanje ove vrline njegovoj osobnosti. Međutim, Staničić ističe da ukoliko je liječnik uistinu osoba koja nikoga „ne vara“, onda je sasvim izvjesno kako netko drugi dugoročno „vara“ njega kao pripadnika medicinske profesije. Pod „drugi“ se sadržajno misli upravo na vladajuću društvenu strukturu koja je prethodno istaknuta (Staničić, 2001: 197). Može se iz suvremene situacije paradoksalno zaključiti da se danas liječnicima jednako vjeruje koliko im se i ne vjeruje, ali ne radi se isključivo o slučaju (ne)povjerenja u medicinu i

liječništvo, već u generalno nepovjerenje prema znanstvenicima, a do čega dolazi zbog prevelikog povjerenja medijima.

4.2. Sociološke perspektive o liječničkom zanimanju

Sociologija svoje interese usmjerava i na sami rad odnosno profesiju liječnika, istraživajući skrivene stavke njihovog zanimanja. Sociološke perspektive različito tumače i proučavaju liječničko zanimanje, u njoj pronalaze društvenu funkciju ili ipak pronalaze veće dobrobiti liječnika od društva nego obratne. Kada govorimo o klasičnim sociološkim perspektivama razlikuju se tri bitno različita pogleda na ulogu liječničke profesije, a to su funkcionalistički, marksistički te profesionalistički.

Prvi su, dakle, funkcionalisti koji generalno traže u svemu harmoniju odnosno pretpostavljaju da sve unutar društva ima svoju funkciju. Funkcionalisti ističu kako su liječnici profesionalci posvećeni samo jednom cilju, pomaganju ljudima. Njihova je funkcija u društvu pomoći ljudima. Oni smatraju kako liječnici imaju monopol nad medicinom za dobrobit društva te zapravo bolesnici mogu biti sigurni jer liječnici pružaju najviše standarde zdravstvene zaštite te su uvijek vođeni etičkim principima (Hipokratova zakletva) što navodi da svoj posao ne obavljaju isključivo zbog motiva osobnog profita (Staničić, 2001: 198).

Nadalje, postoji marksističko gledište na liječničku profesiju i ono uglavnom na sustave gleda unutar kritike prema kapitalizmu. Iz toga slijedi da marksisti smatraju kako zdravstvena zaštita postoji kako bi osigurala ogromni profit medicinske kompanije u opskrbljivanju liječnika i bolnica lijekovima i opremom. Ovdje se pridaje velika kritika na sam zdravstveni sustav više nego na liječničko zanimanje, a razlog ovakvog gledišta jest utjecaj glavnog američkog marksističkog teoretičara McKinley na ovu temu koji je u prilog ovoj tezi imao uvid u tadašnju situaciju u SAD-u. Naime, zdravstvenom zaštitom SAD-a dominira privatno osiguranje koje zdravlje predstavlja kao stvar komoditeta, a ne od esencijalne važnosti što rezultira neravnopravnosti i nedostupnosti zdravlja za sve članove društva. Liječnik u ovakvom sustavu, u kojem glavnu riječ imaju osiguravajuće kuće, farmaceutske kompanije i privatna osiguranja; djeluje kao isporučitelj proizvoda jednako kao prodavač i gubi esenciju svog zanimanja i osjećaj pružanja dobrobiti svojoj zajednici (Moore prema Staničić, 2001: 198).

Profesionalizam ima specifičan pogled na zanimanja, a zapravo se gleda na zanimanje kao na rad s kojim se ostvaruju samo materijalne koristi. Najbolja reprezentacija

profesionalističkog pogleda na liječničku ulogu i zadatak u društvu reprezentira Friedson koji smatra da medicinski profesionalci (kao i drugi profesionalci) postoje isključivo kako bi ostvarili svoj interes, a ne interes društva. Taj interes uglavnom se odnosi na materijalne dobiti odnosno koristi koje radnik ima od tog zanimanja, ali shodno proučavanju plaća liječnika u Republici Hrvatskoj možemo zaključiti kako se opet radi o primjeru SAD-a. Profesionalizacija, po Friedsonovom mišljenju, dovodi do ujedinjenja radnika u svoja profesionalna udruženja te na taj način eliminiranja ostalih grupa koje ističu svoju sposobnost odnosno umijeće liječenja, primjerice alternativne medicine (Moore prema Staničić, 2001: 199). U Hrvatskoj je najpoznatija udruga liječnika Hrvatski liječnički zbor koja je osnovana u Zagrebu 1877. godine.²⁵

²⁵ Izvor: <https://www.hlz.hr/>

5. Odnos liječnik-pacijent

Kako bi se generalno ostvario odnos među ljudima bitan je faktor komunikacija i interakcija. Međutim, odnosi mogu biti dobri ili loši, a razlikuju se u prisustvu odnosno odsustvu uzajamnog poštovanja među referentima. Specifičan je odnos između liječnika i pacijenta, a nastaje zapravo u potrebi pacijenta da dobije savjet, dijagnostiku ili pomoć od strane liječnika. Ovdje se radi o, kako Donev ističe tzv. „božanskoj“ ulozi liječnika, odnosno komunikaciji u kojoj liječnik ima glavnu ulogu u ostvarivanju odnosa zbog svojih znanja i kompetencija (Donev, 2013: 503). Neki pak tvrde kako se radi o paternalističkom odnosu – odnosu u kojem liječnik glumi očinsku ulogu te s toga ima glavnu riječ u komunikaciji. Iz ovoga možemo zaključiti kako je takav odnos među stranama asimetričan (Talanga, 2006: 47). U kontekstu etičnosti možemo razmotriti oba navedena odnosa i lako shvatiti kako ne zastupaju jednakost, pravičnost i prije svega etičnost. Međutim, ne u odnosu dijagnosticiranja i liječničkog savjetovanja, koje bi moguće rečeno opravdavalo takav „božanski“ odnos zbog velike količine znanja koju liječnik posjeduje o ljudskom tijelu i bolestima, već u odnosu nedopuštanja bolesniku da sam odluči o načinima svog liječenja odnosno o svom medicinskom tretmanu.

Suvremeni model ovog odnosa zahtijevao je promjenu u smjeru donošenja odluke o inkluzivnosti bolesnika u samom procesu liječenja. Promjena se očitovala u samom temelju liječništva, nezaobilazno spomenutoj Hipokratovoj zakletvi koja kaže da je volja bolesnika vrhovni zakon. Dakle, temeljem ovoga nastaje svojevrsni prijelaz s paternalističkog modela na ugovorni model u kojem su obje stranke jednake, simetrične i ravnopravne. Tako se ističe kako se radi o odnosu koji se odvija po temelju društvenog ugovora (Donev, 2013: 505). U ovom se kontekstu išlo čak toliko daleko da se zahtijevala promjena korištenja termina „bolesnik“ i „pacijent“ u „klijent“ odnosno „primatelj usluge“. Ipak, Donev ističe problematiku u ovoj terminologiji jer termin „bolesnik“ određuje naglašena doza senzibiliteta i označava osobu koja je pod zaštitom, dok termin „konzument“ ili „primatelj usluge“ ignorira ranjivost bolesnoga koji nije u stanju cjenkati se, s kojom se moram složiti (Donev, 2013: 506). Kao kontrast u prilog navedenom „ugovornom odnosu“ zasniva se razmišljanje kako i on u jednom spektru zasniva asimetričan odnos. Naime, ukoliko je zajednički cilj obje strane zdravlje, onda je izvjesno reći kako obje strane trebaju uz komunikaciju stvoriti strategiju terapije, ali i zdravog načina života koja se mora odražavati od strane pacijenta kako bi došlo do realizacije zajedničkog „ugovora“. Radi se o tipu problema o kojima liječnici nisu ni učeni kako da ih

rješavaju odnosno o pitanju odgovornosti pacijenta za vlastito zdravlje. „Sukob između prisiljavanja pacijenta da se pokori svemu onome što mu liječnik odredi i dopuštenja da pacijent slobodno izabere ono što on smatra prihvatljivim za svoje stanje i dalje dijeli liječnike na one koji pacijentima dopuštaju birati vlastito dobro i one koji smatraju da je njihova profesija ta koja jedino može odrediti što je dobro za bolesnog čovjeka“ (Kulenović, 2012: 489).

Struka kao takva liječnika upućuje na racionalno razmišljanje i fokusiranje na faktore bolesti, no, ovdje treba ukazati na posebnu funkcionalnu važnost komunikacije u liječničkom djelovanju. Cilj takve komunikacije jest popuniti „rupe“ u dijagnosticiranju, zaokružiti racionalnost i stvoriti konkretnu sliku o bolesniku. Komunikacija kao sredstvo dopušta liječniku da prekorači svoje imanentne granice i shvati ukupno stanje bolesnika; njegov životni položaj, način života i njegovo gledište što zasigurno pospješuje s jedne strane liječnikovo djelovanje, a s druge strane čini korak ka zdravlju i uspješnijoj medicinskoj terapiji (Radley prema Staničić, 2002: 475).

5.1. Informirani pristanak

Ključ svakog odnosa je razgovor, ističe Jeremić, te je presudno važan element odnosa između liječnika i pacijenta tzv. informirani pristanak – praktična primjena etičkog načela autonomije u medicinskoj praksi. On predstavlja svojevrsni dogovor između dvije strane u kojemu se ističe ravnopravnost, kontinuiranost i autonomnost istraživača i subjekta (liječnika i pacijenta) u donošenju odluke o medicinskom tretmanu (Jeremić, 2013: 526). Do informativnog pristanka doveo je čitav niz povijesnih promjena koje se odnose na ukazivanje na etičnost i jednakost između stranaka, ali i brojne nezgode koje su se dogodile uslijed neinformiranosti. Specifičan primjer neinformiranosti odnosio na eksperimentalnu medicinu, a autor ističe kako je ona dovela do ozbiljnih kršenja osnovnih ljudskih prava (Jeremić, 2013: 527).

Danas se u svim područjima znanosti cilja na reguliranost putem zakona kako bi se izbjegli bilokakvi oblici ne etičnosti i nezgoda. Navodi se kako u odnosu liječnik-pacijent to reguliraju zdravstveni sustavi koji osim interesa zaštite liječnika upućuju na nužnost uključivanja zakonskih prava pacijenata. U zapadnim zemljama karakterističan je ovaj naglasak na prava pacijenta na autonomiju, a on je institucionaliziran pomoću zakonski reguliranog postupka informiranog pristanka i prava na priopćenja (Šušnjara Marasović, 2012: 337). Postoje tri temelja načela informiranog pristanka, a to su: poštovanje osobe, dobročinstvo

i pravednost (Jeremić, 2013: 527). Ova načela mogu se pronaći i u Ženevskoj konvenciji koja je vodilja liječnicima, a zahtjeva i uzajamnost s druge strane, iako to nekada ne mora biti slučaj. Informirani pristanak važan je korak u ovom odnosu jer dovodi do većeg povjerenja prema liječnicima, a dobar odnos među „strankama“ zasigurno sprječava pokušaje u pronalasku nepouzdanih informacija od strane pacijenta/bolesnika (internet, mediji).

5.2. Etičnost u odnosu liječnik-pacijent

Liječničko obrazovanje ne zaustavlja se na onome akademskom i informativnom, već se naglašava i ona edukacija koja traje tijekom i poslije, a radi se o liječničkoj etici. Ono što se ističe jest da osim svoje moći ozdravljenja ili kako se još kaže „ljekovite moći“, liječnik mora znati pokazati empatiju i emocionalnu zrelost, kao i poštovanje prema svakom bolesniku, a sve s ciljem postizanja pravog cilja medicine, zdravlja. Također je naglašena istodobna nužnost za ostvarivanjem profesionalne etike medicine, tj. medicinske deontologije (Donev, 2013: 504).

Etičke su regulative dovele do osnivanja brojnih etičkih komisija, a u primjeru liječničke strukture Republike Hrvatske postoji Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju. Naglašava se kako se Povjerenstvo u svojim temeljima bavi oblikovanjem Kodeksa medicinske etike i deontologije; praćenjem i nadziranjem provođenja pravila medicinske etike i deontologije te poduzima odgovarajuće mjere u slučaju njihovog kršenja; raspravljanjem i pružanjem mišljenja odnosno tumačenja o pojedinim pitanjima iz medicinske etike i deontologije; nadziranjem poštivanja etičkih principa u ostvarivanju prava građana na zdravstvenu zaštitu te još brojni niz stavki koji imaju zajednički cilj – uspostavljenje etičnog načina rada u medicinskim profesijama.²⁶

Postoje četiri glavna načela etičke komunikacije u odnosu liječnik-pacijent: informacija, povjerljivost, istinitost i kolegijalni odnos. Uočava se povezanost između dvije kategorije kao poznato načelo liječničkog odnosa s pacijentom – povjerljivost informacija. Invazivna je zdravstvena skrb jer pregledima tijela i skupljanja intimnih informacija dolazi do dijagnostike i adekvatne terapije, ali liječnik smije sve dobivene informacije iskoristiti samo uz dozvolu pacijenta, a podrazumijeva se da u protivnom to ostaje „liječnička tajna“. Osnovno pravilo koje se treba poštovati u ovom odnosu jest istinitost. Ona je nužna u pogledu racionalnosti jer ne daje teškim bolesnicima „lažnu nadu“ i pruža život skladan sa stanjem.

