

UNIVERZITET U BEOGRADU
FARMACEUTSKI FAKULTET

Dejan R. Senćanski

**Procena emocionalne inteligencije
farmaceuta kroz programe profesionalnog
usavršavanja**

doktorska disertacija

Beograd, 2024

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF PHARMACY

Dejan R. Senćanski

**Assessment of emotional intelligence of
pharmacists through professional
development programs**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2024

Mentori doktorske disertacije:

Dr. sc. Ivana Tadić, vanredni profesor, Univerzitet u Beogradu – Farmaceutski fakultet

Dr. sc. Valentina Marinković, redovni profesor, Univerzitet u Beogradu – Farmaceutski fakultet

Komisija za ocenu i odbranu doktorske disertacije:

Dr. sc. Dušanka Krajnović, redovni profesor

Univerzitet u Beogradu – Farmaceutski fakultet, predsednik komisije

Dr. sc. Dragana Lakić, redovni profesor

Univerzitet u Beogradu – Farmaceutski fakultet, član komisije

Dr. sc. Ana Golić Jelić, docent

Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci, član komisije

Datum odbrane doktorske disertacije:

Zahvalnica

Ogromna zahvalnost mentorkama doktorske disertacije, Prof. dr. Ivani Tadić i Prof. dr. Valentini Marinković, na velikoj podršci, strpljenju, savetima i usmeravanju prilikom izrade ove doktorske disertacije. Posebna zahvalnost na nesebičnoj pomoći prilikom oblikovanja publikacija koje su iz disertacije proizašle.

Velika zahvalnost i članovima komisije na usmeravanju i pomoći pri finalnom oblikovanju disertacije. Zahvalnost i svim kolegama sa Katedre za socijalnu farmaciju i farmaceutsko zakonodavstvo Farmaceutskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu, na podršci i pomoći, kao i drugim kolegama sa drugih fakulteta i kolegama iz različitih domena farmaceutske prakse na njihovom doprinosu istraživanjima u okviru ove disertacije, kroz učešće u istraživačkim timovima, ili kroz aktivno učešće u istraživanjima.

Na kraju, ogromna zahvalnost mojoj porodici, ćerki Nini, sinu Luki i supruzi Sanji, kojima želim da posvetim ovu disertaciju. Oni su bili i ostali moja najveća inspiracija. Podrška i razumevanje porodice i prijatelja dala mi je potrebnu snagu i istrajnost za ovako važan životni poduhvat.

Za Ninu i Luku

Procena emocionalne inteligencije farmaceuta kroz programe profesionalnog usavršavanja

Sažetak

Emocionalna inteligencija (EI) predstavlja sve važniji aspekt potrebnih kompetencija savremenog farmaceuta, koji je značajan član tima zdravstvenih radnika, a koji svakom pojedinačnom pacijentu pruža zdravstvenu zaštitu (ZZ) najvišeg kvaliteta. S obzirom da su istraživanja EI kod farmaceuta u praksi limitiranog opsega u svetu, a u Republici Srbiji ih nema, ova disertacija imala je za cilj da kulturološki adaptira i ekspertski validira jedan od multidimenzionalnih upitnika za procenu EI, da bi isti bio korišćen u istraživanjima. Istraživanja su bila usmerena na procenu EI i percipiranog stresa (PS), i njihove korelacije, u grupama farmaceuta koji su prolazili edukacije za uvođenje novih standardizovanih usluga i onih koji to nisu, farmaceuti koji su završili programe profesionalnog usavršavanja na farmaceutskom fakultetu i onih koji su ih tek započeli (dve studije preseka), kao i da kod njih utvrdi da li kratkoročne intervencije usmerene na razvoj EI mogu da daju pozitivne ishode na procenjene nivoe EI (studija mešovitog tipa po principu “pre i posle”). Cilj istraživanja je bio i da se proceni razumevanje i mišljenje farmaceuta o značaju EI za kliničku praksu i dobiju sugestije za unapređenje programa njihovog profesionalnog razvoja (kvalitativna studija metodom fokus grupa). Dobijeni rezultati su obrađeni prevashodno metodama deskriptivne i korelacione statistike. Kvalitativni podaci su doslovno transkribovani, kodirani i analizirani induktivnim tematskim pristupom. Podaci ukupno 220 farmaceuta su u potpunosti mogli biti obrađeni. Studije preseka nisu pokazale značajnu razliku u nivoima EI i PS između grupa slučajeva i grupa kontrola, ali su jasno pokazane negativne inverzne korelacije između EI i PS ($r=-0,370$, $p<0,01$; $r=-0,543$, $p<0,01$). Kratkotrajna intervencija nije dala statistički značajno povećanje ukupnog nivoa EI ispitanika, ali je proizvela statistički i klinički značajno povećanje nivoa subdomena emocionalne samokontrole. Kvalitativno istraživanje je dalo jasniju sliku rezultata faza koje su joj prethodile i potvrdilo značaj EI za farmaceutsku praksu, kao i potrebu da se EI i programi koji stimulišu njen razvoj uvrste u sve stadijume kontinuuma edukacije i profesionalnog razvoja farmaceuta. Sve istraživačke studije u okviru disertacije su potvrdile da postojeći programi profesionalnog razvoja farmaceuta ne doprinose dovoljno razvoju njihove EI. Negativne korelacije između EI i pojedinih njenih subdomena i PS sugerišu na potencijalni protektivni efekat EI prema stresu. Predloženi načini i programi razvoja EI, koji bi bili deo kontinuiranog procesa profesionalnog razvoja farmaceuta doprineli bi efektivnosti u radu farmaceuta, opštem osećanju zadovoljstva, a time i pružanju ZZ najvišeg kvaliteta.

Ključne reči: Emocionalna inteligencija, Farmaceuti, Farmaceutska zdravstvena zaštita, Farmaceutske usluge, Percipirani stres, Kontinuirana farmaceutska edukacija, Programi profesionalnog usavršavanja

Naučna oblast: Farmacija

Uža naučna oblast: Farmaceutske nauke - Socijalna farmacija i istraživanje farmaceutske prakse

Assessment of emotional intelligence of pharmacists through professional development programs

Abstract

Emotional intelligence (EI) represents an increasingly important aspect of the required competencies of a modern pharmacist, who is an important member of the team of healthcare (HC) workers and who provides the highest quality HC to each individual patient. Given that EI research amongst pharmacists in practice is of limited scope globally, and there are none in the Republic of Serbia, this dissertation aimed to culturally adapt and validate one of the multidimensional questionnaires for assessing EI so that it could be used in research. The research was aimed at evaluating EI and perceived stress (PS) and their correlations in groups of pharmacists who underwent training for the introduction of new standardised services and those who did not, pharmacists who completed professional development programs at the Faculty of Pharmacy and those who have just started (two cross-sectional studies), as well as to determine whether short-term interventions aimed at the development of EI can produce such a result (a mixed-method study based on the pretest post-test design). The research aimed to assess pharmacists' understanding and opinion of the importance of EI for clinical practice and to get suggestions for improving their professional development programs (qualitative study using the focus group methodology). The results were analysed primarily using descriptive and correlational statistics. Qualitative data were transcribed verbatim, coded and analysed using an inductive thematic approach. The data of 220 pharmacists in total could be fully processed. Cross-sectional studies showed no significant difference in EI and PS levels between case and control groups, but negative inverse correlations between EI and PS were demonstrated ($r=-0.370$, $p<0.01$; $r=-0.543$, $p<0.01$). The short-term intervention did not produce a statistically significant increase in the subjects' total EI levels but produced a significant increase in the levels of the emotional self-control subdomain. Qualitative research gave a clearer picture of the results of the preceding phases. It confirmed the importance of EI for pharmaceutical practice and the need to include EI and programs that stimulate its development in all stages of the continuum of education and professional development of pharmacists. All research studies within the dissertation confirmed that pharmacists' existing professional development programs do not contribute enough to their EI development. Negative correlations between EI and some of its subdomains and PS suggest a potential protective effect of EI against stress. The proposed ways and programs of EI development, which would be part of the continuous pharmacists' professional development, would contribute to their effectiveness at work and their general well-being and thus contribute to the provision of the highest quality HC.

Keywords: Emotional intelligence; Pharmacists; Pharmaceutical care; Community pharmacy services; Perceived stress; Continuing pharmacy education; Professional development programmes

Scientific field: Pharmacy

Scientific subfield: Pharmaceutical sciences - Social pharmacy and pharmaceutical practice research

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Koncept emocionalne inteligencije	1
1.2. Kritičko razmatranje uticaja emocionalne inteligencije na farmaceutsku zdravstvenu zaštitu i farmaceutsku praksu	2
1.2.1. EI i FZZ: Sistematski pregled literature.....	3
1.2.2. Emocionalna inteligencija u populaciji studenata farmacije.....	5
1.2.3. Razvoj emocionalne inteligencije i zadovoljstvo poslom.....	5
1.2.4. Emocionalna inteligencija i kvalitet farmaceutske zdravstvene zaštite	5
1.3. Emocionalna inteligencija i farmaceutske usluge	6
1.4. Emocionalna inteligencija, napredni i specijalistički razvoj, razvoj kompetencija i liderstva	7
1.5. Alati za procenu emocionalne inteligencije	7
1.6. Programi razvoja emocionalne inteligencije.....	8
1.6.1. Specifični modeli razvoja emocionalne inteligencije	9
1.7. Neophodne kompetencije farmaceuta i emocionalna inteligencija.....	12
2. Ciljevi doktorske disertacije.....	13
3. Metodologija naučnog istraživanja	14
3.1. Opšta i posebna etička razmatranja.....	14
3.2. Istraživanje za postizanje prvog cilja	14
3.2.1. Kulturološka adaptacija upitnika	16
3.2.2. Ekspertska validacija.....	16
3.2.3. Prikupljanje i analiza podataka	16
3.3. Dizajn i metodologija istraživanja 2-5.	17
3.4. Istraživanje za postizanje drugog cilja	21
3.4.1. Kriterijumi za uključivanje i isključivanje.....	21
3.4.2. Upitnici.....	21
3.4.3. Prikupljanje podataka.....	21
3.4.4. Statistička analiza.....	22
3.5. Istraživanje za postizanje trećeg cilja.....	22
3.5.1. Kriterijumi za uključivanje i isključivanje.....	22
3.5.2. Upitnici.....	23
3.5.3. Prikupljanje podataka.....	23
3.5.4. Statistička analiza.....	23
3.6. Istraživanje za postizanje četvrtog cilja	23
3.6.1. Način sprovođenja intervencije i korišćeni upitnici.....	23
3.6.2. Prikupljanje podataka i statistička analiza	24

3.7.	Istraživanje za postizanje petog cilja	24
3.7.1.	Proces uključivanja u istraživanje	24
3.7.2.	Instrumenti – semi-strukturirani vodič i uvodna sesija	24
3.7.3.	Prikupljanje podataka.....	24
3.7.4.	Kodiranje, obrada i analiza podataka	25
4.	Rezultati	25
4.1.	Rezultati u skladu sa prvim postavljenim ciljem doktorske disertacije	25
4.1.1.	Kulturološka adaptacija multidimenzionalnog upitnika za procenu EI	25
4.1.2.	Ekspertska validacija upitnika	26
4.2.	Rezultati u skladu sa drugim postavljenim ciljem doktorske disertacije	29
4.2.1.	Korelaciona analiza.....	30
4.2.2.	Emocionalna inteligencija, percipirani stres i demografske karakteristike.....	32
4.3.	Rezultati u skladu sa trećim postavljenim ciljem doktorske disertacije	33
4.3.1.	Emocionalna inteligencija, percipirani stres i demografski faktori	37
4.3.2.	Korelaciona analiza.....	39
4.4.	Rezultati u skladu sa četvrtim postavljenim ciljem doktorske disertacije	40
4.4.1.	Poređenje nivoa emocionalne inteligencije i percipiranog stresa pre i posle intervencije	42
4.4.2.	Emocionalna inteligencija i demografski faktori	43
4.4.3.	Korelaciona analiza.....	45
4.5.	Rezultati u skladu sa petim postavljenim ciljem doktorske disertacije	46
4.5.1.	Fokus grupe.....	46
4.5.2.	Kodiranje.....	46
4.5.3.	Tematska analiza	47
5.	Diskusija.....	56
5.1.	Kulturološka adaptacija i validacija multidimenzionalnog upitnika za procenu EI	56
5.2.	Studija preseka poređenja nivoa EI i PS kod farmaceuta u javnim apotekama koji su prošli edukativni program za pružanje nove standardizovane usluge savetovanja pacijenata sa diabetes mellitusom u odnosu na one koji tu edukaciju nisu prošli.....	57
5.3.	Studija preseka poređenja nivoa EI i PS kod farmaceuta polaznika programa profesionalnog usavršavanja na Farmaceutskom fakultetu u okviru specijalističkih akademskih studija	59
5.4.	Studija poređenja nivoa EI pre i posle intervencije kod farmaceuta upisanih na programe specijalističkih akademskih studija.....	61
5.5.	Kvalitativno istraživanje percepcija farmaceuta upisanih na programe specijalističkih akademskih studija metodom fokus grupa o značaju EI za farmaceutsku praksu i predlozima za unapređenje	63
5.6.	Sugestije za dalja istraživanja	64
5.7.	Ključne spoznaje i primena.....	65

5.7.1.	Predlozi za unapređenje edukativnih programa za profesionalno usavršavanje farmaceuta.....	65
6.	Zaključak.....	71
7.	Literatura.....	73
8.	Prilozi.....	81
8.1.	Prilog 1: Lista skraćenica i oznaka	81
8.2.	Prilog 2: Spisak tabela.....	83
8.3.	Prilog 3: Spisak slika.....	84
8.4.	Prilog 4: Odobrenja etičkih odbora.....	85
8.5.	Prilog 5: “Skala percipiranog stresa” (engl. Perceived Stress Scale - PSS)	89
8.6.	Prilog 6: Semi-strukturirani vodič za fokus grupe (konsolidovana verzija)	90
8.7.	Prilog 7: Genosov upitnik emocionalne inteligencije (EI) - sažeta verzija (upitnik samoprocene)	92
8.8.	Prilog 8: Objavljeni i saopšteni radovi koji čine sastavni deo doktorske disertacije.....	94
9.	Biografija autora	95
10.	Izjave.....	96
10.1.	Izjava o autorstvu	96
10.2.	Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije dokorskog rada	97
10.3.	Izjava o korišćenju	98

1. Uvod

Međunarodna farmaceutska federacija (engl. *International Pharmaceutical Federation* - FIP) je 2020. godine objavila globalne ciljeve razvoja struke (engl. *FIP Development Goals* – FIP DG), koji treba da omoguće njen održivi razvoj i odgovor na izazove, ali i mogućnosti koji se pred struku stavljaju (1). Dokument omogućava nacionalnim organizacijama da kreiraju svoje prioritete, u okviru 21 postavljenog globalnog cilja, a daje i osnove za mapiranje progressa i transformacije kadrova, prakse i farmaceutske nauke, jer „ne možemo imati adekvatnu farmaceutsku zdravstvenu zaštitu (FZZ) bez adekvatnih kadrova, a ni bez naučne osnove“ (1). Iz navedenog FIP dokumenta, iste godine su proistekle smernice u kojima se daju preporuke razvoja farmaceuta, kao i okvir neophodnih kompetencija (engl. *FIP Global Competency Framework* – GbCF), naročito onih koje su neophodne u ranoj fazi razvoja karijere farmaceutskog kadra (2). Implementacija GbCF direktno je vezana za FIP DG 2, a daje i doprinos ispunjenju još 7 od ukupno 21 FIP razvojnog cilja (2). Mnoge od navedenih kompetencija predstavljaju zapravo kompetencije emocionalne inteligencije (EI).

Salovey i Mayer (1990) definišu EI kao vrstu socijalne inteligencije koja podrazumeva sposobnost zapažanja sopstvenih emocija i emocija drugih, sposobnost da se one razlikuju i te informacije koriste u svrhu usmeravanja razmišljanja i ponašanja, sopstvenog i drugih (3).

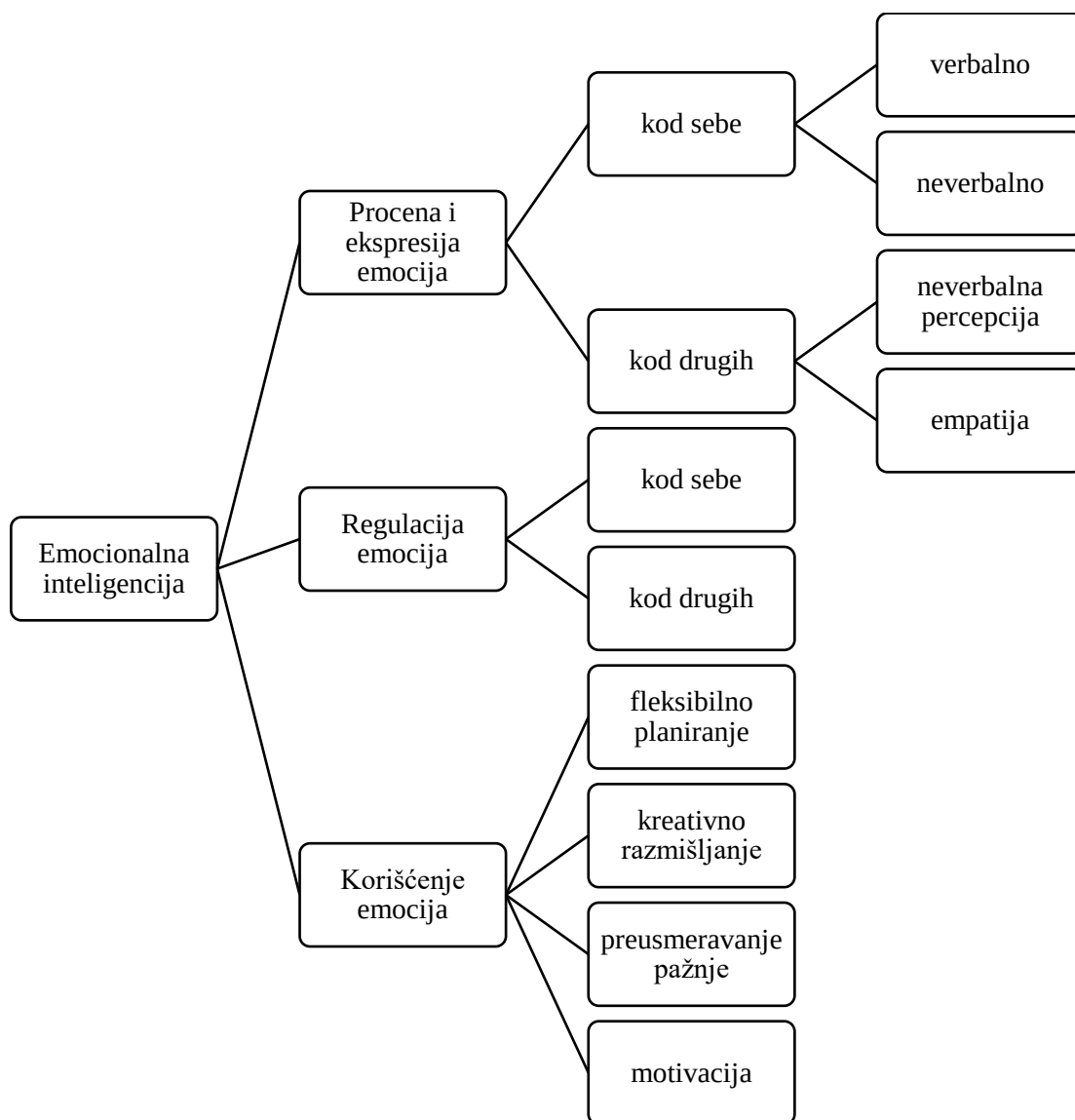
Bihevioralni model kompetencija GbCF grupiše kompetencije farmaceuta u četiri klastera: 1) farmaceutsko javno zdravlje, 2) farmaceutska zdravstvena zaštita, 3) organizacija i upravljanje i 4) profesionalne/lične kompetencije. Za svaku od kompetencija u okviru klastera su navedena željena ponašanja. U okviru klastera 4, kompetencija 4.5. „liderstvo i samoregulacija“, u tačkama 4.5.6, 4.5.7, 4.5.8. navode se željena ponašanja koja direktno proizilaze iz okvira kompetencija EI ili su sa njim direktno povezana: 4.5.6. „umeju da prepoznaju i opišu emocionalne informacije o sebi i drugima (npr. svest o sebi, upravljanje sobom, motivacija, socijalne veštine i empatija)“, 4.5.7. „pokazuju fleksibilnost i prilagodljivost različitim uslovima i situacijama“, 4.5.8. „prepoznaju kada su suočeni sa izazovima ili su pod stresom i efikasnim strategijama to prevazilaze /rezilijentnost – otpornost/“ (2).

Istraživanja različitih okvira za procenu kompetencija farmaceuta potvrdila su potrebu za uniformnim, globalnim smernicama, koje bi mogle biti lokalno prilagođene (4). Osim toga, ovakvi okviri kompetencija predstavljaju dobre alate za istraživanje i procenu kompetencija farmaceuta, što je osnov za njihov dalji razvoj (5).

1.1. Koncept emocionalne inteligencije

Salovey i Mayer svoj koncept EI baziraju na tri osnovna segmenta: “procena i ekspresija emocija”, “regulacija emocija” i “korišćenje emocija” (3). Oni ističu da EI može pomoći u korišćenju emocija za motivisanje, bolje planiranje i postizanje ciljeva u životu” (3). Ovaj inicijalni koncept, prikazan je na slici 1, a u svojim kasnijim radovima Mayer, Caruso i Salovey (1999) ističu njegovu važnost i povezanost sa inteligencijom generalno, ali i značaj specifičnog seta veština EI, koji se može razvijati tokom vremena i sticanjem iskustva, a svakako kroz za to specijalno dizajnirane programe (6).

Konceptualni model na slici 1, vremenom Mayer i Salovey razvijaju u model sa četiri “grane”: 1) “refleksivna regulacija emocija”, 2) “razumevanje emocija”, 3) “asimilacija emocija u promišljanje”, 4) “percepcija i ekspresija emocija” (7).



Slika 1. Inicijalni koncept emocionalne inteligencije prema *Salovey* i *Mayeru* (3)

Za poslednjih više od 30 godina, sprovedena su mnoga istraživanja i razvijeni brojni konceptualni modeli EI. *Boyatzis* i sar. razvili su model emocionalne inteligencije koji se sastoji od četiri klastera i 20 kompetencija. Prema ovim autorima, emocionalno inteligentna osoba pokazuje elemente kompetencija koje se odnose na svest o sebi, socijalnu svest, upravljanje sobom i upravljanje odnosima sa drugima (8).

1.2. Kritičko razmatranje uticaja emocionalne inteligencije na farmaceutsku zdravstvenu zaštitu i farmaceutsku praksu

Farmaceuti su u poziciji da mogu imati ključnu i integrativnu ulogu u okviru tima zdravstvene zaštite (ZZ) zajedno sa drugim zdravstvenim radnicima i sa pacijentima u centru tog procesa (9). Uloga farmaceuta postaje sve složenija, sa razvojem ZZ usmerene na pacijenta (10). Doprinos farmaceuta u poboljšanju zdravlja pacijenata je naučno potvrđen, pa se stoga FZZ definiše kao „doprinos farmaceuta zdravstvenoj zaštiti pojedinaca u cilju optimizacije upotrebe lekova i poboljšanja zdravstvenih ishoda“ (11).

Pristup personalizovane medicine u farmaceutskoj praksi zahteva primenu novih, naprednih farmaceutskih usluga i kompetencija farmaceuta (FIP DG 5: “Razvoj kompetencija”) zarad sprovođenja komunikacije koja je više usmerena na pacijenta (FIP DG 15: “Zdravstvena zaštita fokusirana na ljude”) (12); takođe zahteva inter- i intra-profesionalnu saradnju (FIP DG 8: “Saradnja sa drugim zdravstvenim profesionalcima”) i organizacione i upravljačke veštine za vođenje drugih farmaceutskih aktivnosti (FIP DG 6: “Razvoj liderstva”) (10,13).

Većina istraživanja sprovedenih u FZZ bavila su se empatijom kao jednom od važnijih kompetencija za uspeh farmaceuta, kako u javnim (14), tako i u bolničkim apotekama (15), mada su istraživanja u oblasti EI kao šireg koncepta relativno ograničena. Istraživanja u FZZ, ali i u praksi drugih zdravstvenih radnika, sugerišu da empatija može značajno doprineti boljim ishodima vezanim za lečenje pacijenata (15,16).

1.2.1. EI i FZZ: Sistematski pregled literature

Da bi se proverila dostupnost naučnih, istraživačkih radova na temu EI i njenog uticaja na FZZ, urađen je sistematski pregled literature sa ciljem da dostupne podatke prikupi i kritički analizira.

Pregled je sproveden korišćenjem PRISMA smernica (17). Kreirana je strategija pretraživanja korišćenjem skraćenog PICO modela (18–20). Pretražene su *PubMed*, *Web of Science* i *Embase* baze, a kriterijumi za uključivanje su bili: publikacije na engleskom jeziku, studije EI i FZZ različitog tipa (kvantitativne, kvalitativne ili mešovite metode), koje su uključile farmaceute u kliničkoj praksi u bar jednu studijsku grupu; publikacije su sagledavane za period od januara 2000. do juna 2021. Kriterijum za isključivanje je bio da se radilo o studijama koje su se bavile samo validacijom instrumenata za procenu EI. Za pretragu su korišćene ključne reči, koje su između ostalih uključivale termine: EI, FZZ, klinička praksa, farmaceutska praksa i sl. Koristeći navedenu proceduru identifikacije (2089 publikacija inicijalno identifikovano), skrininga (n=111/406) i uključivanja publikacija (17), došlo se do samo 4 publikacije koje su mogle biti kritički analizirane.

