

**UNIVERZITET U BEOGRADU
MEDICINSKI FAKULTET**

Mirjana P. Stojanović-Tasić

**ISPITIVANJE EFEKTIVNOSTI RADA U
BALINT GRUPI U RAZVIJANJU
EMPATIJE I PREVENCIJI SINDROMA
SAGOREVANJA LEKARA**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Beograd, 2018.

**UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF MEDICINE**

Mirjana P. Stojanović-Tasić

**TESTING THE EFFECTIVENESS OF
WORK IN THE BALINT GROUP IN
DEVELOPING EMPATHY AND
PREVENTING THE BURNOUT
SYNDROME OF DOCTORS**

DOCTORAL DISSERTATION

Belgrade, 2018

Mentor:

Prof. dr Anita Grgurević, vanredni profesor Medicinskog fakulteta

Univerzitet u Beogradu,

Institut za epidemiologiju

Komentor:

Doc.dr Milan Latas, docent Medicinskog fakulteta

Univerzitet u Beogradu,

Klinika za psihijatriju

Komisija za ocenu i odbranu disertacije:

Prof. dr Aleksandar Damjanović, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu,
Klinika za psihijatriju;

Prof. dr Tatjana Pekmezović, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Institut za
epidemiologiju;

Prof. dr Snežana Marjanović, Medicinski fakultet-Foča, Univerziteta u Istočnom
Sarajevu, Katedra za neurologiju i psihijatriju.

Datum odbrane disertacije _____

ISPITIVANJE EFEKTIVNOSTI RADA U BALINT GRUPI U RAZVIJANJU EMPATIJE I PREVENCIJI SINDROMA SAGOREVANJA LEKARA

REZIME

Ciljevi ovog istraživanja su bili ispitavanje da li je učestvovanje u Balint grupama povezano sa većim stepenom empatije i smanjenjem sindroma sagorevanja lekara, kao i ispitavanje psihometrijskih karakteristika upitnika za empatiju, *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), uključujući lingvističku validaciju i kulturološku adaptaciju srpske verzije upitnika.

Metod: Ovo istraživanje je obuhvatilo 210 lekara iz primarne zdravstvene zaštite. Od 210 lekara, 70 je završilo Balint edukaciju u trajanju od minimum godinu dana, dok 140 lekara nije pohađalo pomenutu edukaciju. Za svakog doktora sa završenom Balint edukacijom metodom slučajnog izbora izabrana su po dva lekara koja nisu završila ovu edukaciju, a koja rade u istom domu zdravlja i imaju istu poziciju (lekar opšte medicine ili specijalista). Kriterijumi za isključivanje iz studije za obe grupe lekara su bili sledeći: lekari koji su bili na bolovanju ili odmoru najmanje mesec dana pre prikupljanja podataka, koji su imali prekid u radu duže od jedne godine (usavršavanje u inostranstvu, dugotrajna bolest ili česte promene posla u poslednjih pet godina) i koji su bili izloženi većoj fizičkoj ili psihičkoj traumi van posla (bolest ili smrt u porodici, razvod, itd.). Za potrebe ovog istraživanja, konstruisan je opšti upitnik za ispitanike i korišćena su još dva dodatna upitnika, za ispitivanje empatije-Davisov „indeks interpersonalne reaktivnosti“ (IRI) i *Maslach* upitnik za procenu sindroma sagorevanja na poslu (MBI). U statističkoj obradi podataka su korišćene metode deskriptivne statistike, Studentov t-test, *Pearson*-ov hi-kvadrat test, *Spearman*-ov koeficijent korelacije, metode logističke i ordinalne regresije, *Cronbach*-ov koeficijent alfa, intraklasni koeficijent korelacije, kao i faktorska analiza.

Rezultati: Preko tri četvrtine (82,9%) lekara u našem uzorku je bilo ženskog pola, dok je 17,1% ispitanika pripadao muškom polu. Srednja vrednost godina starosti ispitanika je iznosila $48,3 \pm 9,6$ i kretala se od 30 do 65 godina. Lekari koji su završili Balint edukaciju su imali značajno veće skorove na subskalama Zauzimanje tuđeg stanovišta, Fantazija i Empatijska brižnost u odnosu na lekare koji je nisu završili,

$p < 0,001$. Što se tiče subskale Lična nelagodnost, nije bilo statistički značajne razlike između lekara ove dve grupe, $p = 0,530$. To znači da na ovu skalu nije delovala Balint edukacija, tj. nema statistički značajne povezanosti između Balint edukacije i skora subskale Lična nelagodnost. Prema našim rezultatima, utvrđena je povezanost između subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta, Fantazija i Empatijska brižnost ($p < 0,001$), dok je subskala Lična nelagodnost korelirala samo sa subskalom Fantazija ($p = 0,010$). U multivarijantnom logističkom regresionom modelu za subskalu Zauzimanje tuđeg stanovišta jedini značajan prediktor je bila Balint grupa. Rezultati su takođe pokazali da članovi Balint grupe imaju 2,8 puta veću šansu da imaju visoke skorove na ovoj subskali. Multivarijantnom logističkom regresijom za subskalu Fantazija su se kao značajni prediktori izdvojili Balint grupa i lekari specijalisti. Naši rezultati su dalje pokazali da su lekari sa Balint edukacijom imali 5, a lekari specijalisti 2,4 puta veću šansu da postignu visoke skorove na ovoj subskali. U multivarijantnom logističkom regresionom modelu za subskalu Empatijska brižnost kao jedini prediktor se izdvojila Balint grupa ($p < 0,001$), tačnije, lekari sa Balint edukacijom su imali 6,7 puta veću šansu da postignu visoke skorove na subskali Empatijska brižnost. U univarijantnom logističkom regresionom modelu za subskalu Lična nelagodnost statistička značajnost je bila postignuta samo za jednu varijablu-specijalizaciju ($p = 0,021$). Preciznije, lekari bez specijalizacije su imali veću „Ličnu nelagodnost“ u odnosu na specijaliste. *Spearman*-ova korelacija za subskalu Zauzimanje tuđeg stanovišta je pokazala da postoji statistički značajna osrednja pozitivna povezanost između dužine Balint edukacije (broja godina) i skora na subskali Zauzimanje tuđeg stanovišta ($r_s = 0,331$; $p = 0,005$).

Kada je u pitanju sindrom sagorevanja lekara, u multivarijantnom ordinalnom logističkom modelu, sa „Emocionalnom iscrpljenošću“ kao zavisnom varijablom, statistički značajni prediktori su bili ženski pol i grupa lekara bez Balint edukacije. Ženski pol je imao 2,5 puta veći rizik za „Emocionalnu iscrpljenost“ u odnosu na muški pol, a Balint grupa za 88% manju šansu za „Emocionalnu iscrpljenost“. U multivarijantnom ordinalnom logističkom modelu, sa „Depersonalizacijom“ kao zavisnom varijablom, statistički značajni prediktori su bili grupa lekara bez Balint edukacije i lekari bez specijalizacije, tj. lekari opšte medicine. Lekari koji su završili

Balint edukaciju su imali za 90% manju šansu da budu depersonalizovani sa pacijentima, kolegama i ostalim osobljem na poslu. Lekari opšte medicine u odnosu na specijaliste su imali 2,14 puta veću šansu da budu depersonalizovani. U multivarijantnom ordinalnom logističkom modelu, sa doživljajem „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“ kao zavisnom varijablom, statistički značajni prediktori veće „Lične profesionalne ostvarenosti“ su bili Balint grupa i specijalizacija. Tačnije, lekari sa Balint edukacijom su imali za 82% manju šansu, a lekari bez specijalizacije 2,09 puta veći rizik da imaju smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“.

Pouzdanost srpske verzije IRI je testirana pomoću unutrašnje konzistentnosti. Vrednosti *Cronbach*-ovih koeficijenata alfa kao mera unutrašnje konzistentnosti su bile zadovoljavajuće za sve subskale. Najniža vrednost *Cronbach*-ovog koeficijenta alfa je zabeležena za subskalu Lična nelagodnost gde je iznosila 0,625. Za ostale subskale vrednosti *Cronbach*-ovog koeficijenta alfa su bile sledeće: za Zauzimanje tuđeg stanovišta 0,662; za Fantaziju 0,749; dok je za Empatijsku brižnost *Cronbach*-ov koeficijent iznosio 0,686. S obzirom da sa porastom broja stavki raste *Cronbach* alfa, ove vrednosti su zadovoljavajuće za skalu koja ima malo stavki, tj. sedam. Test-retest procenjivan je intraklasnim koeficijentom korelacije. Za subskalu Zauzimanje tuđeg stanovišta intraklasni koeficijent korelacije je iznosio 0,692; za „Fantaziju“ 0,891; za „Empatijsku brižnost“ 0,662, dok je za subskalu Lična nelagodnost intraklasni koeficijent korelacije iznosio 0,940. U našem istraživanju test-retest pouzdanost se kretala od 0,662-0,940. Dve subskale (Fantazija i Lična nelagodnost) su imale intraklasni koeficijent korelacije veći od 0,8, što je značilo da postoji dobra test-retest pouzdanost.

Zaključci: Lekari koji su završili Balint edukaciju imaju značajno veće skorove na subskalama Zauzimanje tuđeg stanovišta, Fantazija i Empatijska brižnost u odnosu na lekare koji nisu završili ovu edukaciju. Potvrđena je povezanost između ove tri subskale, kao i povezanost između „Fantazije“ i „Lične nelagodnosti“. Prediktor viših skorova „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ je prisustvo Balint grupi, tačnije, članovi Balint grupe imaju 2,8 puta veću šansu da imaju visoke skorove na ovoj subskali. Prediktori viših skorova na „Fantaziji“ su prisustvo Balint grupi i završena specijalizacija, tj. lekari sa Balint edukacijom imaju 5, a lekari specijalisti 2,4 puta veću

šansu da postignu visoke skorove na subskali Fantazija. Prediktor viših skorova na „Empatijskoj brižnosti“ je takođe prisustvo Balint grupi. Lekari sa Balint edukacijom imaju 6,7 puta veću šansu da postignu visoke skorove na pomenutoj subskali. Potvrđena je pozitivna povezanost između dužine edukacije (broja godina) i skora na „Zauzimanju tuđeg stanovišta“.

Prediktori veće „Emocionalne iscrpljenosti“ u našem istraživanju su ženski pol i lekari bez Balint edukacije. Tačnije, ženski pol ima 2,5 puta veći rizik za „Emocionalnu iscrpljenost“ u odnosu na muški pol, a Balint grupa za 88% manju šansu za „Emocionalnu iscrpljenost“. Prediktori viših skorova na „Depersonalizaciji“ su grupa lekara bez Balint edukacije i lekari opšte medicine. Lekari koji su završili Balint edukaciju imaju za 90% manju šansu da budu depersonalizovani sa pacijentima, kolegama i ostalim osobljem na poslu. Lekari opšte medicine u odnosu na specijaliste imaju 2,14 puta veću šansu da budu depersonalizovani. Prediktori veće „Lične profesionalne ostvarenosti“ su Balint grupa i specijalizacija, što znači da lekari sa Balint edukacijom imaju za 82% manju šansu da imaju smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“. Lekari bez specijalizacije imaju 2,09 puta veći rizik da imaju smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“.

Dvosmerno prevođenje, kulturološka adaptacija i ocena pouzdanosti i valjanosti instrumenta merenja, Davisovog „indeksa interpersonalne reaktivnosti“ (IRI), izvršeni su na osnovu poznatih i u međunarodnom smislu prihvaćenih principa. Srpska verzija IRI poseduje zadovoljavajući nivo pouzdanosti i valjanosti.

Ključne reči: Odnos lekar-pacijent, Balint grupe, sindrom sagorevanja na poslu, primarna zdravstvena zaštita, pristup usmeren na pacijenta, empatija, IRI.

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Epidemiologija

TESTING THE EFFECTIVENESS OF WORK IN THE BALINT GROUP IN DEVELOPING EMPATHY AND PREVENTING THE BURNOUT SYNDROME OF DOCTORS

SUMMARY

The **aim** of our study was to examine whether the participation in Balint group is associated with a higher degree of empathy and reduced burnout syndrome amongst primary health care doctors, as well as testing the psychometric characteristics of empathy questionnaire, Interpersonal Reactivity Index (IRI), including the linguistic validation and cultural adaptation of the Serbian version of the questionnaire.

Methods: This investigation was conducted on a population of 210 doctors employed in primary health centers in Belgrade. Of 210 doctors, 70 have completed Balint training for a period of at least one year, whereas 140 doctors have never attended this training (Non-Balint group). Each doctor who completed Balint education, was grouped with two other randomly chosen Non-Balint doctors, who worked at the same health center and had the same level of education (general practitioner or specialist). Exclusion criteria for both groups related to doctors on sick leave or holiday absence at least 1 month prior to the data collection period, who have not worked for more than 1 year (prolonged studies abroad, prolonged illness, or various and frequent changes in the workplace over the past 5 years), and with exposure to increased mental or physical trauma outside of work (death or disease in the family, divorce, etc.). For the purposes of this research, a general questionnaire was drafted and two additional questionnaires used, one to test the empathy-Davis' IRI and the other to measure the burnout-*Maslach Burnout Inventory* (MBI). The statistical analysis used descriptive statistics, Student's t-test, Pearson's hi-square test, Spearman's correlation coefficient, logistic and ordinal regression methods, Cronbach alpha, intraclass correlation coefficient, and factor analysis.

Results: Over three quarters (82.9%) of doctors in our sample were females, while 17.1% thereof were male doctors. The mean age of the respondents was 48.3 ± 9.6 and ranged from 30 to 65 years. Doctors who completed Balint education had

significantly higher scores on subscales Perspective Taking, Fantasy and Empathic Concern compared to doctors who did not complete it, $p < 0.001$. Regarding the sub-scale Personal Distress, there was no statistically significant difference between doctors of these two groups, $p = 0.530$. This means that Balint education did not influence this scale, i.e. there is no statistically significant association between Balint education and the score on sub-scale Personal Distress. According to our results, a correlation between the sub-scale Perspective Taking, Fantasy and Empathic Concern was established ($p < 0.001$), while the subscale Personal Distress correlated only with the Fantasy subscale ($p = 0.010$). In the multivariate logistic regression model for the sub-scale Perspective Taking, the only significant predictor was the Balint group. The results also showed that the members of Balint group had 2.8 times higher chances of having high scores on this sub-scale. By the multivariate logistic regression, Balint group and doctors specialists were identified as a significant predictor for the Fantasy sub-scale. Our results further demonstrated that the likelihood to achieve high scores on this sub-scale for Balint-educated doctors was 5 times and for specialists 2.4 times. In the multivariate logistic regression model for the sub-scale Empathic Concern, the only predictor was Balint group ($p < 0.001$). More precisely, doctors with Balint education had 6.7 times more chances to achieve high scores on sub-scale Empathic Concern. In the univariate logistic regression model for the sub-scale Personal Distress, only one variable-specialization was statistically significant ($p = 0.021$). More precisely, doctors with no specialization had greater Personal Distress than specialists. Spearman's correlation for the sub-scale Perspective Taking showed that there was a statistically significant moderate positive correlation between the length of the Balint education (number of years) and the scores on the sub-scale Perspective Taking ($r_s = 0.331$; $p = 0.005$).

In respect with the Burnout syndrome, in the multivariate ordinal logistic model, with "Emotional exhaustion" as a dependent variable, statistically significant predictors were the female gender and the group of doctors without Balint education. Females had a 2.5 times higher risk of "Emotional exhaustion" compared to a male gender, and the Balint group was 88% less likely to "Emotional exhaustion". In the multivariate ordinal logistic model, with "Depersonalization" as a dependent

variable, statistically significant predictors were a group of doctors without Balint education and doctors with no specialization, i.e. general practitioners. Doctors who completed Balint education had a 90% lower chance of being depersonalized with patients, colleagues and other personnel at work. General practitioners relative to specialists had 2.14 times more chances of being depersonalised. In the multivariate ordinal logistic model, with the experience of reduced "Personal accomplishment" as a dependent variable, the statistically significant predictors of the higher "Personal accomplishment" were Balint group and specialization. More precisely, doctors with Balint education had 82% lower chances of having a reduced experience of "Personal accomplishment", and doctors with no specialization 2.09 times higher risk of having a reduced experience of "Personal accomplishment".

The reliability of the Serbian version of IRI has been tested with internal consistency. The values of Cronbach's alpha as a measure of internal consistency were satisfactory for all sub-scales. The lowest value of Cronbach's alpha was recorded for the sub-scale Personal Distress where it was 0.625. For other sub-scales, the values of Cronbach's alpha were as follows: for Perspective Taking 0.662; for Fantasy 0.749; while for Empathic Concern it was 0.686. Given that Cronbach alpha gets increased with the increase of the number of items, these values are satisfactory for a scale with only a few items, i.e. seven. Test-retest was evaluated by the intraclass correlation coefficient. For the sub-scale Perspective Taking, the intraclass correlation coefficient was 0.692; for "Fantasy" 0.891; for "Empathic Concern" 0.662, while for the sub-scale Personal Distress, the intraclass correlation coefficient was 0.940. In our research, test-retest reliability ranged from 0.662-0.940. Two sub-scales (Fantasy and Personal Distress) had an intraclass correlation coefficient higher than 0.8, meaning that there the test-retest reliability was good.

Conclusions: Doctors who have completed Balint training have significantly higher scores on sub-scales Perspective Taking, Fantasy and Empathic Concern relative to doctors who have not completed this training. The correlation between these three sub-scales is confirmed, as well as the correlation between "Fantasy" and "Personal Distress". Predictor of higher scores on "Perspective Taking" is the attendance of the Balint group. More precisely, members of the Balint group have a

2.8 times higher chance of having high scores on this sub-scale. Predictors of higher scores on "Fantasy" are the participation at the Balint group and specialization. Balint-educated doctors have 5, and specialists 2.4 times higher chance to achieve high scores on sub-scale Fantasy. Predictor of higher scores on "Empathic Concern" is also the attendance at the Balint group. Doctors with Balint education have a 6.7 times higher chance of achieving high scores on the mentioned sub-scale. A positive correlation was found between the length of education (the number of years) and the scores on "Perspective Taking".

The predictors of the higher "Emotional exhaustion" in our research are females and doctors without Balint education. More precisely, the female gender has a 2.5 times higher risk of "Emotional exhaustion" compared to a male gender, and the Balint group is 88% less likely to feel emotionally exhausted. Predictors of higher scores on "Depersonalization" are a group of doctors without Balint education and general practitioners. Doctors who completed Balint education have a 90% lower chance of being depersonalized with patients, colleagues, and other personnel at work. General practitioners versus specialists have a 2.14-fold chance of being depersonalized. Predictors of the higher "Personal accomplishment" are Balint group and specialization, which means that doctors with Balint education have 82% less chance of having a reduced experience of "Personal accomplishment". Doctors with no specialization have a 2.09 times higher risk of having a reduced experience of "Personal accomplishment".

Two-way translation, cultural adaptation and assessment of the reliability and validity of the measurement instrument, Davis' Interpersonal Reactivity Index (IRI), were carried out on the basis of well-known and internationally accepted principles. The Serbian version of IRI has a satisfactory level of reliability and validity.

Keywords: Doctor-patient relationship, Balint groups, burnout, primary health care, patient-centered approach, empathy, IRI.

Scientific field: Medicine

Field of academic expertise: Epidemiology

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. ISTORIJA ODNOSA LEKAR-PACIJENT	1
1.1.1. Istorijski uticaji	1
1.1.2. Tri osnovna modela lekar-pacijent koja su predložili Szasz i Hollender (1956).....	7
1.1.3. Četiri modela lekar-pacijent koja su predstavili Balint (1957) i Emanuel i Emanuel (1992)	8
1.1.4. Medicina usmerena na pacijenta	11
1.1.5. Odnos lekar-pacijent u drugim civilizacijama i kulturama	11
1.1.6. Uticaj religije	12
1.2. IZAZOVI MODERNOG DOBA	12
1.3. LEKARI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	13
1.4. EMPATIJA	15
1.4.1. Pojam i vrste empatije	15
1.4.2. Empatija i simpatija	17
1.4.3. Razvoj empatije	19
1.4.4. Empatija-veština koja se uči	20
1.4.5. Izazivanje empatije (Hoffman, 2000).....	20
1.4.6. Empatija i medicina	22
1.4.7. Barijere za pokazivanje empatije	23
1.4.8. Tri hipoteze empatije	24
1.5. SINDROM SAGOREVANJA NA POSLU	25
1.6. BALINT GRUPE	29
1.6.1. Otkrivanje „Herojskih uloga“ u Balint grupama	32
2. CILJEVI	37

3. MATERIJAL I METODE	38
3.1. INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA	39
3.1.1. Opšti upitnik	39
3.1.2. Davisov „indeks interpersonalne reaktivnosti“ (IRI)	39
3.1.3. Maslach upitnik za procenu sindroma sagorevaja na poslu (MBI)	41
3.2. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA	41
4. REZULTATI	43
4.1. <i>Deskriptivne karakteristike ispitanika</i>	43
4.2. <i>Pouzdanost Davisovog „indeksa interpersonalne reaktivnosti“ (IRI)</i>	92
5. DISKUSIJA	98
6. ZAKLJUČCI	117
7. LITERATURA	119

1. UVOD

1.1. ISTORIJA ODNOSA LEKAR-PACIJENT

1.1.1. *Istorijski uticaji*

Istorijski gledano, odnos lekar-pacijent je zavisio od dostignuća medicine i razvoja društva (Kaba, Sooriakumaran, 2007). Istorijski pregled odnosa lekar-pacijent opisan je kroz pet perioda: a) Period drevnog Egipta; b) Period grčke civilizacije; c) Period srednjovekovne Evrope i inkvizicije; d) Period francuske revolucije i e) Period od 1700. godine do danas (Arafat i sar., 2017). Szasz i Hollender (1956) su istakli tri osnovna modela odnosa lekar-pacijent. To su aktivno-pasivni odnos, odnos usmeravanja i saradnje i odnos sa obostranim učešćem. Prva dva modela su u potpunosti paternalističke prirode i stoga su usmerena na doktora. Treći model odnosa stavlja veći naglasak na pacijenta. Za razliku od njih, Balint (1957) i Emanuel (1992) su razlikovali četiri tipa interakcije između lekara i pacijenta: a) paternalistički; b) informativni; c) interpretativni i d) razmatrački model.

a) Period drevnog Egipta (od 4000. do 1000. godine pre nove ere)

U drevnom Egiptu odnos lekar-pacijent se razvio iz odnosa koji je podsećao na odnos sveštenika i vernika gde je doktor preuzeo ulogu roditeljske figure kako bi imao uticaj nad pacijentom (Verma i sar., 2016). Uz pomoć magije i misticizma, teologije i racionalnosti, ljudi su pokušavali da se izbore sa strahom od bolesti i smrti. Psihijatrijski poremećaji su se smatrali unutrašnjim stanjem čoveka i usled tadašnjeg jednostavnog i nerazvijenog pristupa medicini nisu mogli biti shvaćeni na ozbiljniji način i budu tretirani. Navedeno upućuje da je odnos između lekara i pacijenta bio aktivno-pasivni (Kaba, Sooriakumaran, 2007; Arafat i sar., 2017).

b) Period grčke civilizacije (V vek pre nove ere, tačnije od 600. do 100. godine pre nove ere)

U Grčkoj je bio zastupljen empirijsko-racionalni pristup medicini. Za ovo podneblje bio je karakterističan odnos usmeravanja i saradnje kao tip odnosa lekar-

pacijent, a u manjoj meri odnos sa obostranim učešćem. Značaj Hipokratove zakletve je u tome što je postavila temelje modernim shvatanjima etičkog ponašanja lekara u praksi i ujedno i prava pacijenata. Ovim je medicinska etika uzela primat u odnosu na bilo kakve sopstvene interese društva kao što su klase i status (Arafat et al., 2017).

c) Period srednjovekovne Evrope i inkvizicije (oko 1200. do 1600. godine nove ere)

U srednjovekovnoj Evropi u doba inkvizicije dolazi do regresije odnosa lekar-pacijent. Usled širenja magijsko-religijskih shvatanja, smatralo se da lekar ima magijsku moć, te i visoku poziciju u društvu, a njegovi pacijenti su izjednačavani sa bespomoćnim bebama, što je tipično za aktivno-pasivni model (Kaba, Sooriakumaran, 2007).

d) Period Francuske revolucije (kasni 18. vek)

Doba Francuske revolucije obeleženo je začetkom renesanse, razvojem liberalizma i shvatanja jednakosti među ljudima, te su događaji koji su doveli do revolucije označili i kraj jedne ere u kojoj su osobe sa mentalnim poremećajima zatvarane u tamnice (Szasz, Hollender, 1956), a što je i uslovalo promenu odnosa lekar-pacijent iz aktivno-pasivnog u odnos usmeravanja i saradnje (Kaba, Sooriakumaran, 2007).

e) Period od 1700. godine do danas

U 18. veku simptom je bio bolest. Pacijenti su tada bili dominantni u odnosu na lekare, kojih nije bilo mnogo i koji su morali da se takmiče među sobom zarad zadovoljstva pacijenata. Najviše se vodilo računa o njihovim potrebama. Međutim, već krajem 18. veka medicina se ne fokusira na simptom, već na preciznu dijagnozu-biomedicinski model bolesti, a suštinska nega se odvija u bolnicama. Što se tiče odnosa, doktor je bio dominantan, a pacijent pasivan, tj. aktivno-pasivni (paternalistički) model (Arafat i sar., 2017).

f) *Razvoj paternalizma*

Hipokratovi lekari su pratili „kriterijum dobročinstva“ kao i princip „*primum non nocere*“ (ne naškoditi). Hellin (2002) je smatrao da je paternalizam tvrdokorno milosrđe analogno odnosu roditelj-dete u kojem je dete potpuno zavisno od roditelja u donošenju odluka. Stoga je uloga doktora značila delovanje u najboljem interesu za pacijenta, a doktori su smatrali da je dobar pacijent onaj koji je prihvatio pasivnu ulogu deteta.

g) *Psihoanalitičke i psihosocijalne teorije*

Krajem 19. veka psihoanalitičke i psihosocijalne teorije koje su predložili Breuer i Freud (1955), počele su da predstavljaju pacijenta kao osobu. Od velike važnosti je bilo pažljivo slušati pacijenta. Njihovo interesovanje za pacijenta je dovelo do razvoja pravog odnosa u komunikaciji u kojem pacijent postaje aktivni učesnik. Ova rana terapijska intervencija je utrla put širokoj primeni obostranog učešća u pomenutom odnosu koji je na kraju doveo do razvoja medicine u čijem fokusu se nalazi pacijent (Kaba, Sooriakumaran, 2007).

h) *Koncepti Michaela Balinta i razvoj Balint grupa*

Freud i njegovi sledbenici, među kojima je bio i Michael Balint, dali su poseban značaj pojmu „*psihosomatski*“, razvili psihoanalitički metod i pokušali da shvate na koji način bi tzv. terapija razgovorom mogla da doprinese lečenju telesnih simptoma izazvanih psihičkim konfliktom. Michael Balint je to video veoma jasno i smislio je metod za učenje lekara ovoj veštini, tj. veštini korišćenja njihovog odnosa sa pacijentom za uspešniji terapijski ishod. On je isticao da će *“zahvaljujući studijama medicine, lekari proo poverovati da pacijent ima somatsku bolest zato što to bolje razumeju, s obzirom da su o tome više učili, pa mogu lakše i preciznije da iznesu svoje zaključke. Ovaj gotovo automatski odgovor može, i to često, dovesti do velikog broja nepotrebnih specijalističkih pregleda i propisivanja nepotrebnih lekova. Ako se doktor i pacijent drže telesnih simptoma i ne gledaju iza sebe, ako oboje tragaju za određenim oboljenjem i slože se oko toga, psihosomatska bolest će postati hronična, a unutrašnji konflikt pacijenta će ostati skriven. Međutim, prisutna*

je i suprotna opasnost. Doktor može biti u iskušenju da ukloni sve fizičke simptome i napravi najkraći put za ono što misli da je psihološki koren problema. Ova vrsta dijagnostičke ili terapijske metode znači da lekar pokušava da ukloni simptom pacijentu i istovremeno ga prisili da se svesno suoči sa bolnim problemima koji verovatno izazivaju to oboljenje. Drugim rečima, pacijent je prisiljen da svoje ograničene simptome vrati u ozbiljnu duševnu patnju koju je pokušao da izbegne begom u podnošljiviju fizičku patnju“ (Balint, 1964).

Balintov koncept „lekar kao lek“ naglašavao je dinamičnu prirodu odnosa lekar-pacijent. On je bespogovorno smatrao da je „*najsnažniji terapeutski instrument koji lekar poseduje on sâm i da je lekar najpropisivaniji lek u opštoj medicini*“. S druge strane, Balint je bio svestan toga da su „farmakološki“ aspekti ovog leka malo poznati, kao na primer: precizna doza (učestalost poseta), zavisnička svojstva (pri čemu se pacijent sve više oslanja na doktora) i neželjeni efekti (kakvu štetu može napraviti sam lekar) (Balint, 1969). Balint je opisao još jedan koncept odnosa između lekara i pacijenta i nazvao ga „uzajamno ulaganje“. On je verovao da je individualni pregled samo jedan u nizu pregleda, te da se tako naknadni pregledi nadovezuju na prethodne. Vremenom doktor zadobija poverenje pacijenta tako da počinje da saznaje sve više i više o njegovoj ličnosti, socijalnom i fizičkom okruženju, njegovoj biografiji i odnosima. To omogućava doktoru da bolje ovlada vremenom, tako da svaki novi pregled bude efikasniji, a što dovodi i do boljeg uvida u potrebe pacijenata. Sve navedeno objašnjava odnos između doktora i pacijenta kao zajedničke investicije od koje vremenom obe strane imaju koristi. Balint je opisao još jedan koncept: „sporazum o anonimnosti“ pod kojim je podrazumevao da pacijenti idu od jednog do drugog specijaliste, gde mogu da budu podvrgnuti velikom broju invazivnih dijagnostičkih procedura, a da niko ne preuzima odgovornost za njih (Balint, 1964).

Michael Balint (1964) je kao lekar i psihoanalitičar pokušao da kombinuje medicinu i psihoanalizu. On je potvrdio da se težnja pojedinca da traži pomoć lekara opšte medicine ne može sagledati isključivo kroz objektivne kriterijume, već da su i socijalni i psihološki uticaji podjednako važni. Tvrdio je da je bolest psihosocijalni koliko i biološki fenomen. On je podstakao doktore da obrate pažnju na fizičke simptome i znake prijavljene u prošlosti i da se fokusiraju na jedinstveni psihološki i socijalni kontekst pacijenta, na koji način im je data mogućnost da razumeju pravi

razlog njegovog dolaska. Takođe je pojasnio jedinstveni emocionalni odnos koji se razvija između doktora i pacijenta tokom pregleda te naglašavao da upravo taj odnos predstavlja suštinsku komponentu i dijagnostičkog i terapijskog procesa. Prema Balintu, cilj je razumeti na kakve tegobe se pacijent žali, kao i kakve je simptome i znake pronašao doktor, ne samo u smislu bolesti, već i kao izraze jedinstvene individualnosti pacijenta, njegovih konflikata i problema. Dakle, da bi doktor uspeo da potpuno razume svog pacijenta i efikasno obavlja svoju ulogu, on mora težiti razumevanju pacijenta kao posebne ličnosti u njegovom jedinstvenom kontekstu. Lings i saradnici (2003) smatraju da pacijenti koji su razvili dobar odnos sa lekarom, praštaju mu povremene propuste koji se dese u toku lečenja. Odnos pacijenta se takođe meri njegovom tolerancijom nezadovoljstva tretmanom od strane lekara. Oni su ovu pojavu nazvali „paradoks zadovoljstva“, kontradiktoran fenomen gde pacijenti pokazuju nezadovoljstvo određenim procedurama ili događajima, ali odnos lekar-pacijent i dalje ostaje pozitivan. Balint prepoznaje i ističe značaj mnogostruko složenog odnosa lekar-pacijent. Za uspešan terapijski rad on smatra ključnim sposobnost lekara da prepozna, razume i kanališe sve što je u tom višedimenzionalnom složenom odnosu između lekara i pacijenta sadržano. Zapravo, ta veština i znanje se stiču i treniraju u Balint grupama (Balint, 1964).

Michael Balint (1969) je svoje seminare, današnje Balint grupe nazivao „seminarima za istraživanje sa obukom“, a njihov cilj je bio da otkriju koji su psihološki problemi u svakodnevnoj praksi lekara opšte medicine, kako ih prepoznati i razumeti, i na kraju kako iskoristiti to znanje da bi bilo terapijskog efekta na pacijente. Lekari opšte medicine su na seminarima otkrivali da mnogi pacijenti ne mogu da se izbore sa životnim problemima i da zato traže „utočište u bolesti“. Ako doktor takvog pacijenta sretne u fazi još uvek „neorganizovane“ bolesti, moći će da posmatra pacijenta koji nudi stalno „nove bolesti, simptome ili sindrome“ na koje lekar odgovara odgovarajućim somatskim ispitivanjima i ordiniranjem određene terapije pri čemu se svaki taj „odgovor“ od strane lekara ispostavlja kao neefikasan i neodgovarajući. Na ovaj način se prema Balintu, razvija „uzajamno dejstvo“ između doktora i pacijenta, gde pacijent ili održava svoje „ponude“, ili ih menja pod uticajem različitih pregleda i lečenja i doktor na isti način ili istrajava sa njima, ili „odgovara“

promenom svojih ispitivanja ili tretmana. Rezultat ovakve interakcije je prihvatanje jedne bolesti kao osnovne i od strane lekara i od strane pacijenta, a ovo prihvatanje Balint naziva „sporazumom“. Od tog trenutka, i doktor i pacijent znaju „u čemu je problem“. Jednom kada se prihvati da je „sporazum“ određen delom od strane bolesti pacijenta, a delom doktorovim načinom rada, slediće mnoga dalja važna otkrića, a neka od njih se tiču samog doktora. Učesnici seminara uskoro shvataju da ima toliko načina bavljenja medicinom koliko ima i doktora, da bi događaji koji se sasvim prirodno dešavaju u praksi jednog lekara bili potpuno nemogući u praksi drugog. Ipak, svaki od ovih načina ima određeni terapijski efekat u određenim slučajevima. U svetlu „otkrića“ ovih individualnih razlika, doktori postaju osetljiviji na sopstveni doprinos razvoju odnosa lekar-pacijent, naročito u onoj vrsti koja se zove „apostolska funkcija“. Balint je smatrao da je svaki lekar uveren da je samo njegov način rada jedini pravi i da on misli da ima „svetu dužnost“ da ga propoveda i drugima nameće (Balint, 1969; Hull, 1996).