²⁶ Izvor: <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/Djelokrug%20rada/djelokrug-rada-povjerenstva-za-medicinsku-etiku-i-deontologiju.pdf>

Primarni cilj medicine jest uspostaviti i održavati kolegijalne odnose među kolegama liječnicima koji u konačnici tako surađuju u rješavanju kompliciranih slučajeva (Donev, 2013: 507-509).

5.3. Liječničke pogreške i/ili pogreške sustava

Već je postala gotovo klasika da se nedostaci i greške unutar naše države svaljuju na loše odluke vladajućih struktura, a poznata je i uzrečica „Za sve je kriv sustav!“. No, može li se „krivnja“ podijeliti ili pak nagnuti na jednu stranu? Istina je negdje u sredini i naravno u pojedincima i pojedinim situacijama. Može se također reći kako suviše „božanstveno“ gledamo na sve liječnike jer u njima vidimo osobu od pomoći i zaključujemo ponekada da nisu skloni pogreškama, ali jasno je da su i oni ljudi i da zasigurno ponekada pogriješe. Ovdje se ne misli konkretno na pogreške pri dijagnosticiranju, već pogreške u komunikaciji i pristupu prema pacijentima. Možda se može zaključiti kako ponekad nastanu greške u komuniciranju zbog visoke razine stresa koja je „svaljena“ na samog liječnika, a možda je jednostavno pogrešno vrijeme i pogrešna osoba.

Valja istaknuti dvostruku suglasnost u odnosu liječnik-pacijent, a to je suglasnost s time što je nemoralno i što je neetično u njihovom odnosu te suglasnost u stavu da moralnost liječnika dolazi iz njih samih te da su se liječnici odlučili za medicinu radi humanog pogleda na svijet, pa su u skladu s time razvijali svoje etičke prakse (Kulenović, 2012: 488). Međutim, neki autori ističu apsolutnu suprotnost ovoj tezi koja leži u razmišljanju kako je sadašnjim djelovanjem liječnika rijetko tko zadovoljan te da se protiv njega rogo bore brojni; bolesnici, zdravstveni sustav, političari, ekonomisti, planeri, osiguravajuća društva itd. (Staničić, 2002: 470). Liječnici se konstantno nalaze u pritiscima, a osobito zdravstvenog sustava koji je nažalost u našoj državi poprilično neuređen, a ponajveći je problem nedostatak ili loše upravljanje financijskim sredstvima. Neizbježno je spomenuti i veliku uključenost medija koji čine dodatni vanjski pritisak liječnikovom zanimanju, čineći svaki njihov korak potencijalno ranjivim ili iskrivljenim. Također i široku javnost koja pod povećalom prati svaki liječnički korak.

Smatra se kako je dobra komunikacija ključ u izbjegavanju ovakvih pogrešaka, a dalje i dobro formiran i organiziran zdravstveni sustav. „Dobra komunikacija može se voditi samo između dobro obrazovanog liječnika te dobro informiranog pacijenta, u zdravstvenom sustavu u kojem je pacijent kao osoba u središtu pozornosti liječnika kao osobe, a loša komunikacija

se iscrpljuje u formi, frazama, ritualima, pravilima, zakonima, naputcima, u formi bez sadržaja, tj. u lošem zdravstvenom sustavu u kojem su i liječnik i pacijent samo deklarativno – osobe“ (Štifanić, 2013: 298). Autorica nudi i primjer loše komunikacije u kojoj se situacija odvija u bolnici pored pacijenta koji je teško bolestan. Liječnik se služio riječima poput „On je gotov“, kako bi iskazao vrlo teško zdravstveno stanje bolesnika što predstavlja izrazito loše izražavanje i loš pristup prema pacijentu (Štifanić, 2013: 301).

Ukoliko možemo prihvatiti činjenicu da se zdravstveni sustav ne može promijeniti „preko noći“, možemo trenutno pronaći rješenja u ovim liječničkim dilemama, a nudi ih Kulenović (2012) i to u 3 načela etičnosti. Kao prvo, navodi se važnost komunikacije i suradnje s etičarima kako bi se etički uspostavio odnos s pacijentom. Nadalje, uključanja u različita etička udruženja i pozivanje na korištenje Ženevske deklaracije i zaključno uključanje bioetike kako bi znali pristupiti rješavanju etičkih dilema s kojima se suočavaju. Međutim, bitno je naglasiti sljedeće – buduće liječnike ne treba obeshrabrivati u biranju ovog zanimanja već ukazati na svu ljepotu koju taj poziv nosi u sebi (Kulenović, 2012: 491).

6. Metodološki i empirijski aspekti istraživanja

6.1. Cilj istraživanja

Glavni i temeljni cilj ovog istraživanja jest ispitati stavove dalmatinskog stanovništva o liječničkom zanimanju.

Posebni ciljevi istraživanja navedeni su u osam točaka:

1. ispitati stavove dalmatinskog stanovništva o dostupnosti liječnika izvan radnog vremena;
2. utvrditi rodne razlike u procjeni parametara s kojima se liječnici svakodnevno susreću; (odgovornost na radnom mjestu, društvena odgovornost, stres, preopterećenost, umor/iscrpljenost, rizik od zaraze, rizik od profesionalnih bolesti, rizik od pogreške);
3. utvrditi postoji li razlika u stavovima o korumpiranosti i mitu u odnosu liječnik-pacijent s obzirom na dobnu skupinu;
4. utvrditi postoji li razlika u mišljenju o liječničkom zanimanju s obzirom na dobnu skupinu;
5. utvrditi postoji li utjecaj Covid-19 pandemije na stavove o liječničkom zanimanju.

6.2. Hipoteze istraživanja

Temeljna hipoteza istraživanja jest da će dalmatinsko stanovništvo imati generalno pozitivne hiperboličke stavove o liječničkom zanimanju. Hipoteze istraživanja nastale su u skladu s prethodno navedenim ciljevima:

H1. Stanovnici Šibensko-kninske županije u većoj mjeri od stanovnika ostalih županija smatraju da liječnici trebaju biti dostupni izvan radnog vremena.

H2. Žene u većoj mjeri od muškaraca procjenjuju višim parametre s kojima se liječnici svakodnevno susreću (odgovornost na radnom mjestu, društvena odgovornost, stres, preopterećenost, umor/iscrpljenost, rizik od zaraze, rizik od profesionalnih bolesti, rizik od pogreške).

H3. Stariji ispitanici u većoj mjeri od mlađih procjenjuju da je darivanje liječnika zahvala na usluzi.

H4. Ispitanici starije dobne skupine imaju pozitivnije mišljenje o liječnicima od ispitanika mlađe životne dobi.

H5. Starijoj populaciji je u većoj mjeri nego mlađoj pandemija Covid-19 utjecala na mišljenje o liječnicima.

6.3. Uzorak istraživanja

Istraživanje je provedeno na uzorku od 580 ispitanika (N=580) s dalmatinskog područja, a koji su odabrani prigodnim uzorkovanjem. Sudjelovali su ispitanici u svim dobnim skupinama od 18. godine do 72. godine života. U istraživanju je sudjelovalo 398 žena (68,6%) te 182 muškarca (31,4%).

6.4. Istraživačka metoda istraživanja

U istraživanju je korištena online metoda anketiranja koja se pokazala efikasnom te nudi rješenje u okruženju Covid-19 pandemije koje dovodi do brojnih ograničenja i socijalne distance koja onemogućuje pristup ispitanicima.

6.5. Mjerni instrument

Instrument provođenja istraživanja jest anketni upitnik, a proveden je putem Google Forms platforme. Upitnik se sastoji od 25 pitanja zatvorenog tipa, a sveukupno broji 52 operacionalne varijable. Prvi dio upitnika odnosi se na ispitivanje socio-demografskih obilježja ispitanika, dok se drugi odnosi na ispitivanje različitih stavova o liječničkom zanimanju. Osim korištenog standardnog tipa pitanja s ponuđenim odgovorima, za procjenu pojedinih varijabli korištena je Likertova skala s višeznačnim rasponom ovisnim o pitanju, a koji su navedeni u samom pitanju kako bi ispitanici razumjeli zadatak.

7. Rezultati i rasprava

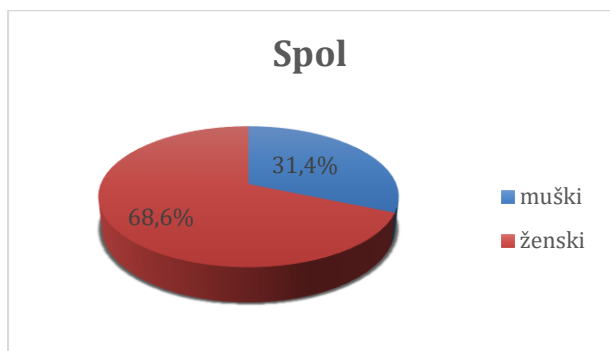
7.1. Sociostrukturalna obilježja ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 389 žena (68,6%) te 182 muškarca (31,4%). (vidi tablični i grafički prikaz 1). Kako bismo dobili varijaciju različitih mišljenja, u istraživanje su uključene sve dobne skupine od 18 godina do 65+ godina. Najviše je sudjelovalo ispitanika u dobnoj skupini 18-29, i to 352 ispitanika (60,7%), dok ih je najmanje bilo u starijoj dobnoj skupini 65+ odnosno 13 ispitanika (2,2%). (vidi tablični i grafički prikaz 2.)

Tablični prikaz 1. *Spol*

spol	<i>f</i>	%
muški	182	31,4
ženski	389	68,6
ukupno	580	100,0

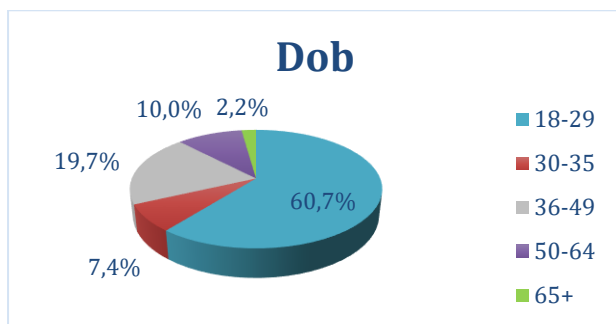
Grafički prikaz 1. *Spol*



Tablični prikaz 2. *Dob*

dob	<i>f</i>	%
18-29	352	60,7
30-35	43	7,4
36-49	114	19,7
50-64	58	10,0
65+	13	2,2
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 2. Dob

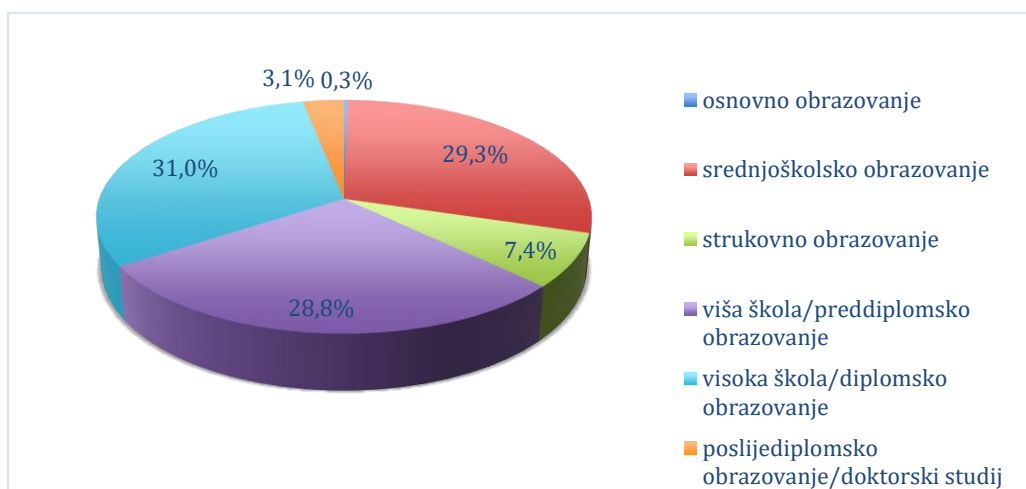


Pri sagledavanju stupnja obrazovanja, najzastupljeniji su ispitanici sa završenom visokom školom/diplomskim stupnjem (31%), a odmah iza ga slijede ispitanici sa srednjoškolskim obrazovanjem (29,3%) te završenom višom školom/preddiplomskim stupnjem (28,8%) (vidi tablični i grafički prikaz 3.).