Imajući u vidu da ne postoje kontrolne liste za procenu kvaliteta studija u kojima se procenjuje EI, kreirana je nova, koja je bazirana na listama za procenu studija kvaliteta života (QoL) (21,22), s obzirom da je više istraživača pokazalo povezanost između EI i QoL (23,24). Adaptirana kontrolna lista ima 11 indikatora u 4 poglavlja: koncept istraživanja, metodologija i korišćeni instrumenti, i interpretacija rezultata (Tabela 1). Raspon skorova je mogao biti od 0 do 11, a studije su ocenjene kao “verovatno robustne” (skor 8-11; 3 studije), “sa ograničenjima” (skor 5-7; 1 studija), “sa značajnim ograničenjima” (skor 0-4 ; 1 studija).

Dodatnom analizom publikacija objavljenih od juna 2021. do januara 2023, kroz *PubMed* i *Web of Science* baze, došlo se do još samo jedne, što jasno ukazuje na nedostatak istraživanja EI u farmaceutskoj, kliničkoj praksi. *Ruble* i sar. su u svom istraživanju pokazali da su viši nivoi EI u korelaciji sa višim radnim učinkom, nižim nivoom stresa na poslu, i višim nivoom psihološkog afektivnog osećanja zadovoljstva (25).

Higuchi i sar. su pokazali da EI ima uticaja na pokazivanje empatije od strane bolničkih farmaceuta, što može igrati ključnu ulogu u njihovim svakodnevnim interakcijama sa pacijentima (26). Kod farmaceuta u apotekama primarnog nivoa ZZ, *Frenzel* je pokazala značajnu korelaciju između EI i proaktivnosti, autonomnosti, inovativnosti farmaceuta, kao i sposobnosti preuzimanja rizika (27). *Malik* i sar. su pokazali pozitivnu korelaciju između nivoa EI kliničkih farmaceuta i njihove motivacije, što može ukazivati na potencijal za pružanje FZZ visokog kvaliteta (28). *Hall* i sar. su ukazali na značaj razvoja liderstva kod farmaceuta u praksi kroz programe Farmaceutske liderske akademije, koji su doprineli značajnom povećanju nivoa EI polaznika (29).

Dobijeni rezultati jasno ukazuju na potrebu za dodatnim, metodološki dobro koncipiranim istraživanjima u oblasti EI i FZZ.

Tabela 1. Kontrolna lista procene minimuma standarda pri evaluaciji studija u kojima se procenjuje emocionalna inteligencija (adaptirano prema referencama (21,22))

Stavka	<i>Higuchi i sar. (26)</i>	<i>Hall i sar. (29)</i>	<i>Frenzel (27)</i>	<i>Malik i sar. (28)</i>	<i>Ruble i sar. (25)</i>
Koncept studije					
Definisana primarna hipoteza	Da	Ne	Ne	Ne	Da
Obrazloženje za korišćenje instrumenta je dato	Da	Da	Da	Ne	Da
Instrument					
Opisane psihometrijske karakteristike	Da	Da	Da	Da	Da
Opisana i izvršena kulturološka validacija	Da	Ne	Da	Da	Da
Adekvatnost domena je pokrivena	Da	Da	Da	Ne	Da
Pouzdanost instrumenta je pokazana	Da	Ne	Da	Ne	Da
Metodologija					
Način distribucije instrumenta i obrade podataka je dokumentovan	Da	Da	Da	Ne	Da
Vreme izvođenja studije je dokumentovano	Da	Da	Ne	Ne	Da
Dokumentovana je reprezentativnost uzorka	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Interpretacija rezultata					

Značaj za / uticaj na FZZ je obrađen i istaknut	Da	Da	Da	Da	Da
Dobra prezentacija rezultata	Da	Da	Da	Ne	Da
Ukupna skor (metodološki kvalitet)	10/11 (verovatno robustna)	7/11 (sa ograničenjima)	8/11 (verovatno robustna)	3/11 (sa značajnim ograničenjima)	10/11 (verovatno robustna)

Legenda: FZZ – farmaceutska zdravstvena zaštita

Kategorije skorova: 8-11 verovatno robustna, 5-7 sa ograničenjima, 0-4 sa značajnim ograničenjima

1.2.2. Emocionalna inteligencija u populaciji studenata farmacije

EI je opsežno proučavana u populaciji studenata farmacije. Rezultati su pokazali da EI ima pozitivan uticaj na akademsko angažovanje i izgaranje (engl. *burnout*) (30,31). EI može uticati na liderski kapacitet i može se značajno povećati nakon dodatnih programa razvoja liderstva koji se nude studentima farmacije (32,33). Pored toga, EI može imati pozitivne efekte na smanjenje depresije, anksioznosti i stresa kod studenata farmacije (33,34). Kod studenata sa višim nivoima EI, pokazano je da su međuljudski odnosi tokom prakse bili značajno bolji (35). Osim toga, oni su uspešno koristili emocionalno inteligentne strategije za rešavanje “izazovnih” situacija, kao što je komunikacija sa agresivnim, ljutim, ili poniženim pacijentima ili članovima njihovih porodica (36). Međutim, uticaj implementiranih programa razvoja EI u studentskoj populaciji na kasnije efekte u sprovođenju FZZ ostao je nedovoljno razjašnjen (37).

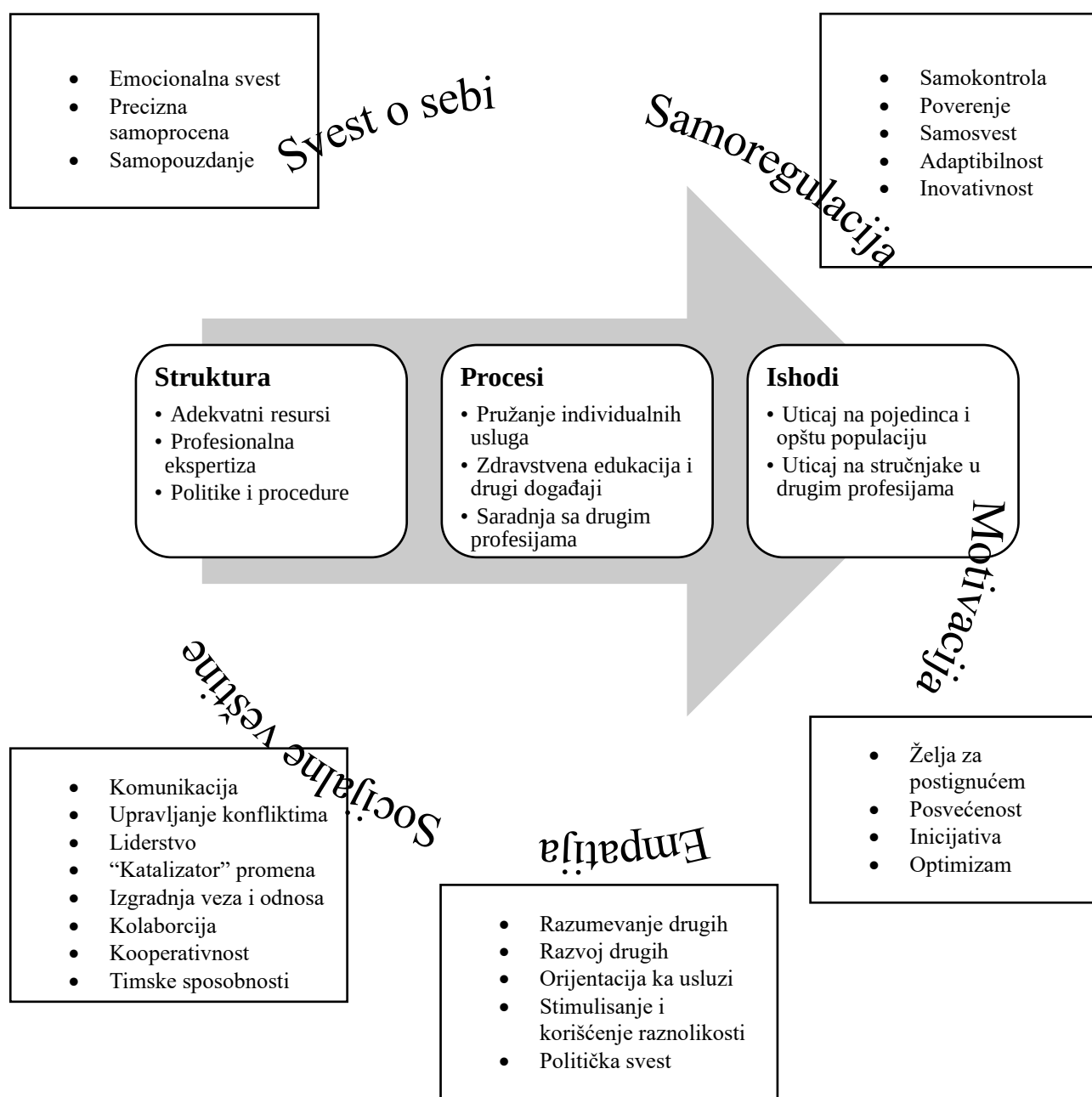
1.2.3. Razvoj emocionalne inteligencije i zadovoljstvo poslom

Koncept EI je široko proučavan u različitim profesijama, te je pokazano da osećanja mogu uticati na način na koji se ponašamo, donosimo odluke i kakav nam je radni učinak (38). Istraživanja su pokazala da EI može pozitivno uticati na zadovoljstvo poslom, osećanje opšteg blagostanja i angažovanje u različitim profesijama, uključujući i zdravstvene profesije (39,40).

S obzirom da emocije utiču na način na koji se ljudi ponašaju, u slučaju zdravstvenih profesionalaca, one se posebno odnose na način na koji komuniciraju i grade odnose sa pacijentima i među sobom. Dugan i sar. su sprovedi prospektivnu, longitudinalnu, kohortnu studiju sa ciljem da procene kako program razvoja EI kod zdravstvenih profesionalaca i njihovih mentora može da utiče na zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom zaštitom. Ukupni nivoi EI su se konstantno povećavali kod zdravstvenih profesionalaca tokom sedmogodišnjeg programa, kao i zadovoljstvo pacijenata pruženom zdravstvenom zaštitom (41).

1.2.4. Emocionalna inteligencija i kvalitet farmaceutske zdravstvene zaštite

Sato i sar. su, koristeći *Donabedianov* koncept, definisali najvažnije teme, kojima bi se mogao definisati kvalitet ZZ u apotekama primarnog nivoa ZZ (42,43). Slika 2 pokazuje da ako se 25 kompetencija EI iz *Golemanovog* modela sa 5 subdomena, “samoregulacija, svest o sebi, socijalne veštine, empatija i motivacija” (44), primene na farmaceute i njihov učinak, one prožimaju sve domene kvaliteta ZZ.



Slika 2. Prožimanje i uticaj kompetencija EI na kvalitet ZZ u apotekama primarnog nivoa ZZ (prema Sato i sar. (43) i Golemanu (44)).

1.3. Emocionalna inteligencija i farmaceutske usluge

“Unapređenje integrisanih usluga” predstavlja FIP DG 7 i sa aspekta prakse je definisan da čini „integrisanu ZZ fokusiranu na korisnike/pacijente zasnovanu na interprofesionalnom, neprekidnom kontinuumu u pružanju usluge, koja uključuje i profesionalne usluge farmaceuta“ (1). Razvoj EI može biti od velikog značaja za primenu pristupa zdravstvene zaštite usmerene na pojedinca (engl. *Person*

Centred Care - PCC). Istraživanja sugeriraju da PCC umesto „zdravstvene zaštite usmerene na pacijenta” može poboljšati zdravstvene ishode jer „pacijent” nije „samo pasivni primalac” usluga ZZ, već „osoba” sa stavovima, osećanjima, emocijama, znanjem i spremnošću da aktivno učestvuje u sopstvenoj ZZ (45). Da bi farmaceut imao interakcije visokog kvaliteta u okviru koncepta PCC, jednu od ključnih uloga igra njegova EI (13).

Pokazano je da viši nivoi EI mogu poboljšati sposobnost upravljanja stresom kod farmaceuta i drugih zdravstvenih radnika (25,46). Visok nivo EI doprinosi da farmaceut bolje upravlja izazovnim situacijama, kao i da bolje kontroliše percipirani stres (PS) (13,25).

Stres na poslu predstavlja psihičko i fizičko stanje u kome osoba nema dovoljan kapacitet da se nosi sa pritiscima i zahtevima određene situacije na poslu, što može ugroziti postizanje individualnih i organizacionih ciljeva (npr. uvođenje novih standardizovanih farmaceutskih usluga) (47). Istraživanja EI kod farmaceuta koji uvode nove usluge nisu do sada rađena, a doprinela bi boljem razumevanju kako uspešno realizovati FIP DG 7 („Unapređenje integrisanih usluga”) i FIP DG 15 („ZZ fokusirana na ljude”, kao i druge, povezane ciljeve (1).

1.4. Emocionalna inteligencija, napredni i specijalistički razvoj, razvoj kompetencija i liderstva

Goleman je naveo da su „efikasni lideri slični na jedan ključan način: svi imaju visok stepen emocionalne inteligencije” (48). U svom sistematskom pregledu literature, *Lee i sar.* su povezali gore navedeno sa liderstvom u zdravstvenoj zaštiti i potvrdili da efektivno liderstvo može dovesti do zadovoljstva zdravstvenih radnika poslom i posledično do visokog kvaliteta ZZ (49).

Kvantitativna studija EI među učesnicima *American Society of Health-System Pharmacists Foundation's Pharmacy Leadership Academy* je pokazala značajnu razliku u nivoima EI među polaznicima, u korist onih koji su završili ovaj program (29). Studija sprovedena u SAD utvrdila je pozitivnu korelaciju između EI i preduzetničke orijentacije kod farmaceuta u javnim apotekama. Viši nivoi EI bili su prediktori veće inovativnosti u radu, proaktivnosti i višeg nivoa preuzimanja rizika (27). Navedene studije su, po našem najboljem saznanju, jedine koje su se bavile proučavanjem EI kod farmaceuta u kontekstu „naprednog i specijalističkog razvoja” (FIP DG 4), „razvoja kompetencija” (FIP DG 5) i „razvoja liderstva” (FIP DG 6).

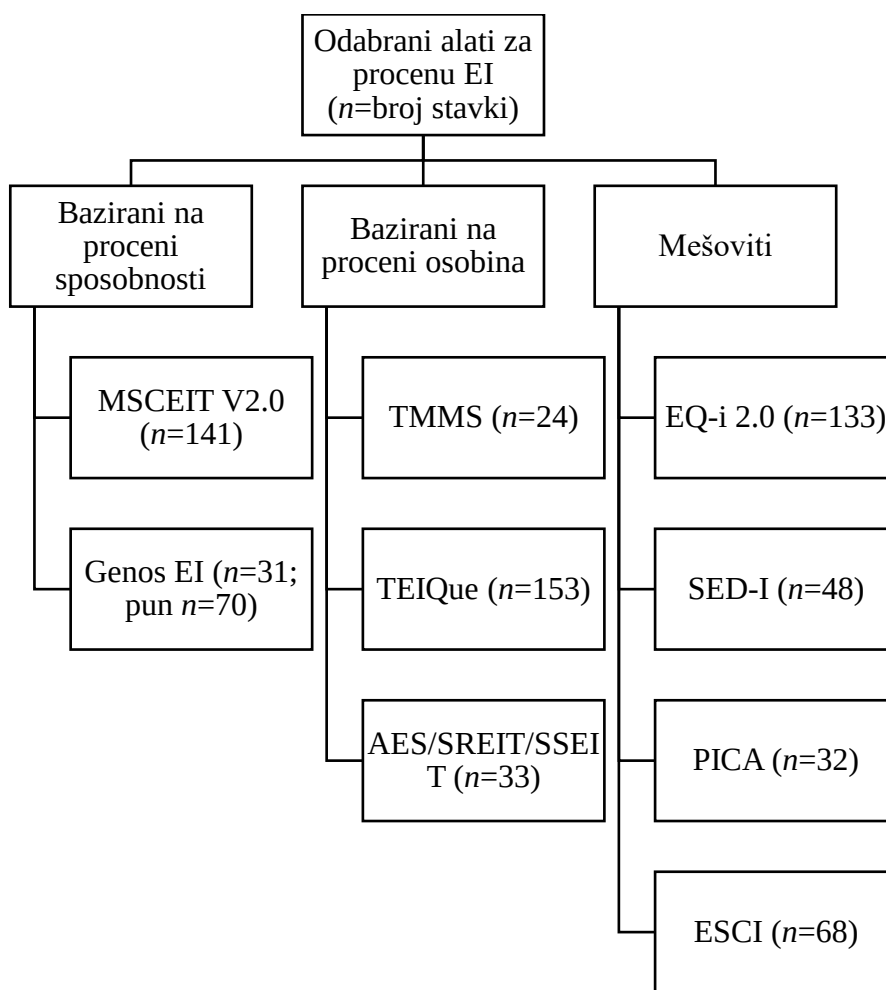
1.5. Alati za procenu emocionalne inteligencije

Iako postoje brojna istraživanja EI u različitim društvenim sferama, ne postoji konsenzus oko alata za njenu procenu, niti standardizovan pristup u njihovom korišćenju (50). U svom integrativnom pregledu literature, *Butler i sar.* ukazuju na 12 različitih instrumenata korišćenih u studijama u okviru farmaceutске edukacije, koji se mogu svrstati u tri različite kategorije (Slika 3):

- 1) bazirani na proceni sposobnosti (engl. „*ability based*”),
- 2) na proceni osobina (engl. „*trait based*”), ili
- 3) mešoviti (engl. „*mixed*”) (37).

Genosov upitnik procene EI spada u prvu kategoriju instrumenata, a s obzirom da spada u instrumente kojima se procenjuje demonstracija emocionalno inteligentnog ponašanja, posebno je pogodan za profesionalce u radnom okruženju, poput farmaceuta u kliničkoj i drugoj praksi (37,51). Sažeta verzija upitnika (engl. *concise version*) je detaljno validirana (51). Verzija upitnika na srpskom jeziku

do sada nije postojala, pa njena kulturološka adaptacija i ekspertna validacija može imati veliki naučni i praktični značaj.



Legenda: Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test - MSCEIT V2.0 (52); Genos Emotional Intelligence Inventory - Genos EI (51); Trait Meta-Mood Scale - TMMS (53); Trait Emotional Intelligence Questionnaire - TEIQue (54,55); Assessing Emotions Scale - AES; Self-Report Emotional Intelligence Test - SREIT; Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test - SSEIT –(56); Emotional Quotient Inventory 2.0 - EQ-i 2.0 (57); Social and Emotional Development Inventory - SED-I (58); Personal-Interpersonal Competence Assessment - PICA (59); Emotional and Social Competence Inventory - ESCI (60).

Slika 3. Najčešće korišćeni alati za procenu EI – adaptirano prema Butler i sar. (37)

1.6. Programi razvoja emocionalne inteligencije

EI podrazumeva skup veština koje nam pomažu da spoznamo, usvojimo, obradimo i upravljamo emocijama kod sebe i kod drugih (61). Ako predstavlja skup veština, to bi svakako podrazumevalo da se može razvijati (62,63).

U svojoj knjizi “Emocionalno inteligentno radno okruženje”, Cherniss i Goleman daju prikaz primene, različitih programa za razvoj EI, uz jasno isticanje da je preduslov za primenu najoptimalnijih programa kreiranje ohrabrujućeg i stimulišućeg okruženja koje će to podržati (62).

Da bi se programi razvoja EI uspešno inkorporirali u edukativne programe neophodno je : 1) postaviti jasne ciljeve i 2) ishode, 3) staviti ih u edukativni kontekst odgovarajućeg programa, 4) potpuno ih integrisati u kurikulume, 5) jasno pokazati primenu EI u odgovarajućoj oblasti, 6) razviti panel predavača / edukatora i 7) primeniti adekvatnu evaluaciju programa (64).

Da bi programi razvoja EI bili uspešni, važno je da budu integrisani u kurikulume osnovnih studijskih programa farmacije, kao i u programe kontinuiranog profesionalnog razvoja. Na takav način, a ne samo *ad hoc* radionicama o EI, polaznici dobijaju jasnu spoznaju da je EI integralna komponenta njihovog obrazovanja i profesionalnog razvoja (37).

U Tabeli 2 su sumirani primeri programa razvoja EI, njihovi moduli / faze, trajanje i postignuti rezultati. *Cherniss* i *Goleman* ističu da su se najefikasnijim pokazali bihejvioralni modeli u kojima postoji didaktički deo posvećen temi EI i izazovima u praksi, tome slede analize video zapisa najbolje prakse, zatim vežbanje kroz igre uloga, nakon čega sledi period primene i učenja kroz primenu usvojenih EI ponašanja u praksi, da bi se sve zaokružilo refleksijama i diskusijom izazova i načinima njihovog rešavanja – razmena iskustava (62).

Butler i sar. daju pregled sličnih programa vezanih za profesionalni razvoj farmaceuta i ističu značaj da oni treba da budu standardizovani, kao što to čini Američki savet za farmaceutske edukaciju (engl. *American Council for Pharmacy Education* – ACPE) (37,65).

Značaj programa razvoja EI istaknut je i kao važna “osnova” za “učenje profesionalizmu”, s obzirom da podrazumeva razvoj kompetencija, poput svesti o sebi, upravljanja odnosima sa ljudima, socijalne svesti i samokontrole, koje mogu biti ključne za uspešan razvoj pravog profesionalca (66).

1.6.1. Specifični modeli razvoja emocionalne inteligencije

Specifični modeli razvoja EI podrazumevaju programe u kojima pojedinac, farmaceut, sam radi na sebi i sopstvenom razvoju, kroz tehnike refleksije, tehnike usmerene pažnje (engl. *Mindfulness*) i sl. Institucije koje se bave profesionalnim razvojem farmaceuta treba da omoguće da se izgrade / osposobe edukatori, koji bi tehnikama usmere pažnje mogli učiti druge, i edukatore, i studente i farmaceute u različitim domenima farmaceutske prakse (37). Pokazano je da podsticanje da se primenjuju ovakve tehnike, koje omogućavaju fokus na dati trenutak, prihvatanje onoga što se spozna bez donošenja suda, može doprineti pozitivnim promenama ponašanja, povećanju svesti o sebi i o drugima, boljoj samokontroli, smanjenju stresa i povećanju osećanja opšteg zadovoljstva (67).

Tabela 2. Primeri programa razvoja EI kod različitih profesionalaca i njihovi ishodi – adaptirano prema *Chernissu i Golemanu* (62)

Program	Ciljne, razvojne kompetencije	Trajanje	Faze	Ishodi
„Obuka za međuljudske odnose”	svest o sebi, empatija, liderstvo itd.	28 nedelja x 90 min. = 42 sata (9+30+3)	Faza 1: kognitivno učenje + diskusija stilova upravljanja (9h) Faza 2: iskustveno – individualne i grupne vežbe, testovi samoprocene, vežbe slušanja, igra uloga – “korektivni intervju” Faza 3: diskusije motivacionih teorija	Očekivani rezultat nije postignut nakon 90 dana, ali jeste nakon 18 meseci
„Obuka modelovanja ponašanja za supervizore” – <i>(primenljivo na sve obuke bihejvioralnog tipa)</i>	sve kompetencije EI	Više nedelja – npr. u ciklusima od po 12 nedelja	Program podeljen u tematske module (npr. „rešavanje konflikata”, „kako rešiti izazov sa zaposlenim koji stalno kasni”, i sl.) – ½ dana. Deo 1: kratka, didaktička prezentacija (fokusirana na definisanu temu) Deo 2: gledanje i diskusija pozitivnog modela (video) Deo 3: intenzivno vežbanje “željenih ponašanja” kroz igre uloga – uz povratne komentare i sugestije (engl. <i>feedback</i>) od kolega i trenera	Svi domeni EI poboljšani, poboljšana produktivnost, radni učinak, smanjena učestalost davanja otkaza od strane zaposlenih i smanjen apsentizam

			Deo 4: nekoliko nedelja “vežbe” na poslu (kroz promenu ponašanja u svakodnevnom radu) Deo 5: “okupljanje i deljenje” iskustava – trener stimuliše diskusiju izazova i načina njihovog rešavanja	
Specifični modeli razvoja EI	gotovo sve kompetencije EI	Zavisi od programa; – moguće ih je i kontinuirano primenjivati	Procena (engl. <i>assessment</i>) EI sa povratnim informacijama o rezultatima procene (1:1) - najefikasnije (<i>Boyatzis, 2007</i>); <i>uključuje procene po tipu 360 stepeni</i> (68) Specifične tehnike koje se koriste u <i>coachingu</i>: samoopservacija i refleksija (fokusrano opažanje i povezivanje osećanja i ponašanja) – pisanje u dnevnik; može biti potpomognuto dubinskim intervjuima (naročito važno za “podizanje” svesti o sebi) Meditacija – korisna za razvoj svih domena EI Mindfulness (engl.) – usmerena pažnja, sadrži tehnike meditacije “Setovanje” namere – odluka o promeni ponašanja i akcija (kontinuirano zapisivanje promena – engl. “<i>journaling</i>”, rituali, i sl.)	Svi domeni EI poboljšani, naročito “svest o sebi”

1.7. Neophodne kompetencije farmaceuta i emocionalna inteligencija

Brojni dokazi sugerišu da razvoj EI može biti od koristi za farmaceute kao lidere, kao preduzetnike i zdravstvene radnike, koji možda imaju ključnu ulogu među svim zdravstvenim radnicima u pružanju najkvalitetnije ZZ što je od značaja kako za svakog pojedinca kome je ona potrebna, tako i za društvo u celini.