Dosadašnji razvoj Balint grupa vremenski se može podeliti na period dok je njihov tvorac bio živ i na period posle njegove smrti, tj. nakon 1970. godine. U prvom periodu rada Balint grupa, naglasak je bio na uzimanju što iscrpnije anamneze od pacijenta. Michael Balint, koji je bio pod uticajem psihoanalitičke teorije, ohrabrivao je lekare da vode duže razgovore sa određenim pacijentima, sa ciljem dobijanja što potpunije i celovitije slike. Kao lekaru i psihoanalitičaru bilo mu je stalo da se kod bolesnika postavlja „celovita“ dijagnoza, odnosno postigne sveobuhvatno celovito razumevanje čoveka. Pri tome je Balintova osnovna ideja bila da je za strukturisanje terapije ključno posmatranje smetnji pacijenta, ne samo kao manifestacija organskog defekta, već i kao mogućeg izraza neke konfliktne situacije ili teškoća adaptacije (Balint, 1985). Balint je nastojao da kroz rad u grupi senzibilise lekare da uče da prepoznaju te psihološke uticaje. Očekivalo se da će lekar kroz rad sa pojedinačnim pacijentom koji je ponavljano bio prikazivan u grupi školovati svoj odnos prema pacijentu u celini i da će sa svojom novonaučenom „dijagnostikom odnosa“ i sa drugim pacijentima kao sa onim koga je prikazivao primenjivati novostečene veštine. To je imalo za posledicu da su mnogi lekari tragajući za uzrocima smetnji svojih pacijenata „tamo i onda“, u svom radu počeli da oponašaju psihoanalitičare, pa im je

trebalo „sve više vremena za sve manji broj pacijenata“ pri čemu često nisu primećivali šta se dešava sa pacijentom „ovde i sada“. To je bio možda jedini mogući put da se „doktor lek“ (Balint, 1964) pažljivo isproba i razvije u jedan siguran „medikament“. Ta faza dugih razgovora i rada na „drugom nivou“ i pored toga što je bila veoma značajno polje za uvežbavanje senzibilisanog slušanja, pokazala se kao neodrživa iz mnogih razloga kao terapijska tehnika sa aspekta svakodnevne rutine opšte medicine. To je imalo za posledicu i podelu pacijenata na dve kategorije, jednu koja je lečena „medicinom usmerenom na bolest“ i drugu malobrojniju lečenu „medicinom usmerenom na pacijenta“ (Balint, 1969). Iz ovih razloga je došlo do napuštanja i modifikovanja mnogih klasičnih Balintovih tehnika („dugih razgovora“, „terapijskog intervjua“, „fokalne terapije“) i od strane samog Balinta koji ih je prepoznao kao neprimerene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Dalji razvoj je vodio ka traganju za primerenijom formom lekarskog razgovora koja bi sa jedne strane lekaru omogućila da svim pacijentima ponudi pomoć na „drugom nivou“, a sa druge strane se uklopila u uobičajenu svakodnevnicu opšte medicine. Pored toga nametala se potreba da se za kratko vreme, 10-15 minuta bude terapijski delotvorno, drugačije rečeno, potreba za pragmatičnijom tehnikom kratkih intervencija. Rezultat ovoga je bila promena u radu Balint grupa sa pomeranjem ka kratkotrajnoj, svakodnevnoj konsultaciji što je objavljeno i u delu „Šest minuta za pacijenta“ (Balint, Norell, 1973; Balint, 1985). Za razliku od ranijih metoda ovde je akcenat na neposrednom razumevanju i interakciji između lekara i pacijenta „ovde i sada“ uz korišćenje tehnike „Bljesak“ (eng. *flash*), što je ujedno glavno obeležje načina rada današnjih Balint grupa.

1.1.2. *Tri osnovna modela lekar-pacijent koja su predložili Szasz i Hollender (1956)*

Aktivno-pasivni model je po svojoj prirodi paternalistički, analogno odnosu roditelj-dete. S obzirom da osoba koja se ispituje nije u mogućnosti da dā svoj aktivan doprinos, u ovom modelu nema nikakve interakcije. Pacijent se smatra bespomoćnim bićem koje zavisi od stručnog znanja doktora. Ovakav pristup je u potpunosti opravdan u hitnim medicinskim slučajevima jer bi produženje vremena u cilju dobijanja pristanka ili uključivanja pacijenta u donošenje odluka nedvosmisleno

ugrozilo zdravlje pacijenta. Ovaj tip odnosa omogućava doktoru poziciju moći i potpunu dominaciju.

Model usmeravanja i saradnje je primenljiv u manje akutnim stanjima. Ovaj odnos pojašnjava da, uprkos činjenici da je pacijent bolestan, on je neko ko je svestan, ko ima osećanja i sopstvene težnje. Takođe je spreman za saradnju, ali stavlja lekara u poziciju moći. Zato će doktor voditi razgovor i očekivati od pacijenta da bude saradljiv i da će ga bespogovorno slušati. Ovaj odnos je opisan i kao prototip odnosa između roditelja i deteta adolescenta.

Model zajedničkog učešća (za koji se takođe zalagao Balint), zasniva se na verovanju da jednakost među ljudskim bićima donosi uzajamnu korist. Za ovaj model nije karakteristično da lekar tvrdi da zna šta je konkretno najbolje za pacijenta, već zastupa viđenje da je od suštinske važnosti jednakost među ljudima. Da bi koncept zajedničkog učešća funkcionisao, važno je da interakcija između lekara i pacijenta bude zasnovana na jednakoj moći, nezavisnosti i jednakom zadovoljstvu. Na taj način će pacijenti moći da se brinu sami o sebi jer će imati veći stepen odgovornosti. Ovakav odnos lekar-pacijent karakteriše visok nivo empatije, prijateljstvo i partnerstvo, ali u isto vreme i davanje stručnih saveta od strane lekara.

1.1.3. Četiri modela lekar-pacijent koja su predstavili Balint (1957) i Emanuel i Emanuel (1992)

a) Paternalistički model

Prvi je paternalistički model, često nazivan roditeljski ili sveštenski model. U ovom modelu interakcija između lekara i pacijenta obezbeđuje da pacijenti dobiju intervencije koje najviše unapređuju njihovo zdravlje i dovode do blagostanja. Lekari koriste svoje znanje i veštine da dijagnostikuju i odrede terapiju koja je najbolja za pacijenta. Zatim lekar pacijentu daje odabrane informacije koje će ga ohrabriti da pristane na intervenciju za koju lekar smatra da je najbolja, a ukoliko je neophodno, autoritativno ga informiše kada će započeti intervenciju. Lekar smatra da je kompetentan da prepozna ono što je u najboljem interesu pacijenta, te je sledstveno tome učešće pacijenta u odlučivanju ograničeno. Na kraju se pretpostavlja da će

pacijent biti zahvalan lekaru na odlukama koje je doneo čak iako se u datom trenutku ne bi složio sa njima. Prilikom odabira između autonomije i blagostanja pacijenta, između izbora i zdravlja, glavni naglasak paternalističkog lekara je na blagostanju i zdravlju pacijenta. U paternalističkom modelu lekar deluje kao staratelj pacijenta, tako što zaključuje i primenjuje ono što je najbolje za njega. Kao takav, lekar ima obavezu, uključujući i postavljanje interesa pacijenta iznad svojih, da traži mišljenje drugih lica kada nema dovoljno znanja. Konceptija autonomije pacijenta je pristanak pacijenta, bilo u to vreme ili kasnije, na odluke lekara o tome šta je najbolje.

b) Informativni model

Drugi je informativni model, koji se ponekad naziva naučnim, tehničkim ili potrošačkim modelom. U ovom modelu cilj interakcije lekar-pacijent je da lekar pacijentu pruži sve relevantne informacije, da pacijent odabere medicinske intervencije koje želi i da lekar zatim izvrši odabrane intervencije. Da bi se to postiglo, lekar detaljno informiše pacijenta o njegovoj bolesti, prirodi mogućih dijagnostičkih i terapijskih intervencija, koristima i rizicima povezanim sa intervencijama, kao i svaku neizvesnost u vezi sa tim. U informativnom modelu lekar je nosilac tehničke ekspertize, pružajući pacijentu sredstva za vršenje kontrole. Kao stručnjaci, lekari imaju obavezu da saopšte istinu pacijentu, da budu kompetentni u svojoj oblasti i konsultuju druge kada ne poseduju znanje ili veštine. Konceptija autonomije pacijenta je kontrola od strane pacijenta u donošenju medicinskih odluka.

c) Interpretativni model

Treći model je interpretativni model. Cilj interakcije lekar-pacijent je da se razjasne koristi pacijenta i ono što on zapravo želi, te da se pacijentu pomogne u odabiru dostupnih medicinskih intervencija. Kao i informativni, i interpretativni lekar pacijentu pruža informacije o prirodi bolesti, rizicima i koristima od mogućih intervencija. Međutim, uloga interpretativnog lekara ide dalje, on pomaže pacijentu u razjašnjavanju njegovih koristi i određivanju koje su medicinske intervencije najbolje za njega, pomažući tako u tumačenju dobiti za pacijenta. Ono što je važno je da lekar

ne naređuje pacijentu već da mu ostavlja prostor da on sām odluči koja mu opcija najviše odgovara. U interpretativnom modelu lekar je savetnik, analogno ministarskoj savetodavnoj ulozi prema šefu države, pružajući relevantne informacije, pomažući u razjašnjavanju vrednosti i sugerisanju u odabiru medicinskih intervencija. Tako obaveze lekara uključuju sve one nabrojane u informativnom modelu, ali takođe zahtevaju angažovanje pacijenta u zajedničkom procesu razumevanja. Shodno tome, koncepcija autonomije pacijenta je samopoštovanje, pacijent jasno pokazuje ko je on i kako različite medicinske opcije imaju uticaja na njegov identitet.

d) Razmatrački model

Četvrti je razmatrački model. Cilj interakcije lekar-pacijent je da pomogne pacijentu da odredi i izabere ono što je najbolje za njega u određenoj kliničkoj situaciji. U razgovoru lekar ne koristi prinudu, te pacijent mora sām odlučiti i izabrati koristi za sebe. U razmatračkom modelu lekar deluje kao učitelj ili prijatelj koji upućuje pacijenta na razgovor o tome koji bi postupak bio najbolji. Ne samo da lekar ukazuje pacijentu šta može da uradi, nego samim tim što dobro poznaje pacijenta i želi mu najbolje, lekar mu ukazuje i na to šta treba da radi, odnosno koja odluka o medicinskoj pomoći bi bila najbolja. Koncepcija autonomije pacijenta je moralni samo-razvoj, on je ovlašćen ne samo da prati neistražene prioritete ili ispitivane koristi, već i da razmotri putem dijaloga alternativne zdravstvene vrednosti, njihovu korist i implikacije na tretman.

Emanuel i Emanuel (1992) navode da svi modeli imaju opisanu ulogu pacijenta i autonomiju, ali koncepcije autonomije pacijenta su glavni faktor koji ih razlikuje. Takođe smatraju da nijedan model ne može biti usvojen zato što samo promoviše autonomiju pacijenta. Umesto toga, predlažu dodavanje bar još jednog „instrumentalnog metoda“. U ovom modelu, koristi pacijenta su beznačajne, a lekar ima cilj koji je nezavisan od pacijentovog, kao što je društveno dobro ili unapređenje naučnog znanja.

1.1.4. Medicina usmerena na pacijenta

Enid Balint (1969) se zalagala za medicinu usmerenu na pacijenta, a ne na bolest. Ona je smatrala da „lekari nisu ugroženi ako dozvole svojim pacijentima da im kažu šta žele i na svoj način“. U delu „Šest minuta za pacijenta“, publikovanom posle Balintove smrti, pisala je da je svrha pregleda od strane lekara opšte medicine „da pacijent ima mogućnost da komunicira o čemu god želi“, a u cilju potpunog izlaganja problema kroz tzv. „Bljesak“ (eng. *flash*) koji se desi u jednom trenutku između doktora i njegovog pacijenta, koji autorka opisuje kao kratak, jak i bliski kontakt (Balint, Norell, 1973). Ona je ta koja je napravila pomak prema predusretljivoj ulozi doktora, sa „medicine za jednu osobu“ na „medicinu za dve osobe“. Njen doprinos opštoj medicini bio je u pomaganju lekarima da budu u potpunosti „svoji“ u svom radu i da se pritom osećaju dobro „u svojoj koži“, a kada su oni zadovoljni, smatrala je Enid, i pacijenti će sigurno imati dobit od toga (Elder, 1996). Kjeldmand i saradnici (2006) navode da je sinonim za „medicinu usmerenu na pacijenta“, „medicina usmerena na odnos“. Medicina usmerena na pacijenta je poslednje poglavlje u evoluciji odnosa lekar-pacijent i pripada 21. veku (Bertakis, Azari, 2012). Elder (1995) je u skladu sa Winicott-ovom frazom: „Tamo gde je beba, tu je i majka“, izveo sledeću: „Tamo gde je pacijent, tu je i doktor“ ukazujući na važnost ove relacije. U Balintovom delu „Osnovna greška“ (Balint, 1968), Balint koristi prilično upadljivu frazu da opiše rani aspekt odnosa majka-odrođe. On to naziva harmoničnim međuprožimajućim mešanjem. Odnos lekar-pacijent ne mora da bude uvek harmoničan, ali često može biti prožimajući. Smatrao je da odjeci ovih ranih odnosa roditelj-dete ulaze u odnos lekar-pacijent sve vreme i mogu se intenzivirati prilikom pregleda, tj. ispitivanja tela zbog straha od smrti i zavisnosti.

1.1.5. Odnos lekar-pacijent u drugim civilizacijama i kulturama

Odnos lekar-pacijent u drugim civilizacijama i kulturama se takođe razvijao kao i u zapadnoj civilizaciji, ali za sada u većini područja je zastupljen još uvek aktivno-pasivni i paternalistički model gde je doktor na višem hijerarhijskom nivou, dominira odnosom u kojem on više brine o pacijentu, ali nema dovoljno komunikacije

koja se očekuje u zapadnim zemljama. U Japanu pregledi traju kratko i zasnovani su na dužem fizikalnom pregledu i kratkom razgovoru koji se odnosi na dijagnostiku i tretman (Ohtaki i sar., 2003). Međutim, skorašnje studije pokazuju da se u Japanu u poslednje vreme povećava prepoznavanje vrednosti pristupa usmerenog na pacijenta koji ohrabruje pacijente da budu otvoreniji sa svojim lekarima (Pun i sar., 2018).

1.1.6. Uticaj religije

Model odnosa lekar-pacijent može da varira među religijama. Velike istočne religije kao što su Hinduizam i Budizam smatraju umetnost isceljenja kao posao najdostojniji muškarca, a razlikovanje uloge muškaraca i žena u društvu može biti dodatni razlog zašto u ovim civilizacijama postoji dominacija muškaraca u medicinskoj profesiji. Doktori imaju viši status u društvu, a odnos lekar-pacijent je paternalistički. U Islamu lekar mora da radi svoj posao u skladu sa dva zakona, Kurana i Suneta. Stoga će muslimanski lekar pokušati da izgradi zdrav odnos lekar-pacijent zasnovan na ova dva primarna izvora islamskog zakona. U islamu se medicinska praksa smatra svetom dužnošću, a lekar je nagrađen od Boga za dobar rad (Chamsi-Pasha, Albar, 2016).

1.2. IZAZOVI MODERNOG DOBA

Jedna od razlika između istočnih i zapadnih zajednica je ta da su sudski sporovi protiv lekara daleko niži u starijim civilizacijama u poređenju sa rastućim brojem tužbi povodom nemara u Velikoj Britaniji, Australiji, a posebno u SAD. Na zapadu je došlo do revolucionarnog preokreta u postupcima povodom medicinskog nemara putem Bolam testa („prihvatljivi standard nege mora biti takav da nijedan razuman doktor u sličnoj poziciji neće postupati ispod takvog standarda“) i Bolito (eng. *Bolitho*) kvalifikacije („sudovi zadržavaju pravo da presuđuju u ovakvim slučajevima“) (Kaba, Sooriakumaran, 2007). U poslednjih nekoliko decenija desile su se velike promene u odnosu između zdravstvenih radnika i pacijenata. Stari paternalistički i vertikalni model u kojem doktor određuje, a pacijent sluša je skoro neodrživ. Sadašnji model je više horizontalan; lekar i pacijent se dogovaraju jedan s drugim kao odrasle osobe,

zajedno donose odluke i na neki način menjaju svoje uloge. Te promene se mogu pripisati sledećim faktorima: povećanju prava pacijenata i njihovoj emancipaciji; etičkim pitanjima zbog napredovanja tehnologije u medicini; uticaju ekonomije i zdravstvene politike (Hellin, 2002). Od 1995. godine broj tužbi u Velikoj Britaniji se povećao 15 puta. To je dalje negativno uticalo na odnos lekar-pacijent i to na način da postoji veliko obostrano nepoverenje, da pacijenti traže mišljenje drugog lekara i često na razvoj antagonističkih odnosa. Korišćenje interneta od strane pacijenata predstavlja još jedan razlog u modernom svetu koji ima uticaj na odnos lekar-pacijent. To dovodi do mnogo bolje informisanosti pacijenata, posebno u bogatijim zapadnim zemljama, ali i lakši pristup zdravstvenoj zaštiti. Međutim, bez obzira na sve prednosti koje obrazovanje i informisanost daju, tačnost i pouzdanost tako dobijenih informacija nije uvek garantovana, te tako lekari imaju obavezu da isprave pogrešne informacije do kojih pacijenti dolaze (Kaba, Sooriakumaran, 2007).

1.3. LEKARI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Hellin (2002) smatra da je profesija sa najviše mogućnosti, odgovornosti i obaveza, u stvari profesija lekara. Tom Main, bliski kolega Michaela i Enid Balint je dao poređenje medicine i rata: *„i jedno i drugo se bave pitanjem života i smrti, onesposobljavanjem i gubitkom, tugom i užasom od spoljne opasnosti, i jedno i drugo se komplikuju uznemirenošću iz unutrašnjeg sveta, nesvesnim fantazmima primitivnog sadizma, kazne itd.* (Elder, 2017). Michael Balint je smatrao da doktori unose svoju ličnost, osećanja, misli i predrasude u odnos. Govorio je: *„Mi lekari nismo pasivni opserversi, nego aktivni učesnici u pacijentovoj bolesti”* (Balint, 1964). Da bi svoje pacijente zaštitili od patnje, lekari moraju imati tehničke veštine, naučna znanja i veliko razumevanje (Hellin, 2002). Lekari opšte medicine zauzimaju centralnu poziciju u zdravstvu i njihov posao se smatra veoma zahtevnim jer su izloženi emotivno teškim situacijama, patnji pacijenata i smrti. Vrlo često imaju kontakte sa očajnim i zahtevnim pacijentima koji neretko ispoljavaju nezadovoljstvo. Zbog svega toga, postoje ozbiljni znaci iscrpljenosti među lekarima opšte medicine u zapadnim zemljama. To je slučaj i sa Švedskom gde je teško regrutovati mlade lekare u polje opšte medicine, a u isto vreme puno lekara iz primarne zdravstvene zaštite ranije odlazi u penziju (Kjeldmand,

Holmström, 2008). Benson i Magraith (2005) tvrde da su lekari opšte medicine u riziku od sagorevanja na poslu i „saosećajnog zamora” zato što su oni uvek „prva stanica” za pacijente sa psihičkim problemima i sa onima koji su doživeli traumu ili gubitak. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti „poznavanje pacijenta je važno koliko i poznavanje njegove bolesti”. Topao odnos je mnogo efektivniji od formalnog odnosa (Eveleigh i sar., 2012; Arafat, 2016). U skladu sa tim, u istraživanju u Velikoj Britaniji među lekarima primarne zdravstvene zaštite, lekari su u svom radu sa pacijentima bili zabrinuti razvijanjem i održavanjem odnosa sa pacijentom, a ne tehničkim aspektima dijagnoze i lečenja. Da bi imali uspešan ishod koristili su svoj odnos sa pacijentom u terapiji i holistički pristup što ih je činilo zadovoljnim svojim poslom (Fairhurst, May, 2006). Merriel i saradnici (2015) su ukazali da je dubina odnosa lekar-pacijent veoma bitna. Oni su došli do zaključka da je dubok odnos između lekara i pacijenta povezan sa otvaranjem psiholoških ili emotivnih tema u toku pregleda, a manje o očuvanju zdravlja. Ridd i saradnici (2009) kao četiri glavna elementa za dubinu ovog odnosa navode: znanje, poverenje, odanost i brigu. Oni smatraju da pacijenti vole doktore koji im se maksimalno posvećuju, jasno objašnjavaju, koji su otvoreni za diskusiju i uključuju ih u donošenje odluka. U skladu sa tim istraživanjem, u jednoj studiji o komunikaciji između lekara i pacijenta, pacijenti koji su aktivno učestvovali u svom lečenju sa svojim lekarom, bili su zadovoljniji odnosom sa njim, verbalizovali su poboljšanje stanja, manju zabrinutost zbog svoje bolesti i veću kontrolu nad svojim stanjem u odnosu na pacijente koji su bili pasivni u tom odnosu (Brody i sar., 1989). Postoje studije gde su pacijenti naveli kao dobar odnos lekar-pacijent, odnos u kojem je bilo empatije od strane lekara i holističkog pristupa. Holistički tretman je učestaliji u odnosu koji duže traje, mada ima i pacijenata koji su se osećali shvaćenim i u kratkotrajnim odnosima ili čak prilikom jednog pregleda (Von Bültzingslöwen i sar., 2006). Pacijenti ne vole da menjaju lekare jer im je teško da stalno ponavljaju istu priču (Ridd i sar., 2009). Milena Hruba sa saradnicima (2001) to i potvrđuje svojim istraživanjem kojim je ustanovljeno da pacijenti veruju više lekarima koje duže znaju. Međutim, Roberge i saradnici (2001) smatraju da pacijenti vole da idu istom lekaru ako imaju dugoročni, složeni ili emocionalni problem, ali isto tako za manje probleme

žele da vide bilo kog doktora ili za neprijatna pitanja čak žele da vide bilo kog sem svog lekara.

1.4. EMPATIJA

1.4.1. Pojam i vrste empatije

Pojam empatija potiče od reči *Einfühlung* koju je prvi put upotrebio Robert Vischer 1883. godine u svojoj diskusiji estetike i formiranja opažaja (Vukosavljević-Gvozden, 2002). I pored toga, ovaj pojam se najčešće povezuje sa Theodorom Lippsom, nemačkim filozofom i psihologom za koga se smatra da je početkom 20. veka uveo izraz „uživljavanje“ (nem. *Einfühlung*), da bi njime opisao emocionalnu procenu osećanja drugih ljudi. Edward Titchener je 1910. godine pojam *Einfühlung* preveo na engleski jezik kao empatija od grčke reči *empathia* koja označava osećajnost, strast ili patnju (Hardee, 2003). Prvi teoretičar ličnosti koji je upotrebio pojam *Einfühlung* bio je Sigmund Freud (1921). U svom delu „Grupna psihologija i analiza ega“ iz 1921. godine on ističe da smo „suočeni sa procesom koji psihologija naziva empatija (*Einfühlung*), koji igra najveću ulogu u našem razumevanju onoga što je inherentno strano našem egu u drugim ljudima“ ukazujući da preko empatije razumemo mentalne procese druge osobe. Značaj empatije uočio je i drugi teoretičar ličnosti, Adler (1931) i naveo da je od najvećeg značaja da pomagač poseduje dar da se stavi na tuđe mesto: „Možemo uspeti u tretmanu samo ako smo istinski zainteresovani za drugu osobu. Moramo biti sposobni da vidimo njenim očima i slušamo njenim ušima“. Smatrao je da je empatija negde između zaključivanja i intuicije i da je „proces empatije još uvek zagonetka jer se priroda mehanizma još uvek ne razume“. U Rogersovoj teoriji ličnosti i njegovoj terapiji koncept empatije je zauzimao važno mesto. On je smatrao da je idealni terapeut pre svega empatičan i da „što je terapeut integrisaniji unutar sebe, pokazuje veći stepen empatije“. On je empatiju definisao na sledeći način: „To znači ući u privatni opažajni svet druge osobe i biti u njemu sasvim kao kod kuće“ (Gvozden-Vukosavljević, 2002). Istraživači iz socijalne i razvojne psihologije razlikuju trenutno empatičko iskustvo, odnosno stanje i empatiju kao crtu (Ham, 1987) ili dispoziciju (Batson, 1987). Psiholozi definišu empatiju na dva načina

a) empatija je kognitivna svesnost o unutrašnjim stanjima druge osobe, tj. njenim mislima, osećanjima, opažanjima i namerama i b) empatija je posredovana emotivna reakcija na drugu osobu (Hoffman, 2000).

Po Hoffmanu (2000), empatija funkcioniše kao motiv koji unapređuje socijalno funkcionisanje. Međutim, Hoffman se bavi afektivnom empatijom. On je definisao empatiju u smislu procesa koji leže u osnovi emotivnog odnosa između posmatrača i posmatranog. Uglavnom, procesi koji izazivaju empatiju dovode do pojave istih osećanja i kod posmatrača i kod žrtve, međutim nekada to nije slučaj, npr. kada se kod posmatrača javi bes zbog napada na žrtvu, a kod žrtve postoji tuga ili razočaranje.

Empatija je presudna komponenta u međuljudskim odnosima koja treba biti merena, posebno u pomagačkim profesijama (Kliszcz i sar., 2006). Empatija se odnosi na sposobnost deljenja emocija sa drugima. Ona integriše emocionalnu rezonancu, regulaciju emocija i zauzimanje tuđeg stanovišta (Airagnes i sar., 2014). Empatija je suštinski element kliničke kompetentnosti i profesionalnosti u medicini. Na osnovu detaljnog pregleda literature empatija je identifikovana kao jedan od najrelevantnijih aspekata ličnosti u zdravstvenoj profesiji i nezi pacijenata (Hojat, LaNoue, 2014). Ona se prema Davisovim teorijskim postavkama posmatra kao složena kognitivno-afektivna reakcija na doživljavanje druge osobe (Davis, 1983b). Wynn (2005) smatra da pored afektivne i kognitivne empatije postoje i „empatija koja se daje“ i „negujuća empatija“. U „empatiji koja se daje“, lekar daje svoje mišljenje i interveniše na komentare nekog postupka ili misli pacijenta. „Negujuća empatija“ podrazumeva da je lekar pažljiv prema pacijentu i da mu pruža sigurnost. Hoffman (2000) opisuje „promiskuitetnu“ ili „difuznu empatiju“ koja se odnosi na empatisanje sa svima, tj. pomaganje svakom kome je pomoć potrebna, što gledano dugoročno, ima negativan uticaj i na pojedinca i na društvo. Blumgart (1964) piše o „neutralnoj empatiji“ koja uključuje pažljivo posmatranje pacijenta od strane lekara da bi lekar predvideo odgovore u vezi njegove bolesti. Lekar sa „neutralnom empatijom“ će uraditi sve što treba, bez osećanja tuge, kajanja ili drugih teških emocija. Halpern (2003) opisuje „kliničku empatiju“ i smatra da „klinička empatija“ ne bi trebalo da se odnosi na potpuno izbegavanje i emocija i afektivne empatije, nego na kompleksni/globalni kognitivni i afektivni pristup. „Klinička empatija“ je optimalan empatijski pristup za

lekare koji ih štiti od simpatije, a u isto vreme bez ignorisanja emocionalne reakcije i osećanja pacijenata (Zenasni i sar. 2012a). Markakis i saradnici (1999) opisuju „profesionalnu empatiju” koja je definisana na potpuno kognitivnoj osnovi, kao „ispravno doživljavanje emocionalnog stanja drugog, bez takvog prethodnog ličnog iskustva”. Međutim, Halpern (2003) smatra da je funkcija empatije da lekar prepozna šta pacijent oseća kao da je on to doživeo.

1.4.2. Empatija i simpatija

Klijentom usmeravani terapeuti i psihoanalitičari su naglašavali da se empatija ne sme mešati sa simpatijom, sažaljenjem, pomaganjem i zadovoljavanjem tuđih potreba (Vukosavljević-Gvozden, 2002). Kohut (1980) je smatrao da empatija sama po sebi ne zahteva takvo ponašanje. Harry Wilmer (1968) opisuje empatiju, simpatiju i sažaljenje. On smatra da je sažaljenje odnos koji distancira lekara od pacijenta i da se sažaljenje može protumačiti kao snishodljivost i može dovesti do osećanja prezira i odbacivanja. Simpatija je kada lekar doživljava isto kao pacijent, tj. patnja je između njih dvoje podeljena. Empatija je osećajan odnos u kojem lekar razume pacijentovu patnju, kao da je lekar na pacijentovom mestu. Lekar se identifikuje sa pacijentom i u isto vreme održava neophodnu distancu. Empatična komunikacija povećava efikasnost odnosa lekar-pacijent. Za razliku od empatije koja je korisna u terapiji, simpatija nije tako poželjna i često je toksična za tretman. Dok se empatija odnosi na „osećanja sa nekim”, simpatija se odnosi na „osećanja za nekog” i rezultira afektima nabijenom reakcijom na nečije emocionalno stanje. Za razliku od empatizera simpatizer je „više preokupiran sopstvenim osećanjima u odgovoru na drugu osobu i stoga manje sposoban da odgovori na nju na način koji bi bio senzitivn u odnosu na aktuelni tekući emocionalni svet i kontekst te osobe” (Goldstein, Michaels, 1985). Hardee (2003) opisuje suptilnu, ali značajnu razliku između empatije i simpatije. On smatra da empatiju koriste iskusni i vešti lekari u cilju poboljšanja komunikacije i pružanja boljeg lečenja, a da simpatija može predstavljati samo teret i dovesti do emocionalnog iscrpljivanja, a na kraju i do sindroma sagorevanja na poslu. Simpatija podrazumeva deljenje osećanja sa osobom koja pati. Međutim, potpuno deljenje patnje između lekara i pacijenta ne sme da se desi jer u tom slučaju lekar neće biti ni od kakve pomoći

pacijentu. Aring (1958) takođe pravi razliku između empatije i simpatije. Prema Aringu, empatija je čin ili sposobnost procene osećanja druge osobe bez „ulaska“ u njih, dok je simpatija čin ili sposobnost „ulaska“ ili „spajanja“ sa osećanjima druge osobe zbog čega ona nekada ometa objektivnost u dijagnostici i lečenju. Sa druge strane, empatija je kognitivna aktivnost koja se razlikuje od simpatije koja predstavlja više afektivni odgovor na nesreće pacijenta (Brock, Salinsky, 1993). Empatija se ponekad meša sa simpatijom, koja se definiše kao doživljavanje nečije emocije, dok se u empatiji iste zamišljaju (Hegazi, Wilson, 2013). Neki autori ukazuju na to da doktori koji simpatišu sa svojim pacijentima, dele njihovu patnju koja bi mogla dovesti do emocionalnog zamora i nedostatka objektivnosti (Halpern, 2003). Drugi podrazumevaju da je emocionalna komponenta empatije ništa osim simpatije u kontekstu (Lancaster, 2002).

Preterana emocionalna identifikacija sa pacijentom je kao i simpatija kontraproduktivna u terapijskom procesu. Zato je pravljenje distance koja omogućava dalje obrađivanje onoga što se doživelo nakon privremenog učestvovanja u emocionalnom iskustvu neophodno. Distanca i poštovanje tuđe individualnosti se postižu kognitivnim procesima, međutim, prenaplašavanje kognicije sprečava neophodni stepen regresije pacijenta. Empatija je neutralnija kategorija za razliku od simpatije koja predstavlja afektima nabijenu reakciju na tuđe emocionalno stanje. Prema tome, *„empatija je složeni kognitivno-afektivni fenomen doživljavanja i razumevanja svesnih i nesvesnih stanja druge osobe, baziran na sposobnosti da se saznaju tuđa iskustva“* (Vukosavljević-Gvozden, 2002).

Empatija je na mnogo višem nivou ljudskog odnosa i razumevanja-tzv. „angažovana nepristrasnost“. Terapeuti koriste empatiju u svom radu sa pacijentima na taj način što ulaze u svet pacijenta pokušavajući da razumeju kako on vidi i doživljava sebe i druge, verbalizuju ovakvo razumevanje i time pomognu pacijentu da razume svoja iskustva (Hardee, 2003). Još jedan termin, „saosećajna nepristrasnost“ je korišćen da objasni zabrinutost lekara za pacijenta, a da pritom bude svestan njegove emotivne odvojenosti (Blumgart, 1964).

1.4.3. *Razvoj empatije*

Psihoanalitičari smatraju da razvoj empatije počinje u najranijem odnosu između bebe i majke. Oni su istakli probleme u empatisanju koji nastaju zbog emocionalne nezrelosti, narcizma i depresije roditelja, ali ti njihovi stavovi nisu podstakli dalja istraživanja na ovu temu. Istraživanja unutar razvojne psihologije nude tri različite perspektive. Prva perspektiva koja je pokrenula istraživanja empatije zasnovana je na *Piaget*-ovoj razvojnoj teoriji. Prema njoj kapacitet za empatiju zavisi od razvoja kognitivnih sposobnosti, a pošto deca nemaju te sposobnosti koje empatija zahteva, prava empatija se, za razliku od stava psihoanalitičara ne javlja pre polaska u školu. Druga perspektiva se zasniva na *Bowlby*-jevoj teoriji prema kojoj od sredine druge godine života deca postaju istančana u reagovanju na tuđa iskustva (Gvozden-Vukosavljević, 2002). Treća perspektiva je nastala zahvaljujući Hoffmanu (2000) koji smatra da je empatičko ponašanje primarno afektivno ali se transformiše razvojem kognitivnih sposobnosti deteta. S obzirom da u toku prve nedelje života bebe reaguju plačem na plač drugih beba, Hoffman smatra da ovakva afektivna reakcija može predstavljati „konstucionalno baziran, rani prethodnik empatije“. Iz ovoga proizlazi da rana socijalna iskustva nesumnjivo utiču na to da kapacitet za empatiju bude prigušen ili stimulisan tokom detinjstva. I razvojni psiholozi kao i psihoanalitičari smatraju da je za razvoj empatije neophodan intenzivan afektivni odnos između roditelja i deteta. Deca sa snažnim osećanjem poverenja i sigurnosti koje potiče od sigurne vezanosti za roditelje, za razliku od manje sigurno vezane dece nisu toliko preokupirana zadovoljavanjem sopstvenih potreba i osetljivija su na osećanja i potrebe drugih ljudi.