Tablični prikaz 3. Stupanj obrazovanja

stupanj obrazovanja	<i>f</i>	%
osnovno obrazovanje	2	0,3
srednjoškolsko obrazovanje	170	29,3
strukovno obrazovanje	43	7,4
viša škola/preddiplomsko obrazovanje	167	28,8
visoka škola/diplomsko obrazovanje	180	31,0
poslijediplomsko obrazovanje/doktorski studij	18	3,1
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 3. Stupanj obrazovanja

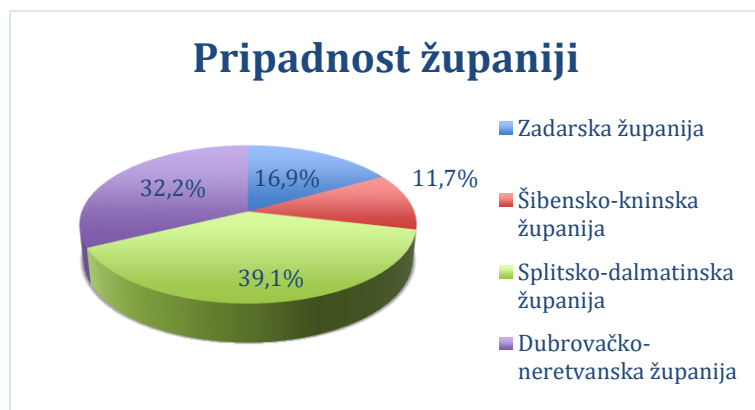


U istraživanje su uključene 4 dalmatinske županije: Zadarska, Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska te Dubrovačko-neretvanska županija. Zbog reprezentativnosti stanovništva županija planiran je prigodni uzorak od 0.05% ukupnog broja stanovnika pojedine županije. Postignuta je reprezentativnost iz svih županija, s naglaskom na veliki odskok Dubrovačko-neretvanske županije koja je zbog svoje veličine u početnom uzorkovanju bila predviđena na 61 ispitanika, a u konačnici ih je bilo 187 (32,2%). Najviše je sudjelovalo ispitanika iz Splitsko-dalmatinske županije i to 227 (39,1%) što je ispunilo točan udio od 0.05%, dok su Zadarska županija i Šibensko-kninska također reprezentativne. (vidi tablični i grafički prikaz 4.)

Tablični prikaz 4. *Pripadnost županiji*

pripadnost županiji	<i>f</i>	%
Zadarska županija	98	16,9
Šibensko-kninska županija	68	11,7
Splitsko-dalmatinska županija	227	39,1
Dubrovačko-neretvanska županija	187	32,2
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 4. *Pripadnost županiji*



Najveći dio ispitanika živi u urbanom području (80%), dok ostatak živi u ruralnom području (20%). (vidi tablični i grafički prikaz 5.). Većina ispitanika (66,7%) živi s obitelji, a 20% ispitanika dijeli kućanstvo s cimerom/-icom ili partnerom/-icom. (vidi tablični i grafički prikaz 6.)

Tablični prikaz 5. *Mjesto stanovanja*

mjesto stanovanja	<i>f</i>	%
urbano područje	464	80,0
ruralno područje	116	20,0
ukupno	580	100,0

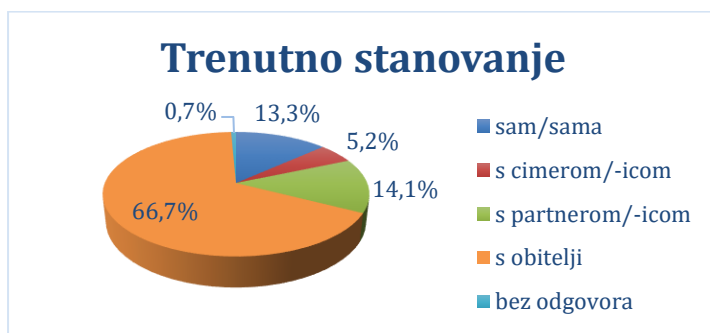
Grafički prikaz 5. *Mjesto stanovanja*



Tablični prikaz 6. *Trenutno stanovanje*

trenutno stanovanje	<i>f</i>	%
sam/sama	77	13,3
s cimerom/-icom	30	5,2
s partnerom/-icom	82	14,1
s obitelji	387	66,7
bez odgovora	4	0,7
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 6. *Trenutno stanovanje*

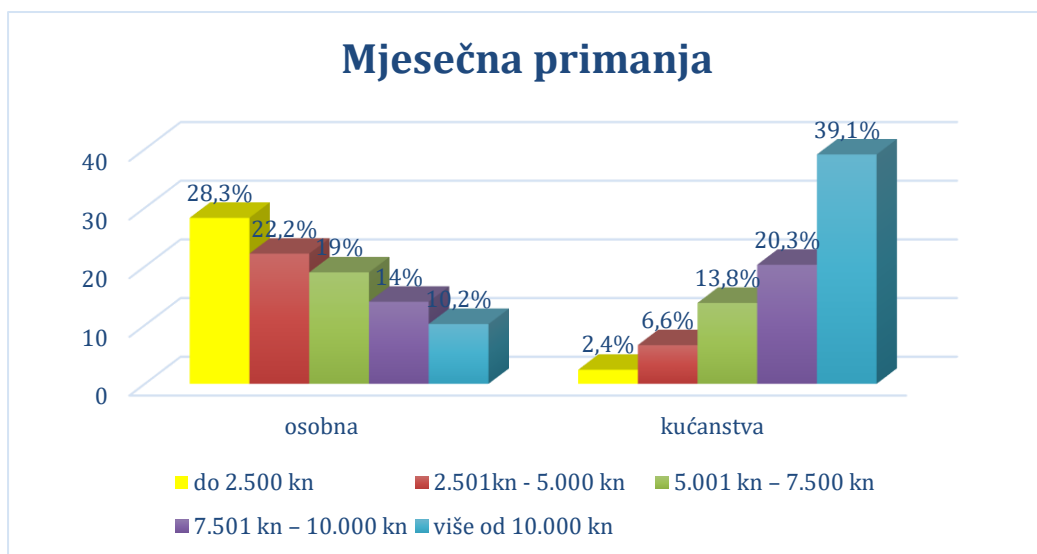


Kad pogledamo mjesečna primanja možemo uočiti zanimljivu činjenicu, da najveći postotak ispitanika (28.3%) ima osobna primanja do 2.500 kuna, što je ispod prosjeka. Možemo to povezati sa dvije teze – prva, da su u istraživanju sudjelovali pretežito mladi ljudi koji moguće rade manje studentske poslove, na kraće vrijeme te druga, da je trenutna okolnost pandemije povećala stopu nezaposlenosti koja rezultira manjim primanjima i financiranjem od strane države. Što se tiče mjesečnih primanja kućanstva, pretežito su viša do 10.000 kuna (39,1%) što može ukazivati na veći broj ljudi u kućanstvu s obzirom na rezultate osobnih primanja. (vidi tablični i grafički prikaz 7.)

Tablični prikaz 7. *Mjesečna primanja*

mjesečna primanja	do 2.500 kn		2.501kn - 5.000 kn		5.001 kn – 7.500 kn		7.501 kn – 10.000 kn		više od 10.000 kn		bez odgovora		ukupno	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
osobna	164	28,3	129	22,2	110	19,0	81	14,0	59	10,2	37	6,4	580	100,0
kućanstva	14	2,4	38	6,6	80	13,8	118	20,3	227	39,1	103	17,8	580	100,0

Grafički prikaz 7. *Mjesečna primanja*

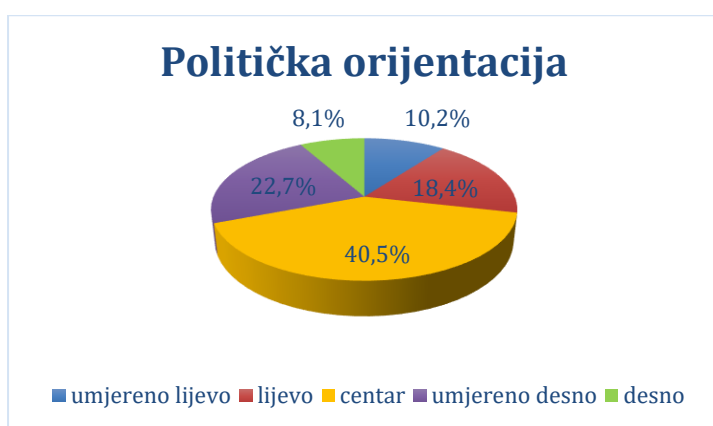


Gotovo je jednaka raspodjela umjereno lijevo i lijevo te umjereno desno i desno orijentiranih ispitanika, a prevladava centar kao politička orijentacija s 36,9%. Nadalje, 9% ispitanika je ostalo suzdržana u izražavanju svoje političke orijentacije. (vidi tablični i grafički prikaz 8.)

Tablični prikaz 8. *Politička orijentacija*

politička orijentacija	f	%
umjereno lijevo	54	9,3
lijevo	97	16,7
centar	214	36,9
umjereno desno	120	20,7
desno	43	7,4
bez odgovora	52	9,0
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 8. *Politička orijentacija*



7.2. Stavovi ispitanika o liječničkom zanimanju

S ciljem ispitivanja stavova o liječničkom zanimanju ispitanici su trebali od 1 do 5 označiti dostupnost liječnika u svojoj županiji gdje 1 izražava izrazito nedostupno, a 5 izrazito dostupno. Većina ispitanika (62,2%) smatra kako im je liječnička zaštita dostupna i izrazito dostupna što možemo povezati s činjenicom da u istraživanju sudjeluje 80% ispitanika iz urbanih područja koja su opskrbljena bolnicama, ambulantama i domovima zdravlja. Ipak, manje od jedne trećine ispitanika (27,9%) označava dostupnost liječničke zaštite smatra „ni dostupnom ni nedostupnom“ što ukazuje na (ne)dovoljnu dostupnost. (vidi tablični i grafički prikaz 9.)

Tablični prikaz 9. *Dostupnost liječnika u županiji*

dostupnost liječnika u županiji	<i>f</i>	%
izrazito nedostupno (1)	10	1,7
nedostupno (2)	47	8,1
ni dostupno ni nedostupno (3)	162	27,9
dostupno (4)	221	38,1
izrazito dostupno (5)	140	24,1
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 9. *Dostupnost liječnika u županiji*



Ispitanici su većinski zadovoljni posvećenošću liječnika tijekom pregleda te su zadovoljni vremenom koje im je pruženo za pregled i to 65%, dok njih 35% nije zadovoljno. Ovu pojavu možemo pripisati i suvremenoj okolnosti u kojima se rijetko koji pregledi smatraju bitnima ukoliko se ne radi o koronavirusu te su ostale bolesti „pale u drugi plan“. (vidi tablični i grafički prikaz 10.)

Tablični prikaz 10. *Zadovoljstvo vremenom za pregled*

zadovoljstvo vremenom za pregled	<i>f</i>	%
ne	203	35,0
da	377	65,0
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 10. *Zadovoljstvo vremenom za pregled*

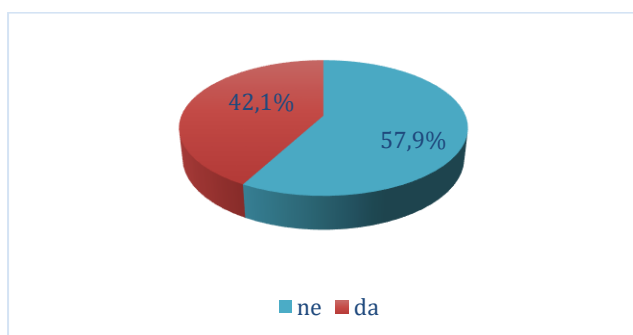


Više od polovine ispitanika (57,9%) smatra da liječnik ne mora biti dostupan izvan svog radnog vremena (putem telefona, mailom, mobitelom, osobno). (vidi tablični i grafički prikaz 11.) U skladu s navedenim, postavljena je **prva hipoteza** (H1) ovog istraživanja kojom se pretpostavlja da stanovnici Šibensko-kninske županije kao površinski najmanje županije smatraju u većoj mjeri od stanovnika ostalih županija da liječnici trebaju biti dostupni izvan radnog vremena. Pretpostavka je postavljena zbog razmišljanja da će na manjoj prostornoj površini biti i manje zdravstvenih ustanova, kao i liječnika. Provedbom Hi-kvadrat testa pronađena je statistički značajna razlika ($\chi^2=10,725$, $df=3$, $p=0,013$) u razmišljanju da liječnici trebaju biti dostupni izvan radnog vremena. Uočeno je da stanovnici Splitsko-dalmatinske županije u većoj mjeri (39,8%) smatraju da liječnici trebaju biti dostupni van radnog vremena, dok stanovnici Zadarske županije to najmanje smatraju (11,5%). Sukladno tome prva hipoteza nije potvrđena.