Iz svega navedenog, ističe se potreba za daljim istraživanjima u ovoj oblasti. Kako se FZZ više razvija u pravcu PCC, farmaceuti bi trebalo da unaprede svoje, naročito profesionalne i lične kompetencije razvojem EI. Dakle, postoji potreba za opsežnijim istraživanjima kako bi se pružili dokazi o prednostima rada na razvoju EI kod farmaceuta u različitim sferama farmaceutske delatnosti, ali i u sferama farmaceutskog obrazovanja, kako formalnog obrazovanja, u okviru različitih nivoa akademskih studija, tako i u okviru različitih oblika kontinuirane farmaceutske edukacije. Ovakvih studija u svetu ima veoma malo, dok ih u Republici Srbiji nema uopšte.

Istraživanja u okviru ove doktorske teze treba da doprinesu boljem razumevanju uticaja EI na farmaceutsku praksu, uticaja na potencijalno unapređenje nekih od preporučenih kompetencija farmaceuta, kao što je, na primer, bolje upravljanje stresom, kao i da daju sugestije za unapređenje edukativnih programa za profesionalno usavršavanje farmaceuta.

2. Ciljevi doktorske disertacije

Istraživanja koja su sprovedena u okviru doktorske disertacije imala su sledeće ciljeve:

1. Kulturološka adaptacija i validacija multidimenzionalnog upitnika za procenu EI
2. Utvrditi da li postoji razlika u stepenu EI i PS između farmaceuta u javnim apotekama, koji su prošli edukativni program za pružanje nove standardizovane usluge savetovanja pacijenata sa *diabetes mellitusom* (DM), u odnosu na one koji tu edukaciju nisu prošli
3. Utvrditi da li postoji razlika u stepenu EI i PS između farmaceuta koji su završili programe profesionalnog usavršavanja na Farmaceutskom fakultetu, u odnosu na one koji su ih tek upisali, i dati predloge kako programe profesionalnog usavršavanja upotpuniti sadržajima koji su posebno fokusirani na razvoj EI
4. Odrediti i uporediti nivo EI u grupi ispitanika pre i posle intervencije (generička obuka/program razvoja EI), kao i korelaciju nivoa stresa i EI učesnika
5. Proceniti razumevanje i percepcije farmaceuta o značaju EI i pojedinih subdomena EI za farmaceute u praksi, i stimulisati generisanje ideja i dobijanje mišljenja i sugestija o modelima i pristupima za razvoj EI kod farmaceuta u praksi.

Da bi gore navedeni ciljevi bili realizovani, urađeno je 5 istraživačkih studija.

3. Metodologija naučnog istraživanja

3.1. Opšta i posebna etička razmatranja

Sva istraživanja su izvedena u skladu sa etičkim standardima i protokolima odobrenim od strane Etičkog odbora (EO) Farmaceutске komore Republike Srbije (brojevi odobrenja EO: 262/2-2 od 12.04.2021, 262/5-5-2 od 04.11.2021, 196/1-1-2 od 15.04.2022 i 316/6-4-2 od 28.12.2022) – **Prilog 4.**

Učesnici u prva četiri istraživanja dali su svoj informisani pristanak za učešće u istraživanjima prihvatanjem da popune ponuđene onlajn upitnike. Pristupom svakom od upitnika, ispitanici su dodatno, eksplicitno dali saglasnost da svi podaci, koje su dali popunjavanjem upitnika, mogu da se koriste od strane istraživača isključivo u istraživačke svrhe. Ovako prikupljene saglasnosti su pohranjene na odgovarajućem medijumu na period od 10 godina. Na isti način se čuvaju i informisani pristanci u papirnoj formi ispitanika u kvalitativnom istraživanju metodom fokus grupa (istraživanje br. 5). Identitet osoba koje su popunjavale upitnike nije i neće biti prikazan u publikacijama, već je jedino poznat glavnom istraživaču. Svi podaci ispitanika prikupljeni u istraživanjima obrađeni su i prikazani u zbirnom obliku na osnovu čega nije moguće prepoznavanje individualnih podataka učesnika.

3.2. Istraživanje za postizanje prvog cilja

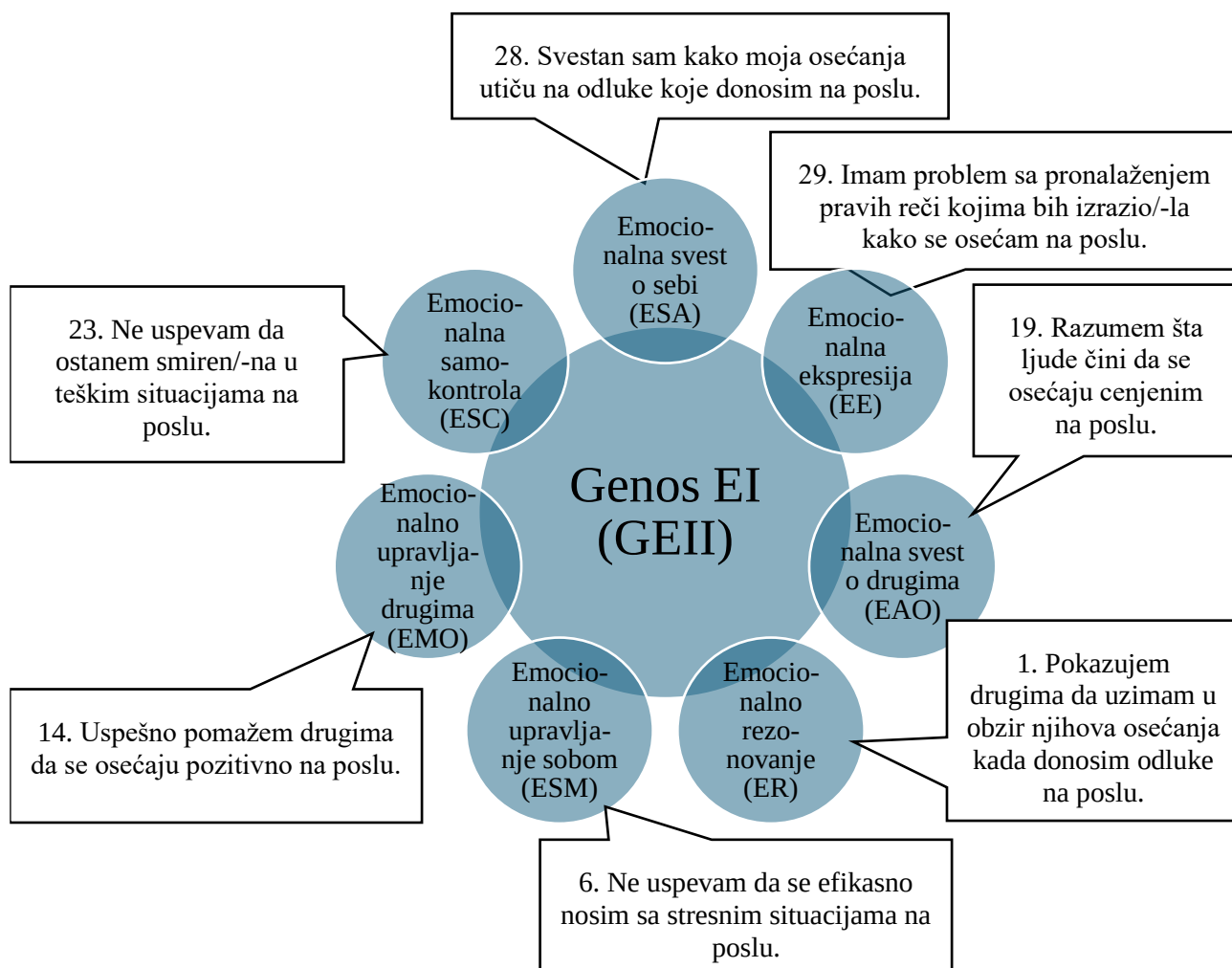
Sažeta verzija Genosovog upitnika emocionalne inteligencije [engl. *Genos EI Inventory Concise Version* (upitnik za samoprocenu) - GEII] je upitnik koji je validiran u drugim populacijama, u originalu, na engleskom jeziku, a sastoji se od trideset jednog pitanja/tvrdnje, sa ponuđenim odgovorima u obliku petostepene Likertove skale (rangiranje odgovora na skali od 1 - „*gotovo nikad*“ do 5 - „*gotovo uvek*“) (51). S obzirom da se radi o upitniku samoprocene, a da bi se umanjili efekti „manipulacije“ i „inflacije, odnosno *precenjivanja* odgovora“ (69), pojedine tvrdnje su reverzno kodirane (br. 2, 4-6, 10-11, 13, 22-23, 27, 29, 31), pa ih je, pre sabiranja skorova i dobijanja vrednosti za ukupan skor EI, neophodno prekodirati (51,70).

Saglasnost za korišćenje GEII pribavljena je od kompanije *Genos International Europe* (dana 09.02.2021), uz obavezu da svi potencijalni rezultati, odnosno verzije upitnika ostanu intelektualna svojina kompanije *Genos International*.

GEII je proistekao iz „originalne verzije“ upitnika koja se sastoji od 70 pitanja/tvrdnji, a njegovi „koreni“ su u upitniku samoprocene od 64 tvrdnje u okviru 5 domena/faktora, koji su razvili *Benjamin Palmer* i *Con Stough*, a poznat je kao *Swinburne University Emotional Intelligence Test* - SUEIT (71).

Genosov model EI se sastoji od 7 dimenzija, odnosno subdomena: emocionalna svest o sebi (engl. *emotional self-awareness* - ESA), emocionalna ekspresija (engl. *emotional expression* - EE), emocionalna svest o drugima (engl. *emotional awareness of others* - EAO), emocionalno rezonovanje (engl. *emotional reasoning* - ER), emocionalno upravljanje sobom (engl. *emotional self-management* - ESM), emocionalno upravljanje drugima (engl. *emotional management of others* - EMO) i emocionalna samokontrola (engl. *emotional self-control* - ESC) (51).

Pregled dimenzija upitnika i primeri tvrdnji za svaku od njih prikazani su na slici 4.



Legenda: ESA – emocionalna svest o sebi, EE – emocionalna ekspresija, EAO – emocionalna svest o drugima, ER – emocionalno rezonovanje, ESM – emocionalno upravljanje sobom, EMO – emocionalno upravljanje drugima, ESC – emocionalna samokontrola

Slika 4. Pregled subdomena / kompetencija originalnog GEII upitnika sa primerima tvrdnji za svaku od kompetencija (i pozitivno i negativno konotirane tvrdnje) – adaptirano prema refrenecama (51,70)

3.2.1. Kulturološka adaptacija upitnika

U okviru prvog istraživanja, verzija GEII upitnika na srpskom jeziku je u potpunosti prevedena i kulturološki adaptirana prema ISPOR smernicama, zatim i validirana. U skladu sa ISPOR smernicama, upitnik je: 1) samostalno preveden i kulturološki adaptiran od strane dva prevodioca, čiji je maternji jezik srpski (engl. *forward translation*); 2) diskutovan i usaglašen u okviru istraživačkog tima u jednu verziju; 3) preveden na engleski (engl. *back translation*) od strane profesionalnog prevodioca; a, zatim: 4) prevod upoređen, revidiran i spojen u jedan dokument i usaglašen sa originalom; 5) kognitivno testiran (engl. *face validity*) na uzorku ciljne populacije u istraživanju (13 farmaceuta u praksi), pregledan i prilagođen od strane istraživačkog tima na osnovu dobijenih spoznaja i sugestija; i 6) statistički testiran na internu konzistentnost (*Cronbachov* alfa koeficijent) (72). Vrednost *Cronbachovog* koeficijenta alfa iznad 0,7 smatra se prihvatljivom, dok ova vrednost ne bi trebalo da prevazilazi 0,9, jer to može ukazivati da je potrebno skraćivanje upitnika (73).

3.2.2. Ekspertska validacija

U procesu validacije analizirana je i korelacija između svih pojedinačnih tvrdnji. Validnost sadržaja upitnika procenjena je izračunavanjem indeksa validnosti sadržaja (engl. *Content Validity Index - CVI*) na osnovu odgovora tri eksperta, koji su procenjivali relevantnost tvrdnje za odgovarajući subdomen EI (74–76).

CVI je kredibilan pokazatelj validnosti, ako se odnosi na procenu validnosti pojedinačnih stavki upitnika od strane tri ili više eksperata (74). Procena relevantnosti za odgovarajući subdomen upitnika se vrši korišćenjem četvorostepene skale, gde je „1 = nije relevantno, 2 = donekle relevantno, 3 = relevantno i 4 = veoma relevantno“, a CVI se izračunava kao broj stavki koje su dobile ocenu 3 ili 4, podeljeno ukupnim brojem stavki procenjenih od strane svih eksperata; *i*-CVI (engl. *item CVI*), odnosno CVI pojedinačne stavke se predstavlja kao proporcija eksperata koja joj daje ocenu 3 ili 4 (74–77). Za manju grupu eksperata (3 do 5), kao u našem istraživanju, CVI mora imati vrednost 1 (75).

Da bi se korigovala CVI vrednost za šansu da se pojavi slučajna podudarnost u proceni eksperata (engl. *Probability of Chance - P_c*), modifikovana kapa vrednost (engl. *Modified Kappa - k^**) je izračunata prema formuli $k^* = (CVI - P_c) / (1 - P_c)$, gde se P_c izračunava kao $P_c = [N!A! (N-A)!] \times 0,5^N$ (78). N predstavlja ukupan broj eksperata koji rade procenu relevantnosti, a A predstavlja broj eksperata koji procenjuju da je relevantnost dobra (ocene 3 i 4) (78). Za odličan kapa opseg se smatraju vrednosti od 0,75-1,00 (79).

3.2.3. Prikupljanje i analiza podataka

U toku procesa prevođenja i kulturološke adaptacije upitnika, sve verzije upitnika su prikupljene u elektronskoj formi, u *Microsoft Excel* programu, radi lakšeg poređenja i analize dobijenih rezultata, a kasnije i sinteze u finalnu verziju upitnika na srpskom jeziku.

Kognitivni test, na uzorku ciljne populacije u istraživanjima, je elektronski distribuiran i realizovan korišćenjem *Google Forms* platforme. Ciljnu populaciju je činilo 13 farmaceuta iz kliničke prakse, koji su metodom svrshodnog uzorkovanja odabrani da učestvuju u testiranju. Svi su bili polaznici poslediplomskog usavršavanja na Farmaceutskom fakultetu, Univerziteta u Beogradu, u okviru specijalističkih akademskih studija (SAS).

Upitnik je radi procene interne konzistenosti i pouzdanosti, kao i radi analize korelacija između pojedinačnih tvrdnji u okviru subdomena, distribuiran većoj populaciji farmaceuta u kliničkoj praksi

($n=86$). Na osnovu dobijenih odgovora, izračunate su vrednosti *Cronbachovog* α , kao i odgovarajućih koeficijenata korelacije.

Prilikom ekspertske validacije upitnika, tri istraživača (DS, VM i IT) su nezavisno dali svoju procenu relevantnosti pojedinačnih tvrdnji u upitniku za odgovarajući subdomen upitnika, odnosno kompetenciju EI. Podaci su prikupljeni popunjavanjem upitnika, kreiranog prema modelu opisanom u poglavlju 3.2.2. na *Google Forms* platformi.

Prikupljeni podaci su analizirani kroz *Microsoft Excel* program, u kome su rađene kalkulacije za CVI i k^* . Korelacije između pojedinačnih stavki, kao i *Cronbachov* alfa koeficijent su izračunati korišćenjem SPSS programa v. 18.0 (*SPSS Inc, Chicago, IL, USA*).

3.3. Dizajn i metodologija istraživanja 2-5.

Za realizaciju ciljeva istraživanja u okviru doktorske disertacije, nakon kulturološke adaptacije i validacije multidimenzionalnog upitnika za procenu EI, realizovana su još četiri odvojena istraživanja, od kojih su druga i treća studija sprovedene po dizajnu studije preseka sa kontrolnom grupom. Četvrto istraživanje sprovedeno je po dizajnu intervencijskog istraživanja, sa merenjem pre i posle implementacije intervencije, koje je bilo povezano sa prethodno realizovanom studijom preseka (istraživanje br. 3). Peto istraživanje je imalo dizajn kvalitativnog istraživanja sprovedenog metodom fokus grupa. U Tabeli 3. prikazani su dizajn i osnovne metodološke postavke četiri istraživanja.

Tabela 3. Dizajn i metodologija sprovedenih studija

Cilj	Dizajn studije	Ispitanici i veličina uzorka	Definisanje veličine uzorka [†]	Način uzorkovanja	Instrumenti koji su primenjeni u istraživanju
2	Studija preseka sa kontrolnom grupom	Grupa 1 (grupa slučajeva): Farmaceuti koji pružaju standardizovanu uslugu savetovanja pacijenata sa DM (n=43) Grupa 2 (kontrola): Farmaceuti iz apoteka primarnog nivoa ZZ koji pružaju standardnu FZZ (n=43)	Veličina uzorka određena je definisanjem primene t-testa uparenih uzoraka (engl. <i>Paired samples t-test</i>), za vrednosti $\alpha = 0,05$, snagu testa 80%, i pretpostavljenu veličinu efekta od 0,5. Na osnovu kalkulacije je procenjeno da je potrebno minimalno 34 ispitanika u svakoj grupi (80)	Grupa slučajeva odabrana je metodom svrsishodnog uzorkovanja. Lista farmaceuta je dobijena od nadležnog sertifikacionog tela (Farmaceutske komore Srbije - FKS) Grupa kontrola odabrana je metodom svrsishodnog uzorkovanja (“uparivanje” prema okrugu i starosnoj dobi farmaceuta)	Demografski upitnik i validirani upitnici (upitnici samoprocene): “Skala percipiranog stresa” (engl. <i>Perceived Stress Scale</i> - PSS) i “Genosov upitnik emocionalne inteligencije - sažeta verzija” – (engl. <i>Genos EI Inventory Concise Version</i> – GEII)
3	Studija preseka sa kontrolnom grupom	Grupa 1 (grupa slučajeva): Farmaceuti koji su završili program specijalističkih akademskih studija (SAS*) na Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu u periodu 2017-2021 (n=73) Grupa 2 (kontrola): Farmaceuti koji su	Veličina uzorka određena je definisanjem primene t-testa nezavisnih uzoraka (engl. <i>Independent Samples t-test – two sided</i>), za vrednosti $\alpha = 0,05$, snagu testa 80%, i pretpostavljenu veličinu efekta od 0,5. Na osnovu kalkulacije je procenjeno da je potrebno minimalno	S obzirom da se uzorak u svakoj od grupa formira na osnovu podataka iz baze Farmaceutskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, primenjena je metoda svrsishodnog uzorkovanja (engl. <i>Purposeful Sampling</i>)	Demografski upitnik i validirani upitnici PSS i GEII

		upisali SAS u školskoj 2021/22. god. (n=44)	34 ispitanika u svakoj grupi (80)		
4	Intervencijsko istraživanje po tipu pre i posle	Grupa ispitanika, polaznika SAS, upisanih školske 2021/22, koja je uzela učešće u istraživanju br. 3 (n=28)	S obzirom da se radi o intervencijskoj studiji, a poređenja se rade pre i posle intervencije, grupa ispitanika je bila sebi kontrola. Uzorak su činili svi farmaceuti koji su zadovoljili kriterijume za uključivanje u studiju (popunjeni upitnici u istraživanju br. 3, učešće u intervenciji i popunjeni upitnici nakon intervencije).	S obzirom da je polazno istraživanje, po metodologiji studije preseka, već bilo sprovedeno, primenjena je metoda svrshodnog uzorkovanja – učesnici su bili ispitanici iz grupe Kontrola u istraživanju br. 3.	Intervencija je podrazumevala program razvoja emocionalne inteligencije realizovan kroz tzv. programe „svesne pažnje“ (engl. „mindfulness“ programi, koji su realizovani onlajn, raspoređeno u 2 odvojene sesije od po sat i po vremena; kvantitativni deo istraživanja je usledio najmanje 15 dana po završetku intervencije i podrazumevao je popunjavanje onlajn upitnika kao u istraživanju br. 3
5	Kvalitativno istraživanje metodom fokus grupa	Ispitanici: polaznici SAS** na Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu - farmaceuti u različitim domenima farmaceutske prakse (jezgro su činili farmaceuti koji pružaju FZZ i registrovani su članovi FKS) (n=17)	Veličina uzorka određena je na osnovu preporuka za sprovođenje kvalitativnih studija metodom fokus grupa (81)	S obzirom da se uzorak u svakoj od grupa formira na osnovu podataka iz baze Farmaceutskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, primenjena je metoda svrshodnog kreiranja uzorka (engl. <i>Purposive Sampling</i>)	Demografski upitnik i semi-strukturani vodič za fokus grupe (razvijen na osnovu diskusije među istraživačima i pregleda dosadašnjih studija iz ove sfere, a posebno rezultata istraživanja EI kod farmaceuta od strane ove istraživačke grupe; vodič za fokus grupe je pre-testiran na manjoj grupi farmaceuta u praksi i istraživača)

Legenda: * *Specijalističke akademske studije: Farmaceutski menadžment i marketing, Puštanje leka u promet, Industrijska farmacija* ** *Specijalističke akademske studije: Farmaceutski menadžment i marketing*

† *U kvantitativnom studijama procene EI, kojih je veoma malo (25), koriste se različiti instrumenti za merenje nivoa EI, pa se stoga veličina uzorka definiše na osnovu statističkog testa koji se koristi ($\alpha = 0,05$, snaga testa 80%, i pretpostavljena veličina efekta od 0,5)*

Detaljnije razmatranje metodologije istraživanja za postizanje ciljeva 2-5 dato je u narednim poglavljima.

3.4. Istraživanje za postizanje drugog cilja

Detalji vezani za dizajn studije, ispitanike, veličinu uzorka, definisanje potrebne veličine uzorka i način uzorkovanja dati su u tabeli br. 3.

3.4.1. Kriterijumi za uključivanje i isključivanje

U istraživanje su uključeni samo registrovani članovi Farmaceutске komore Republike Srbije (FKS). Imajući u vidu da standardizovanu uslugu savetovanja pacijenata sa DM, mogu da pružaju samo farmaceuti koji su prošli odgovarajuću edukaciju i postali sertifikovani “Savetnici za dijabetes” (SDM) (82), oni članovi FKS, koji su u trenutku započinjanja ove studije imali navedenu sertifikaciju, mogli su da budu uključeni u grupu *slučajeva*. U grupu *kontrola*, uključeni su farmaceuti iz apoteka primarne ZZ, pružaoci usluga standardne FZZ, koji su “upareni” sa ispitanicima iz grupe slučajeva prema starosnoj grupi i okrugu u kome rade, na osnovu podataka iz baze FKS (83). Upitnici koji nisu popunjeni u celosti, nisu statistički obrađeni.

3.4.2. Upitnici

Pored navedenog GEII upitnika, ispitanici su popunjavali i demografski i upitnik za procenu percipiranog stresa (engl. *Perceived Stress Scale* – PSS).

PSS predstavlja jedan od najviše korišćenih upitnika samoprocene percipiranog stresa (PS), a kreirali su ga *Cohen* i sar. (84). Srpsku verziju ovog upitnika preveli su, kulturološki adaptirali i validirali *Jovanović* i sar. (85). Saglasnost za korišćenje ove verzije pribavljena je od autora 22.01.2021.

PSS je opšti tip skale koji procenjuje stepen PS u trenutku popunjavanja, kao i u bliskoj prošlosti (“u poslednjih mesec dana”). Procena učestalosti događaja vrši se na Likertovoj petostepenoj skali (od “0 – nikad”, do “4 – veoma često”. Ukupan skor određuje se sabiranjem odgovora na sva pitanja, od kojih se neka procenjuju “pozitivnom skalom” (pitanja br. 4-5, 7-8), a neka inverznom “negativnom” skalom (pitanja br. 1-3, 6 i 9-10).

S obzirom da validaciona studija srpske verzije PSS upitnika nije rađena u ovoj populaciji, kulturološka validacija i validacija sadržaja sprovedena je sa grupom farmaceuta u praksi (n=13), polaznika SAS. Na sastanku istraživača je konsenzusom zaključeno da dobijeni rezultati ukazuju da nema potrebe za daljom adaptacijom upitnika, koji se može naći u **Prilogu 5**.

Svako od ispitanika popunio je i demografski upitnik koji se sastojao od 14 pitanja koja su imala za cilj da prikupe opšte podatke ispitanika (starosnu dob, pol, najviši postignut stepen obrazovanja) i podatke u vezi praktičnog radnog iskustva (dužina radnog iskustva u apotekama primarnog nivoa ZZ, veličina apoteke, tip vlasništva i lokacija apoteke, dnevni broj i vrsta usluga pruženih pacijentima i sl.).

3.4.3. Prikupljanje podataka

Ispitanici koji su dali dobrovoljnu saglasnost za učešće u studiji popunjavali su upitnike u elektronskoj formi. Za diseminaciju upitnika korišćena je elektronska platforma *SurveyMethods* (86). Platforma je zatvorenog tipa, što daje dodatnu bezbednost u procesu prikupljanja podataka. Istraživanje je sprovedeno krajem leta i početkom jeseni 2021. U pozivnom mejlu, ispitanici su dobili sve informacije vezane za istraživanje, etičke principe i odobrenja, kao i informisanu saglasnost za

učesće u istraživanju (detalji su dati u Poglavlju 3.1.). Na platformi su postavljeni i automatski podsetnici, koji su učesnicima u istraživanju stizali na svaka 3 dana, ukoliko nisu popunili upitnike.