Dok psihoanalitičari daju vrlo malo napomena o razvoju empatije nakon treće godine života u kojoj se dešava jako bitna promena u afektivnoj sferi, razvojni psiholozi istražuju razvoj empatije i kognitivnih sposobnosti sve do adolescencije u kojoj se dešavaju kognitivne promene koje utiču na razvoj kapaciteta za empatiju (Gvozden-Vukosavljević, 2002).

1.4.4. Empatija-veština koja se uči

Ranije se smatralo da je empatija urođeni kvalitet i da ju je nemoguće steći kasnije u životu, tj. ili je neko rođen sa njom ili ne. U poslednje vreme se stavlja naglasak na empatiju kao na sredstvo komunikacije koje je od suštinske važnosti za odnos lekar-pacijent i mnogi stručnjaci smatraju da je to veština koja se uči (Hegazi i Wilson, 2013; Georgi i sar., 2015; Feighny i sar., 1995; Stepien, Baernstein, 2006; Platt, Keller, 1994; Spiro, 1992). Jedan od načina da lekari postanu empatični je da se još na početku karijere ohrabruju da zadrže prirodnu radoznalost za živote svojih pacijenata (Halpern, 2003). Mnogi medicinski fakulteti u SAD su napravili programe sa fokusom na komunikaciju lekar-pacijent i empatiju. Ovakav program podrazumeva istraživanje empatije i vežbanje empatične komunikacije sa pacijentima (Hardee, 2003).

1.4.5. Izazivanje empatije (Hoffman, 2000)

Postoji pet načina da se izazove empatija s tim što su prva tri načina primitivni, automatski i nevoljni.

a) Mimikrija

Mimikriju je prvi opisao Lipps pre stotina godina. On je dao definiciju empatije tako što je opisao kao unutrašnju, nevoljnu, izomorfnu reakciju na emocionalnu ekspresiju druge osobe. Mimikrija čini samu suštinu empatije: „Jedna osoba opaža ekspresivnost druge osobe, imitira je, i tada mozak preuzima i dovodi do toga da prva osoba oseća isto što i druga“. Prvi korak se naziva imitacija, a drugi fidbek.

b) Klasično uslovljavanje

To je važan mehanizam za pojavu empatije u periodu detinjstva, tačnije pre razvoja govora. Mala deca imaju sposobnost da osećaju empatijsku uznemirenost, kao uslovljenu reakciju kada posmatraju nekog ko ima problem.

c) Direktna asocijacija

Ovaj mehanizam je varijanta uslovljavanja koja predstavlja direktnu asocijaciju signala prisutnih kod žrtve koja podseća posmatrača na sopstveno iskustvo koje je doživeo u prošlosti.

d) Posredovana asocijacija

Ovo je četvrti način izazivanja empatije, gde jezik ima ulogu posrednika i gde žrtva govori o svojoj uznemirenosti. Ona se dešava kada je jezik jedini izvor informacija o emocionalnoj uznemirenosti druge osobe, npr. u situaciji kada ta osoba nije prisutna, a mi čitamo pismo o tome šta se njoj desilo i kako se ona sada oseća. Semantička obrada zahteva veći mentalni napor od uslovljavanja, asocijacije ili mimikrije, a isto tako i da bi se poruka semantički obradila, potrebno je više vremena nego za uslovljavanje i mimikriju. S obzirom da osoba ne reaguje direktno na žrtvu, semantička obrada zahteva psihološku distancu između posmatrača i žrtve.

e) Preuzimanje uloga

Ovo je peti način izazivanja empatije koji zahteva veliki stepen kognitivne obrade, a to je stavljanje sebe na tuđe mesto i zamišljanje kako se ta osoba oseća. Iako je spontano preuzimanje uloga primećeno i kod odraslih i kod dece stare devet godina, ono je kognitivno zahtevnije od drugih mehanizama zbog čega se razvojno kasnije javlja i ono sadrži u većoj meri voljnu komponentu.

f) Značaj mnogobrojnih modela

Značaj pet mehanizama za izazivanje empatijske uznemirenosti je u tome što oni omogućavaju posmatraču da odgovori empatijom na različite znake koji ukazuju da neka druga osoba pati. Ako je jedini signal izraz lica žrtve, njen glas ili stav tela, oni mogu aktivirati mehanizam mimikrije. Ako je jedini znak situacija žrtve, empatijska uznemirenost se izaziva uslovljavanjem ili putem direktne asocijacije. Ako žrtva verbalizuje uznemirenost, ili treća osoba govori o tome ili pak čitamo o tome, posmatrač može empatisati zahvaljujući mehanizmima posredovane asocijacije ili preuzimanjem uloga. Kada se zajedno jave tri primitivna modela, mimikrija, asociiranje i uslovljavanje, oni izazivaju jake emocije, a jako su značajni jer

omogućavaju empatiju kod dece koja nisu savladala govor, ali doprinose razvoju empatije i nakon perioda detinjstva. S obzirom da su ova tri modela automatska, oni predstavljaju izvore empatije koji nisu pod voljnom kontrolom, zbog čega imaju sposobnost da smanje pojavu egoističnih motiva. Među pomenutim mehanizmima dolazi do tzv. podele posla. Neki mehanizmi mogu započeti empatisanje, a kasnije nestati, dok će drugi preuzeti empatisanje odatle. Sem pomenute podele posla, mehanizmi mogu recipročno da deluju jedan na drugi. Empatija izazvana primitivnim mehanizmima može da aktivira preuzimanje uloga koje povećava intenzitet empatije. Različiti mehanizmi bi trebalo da izazovu identičnu empatiju. Iako empatijska uznemirenost posmatrača može da bude manja od uznemirenosti žrtve, različiti mehanizmi za izazivanje empatije mogu kod posmatrača da izazovu intenzivniju empatijsku reakciju u odnosu na uznemirenost žrtve. Prema Hoffmanu, *„mašta posmatrača podirolja i on ili ona razmišljaju kako bi im bilo na žrtvinom mestu (preuzimanje uloga usmereno na sebe) dok žrtva ima neko vreme da prihvati i pomiri se sa sopstvenom situacijom“*. Hoffman (2000) smatra da bi čak posmatračeva uznemirenost bila manja kada bi se nalazio u situaciji žrtve.

1.4.6. Empatija i medicina

Empatija lekara ne odnosi se samo na stav lekara i sposobnost da razumeju iskustva i osećanja njihovih pacijenata, nego se takođe odnosi na njihov kapacitet da komuniciraju ovim osećanjima (Hojat i sar., 2002). Čim imaju doživljaj da ih neko razume, ljudi se osećaju bolje. Ponekad je razumevanje i jedino za čim tragaju (Dimitrijević i sar., 2011). U medicini emotivna reagovanja lekara na pacijente se vide kao pretnje objektivnosti. Lekari mogu da pribegnu suprotnom ponašanju, tj. da pokušaju da se distanciraju od svojih pacijenata da bi bili sposobni da se brinu o njima pouzdano, bez obzira na lična osećanja. Ipak, pacijentima je potrebna prava, tj. istinska empatija od strane lekara (Hegazi i Wilson, 2013). Derksen i saradnici (2018) smatraju da se pacijenti osećaju isfrustrirano kada ne osećaju empatiju od strane lekara opšte medicine i da to stvara jaz između njih i lekara. Empatija je moćno, efikasno sredstvo za komunikaciju kada se koristi na odgovarajući način tokom pregleda. Ona proširuje razumevanje pacijenta izvan aktuelnih simptoma i njegove bolesti i uključuje osećanja,

vrednosti i ideje. Prednosti poboljšane empatične komunikacije su opipljive i za lekara i za pacijenta (Hardee, 2003). Emocionalno angažovani lekari komuniciraju efikasnije sa pacijentima čime se smanjuje pacijentova anksioznost i poboljšavaju njegovi koping mehanizmi, što sve vodi većoj terapijskoj efikasnosti i sveobuhvatnijem boljem ishodu (Beck i sar., 2002). Hardee (2003) smatra da za korišćenje empatične komunikacije nije potrebno biti psihijatar. Jedini uslov je svest o mogućnostima za empatiju koje se javljaju tokom razgovora sa pacijentom. Derksen i saradnici (2018) su istraživali zašto pokazivanje empatije tokom susreta između pacijenta i doktora opšte medicine ne dovodi uvek do zadovoljstva pacijenata ili lekara. U istraživanju koje je bilo zasnovano na intervjuima sa pacijentima i lekarima, pacijenti su naveli da su okolnosti te koje otežavaju empatiju i kao primer su naveli organizacione, zatim okolnosti vezane za komunikaciju lekar-pacijent odnosno njihovu povezanost, okolnosti vezane za razlike u očekivanjima, zatim za kapacitet lekara da pokaže empatiju, ali i ograničenog vremena. Više autora smatra da je vreme koje lekar odvoji za pacijenta bitno za održavanje dobrog odnosa lekar-pacijent. Pomenute studije su pokazale da je pacijentima od velike važnosti da ih lekari ne požuruju u toku pregleda (Lings i sar., 2003; Tarrant i sar., 2003).

1.4.7. Barijere za pokazivanje empatije

Halpern (2003) opisuje barijere za pokazivanje empatije. Kao prvu navodi anksioznost, koja ometa empatiju i slušanje pacijenta, a koja se javlja zbog ograničenog vremena. Ona podseća lekare da slušanje pacijenata može učiniti lečenje efikasnim i navodi da je dovoljno oko 90 sekundi slušati pacijenta na početku pregleda bez prekidanja. Enid Balint u svom delu „Šest minuta za pacijenta“ koje je nastalo na osnovu vođenja grupa lekara opšte medicine sa Michaelom Balintom, navodi da je upravo toliko vremena potrebno za zbližavanje lekara i pacijenta (Balint, Norell, 1973). Kao drugu barijeru Halpern (2003) navodi da mnogi lekari ne obraćaju pažnju na psihološke potrebe pacijenata koje su od suštinskog značaja za tretman. Ona takođe smatra da lekari treba da se edukuju da prihvate „psihološko“ kod svog pacijenta. Treća barijera za empatiju potiče od negativnih emocija koje se javljaju kada postoji tenzija između lekara i pacijenta. Kada se javi ljutnja kod doktora, a isti smatra da je

ljutnja neprihvatljiva, suočava se sa barijerom da razmišlja o perspektivi pacijenta. Ona smatra da svi lekari treba da se edukuju da tolerišu i uče iz svojih negativnih osećanja kao što specijalizanti psihijatrije uče da obrate pažnju na kontratransfer (Halpern, 2003). Pošto je empatija tako moćna komunikacijska veština, logično bi bilo da doktori žele što pre da je nauče i primene u praksi. Međutim, to nije uvek slučaj. Doktori imaju mnogo razloga da ne pokažu empatiju pacijentima. Istraživanje na populaciji lekara koji su bili na edukaciji o komunikaciji lekar-pacijent otkrilo je njihove sumnje odnosno zablude o empatijskoj komunikaciji. Razlozi protiv pokazivanja empatije su bili sledeći: nedostatak vremena, fokusiranje na akutni medicinski problem, nedostatak veština, strah od otvaranja Pandorine kutije, od emotivnog iscrpljivanja i uverenje da ukoliko „potroše“ svu empatiju na poslu, da ništa neće ostati za njihove porodice (Hardee, 2003). Međutim, Hardee (2003) smatra da empatija olakšava intervju sa pacijentom i povećava efikasnost prikupljanja informacija. On ističe da ona ne mora da bude neprijatna niti emocionalno iscrpljujuća jer za razliku od simpatije, ne zahteva nikakav emocionalni napor od lekara. Odgovarajuća izjava ili gest empatije traju samo trenutak, a mogu poboljšati odnos koji je bitan i za lekara i za pacijenta. Studije su pokazale da kada se prilika za empatiju propusti, pregled traje duže i frustrirajući je i za lekara i za pacijenta. S druge strane, empatija može uštedeti i vreme i novac.

1.4.8. *Tri hipoteze empatije*

Zenasni i saradnici (2012a) su postavili tri hipoteze u vezi sa empatijom i sindromom sagorevanja na poslu. Njihova prva hipoteza je da sindrom sagorevanja na poslu uništava empatiju. Brojne studije ukazuju da lekari opšte medicine sa većim nivoima sagorevanja na poslu imaju manju empatiju (Gleichgerricht, Decety, 2013; Yuguero Torres i sar., 2015; Zenasni i sar., 2012b). Iscrpljeni lekar će teže zamisliti sebe „u koži svog pacijenta“ jer će se zaštititi distanciranjem od njega (Zenasni i sar., 2012a). Druga hipoteza glasi: Empatija doprinosi sindromu sagorevanja na poslu. Benson i Magraith (2005) smatraju da visok nivo empatije može dovesti do „saosećajnog zamora“ zbog teških susreta sa pacijentima, a potom izazvati emocionalnu iscrpljenost i sindrom sagorevanja na poslu. Treća hipoteza polazi od toga da empatija

sprečava sindrom sagorevanja na poslu. Analogno tome, Halpern (2003) smatra da su empatični doktori zaštićeni od stresa i pomenutog sindroma jer su zadovoljniji svojim poslom i imaju veće samopoštovanje. U skladu sa tim, Zenasni i saradnici (2012a) takođe smatraju da optimalni nivo empatije smanjuje stres i ovaj patološki sindrom.

1.5. SINDROM SAGOREVANJA NA POSLU

Termin sindrom sagorevanja na poslu (eng. *burnout*) se prvi put pojavio u medicinskoj literaturi 1974. godine. Potiče od Herberta Freudenbergera, američkog psihologa i opisuje profesionalnu opterećenost. On je definisao ovaj sindrom kao „*stanje mentalne i fizičke iscrpljenosti uzrokovane nečijim profesionalnim životom*”. Takođe je smatrao da pad motivacije i posvećenosti nastaje kada se ne postignu željeni rezultati na radnom mestu. Njegovo interesovanje za ovu temu nastalo je nakon lečenja zdravstvenih radnika koji su se bavili mentalnim zdravljem, a koji su bili jako posvećeni svom poslu. Smatrao je da sagorevanje na poslu dovodi do toga da oni imaju doživljaj da ulažu mnogo truda, a postižu malo i sa pacijentima i sa kolegama na svom radnom mestu. Takođe je primetio da umorni i obeshrabreni ljudi postaju nesigurni, bez samopouzdanja i sa čestim doživljajem dosade, a u isto vreme je zapazio da je nedostatak samopoštovanja povezan sa doživljajem onipotencije i odbijanja pomoći drugima (Freundenberger, 1974). Najveći doprinos u razumevanju sindroma sagorevanja na poslu je dala Christina Maslach, američki psiholog koja je 1977. godine ovaj koncept predstavila Američkom udruženju psihologa i tada o njemu napisala da uzroci sindroma sagorevanja na poslu leže, ne toliko u jedinstvenim osobinama ličnosti pojedinca, koliko u situacionim pritiscima na poslu (Maslach, Pines, 1977). Christina Maslach i Susan Jackson su osmislile skalu *Maslach Burnout Inventory* (MBI) kako bi ispitale kako različite osobe zaposlene u humanističkim službama ili pomagačkim profesijama doživljavaju svoj posao i ljude sa kojima rade. Ona je kasnije razvila alternativne verzije originalne skale MBI koje se koriste u edukativnim profesijama (1986) i opštoj populaciji (1996) (Maslach i sar., 1997).

Farber (1983) smatra da je sindrom sagorevanja na poslu „*proces, pre nego diskretan događaj, tj. poslednji korak u progresiji neuspešnih pokušaja da se osoba nosi sa*

različitim negativnim stresnim situacijama". Pines i saradnici (1981) smatraju da je sindrom sagorevanja na poslu okarakterisan „fizičkim iznurivanjem, osećanjima bespomoćnosti i beznadežnosti, emocionalnim iscrpljivanjem i razvojem negativnog self-koncepta i negativnim stavovima prema poslu, životu i drugim ljudima". Ovaj sindrom je prisutan kod mnogih osoba koje su pod konstantnim pritiskom (Maslach, Leither, 1997). Neki autori smatraju da je povezan sa smanjenim radnim učinkom, bračnom problematikom i poremećajem zdravlja, koji uključuje glavobolje, umor, razdražljivost, depresiju, poremećaje spavanja, ali i bolesti zavisnosti (Gundersen, 2001; Vaillant i sar., 1972). Ima autora koji smatraju da je „seme“ sindroma sagorevanja posađeno u toku studiranja medicine i u toku specijalizacije kada su umor i emocionalna iscrpljenost pravilo, a ne izuzetak (Shanafelt i sar., 2002).

Sindrom sagorevanja na poslu se odnosi na sledeće tri dimenzije: Emocionalnu iscrpljenost, Depersonalizaciju i Smanjenu ličnu profesionalnu ostvarenost koje se najčešće javljaju kod profesionalaca koji rade sa ljudima. „Emocionalna iscrpljenost“ se doživljava kao osećanje preplavljenosti i umora (Maslach, 2004). U poslednje vreme, „Emocionalna iscrpljenost“ se sve više smatra prvom fazom u razvoju sindroma sagorevanja na poslu, ključnom komponentom i indikatorom ovog sindroma (Torppa i sar., 2015). Ona može dovesti do „Depersonalizacije“ i „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“ gde „Depersonalizacija“ znači stvaranje distance sa kolegama, članovima tima i pacijentima, a „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“ se odnosi na doživljavanje ličnog nezadovoljstva i nesreće (Maslach, 2004). MBI se smatra najvažnijim i najviše korišćenim instrumentom za merenje ovog sindroma (Maslach, 2004). Sindrom sagorevanja na poslu nastaje od teškog rada, stresa, psihičkog i fizičkog iscrpljivanja (Milenović i sar., 2016; Melchers i sar., 2015). Tipični simptomi ovog patološkog sindroma su slični simptomima hroničnog stresa i mogu biti grupisani u psihosomatske (npr. glavobolja, umor, gastrointestinalni poremećaji), bihevioralne, emocionalne i/ili odbrambene simptome (Yuguero i sar., 2017; Yuguero Torres i sar., 2015; Lambie, 2006). Emocionalna iscrpljenost, kada je udružena sa slabijim funkcionisanjem, može dovesti do razvoja prave depresivne epizode (Thomas, 2004).

Lemkau i saradnici (1988) ovaj sindrom povezuju sa crtama ličnosti. U njihovom istraživanju, lekari sa shizoidnim i zavisnim crtama ličnosti su imali smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“, dok su lekari sa izbegavajućim, zavisnim, antisocijalnim i pasivno-agresivnim karakteristikama imali veću „Emocionalnu iscrpljenost“. Spickard i saradnici (2002) smatraju da opsesivno-kompulzivne crte ličnosti mogu da dovedu do sindroma sagorevanja. Oni navode da su ove crte ličnosti korisne u toku studiranja medicine koja je jako zahtevna, međutim, u isto vreme one mogu da im otežaju lični, porodični i profesionalni život. Kod ovih osoba, stalno osećanje krivice, sumnja u sebe, preokupacija trivijalnim detaljima, perfekcionizam i doživljaj da ne rade dovoljno, iako su izuzetno posvećene radu i produktivnosti, rezultiraju autodestruktivnim obrascima prekomernog rada, što nesumnjivo može voditi u sindrom sagorevanja na poslu. Neki autori smatraju da visok nivo sagorevanja na poslu može biti povezan i sa aleksitimijom, tj. sa nedostatkom kapaciteta za izražavanje emocija rečima. Ovakve osobe su, sa racionalnim i pragmatičnim kognitivnim stilom, visoko usmerene na realnost i na ono što se dešava u spoljnoj sredini. Tako osećanja, kao i sva unutrašnja zbivanja, ostaju neprepoznata, potisnuta i psihološki neelaborirana, što sve povećava mogućnost za pojavu ovog patološkog sindroma (Daly, Willcock, 2002).

„Emocionalna iscrpljenost“ i sindrom sagorevanja na poslu se mogu pojaviti među lekarima u svim fazama njihovog obrazovanja, karijere i kod svih specijalnosti. Veća „Emocionalna iscrpljenost“ je povezana sa lošom tolerancijom nesigurnosti i straha od medicinske greške, kao i doživljajem izolacije na radnom mestu (Torppa i sar., 2015). Truchot i saradnici (2011) su naglasili da kada lekari opšte medicine imaju visoke nivoe sagorevanja na poslu, oni teže da se povuku iz odnosa sa pacijentima. Ova strategija povlačenja omogućava lekarima da povrate psihološku ravnotežu (Zenasni i sar., 2012a). Iz ovoga proizlazi da je sagorevanje na poslu među lekarima toksično i za pacijenta i za lekara (Torppa i sar., 2015).

Sagorevanje na poslu među lekarima je ozbiljan problem koji utiče na zbrinjavanje pacijenata. Istraživanja pokazuju da su velike greške u radu lekara povezane sa sva tri domena ovog sindroma (Shanafelt i sar., 2010). Poslednjih godina raste interesovanje istraživača za proučavanje sagorevanja na poslu među lekarima

opšte medicine (Nielsen, Tulinius, 2009). Goehring i saradnici (2005) su došli do zaključka da je jedna trećina lekara opšte medicine imala znake pomenutog sindroma. Među evropskim lekarima porodične medicine je nađen takođe visok nivo sagorevanja na poslu koji je bio povezan sa velikim obimom posla (Soler i sar., 2008). U Australiji nezadovoljstvo poslom, doživljaj izolacije i stresa su zabeleženi među lekarima opšte medicine. U registrima u Australiji je takođe prijavljena depresivnost, anksioznost i sindrom sagorevanja na poslu (Koppe i sar., 2016). Doktori su posebno izloženi riziku od pomenutog sindroma zbog prekomernog rada i teških susreta sa pacijentima. Pored ovog sindroma, lekari su izloženi i „saosećajnom zamoru“ nakon rada sa zahtevnim pacijentima (Nielsen, Tulinius, 2009). Figley (2002) smatra da bi za lekare bilo korisno kada bi napravili razliku između ova dva koncepta. On smatra da bi rano prepoznavanje „saosećajnog zamora“ preveniralo sindrom sagorevanja na poslu. Za razliku od sindroma sagorevanja, „saosećajni zamor“ se može javiti iznenada, kao prirodna posledica rada sa ljudima koji su doživeli stresogene događaje. Takođe se smatra da je „saosećajni zamor“ rezultat izlaganja empatičnih doktora iskustvima pacijenata, nakon čega se doktori osećaju beskorisno, konfuzno, izolovano, iscrpljeno i disfunkcionalno. Oni imaju doživljaj da su preplavljeni poslom i da nisu efikasni u radu sa pacijentima. Ukoliko se ovi simptomi detektuju u ranoj fazi, može doći do brzog i potpunog oporavka, a što je najvažnije, neće se razviti sindrom sagorevanja (Benson, Magraith, 2005). Thomas (2004) naročito izdvaja lekare na specijalizaciji koji su zbog velikih radnih zahteva i smanjenog doživljaja kontrole na poslu posebno skloni sagorevanju. U kanadskom istraživanju rezultati su pokazali da veliko opterećenje poslom, deprivacija sna i fizički umor kod starijih lekara dovode do ovog sindroma (Parshuram i sar., 2004). U studiji u Danskoj, Brøndt i saradnici (2008) su prikazali da je sagorevanje na poslu među lekarima koji nisu bili u grupi kontinuirane medicinske edukacije ili u supervizijskoj grupi bilo dva puta veće nego kod onih koji jesu. To ukazuje da su lekari, članovi grupa zadovoljniji poslom i imaju manje sagorevanje na poslu (Nielsen, Tulinius, 2009). Više autora predlaže učešće u Balint grupi, pored drugih profesionalnih i ličnih aktivnosti, da prevenira „saosećajni zamor“ i sagorevanje na poslu (Stojanovic-Tasic i sar., 2018; Benson, Magraith, 2005;

Runge, 2016; Bar-Sela i sar., 2012; Romani, Ashkar, 2014; Shorer i sar., 2016; Rabin i sar., 2009; Nielsen, Tulinius, 2009).

1.6. BALINT GRUPE

Balint grupa pruža lekarima mogućnost da uče i treniraju veštinu terapijskog odnosa sa pacijentom kroz istraživanje ličnog iskustva iz svakodnevnog rada sa pacijentima (Van Roy i sar., 2014). Balint grupe su započele sa svojim radom 1950-ih godina u Londonu, vođene od strane psihoanalitičara, Michaela Balinta, koji je prepoznao terapijski i dijagnostički značaj odnosa lekar-pacijent, radeći u grupama sa lekarima opšte medicine i stvorio metod edukacije po njemu nazvan Balint grupe. Za razliku od svih drugih edukacija za lekare, Balint edukacija je usmerena na odnos lekar-pacijent i omogućava učenje i sticanje „lekarske veštine“, odnosno profesionalne i terapijske komunikacije sa pacijentom koja počiva na psihoterapijskim osnovama (Horder, 2001). Balint grupe su strukturisane da omoguće lekarima da istražuju složene, često problematične interakcije s pacijentima putem usmenih prikaza slučajeva i grupne diskusije. Neke Balint grupe su isključivo namenjene lekarima opšte medicine i lekarima drugih specijalnosti, dok postoje i mešovite grupe sa učesnicima profesija srodnih medicini (Dahlgren i sar., 2000). Obično Balint grupe imaju šest do dvanaest članova i jednog ili dva sertifikovana Balint voditelja koji se sastaju u redovnim razmacima (ritmom jednom sedmično, dva puta mesečno, ili jednom mesečno) u periodu od nekoliko godina (Omer S, McCarthy, 2010). U grupi se kroz lično iskustvo, preko usmenog prikaza slučaja iz svakodnevne prakse, uči i trenira veština terapijskog odnosa sa pacijentom. Grupa počinje prikazom slučaja od strane referenta koji izlaže svoju interakciju sa pacijentom koja ga opterećuje. Prikaz slučaja je praćen grupnom diskusijom koja se fokusira na misli, emocije i subjektivne reakcije koje sam prikaz pokreće u članovima grupe (Balint, 1964). Cilj Balint grupe je da pokrene proces sličan psihoanalitičkim „slobodnim asocijacijama“. Stoga su članovi zamoljeni da prikažu pacijente bez korišćenja beleški i cela grupa se ohrabruje da podeli svoje ideje, asocijacije, slike i emocije pokrenute tokom diskusije. Ovaj način rada omogućava širi i slojeviti uvid koji može dati drugu dimenziju inicijalnom problemu. Štaviše, slobodno govoreći, članovi grupe mogu postati svesni svojih do

tada nesvesnih stavova prema pacijentu ili situaciji na način koji njima pomaže da prepoznaju svoje sadržaje (Graham i sar., 2009). Fitzgerald i Hunter (2003) navode da je Balint grupa u suštini psihoanalitički poduhvat, ali naglašavaju da Balint metoda nije metoda o grupnoj dinamici, već da je to radna grupa sa osnovnim pravilom da se ne interpretiraju grupni procesi. Ne koristi se analitička terminologija, a tehnika se fokusira na odnos lekar-pacijent na način koji je relevantan za doktore svih specijalnosti u njihovim ordinacijama. U Balint grupi postoje tri različita, ali tesno povezana odnosa, a to su: odnos između doktora i pacijenta, koji je predstavljen grupi od strane doktora-referenta, odnos između doktora-referenta i drugih doktora, učesnika grupe i odnos između voditelja i cele grupe (Elder, 2017). Dok je Balint verovao da dugoročno učestvovanje u takvim grupama dovodi do ograničene, mada značajne promene ličnosti lekara (Balint, 1964), i dalje ostaje nejasno koja vrsta promene se desi u razmišljanju doktora koji učestvuju u ovim grupama (Van Roy i sar., 2014). Balint (1969) je smatrao da je ta ograničena, ali značajna promena preduslov za sticanje bilo koje psihoterapijske veštine. Iako Balint grupe nisu osmišljene da budu terapijske, Balint grupni rad može do određenog stepena da ima terapijske efekte (Balint, 1964). Kako se navodi u misiji američkog Balint društva „*Cilj iskustva koje se stiče u Balint grupama je da se nesigurnost, konfuzija i teškoće u odnosu lekar-pacijent, transformišu u razumevanje i značenje koje neguje terapijski savez između doktora i pacijenta*” (Cataldo i sar., 2005). Balint grupa se odnosi na metodu namenjenu za poboljšanje komunikacijske veštine među lekarima, ali takođe stavlja akcenat na odnos između lekara i njegovog pacijenta (Bar-Sela i sar., 2012). Razlog zbog čega se ova edukacija smatra adekvatnom za lekare nije samo poboljšanje veština komuniciranja, nego i njihovih psiholoških veština (Ghetti i sar., 2009), ali i treniranja, tj. učenja da primene pristup usmeren na pacijenta (Romani, Ashkar, 2014). Prema Lelorain i njenim saradnicima (2013), cilj ovih grupa je poboljšanje percepcije doktora za zabrinutost njihovih pacijenata, kao i za njihove sopstvene psihološke reakcije. Prema Samuelu (1987), Balint edukacija je zasnovana na ciljevima koji pomažu doktorima da bolje razumeju i istražuju njihove međuljudske veštine i ograničenja, poboljšaju percepciju njihove komunikacije sa pacijentima i slepih mrlja u interakcijama sa njima. U toku prikaza slučaja u Balint grupi obično se ponudi neka medicinska informacija,

međutim, diskusija je fokusirana na odnos između doktora i pacijenta kao i na glavno, tj. centralno pitanje koje je odabrao referent za taj konkretan slučaj. Nakon toga se slučaj dalje istražuje sa stanovišta i lekara i pacijenta (Lichtenstein, 2006). Pažnja se najviše usmerava na referentov emocionalni odgovor na pacijenta, zato što taj odgovor, odnosno ta uznemirenost koju pokreće taj isti pacijent čini srž grupne diskusije. Tipična pitanja koja se pojavljuju u grupnoj diskusiji su sledeća: „Koji je bio aktuelni razlog za dolazak pacijenta tog dana? Kako ste se osećali kad ste videli pacijentovo ime na listi zakazanih? Kakve su Vam bile misli i osećanja?” Frank Dornfest, nekadašnji predsednik Internacionalne Balint Federacije i voditelj Balint grupa u SAD, navodi da kada lekari počinju da predstavljaju svoje slučajeve, često se ponašaju kao prikazani pacijent, dok se ostali članovi grupe ponašaju kao doktor-referent (Banja, 2005).

Jedinstvenost Balintovog pristupa je u svesnosti i razumevanju kako emocije lekara imaju uticaja na stanje uma pacijenta, umesto da se fokusira isključivo na dijagnozu ili tretman. To omogućava lekarima da bolje prepoznaju svoje identifikacije sa pacijentima (Cataldo i sar., 2005). Uloga voditelja Balint grupe je da prepozna identifikaciju doktora-referenta sa svojim prikazanim pacijentom jer je to nešto što najčešće uznemirava doktora koji prikazuje slučaj. Voditelj obezbeđuje sigurnost i napredak svakog člana grupe, fokusira se na referentov profesionalni self i ne dozvoljava da se pređe u privatna psihološka pitanja. Isto tako, on ne odobrava davanje empatijskih saveta kao kod grupa za podršku (Mahoney i sar., 2013). Michael Balint je smatrao da voditelji treba da što više „zarone“ u grupu i idu sa njom, tj. da je prate, a ne da je vode (Balint, 1964). U Balint grupi članovi se ne ohrabruju da se brane od neprijatnih misli i osećanja, naprotiv, određen nivo anksioznosti je neophodan da bi došlo do profesionalnog rasta referenta (Mahoney i sar., 2013). Jedan od temelja Balintove teorije je da se stav voditelja i atmosfera rada u grupi ugrađuju u rad doktora u njegovoj ordinaciji. Funkcionisanje grupe kao trećeg oka ili trećeg uha reflektuje se na samostalan rad doktora (Elder, 2017). Balint grupe su metod grupnog samoistraživanja gde lekari mogu da podele frustracije koje nastaju iz uznemiravajućih, tj. problematičnih odnosa sa pacijentima. Kroz grupni proces lekari analiziraju svoje ponašanje u interakciji sa pacijentom, odnosno dobijaju povratnu informaciju o tome od članova grupe (Brock, Johnson, 1999). U Balint grupi lekar

otkriva o pacijentu neka nova saznanja koja mu omogućavaju da vidi i leči pacijenta drugačije. Kada lekar vidi pacijenta u novom svetlu, on može da promeni ulogu i svoja očekivanja, a samim tim će i terapijski ishod biti bolji. Ovakvo menjanje uloga zahteva fleksibilnost koja dozvoljava lekarima da funkcionišu izvan ograničenja svog temperamenta. Balint edukacija je proces humanizacije, a ne definitivan tretman koji štiti lekare od bola i patnje ili ih uči kako da strateški izmanevrišu problematične pacijente. Balint grupa je u stvari „saosećajna zajednica lekara“ koji pružaju podršku jedni drugima u njihovoj međusobnoj ranjivosti, da mogu da pronađu snagu da budu ranjivi „sa svojim pacijentima“ (Brock, Johnson, 1999).