Tablični prikaz 11. *Dostupnost liječnika van radnog vremena*

dostupnost liječnika van radnog vremena	f	%
ne	336	57,9
da	244	42,1
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 11. *Dostupnost liječnika van radnog vremena*

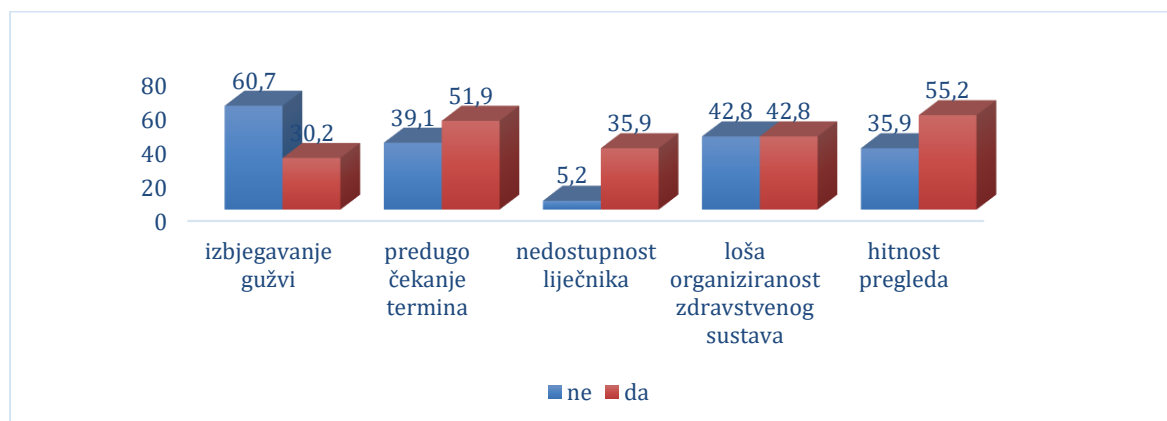


Zanimljivo je kako su gotovo svi ispitanici (90,7%) pokušali doći do potrebite liječničke usluge „preko veze“. Ovo se može smatrati sindromom prošlog sustava, ali i našeg društva u kojem se ovakvim načinima rješavaju i brojne druge usluge. Pri ispitivanju temeljnih razloga pokušaja dolaska do potrebite liječničke usluge, dolazimo do rezultata da je glavni razlog hitnost pregled koju kao razlog uzima više od polovine ispitanika (55,2%). Drugi najveći razlog jest predugo čekanje termina (51,9% ispitanika) što upućuje na nedostatak liječnika u Republici Hrvatskoj zbog čega određene termine treba čekati od 6 mjeseci do 1 godine. (vidi tablični i grafički prikaz 12.)

Tablični prikaz 12. *Razlozi liječničke usluge preko veze*

razlozi liječničke usluge preko veze	ne		da		bez odgovora		ukupno	
	f	%	f	%	f	%	f	%
izbjegavanje gužvi	352	60,7	175	30,2	53	9,1	580	100,0
predugo čekanje termina	227	39,1	301	51,9	52	9,0	580	100,0
nedostupnost liječnika	320	5,2	208	35,9	52	9,0	580	100,0
loša organiziranost zdravstvenog sustava	248	42,8	280	42,8	52	9,0	580	100,0
hitnost pregleda	208	35,9	320	55,2	52	9,0	580	100,0

Grafički prikaz 12. *Razlozi liječničke usluge preko veze*



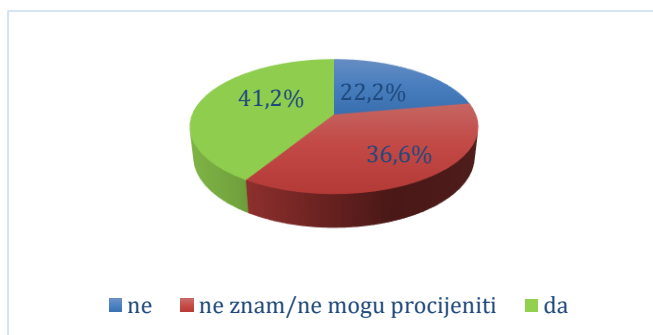
Važan društveni osvrt na liječničku profesiju odnosi se na pitanje procjene položaja liječnika u društvu, odnosno posjeduje li liječnik povlašteni položaj? Staničić (2001) smatra kako zbog svoje moći da se spuštaju do najživotnije razine čovjeka – njegovog tijela te legitimitetu određivanja čovjekovog stanja – zdravlja ili bolesti, liječnici iz određene doze strahopoštovanja ostalih članova društva imaju svojevrсни društveni prestiž. On se također

ostvaruje zbog dugogodišnjeg obrazovnog puta te djelovanja koji ostvaruje ne samo osobno blagostanje, već i društveno. Najveći broj ispitanika smatra kako liječnici imaju povlašteni položaj u društvu (41,2%), ipak nezanemariv je broj ispitanika koji ne mogu ili ne znaju procijeniti da li imaju povlašteni položaj ili nemaju (36,6%). (vidi tablični i grafički prikaz 13.)

Tablični prikaz 13. *Liječnici povlašten položaj u društvu*

liječnici povlašten položaj u društvu	<i>f</i>	%
ne	129	22,2
ne znam/ne mogu procijeniti	212	36,6
da	239	41,2
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 13. *Liječnici povlašten položaj u društvu*



Unatoč većinskoj procjeni povlaštenog položaja liječnika, rezultati nadolazećeg pitanja dovode u pitanje pravednost stratifikacijskog sustava. Ukoliko liječnici imaju povlašten položaj, jesu li ga oni uistinu zaslužili? Je li on opravdan? Ako bismo uzeli u obzir prethodno navedenu „liječničku moć“ te važnost liječničkog djelovanja možda bismo smatrali da je opravdan. No, ukoliko društvo nije zadovoljno liječničkim djelovanjem stav bi se vrlo lako mogao promijeniti. Slučaj je to u rezultatima opravdanosti povlaštenog položaja liječnika u društvu gdje pak gotovo trećina ispitanika smatra da nije (28,8%). S obzirom na visok postotak suzdržanih ispitanika kojih je nešto manje od polovine cjelokupnog uzorka (49,1%) znači da od ukupnog broja od 295 ispitanika koji su odgovorili na pitanje svega 43,4% smatra kako je opravdan povlašten položaj liječnika, dok njih više od polovine (56,6%) smatra da nije. (vidi tablični i grafički prikaz 14.)

Tablični prikaz 14. *Opravdan povlašten položaj liječnika*

opravdan povlašten položaj liječnika	f	%
ne	167	28,8
da	128	22,1
bez odgovora	285	49,1
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 14. *Opravdan povlašten položaj*



Osim standardnih čimbenika svakog zanimanja, liječničko zanimanje za razliku od drugih provlači niz drugih parametara. Kao jedno od zanimanja koje spada u kategoriju visoko-odgovornih profesija u svakodnevnici postoji određena doza stresa, rizika od pogreški, rizika od profesionalnih bolesti, umora/opterećenosti, ali i dodatnih specifičnih za ovu granu poput rizika od zaraze. Ispitanici velikom većinom visoko i izrazito visoko procjenjuju količinu parametara liječničke svakodnevnice. (vidi tablični i grafički prikaz 15.) Gotovo 80% ispitanika visoko i izrazito visoko ocjenjuju odgovornost na radnom mjestu. Društvena odgovornost liječnika jednako je važna kao i odgovornost prema pacijentu odnosno pojedincu, a u skladu s time približno 70% ispitanika ju ocjenjuje visoko. Čimbenici poput stresa, umora i preopterećenosti pojavljuju se u određenim trenucima liječničkog djelovanja, osobito za vrijeme dežurstava, rada u pripravnosti te problematičnih medicinskih slučajeva. Čini se kako ispitanici prepoznaju ove čimbenike te ih također približno 70% ispitanika ocjenjuje vrlo visoko i visoko. U ovakvim tipovima zanimanja rizici postaju svakodnevnicama. Rizik od zaraze posebno je uočljiv u virusnim tipovima bolesti koji se lako prenose. U okružju respiratornog virusa poput današnjeg Covida-19 uočava se razumnost ispitanika od kojih većina (67,7%) ocjenjuje izrazito visoko i visoko ovaj parametar. Profesionalne bolesti mogu nastati zbog prekomjernog stajanja u jednom položaju (tijekom pregleda, zahvata) ili zbog umjetnih svjetala kojima su ambulate ispunjene, a u kojima liječnici borave tijekom radnog vremena. Nešto

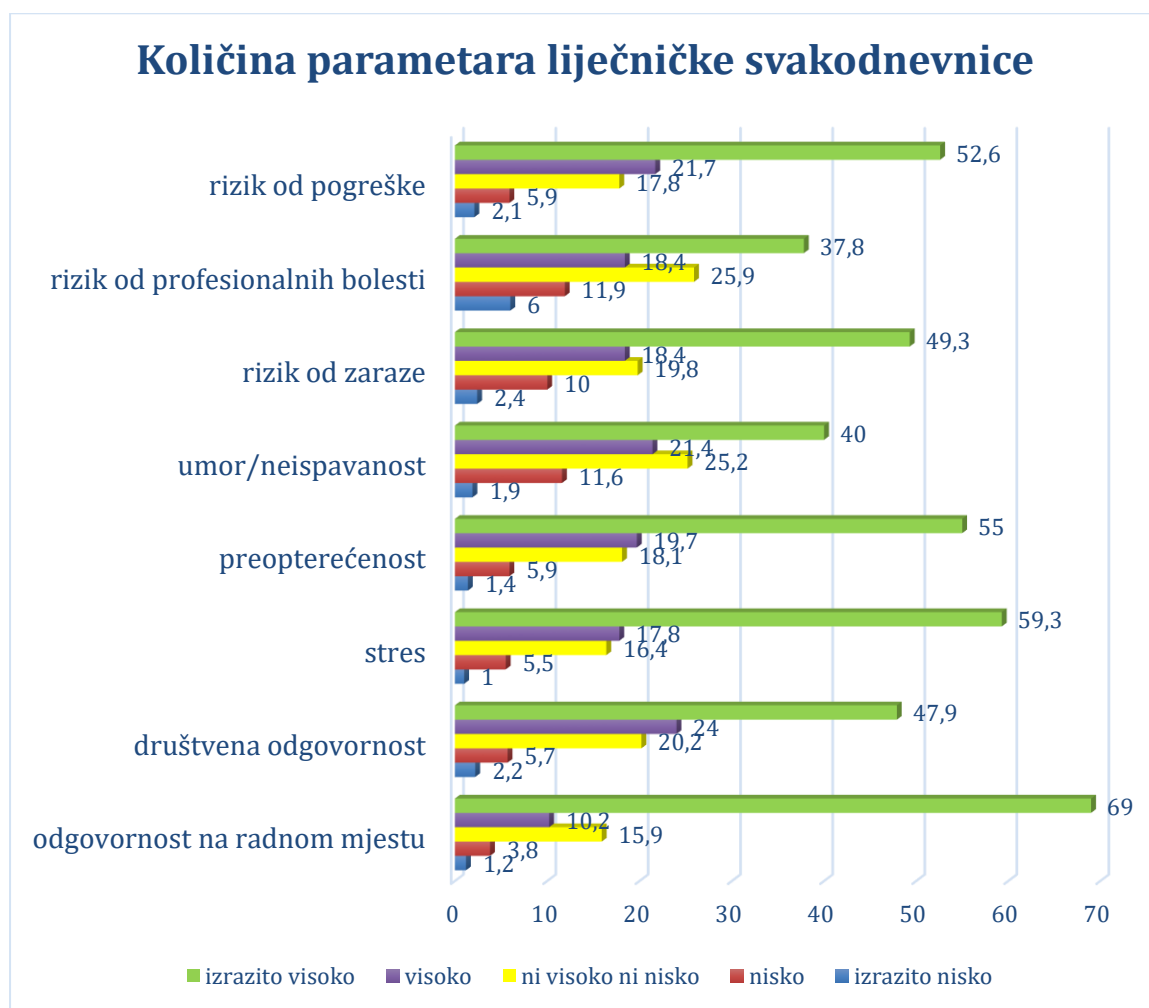
više od polovine ispitanika (56,2%) ocjenjuju visoko ovaj parametar. Rizik od pogreške postaje sve viši u periodima umora, kompleksnosti postupka koji dovode do stresa, preopterećenosti, pritiska, kao i brojnih drugih faktora. Većina ispitanika (74,3%) smatra kako je rizik od pogreške visok i izrazito visok u ovoj profesiji.

Druga hipoteza (H2) istraživanja pretpostavlja da žene u većoj mjeri od muškaraca procjenjuju višim parametre s kojima se liječnici svakodnevno susreću (odgovornost na radnom mjestu, društvena odgovornost, stres, preopterećenost, umor/iscrpljenost, rizik od zaraze, rizik od profesionalnih bolesti, rizik od pogreške). Hi-kvadrat testom testirano je osam navedenih varijabli te se za svaku pronašla statistički značajna razlika. Potvrdila se hipoteza da žene u većoj mjeri od muškaraca procjenjuju visoko parametre s kojima se liječnici svakodnevno susreću, a riječ je o slijedećim varijablama: odgovornost na radnom mjestu ($\chi^2=15,816$, $df=2$, $p=0,00$), društvena odgovornost ($\chi^2=12,437$, $df=2$, $p=0,002$), stres ($\chi^2=30,491$, $df=2$, $p=0,00$), preopterećenost ($\chi^2=34,019$, $df=2$, $p=0,00$), umor/iscrpljenost ($\chi^2=28,071$, $df=2$, $p=0,00$), rizik od zaraze ($\chi^2=27,616$, $df=2$, $p=0,00$), rizik od profesionalnih bolesti ($\chi^2=16,990$, $df=2$, $p=0,00$) te rizik od pogreške ($\chi^2=22,765$, $df=2$, $p=0,00$).