3.4.4. Statistička analiza

Osnovni podaci o ispitanicima, uključujući skorove EI i PS, obrađeni su deskriptivnim statističkim metodama. U zavisnosti od tipa i vrste raspodele podataka, korišćeni su različiti testovi: za ispitivanje razlika između učestalosti kategorijskih podataka - *Chi*-kvadrat test, za poređenje razlika srednjih vrednosti kontinuiranih podataka - *t*-test parova (za podatke koji prate normalnu raspodelu), odnosno *Wilcoxonov signed rank* test (za podatke kod kojih raspodela nije normalna), za testiranje razlika srednjih vrednosti više grupa podataka, *ANOVA* test (nakon utvrđivanja ujednačenosti varijansi grupa podataka *Leveneovim* testom). Za procenu interne konzistenosti i pouzdanost upitnika određena je vrednost *Cronbachovog* koeficijenta α . Sve vrednosti $\alpha \geq 0,7$ ukazuju na dobru internu konzistenost upitnika (87,88).

Za procenu veličine efekta (kliničke značajnosti), izračunati su sledeći parametri, u zavisnosti od osnovnog statističkog testa: na osnovu rezultata *t*-testa (*Cohenovo d*), na osnovu rezultata *ANOVA* (η^2), na osnovu *Chi*-kvadrat testa (ϕ), a izračunati su i *Pearsonov* i *Spearmanov* indeks korelacije (r i ρ). Ovi parametri su neophodni i za definisanje veličine uzorka, a omogućavaju suštinsko tumačenje dobijenih rezultata “iznad okvira” same statističke značajnosti (89). Za navedene parametre veličine efekta, korišćene su sledeće konvencije (Tabela 4) (89):

Tabela 4. Konvencije za veličinu efekta (89)

Parametar Veličina efekta	Mala	Srednja	Velika
d	0,2	0,5	0,8
η^2	0,01	0,06	0,14
ϕ, r, ρ	0,1	0,3	0,5

Podaci su analizirani korišćenjem SPSS v.18.0 softvera (*SPSS Inc, Chicago, IL, USA*).

3.5. Istraživanje za postizanje trećeg cilja

Kao i za drugo istraživanje, detalji vezani za dizajn studije, ispitanike, veličinu uzorka, definisanje potrebne veličine uzorka i način uzorkovanja dati su u tabeli br. 3.

3.5.1. Kriterijumi za uključivanje i isključivanje

U istraživanje su mogli biti uključeni svi svršeni polaznici studijskog programa Specijalističkih akademskih studija (SAS) na Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu (završetak specijalizacije u akademskoj školskoj godini 2017-2021; grupa *slučajeva*), ili tek upisani polaznici (akademska školska godina 2021-22; grupa *kontrola*), koji su popunili informisani pristanak za učešće u studiji. Kriterijum za isključenje bio je ranije učešće u programima ravoja EI. Nepotpuno popunjeni upitnici nisu uzeti u statističku obradu.

3.5.2. Upitnici

I u ovom istraživanju su korišćeni GEII i PSS upitnici, detaljno opisani u poglavljima 3.2. i 3.4.2.

Korišćen je i demografski upitnik koji je sadržao pitanja vezana za opšte i lične podatke (starosna dob, pol, radno iskustvo i prethodni programi razvoja EI), kao i podatke vezane za farmaceutsku praksu ispitanika (vrsta, pozicija, broj zaposlenih koji im direktno raportiraju).

3.5.3. Prikupljanje podataka

Bivši i aktuelni polaznici SAS su pozvani da učestvuju u istraživanju elektronskim putem, na osnovu podataka dobijenih iz baze fakulteta. Tek po davanju saglasnosti za učešće se pristupilo proceduri opisanoj u poglavlju 3.4.3. Popunjavanje upitnika je sprovedeno tokom decembra 2021. godine.

3.5.4. Statistička analiza

Da bi se sprovedla analiza podataka, korišćen je program SPSS v.18.0 (*SPSS Inc, Chicago, IL, USA*). Za poređenje razlika srednjih vrednosti kontinuiranih podataka EI i PS, korišćen je *t*-test nezavisnih uzoraka, za podatke koji prate normalnu distribuciju, odnosno neparametarski *Mann-Whitney U* test, za podatke koji ne prate normalnu distribuciju. Takođe je kao neparametarska “alternativa” *ANOVA* testu, korišćen *Kruskal-Wallis* test. Pre dalje statističke analize, izračunate su razlike u skorovima EI pre i posle intervencije, pa su i srednje vrednosti te razlike korišćene u odgovarajućim testovima. Svi ostali statistički testovi, uključujući i one za izračunavanje veličine efekta, su pimenjeni kao u istraživanju br. 2, a detaljno su opisani u poglavlju 3.4.4.

3.6. Istraživanje za postizanje četvrtog cilja

Detalji vezani za dizajn studije, ispitanike, veličinu uzorka, definisanje potrebne veličine uzorka i način uzorkovanja dati su u tabeli br. 3.

3.6.1. Način sprovođenja intervencije i korišćeni upitnici

Svi polaznici SAS koji su učestvovali u istraživanju br. 3 u grupi *kontrola* su elektronskim putem, na osnovu ranije formirane mejling liste, pozvani da učestvuju u ovom istraživanju. Po davanju svog pristanka, pozvani su da učestvuju u intervenciji, onlajn programima koji stimulišu primenu *Mindfulness* tehnika, tehnika “fokusirane, svesne pažnje”. *Mindfulness* (“svesna pažnja”) se često definiše kao “svesnost koja se budi kroz obraćanje pažnje na sadašnji trenutak bez donošenja suda” i pozitivno je povezana sa “emocionalnom regulacijom” (67).

Intervencija je sprovedena 10. i 17.05.2022. kroz onlajn sesije u trajanju od po 90 minuta. Svi učesnici, koji su učestvovali bar u jednoj intervencijskoj sesiji, ili odgledali snimljeni materijal, pozvani su da učestvuju u kvantitativnom delu istraživanja, koje je počelo 3 nedelje nakon završene poslednje intervencijske sesije i trajalo do kraja juna 2022. godine. Za statističku obradu su korišćeni podaci ispitanika koji su dali informisani pristanak za učešće u studiji i zadovoljili sva tri kriterijuma za uključivanje: učestvovali u studiji preseka pre intervencije (grupa *kontrola* iz 3. istraživanja), učestvovali u bar jednoj intervencijskoj sesiji i učestvovali u studiji preseka posle intervencije.

Nova studija preseka, korišćenjem upitnika, koji su detaljno opisani u poglavljima 3.2, 3.4.2. i 3.5.2, sprovedena je tri nedelje posle intervencije.

3.6.2. Prikupljanje podataka i statistička analiza

Podaci o učešću u intervenciji su prikupljeni preko zapisa sa *Webex* platforme i obrađeni korišćenjem *Microsoft Excel* programa. Statističke analize podataka dobijenih iz studije preseka posle intervencije realizovane su kao što je opisano u poglavlju 3.4.4. i 3.5.4. Imajući u vidu da se ovde radilo o poređenju podataka grupa ispitanika *pre* i *posle* intervencije, koji su sami sebi kontrola, za poređenje srednjih vrednosti kontinuiranih podataka korišćen je *t*-test uparenih uzoraka, za podatke normalne raspodele, odnosno *Wilcoxonov signed rank* test za podatke koji nisu pratili normalnu raspodelu.

3.7. Istraživanje za postizanje petog cilja

U Tabeli 3, date su osnovne metodološke postavke ovog istraživanja. Istraživanje je dizajnirano, realizovano prema postojećim smernicama za kvalitativna istraživanja metodom fokus grupa (90,91). Rezultati su obrađeni i tumačeni, u potpunosti sledeći *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) i *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) smernice za predstavljanje kvalitativnih studija ovog tipa (92,93).

3.7.1. Proces uključivanja u istraživanje

Svi polaznici SAS na Farmaceutskom fakultetu, Univerziteta u Beogradu, na modulu Farmaceutski marketing i menadžment, koji imaju iskustva iz različitih domena farmaceutske prakse, su bili pozvani da uzmu učešće u istraživanju. Poseban fokus je stavljen na one polaznike koji rade kao klinički farmaceuti u apotekama primarnog nivoa ZZ. U istraživanje su uključeni svi oni polaznici navedenog SAS programa, koji su: elektronski iskazali interesovanje za učešće u istraživanju, potpisali informisani pristanak u pisanoj formi, popunili demografski upitnik i potvrdili učešće u svim fazama istraživanja.

3.7.2. Instrumenti – semi-strukturirani vodič i uvodna sesija

Fokus grupama (FG) je prethodila interaktivna uvodna sesija u trajanju od 2 sata, sa fokusom na koncept EI, kako se ona procenjuje i meri, različite modele EI i upitnike procene, rezultate dosadašnjih istraživanja, posebno kod nas, kao i na ciljeve konkretnog istraživanja. Učesnicima je predstavljen GEII model i upitnik za 7 subdomena (poglavlje 3.2.) u okviru kojih se nalazi 31 tvrdnja, odnosno željeno ponašanje.

Semi-strukturirani vodič koji je korišćen za vođenje FG, razvijen je na principima metodologije kvalitativnih istraživanja, kao i na fenomenološkim osnovama uticaja EI na praksu (3,70,90,91,94–96). Fenomenološke osnove uticaja EI na farmaceutsku praksu postavljene su istraživanjima naše istraživačke grupe i predstavljene su u okviru ove disertacije. Vodič je pretestiran na manjoj grupi farmaceuta i istraživača nezavisnih od samog istraživanja. Dobijene sugestije su usvojene i konsolidovane u finalnu verziju od 14 pitanja na konsenzus sastanku istraživača, i grupe istraživača nezavisnih od istraživanja (n=6) (**Prilog 6**). Među učesnicima sastanka je bio i psiholog.

U istraživanju je korišćen i demografski upitnik od 12 stavki, koji je sadržao pitanja u vezi sa ličnim i profesionalnim podacima učesnika u istraživanju (lični: starosna dob, pol, godine iskustva, i sl. i profesionalni: vrsta farmaceutske prakse, pozicija u organizaciji u kojoj rade, mesto rada, i sl.).

3.7.3. Prikupljanje podataka

Četiri istraživača su činila istraživački tim, dva moderatora (DS i VM) i dva posmatrača / zapisničara (DJ i IS) – svi edukovani i sa iskustvom u realizaciji istraživanja po tipu FG. Fokus grupe su održane

u salama Farmaceutskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu, a prilikom samih sesija, niko osim ispitanika i istraživača nije bio prisutan u salama.

Fokus grupe su vodili moderatori, DS i VM, prateći pripremljeni vodič. Svaka FG je trajala 90 minuta, uz snimanje audio zapisa. Detalji vezani za snimanje i anonimnost podataka su istaknuti u obrascu Informisanog pristanka. Ključne spoznaje sumirane su nakon svake FG, a učesnicima je data prilika da daju finalne komentare, kao i da kontaktiraju moderatore, ako bude bilo dodatnih komentara, ideja, ili sugestija. Posmatrači, koji su bili i zapisničari, beležili su zapažanja vezana za tok i strukturu FG, neverbalne signale učesnika, njihovo ponašanje u grupama, kao i ostale opservacije od značaja za istraživanje.

Da bi se smanjio potencijalni osećaj nelagode i slobode da se u potpunosti slobodno iskaže sopstveno mišljenje, s obzirom da je VM imala raniju komunikaciju sa učesnicima u istraživanju, a, DS ima značajnu ekspertizu u oblasti EI (sertifikovani EI trener i kouč), oba moderatora su se striktno držala vodiča, uzdržavali su se od davanja komentara i svojih mišljenja, što je dokumentovano i u zabeleškama posmatrača / zapisničara.

3.7.4. Kodiranje, obrada i analiza podataka

Audio zapis je doslovno transkribovan pomoću *Whisper (OpenAI Inc, Dalaware, SAD)* i *Google Space (Alphabet Inc, Mountain View, California, SAD)* platformi u *Microsoft Word*. Transkripti su poređeni i verifikovani, a ako je bilo potrebno i korigovani od strane mentora.

Kodiranje su nezavisno uradila dva istraživača, DS i IT, koristeći dve različite platforme, *MaxQDA (MaxQDA Analytics Pro Academia, Verbi GmbH, Nemačka)* i *Microsoft Excel*. *MaxQDA* je korišćen i za analizu učestalosti kodova.

Nezavisno kodirani dokumenti su upoređeni i kodovi usaglašeni konsenzusom dva istraživača. Za vrednost kojom se postiže željena pouzdanost kodiranja, postavljena je vrednost usaglašenosti od 80% (97). Saturacija je definisana kao tačka u kojoj se procenjuje da se ne može dobiti više novih informacija za glavne teme, a “saturacija značenja”, kada se nova značenja ili tumačenja pojmova, ili tema, definisanih kodovima, više ne mogu pronaći (81).

Identitet učesnika sakriven je pomoću kodova označenih sa S1, S2, itd. Njihovi demografski podaci su analizirani deskriptivnim statističkim metodama. Kada su u pitanju podaci iz FG, primenjen je hibridni pristup; na osnovne podatke iz istraživanja je primenjena induktivna tematska analiza (98,99). Kategorije za teme i podteme su nastale deduktivnim pristupom, a na osnovu pitanja iz semi-strukturiranog vodiča za FG (100,101). Da bi se bolje struktuirale teme i podteme u poslednjoj kategoriji, primenjen je *Donabedianov* koncept *Struktura-Proces-Ishod* (42). Analizirani su i zapisi posmatrača-zapisničara da bi se dobili dodatni podaci i smanjila potencijalna pristrasnost (engl. *bias*) i učesnika i moderatora.

4. Rezultati

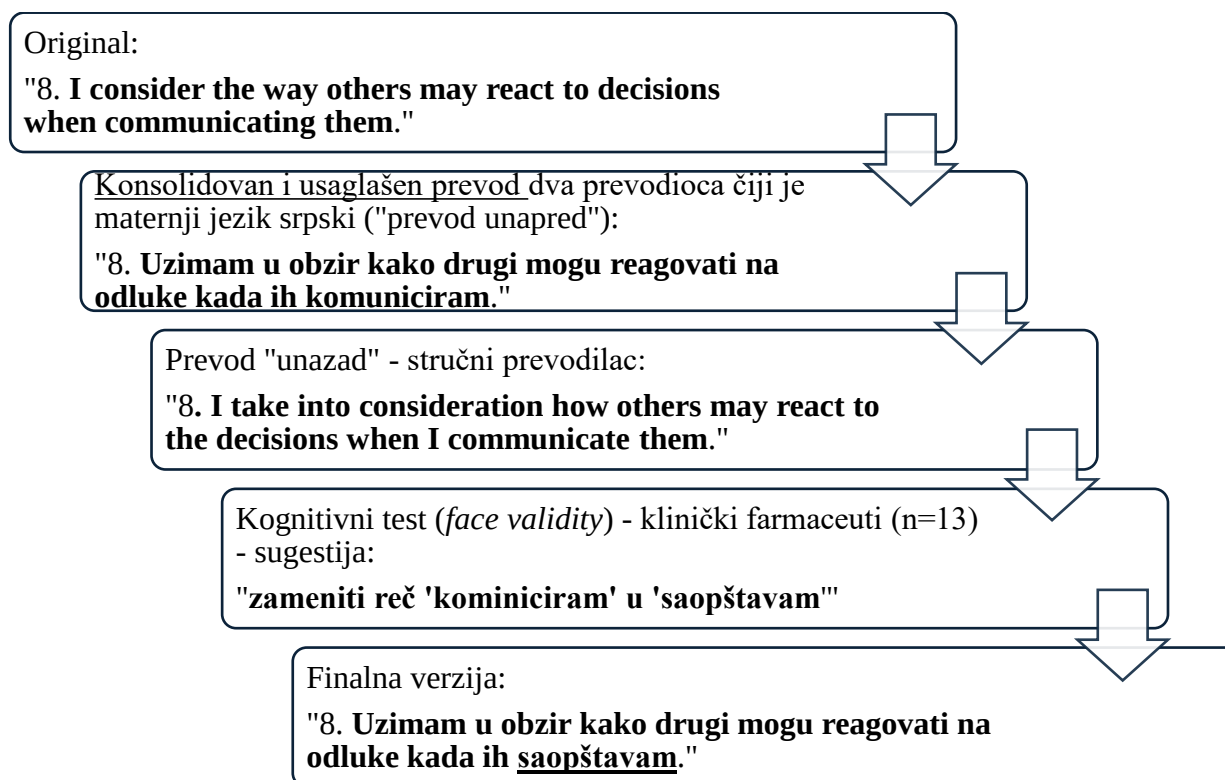
4.1. Rezultati u skladu sa prvim postavljenim ciljem doktorske disertacije

4.1.1. Kulturološka adaptacija multidimenzionalnog upitnika za procenu EI

Prilikom prevođenja GEII upitnika od strane dva prevodioca (engl. *forward translation*) došlo se do verzije, koja je zahtevala usaglašavanje u 25 od 31 stavke, pri čemu nije bilo suštinski važnih izmena. Profesionalni prevodilac je dao verziju (engl. *back translation*) za koju je konsenzusom istraživačkog

tima zaključeno da ne zahteva da se konsolidovani prevod na srpski jezik menja. Prilikom kognitivnog testa (engl. *face validity*) na nezavisnom uzorku farmaceuta u kliničkoj praksi (n=13), došlo se do sugestija za korekciju pojedinačnih stavki, koje su za određene tvrdnje i usvojene. Finalno usaglašena i ekspertski validirana verzija upitnika, koja je korišćena u istraživanjima sa svim uputstvima za učesnike u samoproceni EI data je u **Prilogu 7**.

Kao ilustracija celog procesa kulturološke adaptacije dat je primer za tvrdnju br. 8 u GEII Upitniku (Slika 5.)



Slika 5. Proces kulturološke adaptacije Upitnika GEII (sažeta verzija) na primeru jedne tvrdnje

Analizom interne konzistentnosti, dobijen je *Cronbachov* α koeficijent od 0,85 u populaciji kliničkih farmaceuta (n=86).

4.1.2. Ekspertska validacija upitnika

Tabela 5. pokazuje korelacije između pojedinačnih tvrdnji i odgovarajućeg subdomena, kao i korelacije između subdomena i ukupnog skora EI. S obzirom da podaci za pojedinačne tvrdnje, kao i skorovi pojedinačnih subdomena nemaju normalnu raspodelu (za razliku od ukupnih vrednosti EI), za procenu nivoa korelacije korišćen je *Spearmanov* test korelacije.

Tabela 5. Korelaciona analiza pojedinačnih tvrdnji upitnika i njihovih subdomena (p vrednosti)

EI subdomeni	Pojednačne tvrdnje u okviru subdomena (redni br.)					Total EI
ESA	2.	4.	24.	28.	-	0,594**
	0,608**	0,644**	0,636**	0,669**	-	
EE	5.	7.	9.	18.	29.	0,631**
	0,396**	0,501**	0,637**	0,630**	0,596**	
EAO	11.	12.	19.	22.	-	0,785**
	0,718**	0,636**	0,459**	0,828**	-	
ER	1.	8.	15.	16.	17.	0,550**
	0,639**	0,513**	0,734**	0,533**	0,624**	
ESM	3.	6.	13.	20.	21.	0,727**
	0,648**	0,603**	0,578**	0,579**	0,525**	
EMO	14.	25.	27.	31.	-	0,743**
	0,555**	0,629**	0,626**	0,801**	-	
ESC	10.	23.	26.	30.	-	0,687**
	0,684**	0,732**	0,573**	0,539**	-	

Legenda : ** Korelacija je značajna na nivou 0,01 (2-tailed, engl.).

Legenda: *ESA* – emocionalna svest o sebi, *EE* – emocionalna ekspresija, *EAO* – emocionalna svest o drugima, *ER* – emocionalno rezonovanje, *ESM* – emocionalno upravljanje sobom, *EMO* – emocionalno upravljanje drugima, *ESC* – emocionalna samokontrola

Rezultat procene relevantnosti pojedinačnih tvrdnji za svaki od 7 subdomena GEII upitnika je bio da su za svaku od tvrdnji sva tri eksperta dala ocenu 3 ili 4, tako da je izračunati indeks validnosti sadržaja za svaku od stavki, odnosno tvrdnji, bio $i-CVI = 1$, a modifikovana kapa vrednost takođe je bila $k^* = 1$ (Tabela 6.).

Tabela 6. Procena relevantnosti sadržaja na nivou pojedinačnih tvrdnji od strane tri eksperata

<i>Sub- domen</i>	<i>Tvrdnja br.</i>	<i>Ekspert 1</i>	<i>Ekspert 2</i>	<i>Ekspert 3</i>	<i>Proporcija eksperata koji ocenjuju sa 3 ili 4</i>	<i>i- CVI</i>	<i>k*</i>
ESA	2	4	4	4	100%	1	1
	4	4	4	4	100%	1	1
	24	4	4	4	100%	1	1
	28	4	4	4	100%	1	1
EE	5	4	3	4	100%	1	1
	7	4	4	4	100%	1	1
	9	4	4	4	100%	1	1
	18	4	4	4	100%	1	1
	29	3	4	4	100%	1	1
EAO	11	4	4	4	100%	1	1
	12	4	4	4	100%	1	1
	19	4	4	4	100%	1	1
	22	4	4	4	100%	1	1
ER	1	4	4	4	100%	1	1
	8	4	4	4	100%	1	1
	15	3	4	4	100%	1	1
	16	4	4	4	100%	1	1
	17	4	4	4	100%	1	1
ESM	3	4	4	4	100%	1	1
	6	4	4	4	100%	1	1
	13	4	4	4	100%	1	1
	20	4	4	4	100%	1	1
	21	3	4	4	100%	1	1
EMO	14	4	4	4	100%	1	1
	25	4	4	4	100%	1	1
	27	3	4	4	100%	1	1
	31	4	4	4	100%	1	1
ESC	10	4	4	4	100%	1	1
	23	4	4	4	100%	1	1
	26	4	4	4	100%	1	1
	30	4	4	4	100%	1	1

Legenda: *ESA* – emocionalna svest o sebi, *EE* – emocionalna ekspresija, *EAO* – emocionalna svest o drugima, *ER* – emocionalno rezonovanje, *ESM* – emocionalno upravljanje sobom, *EMO* – emocionalno upravljanje drugima, *ESC* – emocionalna samokontrola; *i-CVI* – indeks validnosti sadržaja na nivou pojedinačne tvrdnje / stavke (engl. item Content Validity Index – *i-CVI*); *k** - modifikovana kapa vrednost

4.2. Rezultati u skladu sa drugim postavljenim ciljem doktorske disertacije

Nakon davanja inicijalne saglasnosti za učešće u istraživanju, u grupi slučajeva, od 47 pozvanih SDM, 43 je uzelo učešće (91,5%), dok je u kontrolnoj grupi to učinilo 43 od 51 (84,3%) kliničkog farmaceuta (KF). Učesnici u studiji bili su iz 14 različitih okruga, pretežno iz centralnog i severnog dela zemlje (48,8% i 41,9%, redom). Karakteristike učesnika u studiji i njihovih radnih okruženja dati su u Tabeli 7.

Tabela 7. Karakteristike učesnika u studiji i njihovih radnih okruženja

Varijabla	Grupa slučajeva (n = 43)	Kontrolna grupa (n = 43)	Ukupno (N = 86)
Pol, n (%)*			
Ženski	43 (100,0)	39 (90,7)	82 (95,4)
Muški	0 (0,0)	4 (9,3)	4 (4,6)
Godine, prosek (SD), opseg	39,4 (9,5), 26-61	39,1 (9,5), 25-61	39,3 (9,4), 25-61
Najviše farmaceutsko obrazovanje, n (%)			
Mr.ph.	31 (39,5)	38 (3,6)	69 (36,0)
Specijalista	11 (25,6)	4 (9,3)	15 (17,4)
PhD	1 (2,3)	1 (2,3)	2 (2,3)
Radno iskustvo, godine, prosek (SD), opseg	12,4 (8,8), 3-38	12,8 (9,5), 1-34	12, 6 (9,1), 1-38
Broj dnevnih interakcija sa pacijentima, prosek (SD), opseg	50,0 (35, 9), 5-180	53,3 (33,2), 5-200	51,7 (34,4), 5-200
Tip vlasništva apoteke, n (%)			
Privatno	41 (95,4)	39 (90,7)	80 (93,0)
Državno	2 (4,6)	4 (9,3)	6 (7,0)

Lokacija apoteke, n (%)			
Centar grada	18 (41,9)	18 (41,9)	36 (41,9)
Šira centralna gradska sredina	14 (32,6)	17 (39,5)	31 (36,0)
Periferija / predgrađa	10 (23,3)	4 (9,3)	14 (16,3)
Ruralna sredina	1 (2,3)	4 (9,3)	5 (5,8)

* $p < 0,05$, veličina efekta (φ) 0,221

Većina farmaceuta (65%) je bila zaposlena u apotekama primarnog nivoa ZZ u okviru većih lanaca u gradskim sredinama. Studija je realizovana u jeku COVID-19 pandemije, pa je raspon broja dnevnih interakcija sa pacijentima bio veoma veliki, od 5 do 200. Ovaj broj bio je povezan i sa pozicijom farmaceuta u apoteci, odnosno vrstom posla koji obavlja.

Kada su poređene srednje vrednosti ukupnih skorova EI i PS, nije zabeležena statistički značajna razlika među grupama (Tabela 8). Za oba instrumenta su izračunate *Cronbachove* alfa vrednosti, koje su iznosile za upitnik GEII, $\alpha = 0,85$, a za PSS upitnik, $\alpha = 0,78$.