1.6.1. Otkrivanje „Herojskih uloga“ u Balint grupama

Michael Balint (1969) je smatrao da u pacijentima postoji neopisiva moć i da je prosto neverovatno koliko pacijenti mogu stvoriti određeni oblik odnosa između sebe i svojih doktora i koliko je teško za doktore da izbegnu da budu na taj način uključeni u odnos. Brock i Johnson (1999) navode da se ponekada lekari u određenim okolnostima mogu ponašati neadekvatno, što škodi odnosu lekar-pacijent, usvajanjem uloge koja nije korisna niti terapijska za pacijenta. Oni opisuju pet tipova škodljivih uloga u kojima lekari bez iskustva, a ponekad i oni sa iskustvom reaguju na teške susrete s pacijentima.

a) Prova uloga: Beli vitez - „Moj način i nijedan drugi“

Beli vitez je lekar koji očekuje da bude sveznajući, svemoćni osvajač bolesti, koji nosi zastavu zdravlja u borbu protiv bolesti i smrti. On simbolizuje lekara fiksiranog u idealizovanoj, profesionalnoj ulozi. U toj ulozi lekar ima očekivanja da pacijent mora verovati da on zna šta je najbolje za borbu protiv bolesti. Kada se pacijenti ne slože sa dijagnozom i ne pridržavaju se terapijskih saveta, lekari to shvataju kao ličnu uvredu i gube interesovanje za pacijenta da bi ga na kraju i odbacili.

b) Druga uloga: Pogo (komični junak) - „Ja osećam Vaš bol“

U ulozi Pogoia lekar se identifikuje sa pacijentom oko nerešenog ličnog problema, kao Pogo, i očekuje da reši lični problem posredno, tretiranjem istog kod pacijenta. Tačnije, lekar se suočava sa svojim osobinama u pacijentu. Kada su ove osobine uznemiravajuće za samog lekara, on ih negira i projektuje u pacijenta. Lekar ima hipotezu sa kojim događajem su povezani simptomi pacijenta i sugeriše mu da on oseća njegov bol, međutim, pacijent se ne slaže sa njegovom hipotezom i oseća se neshvaćenim. Naime, hipoteza lekara nije povezana sa pacijentom, već sa njim samim.

c) *Treća uloga: Karika koja nedostaje – „Vi ste me naterali da to uradim“*

U ovoj ulozi lekar je indukovano da igra komplementarnu ulogu (u skladu sa rečenicom: „Vi ste me naterali da to uradim“), da neguje, spasava, zlostavlja ili voli. Lekara pacijent podseća na emocionalno značajnu osobu iz njegove prošlosti, tako da on sa pacijentom igra ulogu koja nije karakteristična za njega. Što se tiče pacijenta, i on u tom odnosu ponavlja neku reakciju prema značajnoj osobi u ranom detinjstvu koju je preneo na lekara. Psihoanalitički, ovaj proces je označen kao transfer i kontratransfer. Lekar treba da dešifruje ovaj proces da ne bi upao u zamku odigravanja komplementarne uloge.

d) *Četvrta uloga: Surogat – „Ja mogu da pomognem“*

Nekada je lekar indukovano da popuni praznu stolicu za porodičnim stolom, igrajući ulogu odsutnog roditelja, supružnika, deteta, brata ili sestre. Ovu ulogu je teško održati, a svakako ona nije terapijska za pacijenta. Kada se često ponavlja, može dovesti do sindroma sagorevanja lekara.

e) *Peta uloga: Revolucionar: „Dozvolite mi da Vam pokažem“*

Doktor revolucionar objavljuje moralni i društveni rat protiv bolesnog ponašanja. On pokušava da menja pacijente i njihove bliske odnose u nadi da će ih osloboditi da efikasnije leče svoju bolest. Lekar se ponaša u skladu sa sledećom rečenicom: „Ja znam kako ljudi treba da se ponašaju, pa dozvolite da Vam to i pokažem“. Revolucionar će lečiti pacijenta tako što će ga osloboditi psihološkog i

socijalnog konteksta njegove bolesti. Zbog želje za promenama okruženja pacijenta može da se desi da važne simptome ostavi po strani.

Svaka uloga je specifičan odnos i odražava ponašanje lekara kada se „zaglavi“ u ulozi koja je zasnovana na nerealnim profesionalnim očekivanjima. Uloge su namenjene izvršenju herojske funkcije, u spasavanju ili zaštiti pacijenta, njegove porodice, ili samog lekara od teške bolesti pacijenta koja ga iz nekog razloga plaši. Kada lekar stekne uvid zahvaljujući Balint grupi, doći će do njegove profesionalne transformacije koja zahteva lični razvoj i samorefleksiju, ali će mu na kraju omogućiti da uđe u unutrašnji svet pacijenta i izađe iz njega, znajući šta pripada njemu, a šta pacijentu. Na početku je za lekare bolno da budu samorefleksivni, ali im to pomaže na duže staze da očuvaju humanost i empatiju za pacijente, a samim tim će i zadovoljstvo poslom biti veće (Brock, Johnson, 1999).

Elder (1996) je pisao o doprinosu Enid Balint razvoju opšte medicine. On smatra da je nastanku Balint grupa pomogao metod koji je razvila Enid 1948. godine sa socijalnim radnicima proučavajući bračnu problematiku. On je nazvao Balint grupe „vozilima za posmatranje odnosa lekar-pacijent“ koja brzo skrenu s puta ako previše pažnje posvete razumevanju pacijenta ili doktora ponaosob. Enid Balint (1985) je pisala o značaju kada „*doktor kontejnira projekciju pacijenta i o efektu koji ima na pacijenta kada doktor ne komunicira, niti interpretira, ali se drži osećanja koja je pacijent projektovao na njega i sa kojima se na kratko u potpunosti identifikuje, ali se nakon toga i distancira od njih. On tada zna kako je biti „u koži pacijenta“, ali isto tako može da vidi da to nije sve što pacijent ima u sebi*“. Ona takođe opisuje tehniku „Bljesak“ (eng. *flash*) koja podrazumeva trenutak obostranog razumevanja između doktora i pacijenta koji se spontano desi, a koje na kraju doktor interpretira pacijentu. To se ne odnosi na razumevanje pacijentove prošlosti koje je doktor i te kako svestan, nego je obično nešto iz sadašnjosti pacijenta, a odražava se na odnos sa doktorom (Balint, Norell, 1973). Balint grupni rad se zasniva na razumevanju i identifikaciji (Mahoney i sar., 2013). Kao što je Enid (Balint, 1985) napisala, identifikacija je dvofazni proces: u prvoj fazi se lekar identifikuje s pacijentom da bi mogao da ga razume, a u drugoj mora da se povuče da bi bio objektivn i profesionalan posmatrač, što je identično procesu empatije (Mahoney i sar., 2013).

Danas su Balint grupe u svetu postale institucionalizovani vid edukacije, sastavni deo studija medicine, specijalizacija i kontinuirane medicinske edukacije (Kjeldmand, Holmström, 2010). Nosioc Balint edukacije u svetu su nacionalna Balint udruženja, članice Internacionalne Balint Federacije, prema čijim standardima i kriterijumima se odvija ova edukacija, bazična i za Balint voditelje (Johnson, 2001). Međunarodna Balint Federacija je osnovana 1975. godine od strane Balint društava Francuske, Belgije, Italije i Velike Britanije, sa zadatkom da objedini mrežu nacionalnih Balint udruženja koja su se formirala već šezdesetih godina prošlog veka u mnogim zemljama Evrope (Salinsky, 2002). Danas ovo udruženje čine nacionalna Balint udruženja iz 23 države u svetu. Međunarodna Balint Federacija je dobila svoju punu afirmaciju 1986. godine, kada je ozvaničena kao nevladina organizacija Saveta Evrope kao i na kongresu Svetske zdravstvene organizacije iste godine. Ona ima za cilj podsticanje, koordinaciju i širenje Balintovog metoda u što više zemalja sveta. U delokrug njenog rada spadaju i tradicionalni međunarodni Balint kongresi koji se organizuju svake druge godine (Johnson, 2001).

U mnogim zemljama, naročito u Nemačkoj, Balint aktivnost je veoma živa, postoje brojne grupe i Balint seminari kao i časopisi Balint udruženja (Kielhorn, 2015). U Sjedinjenim Američkim Državama, ova edukacija je integrisana u programe za specijalizante porodične medicine, psihijatrije, pedijatrije, ginekologije i akušerstva i interne medicine (Brock, Johnson, 1999; Mahoney i sar., 2013). U Velikoj Britaniji je obavezna za specijalizante psihijatrije kao deo uvoda u psihoterapiju (Das i sar., 2003; Fitzgerald, Hunter, 2003). Na brojne svetske jezike je prevedeno i poznato Balintovo delo „Lekar, njegov pacijent i bolest“ koje je rezultat prvih višegodišnjih Balintovih grupa sa lekarima opšte medicine koje je vodio u Londonu pedesetih godina i u kojoj je izneo svoje učenje. Bitne ideje njegovog učenja iznesene u ovoj knjizi ostale su do danas ključne teorijske postavke u radu Balint grupa. Knjiga je bila namenjena lekarima opšte medicine kao pomoć da postanu pristupačni najširem krugu svojih pacijenata, ne samo onima sa kojima su uspostavili dobar kontakt, već i sa onima sa nerealnim očekivanjima i neobjašnjivim simptomima. Neki autori smatraju da je za takve pacijente važno „drugo mišljenje“ i da je manje škodljivo za njih upućivati ih kod drugih lekara, nego ih slati na previše ispitivanja (Stone, 2013). Međutim, tu vreme

opasnost od „sporazuma o anonimnosti“ koji je opisao Michael Balint (1964), a pod kojim je podrazumevao da pacijenti idu od jednog do drugog specijaliste, a da niko na kraju ne preuzima odgovornost za njih.

Balint društvo Srbije je nosilac Balint edukacije u Srbiji i sprovodi edukaciju u Balint grupama za lekare svih profila i specijalnosti, kao i za profesije srodne medicini. Program edukacije je metodološki standardizovan i realizuje se u skladu sa standardima i kriterijumima Internacionalne Balint Federacije. Prvi sertifikovani Balint voditelj u našoj zemlji je doktorica Nataša Vranješ, psihijatar i psihoterapeut koja je Balintovu metodu učila u Nemačkoj. Ona je 1996. godine u Institutu za mentalno zdravlje započela prvu organizovanu Balint edukaciju u vidu dvosemestralnog Balint seminara. Pored bazične Balint edukacije, po standardima Međunarodne Balint Federacije se sve vreme odvijala i edukacija za Balint voditelje. Balint društvo Srbije postoji od 2003. godine, pod imenom Balint društvo Srbije i Crne Gore (u tadašnjoj Državnoj zajednici Srbije i Crne Gore), a 2004. godine društvo postaje punopravni član Međunarodne Balint Federacije. Balint društvo Srbije i Crne Gore 2009. godine biva preregistrovano u Balint društvo Srbije.

Balint grupe u Srbiji se održavaju na dobrovoljnoj osnovi, izuzev za specijalizante opšte medicine koji imaju jednu obaveznu Balint grupu u toku dvosemestralne nastave (Stojanović-Tasić i sar., 2018).

2. CILJEVI

Ciljevi ovog istraživanja su bili:

1. Ispitavanje da li je učestvovanje u Balint grupama povezano sa većim stepenom empatije kod lekara;
2. Ispitivanje da li je učestvovanje u Balint grupama povezano sa smanjenjem sindroma sagorevanja među lekarima;
3. Ispitivanje psihometrijskih karakteristika upitnika za empatiju-Davisov „indeks interpersonalne reaktivnosti“ (eng. *Interpersonal Reactivity Index*) (IRI), uključujući lingvističku validaciju i kulturološku adaptaciju srpske verzije upitnika.

3. MATERIJAL I METODE

U cilju procene efekta rada u Balint grupi u razvijanju empatije i prevenciji sindroma sagorevanja lekara sprovedeno je istraživanje po tipu studije preseka u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u periodu od oktobra do decembra 2016. godine. Istraživanje je obuhvatilo 210 lekara zaposlenih u šest domova zdravlja na području Beograda. Metodom slučajnog izbora, preko kompjuterskog listinga, bili su izabrani sledeći domovi zdravlja: DZ Zvezdara, DZ Stari grad, DZ Savski venac, DZ Zemun, DZ Palilula i Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika „Železnice Srbije“. Od ukupno 210 lekara, 70 je završilo Balint edukaciju u trajanju od najmanje godinu dana. Lekari su imali minimum 36 sati Balint grupnog rada na godišnjem nivou. Edukacija se održavala dva puta mesečno po sat i po vremena. Ostalih 140 lekara nikada nisu bili članovi Balint grupe. Kriterijumi za uključivanje u studiju su bili sledeći: pozicija lekara opšte medicine ili specijaliste koji imaju najmanje pet godina radnog iskustva, koji su bili članovi Balint grupe minimum godinu dana i koji su zaposleni u jednom od šest izabranih domova zdravlja. Na osnovu liste dobijene iz Balint društva Srbije, doktori su pozvani da učestvuju u istraživanju. Procedura je zahtevala da direktori domova zdravlja budu obavešteni o istraživanju pre njegovog izvođenja, a upitnici su podeljeni lekarima od strane istraživača. Kriterijumi za uključivanje u studiju za lekare koji nisu pohađali Balint edukaciju su bili sledeći: pozicija lekara opšte medicine ili specijaliste sa najmanje pet godina radnog iskustva koji su zaposleni u pomenutim domovima zdravlja. Kriterijumi za isključivanje iz studije za obe grupe su bili sledeći: lekari koji su bili na bolovanju ili odmoru najmanje mesec dana pre prikupljanja podataka, koji su imali prekid u radu duže od jedne godine (usavršavanje u inostranstvu, dugotrajna bolest ili česte promene posla u poslednjih pet godina) i koji su bili izloženi većoj fizičkoj ili psihičkoj traumi van posla (bolest ili smrt u porodici, razvod, itd.). Anonimni upitnici su podeljeni svim lekarima. Za svakog doktora sa završenom Balint edukacijom metodom slučajnog izbora izabrana su po dva lekara koja nisu završila ovu edukaciju, a koja rade u istom domu zdravlja i imaju istu poziciju (lekar opšte medicine ili specijalista). Doktori bez edukacije su bili poređani po abecednom redu i izabrani pomoću tablice slučajnih brojeva u okviru generatora slučajnih brojeva. Lekari koji su odbili da učestvuju, njih 9 od 140 su bili zamenjeni

metodom slučajnog izbora (sledećim ponuđenim brojem u generatoru) odgovarajućim ispitanicima. Svi ispitanici su bili informisani u vezi sa istraživanjem i potpisali su formular da je njihovo učešće dobrovoljno i da su podaci iz upitnika koje su oni dali strogo poverljivi. Učesnici su dali svoju saglasnost u pisanoj formi o učešću u istraživanju. Istraživanje je odobreno od strane Etičkih komiteta šest domova zdravlja i Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

3.1. INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA

Za potrebe ovog istraživanja, konstruisan je opšti upitnik za ispitanike i korišćena su još dva dodatna upitnika, za ispitivanje empatije-Davisov „indeks interpersonalne reaktivnosti“ (IRI) i za ispitivanje sindroma sagorevanja na poslu-Maslach Burnout Inventory (MBI). Svi ispitanici su popunili sva tri upitnika.

3.1.1. *Opšti upitnik*

Putem posebno diizajniranog upitnika prikupljani su opšti podaci o ispitanicima. Opšti upitnik je sadržao 21 pitanje. Prvih osam varijabli se odnosilo na osnovne sociodemografske karakteristike (pol, uzrast, mesto rođenja, mesto stanovanja, dužinu života u mestu stanovanja, bračno stanje, roditeljski status i broj dece). Sledeće varijable su se odnosile na podatke o nazivu institucije u kojoj rade, o broju godina radnog iskustva, o trenutnoj poziciji u odnosu na specijalizaciju (lekar opšte medicine/na specijalizaciji/specijalista), zatim pitanja vezana za subspecijalizaciju, dodatnu stručnu edukaciju, akademsko obrazovanje (magisterijum i doktorat). Poseban deo upitnika obuhvatila su pitanja vezana za učešće u Balint grupi, broj godina Balint grupnog iskustva i dr.).

3.1.2. *Davisov „indeks interpersonalne reaktivnosti“ (IRI)*

Drugi upitnik je bio Evaluaciona skala za empatiju, Davisov „indeks interpersonalne reaktivnosti“-IRI. Pregledom postojećih instrumenata za merenje empatije, konstatovali smo da je veliki broj dosadašnjih istraživanja koristio Davisovu skalu, koja predstavlja najstandardizovaniju evaluacionu skalu za empatiju i koja

pravi razliku između afektivnih i kognitivnih empatijskih sposobnosti, a odnosi se na opštu populaciju (Edwards i sar., 2002).

Budući da prema našim saznanjima, ovaj upitnik do sada nije validiran za srpsko govorno područje, jedan od ciljeva našeg istraživanja odnosio se na dvosmerno prevođenje, kulturološku adaptaciju i procenu psihometrijskih svojstava ovog instrumenta merenja.

Originalna engleska verzija Evaluacione skale za empatiju-IRI je prevedena na srpski jezik u skladu sa internacionalno prihvaćenim metodološkim uputstvom za prevod i kulturološku adaptaciju upitnika. Nakon toga je obavljeno pilot testiranje upitnika na 30 lekara koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i koji su nakon dve nedelje ponovo popunili ovaj upitnik. IRI ima ukupno 28 stavki, tj. četiri subskale od po sedam različitih stavki, gde svaka od njih procenjuje različite aspekte empatije. Ove subskale su: Zauzimanje tuđeg stanovišta, Fantazija, Empatijska brižnost i Lična nelagodnost (Bar-Sela i sar., 2012; Yuguero Torres i sar., 2015). Subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta meri tendenciju prihvatanja tačke gledišta drugih ljudi u svakodnevnom životu. Primer stavke iz ove subskale je: „Ponekad pokušavam da bolje razumem svoje prijatelje tako što zamišljam kako stvari izgledaju iz njihovih perspektiva“. Subskala Fantazija meri tendenciju unošenja sebe u osećanja i akcije sa likovima u filmovima, romanima, dramama i drugim izmišljenim situacijama. Primer stavke iz ove skale je: „Ja se stvarno uživim u osećanja likova iz romana“. Subskala Empatijska brižnost meri tendenciju da se iskuse osećanja topline, saosećanja i brige za druge ljude. Tipična stavka iz ove skale je: „Ja sam često zainteresovan/a kada su u pitanju osećanja ljudi koji su manje srećni od mene. Subskala Lična nelagodnost takođe procenjuje tipične emocionalne reakcije i detektuje osećanja lične neprijatnosti i nelagodnosti u reakciji na emocije drugih. Stavka u ovoj subskali je: „Plašim se da budem u napetoj emocionalnoj situaciji“ (Yuguero Torres i sar., 2015). Skala ima pet ponuđenih odgovora, od A do E. Odgovor pod A glasi: „Ne opisuje me dobro“, dok odgovor pod E glasi: „Opisuje me veoma dobro“. Odgovori se skoruju od 0-4.

3.1.3. Maslach upitnik za procenu sindroma sagorevaja na poslu (MBI)

Maslach upitnik za procenu sindroma sagorevanja na poslu (eng. *Maslach Burnout Inventory*) (MBI), skala sa 22 pitanja, dizajnirana da kvantifikuje sindrom sagorevanja, sastoji se iz tri dimenzije: Emocionalne iscrpljenosti, Depersonalizacije i Smanjene lične profesionalne ostvarenosti. Prva dimenzija Emocionalna iscrpljenost predstavlja hronično stanje fizičkog i emocionalnog zamora (Torppa i sar., 2015). Skor do 17 podrazumeva nizak nivo sagorevanja na poslu, između 18 i 29 umereno sagorevanje na poslu, dok iznad 30 predstavlja visok nivo sagorevanja na poslu. Druga dimenzija Depersonalizacija (ili gubitak empatije) je pre dehumanizacija u međuljudskim odnosima. Skor do 5 predstavlja nizak nivo sagorevanja na poslu, skor između 6 i 11 umereno sagorevanje na poslu, dok iznad 12 predstavlja visok nivo sagorevanja na poslu. Treća dimenzija Smanjena lična profesionalna ostvarenost odnosi se na smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“. Ispitanik procenjuje sebe negativno, oseća da ne može da izađe iz date situacije (Maslach, 2004). Skor do 33 predstavlja visok nivo sagorevanja na poslu, skor između 34 i 39 predstavlja umereno sagorevanje na poslu, a iznad 40 je nizak nivo sagorevanja na poslu. MBI skala je validirana za naše govorno područje. Za korišćenje srpske verzije ovog upitnika, dobili smo odobrenje od Mind Garden Inc., zastupnika autorskih prava (Matejić i sar., 2015).

3.2. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Statistička analiza prikupljenih podataka obuhvatila je metode deskriptivne statistike, testiranja hipoteza, korelacione analize i regresionog modelovanja. Od deskriptivnih metoda upotrebljene su mere centralne tendencije (aritmetička sredina i medijana), mere varijabiliteta (standardna devijacija, opseg) i pokazatelji strukture iskazani u procentima. Za testiranje hipoteza o razlikama aritmetičkih sredina upotrebljen je Studentov t-test, a za razliku učestalosti na kategorijalnim varijablama upotrebljen je *Pearsonov* hi-kvadrat test.

Za korelacionu analizu korišćen je *Spearman*-ov koeficijent korelacije. Za modelovanje odnosa podskala na IRI kao i dimenzija na MBI sa potencijalnim

prediktorima korišćene su metode logističke i ordinalne regresije. U procesu testiranja hipoteza za nivo statističke značajnosti odabran je isti od 0,05.

Za evaluaciju unutrašnje konzistentnosti korišćen je koeficijent *Cronbach* alfa. Za procenu test-retest pouzdanosti koristili smo intraklasni koeficijent korelacije. Validnost smo testirali pomoću faktorske analize.

4. REZULTATI

4.1. Deskriptivne karakteristike ispitanika

U našem istraživanju je učestvovalo 210 lekara. Među njima je 70 završilo Balint edukaciju u trajanju od minimum godinu dana, a njih 140 nije pohađalo pomenutu edukaciju. Devet ispitanika bez Balint edukacije je odbilo da učestvuje u istraživanju i oni su zamenjeni metodom slučajnog izbora odgovarajućim ispitanicima. Preko tri četvrtine (82,9%) lekara u našem uzorku je bilo ženskog pola, dok je 17,1% ispitanika pripadao muškom polu. Srednja vrednost godina starosti je iznosila $48,3 \pm 9,6$ i kretala se od 30 do 65 godina. Osnovne karakteristike lekara obe grupe su prikazane u tabeli 1.

Tabela 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Varijable	Lekari sa Balint edukacijom N (%)	Lekari bez Balint edukacije N (%)	Ukupno N (%)
Pol			
-Ženski	59 (84,3)	115 (82,1)	174 (82,9)
-Muški	11 (15,7)	25 (17,9)	36 (17,1)
Uzrast			
≤50	43 (61,4)	61 (43,6)	104 (49,5)
>50	27 (38,6)	79 (56,4)	106 (50,5)
Bračni status			
-U braku	42 (60,0)	82 (58,6)	124 (59,0)
-Nije u braku	28 (40,0)	58 (41,4)	86 (41,0)
Roditeljski status			
-Da	44 (62,9)	95 (67,9)	139 (66,2)
-Ne	26 (37,1)	45 (32,1)	71 (33,8)
Dužina staža u medicini			
≤20 godina	40 (58,0)	59 (42,1)	99 (47,4)
>20 godina	29 (42,0)	81 (57,9)	110 (52,6)
Specijalizacija			
-Nema (lekar opšte medicine)	21 (30,0)	42 (30,0)	63 (30,0)
-Ima (specijalista)	49 (70,0)	98 (70,0)	147 (70,0)
Subspecijalizacija			
-Da	1 (1,4)	7 (5,0)	8 (6,4)

-Ne	69 (98,6)	133 (95)	202 (93,6)
Dodatna stručna edukacija			
-Da	57 (81,4)	34 (24,3)	91 (43,3)
-Ne	13 (18,6)	106 (75,7)	119 (56,7)
Magisterijum			
-Da	10 (14,3)	2 (1,4)	12 (5,7)
-Ne	60 (85,7)	138 (98,6)	198 (94,3)
Doktorat			
-Da	5 (7,1)	1 (0,7)	6 (2,9)
-Ne	65 (92,9)	139 (99,3)	2047,1)

Tabela 2. Ispitanici sa i bez Balint edukacije prema subskalama IRI

Subskale IRI	Lekari sa Balint edukacijom	Lekari bez Balint edukacije	p
	a.s.* \pm sd	a.s.* \pm sd	
<i>Zauzimanje tuđeg stanovišta</i>	22,26 \pm 3,93	18,74 \pm 4,91	<0,001
<i>Fantazija</i>	18,91 \pm 6,28	12,86 \pm 5,49	<0,001
<i>Empatijska brižnost</i>	24,16 \pm 3,81	19,26 \pm 5,10	<0,001
<i>Lična nelagodnost</i>	11,69 \pm 5,89	11,19 \pm 5,07	0,530

*Aritmetička sredina

Iz tabele 2 se zapaža da su lekari koji su završili Balint edukaciju imali značajno veće skorove na subskalama Zauzimanje tuđeg stanovišta, Fantazija i Empatijska brižnost u odnosu na lekare koji je nisu završili, $p < 0,001$. Što se tiče subskale Lična nelagodnost, nije bilo statistički značajne razlike između lekara ove dve grupe, $p = 0,530$.

Tabela 3. Distribucija ispitanika sa i bez Balint edukacije u odnosu na skorove subskale Zauzimanje tuđeg stanovišta

Grupa	Zauzimanje tuđeg stanovišta	Ukupno

	≤ 20 (nizak skor)	>20 (visok skor)	
Lekari bez Balint edukacije	84 (60%)	56 (40%)	140 (100%)
Lekari sa Balint edukacijom	24 (34,3%)	46 (65,7%)	70 (100%)
Ukupno	108 (51,4%)	102 (48,6%)	210 (100%)

S obzirom da je medijana za subskalu Zauzimanje tuđeg stanovišta iznosila 20, nizak skor smo predstavili vrednostima ispod 20, a visok preko ove vrednosti. Analizirajući distribuciju ispitanika sa i bez Balint edukacije u odnosu na skorove subskale Zauzimanje tuđeg stanovišta, zapaženo je da je visok skor (preko 20) na subskali Zauzimanje tuđeg stanovišta imalo 40% lekara bez Balint edukacije i 65,7% lekara koji su završili ovu edukaciju, sa statistički visoko značajnom razlikom ($\chi^2 = 12,35$; $p < 0,001$).

Tabela 4. Distribucija ispitanika sa i bez Balint edukacije u odnosu na skorove subskale Fantazija

Grupa	Fantazija		Ukupno
	≤15 (nizak skor)	>15 (visok skor)	
Lekari bez Balint edukacije	93 (66,4%)	47 (33,6%)	140 (100%)
Lekari sa Balint edukacijom	17 (24,6%)	52 (75,4%)	69 (100%)
Ukupno	110 (52,6%)	99 (47,4%)	209 (100%)

Pošto je medijana za subskalu Fantazija iznosila 15, nizak skor se računao ispod ove vrednosti, a visok iznad 15. Iz tabele se može videti da je 75,4% doktora sa završenom Balint edukacijom imalo visok skor (preko 15) na subskali Fantazija, dok

je značajno manji broj lekara bez ove edukacije (33,6%) imao skor preko 15 sa visokom statističkom značajnošću ($\chi^2=32,38$, $p<0,001$).

Tabela 5. Distribucija ispitanika sa i bez Balint edukacije u odnosu na skorove subskale Empatijska brižnost

Grupa	Empatijska brižnost		Ukupno
	≤21 (nizak skor)	>21 (visok skor)	
Lekari bez Balint edukacije	94 (67,1%)	46 (32,9%)	140 (100%)
Lekari sa Balint edukacijom	15 (21,4%)	55 (78,6%)	70 (100%)
Ukupno	109 (51,9%)	101(48,1%)	210 (100%)

S obzirom da je medijana za subskalu Empatijska brižnost iznosila 21, nizak skor je predstavljen vrednostima ispod 21, a visok iznad ove vrednosti. Na osnovu tabele 5 se može zapaziti da je 78,6% lekara koji su završili Balint edukaciju postigli visok skor na subskali Empatijska brižnost u odnosu na 32,9% lekara bez pomenute edukacije sa statistički visoko značajnom razlikom ($\chi^2=39,07$; $p<0,001$).

Tabela 6. Distribucija ispitanika sa i bez Balint edukacije u odnosu na skorove subskale Lična nelagodnost

Grupa	Lična nelagodnost		Ukupno
	≤ 12 (nizak skor)	>12 (visok skor)	
Lekari bez Balint edukacije	82 (58,6%)	58 (41,4%)	140 (100%)

Lekari sa Balint edukacijom	40 (57,1%)	30 (42,9%)	70 (100%)
Ukupno	122 (58,1%)	88 (41,9%)	210 (100%)

Za ovu subskalnu medijana je iznosila 12, tako da su vrednosti ispod 12 predstavljale nizak, a vrednosti iznad 12, visok skor. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je 42,9% lekara sa Balint edukacijom imalo visok skor na ovoj subskali u odnosu na 41,4% lekara bez ove edukacije, ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=0,04$; $p=0,843$). To znači da na ovu subskalnu nije delovala Balint edukacija, tj. nema statistički značajne povezanosti između Balint edukacije i skora subskale Lična nelagodnost.

Tabela 7. Spearman-ova korelacija za subskale IRI

Subskale IRI	Zauzimanje tuđeg stanovišta	Fantazija	Empatijska brižnost
<i>Fantazija</i>			
koeficijent korelacije	0,499**		
p	<0,001		
N	209		
<i>Empatijska brižnost</i>			
koeficijent korelacije	0,628**	0,613**	
p	<0,001	<0,001	
N	210	209	
<i>Lična nelagodnost</i>			
	-0,065	0,177*	-0,012

koeficijent	0,347	0,010	0,863
korelacije	210	209	210
p			
N			

**Korelacija značajna na nivou 0,01.

*Korelacija značajna na nivou 0,05.

U tabeli 7 je prikazana *Spearman*-ova korelacija za sve četiri subskale IRI. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta korelirala sa subskalom Fantazija ($p < 0,001$) i subskalom Empatijska brižnost ($p < 0,001$). Subskala Fantazija je korelirala sa sve tri subskale (za „Zauzimanje tuđeg stanovišta“ $p < 0,001$, za „Empatijsku brižnost“ $< 0,001$; za „Ličnu nelagodnost“ $p = 0,010$). Subskala Empatijska brižnost je korelirala sa „Zauzimanjem tuđeg stanovišta“ ($p < 0,001$) i subskalom Fantazija ($p < 0,001$), dok je subskala Lična nelagodnost korelirala samo sa subskalom Fantazija ($p = 0,010$).

Tabela 8. Univarijantna logistička regresija za subskalau Zauzimanje tuđeg stanovišta

<i>Subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta</i>	OR	95%CI	p
-Variable			
Grupa (sa Balint edukacijom i bez edukacije)	0,35	0,19-0,63	0,001
Pol	1,22	0,59-2,51	0,587
Uzrast	1,03	1,00-1,06	0,031
Bračni status	0,58	0,34-1,02	0,058
-U braku			
-Nije u braku			

Roditeljski status -Da -Ne	0,52	0,29-0,93	0,028
Broj dece	0,97	0,58-1,62	0,896
Broj godina radnog iskustva	1,03	1,00-1,06	0,034
Broj godina radnog iskustva ≤20 godina >20 godina	2,33	1,34-4,07	0,003
Specijalizacija -Nema (lekar opšte medicine) -Ima (specijalista)	2,02	1,10-3,71	0,023
Subspecijalizacija -Da -Ne	0,55	0,13-2,38	0,428
Dodatna stručna edukacija -Da -Ne	0,46	0,27-0,81	0,007
Magisterijum -Da -Ne	1,55	0,49-4,91	0,454
Doktorat -Da -Ne	1,92	0,35-10,73	0,456
Dužina Balint edukacije -Do godinu dana	3,13	1,12-8,71	0,029

-Duže od godinu dana			
----------------------	--	--	--

Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je univarijantnom logističkom regresijom dobijena statistička značajnost za sledeće varijable: grupu, uzrast, roditeljski status, broj godina radnog iskustva, specijalizaciju, dodatnu stručnu edukaciju i dužinu Balint edukacije. Tačnije, lekari sa Balint edukacijom ($p=0,001$), stariji lekari ($p=0,031$), lekari roditelji ($p=0,028$), zatim oni sa dužim lekarskim stažom ($p=0,034$), sa stažom preko 20 godina ($p=0,003$), lekari specijalisti ($p=0,023$), oni sa dodatnom stručnom edukacijom ($p=0,007$) i oni koji su duže pohađali Balint edukaciju ($p=0,029$) su postigli veće skorove.

Tabela 9. Multivarijantna logistička regresija za subskalu Zauzimanje tuđeg stanovišta

<i>Subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta</i>	OR	95%CI	p
Grupa (Lekari sa i bez Balint edukacije)	2,81	1,34-5,91	0,006
Uzrast	1,03	0,95-1,12	0,506
Roditeljski status -Da -Ne	0,60	0,31-1,16	0,128
Broj godina radnog iskustva	1,00	0,93-1,09	0,927
Specijalizacija -Nema (lekar opšte medicine) -Ima (specijalista)	1,28	0,58-2,84	0,548

Dodatna stručna edukacija	0,69	0,35-1,37	0,293
-Da			
-Ne			

U tabeli 9 je prikazana multivarijantna logistička regresija za subskalu Zauzimanje tuđeg stanovišta. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da su naši rezultati pokazali da je jedini značajan prediktor bila Balint grupa. Rezultati su takođe pokazali da su članovi Balint grupe imali 2,8 puta veću šansu da postignu visoke skorove na ovoj subskali.