Tablični prikaz 15. *Količina parametara liječničke svakodnevnice*

količina parametara liječničke svakodnevnice	izrazito nisko		nisko		ni visoko ni nisko		visoko		izrazito visoko		ukupno	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
odgovornost na radnom mjestu	7	1,2	22	3,8	92	15,9	59	10,2	400	69,0	580	100,0
društvena odgovornost	13	2,2	33	5,7	117	20,2	139	24,0	278	47,9	580	100,0
stres	6	1,0	32	5,5	95	16,4	103	17,8	344	59,3	580	100,0
preopterećenost	8	1,4	34	5,9	105	18,1	114	19,7	319	55,0	580	100,0
umor/neispavanost	11	1,9	67	11,6	146	25,2	124	21,4	232	40,0	580	100,0
rizik od zaraze	14	2,4	58	10,0	115	19,8	107	18,4	286	49,3	580	100,0
rizik od profesionalnih bolesti	35	6,0	69	11,9	150	25,9	107	18,4	219	37,8	580	100,0
rizik od pogreške	12	2,1	34	5,9	103	17,8	126	21,7	305	52,6	580	100,0

Grafički prikaz 15. *Količina parametara liječničke svakodnevnice*

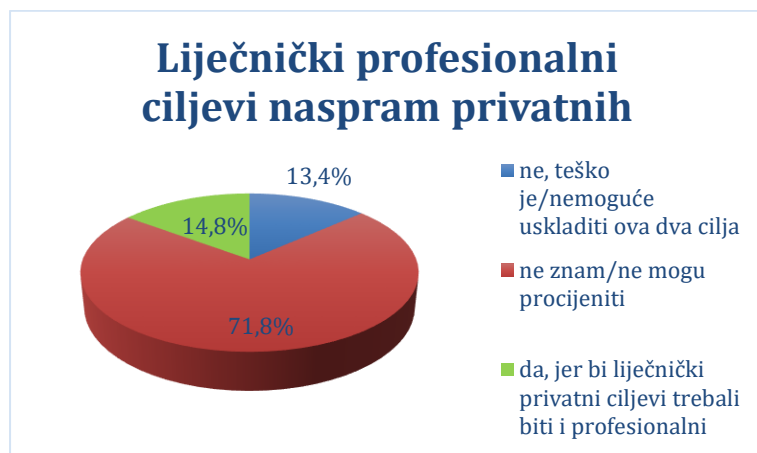


Često čujemo kako je neko zanimanje „životni poziv“. Uzrečica je to koja se koristi za zanimanja koja iziskuju potpunu posvećenost i predanost. No, znači li to da nečija profesija postaje njegov život? Pitanje koje se postavlja jest u kojoj mjeri liječnik uspijeva uskladiti svoje osobne, privatne, partikularne, “sebične”, profesionalne ciljeve s “općim” društvenim ciljevima? (Staničić, 2001: 198). Pravo pitanje je zapravo, uspijeva li? Rezultati pak potvrđuju da je možda ovo pitanje najbolje za postaviti samim liječnicima jer većina naših ispitanika (71,7%) ne zna/ne može procijeniti pravu istinu. Gotovo je podjednaka raspodjela razmišljanjima da je teško/nemoguće uskladiti ova dva cilja te da bi liječnički privatni ciljevi trebali biti i profesionalni s naglaskom da se za posljednji odgovor odlučilo 1,4% više (vidi tablični i grafički prikaz 16.)

Tablični prikaz 16. *Liječnički profesionalni ciljevi naspram privatnih*

liječnički profesionalni ciljevi naspram privatnih	f	%
ne, teško je/nemoguće uskladiti ova dva cilja	78	13,4
ne znam/ne mogu procijeniti	416	71,7
da, jer bi liječnički privatni ciljevi trebali biti i profesionalni	86	14,8
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 16. *Liječnički profesionalni ciljevi naspram osobnih*

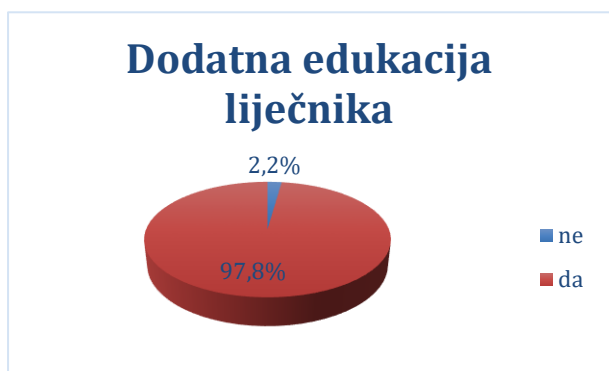


Liječnici praktički imaju obaveznu dodatnu edukaciju u obliku pohađanja seminara, kongresa i predavanja koji donose određene bodove. Oni su obavezni svake godine „sakupiti“ propisani broj bodova kako bi dobili pravo na obnavljanje licence jer se time smatra kako su kompetentni u izvršavanju svoje dužnosti u skladu s modernim promjenama i napredcima. Gotovo svi naši ispitanici (97,8%) smatraju kako je dodatna edukacija liječnika nužna. (vidi tablični i grafički prikaz 17.). U tom kontekstu, zanimalo nas je za koga dalmatinsko stanovništvo smatra da bi trebao financirati dodatnu edukaciju liječnika. Prije nego se osvrnemo na rezultate nužno je istaknuti da liječnici sami sebi plaćaju dodatnu edukaciju koja je nužna za obnavljanje licence, a koja uglavnom uključuje troškove pohađanja, akreditacije, smještaja i putovanja ukoliko se radi o drugom gradu/državi itd. Međutim, više od polovine ispitanika (54,3%) smatra da je to dužnost države/vlade i vladinih institucija, dok na drugom mjestu trećina ispitanika (33,4%) kako bi to trebala financirati radna organizacija u kojoj je liječnik zaposlen. (vidi tablični i grafički prikaz 18.)

Tablični prikaz 17. *Dodatna edukacija liječnika*

dodatna edukacija liječnika	f	%
ne	13	2,2
da	567	97,8
ukupno	580	100,0

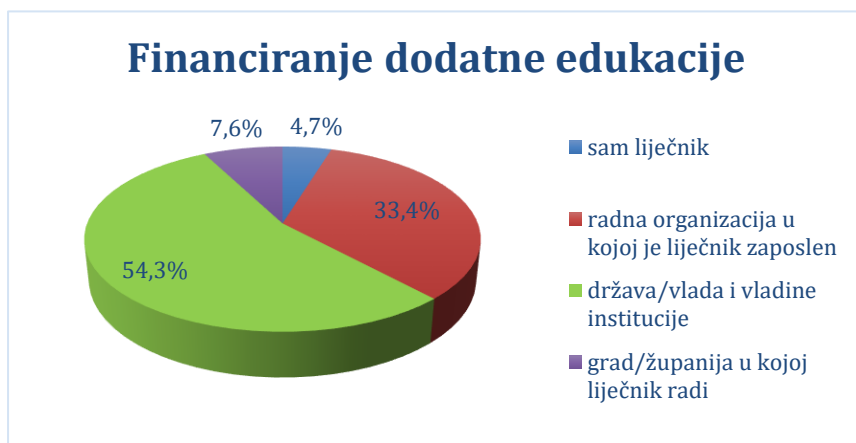
Grafički prikaz 17. *Dodatna edukacija liječnika*



Tablični prikaz 18. *Financiranje dodatne edukacije*

financiranje dodatne edukacije	f	%
sam liječnik	27	4,7
radna organizacija u kojoj je liječnik zaposlen	194	33,4
država/vlada i vladine institucije	315	54,3
grad/županija u kojoj liječnik radi	44	7,6
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 18. *Financiranje dodatne edukacije*



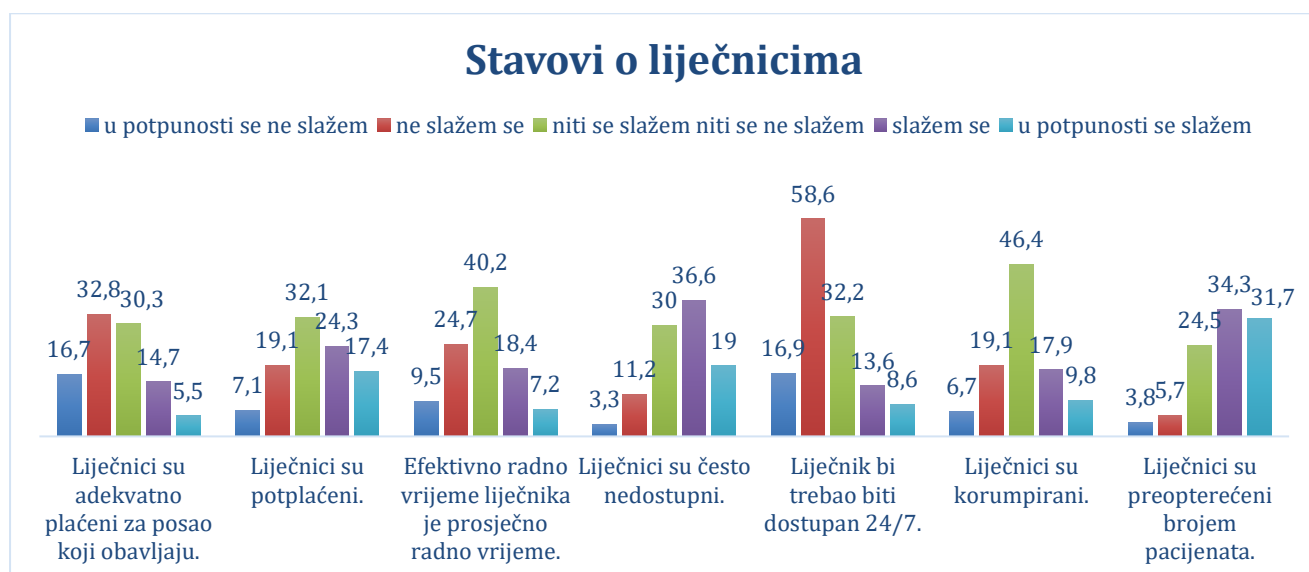
Ispitali smo stupanj slaganja s nekim od stavova o liječničkom zanimanju. (vidi tablični i grafički prikaz 19.). Po pitanju liječničke plaće odnosno jesu li liječnici adekvatno plaćeni ili su potplaćeni otkrivamo kako se gotovo trećina ispitanika niti slaže niti ne slaže oko navedene tvrdnje. Ipak, nešto manje od polovine ispitanika (49,5%) se ne slaže s tvrdnjom da su liječnici adekvatno plaćeni za posao koji obavljaju, dok 41,7% ispitanika smatra da su liječnici potplaćeni. Nešto malo više od desetine ispitanika se ne slaže da je efektivno radno vrijeme liječnika prosječno radno vrijeme, ali ipak nije zanemariv broj ispitanika koji nemaju jasan stav o ovoj tvrdnji (40,2%), a kojih je ujedno i najviše. Dostupnost liječnika provukli smo kroz dva

stava – liječnici su često nedostupni te liječnik bi trebao biti dostupan 24/7. Više od polovine ispitanika (55,6%) slaže se s tvrdnjom da su liječnici često nedostupni, međutim većina ispitanika (75,5%) smatra kako liječnici ne bi trebali biti dostupni 24/7 odnosno uglavnom se ne slažu s navedenom tvrdnjom. S obzirom da se često smatra kako se korupcija u Republici Hrvatskoj provukla kroz sve sustave pa tako i kroz zdravstveni, zanimali su nas stavovi o korumpiranosti liječnika. Zanimljivo je da nešto malo manje od polovine ispitanika (46,4%) nema jasan stav o tome, dok je gotovo jednaka raspodjela između slaganja i ne slaganja u nešto malo većem postotku (2,2%) ispitanika koji bi se složili da su liječnici korumpirani. Da su liječnici preopterećeni brojem pacijenata slaže se većina ispitanika (66%) što ukazuje na razmišljanje da našem zdravstvenom sustavu nedostaje liječničke radne snage.