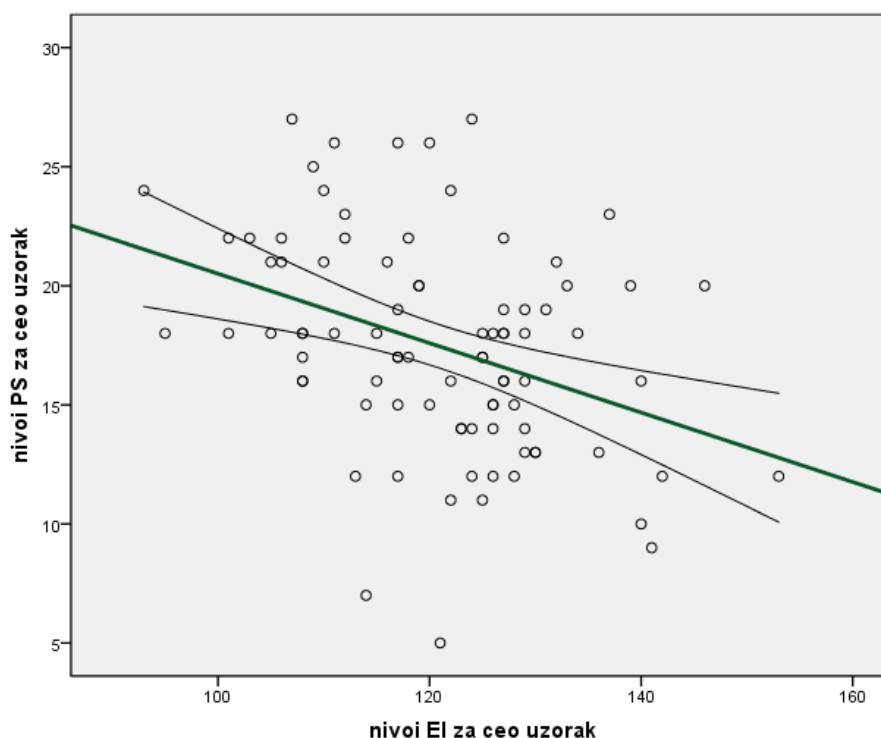
Tabela 8. Poređenje nivoa emocionalne inteligencije i percipiranog stresa između grupa ispitanika u istraživanju

Varijabla		Grupa slučajeva (n = 43)	Grupa kontrola (n = 43)	Ukupno (N = 86)
Nivo PS, srednja vrednost (SD)		17,6 (4,9)	17,3 (4,2)	17,4 (4,6)
Razlika	Veličina efekta (d) (p vrednost)	0,060 (0,696)		
Nivo EI, srednja vrednost (SD)		121,7 (10,2)	120,2 (12,8)	121,0 (11,5)
Razlika	Veličina efekta (d) (p vrednost)	0,085 (0,580)		

Normativne prosečne vrednosti (SD) za PS iznosile su (85): 16,39 (6,47), a za EI (51): 121,86 (13,84).

4.2.1. Korelaciona analiza

Izračunavanjem *Pearsonovog* koeficijenta korelacije između ukupnih skorova EI i PS, dobijene su vrednosti koje pokazuju da postoji negativna, linearna, statistički značajna povezanost između ovih parametara ($r = -0,370$, $p < 0,01$). Dakle, što su nivoi EI bili viši, to je PS, odnosno njegovi nivoi su bili niži (Slika 6.)



Slika 6. Korelacija između nivoa EI i PS u celom uzorku

Kada je urađena korelaciona analiza po grupama u istraživanju, dobijene su takođe negativne vrednosti *Pearsonovog* koeficijenta i to za grupu slučajeva $r=-0,133$, $p=0,396$, a za grupu kontrola $r=-0,611$, $p<0,001$.

Analiza korelacija između nivoa EI i različitih subdomena PSS (*pozitivna* i *negativna* skala) prikazana je u tabeli 9.

Tabela 9. Korelaciona analiza između ukupnog nivoa EI i nivoa na PSS podskalama (subdomeni) – *Spearmanov* koeficijent korelacije (ρ)

Varijabla	Grupa slučajeva (n = 43)	Grupa kontrola (n = 43)	Ukupno (N = 86)
PS – pozitivna skala	-0,136	-0,645 [†]	-0,411 [†]
PS – negativna skala	-0,112	-0,449**	-0,264*

* $p<0,05$, ** $p<0,005$, [†] $p<0,001$

U analizi korelacija između pojedinačnih kompetencija EI, odnosno subdomena EI i ukupnih nivoa PS dobijene su negativne vrednosti za svaki od subdomena EI, osim za *emocionalno rezonovanje* (ER) u grupi slučajeva (Tabela 10).

Tabela 10. Korelaciona analiza između ukupnog nivoa PS i nivoa EI po subdomenima – *Spearmanov* koeficijent korelacije (ρ)

Varijabla	Grupa slučajeva (n = 43)	Grupa kontrola (n = 43)	Ukupno (N = 86)
ESA	-0,266	-0,147	-0,211
EE	-0,044	-0,371*	-0,190
EAO	-0,086	-0,494**	-0,270*
ER	0,182	-0,247	-0,012
ESM	-0,032	-0,652**	-0,351**
EMO	-0,082	-0,468**	-0,266*
ESC	-0,373*	-0,581**	-0,467**

Legenda: * Korelacija je značajna na nivou 0,05 (2-tailed) ; ** korelacija je značajna na nivou 0,01 (2-tailed).

ESA – emocionalna svest o sebi, EE – emocionalna ekspresija, EAO – emocionalna svest o drugima, ER – emocionalno rezonovanje, ESM – emocionalno upravljanje sobom, EMO – emocionalno upravljanje drugima, ESC – emocionalna samokontrola

4.2.2. Emocionalna inteligencija, precipirani stres i demografske karakteristike

Prosečne vrednosti EI i PS čitave populacije (N = 86) u istraživanju prema demografskim faktorima poređene su ANOVA testom. Analizom nije ustanovljena statistička značajnost za starosne grupe, nivo obrazovanja, veličinu apoteke, niti za njihovu geografsku lokaciju. Veličina efekta uticaja starosnih grupa na nivo PS je, međutim, bila srednja. (Tabela 11).

Tabela 11. Poređenje prosečnih vrednosti ukupnih EI i PS skorova sa grupama demografskih faktora za čitav uzorak (N = 86)

Demografski faktor	PS ukupan skor	EI ukupan skor
Starosna grupa	F=1,11, $p=0,364$, $\eta^2=0,091$	F=0,24, $p=0,974$, $\eta^2=0,021$
Najviši obrazovni nivo farmaceuta	F=0,15, $p=0,860$, $\eta^2=0,004$	F=0,96, $p=0,389$, $\eta^2=0,023$
Veličina apoteke	F=0,13, $p=0,879$, $\eta^2=0,003$	F=0,54, $p=0,582$, $\eta^2=0,013$
Geografski položaj (lokacija) apoteke	F=0,65, $p=0,525$, $\eta^2=0,015$	F=0,37, $p=0,689$, $\eta^2=0,009$

Legenda: F – test (ANOVA)

4.3. Rezultati u skladu sa trećim postavljenim ciljem doktorske disertacije

Za učešće u istraživanju ukupno je pozvano 185 svršenih polaznika SAS (završetak SAS u akademskoj školskoj godini 2017-2021; grupa *slučajeva*), ili tek upisanih studenata SAS (akademska školska godina 2021-22; grupa *kontrola*). U grupi slučajeva je od 132 pozvana, 75 njih popunilo upitnike, a dvoje je odbilo da učestvuje u istraživanju. U kontrolnoj grupi, od 53 pozvana, učešće je uzelo 49 studenata SAS, koji su i popunili upitnik. Ukupan stepen odgovora na poziv bio 57,7% u grupi slučajeva, dok je u kontrolnoj grupi bio 92,4%. Upitnici koji nisu u celosti bili popunjeni su izuzeti iz dalje analize (2 u grupi slučajeva i 1 u grupi kontrola). Osim toga, iz grupe kontrola iz dalje analize su izuzeti i podaci dobijeni od 4 učesnika, budući da nisu zadovoljili jedan od kriterijuma za uključivanje (da nisu učestvovali u nekom od programa razvoja EI pre početka istraživanja). Dakle, podaci dobijeni od 73 učesnika u grupi slučajeva i 44 u grupi kontrola su analizirani.

U Tabeli 12 su prikazani demografski podaci ispitanika koji su dalje analizirani. Grupe su se razlikovale po polu, prosečnoj starosnoj dobi, prosečnom broju godina radnog iskustva, prosečnom broju godina nakon završetka osnovnih studija, i po broju onih koji im direktno raportiraju. Veličina efekta u razlici pri poređenju pomenutih varijabli je bila ili srednja ili mala (Tabela 12).

Učesnici u istraživanju su bili iz različitih oblasti farmaceutske prakse. U kategoriji “ostalo”, za vrstu farmaceutske delatnosti, nalaze se učesnici koji su u trenutku sprovođenja istraživanja radili na kliničkim ispitivanjima u okviru *Contracting Research Organizations* (CRO), na regulatornim pozicijama, u lancu snabdevanja u farmaceutskoj industriji, ili veleprodaji. Od svih učesnika u istraživanju, 13,7% njih nije radilo, niti imalo mesto boravka u Republici Srbiji.

Tabela 12. Karakteristike učesnika u istraživanju i njihovih radnih okruženja

Varijabla	Grupa slučajeva (n = 73)	Grupa kontrola (n = 44)	Ukupno (N = 117)
Pol*, n (%)			
Ženski	49 (67,1)	38 (86,4)	87 (74,4)
Muški	24 (32,9)	6 (13,6)	30 (25,6)
Starosna dob** u godinama, prosek (SD), opseg	38,0 (8,6), 25-58	33,2 (6,8), 24-53	36,2 (8,3), 24-58
Godine radnog iskustva* , prosek (SD), opseg	12,2 (8,7), 2-34	8,5 (6,5), 1-28	10,8 (8,1), 1-34
Iskustvo na sadašnjoj poziciji, n (%)			
≤ 5 godina	52 (71,2)	32 (72,7)	84 (71,8)
6-10 godina	14 (19,2)	9 (20,4)	23 (19,7)
≥ 11 godina	7 (9,6)	3 (6,8)	10 (8,6)
Broj godina nakon završetka osnovnih studija** , prosek (SD), opseg	11,8 (7,7), 2-34	8,1 (6,1), 1-29	10,4 (7,3), 1-34
Program specijalističkih akademskih studija, n (%)			
Industrijska farmacija i Puštanje leka u promet	22 (30,1)	21 (47,7)	43 (36,8)
Farmaceutski menadžment i marketing	51 (69,9)	23 (52,3)	74 (63,2)
Oblast farmaceutske prakse, n (%)			
Pružanje usluga FZZ (klinička farmacija)	13 (17,8)	9 (20,4)	22 (18,8)
Farmaceutska industrija – proizvodnja i obezbeđenje kvaliteta	15 (20,5)	15 (34,1)	30 (25,6)
Farmaceutska industrija – marketing i prodaja	27 (37,0)	8 (18,2)	35 (29,9)
Ostalo	18 (24,7)	12 (27,3)	30 (25,6)
Broj direktno podređenih*, n (%)			
0	44 (60,3)	17 (38,6)	61 (52,1)
1-5	14 (19,2)	17 (38,6)	31 (26,5)
6-10	9 (12,3)	2 (4,6)	11 (9,4)
11-15	2 (2,7)	1 (2,3)	3 (2,6)

≥ 16	4 (5,5)	7 (15,9)	11 (9,4)
-----------	---------	----------	----------

Legenda: Razlika između grupa, statistička značajnost: * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$

SD – standardna devijacija; FZZ – farmaceutska zdravstvena zaštita

Cronbachov alfa koeficijent je izračunat za oba instrumenta, *Genosov* upitnik EI i Skalu percipiranog stresa. On je za GEII iznosio $\alpha=0,88$, a za PSS, $\alpha=0,87$, čime je i u ovom istraživanju potvrđena njihova interna konzistenost, odnosno pouzdanost.

Iako su prosečne vrednosti nivoa EI bile veće u grupi slučajeva, statistički značajnih razlika u poređenju između grupa nije bilo. Pokazana je i mala vrednost kliničke značajnosti, kroz procenu veličine efekta. Tabela 13 pokazuje da statistički značajnih razlika nije bilo prilikom poređenja prosečnih vrednosti nivoa EI i PS između grupa, kao ni prilikom poređenja odgovarajućih subdomena.

Tabela 13. Poređenje nivoa EI i PS i odgovarajućih subdomena između grupa

Nivoi EI, PS i subdomena, prosečne vrednosti (SD)	Grupa slučajeva (n = 73)	Grupa kontrola (n = 44)	Ukupno (N = 117)	Razlika između grupa, značajnost i veličina efekta
EI	120,7 (12,2)	117,0 (13,9)	119,3 (12,9)	$t = 1,517, p = 0,132, d = 0,288$
ESA	16,1 (2,2)	16,0 (2,4)	16,1 (2,3)	$U = 1532, p = 0,674, r = -0,039$
EE	18,0 (2,8)	17,0 (2,9)	17,6 (2,8)	$U = 1282, p = 0,067, r = -0,169$
EAO	15,8 (2,4)	15,8 (2,6)	15,8 (2,5)	$U = 1601, p = 0,977, r = -0,003$
ER	20,3 (2,3)	19,7 (2,7)	20,1 (2,5)	$U = 1378, p = 0,195, r = -0,120$
ESM	19,0 (3,0)	17,8 (3,7)	18,5 (3,3)	$U = 1278, p = 0,063, r = -0,172$
EMO	16,1 (2,1)	15,7 (2,2)	16,0 (2,1)	$U = 1426, p = 0,306, r = -0,095$
ESC	15,5 (2,6)	14,9 (3,0)	15,3 (2,7)	$U = 1386, p = 0,210, r = -0,116$
PS	17,3 (6,9)	17,2 (5,7)	17,2 (6,5)	$t = 0,027, p = 0,979, d = 0,005$
Pozitivna podskala	4,9 (2,7)	4,8 (2,2)	4,8 (2,5)	$U = 1594, p = 0,944, r = -0,007$
Negativna podskala	12,4 (4,75)	12,5 (4,4)	12,4 (4,6)	$U = 1587, p = 0,912, r = -0,010$

Normativne prosečne vrednosti (SD) za PS iznosile su (85): 16,39 (6,47), a za EI (51): 121,86 (13,84).

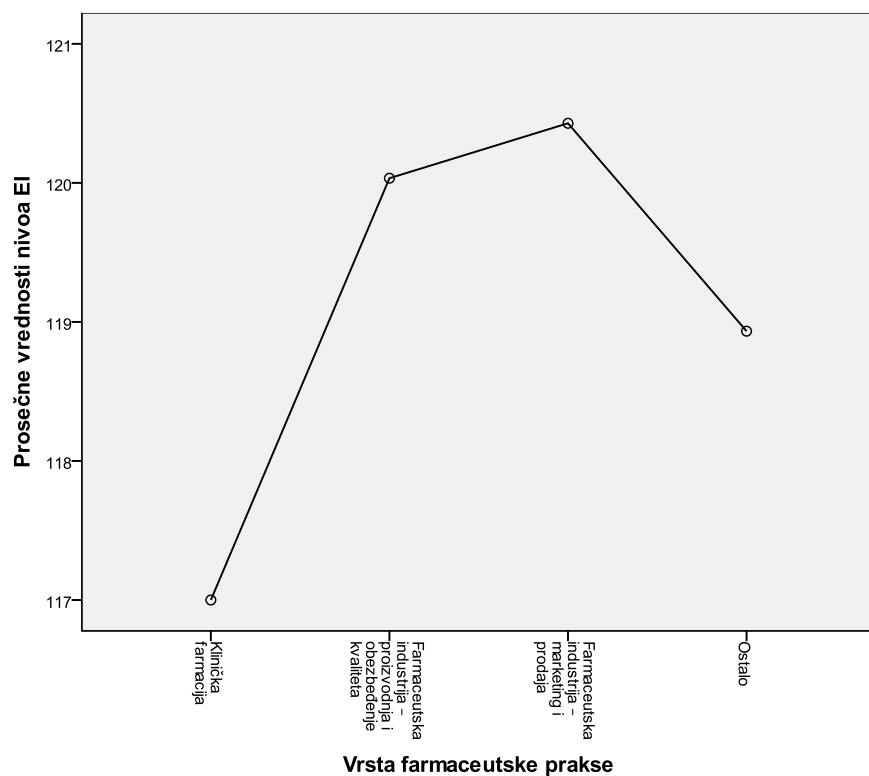
Legenda : SD - standardna devijacija; U - *Mann-Whitney U* test; t - t-test nezavisnih uzoraka; EI – emocionalna inteligencija; ESA – emocionalna svest o sebi, EE – emocionalna ekspresija, EAO – emocionalna svest o drugima, ER – emocionalno rezonovanje, ESM – emocionalno upravljanje sobom, EMO – emocionalno upravljanje drugima, ESC – emocionalna samokontrola; PS – percipirani stres

4.3.1. Emocionalna inteligencija, precipirani stres i demografski faktori

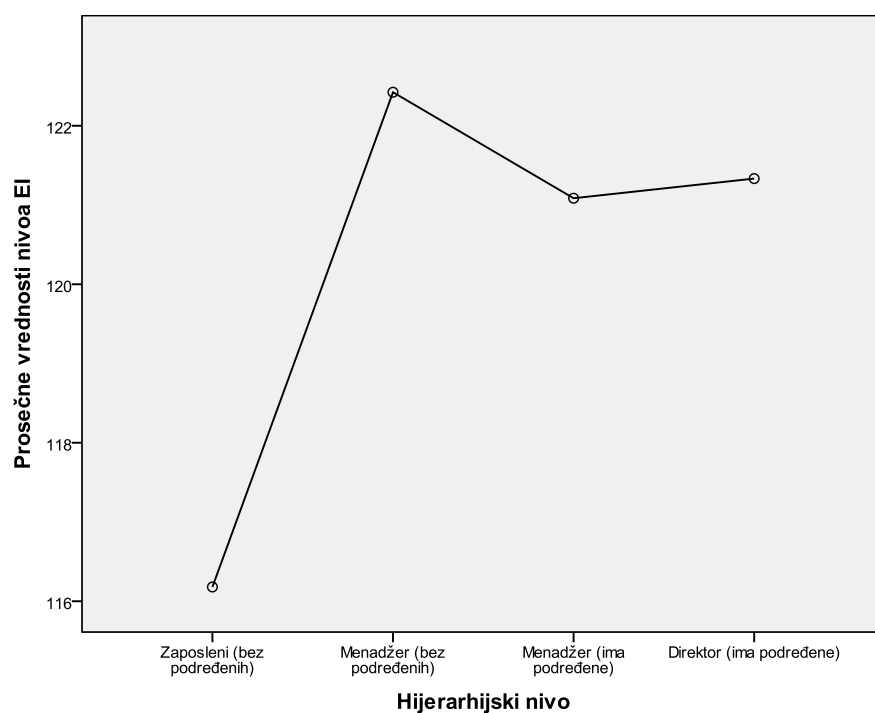
Prosečne vrednosti EI i PS prema kategorijama demografskih podataka (za kategorije: grupisan broj godina ukupnog radnog iskustva, <6, 6-15, 16-25, >25, broj godina na sadašnjoj poziciji, ≤5, 6-10, ≥11, kao i hijerarhijski položaj, zaposleni, menadžer sa ili bez direktno podređenih, direktor) poredene su ANOVA testom. Rezultati analize pokazali su da između srednjih vrednosti nivoa PS za kategorije broj godina radnog iskustva i broj godina na sadašnjoj poziciji postoji statistički značajna razlika ($F=5,534$, $p=0,005$, $\eta^2=0,008$; $F=2,787$, $p=0,044$, $\eta^2=0,069$; redom). U slučaju srednjih vrednosti nivoa EI zabeležena je razlika za kategoriju “hijerarhijski položaj” ($F=5,275$, $p=0,023$, $\eta^2=0,044$).

Klinička značajnost je pokazana za faktor “starosna grupa” i prosečan nivo EI, i to na nivou srednje velikog efekta, iako statističke značajnosti nije bilo ($F=1,723$, $p=0,150$, $\eta^2=0,058$).

Poređenjem prosečnih vrednosti, došlo se do rezultata da su nivoi EI bili najniži u subpopulaciji kliničkih farmaceuta, a najviši kod zaposlenih u farmaceutskoj industriji, u marketingu i prodaji, iako statističke značajnosti nije bilo (Slika 7a). Prema hijerarhijskim pozicijama, najviši prosečni nivo EI imali su menadžeri bez direktno podređenih (Slika 7b).



a)

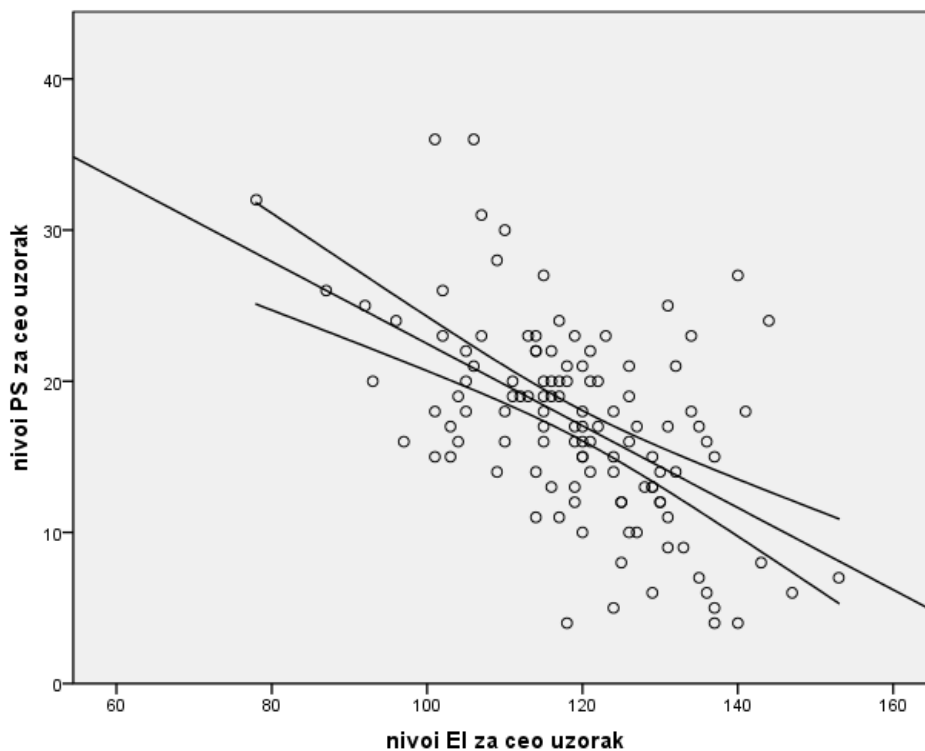


b)

Slika 7. Prosečne vrednosti nivoa EI (a) među učesnicima prema vrsti farmaceutske prakse kojom se bave (razlike prosečnih vrednosti EI između grupe najnižeg nivoa /n=22/ i najvišeg nivoa /n=35/ $t=-0,901$, $p=0,372$, $d=-0,265$) i (b) među učesnicima prema hijerarhijskoj poziciji u organizaciji u kojoj rade (razlika između grupa najnižeg nivoa EI /n=50/ i najvišeg nivoa /n=26/ $t=-1,796$, $p=0,077$, $d=-0,483$)

4.3.2. Korelaciona analiza

Na slici 8 je prikazana statistički značajna negativna korelacija velikog efekta između nivoa EI i PS ($r=-0,543$, $p<0,001$). Što su viši nivoi EI, niži je nivo PS.



Slika 8. Korelacija između nivoa EI i PS u celom uzorku (*Pearsonov* test korelacije) – sa linijama fitovanja za prosečne vrednosti na nivou intervala pouzdanosti od 95%

Radi lakšeg razumevanja uticaja pojedinih subdomena EI na PS, urađena je detaljnija korelaciona analiza prikazana u Tabeli 14.

Tabela 14. Korelacije između emocionalne inteligencije i njenih subdomena i percipiranog stresa

Varijabla u korelaciji sa PS	Grupa slučajeva (n = 73)	Grupa kontrola (n = 44)	Ukupno (N = 117)
	<i>r</i> vrednosti		
EI	-0,599**	-0,477**	-0,543**
	<i>p</i> vrednosti		
ESA	-0,347**	-0,187	-0,292**
EE	-0,163	-0,366*	-0,247**
EAO	-0,387**	-0,115	-0,291**
ER	-0,207	-0,163	-0,194*
ESM	-0,584**	-0,418**	-0,528**
EMO	-0,500**	-0,336*	-0,445**
ESC	-0,394**	-0,187**	-0,457**

* Korelacija je značajna na nivou 0,05 (2-tailed) ; ** korelacija je značajna na nivou 0,01 (2-tailed).

Legenda: *EI* – emocionalna inteligencija, *ESA* – emocionalna svest o sebi, *EE* – emocionalna ekspresija, *EAO* – emocionalna svest o drugima, *ER* – emocionalno rezonovanje, *ESM* – emocionalno upravljanje sobom, *EMO* – emocionalno upravljanje drugima, *ESC* – emocionalna samokontrola, *r* – Pearsonov koeficijent korelacije, *p* – Spearmanov koeficijent korelacije.

Korelacije između prosečnih nivoa EI i PS su bile negativne, statistički značajne i sa značajnom veličinom efekta, kako u celom uzorku, tako i po grupama ispitanika. Najizraženija negativna korelacija pokazana je između percipiranog stresa i subdomena emocionalnog upravljanja sobom (ESM).

4.4. Rezultati u skladu sa četvrtim postavljenim ciljem doktorske disertacije

Za četvrto istraživanje, pozvano je svih 44 učesnika iz grupe kontrola trećeg istraživanja. S obzirom da je kriterijum za uključivanje bio da su učestvovali u bar jednoj od dve intervencijske interaktivne sesije (ili pogledali snimljeni materijal), koje su imale za cilj podsticaj razvoja emocionalne inteligencije, i nakon predviđenog perioda popunili relevantne upitnike, GEII i PSS, u statističku obradu su ušli podaci 28 učesnika. Ovako sagledano, stepen odgovora na poziv za učešće u studiji bio je 63,6%.

U Tabeli 15 prikazane su demografske karakteristike učesnika u ovoj studiji.