Tabela 10. Univarijantna logistička regresija za subskalu Fantazija

<i>Subskala Fantazija</i>	OR	95%CI	p
-Varijable			
Grupa (sa Balint edukacijom i bez edukacije)	0,17	0,09-0,32	<0,001
Pol	0,88	0,43-1,81	0,728
Uzrast	1,01	0,98-1,04	0,486
Bračni status	0,81	0,46-1,40	0,441
-U braku			
-Nije u braku			
Roditeljski status	0,94	0,53-1,68	0,840
-Da			
-Ne			
Broj dece	0,98	0,58-1,65	0,926
Broj godina radnog iskustva	1,01	0,98-1,04	0,474

Broj godina radnog iskustva ≤20 godina >20 godina	1,38	0,80-2,38	0,253
Specijalizacija -Nema (Lekar opšte medicine) -Ima (specijalista)	2,08	1,13-3,83	0,019
Subspecijalizacija -Da -Ne	0,29	0,06-1,46	0,132
Dodatna stručna edukacija -Da -Ne	0,32	0,18-0,56	<0,001
Magisterijum -Da -Ne	0,25	0,07-0,94	0,039
Doktorat -Da -Ne	0,17	0,02-1,50	0,112
Dužina edukacije -Do godinu dana -Duže od godinu dana	1,53	0,51-4,61	0,446

U tabeli 10 je prikazana univarijantna logistička regresija za subskalu Fantazija. Iz tabele se zapaža da je statistička značajnost postignuta za sledeće varijable: grupu, specijalizaciju, dodatnu stručnu edukaciju i magisterijum. Preciznije, lekari sa završenom Balint edukacijom ($p < 0,001$), specijalisti ($p = 0,019$), lekari sa dodatnom

stručnom edukacijom ($p < 0,001$) i magisterijumom ($p = 0,039$) su imali veću sposobnost zamišljanja hipotetičkih situacija.

Tabela 11. Multivarijantna logistička regresija za subskalu Fantazija

<i>Subskala Fantazija</i>	OR	95%CI	p
Grupa (Lekari sa i bez Balint edukacije)	4,99	2,29-10,85	<0,001
Specijalizacija -Nema (Lekar opšte medicine) -Ima (specijalista)	2,43	1,22-4,83	0,012
Dodatna stručna edukacija -Da -Ne	0,66	0,33-1,32	0,239
Magisterijum -Da -Ne	0,75	0,18-3,16	0,691

U tabeli 11 je prikazana multivarijantna logistička regresija za subskalu Fantazija. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da su se kao značajni prediktori u multivarijantnom logističkom regresionom modelu izdvojili Balint grupa i lekari specijalisti. Naši rezultati su dalje pokazali da su lekari sa Balint edukacijom imali 5, a lekari specijalisti 2,4 puta veću šansu da postignu visoke skorove na ovoj subskali.

Tabela 12. Univarijantna logistička regresija za subskalu Empatijska brižnost

<i>Subskala Empatijska brižnost</i>	OR	95%CI	p

-Varijable			
Grupa (sa Balint edukacijom i bez edukacije)	0,13	0,07-0,26	<0,001
Pol	1,19	0,58-2,46	0,630
Uzrast	1,00	0,97-1,03	0,973
Bračni status -U braku -Nije u braku	0,65	0,38-1,14	0,133
Roditeljski status -Da -Ne	0,70	0,39-1,24	0,219
Broj dece	1,24	0,74-2,09	0,409
Broj godina radnog iskustva	1,00	0,97-1,03	0,829
Broj godina radnog iskustva ≤20 godina >20 godina	1,15	0,67-1,99	0,610
Specijalizacija -Nema (Lekar opšte medicine) -Ima (specijalista)	1,35	0,75-2,45	0,321
Subspecijalizacija -Da -Ne	0,92	0,23-3,80	0,912
Dodatna stručna edukacija -Da -Ne	0,35	0,20-0,62	<0,001

Magisterijum -Da -Ne	0,26	0,07-0,96	0,044
Doktorat -Da -Ne	0,18	0,02-1,55	0,118
Dužina edukacije -Do godinu dana -Preko godinu dana	1,13	0,36-3,56	0,834

U tabeli 12 je prikazana univarijantna logistička regresija za subskalu Empatijska brižnost. Iz tabele se zapaža da je univarijantnom logističkom regresijom statistička značajnost postignuta za sledeće varijable: grupu ($p < 0,001$), dodatnu stručnu edukaciju ($p < 0,001$) i magisterijum ($p = 0,044$), tj. veće skorove su imali lekari sa Balint edukacijom, sa dodatnom stručnom i sa magisterijumom.

Tabela 13. Multivarijantna logistička regresija za subskalu Empatijska brižnost

<i>Subskala Empatijska brižnost</i>	OR	95%CI	p
Grupa (Lekari sa i bez Balint edukacije)	6,68	3,04-14,70	<0,001
Dodatna stručna edukacija -Da -Ne	0,88	0,43-1,80	0,731
Magisterijum -Da -Ne	0,71	0,16-3,05	0,640

Multivarijantna logistička regresija za subskalu Empatijska brižnost je prikazana u tabeli 13. Iz tabele se zapaža da se multivarijantnom logističkom regresijom kao jedini prediktor izdvojila Balint grupa ($p < 0,001$), tačnije, lekari sa Balint edukacijom su imali 6,7 puta veću šansu da postignu visoke skorove na subskali Empatijska brižnost.

Tabela 14. Univarijantna logistička regresija za subskalu Lična nelagodnost

<i>Subskala Lična nelagodnost</i>	OR	95%CI	p
-Varijable			
Grupa (sa Balint edukacijom i bez edukacije)	0,94	0,53-1,69	0,843
Pol	1,80	0,84-3,90	0,133
Uzrast	0,99	0,96-1,02	0,597
Bračni status	1,00	0,57-1,74	0,991
-U braku			
-Nije u braku			
Roditeljski status	0,84	0,47-1,52	0,569
-Da			
-Ne			
Broj dece	1,37	0,81-2,31	0,243
Broj godina radnog iskustva	0,99	0,96-1,02	0,537
Broj godina radnog iskustva	0,69	0,39-1,19	0,179
≤20 godina			
>20 godina			
Specijalizacija	0,50	0,27-0,90	0,021

-Nema (Lekar opšte medicine) -Ima (specijalista)			
Subspecijalizacija -Da -Ne	0,23	0,05-1,16	0,074
Dodatna stručna edukacija -Da -Ne	1,10	0,63-1,91	0,749
Magisterijum -Da -Ne	0,83	0,27-2,57	0,749
Doktorat -Da -Ne	1,46	0,26-8,14	0,668
Dužina edukacije -Do godinu dana -Duže od godinu dana	1,73	0,66-4,54	0,268

U tabeli 14 prikazana je univarijantna logistička regresija za subskalu Lična nelagodnost. Iz tabele se zapaža da je statistička značajnost postignuta samo za jednu varijablu-specijalizaciju ($p=0,021$). Preciznije, lekari bez specijalizacije su imali veću „Ličnu nelagodnost“ u odnosu na specijaliste. Za ovu subskalu nije rađena multipla logistička regresija jer je samo jedna varijabla bila značajna.

Tabela 15. Spearman-ov koeficijent korelacije dužine Balint edukacije i skorova na subskali Zauzimanje tuđeg stanovišta

Subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta	Broj lekara sa završenom Balint edukacijom N	<i>Spearman</i> -ov koeficijent korelacije rs	p
	70	0,331	0,005

Spearman-ova korelacija za subskalnu Zauzimanje tuđeg stanovišta je prikazana u tabeli 15. *Spearman*-ova korelacija je pokazala da postoji statistički značajna osrednja pozitivna povezanost između dužine Balint edukacije (broja godina) i skora na subskali Zauzimanje tuđeg stanovišta ($rs=0,331$; $p=0,005$). Koeficijent korelacije je izračunat za ispitanike koji su bili na Balint edukaciji.

Tabela 16. Distribucija lekara sa Balint edukacijom i bez Balint edukacije u odnosu na dimenziju Emocionalna iscrpljenost

Dimenzija Emocionalna iscrpljenost	Lekari sa Balint edukacijom N (%)	Lekari bez Balint edukacije N (%)	Ukupno N (%)
Niska	56 (80,0)	48 (34,3)	104 (49,5)
Umerena	9 (12,9)	29 (20,7)	38 (18,1)
Visoka	5 (7,1)	63 (45,0)	68 (32,4)
Ukupno	70 (100)	140 (100)	210 (100)

U tabeli 16 prikazana je distribucija lekara koji su završili Balint edukaciju i lekara koji nisu u odnosu na prisustvo „Emocionalne iscrpljenosti“. U kategoriji lekara koji nisu završili Balint edukaciju, visoka „Emocionalna iscrpljenost“ je bila prisutna kod 63 (45%), dok je kod lekara sa završenom edukacijom bila prisutna kod manjeg broja, tj. kod 5 (7,1%) sa statistički visoko značajnom razlikom ($\chi^2=41,94$; $p<0,001$).

Tabela 17. Distribucija ispitanika sa i bez Balint edukacije u odnosu na dimenziju Depersonalizacija

Dimenzija Depersonalizacija	Lekari sa Balint edukacijom N (%)	Lekari bez Balint edukacije N (%)	Ukupno N (%)
Niska	64 (94,1)	87 (62,1)	151 (72,6)
Umerena	1 (1,5)	25 (17,9)	26 (12,5)
Visoka	3 (4,4)	28 (20,0)	31 (14,9)
Ukupno	68 (100)	140 (100)	208 (100)

U tabeli 17 prikazana je distribucija lekara koji su bili članovi Balint grupe i lekara koji nisu u odnosu na prisustvo „Depersonalizacije“. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je visok nivo „Depersonalizacije“ prisutan kod 3 (4,4%) ispitanika sa Balint edukacijom, dok je u grupi lekara bez ove edukacije procenat znatno veći, tj. 28 (20%) sa statistički visoko značajnom razlikom ($\chi^2= 23,74$; $p<0,001$).

Tabela 18. Distribucija ispitanika sa Balint edukacijom i bez Balint edukacije u odnosu na dimenziju Smanjena lična profesionalna ostvarenost

Dimenzija Smanjena lična profesionalna ostvarenost	Lekari koji su završili Balint edukaciju N (%)	Lekari koji nisu završili Balint edukaciju N (%)	Ukupno N (%)
Nisko	61 (87,1)	69 (49,3)	130 (61,9)
Umereno	4 (5,7)	41 (29,3)	45 (21,4)
Visoko	5 (7,1)	30 (21,4)	35 (16,7)
Ukupno	70 (100)	140 (100)	210 (100)

U tabeli 18 prikazana je distribucija lekara koji su završili Balint edukaciju i lekara koji nisu pohađali istu u odnosu na „Smanjenu ličnu profesionalnu ostvarenost“. Iz tabelarnog prikaza se može izvesti zaključak da je doživljaj niske

„Lične profesionalne ostvarenosti“ bio prisutan kod 5 (7,1%) lekara iz kategorije Balinta, dok je isti bio prisutan kod 30 (21,4%) lekara iz druge grupe sa statistički visoko značajnom razlikom ($\chi^2= 28,62$; $p<0,001$).

Tabela 19. Distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“

Dimenzija Emocionalna iscrpljenost	Pol		Ukupno
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska	25 (69,4)	79 (45,4)	104 (49,5)
Umerena	2 (5,6)	36 (20,7)	38 (18,1)
Visoka	9 (25,0)	59 (33,9)	68 (32,4)
Ukupno	36 (100)	174 (100)	210 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika po polu u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“, zapaženo je da je visoka „Emocionalna iscrpljenost“ bila zastupljenija kod ženskih ispitanika (33,9%:25%) sa statistički značajnom razlikom ($\chi^2=7,99$; $p=0,018$).

Tabela 20. Distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Depersonalizacije“

Dimenzija Depersonalizacija	Pol		Ukupno
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska	27 (77,1)	124 (71,7)	151 (72,6)
Umerena	2 (5,7)	24 (13,9)	26 (12,5)
Visoka	6 (17,1)	25 (14,5)	31 (14,9)
Ukupno	35 (100)	173 (100)	208 (100)

Distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Depersonalizacije“ je prikazana u tabeli 20. Primećeno je da je visoka „Depersonalizacija“ bila prisutna kod

većeg procenta muškaraca u poređenju sa ženama (17,1%:14,5%), ali statistički značajna razlika nije nađena ($\chi^2=1,81$; $p=0,404$).

Tabela 21. Distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“

Dimenzija Smanjena lična profesionalna ostvarenost	Pol		Ukupno N (%)
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	
Nisko	21 (58,3)	109 (62,6)	130 (61,9)
Umereno	5 (13,9)	40 (23,0)	45 (21,4)
Visoko	10 (27,8)	25 (14,4)	35 (16,7)
Ukupno	36 (100)	174 (100)	210 (100)

U tabeli 21 je prikazana distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti“ bio prisutan kod većeg procenta muških u odnosu na ženske ispitanike (27,8%:14,4%), ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=4,46$; $p=0,107$).

Tabela 22. Distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“ među lekarima koji su završili Balint edukaciju i među onima koji nisu

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Pol		Ukupno N (%)
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	10 (90,9)	46 (78,0)	56 (80,0)

Umerena „Emocionalna iscrpljenost”	1 (9,1)	8 (13,6)	9 (12,9)
Visoka „Emocionalna iscrpljenost”	0 (0,0)	5 (8,5)	5 (7,1)
Ukupno	11 (100)	59 (100)	70 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Pol		Ukupno N (%)
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	
Niska „Emocionalna iscrpljenost”	15 (60,0)	33 (28,7)	48 (34,3)
Umerena „Emocionalna iscrpljenost”	1 (4,0)	28 (24,3)	29 (20,7)
Visoka „Emocionalna iscrpljenost”	9 (36,0)	54 (47,0)	63 (45,0)
Ukupno	25 (100)	115 (100)	140 (100)

Distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti” među lekarima koji su završili Balint edukaciju i među onima koji nisu, prikazana je u tabeli 22. Zapaža se da je visoka „Emocionalna iscrpljenost” bila prisutnija kod lekara ženskog pola u obe grupe (8,5%:0,0% u korist lekara ženskog pola u grupi koja je završila Balint edukaciju i 47%:36% u grupi koja nije). Međutim, statistička značajnost nije nađena među lekarima koji su završili pomenutu edukaciju ($\chi^2=1,27$; $p=0,530$), dok je u grupi bez pomenute edukacije zapažena statistički visoko značajna razlika ($\chi^2=10,52$; $p=0,005$).

Tabela 23. Distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Depersonalizacije” među lekarima koji su završili Balint edukaciju i među onima koji nisu

<i>Lekari koji su završili Balint edukaciju</i>	Pol		Ukupno
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Depersonalizacija”	10 (100)	54 (93,1)	64 (94,1)
Umerena „Depersonalizacija”	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,5)
Visoka „Depersonalizacija”	0 (0,0)	3 (5,2)	3 (4,4)
Ukupno	10 (100)	58 (100)	68 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Pol		Ukupno
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Depersonalizacija”	17 (68,0)	70 (60,9)	87 (62,1)
Umerena „Depersonalizacija”	2 (8,0)	23 (20,0)	25 (17,9)
Visoka „Depersonalizacija”	6 (24,0)	22 (19,1)	28 (20,0)
Ukupno	25 (100)	115 (100)	140 (100)

Distribucija ispitanika po polu u odnosu na nivo „Depersonalizacije” među lekarima koji su završili Balint edukaciju i među onima koji nisu završili je prikazana u tabeli 23. Visok nivo „Depersonalizacije” u grupi lekara koji su završili Balint edukaciju je bio prisutan samo među ženskim ispitanicima, dok kod muškog pola nije bio nađen (5,2%:0%), ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=0,73$; $p=0,693$). U drugoj grupi je visoka „Depersonalizacija” bila nađena kod većeg procenta muškaraca u odnosu na žene (24%:19,1%), ali statistički značajna razlika nije nađena ($\chi^2=2,07$; $p=0,356$).

Tabela 24. Distribucija ispitanika po polu u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti” među lekarima koji su završili Balint edukaciju i među lekarima koji je nisu završili

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Pol		Ukupno
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	10 (90,9)	51 (86,4)	61 (87,1)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	1 (9,1)	3 (5,1)	4 (5,7)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	0 (0,0)	5 (8,5)	5 (7,1)
Ukupno	11 (100)	59 (100)	70 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Pol		Ukupno
	Muški	Ženski	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	11 (44,0)	58 (50,4)	69 (49,3)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	4 (16,0)	37 (32,2)	41 (29,3)

Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	10 (40,0)	20 (17,4)	30 (21,4)
Ukupno	25 (100)	115 (100)	140 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika po polu u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti” među lekarima koji su završili Balint edukaciju i među lekarima koji je nisu završili je prikazana u tabeli 24. U Balint kategoriji doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti” je bio prisutan kod 8,5% lekara ženskog pola, dok ga kod muškog pola uopšte nije bilo, ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=1,21$; $p=0,545$). U kategoriji lekara bez Balint edukacije doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti” je bio prisutan kod 40% muških, a kod 17,4% ženskih ispitanika, sa statističkom značajnošću ($\chi^2=6,91$; $p=0,032$).

Tabela 25. Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti”

Dimenzija Emocionalna iscrpljenost	Bračni status		Ukupno N (%)
	U braku	Nije u braku	
	N (%)	N (%)	
Niska	58 (46,8)	46 (53,5)	104 (49,5)
Umerena	25 (20,2)	13 (15,1)	38 (18,1)
Visoka	41 (33,1)	27 (31,4)	68 (32,4)
Ukupno	124 (100)	86 (100)	210 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti”, zapaženo je da je među lekarima koji su bili u braku, visoku „Emocionalnu iscrpljenost” imalo 33,1%, a kod lekara koji nisu 31,4%, ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=1,22$; $p=0,543$).

Tabela 26. Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na nivo „Depersonalizacije“

Dimenzija Depersonalizacija	Bračni status		Ukupno
	U braku	Nije u braku	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska	92 (74,8)	59 (69,4)	151 (72,6)
Umerena	18 (14,6)	8 (9,4)	26 (12,5)
Visoka	13 (10,6)	18 (21,2)	31 (14,9)
Ukupno	123 (100)	85 (100)	208 (100)

Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na nivo „Depersonalizacije“ je prikazana u tabeli 26. U grupi lekara koji nisu bili u braku, visoka „Depersonalizacija“ je bila zastupljenija (21,2%) u poređenju sa grupom lekara koji su bili u bračnoj zajednici (10,6%), ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=5,09$; $p=0,078$).

Tabela 27. Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“

Dimenzija Smanjena lična profesionalna ostvarenost	Bračni status		Ukupno
	U braku	Nije u braku	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	83 (66,9)	47 (54,7)	130 (61,9)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	26 (21,0)	19 (22,1)	45 (21,4)

Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	15 (12,1)	20 (23,3)	35 (16,7)
Ukupno	124 (100)	86 (100)	210 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“, zapaženo je da je među lekarima koji nisu bili u braku veći procenat sa doživljajem niske „Lične profesionalne ostvarenosti“ (23,3%), u odnosu na lekare koji su bili u bračnoj zajednici (12,1%), ali statistička značajnost nije nađena ($\chi^2=5,06$; $p=0,080$).

Tabela 28. Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“ među lekarima sa i bez Balint edukacije

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Bračni status		Ukupno
	U braku	Nije u braku	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	34 (81,0)	22 (78,6)	56 (80,0)
Umerena „Emocionalna iscrpljenost“	5 (11,9)	4 (14,3)	9 (12,9)
Visoka „Emocionalna iscrpljenost“	3 (7,1)	2 (7,1)	5 (7,1)
Ukupno	42 (100)	28 (100)	70 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Bračni status		Ukupno
	U braku	Nije u braku	

	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	24 (29,3)	24 (41,4)	48 (34,3)
Umerena „Emocionalna iscrpljenost“	20 (24,4)	9 (15,5)	29 (20,7)
Visoka „Emocionalna iscrpljenost“	38 (46,3)	25 (43,1)	63 (45,0)
Ukupno	82 (100)	58 (100)	140 (100)

Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“ među lekarima sa i bez Balint edukacije je prikazana u tabeli 28. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je u grupi lekara koji su završili Balint edukaciju visoka „Emocionalna iscrpljenost“ bila prisutna kod istog procenta ispitanika koji su bili u braku i onih koji nisu (7,1%:7,1%), bez statističke značajnosti ($p=0,958$). U grupi bez edukacije visoka „Emocionalna iscrpljenost“ je bila zastupljenija kod ispitanika koji su bili u braku u odnosu na one koji nisu (46,3%:43,1%), ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=2,82$; $p=0,244$).

Tabela 29. Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na nivo „Depersonalizacije“ među lekarima sa i bez Balint edukacije

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Bračni status		Ukupno
	U braku	Nije u braku	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Depersonalizacija“	39 (95,1)	25 (92,6)	64 (94,1)
Umerena „Depersonalizacija“	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (1,5)

Visoka „Depersonalizacija“	1 (2,4)	2 (7,4)	3 (4,4)
Ukupno	41 (100)	27 (100)	68 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Bračni status		Ukupno
	U braku	Nije u braku	N (%)
	N (%)	N (%)	
Niska „Depersonalizacija“	53 (64,6)	34 (58,6)	87 (62,1)
Umerena „Depersonalizacija“	17 (20,7)	8 (13,8)	25 (17,9)
Visoka „Depersonalizacija“	12 (14,6)	16 (27,6)	28 (20,0)
Ukupno	82 (100)	58 (100)	140 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na nivo „Depersonalizacije“ među lekarima sa i bez Balint edukacije, zapaženo je da je u obe grupe lekara visok nivo „Depersonalizacije“ bio ustanovljen kod većeg broja lekara koji nisu u braku u odnosu na lekare koji su oženjeni/udati (u Balint kategoriji 7,4%:2,4%, a u kategoriji bez Balint edukacije 27,6%:14,6%), ali bez statističke značajnosti i u prvoj ($p=0,454$) i u drugoj grupi ($p=0,138$).

Tabela 30. Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“ među lekarima sa i bez Balint edukacije

<i>Lekari koji su završili Balint edukaciju</i>	Bračni status		Ukupno
	U braku	Nije u braku	N (%)
	N (%)	N (%)	

Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	40 (95,2)	21 (75,0)	61 (87,1)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	1 (2,4)	3 (10,7)	4 (5,7)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	1 (2,4)	4 (14,3)	5 (7,1)
Ukupno	42 (100)	28 (100)	70 (100)
<i>Lekari koji nisu završili Balint edukaciju</i>	Bračni status		Ukupno
	U braku	Nije u braku	N (%)
	N (%)	N (%)	
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	43 (52,4)	26 (44,8)	69 (49,3)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	25 (30,5)	16 (27,6)	41 (29,3)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	14 (17,1)	16 (27,6)	30 (21,4)
Ukupno	82 (100)	58 (100)	140 (100)

Distribucija ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti” među lekarima sa i bez Balint edukacije je prikazana u tabeli 30. Iz tabele se zapaža da je doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti” bio prisutan kod većeg broja lekara koji nisu u braku u poređenju sa

onima koji jesu (u prvoj grupi 14,3%:2,4%, a u drugoj 27,6%:17,1%), sa statističkom značajnošću u prvoj ($p=0,046$), a bez statističke značajnosti u drugoj grupi ($p=0,325$).

Tabela 31. Distribucija ispitanika u odnosu na uzrast među lekarima koji su završili Balint edukaciju i onima koji nisu završili

	Broj ispitanika	Uzrast (godine)		
		Medijana	Minimalna vrednost	Maksimalna vrednost
Svi ispitanici	210	51	30	65
Lekari sa Balint edukacijom	70	48,5	30	62
Lekari bez Balint edukacije	140	52	30	65

U tabeli 31 je prikazana distribucija ispitanika u odnosu na uzrast među lekarima koji su završili Balint edukaciju i onima koji nisu završili. Rezultati su pokazali da su doktori iz grupe bez Balint edukacije bili nešto stariji (srednja vrednost 52) od doktora koji su pohađali Balint edukaciju (srednja vrednost 48,5).

Tabela 32. Distribucija ispitanika uzrasta do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“

Dimenzija Emocionalna iscrpljenost	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska	62 (59,6)	42 (39,6)	104 (49,5)
Umerena	13 (12,5)	25 (23,6)	38 (18,1)

Visoka	29 (27,9)	39 (36,8)	68 (32,4)
Ukupno	104 (100)	106 (100)	210 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika uzrasta do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“, zapaženo je da je među lekarima starim preko 50 godina bila zastupljenija visoka „Emocionalna iscrpljenost“ (36,8%) u poređenju sa mlađim lekarima (27,9%) sa statistički značajnom razlikom ($\chi^2=9,09$; $p=0,011$).

Tabela 33. Distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na nivo „Depersonalizacije“

Dimenzija Depersonalizacija	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska	78 (75,7)	73 (69,5)	151 (72,6)
Umerena	8 (7,8)	18 (17,1)	26 (12,5)
Visoka	17 (16,5)	14 (13,3)	31 (14,9)
Ukupno	103 (100)	105 (100)	208 (100)

Distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na nivo „Depersonalizacije“ je prikazana u tabeli 33. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je visok nivo „Depersonalizacije“ bio prisutan kod većeg broja lekara mlađih od 50 godina (16,5%), u odnosu na starije lekare (13,3%), ali statistički značajna razlika nije nađena ($\chi^2=4,28$; $p=0,117$).

Tabela 34. Distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“

Dimenzija Smanjena lična	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	

profesionalna ostvarenost	N (%)	N (%)	N (%)
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	67 (64,4)	63 (59,4)	130 (61,9)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	18 (17,3)	27 (25,5)	45 (21,4)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	19 (18,3)	16 (15,1)	35 (16,7)
Ukupno	104 (100)	106 (100)	210 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“, zapaženo je da je ovaj doživljaj bio zastupljeniji u grupi mlađih lekara (18,3%) u odnosu na starije (15,1%), ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=2,16$; $p=0,339$).

Tabela 35. Distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“ lekara sa Balint edukacijom i bez Balint edukacije

<i>Lekari koji su završili Balint edukaciju</i>	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	36 (83,7)	20 (74,1)	56 (80,0)
Umerena „Emocionalna iscrpljenost“	3 (7,0)	6 (22,2)	9 (12,9)

Visoka „Emocionalna iscrpljenost“	4 (9,3)	1 (3,7)	5 (7,1)
Ukupno	43 (100)	27 (100)	70 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	N (%)
	N (%)	N (%)	
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	26 (42,6)	22 (27,8)	48 (34,3)
Umerena „Emocionalna iscrpljenost“	10 (16,4)	19 (24,1)	29 (20,7)
Visoka „Emocionalna iscrpljenost“	25 (41,0)	38 (48,1)	63 (45,0)
Ukupno	61 (100)	79 (100)	140 (100)

Distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“ lekara sa Balint edukacijom i bez Balint edukacije je prikazana u tabeli 35. Rezultati su pokazali da kada je u pitanju uzrast ispitanika, visoka „Emocionalna iscrpljenost“ u grupi lekara sa završenom Balint edukacijom je bila zastupljenija kod mlađih lekara u odnosu na starije (9,3%:3,7%, $\chi^2=3,92$; $p=0,141$), dok je u grupi bez edukacije suprotno (48,1%:41%, $\chi^2=3,55$; $p=0,169$), u korist starijih lekara, ali statistički značajna razlika nije nađena ni u jednoj grupi.

Tabela 36. Distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na nivo „Depersonalizacije” lekara sa Balint edukacijom i bez Balint edukacije

<i>Lekari koji su završili Balint edukaciju</i>	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Depersonalizacija”	40 (95,2)	24 (92,3)	64 (94,1)
Umerena „Depersonalizacija”	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (1,5)
Visoka „Depersonalizacija”	2 (4,8)	1 (3,8)	3 (4,4)
Ukupno	42 (100)	26 (100)	68 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Depersonalizacija”	38 (62,3)	49 (62,0)	87 (62,1)
Umerena „Depersonalizacija”	8 (13,1)	17 (21,5)	25 (17,9)
Visoka „Depersonalizacija”	15 (24,6)	13 (16,5)	28 (20,0)
Ukupno	61 (100)	79 (100)	140 (100)

U tabeli 36 je prikazana distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na nivo „Depersonalizacije” lekara sa Balint edukacijom i bez Balint edukacije. Na osnovu rezultata je ustanovljeno da je visoka „Depersonalizacija” bila zastupljenija kod mlađih lekara i u grupi lekara koja je završila pomenutu edukaciju (4,8%:3,8%, $\chi^2=1,66$; $p=0,436$) i kod onih koji nisu (24,6%:16,5%, $\chi^2=2,50$; $p=0,286$), ali statistički značajna razlika nije nađena.

Tabela 37. Distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“ lekara sa Balint edukacijom i bez Balint edukacije

<i>Lekari koji su završili Balint edukaciju</i>	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	36 (83,7)	25 (92,6)	61 (87,1)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	3 (7,0)	1 (3,7)	4 (5,7)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	4 (9,3)	1 (3,7)	5 (7,1)
Ukupno	43 (100)	27 (100)	70 (100)
<i>Lekari koji nisu završili Balint edukaciju</i>	Uzrast		Ukupno
	Do 50 godina	Preko 50 godina	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	31 (50,8)	38 (48,1)	69 (49,3)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	15 (24,6)	26 (32,9)	41 (29,3)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	15 (24,6)	15 (19,0)	30 (21,4)

Ukupno	61 (100)	79 (100)	140 (100)
--------	----------	----------	-----------

Distribucija ispitanika do 50 i preko 50 godina starosti u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti” lekara sa Balint edukacijom i bez Balint edukacije je prikazana u tabeli 37. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti” bio zastupljeniji kod mlađih lekara i u grupi koja je pohađala Balint edukaciju (9,3%:3,7%, $\chi^2=1,19$; $p=0,552$) i u grupi koja nije (24,6%:19%, $\chi^2=1,37$; $p=0,504$), ali bez statističke značajnosti u obe grupe.

Tabela 38. Distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti”

Dimenzija Emocionalna iscrpljenost	Broj godina radnog iskustva		Ukupno N (%)
	Do 20 godina	Preko 20 godina	
	N (%)	N (%)	
Niska	54 (54,5)	49 (44,5)	103 (49,3)
Umerena	15 (15,2)	23 (20,9)	38 (18,2)
Visoka	30 (30,3)	38 (34,5)	68 (32,5)
Ukupno	99 (100)	110 (100)	209 (100)

U tabeli 38 je prikazana distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na „Emocionalnu iscrpljenost”. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da je visoka „Emocionalna iscrpljenost” bila zastupljenija kod lekara sa dužim (34,5%), u odnosu na lekare sa kraćim radnim stažom (30,3%), ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=2,30$; $p=0,317$).

Tabela 39. Distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na nivo „Depersonalizacije”

Dimenzija Depersonalizacija	Broj godina radnog iskustva		Ukupno
	Do 20 godina	Preko 20 godina	

	N (%)	N (%)	N (%)
Niska	74 (75,5)	76 (69,7)	150 (72,5)
Umerena	7 (7,1)	19 (17,4)	26 (12,6)
Visoka	17 (17,3)	14 (12,8)	31 (15,0)
Ukupno	98 (100)	109 (100)	207 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na nivo „Depersonalizacije“, primećeno je da je visok nivo „Depersonalizacije“ bio nađen kod 17,3% mlađih lekara, a kod 12,8% starijih, ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=5,29$; $p=0,071$).

Tabela 40. Distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“

Dimenzija	Broj godina radnog iskustva		Ukupno N (%)
	Do 20 godina	Preko 20 godina	
	N (%)	N (%)	
Smanjena lična profesionalna ostvarenost			
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	61 (61,6)	69 (62,7)	130 (62,2)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	17 (17,2)	27 (24,5)	44 (21,1)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	21 (21,2)	14 (12,7)	35 (16,7)
Ukupno	99 (100)	110 (100)	209 (100)

U tabeli 40 je prikazana distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“. Rezultati su pokazali da je u kategoriji lekara sa radnim iskustvom do 20 godina, doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti“ bio prisutan kod 21,2%, dok je u kategoriji lekara sa stažom od preko 20 godina bio zastupljen kod 12,7%, ali bez statistički značajne razlike ($\chi^2=3,60$; $p=0,166$).

Tabela 41. Distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“ među lekarima sa i bez Balint edukacije

<i>Lekari sa završenom Balint edukacijom</i>	Broj godina radnog iskustva		Ukupno N (%)
	Do 20 godina	Preko 20 godina	
	N (%)	N (%)	
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	33 (82,5)	22 (75,9)	55 (79,7)
Umerena „Emocionalna iscrpljenost“	3 (7,5)	6 (20,7)	9 (13,0)
Visoka „Emocionalna iscrpljenost“	4 (10,0)	1 (3,4)	5 (7,2)
Ukupno	40 (100)	29 (100)	69 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Broj godina radnog iskustva		Ukupno N (%)
	Do 20 godina	Preko 20 godina	
	N (%)	N (%)	
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	21 (35,6)	27 (33,3)	48 (34,3)

Umerena „Emocionalna iscrpljenost“	12 (20,3)	17 (21,0)	29 (20,7)
Visoka „Emocionalna iscrpljenost“	26 (44,1)	37 (45,7)	63 (45,0)
Ukupno	59 (100)	81 (100)	140 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“ među lekarima sa i bez Balint edukacije, zapaženo je da je u kategoriji lekara sa završenom Balint edukacijom, visoka „Emocionalna iscrpljenost“ bila zastupljenija među lekarima sa kraćim radnim stažom u odnosu na lekare sa dužim (10%:3,4%, ($\chi^2=3,33$; $p=0,189$), dok je u kategoriji lekara bez Balint edukacije visoka „Emocionalna iscrpljenost“ bila zastupljenija među lekarima sa radnim iskustvom preko 20 godina u odnosu na lekare sa kraćim radnim iskustvom (45,7%:44,1; $\chi^2=0,077$; $p=0,962$), ali statistička značajnost nije nađena ni u jednoj grupi.