Tablični prikaz 19. *Stavovi o liječnicima*

stavovi o liječnicima	u potpunosti se ne slažem		ne slažem se		niti se slažem niti se ne slažem		slažem se		u potpunosti se slažem		ukupno	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Liječnici su adekvatno plaćeni za posao koji obavljaju.	97	16,7	190	32,8	176	30,3	85	14,7	32	5,5	580	100,0
Liječnici su potplaćeni.	41	7,1	111	19,1	186	32,1	141	24,3	101	17,4	580	100,0
Efektivno radno vrijeme liječnika je prosječno radno vrijeme.	55	9,5	143	24,7	233	40,2	107	18,4	42	7,2	580	100,0
Liječnici su često nedostupni.	19	3,3	65	11,2	174	30,0	212	36,6	110	19,0	580	100,0
Liječnik bi trebao biti dostupan 24/7.	98	16,9	166	28,6	187	32,2	79	13,6	50	8,6	580	100,0
Liječnici su korumpirani.	39	6,7	111	19,1	269	46,4	104	17,9	57	9,8	580	100,0
Liječnici su preopterećeni brojem pacijenata.	22	3,8	33	5,7	142	24,5	199	34,3	184	31,7	580	100,0

Grafički prikaz 19. *Stavovi o liječnicima*

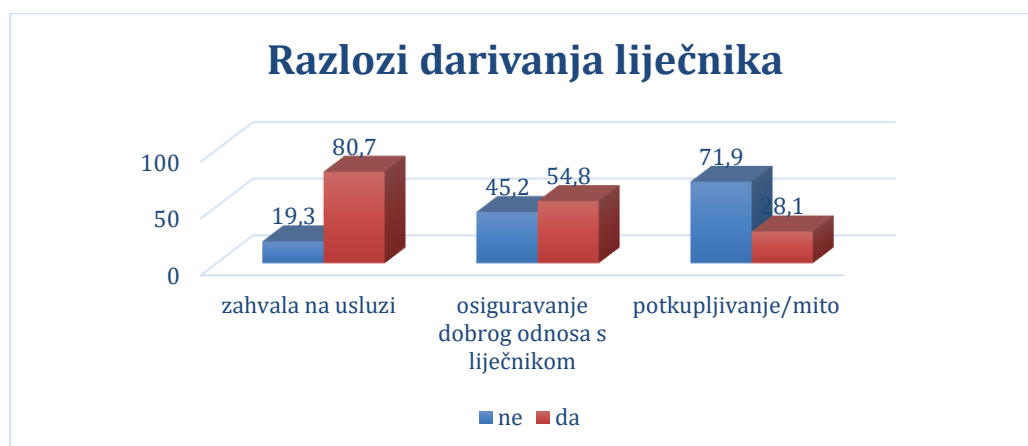


Darivanje liječnika postala je tradicija posebno uočena u Republici Hrvatskoj. Darovi mogu imati jednostavnu konotaciju poput zahvaljivanja na usluzi, ali i etički opasnu poput „potkupljivanja“. Uz pozitivno ili negativno značenje pacijenti uglavnom darivaju liječnike u znak zahvalnosti dok sam dar ostvaruje simbol komunikacije i interakcije u odnosu liječnik-pacijent. Najveći broj ispitanika (80,7%) smatra da se radi o zahvali na usluzi. Međutim, također nešto više od polovine ispitanika (54,8%) drži da darivanje liječnika stvara sponu u osiguravanju dobrog odnosa s liječnikom što može imati negativnu konotaciju poput mišljenja da će dobiti privilegirani odnos s liječnikom. Većina ispitanika (71,9%) ne smatra da je darivanje liječnika potkupljivanje/mito. (vidi tablični i grafički prikaz 20.) Hi-kvadrat testom testirana je **treća hipoteza** (H3) kojom se pretpostavilo da stariji ispitanici u većoj mjeri od mlađih smatraju darivanje liječnika zahvalom na usluzi. Hipoteza je uspostavljena u okrilju razmišljanja života tih ispitanika u prethodnom sustavu u kojemu su se darivanja normalizirala. Testiranjem nije pronađena statistički značajna razlika ($\chi^2=2,091$, $df=2$, $p=0,351$) stoga navedena hipoteza nije potvrđena.

Tablični prikaz 20. *Razlozi darivanja liječnika*

razlozi darivanja liječnika	ne		da		ukupno	
	f	%	f	%	f	%
zahvala na usluzi	112	19,3	468	80,7	580	100,0
osiguravanje dobrog odnosa s liječnikom	262	45,2	318	54,8	580	100,0
potkupljivanje/mito	417	71,9	163	28,1	580	100,0

Grafički prikaz 20. *Razlozi darivanja liječnika*



Mišljenje o liječnicima ispitali smo nizom tvrdnji pomoću Likertove skale od 1 do 5 u kojoj 1 označava u „potpunosti se ne slažem“, a 5 „u potpunosti se slažem“. (vidi tablični i grafički prikaz 21.) Više od polovine ispitanika (56,9%) ne slaže se s tvrdnjom da hrvatski liječnici nisu dovoljno obrazovani. Međutim, treba istaknuti da se nešto manje od 30% ispitanika (28,4%) niti slaže niti ne slaže s navedenom tvrdnjom, dok ih se najmanje (14,6%) slaže. Liječnik ima veliku ulogu u otkrivanju odnosno dijagnosticiranju bolesti te u liječenju iste. U odnosu liječnik-pacijent potreban je visoki stupanj povjerenja. Liječnik treba dobro dijagnosticirati bolest te dati konstruktivan savjet pri liječenju bolesti, no veliku ulogu igra pacijent na kojemu ostaje odgovornost da prati liječničke savjete i postupi po njegovim naputcima kako bi došlo do zajedničkog cilja – zdravlja pacijenta. S tvrdnjom da naši liječnici dobro dijagnosticiraju bolesti nešto manje od polovine ispitanika (46,6%) niti se slaže niti ne slaže što ukazuje na neodlučnost ispitanika. Moguće je ovo protumačiti shvaćanjem da su neki liječnici dobro dijagnosticirali bolest, dok drugi nisu te da zbog toga postoji podvojeno mišljenje. Više od trećine ispitanika (37,4%) slaže se s navedenom tvrdnjom, dok se preostalih 16% ne slaže. S tvrdnjom da naši liječnici daju konstruktivne savjete za liječenje bolesti slaže se 41% ispitanika, dok 40,3% ispitanika nema jasan stav o ovoj tvrdnji. Dvije sfere liječničkog života (privatna i poslovna) nerijetko se isprepliću što dovodi do smanjenja slobodnog vremena i česte pojave kapitalističkog okruženja – prelaska rada u dokolicu. S obzirom da se liječničko zanimanje često naziva i pozivom ispitan je stupanj slaganja s tvrdnjom „Smatram da bi liječnikov posao trebao biti njegov život“. Manje od polovine ispitanika (40,7%) ne slaže se s navedenom tvrdnjom, ipak nezaobilazno je spomenuti kako se samo 5% manje (35,9%) niti slaže niti ne slaže s navedenom tvrdnjom. Slični su rezultati dobiveni prilikom ispitivanja slaganja s tvrdnjom da su potencijalne liječničke pogreške rezultat neorganiziranog zdravstvenog sustava. Gotovo je podjednaka raspodjela stavova između dva stupnja. Da su

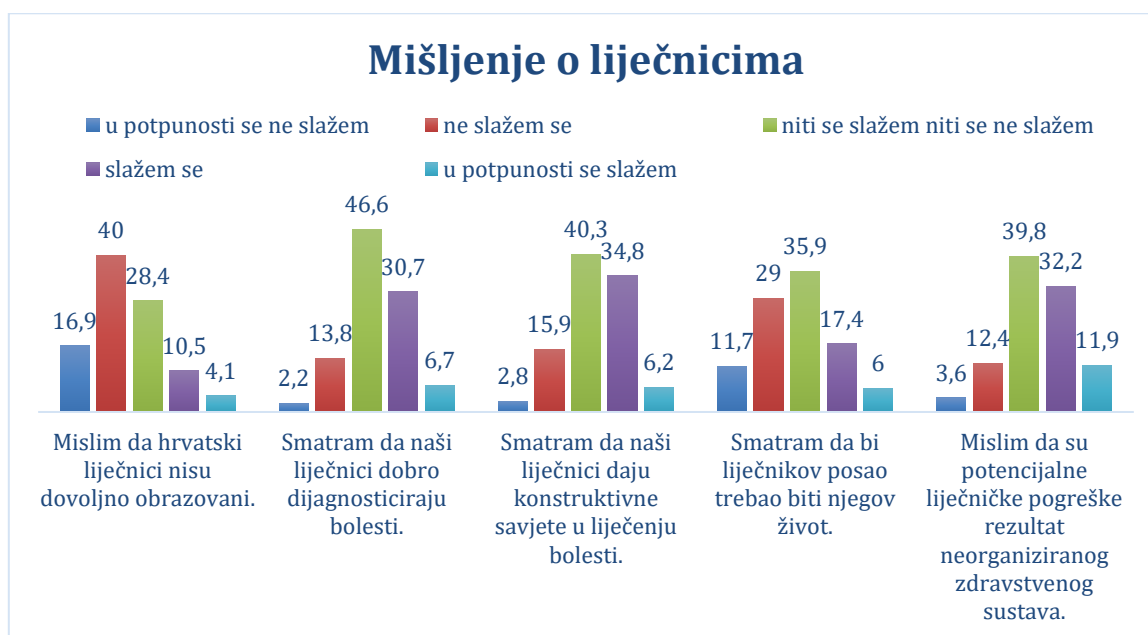
moguće greške liječnika rezultat loše organizacije zdravstvenog sustava slaže se 44,1% ispitanika, dok se približno manje od 4% ispitanika (39,8%) niti slaže niti ne slaže s navedenom tvrdnjom. Rezultati mišljenja o liječnicima ukazuju na to da veliki udio ispitanika ima podijeljeno mišljenje o liječnicima te da se ne mogu odlučiti za čvrsti stav slaganja i neslaganja.

Pri ispitivanju mišljenja o liječnicima postavljena je **četvrta hipoteza (H4)** prema kojoj ispitanici starije dobne skupine imaju pozitivnije mišljenje o liječnicima od mlađih ispitanika. Hi-kvadrat testom testirano je pet varijabli od čega je utvrđena statistički značajna razlika u navedene tri tvrdnje: „Mislim da hrvatski liječnici nisu dovoljno obrazovani“ ($\chi^2=16,164$, $df=2$, $p=0,003$); „Smatram da bi liječnikov posao trebao biti njegov život“ ($\chi^2=10,750$, $df=4$, $p=0,030$) te „Mislim da su potencijalne liječničke pogreške rezultat neorganiziranog zdravstvenog sustava“ ($\chi^2=18,242$, $df=4$, $p=0,001$). Četvrta hipoteza time je djelomično potvrđena.

Tablični prikaz 21. *Mišljenje o liječnicima*

mišljenje o liječnicima	u potpunosti se ne slažem		ne slažem se		niti se slažem niti se ne slažem		slažem se		u potpunosti se slažem		ukupno	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mislim da hrvatski liječnici nisu dovoljno obrazovani.	98	16,9	232	40,0	165	28,4	61	10,5	24	4,1	580	100,0
Smatram da naši liječnici dobro dijagnosticiraju bolesti.	13	2,2	80	13,8	270	46,6	178	30,7	39	6,7	580	100,0
Smatram da naši liječnici daju konstruktivne savjete u liječenju bolesti.	16	2,8	92	15,9	234	40,3	202	34,8	36	6,2	580	100,0
Smatram da bi liječnikov posao trebao biti njegov život.	68	11,7	168	29,0	208	35,9	101	17,4	35	6,0	580	100,0
Mislim da su potencijalne liječničke pogreške rezultat neorganiziranog zdravstvenog sustava.	21	3,6	72	12,4	231	39,8	187	32,2	69	11,9	580	100,0

Grafički prikaz 21. *Mišljenje o liječnicima*



Posljednja tvrdnja u prethodnom pitanju tj. loša organizacija zdravstvenog sustava jedan od je od razloga odlaska naših liječnika u inozemstvo. Postoji još niz razloga poput želje za boljom plaćom i uvjetima rada, kvalitetnijeg načina života i edukacije te mogućnosti bržeg napredovanja. Neki su to od niza nedostataka koji dovode do velikog društvenog problema – manjka liječnika i preopterećenosti ostalog zdravstvenog osoblja. Velika većina ispitanika (95,3%) smatra da su bolja plaća i uvjeti rada temeljan razlog odlaska liječnika u inozemstvo. Povezuje se ovaj rezultat i s prethodno dobivenim u kojem većinski dio ispitanika smatra da naši liječnici nisu adekvatno plaćeni za posao koji obavljaju. Malo više od polovine ispitanika (54,7%) smatra kako je bolja kvaliteta života također razlog odlaska, 60% ispitanika slaže se da je i mogućnost bržeg napredovanja bitan razlog. S obzirom na većinu ispitanika koji se nisu složili s tvrdnjom da hrvatski liječnici nisu dovoljno obrazovani može se zaključiti da je kvalitetna edukacija naših liječnika. Po pitanju razloga odlazaka liječnika podjednaka je zastupljenost slaganja (51,9%) i neslaganja (48,1%) da je jedan od razloga kvaliteta edukacije s nešto većim postotkom slaganja. (vidi tablični i grafički prikaz 22.)