Tabela 15. Karakteristike učesnika u istraživanju, njihovih radnih okruženja i načina učešća u intervenciji

Varijabla	Ukupno (N = 28)
Pol, n (%)	
Ženski	24 (85,7)
Muški	4 (14,3)
Starosna dob u godinama, prosek (SD), opseg	34,5 (6,5), 27-53
Godine radnog iskustva , prosek (SD), opseg	8,7 (5,8), 2-28
Iskustvo na sadašnjoj poziciji, n (%)	
≤ 5 godina	19 (67,9)
6-10 godina	6 (21,4)
≥ 11 godina	3 (10,7)
Program specijalističkih akademskih studija, n (%)	
Industrijska farmacija i Puštanje leka u promet	10 (35,7)
Farmaceutski menadžment i marketing	18 (64,3)
Oblast farmaceutske prakse, n (%)	
Pružanje usluga FZZ (klinička farmacija)	7 (25,0)
Farmaceutska industrija – proizvodnja i obezbeđenje kvaliteta	7 (25,0)
Farmaceutska industrija – marketing i prodaja	6 (21,4)
Ostalo	8 (28,6)
Broj direktno podređenih, n (%)	
0	11 (39,3)
1-5	11 (39,3)
6-10	1 (3,6)
11-15	1 (3,6)
≥ 16	4 (14,3)
Način učešća u intervenciji, n (%)	
Obe interaktivne sesije	16 (57,1)
Jedna interaktivna sesija	10 (35,7)
Odgledani video zapisi sesija	2 (7,1)

Legenda: SD – standardna devijacija, FZZ – farmaceutska zdravstvena zaštita

Prema mestu boravka 35,7% učesnika je bilo iz Beograda, 21,4% iz inostranstva, a preostalih 42,9% učesnika bilo je ravnomerno raspoređeno po geografskim oblastima u Republici Srbiji. Četvrtina učesnika u istraživanju su bili farmaceuti koji rade u apotekama na primarnom nivou ZZ, a grupu “ostalih” učesnika činili su zaposleni u CRO organizacijama (n=4), odnosno u snabdevanju lekovima (veleprodaja, n=4). U ovoj grupi ispitanika najviše je bilo zaposlenih bez direktno podređenih, kao i menadžera koji vode male timove zaposlenih.

Među svim učesnicima u istraživanju najviše je bilo menadžera koji imaju direktno podređene (n=11), zatim zaposlenih koji ne rukovode drugima (n=10), potom menadžera koji ne rukovode drugima (n=6), a najmanje direktora koji imaju direktno podređene (n=1). Većina učesnika je uzela učešće u obe intervencijske sesije.

Interna konzistentnost je testirana i nakon popunjavanja upitnika posle intervencije, te su dobijene vrednosti za *Cronbachov* alfa koeficijent od $\alpha=0,79$ za PSS i $\alpha=0,80$ za GEII upitnike čime je potvrđena njihova pouzdanost.

4.4.1. Poređenje nivoa emocionalne inteligencije i percipiranog stresa pre i posle intervencije

Kada su upoređeni nivoi srednjih vrednosti skorova EI i PS pre i posle intervencije na celoj grupi ispitanika, nije pokazana statistički značajna razlika, a veličina efekta, dakle klinička značajnost, za razliku u nivoima EI bila je mala. Poređenje nivoa srednjih vrednosti skorova EI i PS za odgovarajuće subdomene, ukazalo je na statistički značajnu razliku za subdomen “Emocionalna samokontrola (ESC)”, sa srednjom veličinom efekta (Tabela 16).

Tabela 16. Poređenje nivoa EI i PS i odgovarajućih subdomena pre i posle intervencije dobijenih t-testom uparenih uzoraka, odnosno *Wilcoxon signed-rank* testom

Varijabla	Razlika, značajnost i veličina efekta
EI	$t = -1,323, p = 0,197, d = -0,250$
ESA	$Z = -0,231, p = 0,818, r = -0,031$
EE	$Z = -0,869, p = 0,385, r = -0,116$
EAO	$Z = -0,622, p = 0,534, r = -0,083$
ER	$Z = -1,113, p = 0,266, r = -0,149$
ESM	$Z = -0,164, p = 0,870, r = -0,022$
EMO	$Z = -1,355, p = 0,175, r = -0,181$
ESC*	$Z = -3,005, p = 0,003, r = -0,402$
PS	$t = -0,055, p = 0,957, d = -0,010$
Pozitivna podskala	$Z = -1,258, p = 0,208, r = -0,168$
Negativna podskala	$Z = -0,961, p = 0,336, r = -0,128$

* $p < 0,005$

Legenda: *SD* - standardna devijacija; *Z* - *Wilcoxon signed-rank* test; *t* - *t*-test uparenih uzoraka; *EI* – emocionalna inteligencija; *ESA* – emocionalna svest o sebi, *EE* – emocionalna ekspresija, *EAO* – emocionalna svest o drugima, *ER* – emocionalno rezonovanje, *ESM* – emocionalno upravljanje sobom, *EMO* – emocionalno upravljanje drugima, *ESC* – emocionalna samokontrola; *PS* – percipirani stres

Prosečna razlika u vrednostima nivoa EI (*SD*) pre i posle intervencije je bila 2,50 (9,99), a za PS, 0,71 (6,88) – normativne vrednosti nivoa EI i PS date su u poglavljima 4.2. i 4.3.

4.4.2. Emocionalna inteligencija i demografski faktori

Poređenjem srednjih vrednosti razlike u skorovima EI pre i posle intervencije sa kategorijskim demografskim podacima za 1.) pol, 2.) oblast farmaceutске prakse, 3.) program SAS, 4.) mesto boravka i rada, dobijeni su rezultati prikazani u Tabeli 17.

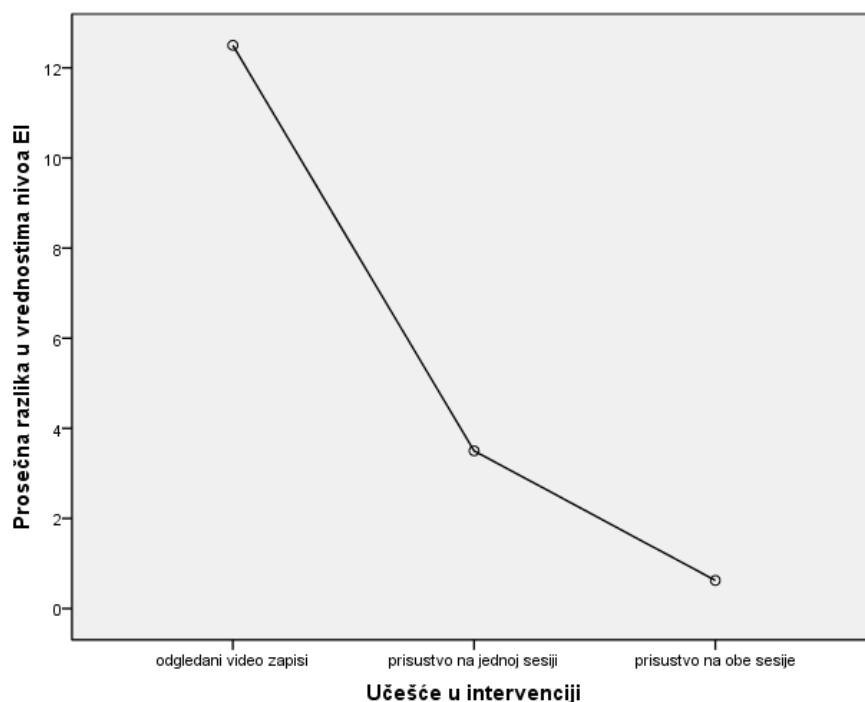
Tabela 17. Poređenje prosečnih vrednosti razlike ukupnih skorova EI i PS sa grupama demografskih faktora za čitav uzorak (N = 28)

Demografski faktor	Nivo EI – razlika ukupnih skorova pre i posle intervencije
Pol	$F=2,407, p=0,133, \eta^2=0,085$
Oblast farmaceutske prakse	$F=0,550, p=0,701, \eta^2=0,087$
Program SAS	$F=1,324, p=0,260, \eta^2=0,048$
Mesto boravka i rada	$F=0,498, p=0,737, \eta^2=0,080$

Legenda: F – test (ANOVA)

S obzirom da su ovom subanalizom, grupe dodatno smanjene, parametar kliničke značajnosti se jedino može posmatrati. Veličina efekta je imala više srednje vrednosti (označeno podebljanim karakterima) za faktor pol, gde su žene imale prosečno povećanje nivoa EI od $\mu=3,7$ (SD=9,2), dok su u podgrupi muškaraca dobijene negativne vrednosti. Podgrupe kliničkih farmaceuta i “ostalih” učesnika su imale najveće povećanje vrednosti nivoa EI (SD) posle intervencije i to za $\mu=5,1$ (SD=6,6) i $\mu=5,5$ (SD=6,2), redom.

Poređenjem srednjih vrednosti razlike u nivoima EI pre i posle intervencije u odnosu na kategorije faktora ‘hijerarhijski nivo’, dobijeni su sledeći rezultati: $F=0,131, p=0,941, \eta^2=0,016$, gde su menadžeri koji rukovode drugima imali najveće prosečno povećanje nivoa EI od $\mu=3,7$ (SD=7,9). Za faktor ‘način učešća’ u intervenciji postignuta je viša srednja veličina efekta: $F=1,368, p=0,273, \eta^2=0,099$, pri čemu su prosečne vrednosti promene nivoa EI bile najviše kod učesnika koji su odgledali video zapise interaktivnih sesija, $\mu=12,5$ (SD=3,5), pa kod onih koji su učestvovali u jednoj, $\mu=3,5$ (SD=13,1), odnosno u dve interaktivne sesije, $\mu=0,6$ (SD=7,6) – Slika 9.



Slika 9. Prosečne vrednosti promene nivoa EI među učesnicima prema načinu učešća u intervenciji

4.4.3. Korelaciona analiza

Korelacija između varijabli EI i PS pre i posle intervencije nije analizirana, zbog dužine trajanja celog istraživačkog procesa sa intervencijom, a imajući u vidu da PSS meri percipirani nivo stresa “u poslednjih mesec dana”. Da bi se sagledao uticaj pojedinih subdomena EI na PS pre i posle intervencije, urađena je detaljnija korelaciona analiza prikazana u Tabeli 18.

Tabela 18. Korelacije između subdomena emocionalne inteligencije i percipiranog stresa

Varijabla u korelaciji sa PS	Pre intervencije	Posle intervencije
ESA	-0,210	-0,439*
EE	-0,309	-0,158
EAO	0,037	-0,164
ER	-0,165	0,014
ESM	-0,380*	-0,399*
EMO	-0,306	-0,095
ESC	-0,457*	-0,037

* Korelacija je značajna na nivou 0,05 (2-tailed); (vrednosti Spearmanovog koeficijenta korelacije ρ)

Legenda: EI – emocionalna inteligencija, ESA – emocionalna svest o sebi, EE – emocionalna ekspresija, EAO – emocionalna svest o drugima, ER – emocionalno rezonovanje, ESM – emocionalno upravljanje sobom, EMO – emocionalno upravljanje drugima, ESC – emocionalna samokontrola.

Pre intervencije, značajna je bila korelacija između PS i “Emocionalnog upravljanja sobom - ESM”, i “Emocionalne samokontrole - ESC”. Nakon intervencije, umesto ESC, koja je imala najizraženiju negativnu korelaciju, najvećeg efekta pre intervencije, statistički je bila značajna i korelacija između PS i “Emocionalne svesti o sebi- ESA”.

4.5. Rezultati u skladu sa petim postavljenim ciljem doktorske disertacije

4.5.1. Fokus grupe

U istraživanju je ukupno učestvovalo 17 ispitanika od 20 pozvanih polaznika programa Farmaceutski menadžment i marketing Specijalističkih akademskih studija. Nakon održavanja druge fokus grupe, istraživački tim je zaključio da u njoj nije bilo novih informacija, ideja, niti novih značenja dobijenih informacija, odnosno da je postignuta saturacija.

Imajući u vidu strukturu učesnika, članovi fokus grupa podeljeni su u grupu koju su činili samo klinički farmaceuti (n=8/10, svi su bili farmaceuti zaposleni u apotekama na primarnom nivou ZZ), i ostali farmaceuti polaznici SAS (9/10), koji su zamoljeni da iz perspektive kliničkih farmaceuta daju svoja mišljenja (svi su imali kliničku farmaciju u svojim kurikulumima na osnovnim studijama, ili im je posao povezan sa radom kliničkih farmaceuta) (102).

Ispitanici su bili između 24 i 50 godina starosti, dok su godine kliničkog iskustva učesnika koji su pružali usluge na primarnom nivou ZZ bile u rasponu od 1 do 18 godina. Svi ispitanici su imali u proseku $\mu=7,3$ (SD=6,5) godina radnog iskustva. Učesnici ženskog pola su bili u većini (76,5%). Demografske karakteristike učesnika su prikazane u Tabeli 19.

Tabela 19. Demografske karakteristike učesnika u istraživanju

Karakteristika	N (%)
<i>Pol</i>	
Muški	4 (23,5)
Ženski	13 (76,5)
<i>Starosna dob (godine)</i>	
20-24	2 (11,8)
25-29	6 (35,3)
30-34	2 (11,8)
35-40	5 (29,4)
> 40	2 (11,8)

4.5.2. Kodiranje

Iz celokupnog transkripta diskusija fokus grupa, generisano je ukupno 50 kodova. Kodovi su alocirani u 9 kategorija, dobijenih deduktivnim postupkom iz semistruktuiranog vodiča za fokus grupe. Kategorije su označene u Tabeli broj 21 (u nastavku disertacije svaka pojedinačna analiza tematskih kodova u okviru pojedinačnih kategorija prikazana je podnaslovima (poglavlja 4.5.3.1. do 4.5.3.9.). Deset najučestalijih kodova (kod kojih ukupna, kumulativna učestalost prelazi 50% u odnosu na sve izolovane kodove) su predstavljeni u Tabeli 20.

Tabela 20. Deset najučestalijih kodova poređani po opadajućoj učestalosti

Kod	Učestalost (%)
Efektivna komunikacija	8,7
Emocionalna svest o drugima	8,3
Emocionalna svest o sebi	7,9
Emocionalna samokontrola	7,1
Poverenje	4,3
Poštovanje	3,5
Orijentacija ka pacijentu i fokus	3,5
Emocionalno upravljanje sobom	3,5
Rad pod pritiskom i efektivno upravljanje stresom	3,2
Samopuzdanje i znanje	3,2

4.5.2.1. Testiranje pouzdanosti kodiranja

Usaglašenost koja je veća od 80% postignuta je u 7 od 9 kategorija (K1-K4, K6-K7, K9). Kodiranje u preostale dve kategorije (K5 i K8), u kojima je ona bila 67%, usaglašeno je na konsenzus sastanku istraživača.

4.5.3. Tematska analiza

Imajući u vidu specifičnost koncepta EI i međusobnog prožimanja kompetencija EI, bilo je dosta ponavljanja kodova u okviru kategorija. Zato je odlučeno da se induktivna tematska analiza sprovede u tri koraka: 1.) definisanje karakteristika emocionalno inteligentnog kliničkog farmaceuta, 2.) identifikovanje problema i izazova u svakodnevnoj praksi kliničkog farmaceuta, kao teme, i prepoznavanje adekvatnih strategija baziranih na EI, kojima se oni rešavaju, kao podteme i 3.) pronalaženje strategija razvoja EI u obrazovnim i programima profesionalnog razvoja kliničkog farmaceuta.

4.5.3.1. Definicija emocionalno inteligentnog kliničkog farmaceuta

Učesnici u istraživanju su u potpunosti bili u mogućnosti da prepoznaju željena ponašanja u okviru kompetencija EI i da ih povežu sa situacijama u svakodnevnoj praksi kliničkog farmaceuta. Identifikovali su nekoliko ključnih karakteristika emocionalno inteligentnog kliničkog farmaceuta,

prikazanih na slici 10. U ovom koraku induktivne tematske analize, kodovi predstavljaju karakteristike, a u narednim koracima, oni su razvijeni u šire teme - izazove, i podteme - odgovarajuće emocionalno inteligentne strategije (Tabela 21).



Slika 10. Karakteristike emocionalno inteligentnog kliničkog farmaceuta. Relativna učestalost kodova u okviru kategorije prikazana je veličinom fonta kojim su napisani

Učesnici u FG bili su mišljenja da je “*emocionalno inteligentan klinički farmaceut*” kompetentan profesionalac, pun samopuzdanja, koji uspeva da ostane smiren u svakoj situaciji, da njom adekvatno upravlja i da bude fokusiran na pacijenta kroz interakciju koja uključuje i razumevanje njegovih emocija i pokazivanje empatije. Osim toga, svestan je svojih i emocija drugih i njima uspešno upravlja kroz efektivnu komunikaciju sa pacijentima i kolegama, gradi poverenje i efikasno radi pod pritiskom uspešno upravljajući sresom. U drugoj FG, dodatno je stavljen akcenat na “*balans u komunikaciji*” (S9) i “*emocionalnu samokontrolu*” (S14) kao preduslovima za efektivnu FZZ usmerenu na pacijenta.

4.5.3.2. Značaj EI za (kliničku) farmaceutsku praksu

U obe FG učesnici su istakli koliko je izazovno zadržati fokus i imati efektivnu komunikaciju sa agresivnim pacijentima, gde agresija potiče od izazova u vezi sa cenom lekova, vremenom čekanja na uslugu, problemima zavisnosti pacijenata od alkohola ili droga. U takvim okolnostima, potreban je visok nivo EI da bi farmaceut mogao da prepozna, razume i upravlja emocijama kod sebe i pacijenata, da ostane smiren, fokusiran i da se ponaša i radi sa samopouzdanjem.

Izazov je i imati efektivnu komunikaciju sa vulnerabilnim grupama pacijenata, kao što su pacijenti sa malignitetima, stariji pacijenti, ili oni sa kojima treba razgovarati na osetljive teme (poput urgentne postkoitalne kontracepcije). Istaknuto je da su u ovakvim situacijama ključne strategije EI: razumevanje potreba pacijenata od strane farmaceuta, svesnost emocija pacijenata, izražavanje empatije, i određivanje “dobrog balansa” u pokazivanju sopstvenih emocija da bi se uspostavljale “veze” i gradilo poverenje pacijenata.

“Sa nekim onkološkim ili drugim teškim pacijentima, kontrola emocija je toliko važna, da bismo ih zaštitili i pokazali više empatije. Imali smo nekada u našoj apoteci program podrške onkološkim pacijentima... Tako da se svašta tu dešavalo, različite situacije i izlivi emocija sa njihove strane... To nas je lično pogađalo; emocionalni balans, kontrola i empatija su bili ključni...” (S14)

Učesnici su istakli i značaj EI za uspešnu intra- i inter-profesionalnu saradnju, što je kasnije diskutovano detaljnije u okviru zasebne kategorije.

4.5.3.3. EI i izbegavanje profesionalne greške

Učesnici su prepoznali brojne faktore koji su povezani sa EI, koji mogu dovesti do greške prilikom izdavanja lekova u apotekama na primarnom nivou ZZ. Dobar primer je rad pod pritiskom zbog kompleksnosti posla u apoteci, koji zajedno sa ostalim faktorima distrakcije, odvlače fokus i indukuju stres kod farmaceuta.

“Nekada greška nije u izdavanju leka. Nekada, greška je u pogrešnom stavu prema pacijentu, pogrešnom stavu prema kolegi, ili u pogrešnoj komunikaciji... Možda neće biti prilike da je ispraviš. Osim toga, koliko možemo da kontrolišemo sebe, upravljamo našim emocijama i ponašanjem da bismo bili fer prema drugima?” (S2)

Učesnici u grupama su sugerisali da odgovor na pitanje možda leži u daljem razvoju emocionalne svesti o sebi, koji bi pomogao u izgradnji rezilijentnosti, boljem upravljanju sopstvenim emocijama, povećanju tolerancije, pokazivanju razumevanja i empatije, što bi dovelo do smirivanja tenzija i kod farmaceuta, i kod pacijenata i kod lekara. Procesi donošenja odluka bi se unapredili i kreirali manje pritiska unapređenjem emocionalnog rezonovanja. Prakse “forsiranog fokusa”, fokusa sa namerom, bi mogle doprineti smanjenju učestalosti grešaka, a time i poboljšanju svih ishoda.

“Misli farmaceuta tokom dana treba da budu pozitivne, sa jasnom namerom: ‘Danas ću pokušati da dam 200% sebe, da sebe posvetim pacijentu i da svoj posao obavim maksimalno kvalitetno’.” (S5)

U slučaju greške pri pružanju ZZ, učesnici su smatrali da se one mogu rešiti uspešno ako postoji podrška unutar organizacije u kojoj rade i ako je uspostavljeno poverenje između kolega, kao i poverenje sa pacijentima kroz praktičnu demonstraciju emocionalne ekspresije i emocionalne svesti o drugima.

4.5.3.4. EI i prevencija neadekvatnog ponašanja prema farmaceutima (farmaceuti kao “sekundarne žrtve” pri pružanju ZZ)

Učesnici su istakli da ponašanja pacijenata često zavise od ponašanja samih farmaceuta u apoteci. Rad na razvoju sopstvenih veština, uključujući EI, da bi se vodila efektivna komunikacija fokusirana na pacijenta, može doprineti izgradnji poverenja i tako sprečiti neadekvatna ponašanja prema farmaceutima. Kreiranje pozitivnog radnog okruženja, kroz izgradnju EI tima, može doprineti osećaju zadovoljstva na obe strane i smanjenju tenzije i kod najagresivnijih pacijenata (npr. pacijenata sa problemima zavisnosti od opojnih droga). Osim toga, takvo radno okruženje stimuliše timski rad, rad na sebi i na promenama u ponašanju u kome se pokazuje više empatije, više strpljenja i upornosti kako u radu sa pacijentima, tako i u radu sa kolegama.

“Ja mislim da je zadovoljstvo veoma važno. Zadovoljstvo radnim okruženjem, zadovoljstvo poslom, zadovoljstvo sobom... sa takvim stavom, osećaš se dobro, srećno, zadovoljno. Onda, to prenosiš i na druge, i na pacijente i na kolege.” (S8)

Učesnici su istakli da je posebno važno razvijati kompetencije emocionalne svesti o sebi, svesti o drugima, upravljanja emocijama, kao i emocionalne ekspresije, zajedno sa emocionalnom samokontrolom, koja je češće isticana u drugoj FG (Tabela 21).

Tabela 21. Teme i podteme po kategorijama

Kategorija (K)	Problem/Izazov (Tema)	Emocionalno inteligentna strategija za rešavanje izazova (Podtema)
2) Značaj EI za (kliničku) farmaceutsku praksu	Upravljanje stresnim situacijama (ovisnici o drogama, agresivni, nezadovoljni pacijenti)	Emocionalna svest o sebi (ESA)
	Komunikacija u izazovnim situacijama (tabui/osetljive teme, npr. urgentna postkoitalna kontracepcija)	Emocionalna svest o drugima (EAO) – razumevanje potreba
	Ostati fokusiran na pacijenta sa pristupom fokusa na pojedinca / individuu	Pokazivanje empatije
	Razumevanje potreba pacijenata/vulnerabilnih grupa Interprofесиjski odnosi	Samokontrola i upravljanje sopstvenim emocijama (ne biti isprovociran i ostati pribran i smiren) EAO, emocionalna ekspresija (EE)
3) EI i izbegavanje profesionalne greške	Rad pod pritiskom i upravljanje stresom	Izgradnja rezilijentnosti kroz ESA i emocionalno upravljanje sobom (ESM)
	Izgradnja i odražavanje fokusa	ESA i prakse bazirane na <i>nameri</i> da se bude fokusiran
	Efektivna komunikacija (loša komunikacija kao greška)	Pokazivanje tolerancije, razumevanja i empatije
	Izgradnja poverenja	EAO, emocionalno upravljanje drugima (EMO) i EE
	Traženje rešenja/brzo donošenje odluka	ESA i emocionalno rezonovanje (ER)
4) EI i prevencija neadekvatnog ponašanja prema farmaceutima ('sekundarne žrtve')	Izgradnja poverenja	Efektivna, kompetentna, orijentisana ka pacijentu, asertivna komunikacija izgrađena na ESA, EAO, EMO i EE Efektivno graditi sposobnost adaptacije na različite ljude
	Kreiranje pozitivnog radnog okruženja	ESA, EAO, EE, demonstriranje empatije, podsticanje timskog i ličnog razvoja, biti uporan/istrajan

	Ostati pribran/smiren	ESA, EAO, EMO, pokazivanje strpljenja na poslu sa ljudima/emocionalna samokontrola (ESC)
	Rad pod pritiskom i upravljanje stresom	Izgradnja rezilijentnosti kroz ESA, ESC i ESM
5) EI i dobra komunikacija unutar timova kliničkih farmaceuta	Uspešan menadžment i liderstvo	Jasna, precizna, pozitivna i otvorena komunikacija, koja stimuliše prihvatanje promena Izgradnja kulture davanja i primanja kritičkih povratnih informacija ESA, EAO, EE, ER, ESC, ESM, EMO
	Kreiranje pozitivnog radnog okruženja	EAO, pokazivanje razumevanja i empatije
	Izgradnja timskog rada i interpersonalnih odnosa	Ukazivanje poštovanja, EAO, EE, ESC, ESM, ESA i EMO
6) EI i prevencija i rešavanje konflikata	Prepoznavanje trenutka i razumevanje potreba	EAO Poštovanje raznolikosti Nega orijentisana ka individui / osobi
	Žalbe pacijenata	ESC, EAO, EMO
	Neadekvatna reakcija zaposlenog	Podrška lidera, izgradnja timskog duha EAO, demonstriranje razumevanja i empatije
	Prevencija konflikata	EAO, ESA, izgradnja rezilijentnosti, ESC
	Izgradnja liderskih kapaciteta	Razvoj ESA, EAO, EE, ER, ESC, ESM, EMO
7) EI i interprofesijska saradnja	Uzajamno poštovanje	Dobra, otvorena komunikacija “Staviti se u cipele druge strane” Fleksibilnost /otvorenost ESA, EAO

	Sujeta	EAO – biti svestan kako se “druga strana” oseća Interprofesijsko razumevanje i znanje – što veće znanje, manje je sujete ESA
	Proaktivnost farmaceuta u ciklusu komunikacije: pacijent-lekar-farmaceut	ESA, EAO
	Izgradnja poverenja	ESA, EAO, EE
	Izgradnja i održavanje fokusa	ESA i prakse bazirane na <i>nameri</i> da se bude fokusiran
8) EI i lojalnost korisnika farmaceutskih usluga	Izgradnja poverenja	Razumevanje potreba Pokazivanje empatije EAO – pokazivanje da ti je stalo
	Visok nivo zdravstvene zaštite orijentisane na pacijenta	EAO EMO – biti prijatan, ljubazan, učitiv, sa pozitivnim stavom, činiti da se ljudi osećaju dobro ESC
	Izgradnja i održavanje fokusa	ESA i prakse bazirane na <i>nameri</i> da se bude fokusiran ER, EE

Legenda: EI – emocionalna inteligencija, ESA – emocionalna svest o sebi, EE – emocionalna ekspresija, EAO – emocionalna svest o drugima, ER – emocionalno rezonovanje, ESM – emocionalno upravljanje sobom, EMO – emocionalno upravljanje drugima, ESC – emocionalna samokontrola.