Tabela 42. Distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na nivo „Depersonalizacije“ među lekarima sa i bez Balint edukacije

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Broj godina radnog iskustva		Ukupno
	Do 20 godina	Preko 20 godina	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Depersonalizacija“	37 (94,9)	26 (92,9)	63 (94,0)
Umerena „Depersonalizacija“	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (1,5)
Visoka „Depersonalizacija“	2 (5,1)	1 (3,6)	3 (4,5)
Ukupno	39 (100)	28 (100)	67 (100)

<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Broj godina radnog iskustva		Ukupno N (%)
	Do 20 godina	Preko 20 godina	
	N (%)	N (%)	
Niska „Depersonalizacija“	37 (62,7)	50 (61,7)	87 (62,1)
Umerena „Depersonalizacija“	7 (11,9)	18 (22,2)	25 (17,9)
Visoka „Depersonalizacija“	15 (25,4)	13 (16,0)	28 (20,0)
Ukupno	59 (100)	81 (100)	140 (100)

U tabeli 42 je prikazana distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na nivo „Depersonalizacije“ među lekarima sa i bez Balint edukacije. Na osnovu rezultata istraživanja, primećeno je da je u grupi lekara sa Balint iskustvom, među lekarima sa radnim stažom do 20 godina, visok nivo „Depersonalizacije“ bio prisutan kod 5,1%, a kod lekara sa stažom preko 20 godina, kod 3,6%, ali statistički značajna razlika nije nađena ($\chi^2=1,49$; $p=0,475$). Što se tiče druge grupe, i kod nje je visoka „Depersonalizacija“ bila zastupljenija kod mlađih lekara (25,4%), a kod starijih 16%, ali takođe bez statističke značajnosti ($\chi^2=3,56$; $p=0,169$).

Tabela 43. Distribucija ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“ među lekarima sa i bez Balint edukacije

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Broj godina radnog iskustva		Ukupno N (%)
	Do 20 godina	Preko 20 godina	
	N (%)	N (%)	
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	33 (82,5)	28 (96,6)	61 (88,4)

Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	3 (7,5)	0 (0,0)	3 (4,3)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	4 (10,0)	1 (3,4)	5 (7,2)
Ukupno	40 (100)	29 (100)	69 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Broj godina radnog iskustva		Ukupno N (%)
	Do 20 godina	Preko 20 godina	
	N (%)	N (%)	
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	28 (47,5)	41 (50,6)	69 (49,3)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	14 (23,7)	27 (33,3)	41 (29,3)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	17 (28,8)	13 (16,0)	30 (21,4)
Ukupno	59 (100)	81 (100)	140 (100)

Analizirajući distribuciju ispitanika sa radnim stažom do 20 i preko 20 godina u odnosu na doživljaj „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti” među lekarima sa i bez Balint edukacije, zapaženo je da je u grupi mlađih lekara sa završenom Balint edukacijom doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti” bio prisutan kod 10% lekara sa radnim iskustvom do 20 godina, dok je isti bio prisutan kod 3,4% starijih, ali bez statistički značajne razlike ($\chi^2=3,55;p=0,170$). U grupi doktora bez Balint edukacije je takođe doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti” bio zastupljeniji kod

mlađih lekara u odnosu na starije (28,8%:16%), ali statistički značajna razlika nije nađena ($\chi^2=3,74$; $p=0,154$).

Tabela 44. Distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“

Dimenzija Emocionalna iscrpljenost	Specijalnost		Ukupno N (%)
	Lekari opšte medicine	Specijalisti	
	N (%)	N (%)	
Niska	28 (44,4)	76 (51,7)	104 (49,5)
Umerena	11 (17,5)	27 (18,4)	38 (18,1)
Visoka	24 (38,1)	44 (29,9)	68 (32,4)
Ukupno	63 (100)	147 (100)	210 (100)

U tabeli 44 je prikazana distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“. Rezultati su pokazali da je visoka „Emocionalna iscrpljenost“ bila zastupljenija među lekarima opšte medicine (38,1%), u odnosu na specijaliste (29,9%), ali bez statističke značajnosti ($\chi^2=1,40$; $p=0,497$).

Tabela 45. Distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Depersonalizacije“

Depersonalizacija	Specijalnost		Ukupno N (%)
	Lekari opšte medicine	Specijalisti	
	N (%)	N (%)	
Niska	40 (64,5)	111 (76,0)	151 (72,6)
Umerena	6 (9,7)	20 (13,7)	26 (12,5)
Visoka	16 (25,8)	15 (10,3)	31 (14,9)
Ukupno	62 (100)	146 (100)	208 (100)

Distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Depersonalizacije” je prikazana u tabeli 45. Iz tabelarnog prikaza se jasno vidi da kada je u pitanju „Depersonalizacija”, visok nivo je bio pronađen kod 25,8% lekara opšte medicine, a kod 10,3% specijalista, sa statistički značajnom razlikom ($\chi^2=8,40$; $p=0,015$).

Tabela 46. Distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti”

Dimenzija	Specijalnost		Ukupno
	Lekari opšte medicine	Specijalisti	
	N (%)	N (%)	N (%)
Smanjena lična profesionalna ostvarenost			
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	32 (50,8)	98 (66,7)	130 (61,9)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	13 (20,6)	32 (21,8)	45 (21,4)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	18 (28,6)	17 (11,6)	35 (16,7)
Ukupno	63 (100)	147 (100)	210 (100)

Analizirajući distribuciju lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti”, zapaženo je da je doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti” bio zastupljeniji među lekarima opšte medicine (28,6%), nego među specijalistima (11,6%), sa statistički visoko značajnom razlikom ($\chi^2=9,47$; $p=0,009$).

Tabela 47. Distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti“ među lekarima sa i bez Balint edukacije

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Specijalnost		Ukupno
	Lekari opšte medicine	Specijalisti	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	16 (28,6)	40 (71,4)	56 (100)
Umerena „Emocionalna iscrpljenost“	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (100)
Visoka „Emocionalna iscrpljenost“	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100)
Ukupno	21 (30,0)	49 (70,0)	70 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Specijalnost		Ukupno
	Lekari opšte medicine	Specijalisti	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Emocionalna iscrpljenost“	12 (25,0)	36 (75,0)	48 (100)
Umerena „Emocionalna iscrpljenost“	10 (34,5)	19 (65,5)	29 (100)

Visoka „Emocionalna iscrpljenost”	20 (31,7)	43 (68,3)	63 (100)
Ukupno	42 (30,0)	98 (70,0)	140 (100)

U tabeli 47 je prikazana distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Emocionalne iscrpljenosti” među lekarima sa i bez Balint edukacije. Rezultati su pokazali da je među lekarima sa visokom „Emocionalnom iscrpljenošću”, koji su pripadali kategoriji sa završenom edukacijom, 80% bilo bez specijalizacije tj. lekari opšte medicine, a 20% su bili specijalisti, sa statistički značajnom razlikom ($\chi^2=7,54$; $p=0,023$). U grupi bez edukacije je bila obrnuta situacija, tj. među lekarima sa visokom „Emocionalnom iscrpljenošću”, veći procenat je bio među specijalistima, nego među lekarima opšte medicine (68,3%:31,7%), ali statistički značajna razlika nije nađena ($\chi^2=0,94$; $p=0,625$).

Tabela 48. Distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Depersonalizacije” među lekarima koji su završili Balint edukaciju i među onima koji nisu

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Specijalnost		Ukupno
	Lekari opšte medicine	Specijalisti	
	N (%)	N (%)	N (%)
Niska „Depersonalizacija”	18 (28,1)	46 (71,9)	64 (100)
Umerena „Depersonalizacija”	0 (0,0)	1 (100)	1 (100)
Visoka „Depersonalizacija”	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)
Ukupno	20 (29,4)	48 (70,6)	68 (100)
	Specijalnost		Ukupno

<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Lekari opšte medicine N (%)	Specijalisti N (%)	N (%)
Niska „Depersonalizacija“	22 (25,3)	65 (74,7)	87 (100)
Umerena „Depersonalizacija“	6 (24,0)	19 (76,0)	25 (100)
Visoka „Depersonalizacija“	14 (50,0)	14 (50,0)	28 (100)
Ukupno	42 (30,0)	98 (70,0)	140 (100)

Distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Depersonalizacije“ među lekarima koji su završili Balint edukaciju i među onima koji nisu je prikazana u tabeli 48. Iz rezultata tabele se može zaključiti da je u kategoriji lekara sa Balint grupnim iskustvom, sa visokom „Depersonalizacijom“ bilo 66,7% lekara opšte medicine i 33,3% specijalista, ali statistički značajna razlika nije nađena ($\chi^2=2,47$; $p=0,290$). U grupi lekara bez edukacije je bio jednak broj lekara opšte medicine i specijalista koji su bili visoko depersonalizovani, po 50% uz statistički značajnu razliku ($\chi^2=6,68$; $p=0,035$).

Tabela 49. Distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“ među lekarima sa i bez Balint edukacije

<i>Lekari sa Balint edukacijom</i>	Specijalnost		Ukupno
	Lekari opšte medicine	Specijalisti	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost“	15 (24,6)	46 (75,4)	61 (100)

Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (100)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100)
Ukupno	21 (30,0)	49 (70,0)	70 (100)
<i>Lekari bez Balint edukacije</i>	Specijalnost		Ukupno
	Lekari opšte medicine	Specijalisti	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nisko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	17 (24,6)	52 (75,4)	69 (100)
Umereno „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	10 (24,4)	31 (75,6)	41 (100)
Visoko „Smanjena lična profesionalna ostvarenost”	15 (50,0)	15 (50,0)	30 (100)
Ukupno	42 (30,0)	98 (70,0)	140 (100)

U tabeli 49 prikazana je distribucija lekara opšte medicine i specijalista u odnosu na nivo „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti” među lekarima sa i bez Balint edukacije. U grupi koja je završila Balint edukaciju, sa doživljajem niske „Lične profesionalne ostvarenosti” je bilo 60% lekara opšte medicine i 40% specijalista, sa statistički značajnom razlikom ($\chi^2=6,85$; $p=0,033$). U kategoriji lekara bez edukacije je bio jednak broj lekara sa pomenutim doživljajem, po 50%, sa statistički značajnom razlikom ($\chi^2=7,27$; $p=0,026$).

Tabela 50. Faktori povezani sa dimenzijama MBI na osnovu univarijantnog ordinalnog regresionog modela

Varijable	Dimenzije sindroma sagorevanja na poslu								
	Emocionalna iscrpljenost			Depersonalizacija			Smanjena lična profesionalna ostvarenost		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Pol Ženski Muški*	2,34	1,12-4,90	0,024	1,23	0,53-2,83	0,626	0,70	0,35-1,40	0,309
Godine starosti ≤ 50* > 50	1,92	1,14-3,23	0,014	1,24	0,68-2,28	0,481	0,89	0,52-1,53	0,668
Bračni status U braku Nije u braku*	1,22	0,72-2,05	0,465	0,69	0,38-1,27	0,235	0,56	0,32-0,97	0,038
Roditeljski status Da Ne*	1,34	0,78-2,32	0,288	0,86	0,46-1,62	0,645	0,55	0,31-0,97	0,038
Dužina staža (godine) ≤ 20* > 20	1,38	0,82-2,30	0,224	1,20	0,65-2,20	0,557	0,85	0,49-1,46	0,548
Grupa Lekari sa Balint edukacijom Lekari bez Balint edukacije*	0,12	0,06-0,24	<0,001	0,11	0,04-0,31	<0,001	0,15	0,07-0,33	<0,001
Dodatna stručna edukacija Da Ne*	0,45	0,27-0,77	0,003	0,40	0,21-0,77	0,006	0,34	0,16-0,62	<0,001
Specijlizacija Da* (Specijalisti)	1,38	0,79-2,41	0,255	1,96	1,05-3,68	0,036	2,19	1,23-3,90	0,008

Ne (OM)									
Magisterijum Da Ne*	0,18	0,04- 0,84	0,029	0,24	0,03- 1,82	0,167	0,12	0,02- 0,97	0,047
Doktorat Da Ne*	0,46	0,09- 2,53	0,375	0,58	0,06- 5,69	0,640	0,29	0,03- 2,68	0,278

*Referentna kategorija

OM-opšta medicina

U tabeli 50 su prikazani faktori povezani sa dimenzijama MBI na osnovu univarijantnog ordinalnog logističkog regresionog modela. Univarijantnom ordinalnom logističkom regresijom smo došli do zaključka da su lekari ženskog pola ($p=0,024$) i lekari stariji od 50 godina ($p=0,014$) imali veći rizik od emocionalnog iscrpljivanja, a da su Balint grupa ($p<0,001$), dodatna stručna edukacija ($p=0,003$) i magisterijum ($p=0,029$) imali protektivnu ulogu kada se radi o „Emocionalnom iscrpljivanju“. Kada je u pitanju „Depersonalizacija“, naši rezultati su pokazali da su Balint grupa ($p<0,001$), dodatna stručna edukacija ($p=0,006$) i specijalizacija ($p=0,036$) delovale protektivno. Iz tabelarnog prikaza se takođe zapaža da su lekari koji su bili u braku ($p=0,038$) i lekari roditelji ($p=0,038$) imali veći doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“, kao i lekari sa Balint edukacijom ($p<0,001$), dodatnom stručnom edukacijom ($p<0,001$), specijalizacijom ($p=0,008$) i magisterijumom ($p=0,047$).

Tabela 51. Faktori povezani sa dimenzijama MBI na osnovu multivarijantnog ordinalnog regresionog modela

Varijable	Dimenzije sindroma sagorevanja na poslu								
	Emocionalna iscrpljenost			Depersonalizacija			Smanjena lična profesionalna ostvarenost		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Pol Ženski Muški*	2,51	1,15- 5,50	0,021	-	-	-	-	-	-

Godine starosti ≤ 50* > 50	1,51	0,86- 2,65	0,149	-	-	-	-	-	-
Bračni status U braku Nije u braku*	-	-	-	-	-	-	0,73	0,36- 1,49	0,386
Roditeljski status Da Ne*	-	-	-	-	-	-	0,62	0,29- 1,32	0,213
Grupa Lekari sa Balint edukacijom Lekari bez Balint edukacije*	0,12	0,06- 0,27	<0,001	0,10	0,03- 0,32	<0,001	0,18	0,08- 0,44	<0,001
Dodatna stručna edukacija Da Ne*	0,81	0,41- 1,58	0,530	0,99	0,46- 2,12	0,984	0,73	0,36- 1,47	0,378
Specijalizacija Da* (Specijalisti) Ne (OM)	-	-	-	2,14	1,09- 4,18	0,026	2,09	1,10- 3,96	0,025
Magisterijum Da Ne*	0,44	0,09- 2,27	0,329	-	-	-	0,30	0,03- 2,68	0,280

*Referentna kategorija

Sve varijable koje su bile statistički značajne na nivou 0,05 u univarijantnom modelu uključene su u multivarijantni ordinalni regresioni model. U tabeli 51 prikazani su faktori povezani sa dimenzijama MBI na osnovu multivarijantnog ordinalnog logističkog regresionog modela. Iz tabelarnog prikaza se zapaža da su u multivarijantnom ordinalnom logističkom modelu, sa „Emocionalnom iscrpljenošću“ kao zavisnom varijablom, statistički značajni prediktori bili ženski pol i grupa lekara bez Balint edukacije. Ženski pol je imao 2,5 puta veći rizik za „Emocionalnu iscrpljenost“ u odnosu na muški pol, a Balint grupa za 88% manju šansu za „Emocionalnu iscrpljenost“. U multivarijantnom ordinalnom logističkom modelu, sa

„Depersonalizacijom“ kao zavisnom varijablom, statistički značajni prediktori su bili grupa lekara bez Balint edukacije i lekari bez specijalizacije, tj. lekari opšte medicine. Lekari koji su završili Balint edukaciju su imali za 90% manju šansu da budu depersonalizovani sa pacijentima, kolegama i ostalim osobljem na poslu. Lekari opšte medicine u odnosu na specijaliste su imali 2,14 puta veću šansu da budu depersonalizovani. U multivarijantnom ordinalnom logističkom modelu, sa doživljajem „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“ kao zavisnom varijablom, statistički značajni prediktori veće „Lične profesionalne ostvarenosti“ su bili Balint grupa i specijalizacija. Tačnije, lekari sa Balint edukacijom su imali za 82% manju šansu da imaju smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“, a lekari bez specijalizacije 2,09 puta veći rizik da imaju smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“.

4.2. Pouzdanost Davisovog „indeksa interpersonalne reaktivnosti“ (IRI)

Pouzdanost srpske verzije IRI je testirana pomoću unutrašnje konzistentnosti. Vrednosti *Cronbach*-ovih koeficijenata alfa kao mera unutrašnje konzistentnosti su bile zadovoljavajuće za sve subskale i prikazane su u tabeli 52. Najniža vrednost *Cronbach*-ovog koeficijenta alfa je zabeležena za subskalnu Lična nelagodnost gde je iznosila 0,625. Za ostale subskale vrednosti *Cronbach*-ovog koeficijenta alfa su bile sledeće: za Zauzimanje tuđeg stanovišta 0,662; za Fantaziju 0,749; dok je za Empatijsku brižnost pomenuti koeficijent iznosio 0,686. S obzirom da sa porastom broja stavki raste *Cronbach*-ov koeficijent alfa, ove vrednosti su zadovoljavajuće za skalu koja ima malo stavki, tj. sedam.

Tabela 52. Analiza pouzdanosti i validnosti

Subskale IRI	Broj stavki	Intraklasni koeficijent korelacije	<i>Cronbach</i> -ov koeficijent alfa

<i>Zauzimanje tuđeg stanovišta</i>	7	0,692	0,662
<i>Fantazija</i>	7	0,891	0,749
<i>Empatijska brižnost</i>	7	0,662	0,686
<i>Lična nelagodnost</i>	7	0,940	0,625

Iz tabelarnog prikaza se takođe zapaža da je test-retest procenjivan intraklasnim koeficijentom korelacije. Za subskalu Zauzimanje tuđeg stanovišta intraklasni koeficijent korelacije je iznosio 0,692; za subskalu Fantazija 0,891; za subskalu Empatijska brižnost 0,662, dok je za subskalu Lična nelagodnost intraklasni koeficijent korelacije iznosio 0,940. U našem istraživanju test-retest pouzdanost se kretala od 0,662-0,940. Dve subskale (Fantazija i Lična nelagodnost) su imale intraklasni koeficijent korelacije veći od 0,8, što je značilo da postoji dobra test-retest pouzdanost.

Tabela 53. Faktorska opterećenja na osnovu rezultata analize glavnih komponenta IRI

IRI	Komponente IRI			
	1	2	3	4
1. Ja redovno maštam i fantaziram o stvarima koje mogu da mi se dese	0,016	0,582	0,037	-0,074
2. Ja sam često zainteresovan/a kada su u pitanju osećanja ljudi koji su	0,265	0,545	0,113	-0,033

manje srećni od mene				
3. Ponekad je za mene teško da vidim stvari iz ugla drugih ljudi	0,072	0,129	0,480	-0,449
4. Ponekad mi nije mnogo žao drugih ljudi kada imaju probleme	0,108	0,115	0,680	-0,275
5. Ja se stvarno uživim u osećanja likova iz romana	0,239	0,706	0,144	-0,034
6. U vanrednim situacijama osećam se prestrašeno i nelagodno	0,128	0,209	-0,198	0,617
7. Ja sam obično objektivna dok gledam film ili dramu i nisam često sasvim uvučen/a u to	-0,120	0,419	0,510	-0,130
8. Ja se trudim da čujem svačije mišljenje pre nego što donesem odluku	0,570	0,128	0,004	-0,032
9. Kada vidim da je neko iskorišćen, želim da ga zaštitim	0,701	0,138	0,061	0,030
10. Ponekad se osećam bespomoćno	0,353	-0,140	-0,198	0,495

kada sam usred veoma emotivne situacije				
11. Ponekad pokušavam da bolje razumem svoje prijatelje tako što zamišljam kako stvari izgledaju iz njihovih perspektiva	0,723	0,013	-0,115	-0,095
12. Uključivanje u dobru knjigu ili film je prava retkost za mene	0,194	0,062	0,659	-0,153
13. Kada vidim da je neko povređen, imam tendenciju da ostanem miran/na	0,029	-0,041	0,564	0,256
14. Ljudske nesreće me obično ne remete mnogo	0,304	0,107	0,652	-0,286
15. Kada sam siguran/na u vezi sa nečim, ne gubim vreme slušajući argumente drugih	-0,030	-0,001	0,483	0,175
16. Posle gledanja drame ili filma ja se osećam kao da sam ja jedan od likova	0,054	0,692	-0,098	0,190

17. Plašim se da budem u napetoj emotivnoj situaciji	-0,062	0,201	-0,072	0,762
18. Kada vidim da je neko tretiran nepravedno, ja ponekad ne osećam mnogo sažaljenja prema njemu	0,016	0,209	0,547	-0,226
19. Obično sam prilično efikasan/na u suočavanju sa vanrednim situacijama	-0,422	-0,127	0,251	0,596
20. Ja sam često sasvim dirnut/a stvarima za koje vidim da se dešavaju	0,697	0,298	0,096	-0,092
21. Verujem da postoje dve strane u svakoj priči i ja se trudim da čujem obe	0,713	0,109	0,195	-0,095
22. Ja bih sebe opisao/la kao osobu veoma mekog srca	0,502	0,143	0,193	0,391
23. Kada gledam dobar film, ja mogu veoma lako da stavim sebe na mesto glavnog glumca	0,195	0,694	0,131	0,219
24. Sklon/a sam da izgubim	-0,181	-0,013	-0,117	0,726

kontrolu tokom vanrednih situacija				
25. Kada me neko uznemiri, ja obično pokušam da „zamislim sebe u njegovoj koži“ na neko vreme	0,436	0,540	0,143	-0,035
26. Kad čitam zanimljivu priču ili roman, ja zamišljam kako bih se ja osećao/la da su se ti događaji u priči desili meni	0,283	0,755	0,142	0,047
27. Kada vidim nekog kome je loše i kome je potrebna pomoć hitno, ja se raspadam na komade	0,483	0,358	0,157	0,279
28. Pre kritikovanja nekog, ja pokušam da zamislim kako bih se ja osećao/la da sam bio/la na njegovom mestu	0,694	0,354	0,168	-0,044

U tabeli 53 prikazani su rezultati analize glavnih komponenata. Primenjena je *Varimax* rotacija, a kao kriterijum za broj ekstrahovanih faktora upotrebljen je *scree plot*. Ukupan procenat objašnjene varijanse iznosio je 50,3%.

5. DISKUSIJA

Iako ima dosta studija o prevenciji lekara od sindroma sagorevanja na poslu uz pomoć Balint grupa (Bar-Sela i sar., 2012; Romani, Ashkar, 2014; Shorer i sar., 2016; Rabin i sar., 2009; Runge, 2016; Benson, Magraith, 2005; Nielsen, Tulinius, 2009; Kulenović, Blazeković-Milaković, 2000), to su istraživanja ili sa malim brojem ispitanika ili se sastoje od prikaza slučajeva, odnosno diskusija u Balint grupama. Naša studija je obuhvatila veliki broj ispitanika, a u isto vreme predstavlja prvo istraživanje o Balint grupama u Srbiji. Postoji nekoliko istraživanja u našoj zemlji o sindromu sagorevanja na poslu među lekarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Pejušković i sar., 2011; Putnik, Houkes, 2011; Vićentić i sar., 2013), ali metodološki drugačije koncipiranih i nijedno od njih se nije bavilo povezanošću između Balint edukacije i pomenutog sindroma. Takođe, u Srbiji ima nekoliko istraživanja o empatiji, ali na populaciji nastavnika (Stojiljković i sar., 2012), studenata psihologije (Dimitrijević i sar., 2011), budućih nastavnika (Milovanović, Marinković, 2014) i studenata medicine (Pantović-Stefanović i sar., 2015), a prema našim saznanjima nema nijednog istraživanja na populaciji lekara. Svakako, u ovim istraživanjima nije korišćena Davisova, već druge skale za merenje empatije. U svetu ima takođe dosta istraživanja o empatiji među studentima medicine koji imaju mnogo manju odgovornost i angažovanje u radu s pacijentima (Hojat i sar., 2004; Chen i sar., 2007; Winefield, Chur-Hansen, 2000; Williams i sar., 2014; Shahini i sar., 2016) u poređenju s lekarima. Značaj našeg istraživanja je u tome što smo istraživali empatiju među lekarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji imaju značajnu ulogu u zdravstvenom sistemu. Osim toga, prevođenjem, kulturološkom adaptacijom i validacijom Davisovog „indeksa interpersonalne reaktivnosti“ otvara se mogućnost njegove šire primene u naučno-istraživačkom i kliničkom radu u Srbiji. Rezultati do kojih smo došli mogu biti potencijalno relevantni za profesionalno funkcionisanje lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a što je još važnije, ukazali su na potrebe psihološke podrške lekara i poboljšanja njihovih komunikacijskih veština (Stojanović-Tasić i sar., 2018).

Istraživanje je sprovedeno na području Beograda, u periodu od oktobra do decembra 2016. godine na populaciji 210 lekara. Metodom slučajnog izbora bilo je

izabrano šest domova zdravlja: DZ Zvezdara, DZ Stari grad, DZ Savski venac, DZ Zemun, DZ Palilula i Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika „Železnice Srbije“. Istraživanjem je obuhvaćeno 210 lekara iz primarne zdravstvene zaštite, 70 sa završenom Balint edukacijom i 140 bez pomenute edukacije. Empatiju lekara smo ispitivali pomoću IRI i prema rezultatima ovog istraživanja, lekari koji su završili Balint edukaciju imali su veće skorove na tri subskale: Zauzimanje tuđeg stanovišta, Fantazija i Empatijska brižnost, u odnosu na lekare bez pomenute edukacije. Jedino na subskali Lična nelagodnost nije bilo statistički značajne razlike između ove dve grupe lekara, tj. 42,9% lekara sa Balint edukacijom i 41,4% lekara bez edukacije je imalo visoke skorove na ovoj skali. U medicini, dve subskale od posebnog značaja su Zauzimanje tuđeg stanovišta i Empatijska brižnost zato što su obe orjentisane na druge, dok druge dve subskale mere osećanja anksioznosti i nelagodnosti, usmerena na sebe (Bellini, Shea, 2005). U našem istraživanju, za obe ove skale kao jedini prediktor se izdvojila Balint grupa. Rezultati su dalje pokazali da lekari koji su pohađali ovu edukaciju imaju 2,8 puta veću šansu da postignu visoke skorove na subskali Zauzimanje tuđeg stanovišta, a 6,7 puta veću šansu da postignu visoke skorove na subskali Empatijska brižnost. U skladu sa našim istraživanjem gde lekari bez Balint edukacije imaju niže skorove na pomenutim subskalama i druga istraživanja pokazuju da skorovi ove dve, u medicini najvažnije subskale, padaju u toku različitih faza medicinskog obrazovanja. Lisa Bellini i Judy Shea (2005) su u svom istraživanju na populaciji specijalizanata interne medicine u SAD pomoću IRI dokazale da su na početku staža lekari postigli visoke skorove na ovim subskalama, ali da je u međuvremenu došlo do pada i Empatijske brižnosti i Zauzimanja tuđeg stanovišta. Bellini i saradnici (2002) su takođe merili empatiju i među stažerima u periodu od godinu dana, da bi na kraju došli do istih rezultata. Takođe, u istraživanju na populaciji američkih studenata merena je empatija u periodu od 1979-2009. godine. U toku ovog perioda najviše su se među studentima smanjili skorovi na subskali Empatijska brižnost, a zatim na subskali Zauzimanje tuđeg stanovišta, i to posebno nakon 2000. godine. „Empatijska brižnost“ i u izvesnoj meri „Zauzimanje tuđeg stanovišta“ su najvažniji faktori u predviđanju prosocijalnih i antisocijalnih ishoda (Konrath i sar., 2011). Većina naučnika se slaže da su „Zauzimanje tuđeg stanovišta“

i „Empatijska brižnost“ predstavnici empatijskog odgovora, a da su „Lična nelagodnost“ i „Fantazija“ prethodnici i posledice empatije. Neki smatraju da subskale Fantazija i Lična nelagodnost nisu relevantne za kliničku procenu empatijskog odgovora. Takođe ima istraživača koji smatraju da s obzirom da „Zauzimanje tuđeg stanovišta“ i „Empatijska brižnost“ nastavljaju da rastu s godinama, „Lična nelagodnost“ i sposobnost da se fantazira bi trebalo da se smanjuju u isto vreme (Siu, Shek, 2005). Prema Davisu (1996) umeće da se fantazira i „Lična nelagodnost“ su važni faktori koji utiču na kvalitet empatijskog odgovora. U našem istraživanju kao značajni prediktori za subskalu Fantazija izdvojili su se Balint grupa i specijalizacija. Tačnije, pokazalo se da lekari sa Balint grupnim iskustvom imaju 5 puta veću šansu da postignu visoke skorove na ovoj subskali, a lekari specijalisti u odnosu na lekare bez specijalizacije 2,4 puta. Stavke na subskali Fantazija mere tendenciju identifikovanja sa likovima u filmovima, romanima, dramama i drugim izmišljenim situacijama, a rad u Balint grupi upravo to i podstiče. Michael Balint (1964) je smatrao da svi fantazmi učesnika grupe mogu pomoći da se razjasni slučaj koji je prikazao doktor-referent. U toku diskusije se pojavljuju slike, bajke i simboli. On je smatrao da ništa izrečeno nije pogrešno. „Misli čisto, misli slobodno. Imaj hrabrosti za sopstvene gluposti“ (Jing i sar., 2013) govorio je Balint. On je na ovaj način podsticao članove grupe jer je smatrao da svaka ideja može dati nagoveštaj o nesvesnom sadržaju priče. „*Gledao sam na prikaz lekara-referenta kao da je to bio san, a misli referenta kao i komentare i ideje članova grupe kao slobodne asocijacije*“. Davis (1983b) je smatrao da su veći skorovi na ovoj subskali povezani sa merama emocionalnosti. Stotland i saradnici (1978) su izveli zaključak da osobe koje imaju visoke skorove na ovoj subskali pokazuju veća fiziološka uzbuđenja, npr. palmarno znojenje, na pokazivanje slike emocionalnog iskustva druge osobe i veću tendenciju da pomognu drugoj osobi. Tendencija da se asociira o izmišljenim situacijama pokazala je da utiče na emocionalne reakcije prema drugima i kasnije pomagačko ponašanje. Oni koji postižu visoke skorove na ovoj subskali su osetljiviji i ranjiviji na percepcije drugih ljudi o njima (Davis, 1983b).

U našem istraživanju lekari bez specijalizacije imaju veću „Ličnu nelagodnost“ od specijalista. Naše objašnjenje za ovakav rezultat je da je kod specijalista koji imaju

duži staž u medicini u odnosu na lekare bez specijalizacije došlo do pasivnog smanjenja „Lične nelagodnosti“ koju Hoffman naziva „preintenzivnom empatijom“ kroz proces navikavanja, tj. habituacije. Kada je osoba izložena tuđoj uznemirenosti tokom dužeg vremenskog perioda, kao što je po našem mišljenju slučaj sa lekarskom profesijom, kumulativni efekat te izloženosti može smanjiti empatijsku uznemirenost (Hoffman, 2000). Takođe smatramo da se specijalisti osećaju sigurnije u svom radnom okruženju, da su bolje pozicionirani od lekara bez specijalizacije kao i da imaju mogućnost odlučivanja i potpunu samostalnost u svom radu, što sve može da utiče na smanjenje „Lične nelagodnosti“. Slično, u istraživanju u SAD na populaciji specijalizanata interne medicine, na polovini specijalističkog staža je došlo do porasta „Lične nelagodnosti“, međutim do kraja staža „Lična nelagodnost“ se vratila na početnu vrednost (Bellini, Shea, 2005).

Subskale IRI su pouzdani i tačni indikatori socijalnog funkcionisanja, samopoštovanja, emocionalnosti i osetljivosti na druge (Davis, 1983b; Bellini i sar., 2002). Istraživanje o korelaciji ove skale pokazalo je veću prosocijalnost i nižu antisocijalnost. Davis (1983b) smatra da žene postižu na svim subskalama veće skorove od muškaraca, što nije u skladu sa našim istraživanjem jer ni na jednoj subskali nije postignuta statistička značajnost za pol. Subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta je takođe povezana sa prosocijalnim ishodima. Veći skorovi na ovoj subskali su povezani sa boljim društvenim funkcionisanjem. Piaget (1932) i Mead (1934) su naglasili da osobe sa visokim skorovima na ovoj subskali nemaju sklonosti ka egocentričnom ponašanju. Veće „Zauzimanje tuđeg stanovišta“ bi trebalo da omogućava našim lekarima sa Balint edukacijom da predvide ponašanje i reakcije drugih, što olakšava i poboljšava međuljudske odnose. To bi u svakom slučaju značilo da lekari sa ovom edukacijom imaju bolje socijalno funkcionisanje, a prema Davisu (1983b), veći skor na ovoj subskali je povezan i sa većim samopoštovanjem, koje u velikoj meri treba da sledi iz boljeg društvenog funkcionisanja. Osobe sa postignutim većim skorovima na ovoj subskali imaju i bolji self-koncept. Istraživanja o Balint grupama pokazuju da Balint grupe takođe poboljšavaju self-koncept (Mahoney i sar., 2013; Cataldo, 2005; Turner, Malm, 2004), profesionalno samopoštovanje i kompetentnost u susretima s pacijentima (Mahoney i sar., 2013), a posebno u radu sa

psihosomatskim pacijentima koji nakon Balint grupnog iskustva ne predstavljaju teret lekarima (Kjeldmand i sar., 2004). Skorovi „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ su povezani sa većom osetljivošću orjentisanom na druge, dok veza između „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ i hronične emocionalnosti nije nađena (Davis, 1983b).