Tablični prikaz 22. *Razlozi odlaska liječnika*

razlozi odlaska liječnika	ne		da		ukupno	
	f	%	f	%	f	%
bolja plaća i uvjeti rada	27	4,7	553	95,3	580	100,0
kvaliteta života	263	45,3	317	54,7	580	100,0
mogućnost bržeg napredovanja	232	40,0	348	60,0	580	100,0
kvalitetnija edukacija	279	48,1	301	51,9	580	100,0

Grafički prikaz 22. *Razlozi odlaska liječnika*



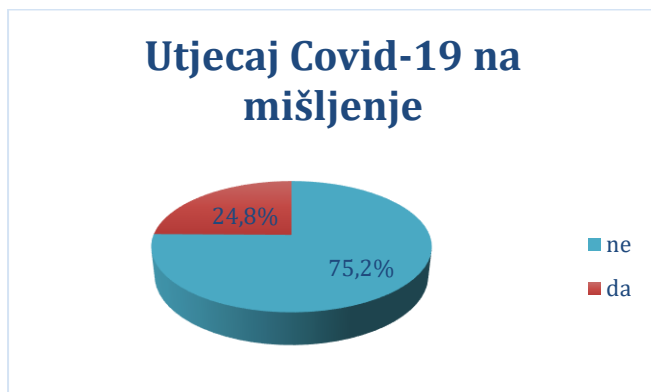
Pandemija Covid-19 zasigurno je promijenila način rada, kao i kvalitetu usluge. Početak pandemije bio je osobito značajan jer se pojavio potpuno novi obrazac koliko društvenog toliko i poslovnog života. Danas možemo reći da živimo „novo normalno“ i da su se stvari pomalo regulirale, ali činjenica je da su se neke stvari zauvijek promijenile. U kontekstu liječničkog poslovanja došlo je do brojnih promjena, a one primarne vezane su za samo rješavanje Covid-19 krize. U pokušaju suzbijanja širenja virusa te zbog vrlo ograničenog znanja o bolesti, velika se pozornost usmjerila pacijentima zahvaćenima novim virusom. Jasno je da brojne aktualne bolesti u ovoj situaciji nažalost ne dobivaju pozornost koju bi trebale te da regularni pregledi postaju kraći zbog Covid restrikcija poput kratkog zadržavanja u prostoru. Je li pojava Covid-19 utjecala na mišljenje ispitanika o liječnicima? Rezultati govore da većina ispitanika (75,2%) smatra kako Covid-19 nije utjecao na njihovo mišljenje. Preostali postotak (24,8%) smatra da jest, a moguće je da su to posljedice navedenih razloga. (vidi tablični i grafički prikaz 23.)

U skladu s tim, postavljena je **peta hipoteza** (H5) koja pretpostavlja da je starijoj populaciji u većoj mjeri nego mlađoj pandemija Covid-19 utjecala na mišljenje o liječnicima. Provedbom Hi-kvadrat testa pronađena je statistički značajna razlika ($\chi^2=6,126$, $df=2$, $p=0,047$). Hipoteza nije potvrđena budući da su rezultati suprotni od hipoteze – na mišljenje mlađe populacije je u većoj mjeri (76,4%) nego na stariju (1,4%) utjecao Covid-19.

Tablični prikaz 23. *Utjecaj Covid-19 na mišljenje*

utjecaj Covid-19 na mišljenje	<i>f</i>	%
ne	436	75,2
da	144	24,8
ukupno	580	100,0

Grafički prikaz 23. *Utjecaj Covid-19 na mišljenje*



8. Zaključak

Liječnici su izrazito bitni „kotačići“ jednog velikog društvenog sustava u održavanju stabilnosti, sigurnosti i stanja mira za društvenu zajednicu. Kao osobe čija je profesija liječenje bolesti, oni rade na očuvanju cjelokupnog cilja našeg društva, onoga čemu svi težimo – zdravlja. Posebno je uočljiva njihova važnost u razdoblju društvenih kriza – poput suvremene krize Covida-19 kada liječnici imaju bitnu ulogu ne samo u prevenciji širenja ove bolesti već i u očuvanju smirenosti, poticanju strpljenja i povjerenja prema zdravstvenim radnicima. Ovo se zanimanje smatra jednim od najzahtjevnijih i najodgovornijih zanimanja, ponajviše zbog toga što ulaskom u profesiju i potpisivanjem Hipokratove zakletve obećavaju napraviti sve što je u njihovoj moći za dobrobit čovjeka i cjelokupnog društva. Liječnik mora raditi za, ali i u suradnji sa društvenom zajednicom i stoga je izrazito bitno njegovati odnos liječnik-pacijent/liječnik-zajednica.

Istraživanje za potrebe završnog rada je provedeno upravo u svrhu proučavanja tog odnosa – ispitivanja stavova dalmatinskog stanovništva o samim liječnicima i njihovom zanimanju. Korisnost ovog istraživanja ogleda se u tome što dalmatinsko stanovništvo smatra o liječnicima jer može ukazivati na brojne druge fenomene na mikro i makro razini. Na makro može ukazivati na (ne)zadovoljstvo sa zdravstvenim sustavom, (ne)zadovoljstvo organizacijom tog sustava, dostupnosti primarne zdravstvene zaštite kao i brojnih drugih. Na mikro razini može ukazati na (ne)zadovoljstvo pacijenata dijagnostikom i liječenjem; na propuste liječnika kojih možda nisu bili svjesni, a čija će promjena poboljšati uzajamni odnos pacijent-liječnik. Ukazuje na temeljnu činjenicu – zadovoljan liječnik označava zadovoljnog pacijenta, kao što i zadovoljan pacijent označava zadovoljnog liječnika.

U istraživanju su sudjelovali stanovnici četiri dalmatinske županije (Zadarska, Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska), a pokazalo se da ne postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu dostupnosti primarne liječničke zaštite, te da je većina (62,2%) zadovoljna dostupnošću. Ipak rezultatima istraživanja otkriva se kontradiktornost – unatoč zadovoljstvu dostupnosti liječničke zaštite većina ispitanika (90,7%) pokušala je preko veze doći do liječničke usluge. Jesu li zadovoljni zato što mogu doći preko veze do liječničke usluge? – pitanje je koje se ostavlja otvorenim za buduća istraživanja. Uočeno je kako stanovnici Splitsko-dalmatinske županije u većoj mjeri od ostalih županija smatraju kako liječnici trebaju biti dostupni izvan radnog vremena. Žene u većoj mjeri nego muškarci procjenjuju višim parametre s kojima se liječnici svakodnevno susreću (odgovornost

na radnom mjestu, društvena odgovornost, stres, umor/iscrpljenost, preopterećenost, rizici). Također je uočeno da pripadnici starije dobne skupine imaju generalno pozitivnije stavove prema hrvatskim liječnicima što ukazuje na potencijalan problem s obzirom da su mladi noviji i budući korisnici liječničkih usluga.

9. Literatura

1. Cerjan-Letica, G.; Letica, S. (1989). Suvremena medicinska sociologija: Otkud stiže i kamo smjera. **Revija za sociologiju**. 20(1-2): 101-118. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/155514>> (3.12.2020.)
2. Cockerham, W. (2016). **Medical Sociology**. Thirteenth Edition. Routledge: London, New York.
3. Donev, D. (2013). Etički aspekti suvremenog modela odnosa liječnik – bolesnik. **Jahr: Europski časopis za bioetiku**. 4 (1) : 503-512. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/110370>> (1.2.2021.)
4. Foucault, Michel (2003). **The Birth of the Clinic**. London: Routledge.
5. Foucault, Michel (2006). **History of Madness**. London: Routledge.
6. Giddens, A. (2007). **Sociologija**. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
7. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. (2021). <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=2842> (18.7.2021.)
8. Hrvatska liječnička komora (2021). Dostupno na: <<https://www.hlk.hr/obnavljanje-licence.aspx>> (2.4.2021.)
9. Hrvatska liječnička komora. Dostupno na: <<https://www.hlk.hr/nova-verzija-lijecnicke-prisege-prevedena-je-na-hrvatski-jezik.aspx>> (2.4.2021.)
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: <<https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/hrvatski-dan-lijecnika-2/>> (2.4.2021.)
11. Jeremić, V. (2013). Informirani pristanak: komunikacija između liječnika i bolesnika. **Jahr : Europski časopis za bioetiku**. 4(1): 525-533. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/110372>> (15.11.2020.)
12. Kulenović, F. (2012). Etički izazovi liječnika našeg vremena. **Jahr : Europski časopis za bioetiku**. 3(2):487-492. Dostupno na: < <https://hrcak.srce.hr/93535>> (18.11.2020.)
13. Kulenović, F. (2012). Etički izazovi liječnika našeg vremena. **Jahr : Europski časopis za bioetiku**. 3(2):487-492. Dostupno na: < <https://hrcak.srce.hr/93535>> (18.11.2020.)
14. Marasović Šušnjara, I. (2012). Žele li pacijenti biti informirani i sudjelovati u donošenju medicinskih odluka? **Acta medica Croatica : Časopis Akademije**

- medicinskih znanosti Hrvatske.** 66(4): 337-339. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/104104>> (14.1.2021.)
15. Medicinski fakultet Zagreb. Dostupno na: <<https://mef.unizg.hr/studiji/diplomski>> (2.4.2021.)
16. Moja plaća Hrvatska (2021). Dostupno na: <<https://www.mojaplaca.hr/placa/medicina-i-socijalna-skrb/lijecnik>> (3.4.2021.)
17. Narodne novine (2008). Na temelju članka 29. Zakona o liječništvu (Narodne novine, broj 121/03, 117/08) i članka 19. točke 1. Statuta Hrvatske liječničke komore (Narodne novine, broj 55/08). **Pravilnik o trajnoj medicinskoj izobrazbi.** Dostupno na: <<https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/pravilnik-o-trajnoj-medicinskoj-izobrazbi-14112014.pdf>> (2.4.2021.)
18. Narodne novine (2011). (»Narodne novine« br. 150/2008, 71/2010, 139/2010, 22/2011 i 84/2011) **Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.**
19. Narodne novine (2011). (»Narodne novine«, br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11 i 84/11) **Odluka o iznosu troškova specijalizacije.** Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_11_133_2673.html> (2.4.2021.)
20. Narodne novine (2015). (»Narodne novine« br. 25/2013, 72/2013, 151/2013, 9/2014, 40/2014, 51/2014, 77/2014, 83/2014, 87/2014, 120/2014, 147/2014, 151/2014, 11/2015) **Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama.** Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019_12_119_2360.html> 2.4.2021.)
21. Narodne novine (2018). **Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja.** Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_03_29_604.html> (2.4.2021.)
22. Narodne novine (2018). **Odluka o proglašenju zakona o zdravstvenoj zaštiti.** Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html> (2.4.2021.)
23. Narodne novine (2020). **Kolektivni ugovor.** Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_06_66_1334.html> (2.4.2021.)
24. Opalić, P. (2007). Klinički sociolog u psihijatriji -- Profesionalni most između psihijatrije i sociologije. **Sociologija.**49(2): 117-126. Dostupno na: <<https://scindeks.ceon.rs/article.aspx?artid=0038-031807021170>> (15.11.2021.)

25. Pederin, M. (2018). European Regulation of Medical Profession in the Republic of Croatia **Acta Clin Croat.** 57(4): 736-743. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/217846>> (10.1.2021.)
26. Sekulić, A. i dr. (2014). Dob i individualne značajke spavanja utječu na kognitivne sposobnosti specijalizanata anesteziologije nakon 24-satne smjene. **Acta clinica Croatica.** 53(1): 22-30. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/126143>> (15.11.2021.)
27. Staničić, Ž. (2001). Osobni položaj liječnika u društvu; ili: o granicama liječnikovog djelovanja. **Revija za sociologiju.** 32(3-4): 197-206. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/154071>> (15.11.2020.)
28. Staničić, Ž. (2002). Funkcionalna važnost komunikacije u liječnikovu djelovanju. **Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja.** 11(2-3): 469-484. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/19698>> (10.1.2021.)
29. Štifanić, M. (2013). Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. **Jahr : Europski časopis za bioetiku.** 4(1): 293-327. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/110353>> (6.2.2021.)
30. Talanga, J. (2006). Odnos liječnika i pacijenta prema medicinskoj etici. **Bogoslovska smotra.** 76 (1): 47-59. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/24201>> (6.2.2021.)
31. Žuškin E., Pucarín Cvetković J., Kanceljak Macan B., Vitale K., Janev Holcer N., Čivljak M. (2013). Umijeće liječenja: povijesni prikaz. **Soc. psihijat.** , 41(3): 156-163. Dostupno na: <<https://hrcak.srce.hr/111279>> (15.11.2021.)