4.5.3.5. EI i komunikacija unutar timova kliničkih farmaceuta

Razvijajući dalje temu važnosti pozitivnog radnog okruženja, učesnici u FG su istakli značaj emocionalno inteligentnog liderstva, koje stimuliše, otvorenu, transparentnu i pozitivnu komunikaciju i podržava razvoj kulture davanja i primanja kritičkih povratnih informacija (engl. *feedback*) i lakšeg usvajanja promena.

“Naša komunikacija treba da bude komunikacija otvorenog tipa, da dobijemo povratne informacije od kolega... oni treba da osećaju punu slobodu da se obrate svojim liderima za bilo šta... treba da osećaju podršku i poštovanje... Mi ne možemo da promenimo ljude, ali možemo da im pomognemo da im bude bolje ovde, sa nama, u našoj organizaciji.” (S1)

Da bi se pokazivalo više razumevanja, empatije i poštovanja, učesnici su smatrali da su sve kompetencije EI podjednako važne da budu razvijene.

4.5.3.6. EI i prevencija i rešavanje konflikata

Kao faktor od ključnog značaja za prevenciju konflikata u timovima kliničkih farmaceuta, učesnici su prepoznali efektivno, emocionalno inteligentno liderstvo. Ako do spora sa pacijentima, ili interprofесиjski i dođe *“lider treba da bude uz svoj tim i da pruži podršku... u tome je njegova uloga...”* (S10).

Učesnici su istakli da je jednako važna i izgradnja emocionalno inteligentnog radnog okruženja.

“Kolega/-inica je počeo/-la da se raspravlja sa mnom na timskom sastanku... mogla sam da reagujem na različite načine, ali sam odabrala jasnu, konkretnu komunikaciju, sprečila konflikt, i prevashodno razmišljala o ostatku tima.” (S4)

Učesnici su prepoznali da je za sprečavanje konflikata posebno važno da se prepozna trenutak i razumeju potrebe, pa bi posebno bilo značajno razvijati kompetencije emocionalne svesti o drugima i poštovanje raznolikosti, kao EI strategije kojima bi se navedeno i unapredilo.

4.5.3.7. EI i interprofесиjska saradnja / saradnja među profesijama

Kao poseban izazov u okviru multidisciplinarnih timova, učesnici su istakli nešto niži nivo uzajamnog poštovanja, a neki su istakli da se *“te situacije sa lekarima često dešavaju zbog sujete”* (S1), kao i zbog nedostatka proaktivnosti u komunikaciji od strane kliničkog farmaceuta. Istakli su da bi korisne strategije kojima bi se ovakvi izazovi rešavali svakako bile izgradnja emocionalne svesti o sebi i o drugima, otvorenost, fleksibilnost u komunikaciji, *“interprofесиjsko znanje”* i razmena iskustava.

“Rešili smo problem koji je bio vezan za propisivanje, izdavanje, nadoknadu od strane Fonda... To je bio plod saradnje između farmaceuta, lekara i porodice pacijenta... Osim toga, kada ostvarimo ‘taj krug’, sve biva lakše za svakoga, za svakog od učesnika u njemu... ako imamo otvorenu komunikaciju sa lekarom, takvu da možemo lako da do njega dođemo, sve postaje mnogo lakše i za pacijente i za nas...” (S2).

4.5.3.8. EI i lojalnost korisnika farmaceutskih usluga

Učesnici su smatrali da lojalnost ima pozitivnu povezanost sa kvalitetom FZZ fokusirane na pacijenta. Kvalitet FZZ su definisali kao *“profesionalizam, fokus na pacijenta i njegovo zdravlje, ..., razumevanje potreba pojedinca, ... i izgradnju poverenja”* (S1). Kao dobre EI strategije, koje bi stimulisale promene u ponašanju farmaceuta i dodatno povećale lojalnost korisnika usluga, istakli su: emocionalnu svest o drugima, pokazivanje da vam je stalo, pokazivanje empatije, upravljanje

emocijama drugih kroz pozitivan stav, ljubaznost, i činjenje da se ljudi osećaju dobro u vašem okruženju.

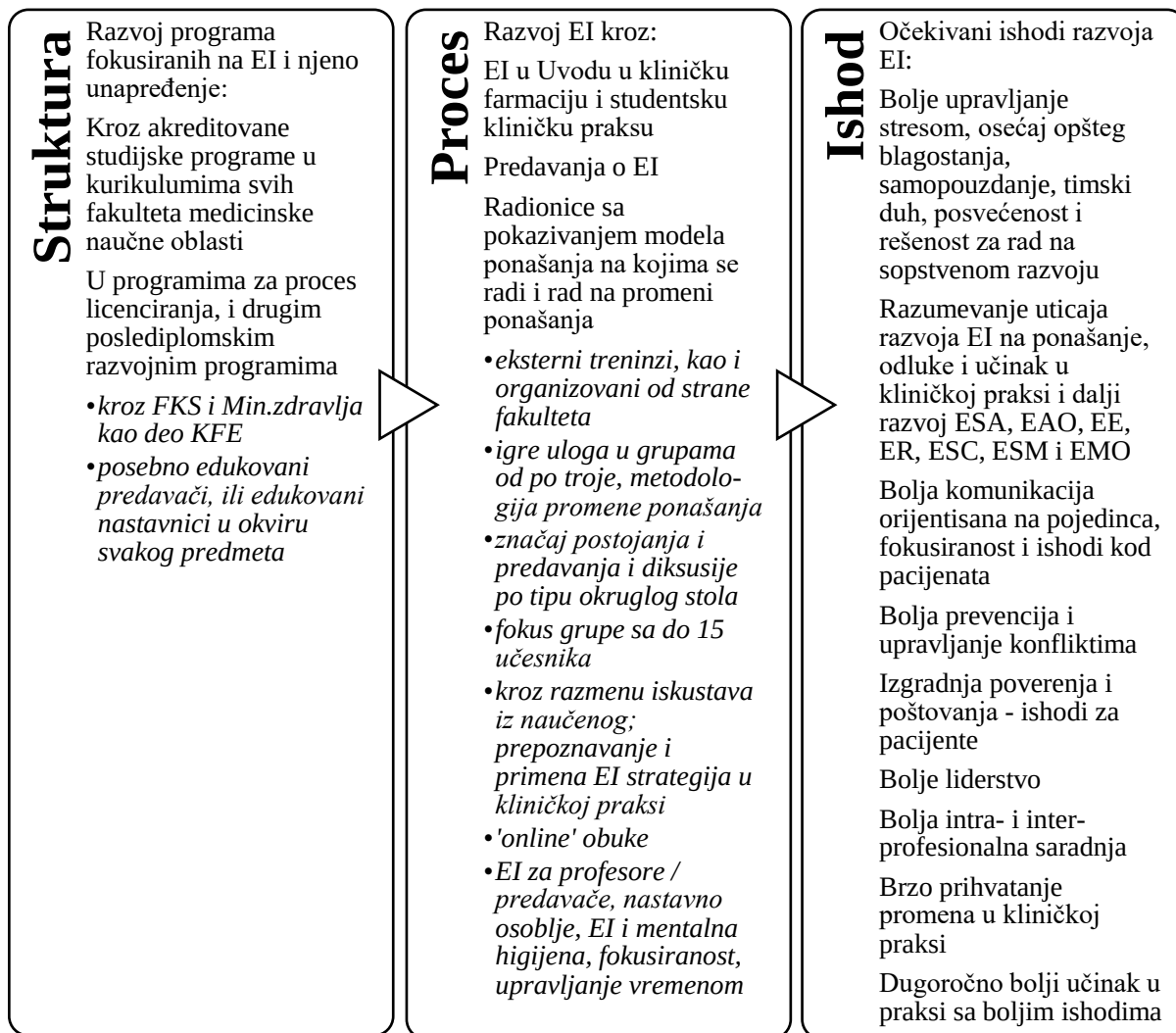
4.5.3.9. Razvojni programi EI

Da bi se dobila što bolja struktura tema i podtema o razvoju EI u kliničkoj farmaceutskoj praksi u ovom, trećem koraku induktivne tematske analize, primenjen je *Donabedianov* koncept ‘*struktura-proces-ishod*’ (Slika 11) (42).

Učesnici u FG su pokazali odlično razumevanje koncepta EI. Jasno su pokazali sposobnost da prepoznaju probleme i izazove kod kojih su kompetencije EI od suštinskog značaja za pozitivnu promenu ponašanja (npr. *“prihvatanje promena u kliničkoj praksi”* – S9). Takođe su istakli lični osećaj da po završetku osnovnih studija nisu bili pripremljeni za kliničku farmaceutsku praksu. Naglasili su značaj primene sadržaja EI u kurikulumima u svim fazama razvoja kliničkog farmaceuta, uključujući kako osnovne, tako i različite nivoe posle diplomskih akademskih i drugih programa razvoja (specijalističkih akademskih studija, doktorskih studija, programa kontinuirane farmaceutske edukacije).

“Edukacija o EI treba da bude uključena od samog početka studija, jer smatram da što ranije razvijemo veštine, lakše ćemo se ‘nositi’ sa svim kasnije, ..., i privatno i na poslu. ...sve mi je izgledalo ‘sjajno i bajno’ na fakultetu – a onda, suočiš se sa konfliktnim pacijentom i treba jednostavno da se snađeš... Ne znaš šta te je snašlo, kako da reaguješ, a od tebe se očekuje da budeš profesionalan. ...kakav god posao da obavljamo, mi radimo sa ljudima, najčešće, i sve opet zavisi od tvoje EI.” (S1)

Kao najbolji pristup u programima razvoja EI, grupe su sugerisale interaktivne trening sesije o konceptu EI, uvek kombinovane sa radionicama u kojima se pokazuju modeli željenih ponašanja (*“gledanje videa sa primerima najbolje prakse željenih EI ponašanja”* – S3) i u kojima se radi na promeni ponašanja (*“igre uloga u grupama od po troje, gde se uloge rotiraju”* – S4, S9). Naučeno bi se, na takav način, lako primenilo u kliničkoj praksi, a *“zatim bi trebalo organizovati follow-up sesije sa refleksijom i razmenom iskustava o implementaciji i ostvarenim rezultatima”* (S1, S3, S17). Stoga su mnogi učesnici istakli metodologiju u ovom istraživanju, kao pogodnu za primenu u njihovom profesionalnom razvoju. Mnogi učesnici su istakli da bi onlajn programi bili dobra opcija, zbog fleksibilnosti u mogućnosti pristupa. Takođe su istakli i važnost edukacije edukatora, naročito nastavnog osoblja na fakultetu, sa posebnim akcentom na promenu u metodološkom pristupu nastavi, vežbama i kliničkoj praksi.



Slika 11. Detaljnije razrađene teme i podteme vezane za razvoj EI u kliničkoj farmaceutskoj praksi

Legenda: FKS – Farmaceutska komora Srbije, KFE – kontinuirana farmaceutska edukacija, EI – emocionalna inteligencija, ESA – emocionalna svest o sebi, EE – emocionalna ekspresija, EAO – emocionalna svest o drugima, ER – emocionalno rezonovanje, ESM – emocionalno upravljanje sobom, EMO – emocionalno upravljanje drugima, ESC – emocionalna samokontrola.

Učesnici su naglasili da bi programi razvoja EI doprineli poboljšanju svih kompetencija EI, kao i boljem upravljanju stresom, izgradnji samopouzdanja i opšteg osećanja zadovoljstva. Navedene kompetencije stimulišu timski duh, posvećenost i rešenost kliničkih farmaceuta za rad na sopstvenom razvoju. Takođe mogu poboljšati inter- i intraprofesionalnu saradnju, liderstvo, fokusiranost, komunikaciju fokusiranu na pojedinca, a time, i najvažnije, ishode kod pacijenata.

5. Diskusija

Formiranje profesionalnog identiteta zdravstvenih profesionalaca je proces koji se mora ostvariti kroz kontinuum student – stažer – specijalizant – zdravstveni profesionalac (lekar, farmaceut, stomatolog) (103). Cilj ovog procesa je da se izgradnja profesionalnog identiteta vrši kroz stalno učenje i rad na sebi, kako bi zdravstveni profesionalac postigao asertivnost u nastupu i komunikaciji, fleksibilnost tokom pružanja usluga, bio pun znanja, i u čiju praksu i usluge pacijent može imati puno poverenje (104). Kompetencije EI su duboko isprepletane sa procesom formiranja profesionalnog identiteta farmaceuta (104). Ovaj proces može biti unapređen kroz različite vrste intervencija u profesionalnom razvoju farmaceuta, koje bi stimulisale samospoznaju, ekspresiju, efektivnu izgradnju odnosa, donošenje odluka, brigu o sebi, efektivnu komunikaciju i upravljanje stresom (104,105).

Rezultati istraživanja, koja su sastavni deo ove doktorske disertacije, u saglasnosti su sa navedenim razvojem profesionalnog identiteta farmaceuta. Rezultati su takođe u saglasnosti sa sugestijama autora, *Larose-Pierre* i sar. i *Butler* i sar., koji navode da je za razumevanje značaja EI u farmaceutskoj praksi neophodno da programi razvoja EI budu integrisani u kurikulumima studija farmacije na regularnoj osnovi, a ne samo kroz pojedinačne radionice na izbornim predmetima (37,104).

Prema našim saznanjima, ovako sveobuhvatnih istraživanja EI u farmaceutskoj praksi nema. Ne postoje istraživanja sa farmaceutima u kliničkoj praksi, koji pružaju specifične standardizovane usluge pacijentima, ni sa farmaceutima koji pohađaju različite programe posle diplomskog usavršavanja, niti sa farmaceutima u različitim oblastima farmaceutske prakse sa kojima je rađena intervencija, te praćeni njeni efekti na promenu nivoa EI. Takođe, nema kvalitativnih istraživanja u kojima bi se dobilo bolje razumevanje rezultata kvantitativnih istraživanja i spoznale percepcije farmaceuta u praksi o značaju EI za pružanje usluga najvišeg kvaliteta i negu orijentisanu na pojedinca. Ovakvih istraživanja do sada nije bilo ni globalno, ni u Republici Srbiji.

5.1. Kulturološka adaptacija i validacija multidimenzionalnog upitnika za procenu EI

Sažeta verzija *Genosovog* upitnika za procenu nivoa EI, GEII, je po prvi put prevedena na srpski jezik, kulturološki adaptirana i validirana. Time je omogućeno da se ovaj upitnik primenjuje u praksi farmaceuta, ali i kod drugih zdravstvenih profesionalaca.

S obzirom da je proces kulturološke adaptacije sproveden striktno poštujući relevantne smernice, pojedinačne tvrdnje u upitniku su pažljivo prilagođene lingvističkim i kulturološkim specifičnostima srpskog podneblja. Iz navedenih razloga je i očekivan rezultat testa razumevanja sadržaja (engl. *face validity*), u kome nije bilo velikih i značajnih promena teksta prevoda upitnika, već su dobijene samo sugestije za “fino podešavanje” rečeničnih sklopova, kako bi oni bili potpuno jasni farmaceutima u praksi.

Primenom korelacione analize na upitnik na srpskom jeziku dobijene su vrednosti stepena korelacije visoke statističke značajnosti za pojedinačne stavke u odnosu na njihove subdomene, odnosno subdomena u odnosu na celu GEII skalu. Veličina efekta je bila visoka za 30/31 stavke, a u jednom slučaju je bila na granici između srednje i visoke. Ekspertskom validacijom su potvrđene navedene korelacije kroz analizu validnosti sadržaja, odnosno procenu relevantnosti sadržaja pojedinačnih tvrdnji za svaki od subdomena skale.

Validacijom je utvrđeno da upitnik poseduje zadovoljavajuću internu konzistenost od $\alpha=0,85$. Ovaj nivo pouzdanosti skale potvrđen je i kroz treće istraživanje prikazano u ovoj disertaciji, gde je ta vrednost iznosila $\alpha=0,88$. U originalnoj studiji validacije *Genosa* vrednost interne konzistentnosti iznosila je $\alpha=0,93$ (51). Dobijene vrednosti alfa koeficijenta u našim istraživanjima, sugerišu da

pouzdanost srpske verzije GEII uputnika nije ni na koji način narušena u procesu kulturološke adaptacije u odnosu na originalnu verziju. Osim studije realizovane u okviru ove disertacije, jedina studija kulturološke adaptacije i validacije *Genosovog* upitnika, koja je sprovedena na uzorku populacije zdravstvene struke je studija sprovedena na Šri Lanki, u kojoj je stepen pouzdanosti iznosio $\alpha=0,90$ (106).

5.2. Studija preseka poređenja nivoa EI i PS kod farmaceuta u javnim apotekama koji su prošli edukativni program za pružanje nove standardizovane usluge savetovanja pacijenata sa diabetes mellitusom u odnosu na one koji tu edukaciju nisu prošli

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika u srednjim vrednostima nivoa EI između dve grupe farmaceuta u apotekama primarnog nivoa ZZ, onih koji su prošli edukativni program za pružanje nove standardizovane usluge savetovanja pacijenata sa DM (grupa *slučajeva*) i onih koji su pružali standardnu FZZ (grupa *kontrola*), a navedenu edukaciju nisu prošli. Sa druge strane, korelacija između ukupnih vrednosti skorova EI i PS je bila negativna, što može sugerisati da EI može imati pozitivan efekat na upravljanje stresom i osećaj opšteg zadovoljstva kod farmaceuta u apotekama primarnog nivoa ZZ. Ovo je u skladu sa rezultatima *Ruble* i sar., koji su u populaciji farmaceuta pokazali sličan nivo negativne korelacije između skorova EI i PS ($\rho=-0,453$), uz pozitivnu korelaciju srednje veličine ($\rho=0,427$) između skorova EI i psihološkog afektivnog blagostanja (engl. *Psychological affective well-being*) (25).

Statistički značajne razlike između grupe *slučajeva* i grupe *kontrola* po pitanju demografskih karakteristika nije bilo, osim prema polu, koji odražava sveprisutni odnos farmaceuta muškog i ženskog pola u populaciji licenciranih farmaceuta u Republici Srbiji (83). Starosna struktura, raspona od 25 do 61 godine, nije imala uticaja ni na nivoe EI, niti PS. Srednja veličina efekta, kada su u pitanju nivoi PS bi se možda mogla pripisati povećanju obima posla, ili čak preopterećenošću poslom (34,47).

Srednje vrednosti nivoa EI u našem istraživanju od $\mu=120,95$ ($SD=11,53$) bile su približne onima dobijenim u *Genosovoj* validacionoj grupi ($N=4775$), koju su činili zdravi odrasli ispitanici oba pola, različitih rasa i profesija sa četiri kontinenta, $\mu=121,86$ ($SD=13,84$) (51). Kada je u pitanju PS, srednje vrednosti nivoa PS dobijene u našoj studiji, $\mu=17,45$ ($SD=4,55$) bile su približne srednjim vrednostima nivoa PS u populaciji zdravih odraslih osoba u Srbiji u istraživanju *Jovanović* i sar. ($\mu=16,39$ / $SD=6,47$) (85).

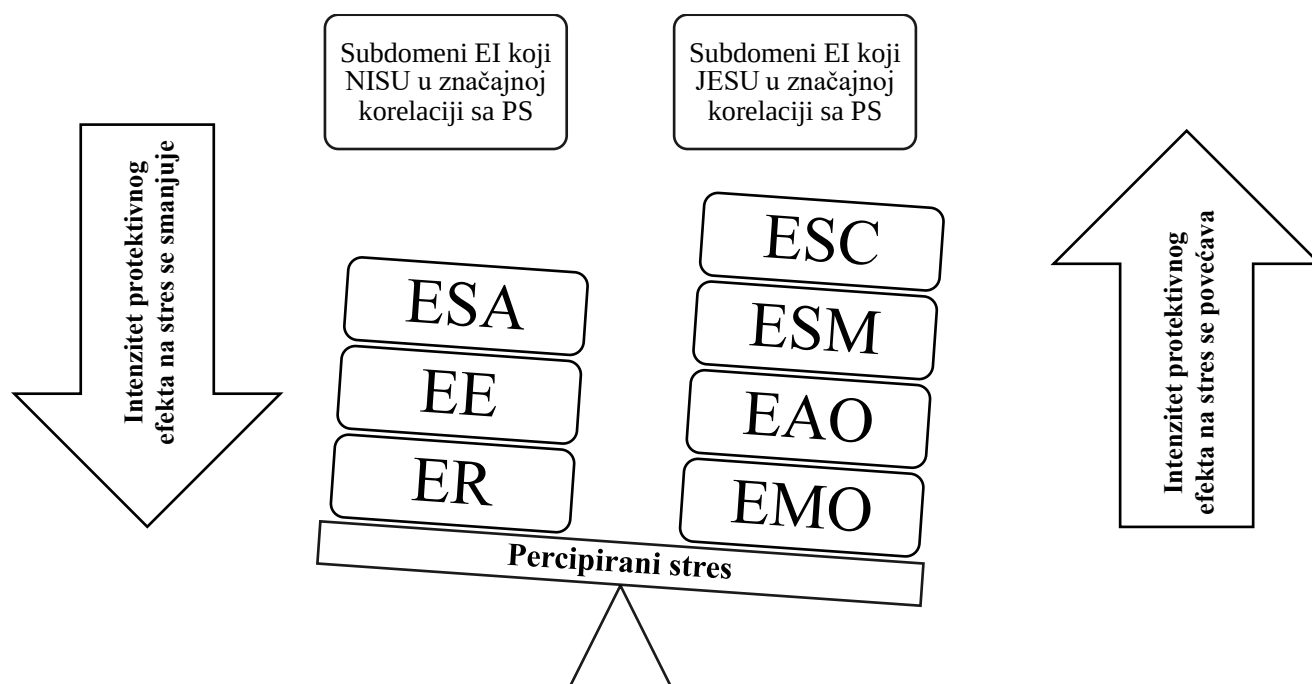
Da bi pokazali potencijalno pozitivan efekat EI na PS kod studenata medicinskih nauka, *Foster* i sar. su koristili iste instrumente, kao u našem istraživanju, i pokazali da postoji negativna korelacija između skorova EI i PS kod studenata farmacije i zdravstvene nege (engl. *nursing*), ali ne i kod studenata stomatologije (34). Naši rezultati su pokazali statistički značajnu negativnu linearanu korelaciju između nivoa EI i PS za ceo uzorak ($r=-0,370$, $p<0,01$). Kada je snaga korelacije u pitanju, ovakav rezultat bi bio tretiran prema *Cohenovim* konvencijama kao srednji (89). Korelacije u grupi slučajeva i grupi kontrola su bile različite. U prvoj, korelacija je bila negativna, ali slabog efekta, a linearanost nije imala statističku značajnost. U drugoj je korelacija bila negativna, snažnog efekta, sa statistički značajnom linearnošću. Tok i obim posla je bio sličan u obe grupe ispitanika, što se može videti iz prosečnog dnevnog broja interakcija sa pacijentima koje su imali.

U validacionoj studiji *Jovanović* i sar. korelacije između pozitivne i negativne podskale PS su bile niske do umerene. Autori ukazuju da dobijeni rezultati mogu da sugerišu da su same podskale dovoljno "različite", a povezane (85). Naš rezultat izraženije negativne korelacije između skorova EI i pozitivne PS podskale, sa pozitivno izraženim tvrdnjama, mogao bi se tumačiti da je u skladu sa

navedenim rezultatima *Jovanović i sar.*, imajući u vidu da EI podrazumeva pozitivno usmeravanje emocija.

Kada su u pitanju korelacije između skorova subdomena, odnosno kompetencija EI i skorova PS, u celoj populaciji u istraživanju, one su bile negativne, osim korelacije skorova subdomena emocionalnog rezonovanja i PS u grupi *slučajeva*. Statistički značajnu korelaciju sa ukupnim skorom PS imali su subdomeni “*Emocionalnog upravljanja drugima - EMO*”), “*Emocionalne svesti o drugima - EAO*”, “*Emocionalnog upravljanja sobom - ESM*” i “*Emocionalne samokontrole - ESC*”.