U našem istraživanju mi smo takođe ispitivali povezanost između dužine Balint edukacije i skorova na subskalama IRI. To nam je bilo od posebne važnosti jer je postojala mogućnost pozitivne selekcije lekara, s obzirom da se Balint edukacija u našoj zemlji odvija na dobrovoljnoj osnovi. Uzeli smo u obzir činjenicu da su lekari sa većom empatijom, koji su želeli da poboljšaju psihološke veštine u radu sa pacijentima, mogli da se prijave na ovu edukaciju. Tu činjenicu je predvideo i sam Michael Balint u svom istraživanju „Studija doktora“ (Balint i sar., 1966). Iz tog razloga nam je bilo bitno da ispitamo da li su skorovi empatije bili povezani sa dužinom treninga. Naši rezultati su pokazali da postoji značajna osrednja pozitivna povezanost između dužine edukacije i skora na subskali Zauzimanje tuđeg stanovišta. Poznato je da je Michael Balint upozoravao učesnike grupa da ne treba da očekuju bilo kakve promene u njihovom psihološkom razumevanju ili psihoterapijskim veštinama u toku prve ili druge godine edukacije. Tvrdio je da će stvarni plodovi njihovog rada biti vidljivi po pravilu na trećoj godini edukacije (Balint, 1969). U skladu sa našom, rezultati švedske studije su pokazali da postoji značajna promena sa dužinom treninga, čime su dokazali određeni efekat (Kjeldmand i sar. 2004). Subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta sadrži stavke koje procenjuju spontane pokušaje usvajanja perspektiva drugih ljudi i gledanje stvari sa njihove tačke gledišta (Bellini i sar., 2002). Stavke koje čine ovu subskalnu ne odnose se na fiktivne situacije i likove, već na primere „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ iz realnog života. Ova subskala je više kognitivna (Bratek i sar., 2015), neemocionalna (Davis, 1983a) odnosno intelektualna komponenta (Konrath i sar., 2011). Naše objašnjenje za pozitivnu povezanost između dužine ove edukacije i skorova na ovoj subskali je u dvofaznoj prirodi empatije. Poznato je da je struktura empatije dvofazna (Mahoney i sar., 2013) i da je čine empatijsko razumevanje i empatijski odgovor. Empatijsko razumevanje misli i osećanja koja prelaze sa pacijenta na doktora obično se javljaju prirodno, tj. spontano, pod uslovom da lekar ima kapacitet za to. Ovaj kapacitet nije naučeno ponašanje, već

mora predstavljati datost. Međutim, efikasan empatijski odgovor se može steći kroz obuku. Iz tog razloga smatramo da je sa dužinom Balint grupnog iskustva došlo do povećanja skorova samo na kognitivnoj subskali Zauzimanje tuđeg stanovišta. Davis (1983a) je takođe zaključio da osobe sa visokim skorovima na ovoj subskali pomažu drugima kada ih neko podseti na to, ali ne i spontano. Bratek i saradnici (2015) smatraju da veći skorovi na ovoj subskali omogućavaju bolje razumevanje žalbi pacijenata i bolji odnos lekar-pacijent.

Prema Davisu (1980) „Empatijska brižnost“ i „Lična nelagodnost“ eksplicitno procenjuju hronične emocionalne reakcije ispitanika na negativna iskustva drugih. Subskala Empatijska brižnost istražuje kod ispitanika osećanja topline, saosećanja i brige za druge. Skorovi „Empatijske brižnosti“, koji su kod naših ispitanika sa Balint edukacijom viši, trebalo bi da budu snažno povezani sa merama orjentisanim na druge, tj. merama koje odražavaju brigu za druge ljude (Bellini i sar., 2002). Empatijska brižnost je najčešće korišćena subskala koja predstavlja prototip empatije (Konrath i sar., 2011) i meru emocionalnog odgovora (Davis, 1983a). Osobe koje postižu visoke skorove na ovoj subskali su stidljivije i anksioznije u socijalnim situacijama (Konrath i sar., 2011), ali u isto vreme su manje usamljene i sa manje negativnih osobina poput hvaljenja sebe i pokazivanja verbalne agresije. Davis (1983b) je mišljenja da malo emotivnije reaguju od drugih, dok neki autori smatraju da one imaju veću samokontrolu u poređenju sa drugima (Tangney i sar., 2004). Osobe sa visokim skorovima na ovoj subskali su malo napetije u prisustvu drugih ljudi, ali iz razloga što je njima stalo do toga da se dopadnu drugima (Konrath i sar., 2011). Emocionalna osetljivost i samokontrola koje su povezane sa većim skorovima na ovoj subskali vode u više prosocijalnih stavova i ponašanja. Istraživanja pokazuju da su osobe sa visokim skorovima na ovoj subskali humanije prema životinjama, beskućnicima, nepoznatima i da pokazuju spremnost da učestvuju u volonterskim aktivnostima (Taylor, Signal, 2005; Wilhelm, Bekkers, 2010; Paterson i sar., 2009).

Već smo naveli da se u našem istraživanju lekari sa Balint edukacijom nisu razlikovali u odnosu na lekare bez ove edukacije kada je u pitanju subskala Lična nelagodnost, što znači da Balint edukacija nije delovala na ovu subskalau. Subskala Lična nelagodnost meri lična osećanja uznemirenosti i nelagodnosti koja su rezultat

posmatranja negativnog iskustva drugog (Davis, 1980), a orjentisana su na sebe (Bellini i sar., 2002). Hoffman (2000) smatra da ukoliko je uznemirenost žrtve previše intenzivna, empatijska uznemirenost posmatrača može postati toliko neprijatna, da se može transformisati u „Ličnu nelagodnost“, koju on naziva „preintenzivnom empatijom“. Iako se o psihološkim procesima koji učestvuju u „preintenzivnoj empatiji“ i procesima koji leže u osnovi prebacivanja sa empatijske na ličnu uznemirenost malo zna, naše objašnjenje zašto Balint edukacija nije delovala na ovu subskalu je u skladu sa Hoffmanovim (2000) tvrdnjama da se radi o nesvesnom procesu koji se dešava kada empatijska uznemirenost posmatrača postane toliko bolna i nepodnošljiva da se transformiše u osećanje lične uznemirenosti. U prilog ovom objašnjenju ide i funkcionisanje mehanizama koji izazivaju proces empatisanja. Tačnije, tri neverbalna mehanizma koja su posebno važna u periodu detinjstva, nastavljaju da funkcionišu i kod odraslih i predstavljaju nevoljnu dimenziju empatije tokom celog života. Pomenuti mehanizmi nagone osobu da reaguje odmah, automatski i bez svesnosti o tome. Druga dva naprednija mehanizma koji spadaju u kognitivne (verbalno posredovanje i preuzimanje uloga) mogu biti pod voljnom kontrolom, međutim, ako osoba obraća pažnju na žrtvu, oni mogu postati brzi, nevoljni i automatski izazvani žrtvinom situacijom (Hoffman, 2000). Mišljenja smo da su na veću „Ličnu nelagodnost“ naših lekara koja nastaje kao rezultat posmatranja negativnog iskustva drugih ljudi mogla imati uticaj i višedecenijska previranja u političkoj, ekonomskoj i socijalnoj sferi u zemlji i okruženju. Prema Davisu (1983b) skorovi „Lične nelagodnosti“ bi trebalo da budu jasno i negativno povezani sa merama socijalnog funkcionisanja. Ovo predviđanje proizlazi iz uverenja da će osobe sklone anksioznosti i nelagodnosti u emotivnom društvenom okruženju imati više poteškoća u uspostavljanju i održavanju dobrih društvenih odnosa, za razliku od osoba koje ne karakterišu ovakva osećanja. Takođe bi trebalo da skorovi „Lične nelagodnosti“ budu značajno i negativno povezani sa samopoštovanjem. Zbog pretpostavke da visoki skorovi „Lične nelagodnosti“ nemaju dobre socijalne odnose, njihovo samopoštovanje bi trebalo da bude srazmerno niže. Takođe, ne postoji veza između subskale Lična nelagodnost i prosocijalnog ponašanja jer je ova subskala povezana sa većom socijalnom disfunkcijom (Davis, 1983b). U Davisovom

istraživanju, emocionalne reakcije topline, simpatije i brižnosti bile su povezane sa pomagačkim ponašanjem, dok reakcije „Lične nelagodnosti“ nisu. Neprijatna osećanja koja su vezana za „Ličnu nelagodnost“ mogu da se redukuju ili pomaganjem, ili bežanjem, a ako postoji mogućnost za bežanje, veća „Lična nelagodnost“ neće nužno voditi ka pomagačkom ponašanju (Davis, 1983a). I Hoffman (2000) takođe smatra da ova uznemirenost ne dovodi uvek do pomagačkog ponašanja. Kao primer navodi prisustvo drugih posmatrača koji mogu imati negativan uticaj na želju za pomaganjem jer se tada javljaju pretpostavke „pluralističkog neznanja“ („Niko ne reaguje, mora da i nije tako strašno“) ili „raspodele odgovornosti“ („Siguran sam da je neko drugi već pozvao pomoć“). Međutim, na pomagačko ponašanje mogu negativno da deluju i egoistični motivi kao što su strah, trošenje energije, novca, vremena, itd.

Prema Hoffmanu (2000) mala deca koja poseduju malo sposobnosti „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ obično iskuse lična osećanja straha i anksioznosti kada prisustvuju tuđoj nevolji. Zbog nesposobnosti da razlikuju sebe od drugih, za ovu decu je rečeno da su jednostavno nesposobna da razlikuju tuđu nevolju od svoje. Kako se sposobnosti „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ povećavaju s godinama (Shahini i sar., 2016) i self/drugi razlika postaje sve jasnija, ova osećanja „Lične nelagodnosti“ se pretvaraju u više „orjentisana na druge“ osećanja simpatije i brižnosti za druge. Dakle, veće „Zauzimanje tuđeg stanovišta“ je pozitivno povezano sa osećanjima topline i simpatije i negativno povezano sa osećanjima „Lične nelagodnosti“ (Hoffman, 2000), što je u skladu sa našim istraživanjem, gde je subskala Zauzimanje tuđeg stanovišta korelirala sa subskalom Empatijska brižnost, ali ne i sa subskalom Lična nelagodnost. Coke i saradnici (1978) takođe tvrde da je usvajanje tuđeg stanovišta povezano sa većim osećanjima simpatije i brižnosti, ali oni ne navode nikakvu vezu između „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ i osećanja „Lične nelagodnosti“. Stoga se predviđa da su skorovi „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ i „Empatijske brižnosti“ značajno i pozitivno povezani, što je slučaj sa našim istraživanjem. Međutim, i sam Davis navodi da je odnos između skorova „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ i „Lične nelagodnosti“ malo problematičniji, iako definitivno ne bi trebalo da bude pozitivne korelacije

između „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ i „Lične nelagodnosti“, ostaje nejasno da li uopšte treba očekivati korelaciju (Davis, 1983b).

U istraživanju među danskim lekarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Charles i sar., 2018) nije bilo povezanosti između dužine radnog staža, niti dužine specijalističkog staža i veće empatije, dok su u našem istraživanju lekari sa dužim stažom i lekari specijalisti imali visoke skorove „Zauzimanja tuđeg stanovišta“. Smatramo da je veća kognitivna empatija kod naših lekara sa dužim stažom i specijalizacijom rezultat iskustva u radu sa pacijentima zahvaljujući kojem su stekli veštinu da lakše zamisle sebe u „koži svog pacijenta“, tj. da bolje razumeju njihove žalbe, u odnosu na lekare sa manje iskustva. U skladu sa našim istraživanjem, Bratek i saradnici (2015) koji su radili istraživanje na populaciji lekara u Poljskoj pomoću IRI, došli su do istih rezultata. U istom istraživanju, godine ispitanika su pozitivno korelirale sa subskalom Zauzimanje tuđeg stanovišta, a negativno sa subskalama Fantazija i Lična nelagodnost, kao u našem istraživanju gde su stariji lekari imali samo visoke skorove „Zauzimanja tuđeg stanovišta“. Na osnovu rezultata našeg istraživanja, gde uzrast nije bio značajan na subskali Fantazija, kao i u poljskom istraživanju, možemo da pretpostavimo da se sa godinama starosti smanjuje sposobnost zamišljanja hipotetičkih situacija. To što i u pomenutom istraživanju i u našem, sa godinama starosti lekara nema povećanja skorova i na subskali Lična nelagodnost, moglo bi da se protumači da se doktori s godinama osećaju komfornije na patnje pacijenata što može biti pozitivno jer sprečava „Emocionalnu iscrpljenost“ i sindrom sagorevanja (Bratek i sar., 2015). U poljskom istraživanju (Bratek i sar., 2015) nije nađena korelacija između empatije merene pomoću IRI i dva sociodemografska faktora: bračnog i roditeljskog statusa. U našem istraživanju su doktori koji su u braku i doktori roditelji imali veće skorove „Zauzimanja tuđeg stanovišta“. S obzirom da se i ovde radi o kognitivnoj empatiji, smatramo da je doktore koji su u braku ili koji imaju decu, brak ili roditeljstvo, tj. zajednički život koji zahteva kompromise i zrelije obrasce funkcionisanja, naučio da lakše vide stvari iz drugog ugla, tj. da prihvate tačke gledišta drugih ljudi. U našem istraživanju, nije bilo povezanosti između pola ispitanika i empatije, što je u skladu sa studijom u Danskoj (Charles i sar., 2018). Međutim, naše ispitivanje nije u skladu sa američkim istraživanjem gde su lekari

ženskog pola imali veće skorove (Hojat i sar., 2002), sa korejskim (Suh i sar., 2012), poljskim (Bratek i sar., 2015), niti sa italijanskim (Di Lillo i sar., 2009).

Hojat i saradnici (2011) su na osnovu rezultata svog istraživanja objavili povezanost između empatije lekara i kliničkog ishoda kod pacijenata sa dijabetesom. Na osnovu ovih podataka, oni su istakli značaj edukacije za poboljšanje empatijskog kapaciteta lekara, s obzirom da istraživanja ukazuju na „eroziju empatije” u toku studija medicine (Hojat i sar., 2004; Chen i sar., 2007). Ima i drugih studija koje predlažu učenje empatijskih veština nakon postignutih pozitivnih rezultata (Shapiro, 2002; Winefield, Chur-Hansen, 2000; Williams i sar., 2014). Postoje istraživanja kao što je npr. među kineskim lekarima čiji su autori zbog nezadovoljavajućih rezultata nakon merenja empatije predložili učenje empatijskih i komunikacijskih veština (Wen i sar., 2013). Iste predloge su dali Shahini i saradnici (2016) nakon istraživanja na populaciji studenata u Iranu, kao i Bratek i saradnici (2015) nakon istraživanja na populaciji studenata i lekara u Poljskoj gde su došli do zaključka da je u toku medicinske karijere empatija promenljiva kategorija (Bratek i sar., 2015). Brock i Salinsky (1993) daju primat Balint edukaciji za razvoj empatijskih veština.

Halpern (2003) ističe da mnogi lekari ne prepoznaju psihološke potrebe svojih pacijenata koje su od suštinskog značaja za tretman. Zato i smatra da lekari treba na dodatnim edukacijama da nauče da prihvate „psihološko” kod svog pacijenta. Rad u Balint grupi je upravo fokusiran na psihološke aspekte odnosa lekar-pacijent. Michael Balint je ukazao, a to su i današnji zahtevi koji se postavljaju pred lekare, da lekare treba obučiti da podjednako koriste tehničko-medicinsko znanje sa psihološkim znanjem i metodama (Lelorain i sar., 2013). Halpern (2003) takođe smatra da negativne emocije lekara, a posebno ljutnja ometaju terapijski proces i da lekari treba da steknu veštinu da tolerišu i uče iz svojih negativnih osećanja, tj. da obrate pažnju na kontratransfer. Mahoney i saradnici (2013) navode da je razumevanje koncepta transfera i kontratransfera od suštinskog značaja za dobar odnos lekar-pacijent. Transfer se odnosi na percepciju, osećanja ili očekivanja koja pacijent nesvesno pripisuje lekaru, a koji se često razvija iz nerešenih ili nezadovoljavajućih odnosa u detinjstvu. Kontratransfer, normalna i nesvesna pojava, takođe, uključuje reakcije, ponašanja, osećanja i misli lekara prema pacijentu, kao rezultat nerešenih odnosa u

prošlosti. Doktori u Balint grupi uče da pored transfera prepoznaju i kontratransfer i ovladaju njime jer kada isti nije prepoznat, predstavlja slepu mrlju gde i lekar i pacijent mogu da podlegnu svojim neprepoznatim emocionalnim reakcijama (Mahoney i sar., 2013). Balint (1969) navodi tri upečatljiva primera, rad pedijatra, ginekologa i kardiologa, u čijim ordinacijama vladaju sasvim različita pravila u odnosu na psihoanalitičku situaciju. On smatra da iako se pacijent i lekar ponašaju prema različitim pravilima u svakoj od ovih situacija, ako se pažljivo rukuje transferom, terapijski efekat će na kraju biti dobar. Poznato je da je često odnos između pacijenta i doktora napet, problematičan, ispunjen ljutnjom, izbegavanjem ili preteranim činjenjem, što sve ometa terapijski proces. Balint seminari pomažu u tome da lekar ostane u svojoj profesionalnoj ulozi, a u isto vreme pomogne pacijentu (Mahoney i sar., 2013). Stepien i Baernstein (2006) smatraju da iako postoje istraživanja o padu empatije u toku studiranja medicine, da ona ipak može biti sačuvana opreznom selekcijom studenata i uz pomoć edukacija koje forsiraju lični i profesionalni razvoj. Specifična metodologija Balint grupa omogućava da se kroz lično iskustvo stiče znanje i trenira veština psihoterapijskog odnosa sa pacijentom, čineći ih instrumentom ličnog i profesionalnog razvoja (Balint, 1964; Roberts, 2012). Po Egeneru (2003) empatija nam pomaže da se premosti jaz između lekara i pacijenta. Takođe nam pomaže da stavimo sa strane neslaganje sa pacijentom i povećava efikasnost brige i zadovoljstvo pacijenata. Enid Balint (1969) je smatrala da doktori treba da dopuste svojim pacijentima da im kažu šta žele na svoj način. Vodeći grupe za lekare opšte medicine sa Michaelom Balintom verovala je u medicinu usmerenu na pacijenta, „umesto na bolest”, u medicinu gde pacijent prepoznaje da je od lekara prihvaćen i shvaćen kao ličnost, a ne samo kao „bolest” (Kjeldmand i sar., 2006). Za Balinta, grupa je kao laboratorija za učenje pažljivog slušanja (Elder, 2017). „*Tehnika koju zagovaramo za vođenje grupe zasniva se na istoj onoj vrsti osluškivanja koju očekujemo da doktor nauči a zatim i primeni kod svojih pacijenata*” (Balint, 1964). Halpern (2003) smatra da empatija pomaže lekarima da nađu smisao u svom radu sa pacijentima i samim tim povećava zadovoljstvo na poslu, kao i samopoštovanje. Ona podseća da samo emotivno angažovani lekari postižu terapijsku efikasnost i smatra da se empatija može vežbati, kao i samorefleksija jer lekari moraju biti svesni svojih negativnih emocija. U Balint

grupi tokom vremena svi članovi dobijaju sposobnost analitičkog posmatranja. Oni su u stanju da idu napred, nazad, iz emocionalnog doživljaja do racionalne refleksivne pozicije. Grupa je kao prizma ili lupa. Prikazuje sve različite boje odnosa i može se usredsrediti na ono čime se lekar-referent ranije nije bavio (Drees, 1997). Referent koji se posle prikaza slučaja prema pravilima Balint grupnog rada povlači dva koraka „iza grupe” može pogledati sa distance šta se dešava unutar nje. Naći će nove aspekte, osvetliće slepe mrlje, može saznati šta je to u stvari stvaralo poteškoće u odnosu sa pacijentom. Ponekad doktor-referent može misliti da su neke misli lude i daleko od njegove realnosti. Međutim, na sledećoj grupi, on obično daje povratnu informaciju ukoliko je imao susret sa prikazanim pacijentom i često kaže da je pacijent izgledao drugačije na sledećem pregledu, „kao da je slušao ono što je rečeno na grupi”. Nakon stečenog uvida u Balint grupi, komunikacija između lekara i pacijenta postaje bolja, a samim tim i komplijansa. Grupni rad ima elemente procesa sopstvenog iskustva, ne samo za lekara referenta, nego i za sve članove grupe. I upravo ono što Halpern (2003) sugeriše, svi oni bolje upoznaju sebe, bez priče o svojoj privatnosti jer fokus u Balint grupi nije ličnost lekara i njegov privatni život, nego odnos lekar-pacijent, kao i razumevanje signala, simptoma i konflikata pacijenta i nesvesnih odgovora doktora (Balint, 1964).

Utvrđeno je da je tehnološki napredak u medicini smanjio komunikaciju i empatiju (Hojat i sar., 2001). Balint je svojim metodom uspeo da povрати u središte lekarskog rada dugo potisnuti značaj ljudske relacije, terapijski značaj odnosa lekar-pacijent i to u vreme kada postoji opasnost da se zbog naglog razvoja tehnološke medicine i njene podele na „somatsku” i „psihološku”, bolesnik izgubi u svojoj celovitosti (Pomerleau, Labrie, 1977). U istraživanju „prilika za empatiju” koje su radili Levinson i saradnici (2000) snimani su pregledi u ordinaciji lekara opšte medicine. U samo 21% slučajeva lekari su empatično odgovorili na signale svojih pacijenata, dok su sve ostale prilike za pokazivanje empatije bile propuštene od strane lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovo propuštanje prilika može voditi ponovnim frustrirajućim pregledima, čestim vraćanjem pacijenata koji se osećaju odbačenim i neshvaćenim. Michael Balint (1964) je u svom delu „Doktor, njegov pacijent i bolest” podstakao lekare da razmišljaju o ovoj temi postavljanjem sledećih

pitanja: „Šta pacijentu treba od njegovog lekara i šta on u stvari dobija od njega?“, zatim, „Šta je to što pacijent ne može da dobije od svog doktora tako da mora stalno da se vraća po to?“ i „Šta je to što doktor daje pacijentu, a što pacijent ne želi ili mu ne treba?“ Balint (1964) je smatrao da su mnogi pacijenti teški ako se njihovi konflikti odnosa ne razumeju. Oni postaju interesantniji i prihvatljiviji kada se shvati iz kog razloga su takvi. Cilj koji se Balint grupnim radom može postići zahteva vreme, a za ono što lekar treba o sebi samom da iskusi, tj. kako „doktor kao lek“ deluje na pacijenta, zahteva bogato iskustvo i prorađu. Iskusni poznavaoци Balint rada zastupaju gledište da se Balint grupni rad ne može izučiti, već se mora doživeti kroz iskustvo. Mahoney i saradnici (2013) smatraju da su Balint seminari bazirani na primeni psiholoških principa za razvijanje boljeg razumevanja odnosa između lekara i pacijenta. Oni navode da je savlađivanje empatijskih veština nerazdvojivi deo rada lekara i da Balintov metod ne treba da se shvati kao edukacija koja pretvara prosečne lekare u dobre, a dobre lekare u psihoterapeute, već je ovaj metod osmišljen da podstakne dobre lekare da se istaknu u svom radu.

Istraživanja pokazuju da pacijenti veruju lekarima koji su otvoreni i iskreni sa njima, koji znaju svoje mogućnosti i koji su spremni da svoje pacijente proslede dalje (Brown i sar., 1997). Ukoliko su njihovi simptomi minimizirani ili nisu ozbiljno shvaćeni, oni gube poverenje (Von Bültzingslöwen i sar., 2006). U skladu sa tim, Kjeldmand i Holmström (2008) navode da su u njihovom istraživanju lekari u Balint grupi naučili da postoje granice do kojih oni mogu biti uspešni u lečenju, kao i na ulogu koju treba da igraju u životima svojih pacijenata. Oni su uz pomoć Balint grupe shvatili da i kada nešto krene naopako, to nije samo njihova greška i odgovornost, već i da pacijenti imaju odgovornost prema svom zdravlju koju dele sa svojim doktorima. Lelorain je sa svojim saradnicima (2013) ispitivala uticaj Balint edukacije na povezanost „kliničke empatije“ i „Empatijske brižnosti“ na populaciji francuskih lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. „Empatijska brižnost“ je važan element za „kliničku empatiju“, ali previše „Empatijske brižnosti“ u medicinskom okruženju može biti škodljivo za lekara, posebno ako „Empatijska brižnost“ pređe u potpunu identifikaciju s pacijentom. Njihov zaključak je bio da učešće u Balint grupi povećava i neguje „kliničku empatiju“ i ono što je korisno i za lekara i za pacijenta, smanjuje

povezanost sa „Empatijskom brižnošću“. Ostajanje u ulozi lekara bez ikakve identifikacije je profesionalna obaveza kompetentnog lekara, a sticanje ove veštine predstavlja suštinu Balint edukacije (Mahoney i sar. 2013). Kjeldmand i saradnici (2006) smatraju da je pored važnosti gledanja na pacijente kao na nešto više od nosilaca simptoma, jedan od najznačajnijih koncepata rada u Balint grupi ideja da pacijenti budu integrisani u svom socijalnom okruženju. Interakcija između lekara i pacijenta je ključna za ishod, a cilj dugoročnog dobrog odnosa između lekara i pacijenta je zreo i samostalan pacijent.

Poslednjih godina pojavljuju se istraživanja koja ukazuju da Balint grupe pomažu lekarima da se bolje nose sa svojim zahtevima i problemima na poslu i da sprečavaju sindrom sagorevanja (Kjeldmand, Holmström, 2008; Bar-Sela i sar., 2012; Arigoni i sar. 2010).

U našem istraživanju ispitivali smo razliku u sindromu sagorevanja između Balint učesnika i lekara koji nisu učestvovali u Balint grupama. Naši rezultati su pokazali da su lekari koji nisu završili Balint edukaciju imali viši nivo sindroma sagorevanja na poslu u poređenju sa učesnicima Balint grupa. Prediktor sva tri domena pomenutog sindroma u našem uzorku je bila nepripadnost Balint grupi što se slaže sa studijom koja je uključila švedske lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Kjeldmand, Holmström, 2008). Takođe, među danskim lekarima opšte medicine nivo sagorevanja na poslu je bio duplo manji kod učesnika Balint grupe ili kontinuirane medicinske edukacije (Brøndt i sar., 2008). Studija izvedena na populaciji 17 lekara iz Izraela, otkrila je da Balint grupe mogu da smanje sindrom sagorevanja na poslu i da doprinesu većoj „Ličnoj profesionalnoj ostvarenosti“ lekara (Bar-Sela i sar. 2012), što je u skladu sa našim istraživanjem. Rezultati američke studije koja je uključila 14 lekara su ukazali da lekari sa završenom Balint edukacijom imaju razvijenije psihološke veštine i više samopouzdanja u poređenju sa lekarima koji nisu završili pomenutu edukaciju (Turner, Malm, 2004). U drugoj švedskoj studiji koja je uključila lekare sa Balint edukacijom i lekare bez edukacije, zaključeno je da Balint učesnici postaju više usmereni na pacijenta, da su zadovoljniji i kompetentniji pri susretu sa njima (Kjeldmand i sar., 2004). Finsko istraživanje je utvrdilo da Balint grupe doprinose profesionalnoj zrelosti (Torppa i sar., 2008). Moguće je da sva ova gore

navedena postignuća vode doživljaju veće „Lične profesionalne ostvarenosti“ što je slučaj sa našom studijom.

U sigurnom okruženju kao što je Balint grupa doktori imaju mogućnost da istražuju granice, smanje stres i zaštite sebe od sindroma sagorevanja (Benson, Magraith, 2005). Salinsky i Sackin (2000) smatraju da doktori imaju veštine da se zaštite od patnje pacijenata. Međutim, nekada takve odbrane mogu da vode stvaranju distance prema pacijentima. Pošto je depersonalizacija predstavljena kao negativno, cinično i distancirano ponašanje prema drugima (Maslach 2004), možemo pretpostaviti da je Balint edukacija jedan od faktora koji je mogao dovesti do niskih skorova na subskali Depersonalizacija u našem Balint uzorku. Balint grupe su zamišljene da povećaju senzitivnost lekara u komunikaciji sa njihovim pacijentima (Rabin i sar., 2009), što je potvrdilo istraživanje u Australiji (Koppe i sar., 2016). Michael Balint je naglasio da je osetljivost prema pacijentovom psihološkom svetu najznačajnija za uvid lekara i razumevanje pacijentovog stava prema bolesti i da je to od neprocenjive važnosti za bilo koju terapiju (Balint, 1964). Ovo povećanje osetljivosti lekara može da vodi njihovoj manjoj „Depersonalizaciji“ što je slučaj sa našim ispitanicima koji su završili Balint edukaciju.

Salinsky i Sackin (2000) su istakli da je fokus Balint grupe da lekari bolje prepoznaju svoje odbrane i da primene ono što su čuli i naučili u grupi, kao i da poboljšaju veštine komuniciranja sa pacijentima i kolegama što je zabeleženo i od strane drugih autora (Rabin i sar., 2009; Lichtenstein, 2006). Balint grupe kao „igralište za odrasle“ nude doktorima otvoren, neugrožavajući i podržavajući prostor za „deljenje brige“ (Rabin i sar., 2009). One su jedinstvene u pružanju zaštitničke i neosuđujuće atmosfere za svoje učesnike koji imaju mogućnost da otkrivaju i povećaju uvid u svoje emocionalne aspekte vezivanja i separacije lekara od svojih pacijenata (Shorer i sar., 2016). Očigledno je da tako sigurno mesto kao što je Balint grupa može pomoći učesnicima da budu manje emocionalno iscrpljeni što je i rezultat našeg istraživanja.

Ako se osvrnemo samo na grupu lekara koji nisu završili Balint edukaciju u našem istraživanju, videćemo da je kao i u drugim studijama sprovedenim na populaciji lekara primarne zdravstvene zaštite (Pejušković i sar., 2011, Arigoni i sar.,

2010), domen Emocionalne iscrpljenosti bio najistaknutiji. U holandskoj studiji (Zantinge i sar., 2009), procenat doktora sa visokim skorovima „Emocionalne iscrpljenosti“ bio je manji u poređenju sa našim ispitanicima (7%:45%), takođe i „Depersonalizacija“ (11%:20%), a za „Smanjenu ličnu profesionalnu ostvarenost“ je skoro isti (22%:21.4%) (Zantinge i sar., 2009). U istraživanju na populaciji lekara opšte medicine u Španiji (Yuguero Torres i sar., 2015), kada je reč o visokom nivou „Emocionalne iscrpljenosti“, „Depersonalizacije“ i „Smanjene lične profesionalne ostvarenosti“, skorovi su takođe bili manji nego u našem ispitivanju (20.9%, 16.3% i 4.7%).

U našem istraživanju, rezultati su ukazali na povećanu mogućnost da lekari ženskog pola, lekari preko 50 godina starosti i bez Balint edukacije pate od visoke „Emocionalne iscrpljenosti“. Kada smo uporedili lekare sa i bez Balint edukacije, rezultati su pokazali da je u kategoriji lekara bez ove edukacije ženski pol bio emocionalno iscrpljeniji. Što se tiče ispitanika iz Balint kategorije, kada je u pitanju visoka „Emocionalna iscrpljenost“, u njoj nije bilo značajne razlike u polu. Iako se prema našim rezultatima lekari muškog pola bolje nose sa emocionalnim stresom na poslu, moguće je da Balint edukacija pomaže lekarima ženskog pola da lakše podnesu stanje fizičkog i emocionalnog zamora. Lekari ženskog pola su dostigli visoke skorove „Emocionalne iscrpljenosti“ i u drugom istraživanju u našoj zemlji (Pejušković i sar., 2011), kao i u dve holandske studije (Zantinge i sar., 2009; Prins i sar., 2007), u Nemačkoj (Beschoner i sar., 2016), Finskoj (Töyry i sar., 2004), Kanadi (Sajjadi i sar., 2017), Grčkoj (Salpigktidis i sar., 2016.) i Libanu (Ashkar i sar., 2010). U skladu sa našim ispitivanjem, u istraživanju u Finskoj (Torppa i sar., 2015), Sjedinjenim Američkim Državama (Dyrbye i sar., 2013), Indiji (Ratnakaran i sar., 2016) i Bosni i Hercegovini (Stanetić, Tesanović, 2013), „Emocionalna iscrpljenost“ je bila povezana sa zrelijim godinama života. U suprotnosti sa našim istraživanjem, u studijama Amofo i saradnika (2015), jednoj irskoj (O'Dea i sar., 2017), izraelskoj (Bar-Sela i sar., 2012) i italijanskoj studiji (D'Ambrosio, 2016) veći rizik za sindrom sagorevanja je bio među mlađim lekarima. Takođe, istraživanjem u Australiji je ustanovljeno da su lekari sa manje kliničkog iskustva u većem riziku od sagorevanja na poslu (Koppe i sar., 2016).

S obzirom da je sindrom sagorevanja veoma učestao među lekarima bez specijalizacije (Bar-Sela i sar., 2012; Verweij i sar., 2016), neki istraživači su ispitali razlike između specijalista i lekara koji su bez specijalizacije kada je sindrom sagorevanja u pitanju (Panagopoulou i sar., 2006). Naši rezultati su pokazali da su lekari bez specijalizacije više izloženi „Depersonalizaciji“ i „Smanjenoj ličnoj profesionalnoj ostvarenosti“, u poređenju sa specijalistima, što se slaže sa sledećim istraživanjima: u Holandiji (Prins i sar., 2007), Finskoj (Olkinuora i sar., 1992), Brazilu (de Paiva i sar., 2017) i Irskoj (O'Dea i sar., 2017). U Grčkoj je povećana tendencija za pojavu „Depersonalizacije“ među lekarima bez specijalizacije (Salpigktidis i sar., 2016). Što se tiče povezanosti između sindroma sagorevanja na poslu i starosti lekara bez specijalizacije, studije su prikazale različite rezultate. Na primer u Turskoj, parametri sindroma sagorevanja na poslu se smanjuju sa godinama života (Turgut i sar., 2016), u Indiji se povećavaju (Ratnakaran i sar., 2016), a u studiji koja je uključila pakistanske lekare, razlika između mlađih i starijih doktora nije nađena (Zubairi, Noordin, 2016).

Sudeći po našim rezultatima, Balint edukacija i specijalizacija smanjuju rizik za sindrom sagorevanja na poslu u domenu Smanjene lične profesionalne ostvarenosti. Rezultati su takođe pokazali da u kategoriji lekara bez Balint edukacije lekari muškog pola imaju značajno veći doživljaj niske „Lične profesionalne ostvarenosti“, međutim u Balint kategoriji nije bilo razlike u polu, što bi moglo da znači da se takav doživljaj smanjuje zahvaljujući ovoj edukaciji. Mahoney i saradnici (2013) smatraju da Balint grupe povećavaju profesionalno samopoštovanje i kompetentnost u radu s pacijentima, a sve to vodi većoj „Ličnoj profesionalnoj ostvarenosti“. Suprotno našem istraživanju, postoji istraživanje u SAD gde je 17 specijaliziranih ginekologije i akušerstva pohađalo Balint edukaciju u periodu od godinu dana i nakon toga nije došlo do promene u skorovima sindroma sagorevanja na poslu, ali je došlo do poboljšanja psiholoških veština (Ghetti i sar., 2009). Rezultati još jednog istraživanja sprovedenog u Izraelu na populaciji lekara primarne zdravstvene zaštite su pokazali da Balint edukacija nije uticala na sindrom sagorevanja na poslu, ali je poboljšala samopoštovanje lekara i pristup usmeren na pacijenta (Margalit i sar., 2005).