10. Metodološka i empirijska arhiva

10.1. Anketni upitnik

Poštovani/-e,

molim Vas za suradnju u sociološkom istraživanju čiji je cilj ispitati javno mišljenje stanovnika četiri dalmatinske županije o liječničkom zanimanju. Istraživanje provodi studentica Laura John u sklopu završnog rada na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Splitu. Sudjelovanje u istraživanju je anonimno i dobrovoljno. Molim vas da u pitanjima višestrukog odgovora unesete samo jedan odgovor, ukoliko nije drugačije naznačeno. Ukoliko se ne traži pisani kratki odgovor, anketa se rješava principom zaokruživanja odgovora ili označavanjem odgovarajućeg polja odgovora sa znakom (X). Izrazito je bitno da ne preskačete pitanja jer je svaki Vaš odgovor od velike važnosti.

Zahvaljujem na suradnji!

1. Spol:

1. muški
2. ženski

2. Dob: _____

3. Stupanj obrazovanja:

1. osnovno obrazovanje
2. srednjoškolsko obrazovanje
3. strukovno obrazovanje
4. viša škola/sveučilišno preddiplomsko obrazovanje
5. visoka škola/sveučilišno diplomsko obrazovanje
6. sveučilišno poslijediplomsko obrazovanje (doktorski studij)

4. Kojoj županiji pripada Vaše mjesto prebivališta?

1. Zadarska županija
2. Šibensko-kninska županija
3. Splitsko-dalmatinska županija
4. Dubrovačko-neretvanska županija

5. Mjesto stanovanja:

1. urbano područje
2. ruralno područje

6. Trenutno živim:

1. sam/sama
2. s cimerom/cimericom
3. s partnerom/partnericom
4. s obitelji

7. Kolika su Vaša mjesečna primanja?

	Osobna	Kućanstva
1. do 2.500 kn		
2. 2.501 kn - 5.000 kn		
3. 5.001 kn - 7.500 kn		
4. 7.501 kn-10.000 kn		
5. više od 10.000 kn		

8. Koje ste političke orijentacije?

1. lijevo
2. umjereno lijevo
3. centar
4. umjereno desno
5. desno

9. Označite dostupnost liječnika i primarne liječničke zaštite (pregleda) u Vašoj županiji na skali od 1 do 5 u kojoj 1 označava izrazitu nedostupnost, a 5 izrazitu dostupnost.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Smatrate li da Vam Vaš liječnik tijekom pregleda posveti dovoljno vremena?

1. ne
2. da

11. Smatrate li da Vam liječnik treba biti dostupan i na usluzi i nakon radnog vremena (telefonski, mailom, osobno)?

1. ne
2. da

12. Jeste li ikada pokušali „preko veze“ doći do potrebite liječničke usluge?

1. ne
2. da

13. Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili da, označite koji je bio razlog.

	ne	da
1. izbjegavanje čekanja u redovima/gužvi		
2. predugo čekanje do zakazanog termina		
3. nedostupnost liječnika		
4. loša organiziranost zdravstvenog sustava		
5. hitnost pregleda		

14. Smatrate li da liječnici imaju povlašteni položaj u društvu?

1. ne
2. ne znam/ne mogu procijeniti
3. da

15. Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili da, smatrate li da je opravdan njihov povlašteni položaj u društvu?

1. ne
2. da

16. Označite količinu parametara na skali od 1 do 5 s kojima se svakodnevno susreće jedan liječnik, u kojoj 1 predstavlja izrazito nisko, a 5 izrazito visoko.

	1	2	3	4	5
1. odgovornost na radnom mjestu					
2. društvena odgovornost					
3. stres					
4. preopterećenost					
5. umor/neispavanost					
6. rizik od zaraze					
7. rizik od profesionalnih bolesti (stajanje, neugodan položaj tijekom rada, neprirodno svjetlo)					
8. rizik od pogreške na radnom mjestu					

17. Smatrate li da liječnici uspijevaju uskladiti svoje osobne privatne ciljeve s profesionalnim ciljevima?

1. ne, teško je/nemoguće uskladiti ova dva cilja
2. ne znam/ne mogu procijeniti
3. da, jer bi liječnički privatni ciljevi trebali biti i profesionalni ciljevi

18. Kako se medicinska znanost brzo mijenja i napreduje, smatrate li da bi se liječnici trebali dodatno educirati tijekom cijele profesionalne karijere ?

1. ne
2. da

19. Za koga od navedenih smatrate da bi trebao biti odgovoran financirati dodatnu edukaciju liječnika?

1. sam liječnik
2. radna organizacija u kojoj je liječnik zaposlen
3. država/vlada i vladine institucije
4. grad/županija u kojoj liječnik radi

20. Označite stupanj slaganja s navedenim tvrdnjama.

	u potpunosti se ne slažem	ne slažem se	niti se slažem niti se ne slažem	slažem se	u potpunosti se slažem
1. Liječnici su adekvatno plaćeni za posao koji obavljaju.					
2. Liječnici su potplaćeni.					
3. Efektivno radno vrijeme liječnika je prosječno radno vrijeme.					
4. Liječnici su često nedostupni.					
5. Liječnik bi trebao biti dostupan 24/7.					
6. Liječnici su korumpirani.					
7. Liječnici su preopterećeni brojem pacijenata.					

21. Smatrate li da je darivanje liječnika bez uvjetovanja/prisile mito?

1. ne
2. da

22. Za koji od navedenih smatrate da su razlozi „darivanja liječnika“ od strane pacijenata? (Pitanje može imati više odgovora.)

1. zahvala na usluzi
2. osiguravanje dobrog odnosa s liječnikom
3. potkupljivanje/mito

23. Označite stupanj slaganja s navedenim tvrdnjama.

	u potpunosti se ne slažem	ne slažem se	nit i se slažem nit i se ne slažem	slažem se	u potpunosti se slažem
1. Mislim da hrvatski liječnici nisu dovoljno obrazovani.					
2. Smatram da naši liječnici dobro dijagnosticiraju bolesti.					
3. Smatram da naši liječnici daju konstruktivne savjete za liječenje bolesti.					
4. Smatram da bi liječnikov posao trebao biti njegov život.					
5. Mislim da su potencijalne liječničke pogreške rezultat neorganiziranosti zdravstvenog sustava.					

24. Za koje od navedenih smatrate da su glavni razlozi odlaska liječnika u inozemstvo? (Pitanje može imati više odgovora.)

1. bolja plaća i uvjeti rada
2. kvaliteta života
3. mogućnost bržeg napredovanja
4. kvalitetnija edukacija

25. Je li se Vaše trenutno mišljenje o liječničkoj profesiji promijenilo u odnosu na mišljenje prije pandemije koronavirusa (COVID-19)?

1. ne
2. da

10.2. Protokol istraživanja

PROTOKOL korišten u istraživanju: *Mitovi i istine o liječničkom zanimanju: sociološko istraživanje stavova stanovnika Dalmacije (2021)*

Ime i prezime anketara: _____

Datum i mjesto: _____

	SUDIONICI →																			
PITANJE ↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7.1																				
7.2																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13.1																				
13.2																				
13.3																				
13.4																				
13.5																				
14																				
15																				
16.1																				
16.2																				
16.3																				
16.4																				
16.5																				

16.6																			
16.7																			
16.8																			
17																			
18																			
19																			
20.1																			
20.2																			
20.3																			
20.4																			
20.5																			
20.6																			
20.7																			
21																			
22.1																			
22.2																			
22.3																			
23.1																			
23.2																			
23.3																			
23.4																			
23.5																			
24.1																			
24.2																			
24.3																			
24.4																			
25																			

MITOVI I ISTINE O LIJEČNIČKOM ZANIMANJU: SOCIOLOŠKO ISTRAŽIVANJE STAVOVA STANOVNIKA DALMACIJE

Sažetak

Liječnik je osoba čija je profesija proučavanje, dijagnostika i liječenje bolesti. Njegovo zanimanje smatra se jednim od najzahtjevnijih i najodgovornijih, a postoji još od antičkog doba. Foucault (2006) ističe kako je to osoba koja posjeduje vrlo bitnu moć kojom može kategorizirati pojmove normalan i lud, zdrav i bolestan, a svodi se i do najživotnije čovjekove razine. Suvremene poteškoće vezane uz krizu Covid-19 pandemije ističu njegovu važnost u očuvanju stabilnosti društva. Zadovoljan liječnik označava dobru funkciju društvenog sustava, a problemi liječnika problemi su samoga društva. Istraživanje je provedeno kako bi se uvidjeli stavovi dalmatinskog stanovništva o liječničkom zanimanju, a uzorak je raspoređen u 4 županije (Zadarska, Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska). Uočeno je da starija dobna skupina ima pozitivnije stavove prema hrvatskim liječnicima. Potvrđena je rodna razlika u procjeni parametara s kojima se liječnici svakodnevno susreću (odgovornost na radnom mjestu, društvena odgovornost, stres, umor/iscrpljenost, preopterećenost, rizici) u kojem se uočava da ih žene ocjenjuju višima od muškaraca.

Ključne riječi: liječničko zanimanje, društveni položaj liječnika, anketno istraživanje, Dalmacija

MYTHS AND TRUTHS ABOUT MEDICAL PROFESSION: SOCIOLOGICAL RESEARCH ABOUT ATTITUDES OF DALMATIAN INHABITANTS

Summary

Doctor is a person whose profession is studying, diagnostic and treatment of diseases. The profession is considered to be one of the most demanding and most responsible while it exists since antic era. Foucault (2006) points out that a doctor is a person who has great power with which he can categorize terms like normal and insane, healthy and ill, and it comes down to the most vital human level. Contemporary difficulties connected to the Covid-19 pandemic crisis highlight the importance of doctors in keeping the social stability. Satisfied doctor means good function of social system, while doctor problems become problems of the whole society. The research was conducted to investigate the attitudes of Dalmatia population about medical profession, and the sample is made of 4 Dalmatia counties (Zadarska, Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska). It has been shown that elderly population has the most positive opinion about Croatian doctors. Gender difference has been confirmed in the valuation of parameters with which doctors meet daily (responsibility in workplace, social responsibility, stress, fatigue/exhaustion, overwork, risks) in which women evaluate them higher than men.

Key words: medical profession, social position of doctors, survey research, Dalmatia

Bilješka o autorici

Laura John, rođena je 1999. godine u gradu Dubrovniku gdje je pohađala osnovnu i srednju školu. Maturirala je 2018. godine u Gimnaziji Dubrovnik, opći smjer. Još u osnovnoj školi počela se profesionalno/natjecateljski baviti step i show plesovima, a svoje aspiracije prema izvedbenim umjetnostima usmjerava i u pjevanju, što joj ostaje hobiem i tijekom akademskog obrazovanja. Tijekom srednjoškolskog obrazovanja pokazala je veliki interes za istraživanjem međuljudskih i društvenih odnosa unutar društvenih znanosti, stoga je iste godine po maturiranju upisala preddiplomski studij na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Splitu. Daljnji sociološki interes usmjerava disciplini za koju smatra da je izrazito relevantna, a nedovoljno istražena, medicinskoj sociologiji.

E-mail: ljohn@ffst.hr

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja LAURA JOHN, kao pristupnik/pristupnica za stjecanje zvanja sveučilišnog/e prvopristupnika/ce SOCIOLOGIJE, izjavljujem da je ovaj završni/diplomski rad rezultat isključivo mogega vlastitoga rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio završnog/diplomskog rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnog/diplomskog rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, 30.8.2021.

Potpis



IZJAVA O POHRANI
ZAVRŠNOG/DIPLOMSKOG/SPECIJALISTIČKOG/DOKTORSKOG RADA
(PODCRTAJTE ODGOVARAJUĆE) U DIGITALNI REPOZITORIJ FILOZOFSKOG
FAKULTETA U SPLITU

Student/ica: LAURA JOHN
Naslov rada: MITOVI I ISTINE O LIJEČNIČKOM ZANIMANJU:
SOCIOLOŠKO ISTRAŽIVANJE STANOVA STANOVNIKA DALMACIJE
Vrsta rada: ZAVRŠNI RAD
Mentor/ica rada: izr. prof. dr. sc. GORANA BANDALONIĆ
Komentor/ica rada: _____

Ovom izjavom potvrđujem da sam autor/autorica predanog završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada (zaokružite odgovarajuće) i da sadržaj njegove elektroničke inačice u potpunosti odgovara sadržaju obranjenog i nakon obrane uređenog rada. Slažem se da taj rad, koji će biti trajno pohranjen u Digitalnom repozitoriju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Splitu i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15, 131/17), bude (zaokružite odgovarajuće):

- ☒ a) rad u otvorenom pristupu
b) rad dostupan studentima i djelatnicima FFST
c) široj javnosti, ali nakon proteka 6 / 12 / 24 mjeseci (zaokružite odgovarajući broj mjeseci).
U slučaju potrebe (dodatnog) ograničavanja pristupa Vašem ocjenskom radu, podnosi se obrazloženi zahtjev nadležnom tijelu u ustanovi.

Split, 30.8.2021.

Potpis studenta/studentice: _____