U našem istraživanju, u procesu validacije, Davisov „indeks interpersonalne reaktivnosti“ - IRI je pokazao zadovoljavajuću pouzdanost kada je u pitanju interna pouzdanost, kao i pouzdanost na ponovljenim merenjima. Faktorska analiza pokazala je samo delimičnu sličnost sa originalnim rezultatima faktorske analize Davisa (1980). Takve razlike u faktorskim analizama nađene su i u istraživanjima drugih autora, npr. u istraživanju Siu i Shek (2005) nađeno je faktorsko rešenje sa tri faktora, a ukupna objašnjena varijansa je bila mala i iznosila je 30,1%.

Balint grupe imaju za cilj da pomognu lekarima da steknu širi i slojeviti uvid, koji će im pomoći u stvaranju dobrog terapijskog odnosa sa pacijentom jer samo dobar terapijski odnos leči i isceljuje. Neki autori predlažu da se uvidi podele s pacijentima, dok drugi smatraju da je pametnije da lekar sačuva uvid za sebe, a da svojim ponašanjem u toku pregleda ohrabri pacijenta na promenu. Da bi se Balint grupe smatrale uspešnim, one ne moraju da vode u promene ishoda lečenja (Mahoney i sar., 2013). Umesto toga, Balint grupe imaju za cilj da pomognu lekarima da bolje razumeju svoje reakcije na teške pacijente što su potvrdili i specijalizanti psihijatrije u Velikoj Britaniji koji su nakon Balint edukacije promenili stavove prema pomenutoj kategoriji pacijenata (Das i sar., 2003). To je samoprosvetljenje koje ih čini boljim doktorima omogućavajući im da budu autentičniji u svojoj profesionalnoj ulozi (Mahoney i sar., 2013).

Balintov metod je grupna tehnika u kojoj učesnici putem ličnog iskustva u grupi stiču znanje i u grupnom procesu razvijaju senzibilitet za razumevanje emocionalnog kod čoveka da bi ga primenili u lekarskoj praksi. Psihoterapija je danas više nego ikada postala neophodan vid lečenja i zato predstavlja izazov za sve lekare. To na poseban način važi za lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji je iz mnogo razloga suočen da u svakodnevnom radu sprovodi pored ostalih oblika terapije i razne vidove psihoterapijske pomoći. Psihoterapija je time postala nezaobilazna i sastavna potreba njegovog svakodnevnog lekarskog rada i veštine. Prepoznajući zapravo tu potrebu, a naročito dijagnostički i terapijski značaj odnosa lekar-pacijent, Balint je razvio ovaj grupni metod edukacije sa ciljem da lekarima opšte medicine ponudi model usavršavanja u ophođenju sa pacijentom, model za doseganje psihološkog razumevanja odnosa lekar-pacijent i učenja terapijskih mogućnosti

stručne komunikacije s pacijentom, a što je dopuna klasičnom medicinskom obrazovanju lekara. To omogućava prepoznavanje i otklanjanje problema koji nastaju u međusobnom odnosu lekar-pacijent. Balint je u svom nastojanju uspeo da približi i prilagodi psihoanalitičko znanje svakodnevnoj medicinskoj praksi na jedan sasvim nov način. Tom novom primenom značajnih psihoanalitičkih osnova Balint je doprineo da psihoterapija proširi svoje granice.

Ma kako gledali na budućnost medicine i njen tehnološki napredak, značaj i važnost ljudske relacije vraća se u sve grane praktične medicine. Zato se s pravom može reći da ako se Freudu pripisuje zasluga da je bio „tvorac psihoterapije“, ništa manja nije zasluga Balinta koji je psihoterapiju proširio na celu medicinu i učinio je dostupnom i na raspolaganju svakom lekaru u njegovoj ordinaciji. Naše istraživanje je potvrdilo opravdanost Balintove ideje i preporuka o neophodnosti sistematične psihološke edukacije lekara koju je on još tada prepoznao kao značajnu kariku koja nedostaje u klasičnom medicinskom obrazovanju. S obzirom da smo ovim istraživanjem rasvetlili ulogu Balint grupa, njihovu povezanost sa većom empatijom i manjim sindromom sagorevanja na poslu lekara, smatramo da bi se uvođenje ove edukacije u medicinski obrazovni program trebalo uzeti u razmatranje, a sve u cilju ne samo ličnog i profesionalnog razvoja lekara, već i poboljšanja odnosa lekar-pacijent i povećanja kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga.

6. ZAKLJUČCI

Na osnovu istraživanja na populaciji 210 lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, sprovedenog u šest domova zdravlja, izveli smo sledeće zaključke:

1. Lekari koji su završili Balint edukaciju imaju značajno veće skorove na subskalama Zauzimanje tuđeg stanovišta, Fantazija i Empatijska brižnost u odnosu na lekare koji nisu završili ovu edukaciju. Potvrđena je povezanost između ove tri subskale, kao i povezanost između „Fantazije“ i „Lične nelagodnosti“. Prediktor viših skorova „Zauzimanja tuđeg stanovišta“ je prisustvo Balint grupi, tačnije, članovi Balint grupe imaju 2,8 puta veću šansu da imaju visoke skorove na ovoj subskali. Prediktori viših skorova na „Fantaziji“ su prisustvo Balint grupi i završena specijalizacija, tj. lekari sa Balint edukacijom imaju 5, a lekari specijalisti 2,4 puta veću šansu da postignu visoke skorove na subskali Fantazija. Prediktor viših skorova na „Empatijskoj brižnosti“ je takođe prisustvo Balint grupi. Lekari sa Balint edukacijom imaju 6,7 puta veću šansu da postignu visoke skorove na pomenutoj subskali. Potvrđena je pozitivna povezanost između dužine edukacije (broja godina) i skora na „Zauzimanju tuđeg stanovišta“.
2. Prediktori veće „Emocionalne iscrpljenosti“ u našem istraživanju su ženski pol i lekari bez Balint edukacije. Tačnije, ženski pol ima 2,5 puta veći rizik za „Emocionalnu iscrpljenost“ u odnosu na muški pol, a Balint grupa za 88% manju šansu za „Emocionalnu iscrpljenost“. Prediktori viših skorova na „Depersonalizaciji“ su grupa lekara bez Balint edukacije i lekari opšte medicine. Lekari koji su završili Balint edukaciju imaju za 90% manju šansu da budu depersonalizovani sa pacijentima, kolegama i ostalim osobljem na poslu. Lekari opšte medicine u odnosu na specijaliste imaju 2,14 puta veću šansu da budu depersonalizovani. Prediktori veće „Lične profesionalne ostvarenosti“ su Balint grupa i specijalizacija, što znači da lekari sa Balint edukacijom imaju za 82% manju šansu da imaju smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“. Lekari bez specijalizacije imaju 2,09 puta veći rizik da imaju smanjen doživljaj „Lične profesionalne ostvarenosti“.

3. Dvosmerno prevođenje, kulturološka adaptacija i ocena pouzdanosti i valjanosti instrumenta merenja, Davisovog „indeksa interpersonalne reaktivnosti“ (IRI), izvršeni su na osnovu poznatih i u međunarodnom smislu prihvaćenih principa. Srpska verzija IRI poseduje zadovoljavajući nivo pouzdanosti i valjanosti.

7. LITERATURA

Adler A. What life should mean to you. New York: Little, Brown, 1931.

Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot AM, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. *J Psychosom Res.* 2014;76(5):426-9.

Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (Lond).* 2015;65(2):117-21.

Arafat SMY. Doctor Patient Relationship: an Untouched Issue in Bangladesh. *Int J Psychiatry.* 2016;1(1):1-2.

Arafat SMY, Andalib A, Kabir R. Progression of Doctor-Patient Relationship Model in light of Time and Culture: a Narrative Review. *IJPPH* 2017;1(2): 102-7.

Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss MedWkly.* 2010;140:w13070.

Aring CD. Sympathy and empathy. *JAMA* 1958 ;167(4):448-52.

Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Chaaya M. Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgrad Med J.* 2010; 86(1015):266-71.

Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17(82): 269-276.

Balint E, Norell JS. Six minutes for the patient: interactions in general practice consultation, Tavistock Publications, London, 1973.

Balint E. The history of training and research in Balint-groups. *Psychoanal Psychother.* 1985;1(2):1-9.

Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Am J Med Sci.*1957; 234(4):609.

Balint M: The doctor, his patient and the illness. 2nd edition. London: Pitman Medical Publishing Co Ltd; 1964.

Balint M, Balint E, Gosling R, Hildebrand P. A study of doctors: Mutual selection and the evaluation of results in a training programme for family doctors. London: Tavistock Publications, 1966.

Balint M. The basic fault: Therapeutic aspects of regression. London:Tavistock, 1968.

Balint M. The structure of the training-cum-research-seminars. Its implications for medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17(81):201-211.

Banja J. Medical errors and medical narcissism. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005.

Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. "Balint Group" Meetings for Oncology Residents as a Tool to Improve Therapeutic Communication Skills and Reduce Burnout Level. *J Cancer Educ.* 2012;27(4):786-9.

Batson CD, Fultz J, Schoenrade PA. Adults' emotional reactions to the distress of others. In: Eisenberg N, Strayer J. (Eds.), *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1):25-38.

Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of Mood and Empathy During Internship *JAMA*. 2002;287(23):3143-3146.

Bellini LM, Shea JA. Mood Change and Empathy Decline Persist during Three Years of Internal Medicine Training. *Acad Med*. 2005;80(2):164-167.

Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam Physician*. 2005;34(6):497-8.

Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care: The influence of patient and resident physician gender and gender concordance in primary care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012; 21(3):326-33.

Beschoner P, Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Freudenmann RW, von Wietersheim J. Gender aspects in female and male physicians: Occupational and psychosocial stress. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016;59(10):1343-50.

Blumgart HL. Caring for the patient. *N Engl J Med*. 1964; 270:449-456.

Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub.* 2015;27 Suppl 1:S48-52.

Breuer J, Freud S. Studies in Hysteria. In: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol II. London: Hogarth Press, Ltd.; 1955.

Brock CD, Salinsky JV. Empathy: An essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Fam Med.* 1993;25(4):245-248.

Brock CD, Johnson AH. Balint Group Observations: The White Knight and Other Heroic Physician Roles. *Fam Med.* 1999;31(6):404-8.

Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction and their physicians' and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care.* 1989; 27(11):1027-35.

Brøndt A, Sokolowski I, Olesen F and Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract.* 2008;58(546): 15-19.

Brown JB, Dickie I, Brown L, Biehn J. Long-term attendance at a family practice teaching unit. Qualitative study of patients' views. *Can Fam Physician.* 1997;43:901-906.

Cataldo KP, Peeden K, Geesey ME, Dickerson L. Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. *Fam Med.* 2005;37(5):328-331.

Chamsi-Pasha H, Albar MA. Doctor-patient relationship. Islamic perspective. Saudi Med J. 2016;37(2):121-126.

Charles JA, Ahnfeldt-Mollerup P, Søndergaard J, Kristensen T. Empathy Variation in General Practice: A Survey among General Practitioners in Denmark. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018;15(3):433.

Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. J Gen Intern Med. 2007;22(10):1434-8.

Coke J, Batson C, McDavis K. Empathic mediation of helping: A two-stage model. J Pers Soc Psychol. 1978;36(7):752-766.

Dahlgren MA, Almquist A, Krook J: Physiotherapists in Balint group training. Physiother Res Int. 2000;5(2):85-95.

Daly MG, Willcock SM. Examining stress and responses to stress in medical students and new medical graduates. Med J Aust. 2002;177 Suppl:S14-5.

D'Ambrosio F. Risk factors for burnout and job satisfaction in a sample of health professionals in Italy. Ig Sanita Pubbl. 2016;72(2):129-36.

Das A, Egleston P, El-Sayeh H, Middlemost M, Pal N, Williamson L. Trainees' experiences of a Balint group. Psychiatr Bull 2003;27(7):274-275.

Davis MH. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* 1980;10:85.

Davis MH. The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *J Pers.* 1983a;51(2):167-184.

Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol.* 1983b;44(1):113-126.

Davis MH. *Empathy: A social psychological approach.* Boulder, CO: Westview, 1996.

de Paiva LC, Canário ACG, de Paiva China ELC, Gonçalves AK. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo).* 2017;72(5):305-309.

Derksen FAWM, Olde Hartman T, Bensing J, Lagro-Janssen A. Empathy in general practice – the gap between wishes and reality: comparing the views of patients and physicians. *Fam Pract.* 2018;35(2):203–208.

Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med.* 2009;84(9):1198–1202.

Dimitrijevic A, Hanak N, Milojević S. Psihološke karakteristike budućih pomagača: empatičnost i vezanost studenata psihologije. *Psihologija* 2011;44(2): 97-115.

Drees A. Mood-Oriented Prismatic Balint-groups with Victims of Torture. *Int Forum Psychoanal.* 1997;6(4):225-230.

Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(12):1358-67.

Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ.* 2002;324(7341):835-838.

Egener B. Empathy. In: Feldman MD, Christensen JF, (Eds.), *Behavioural Medicine in Primary Care: A Practical Guide*. 2nd ed. New York, London: McGraw-Hill Companies Inc., 2003.

Elder A, The psychoanalytic contributions of Enid Balint: her contribution to General Practice. Presentation to the British Psychoanalytic Society, September 1995.

Elder A. Enid Balint's contribution to general practice. *Psychoanal Psychother.* 1996; 10(2):101-8.

Elder A. Balint group leadership: Conceptual foundations and a framework for leadership development? *Int J Psychiatry Med.* 2017; 52(4-6):355-365.

Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267(16): 2221-2226.

Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol.* 2012;65 (1): 10-15.

Fairhurst K, May C. What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform. *Ann Fam Med*. 2006;4(6):500-505.

Farber BA. (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon, 1983.

Feighny KM, Monaco M, Arnold L. Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Acad Med*. 1995;70(5): 435-36.

Figley C. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002;58:1433-41.

Fitzgerald G, Hunter MD. Organising and evaluating a Balint group for trainees in psychiatry *Psychiatr Bull* 2003;27(11):434-436.

Freud S. Group psychology and analysis of the ego. *S.E*, 18:65-143. London: Hogarth, 1921.

Freundenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30:159-165.

Georgi E, Petermann, F, Schipper M. Do Empathic Abilities Change throughout the Course of Becoming a Psychotherapist? *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2015;26(3): 151-9.

Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, psychological skills, and empathy: Balint training in obstetrics and gynecology residents. *J Grad Med Educ*. 2009;1(2):231-235.

Gleichgerrcht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PloS One*. 2013;8(4):e61526.

Goehring C, Bouvier-Gallacchib M, Ku'nzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005;135(7-8):101-8.

Goldstein AP, Michaels CJ. *Empathy: development, training, and consequences*. Hillsdale New York: Erlbaum, 1985.

Graham S, Gask L, Swift G, Evans M: Balint-style case discussion groups in psychiatric training: an evaluation. *Acad Psychiatry*. 2009;33(3):198-203.

Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med*. 2001;135(2):145-8.

Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):670-4.

Ham MA. Counselor empathy. In: Gladstein GA and Associates, (Eds.), *Empathy and counseling: explorations in theory and research*. New York: Springer-Verlag, 1987.

Hardee JT. An overview of empathy. *Perm J*. 2003; 7(4): 51-4.

Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: it is possible. *Med Teach*. 2013;35:1002-8.

Hellin T. The Physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia* 2002;8(3):450-4.

Hoffman ML. Empathy and moral development. Implications for Caring and Justice. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

Hojat M, Mangione S, Gonnella JS, Nasca T, Veloski JJ, Kane G. Empathy in medical education and patient care. *Acad Med*. 2001;76:669.

Hojat M, Gonnella JS, Nasca ThJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurements, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:1563-9.

Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M: An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38:934-41.

Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-64.

Hojat M, LaNoue M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *Int J Med Educ*. 2014;5:73-81.

Horder J: The first Balint group. *Br J Gen Pract*. 2001;51(473):1038-1039.

Hruby M, Pantilat SZ, Lo B. How do patients view the role of the primary care physician in inpatient care? *Am J Med*. 2001;111(9B):21S-25S.

Hull SA. The method of Balint group work and its contribution to research in general practice. *Fam Pract.* 1996;13 Suppl 1:S10-12.

Jing W, Otten H, Sullivan L, Lovell-Simons L, Granek-Catarivas M, Fritzsche K. Improving the doctor-patient relationship in China: the role of Balint groups. *Int J Psychiatry Med.* 2013;46(4):417-27.

Johnson A. The Balint movement in America. *Fam Med.* 2001;33(3):174-7.

Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57-65.

Kielhorn R. Balint groups as an obligatory training for doctors in Germany. In: Wasilewski BW, Engel L. *Balint group training. Theory and Application.* Warsaw: IPS publications, 2015.

Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U. Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient Educ Couns.* 2004;55(2):230-5.

Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U. How patient-centred am I? A new method to measure physicians' patient-centredness. *Patient Educ Couns.* 2006;62(1):31-7.

Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med.* 2008;6(2):138-45.

Kjeldmand D, Holmström I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *Br J Gen Pract.* 2010;60(580):808-14.

Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Nowak P, Sadowska A. Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Adv Med Sci.* 2006; 51:219-25.

Kohut H. Summarizing reflections. In: Goldberg A. (Eds.), *Advances in self psychology.* New York: International Universities Press, 1980.

Konrath SH; O'Brien EH; Hsing C. Changes in dispositional empathy in American college students over time: a meta-analysis. *Pers Soc Psychol Rev.* 2011;15(2):180-98.

Koppe H, van de Mortel TF, Ahern CM. How effective and acceptable is Web 2.0 Balint group participation for general practitioners and general practitioner registrars in regional Australia? A pilot study. *Aust J Rural Health.* 2016;24(1):16-22.

Kulenović M, Blazeković-Milaković S. Balint groups as a driving force of ego development. *Coll Antropol.* 2000; 24 Suppl 1:103-8.

Lambie GW. Burnout prevention: a humanistic perspective and structured group supervision activity. *J Human Couns.* 2006;45(1):32-44.

Lancaster T, Hart R, Gardner S. Literature and medicine: Evaluating a special study module using the nominal group technique. *Med Educ.* 2002;36:1071-76.

Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, Rigal L. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *Eur J Gen Pract.* 2013;19(1):23-8.

Lemkau JP, Purdy RR, Rafferty JP, Rudisill JR. Correlates of burnout among family practice residents. *J Med Educ.* 1988;63:682-691.

Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000;284(8):1021-7.

Lichtenstein A. Integrating intuition and reasoning how Balint groups can help medical decision making. *Aust Fam Physician.* 2006;35(12):987-9.

Lings P, Evans P, Seamark D, Seamark C, Sweeney K, Dixon M, Pereira Gray D. The doctor-patient relationship in US primary care. *J R Soc Med.* 2003;96(4):180-4.

Mahoney D, Diaz V, Thiedke C, Mallin K, Brock C, Freedy J, Johnson A. Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. *Int J Psychiatry Med.* 2013;45(4):401-11.

Margalit AP, Glick SM, Benbassat J, Cohen A, Katz M. Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: Effect of two teaching programs on the knowledge and attitudes of practicing primary care physicians. *Med Teach.* 2005;27(7):613-618.

Markakis K, Frankel R, Beckman H, Suchman A. Teaching empathy: It can be done. Annual Meeting of the Society of General Internal Medicine. San Francisco, CA, April 29-May 1, 1999.

Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Youth Care Forum.* 1977;6(2):100-113.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. In: Zalaquett CP, Wood RJ. (Eds.), *Evaluating Stress: A book of Resources*. US: The Scarecrow Press, 1997;191-218.

Maslach C, Leiter MP. *The Truth About Burnout*. San Fransisco, CA: Josey-Bass Publishers, 1997.

Maslach C. Different perspectives on job burnout. *Contemp Psychol*. 2004;49(2):168-170.

Matejić B, Milenović M, Kisić Tepavčević D, Simić D, Pekmezović T, Worley JA. Psychometric Properties of the Serbian Version of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey: A Validation Study among Anesthesiologists from Belgrade Teaching Hospitals. *ScientificWorldJournal*. 2015; 2015:903597.

Mead GH. *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press, 1934.

Melchers MC, Plieger T, Meermann R, Reuter M. Differentiating burnout from depression: personality matters! *Front Psychiatry*. 2015;6:113.

Merriel SW, Salisbury C, Metcalfe C, Ridd M. Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations: cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2015;65(637):e545-51.

Milenović M, Matejić B, Vasić V, Frost E, Petrović N, Simić D. High rate of burnout among anaesthesiologists in Belgrade teaching hospitals: results of a cross-sectional survey. *Eur J Anaesthesiol*. 2016;33(3):187-194.

Milovanović R, Marinković T. Emphatic Competences of Future Helpers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014;128:66-71.

Nielsen HG, Tulinius C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? *Educ Prim Care*. 2009; 20(5):353-359.

O'Dea B, O'Connor P, Lydon S, Murphy AW. Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. *Ir J Med Sci*. 2017; 186(2):447-453.

Ohtaki S, Ohtaki T, Feters MD. Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan. *Fam Pract*. 2003;20(3):276-82.

Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aärimala M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. *Scand J Work Environ Health*. 1992; 18 Suppl 2:110-2.

Omer S, McCarthy G. Reflective practice in psychiatric training: Balint groups. *Ir J Psych Med*. 2010;27(3):115-116.

Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med*. 2006; 17(3):195-200.

Pantović-Stefanović M, Dunjić-Kostić B, Gligorić M, Lačković M, Damjanović A, Ivković M. Empathy predicting career choice in future physicians. *Engrami* 2105;37(1): 37-48.

Parshuram CS, Dhanani S, Kirsh JA, Cox PN. Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study CMAJ. 2004;170(6):965-70.

Paterson H., Reniers B, Vollm B. Personality types and mental health experiences of those who volunteer for helplines. Br J Guid Coun. 2009;37(4):459-471.

Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O. Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. Psychiatr Danub. 2011;23(4):389-95.

Piaget J. The moral judgment of the child (M. Gabain, trans.) New York: Harcourt, Brace & World, 1932.

Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth. New York: Free Press, 1981.

Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. J Gen Intern Med. 1994;9(4):222-6.

Pomerleau G., Labrie J. Somatic medicine, psychological medicine and the Balint group. Union Med Can. 1977;106(3):356-7.

Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, van de Wiel HB, Gazendam-Donofrio SM, Sprangers F, Jaspers FC, van der Heijden FM. Burnout among Dutch medical residents. Int J Behav Med. 2007;14(3):119-25.

Pun JKH, Chan EA, Wang S, Slade D. Health professional-patient communication practices in East Asia: An integrative review of an emerging field of research and practice in Hong Kong, South Korea,

Japan, Taiwan, and Mainland China. *Patient Educ Couns*. 2018;101(7):1193-1206.

Putnik K, Houkes I. Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: a gender perspective in a Serbian context. *BMC Public Health*. 2011;11:716.

Rabin S, Maoz B, Shorer Y, Matalon A. Balint groups as 'shared care' in the area of mental health in primary medicine. *Ment Health Fam Med*. 2009;6(3):139-43.

Ratnakaran B, Prabhakaran A, Karunakaran V. Prevalence of burnout and its correlates among residents in a tertiary medical center in Kerala, India: A cross-sectional study. *J Postgrad Med*. 2016;62(3):157-61.

Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives *Br J Gen Pract*. 2009;59(561):e116-33.

Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. *Fam Pract*. 2001;18(1):53–59.

Roberts M. Balint groups. A tool for personal and professional resilience. *Can Fam Physician*. 2012;58(3):245.

Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014;9(1):23556.

Runge DA. Prevention of burnout by use of Balint method of group therapy. *Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects*. 2016;82:8-26.

Sajjadi S, Norena M, Wong H, Dodek P. Moral distress and burnout in internal medicine residents. *Can Med Educ J*. 2017;8(1):e36-e43.

Salinsky J, Sackin P. *What Are You Feeling Doctor: identifying and avoiding defensive patterns in the consultation*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2000.

Salinsky J. The Balint movement worldwide: present state and future outlook: a brief history of Balint around the world. *Am J Psychoanal*. 2002;62(4):327-335.

Salpigktidis II, Paliouras D, Gogakos AS, Rallis T, Schizas NC, Chatzinikolaou F, Niakas D, Sarafis P, Bamidis P, Lazopoulos A, Triadafyllidou S, Zarogoulidis P, Barbetakis N. Burnout syndrome and job satisfaction in Greek residents: exploring differences between trainees inside and outside the country. *Ann Transl Med*. 2016; 4(22):444.

Samuel OW. Aims and objectives of Balint training. *J Balint Soc*. 1987;15:23-25.

Shahini N, Rezayat KA, Behdani F, Reza S Shojaei H, Rezayat AA, Dadgarmoghaddam M. Empathy Score among Student Residence Assistants in Iran. *Electron Physician*. 2016;8(12):3357-3362.

Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AC. Burnout and self-reported patient care in internal medicine residency programs. *Ann Intern Med*. 2002;136: 358-367.

Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag J. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010;251(6):995-1000.

Shapiro J. How Do Physicians Teach Empathy in the Primary Care Setting? *Acad Med.* 2002;77(4):323-328.

Shorer Y, Biderman A, Levy A, Rabin S, Karni A, Maoz B, Matalon A: Family physicians leaving their clinic - the Balint group as an opportunity to say good-bye. *Ann Fam Med.* 2011;9(6):549-551.

Siu AMH, Shek DTL. Validation of the Interpersonal Reactivity Index in a Chinese Context *Res Soc Work Pract.* 2005;15(2)118-126.

Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008;25(4): 245-65.

Spickard A Jr, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA.* 2002;288(12):1447-50.

Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med.* 1992;116(10):843-6.

Stanetić K, Tesanović G. Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. *Med Pregl.* 2013;66(3-4):153-62.

Stepien KA, Baernstein A. 2006. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med.* 21(5):524-30.

Stojanovic-Tasic M, Latas M, Milosevic N, Aritonovic-Pribakovic J, Ljusic D, Sapic R, Vucurevic M, Trajkovic G, Grgurevic A. Is Balint

training associated with the reduced burnout among primary health care doctors? *Libyan J Med.* 2018;13(1):1440123.

Stojiljković S, Djigić G, Zlatković B. Empathy and Teachers' Roles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012;69:960-6.

Stone L. Reframing chaos. A qualitative study of GPs managing patients with medically unexplained symptoms. *Aust Fam Physician.* 2013;42(7):501-2.

Stotland S, Mathews K, Sherman S, Hansson R, Richardson B. *Empathy, fantasy, and helping.* Beverly Hills, CA: Sage, 1978.

Suh DH, Hong JS, Lee DH, Gonnella JS, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Med Teach.* 2012;34(6):e464–e468.

Szasz T, Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med.* 1956; 97(5):585-92.

Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High selfcontrol predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers.* 2004;72(2): 271-324.

Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ.* 2003; 326(7402):1310.

Taylor N, Signal TD. Empathy and attitudes to animals. *Anthrozoös.* 2005;18(1):18-27.

Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004;292(23):2880-9.

Torppa MA, Makkonen E, Mårtenson C, Pitkälä KH. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes. Patient Educ Couns. 2008;72(1):5-11.

Torppa MA, Kuikka L, Nevalainen M, Pitkälä KH. Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. Scand J Prim Health Care. 2015;33(3):178-83.

Töyry S, Kalimo R, Äärimaa M, Juntunen J, Seuri M, Räsänen K Children and work-related stress among physicians. Stress & Health 2004;20(4):213-21.

Truchot D, Roncari N, Bantégne D. [Burnout, patient compliance and psychological withdrawal among GPs: an exploratory study]. Burn out, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes: une étude exploratoire. L'encéphale 2011; 37(1):48-53.

Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kıran Ö, Gültop F, Kalyon ST, Sinoğlu B, Zincirci M, Kaya E. Burnout Syndrome During Residency. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2016;44(5):258-264.

Turner AL, Malm RL. A preliminary investigation of Balint and non-Balint behavioral medicine training. Fam Med. 2004;36(2):114-22.

Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C Some psychological vulnerabilities of physicians. N Engl J Med. 1972;287(8):372-5.

Van Roy K, Vanheule S, Debaere V, Inslegers R, Meganck R, Deganck J. A Lacanian view on Balint group meetings: a qualitative analysis of two case presentations. *BMC Fam Pract.* 2014;15:49.

Verma A, Griffin A, Dacre J, Elder A. Exploring cultural and linguistic influences on clinical communication skills: a qualitative study of international medical graduates. *BMC Med Educ.* 2016; 16:162.

Verweij H, van der Heijden FMM, van Hooff MLM, Prins JT, Lagro-Janssen ALM, van Ravesteijn H, Speckens AEM. The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to burnout in medical residents. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2016; 22(4):803-818.

Vicentic S, Gasic MJ, Milovanovic A, Tosevski DL, Nenadovic M, Damjanovic A, Kostic BD, Jovanovic AA. Burnout, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists. *Work.* 2013;45(1):129-38.

Von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract.* 2006; 23(2):210-219.

Vukosavljević-Gvozden T. Empatija i slika o sebi. Institut za psihologiju, 2002.

Wen D, Ma X, Li H, Xian B. Empathy in Chinese physicians: Preliminary psychometrics of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE). *Med Teach.* 2013; 35(7):609-610.

Wilhelm MO, Bekkers R. Helping behavior, dispositional empathic concern, and the principle of care. *Soc Psychol Q.* 2010;73(1):11-32.

Williams B, Sadasivan S, Kadirvelu A, Olausson A. Empathy levels among first year Malaysian medical students: an observational study. *Adv Med Educ Pract.* 2014;5:149-156.

Wilmer HA. The doctor-patient relationship and issues of pity, sympathy and empathy. *Br J Med Psychol.* 1968;41(3):243-8.

Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Med Educ.* 2000;34:90-4.

Wynn R. Empathy in general practice consultations: a qualitative analysis. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2005;14(3): 163-169.

Yuguero Torres O, Esquerda Aresté M, Marsal Mora JR, Soler-González J. Association between Sick Leave Prescribing Practices and Physician Burnout and Empathy. *PLoS One.* 2015;10(7):e0133379.

Yuguero O; Marsal R; Esquerda M; Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):63.

Zantinge EM, Verhaak PF, de Bakker DH, van der Meer K, Bensing JM. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations. *BMC Fam Pract.* 2009;10:60.

Zenasni F, Boujut E, Sultan S, Woerner A. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract.* 2012a; 62(600):346-7.

Zenasni F, Boujut E, Buffel du Vaure C, Catu-Pinault A, Tavani JL, Rigal L, Jaury P, Marie Magnier A, Falcoff H, Sultan S. Development of a French language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of general practitioners. *Int J Pers Cent Med.* 2012b;2(4):759-766.

Zubairi AJ, Noordin S. Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Ann Med Surg (Lond).* 2016;6:60-63.

SPISAK SKRAĆENICA

a.s.	Aritmetička sredina
CI	Interval poverenja
IRI	Indeks interpersonalne reaktivnosti
MBI	Maslach upitnik za procenu sindroma sagorevanja na poslu (Maslach Burnout Inventory)
OM	Opšta medicina
OR	Odds ratio
rs	<i>Spearman</i> -ov koeficijent korelacije
sd	Standardna devijacija

BIOGRAFIJA

Mirjana Stojanović-Tasić je rođena 12.01.1976. godine u Prištini.

Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini je završila 2004. godine sa prosečnom ocenom 8,35.

Od 2006-2009. godine zasnovala je radni staž u Specijalnoj bolnici za bolesti zavisnosti u Beogradu.

Od 2009. godine je zaposlena na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici, trenutno kao asistent na predmetu Psihijatrija.

2010. godine je magistrirala na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu iz oblasti Socijalne psihijatrije.

2008-2013. pohađala je edukaciju iz Sistemske porodične psihoterapije i stekla sertifikat Asocijacije sistemskih terapeuta-Evropski akreditovan Institut za edukaciju iz psihoterapije.

2014. godine je položila specijalistički ispit iz Psihijatrije i od tada je raspoređena za rad kao specijalista psihijatrije u centralno-kosovskoj enklavi- KBC Priština.

2011-2016. godine pohađala je Balint edukaciju, bazičnu i za Balint voditelja (učesće u kontinuiranoj grupi u trajanju od šest godina) i stekla sertifikat voditelja Balint grupa Balint društva Srbije-Međunarodno akreditovana Balint edukacija. Generalni je sekretar Balint društva Srbije i član Borda Internacionalne Balint Federacije.

Od 2014. godine vodi Balint grupu u KBC Priština i aktivno učestvuje kao Balint voditelj na Balint konferencijama i Balint kongresima u inostranstvu.

Publikovala je radove u većem broju stručnih i naučnih časopisa.

Prilog 1.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a Mirjana Stojanović-Tasić

broj upisa _____ / _____

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

„Ispitivanje efektivnosti rada u Balint grupi u razvijanju empatije i prevenciji sindroma sagorevanja lekara“

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 27.04.2018.



Prilog 2.

Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora Mirjana Stojanović-Tasić

Broj upisa ___/_____

Studijski program ___/_____

Naslov rada "Ispitivanje efektivnosti rada u Balint grupi u razvijanju empatije i
prevenciji sindroma sagorevanja lekara

Mentor: Prof. dr Anita Grgurević - Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Komentor: Doc. dr Milan Latas - Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Potpisana Mirjana Stojanović-Tasić

izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predao/la za objavljivanje na portalu **Digitalnog repozitorijuma Univerziteta u Beogradu**.

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog zvanja doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada.

Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i u publikacijama Univerziteta u Beogradu.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 27.04.2018.



Prilog 3.

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

„Ispitivanje efektivnosti rada u Balint grupi u razvijanju empatije i prevenciji sindroma sagorevanja lekara“

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim priložima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo
2. Autorstvo - nekomercijalno
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade
4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima
5. Autorstvo – bez prerade
6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poleđini lista).

Potpis doktoranda

U Beogradu, 27.04.2018.