Na slici 12. prikazana je vizuelizacija korelacija skorova subdomena EI i PS. Nepostojanje statističke značajnosti u korelaciji između nivoa PS i subdomena “*Emocionalne svesti o sebi - ESA*”, “*Emocionalne ekspresije - EE*” i “*Emocionalnog rezonovanja - ER*”, moglo bi se delom pripisati specifičnostima rada farmaceuta u uslovima pandemije COVID-19, ali i obrazovnim, kulturološkim i drugim faktorima, koji od farmaceuta “zahtevaju” da stalno “balansira” između komercijalnih aspekata i potrebe da pruži FZZ fokusiranu na pojedinca na najvišem nivou. Rezultati našeg istraživanja su pokazali da su snažan ili umeren protektivni efekat na stres imali: ESC, koju *Genos* definiše kao “veštinu efektivne kontrole sopstvenih snažnih emocija”, ESM, kao “veštinu upravljanja sopstvenim emocijama”, EAO, kao “veštinu percepcije i razumevanja emocija drugih” i EMO, kao “veštinu pozitivnog uticaja na emocije drugih” (51). U istraživanju *Ruble i sar.* korišćeni su drugi instrumenti za procenu nivoa EI, a najveću negativnu korelaciju sa ukupnim skorom PS imao je subdomen “*Regulacije emocija (EI-ROE)*” (25), koji bi po svojoj definiciji odgovarao ESC i ESM subdomenima *Genosovog* upitnika.



Slika 12. Vizuelizacija korelacija srednjih vrednosti skorova subdomena EI i PS u istraživanju.

Legenda: PS – percipirani stres, EI – emocionalna inteligencija, ESA – emocionalna svest o sebi, EE – emocionalna ekspresija, EAO – emocionalna svest o drugima, ER – emocionalno rezonovanje, ESM – emocionalno upravljanje sobom, EMO – emocionalno upravljanje drugima, ESC – emocionalna samokontrola.

Na osnovu naših saznanja, ovo je prva studija koja je poredila nivoe EI u opštoj populaciji farmaceuta u apotekama primarnog nivoa ZZ sa nivoima EI kod farmaceuta "Savetnika za dijabetes". Rezultati našeg istraživanja primenjivi su na farmaceute u primarnoj FZZ generalno.

Slabosti istraživanja uključuju potencijalne pristrasnosti i neobjektivnosti (engl. *bias*): 1) zbog procesa selekcije ispitanika (metoda uzorkovanja) i 2) vrste studije (studije preseka imaju manji stepen mogućnosti da se generalnije, šire primene dobijeni rezultati). Kada se u istraživanju koriste upitnici kroz koje se radi samoprocena, moguće je prisustvo i tzv. "inflatornog" (precenjena procena) i "manipulativnog" (davanje društveno poželjnih odgovora) *biasa* (69). Imajući u vidu da je sprovedeno svrsishodno uzorkovanje, bilo je "parova" farmaceuta iz istih lanaca apoteka, pa se ne može sa sigurnošću tvrditi da nije postojao efekat "prelivanja rezultata" zbog moguće komunikacije o odgovorima na tvrdnje iz upitnika. Nešto manja mogućnost generalizacije rezultata potiče i od relativno male veličine uzorka ispitanika, kao i od činjenice da se radi o studiji koja je sprovedena samo u jednoj zemlji.

Navedeni mogući uticaji različitih faktora na objektivnost, pouzdanost i primenljivost rezultata istraživanja prisutni su i kod ostalih kvantitativnih istraživanja u okviru ove disertacije, pa će u narednim poglavljima biti diskutovani samo oni faktori koji su sagledani kao dodatni.

Dobijeni rezultati u ovom istraživanju jasno ukazuju da bi trebalo razmotriti sadržinu i pristupe u radu u okviru programa profesionalnog razvoja farmaceuta i edukacije, a zatim i sertifikacije za pružanje novih standardizovanih usluga, kako bi oni značajnije doprineli razvoju EI.

5.3. Studija preseka poređenja nivoa EI i PS kod farmaceuta polaznika programa profesionalnog usavršavanja na Farmaceutskom fakultetu u okviru specijalističkih akademskih studija

Rezultati istraživanja su pokazali da nije bilo statističke značajne razlike u srednjim vrednostima skorova EI i PS između farmaceuta koji su završili program SAS na Farmaceutskom fakultetu (grupa *slučajeva*) i onih koji su ga tek upisali (grupa *kontrola*). Klinička značajnost, izražena kroz veličinu efekta, je bila mala. Najniže prosečne vrednosti u nivoima EI su pronađene kod farmaceuta u kliničkoj praksi, gde bi se očekivalo da budu među najvišim (13). U ovom istraživanju su potvrđeni rezultati iz prethodnog (poglavljje 4.2.), pa je pokazana snažna inverzna korelacija između srednjih vrednosti skorova EI i PS, dakle, što su bili viši nivoi EI, to je bio niži nivo PS.

Studija je pokazala da nema značajne razlike između grupa u istraživanju kada su u pitanju srednje vrednosti nivoa EI i PS učesnika, čime su potvrđena saznanja dobijena u prethodnom istraživanju da programi profesionalnog razvoja farmaceuta treba da budu metodološki zanočljeni i sadržajno dopunjeni programima vezanim za EI i njen značaj za farmaceutsku praksu, odnosno programima koji doprinose razvoju EI farmaceuta.

Mala klinička značajnost razlike u nivoima EI i PS između grupa, može se pripisati uticaju starosne dobi na nivo EI, što je pokazano primenom testa analize varijanse.

Na prosečan nivo EI značajan uticaj je imao faktor "hijerarhijski nivo". Naime, menadžeri su imali više nivoe EI od ostalih zaposlenih, što je pokazano i u ranijim istraživanjima (29,51). Dalja subanaliza prosečnih vrednosti, pokazala je više nivoe EI kod menadžera koji nemaju direktno podređene, u odnosu na one koji su na liderskim pozicijama, odnosno koji rukovode ljudima. Ovo je u suprotnosti sa istraživanjima nekih drugih autora u ovoj oblasti, koji su pokazali da su lideri imali više prosečne nivoe EI od zaposlenih na pozicijama u kojima se ne rukovodi ljudima (48,49). Naši

rezultati bi se mogli pripisati nedostatku leaderskih razvojnih programa u farmaciji, a predstavlja svakako oblast koju treba dodatno istražiti.

Prosečni nivoi PS nisu se razlikovali između grupa slučajeva i kontrola, ali su razlike postojale između grupa ispitanika različitog radnog iskustva. Učesnici u istraživanju sa više godina radnog iskustva imali su niže nivoe PS. Mala, ali statistički značajna negativna korelacija između srednjih vrednosti godina radnog iskustva i nivoa stresa pokazana je i u istraživanju *Ruble* i sar. ($\rho=-0,111$, $p<0,05$) (25).

Najniži prosečni nivoi EI zapaženi su kod farmaceuta koji rade u apotekama primarnog nivoa ZZ, iako nije bilo statistički značajne razlike u poređenju sa prosečnim vrednostima skorova EI farmaceuta zaposlenih u drugim oblastima farmaceutske prakse. Ovi rezultati su u skladu sa rezultatima iz našeg prethodnog istraživanja (poglavlje 4.2.), iako su istraživanja drugih autora jasno pokazala kakav je doprinos EI kvalitetu zdravstvene zaštite (13,41). Ovi rezultati se mogu povezati i sa rezultatima istraživanja edukacije kliničkih farmaceuta i kliničke prakse u Evropi (107,108). Naime, 2022. godine Evropsko udruženje za kliničku farmaciju (engl. *European Society of Clinical Pharmacy – ESCP*) je definisalo da “klinička farmacija ima za cilj da optimizuje upotrebu lekova kroz praksu i istraživanje kako bi se ostvarili ciljevi ZZ fokusirane na ljude i na javno zdravlje”, a da “klinički farmaceut, kao deo multidisciplinarnog tima, treba da preuzme odgovornost za ostvarenje ciljeva fokusiranih na ljude, za pojedinačne pacijente” na bilo kom nivou ZZ (109). Iste godine, *Moura* i sar. (2022. a) su objavili rezultate istraživanja, koji su pokazali da je klinička farmacija uključena u kurikulume redovnih studija Farmacije u 94,9% od 40 evropskih zemalja uključenih u istraživanje, među kojima je bila Srbija (107). Broj sati “kontakata”, odnosno prakse u kliničkoj farmaciji, za Srbiju nije prijavljen (107). U svom narednom istraživanju sa predstavnicima studentskih organizacija na fakultetima farmacije u 16 evropskih zemalja, *Moura* i sar. (2022. b) su pokazali da je percipirana spremnost za kliničku praksu na osnovu edukacije koju dobijaju tokom dodiplomskih studija, bila najniža u Srbiji, a najviša u Velikoj Britaniji (108).

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da su u subgrupi učesnika u istraživanju koji rade u marketingu i prodaji, u farmaceutske industriji, zabeleženi nešto viši prosečni nivoi EI, što se delom može pripisati specifičnostima posla koji obavljaju, a delom specifičnoj edukaciji koju prolaze kroz tzv. “obuke modelovanja i promene ponašanja”, a koje mogu uticati na razvoj EI. Ovo je u skladu istraživanjima *Cherniss* i sar. o uspešnosti različitih edukativnih i razvojnih modela usmerenih na unapređenje EI i *Gignac* i sar. koji su ispitivali efikasnost programa razvoja EI u odnosu na rezultate u prodaji, i na nivoe EI kod ljudi koji su radili u marketingu i prodaji u farmaceutske industriji (62,110). Ovakve spoznaje svakako treba potvrditi kroz kvalitativna istraživanja.

Snažna negativna korelacija između prosečnih vrednosti nivoa EI i PS, i u grupama i u celoj populaciji u istraživanju, potvrdila je rezultate našeg prethodnog istraživanja (poglavlje 4.2.) da viši nivoi EI mogu imati protektivni efekat za stres na poslu. I u ovom istraživanju, kao i u našem prethodnom, “*Emocionalno upravljanje sobom – ESM*” i “*Emocionalna samokontrola – ESC*” su bili subdomeni EI koji su imali najizraženiju negativnu korelaciju sa ukupnim skorom PS, što je ukazivalo da dobijena saznanja treba dodatno istražiti kroz kvalitativno istraživanje. Dobijeni rezultati bi se mogli tumačiti i kroz detaljniju definiciju ESM i ESC subdomena u okviru *Genosovog* modela, s obzirom da ESM “meri koliko uspešno pojedinac upravlja sopstvenim emocijama na poslu, sa naglaskom na uspešno prilagođavanje negativnim emocionalnim stanjima i na angažovanje u aktivnostima za održavanje pozitivnog emocionalnog stanja dok je na poslu”, a ESC “meri koliko adekvatno pojedinac kontroliše svoje snažne emocije na poslu, sa akcentom na sposobnost održavanja maksimalnog fokusa ili koncentracije na trenutni zadatak u prisustvu emocionalnih izazova” (70). Oba subdomena EI su veoma važna za svakodnevnu kliničku praksu farmaceuta zbog prirode

njihovog posla. Oni su slični, s tim što ESM podrazumeva više proaktivna, a ESC više reaktivna ponašanja (70).

Prema našim saznanjima, ovo je prva studija koja je poredila nivoe EI i PS između grupa farmaceuta, specijalista i specijalizanata. Studija sličnog dizajna koja je uključila polaznike Farmaceutske liderske akademije u SAD pokazala je da je navedeni program mogao da ima uticaj na razvoj EI, odnosno na povećanje nivoa EI polaznika (29). Osim toga, istraživanja uticaja pojedinih subdomena EI na PS veoma su limitirana, što potvrđuju naša istraživanja, sistematski pregled literature i istraživanje broj 2, predstavljeno u ovoj doktorskoj disertaciji (poglavlja 1.2.1. i 4.2.).

Pored već navedenih limitacija kvantitativnih istraživanja, sa dizajnom studije preseka (poglavlje 5.2.), manja mogućnost generalizacije, odnosno izvesna ograničenja u širokoj primeni rezultata ovog istraživanja potiče i od činjenice da su sprovedena samo na jednom fakultetu (Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu), iako su učesnici u istraživanju bili geografski široko raspoređeni po čitavoj teritoriji zemlje, a 13,7% učesnika je bilo iz inostranstva. U analizama po subgrupama, broj ispitanika je bio relativno mali, pa su prevashodno posmatrani parametri kliničke značajnosti, odnosno veličine efekta.

Rezultati ovog, trećeg istraživanja u okviru doktorske disertacije sugerišu da bi trebalo razmotriti reviziju sadržaja SAS, kao i metodološke pristupe u nastavi, vežbama, radionicama na ovom nivou posle diplomskog usavršavanja, kako bi oni više doprineli razvoju EI kod farmaceuta i njihovom profesionalnom razvoju. Negativne korelacije između prosečnih nivoa EI i PS mogu ukazivati i na to da razvoj EI može pomoći polaznicima uključenih u programe SAS na Farmaceutskom fakultetu da prepoznaju izazove sa kojima se suočavaju na poslu i u svakodnevnom životu, uključujući i stres, te da razviju odgovarajuće, efektivne, emocionalno inteligentne strategije da se sa tim izazovima uspešno nose i izbore.

5.4. Studija poređenja nivoa EI pre i posle intervencije kod farmaceuta upisanih na programe specijalističkih akademskih studija

Poređenjem srednjih vrednosti nivoa EI pre i posle intervencije kod farmaceuta upisanih na programe specijalističkih studija nije pokazana statistički značajna razlika. Statistički značajna promena, sa srednjom kliničkom značajnošću, pokazana je za subdomen / kompetenciju emocionalne samokontrole – ESC, što na uzorku ove veličine može ukazivati na to da je intervencijom postignut željeni efekat.

Ovo je prva studija koja je poredila nivoe EI pre i posle intervencije u grupi polaznika specijalističkih studija. Dakle, istraživanja, u kojima je intervencija koja je bazirana na *Mindfulness* programu, programu fokusirane pažnje, sa farmaceutima u praksi do sada nisu rađene (63). Naime, *Jimenez-Picon* i sar. su u svom sistematskom pregledu literature, publikovanom 2021. godine, pokazali da je u periodu od 2010-2020. objavljeno samo 10 studija sa populacijom zdravstvenih profesionalaca ili studenata, koje su proučavale mogući uticaj *Mindfulness* intervencije na nivoe EI učesnika u istraživanjima, od koji nijedno nije uključilo farmaceute (63). Naša studija je dodatno ukazala na koji od subdomena, odnosno kompetencija EI, ovakva vrsta intervencije može posebno pozitivno uticati. Prvi put smo dobili potvrdu da intervencije ovog tipa i programi koji podstiču rad na sebi, programi “fokusirane pažnje”, uz ostale razvojne programe, mogu doprineti razvoju EI farmaceuta u praksi.

Demonstriranom statističkom i kliničkom značajnošću u nivoima jednog od subdomena EI pre i posle intervencije, po prvi put smo dobili potvrdu da intervencije i programi koji podstiču rad na sebi, programi “fokusrane pažnje”, uz ostale razvojne programe, mogu doprineti razvoju EI farmaceuta u praksi. Statistički značajna razlika u nivoima pre i posle intervencije dobijena je za subdomen emocionalne samokontrole, koji se pokazalo da ima značajnu negativnu korelaciju sa nivoom percipiranog stresa, u našim ranijim istraživanjima (prikazana u poglavljima 4.2. i 4.3. ove disertacije).

Značajna veličina efekta (engl. *medium-large*) u razlici nivoa EI pre i posle intervencije je dobijena za demografski faktor “pol”, najverovatnije zbog malog broja muških učesnika u istraživanju, s obzirom da među polovima nije pokazana značajna razlika u nivoima EI (70). Uticaj pola na nivoe različitih subdomena EI je pokazana u istraživanjima nekih autora (111,112), ali u ovom istraživanju nije analizirana zbog malog broja učesnika muškog pola.

Istraživanje je pokazalo i značajnu veličinu efekta (engl. *medium-large*) u razlici nivoa EI pre i posle intervencije za demografski faktor “oblast farmaceutske prakse”, gde je posebno ohrabrujuće povećanje nivoa EI kod kliničkih farmaceuta. Istraživanja ovog tipa, sa *Mindfulness* intervencijom dužeg trajanja, kod drugih zdravstvenih radnika koji rade sa pacijentima, pokazala su da pozitivni efekti postoje, naročito efekti na pojedine, specifične kompetencije EI (113–115). Rezultati koji su dobijeni kod drugih zdravstvenih profesionalaca, gde su intervencije duže trajale, dakle posvećenost primeni tehnika fokusirane pažnje je bila veća (113–115), možda se mogu povezati sa našim rezultatima, u kojima su oni koji su bili fokusirani na interaktivnu sesiju/intervenciju sa maksimumom pažnje (subgrupa koja je odgladala video zapise) imali i najveću pozitivnu razliku nivoa EI pre i posle intervencije. Naime, *Lamothe* i sar. su u svom istraživanju sa grupom od 37 zdravstvenih profesionalaca i studenata, učesnicima pružili *Mindfulness* intervenciju koja je trajala osam nedelja (svake nedelje po dva sata) (113). U istraživanju *Kelm* i sar. u intervenciji koja je trajala po 14 minuta dnevno, ukupno četiri nedelje, učestvovalo je 24 zdravstvena profesionalca koji su radili u intenzivnoj nezi (114). Navedena istraživanja imala su pozitivne efekte na promenu nivoa EI, ili na pojedine kompetencije EI (“emocionalni balans”, “prihvatanje i prepoznavanje sopstvenih emocija” i na “kontrolu ekspresije emocija”) (113,114). Naše istraživanje je pokazalo značajno povećanje srednjih vrednosti skorova za “*Emocionalnu samokontrolu - ESC*”. Osim toga, istraživanje *Orellana* i sar. sa zdravstvenim profesionalcima u palijativnoj nezi pacijenata, uključivalo je *Mindfulness* intervenciju u trajanju od po dva sata nedeljno, 10 nedelja, i pokazalo da je značajno povećan nivo emocionalne svesti i rezilijentnosti (115), što se takođe može povezati sa našim rezultatima, gde su nivoi skorova za ESC subdomen značajno povećani nakon intervencije. Prema definiciji, koju je dao *Gignac*, “ESC uključuje sposobnost održavanja fokusa i koncentracije na trenutni radni zadatak i pored različitih emocionalnih izazova”, što se svakako može povezati sa rezilijentnošću (70).

Kada su korelacije između srednjih vrednosti skorova subdomena EI i PS u pitanju, u našem istraživanju, najveća pozitivna promena nakon intervencije je nastala u korelaciji između kompetencije “*Emocionalne svesti o sebi – ESA*” i nivoa PS, što se može objasniti i efektima koje *Mindfulness* tehnike imaju na ovaj subdomen EI (63,67), a u saglasnosti je i sa rezultatima *Lamothe* i sar. koji su pokazali značajno povećanje svesti o sopstvenim emocijama kod zdravstvenih profesionalaca i studenata nakon *Mindfulness* intervencije (113). Pozitivne promene je bilo i u korelaciji srednjih vrednosti skorova subdomena “*Emocionalnog upravljanja sobom – ESM*” i PS, što se može delom objasniti povezanošću između ova dva subdomena EI (ESA i ESM), koju je u svojoj faktorskoj analizi pokazao *Gignac* (51,71).

Ovo istraživanje ima nekoliko limitacija. Pored limitacija kvantitativnog dela ovog istraživanja, koje su već navedene, treba sagledati i moguća ograničenja koja proističu iz načina izvođenja intervencije. Naime, intervencija je sprovedena kroz *Mindfulness* programe u trajanju od po 90 minuta onlajn, u

razmaku od 7 dana; iako su dobili podsetnik da primenjuju naučene tehnike, nije bilo moguće imati uvid u njihovu stvarnu implementaciju, pa se ne može sa sigurnošću tvrditi da je dobijeni rezultat u promeni nivoa EI povezan sa intervencijom.

Rezultati ovog istraživanja sugerišu da bi trebalo razmotriti dopunu sadržaja SAS, ali i drugih studijskih programa i programa profesionalnog razvoja farmaceuta, programima koji bi omogućili učenje, a zatim i stimulisali primenu tehnika “fokusirane pažnje”, jer mogu doprineti razvoju EI, generalno, kao i razvoju posebnih kompetencija EI, kao što je emocionalna samokontrola, čime se može doprineti povećanju fokusa u radu, smanjenju stresa, i posledično povećanju osećanja opšteg zadovoljstva.

5.5. Kvalitativno istraživanje percepcija farmaceuta upisanih na programe specijalističkih akademskih studija metodom fokus grupa o značaju EI za farmaceutsku praksu i predlozima za unapređenje

Rezultati našeg kvalitativnog istraživanja su pokazali da postoji visok nivo svesti među farmaceutima upisanih na programe SAS o značaju EI za kliničku praksu farmaceuta. Pokazan je i visok nivo svesti o relevantnosti kompetencija EI za kvalitet FZZ, kao i za lični i profesionalni razvoj. Učesnici u istraživanju su jasno sugerisali da bi programe i didaktičke metode vezane za razvoj EI trebalo uključiti u edukativne procese od “ulaska” na osnovne studije farmacije, pa kroz čitav kontinuum profesionalnog razvoja farmaceuta. Njihove sugestije o specifičnostima programa i pristupima u njihovoj realizaciji su u skladu sa rezultatima integrativnog pregleda literature objavljenog sredinom 2023. godine (104).

Ovo je prva kvalitativna studija sa farmaceutima, polaznicima poslediplomskih, odnosno specijalističkih akademskih studija, koja je imala za cilj da spozna značaj EI za farmaceutsku kliničku praksu i da dođe do predloga na koji način je unaprediti. Studija pruža nova saznanja o uticaju koji pristupi u predavanju, učenju, “studiranju” mogu imati na razvoj EI kod farmaceuta u radu sa pacijentima pri pružanju usluga FZZ. Osim toga, ova studija može detaljnije pojasniti rezultate naših prethodnih istraživanja, koja su opisana u ovoj doktorksoj disertaciji.

Struktura grupa u istraživanju predstavlja dobru distribuciju učesnika prema različitim profilima farmaceutske delatnosti, a raspodela učesnika prema polu među kliničkim farmaceutima, odslikava opšte stanje značajno manje zastupljenosti pripadnika muškog pola u toj populaciji u Republici Srbiji (83). Godine starosti i radnog iskustva nisu imale uticaja na sposobnost učesnika da prepoznaju, razumeju i upravljaju emocijama u različitim situacijama u kliničkoj praksi, ili da definišu i povežu te situacije sa adekvatnim strategijama za njihovo rešavanje. Ovo je u skladu sa našim kvantitativnim istraživanjima, u kojima nismo pokazali uticaj starosne dobi na nivo EI (istraživanja opisana u poglavljima 4.2-4.4. ove disertacije), a u skladu je i sa istraživanjem EI u drugim profesijama (70). Ovakvi rezultati se, međutim, ne poklapaju sa rezultatima istraživanja nekoliko drugih autora (116,117).

Definisane karakteristike emocionalno inteligentnog kliničkog farmaceuta mogle bi se uklopiti u kognitivno-emocionalno-relacioni i bihevioralni koncept (engl. *Cognitive, Emotional, Relational, and Behavioural* - CERB), koji objašnjava značaj EI za svaki od CERB nivoa, a u skladu su i sa rezultatima studija koje su istraživale lične osobine uspešnog farmaceuta i pokazale da EI svakako pripada tim osobinama, odnosno veštinama (13,36).

Učesnici fokus grupa su identifikovali više problema i izazova u kliničkoj praksi, uključujući rad pod pritiskom i upravljanje stresom, odnosno efektivno upravljanje stresnim situacijama. Da bi se primenile adekvatne strategije kojima bi se odgovorilo na prepoznate izazove, jasno su istakli važnost kompetencija EI, kao što su emocionalna svest o sebi, svest o drugima, emocionalna samokontrola, upravljanje sobom i emocionalno upravljanje drugima. Istaknuti značaj pojedinih kompetencija EI bi mogao biti i objašnjenje za protektivni efekat poslednje četiri navedene kompetencije EI prema percipiranom stresu, koji je pokazan u našim prethodnim istraživanjima sa farmaceutima u različitim sferama farmaceutske prakse (poglavljja 4.2-4.4. ove disertacije). U tim studijama nešto manji protektivni efekat na stres je imao subdomen “*Emocionalne svesti o sebi – ESA*”, s tim što je drugačiji rezultat dobijen u intervencijskom istraživanju nakon izvršene intervencije (poglavljje 4.4.), a učesnici u ovom istraživanju, u okviru fokus grupa, su istakli njegov značaj. Posebno isticanje važnosti ESA, od strane učesnika fokus grupa, može biti objašnjeno i nedostatkom edukacije o EI i njenoj primeni, primeni poželjnih kompetencija u okvirima GbCF, kao i nedostatkom savremenih standarda u edukaciji farmaceuta u Republici Srbiji, za razliku od ranije navedenih ACPE standarda u Sjedinjenim Američkim Državama, gde *svest o sebi* spada među ključne kompetencije farmaceuta (2,65).

Studija ima nekoliko ograničavajućih faktora. S obzirom da je primenjeno svrsishodno uzorkovanje, *bias* u odabiru učesnika se ne može isključiti. Osim toga, kao i kod drugih kvalitativnih istraživanja, moguće je da su bili prisutni *biasi* vezani za davanje društveno prihvatljivih odgovora, nemogućnost punog prisećanja događaja, ili suzdržanost u davanju odgovora, ili komentara. S obzirom da se radi o studiji sprovedenoj u Republici Srbiji, rezultati se teže mogu primeniti u sredinama sa drugačijim sistemom zdravstvene zaštite ili drugačijim radnim okruženjima.

Rezultati ovog istraživanja jasno sugerišu da je uključivanje sadržaja na temu EI i njenog razvoja neophodno u svim relevantnim programima kontinuiranog profesionalnog razvoja farmaceuta. Osim toga, rezultati istraživanja mogu biti dobra “podloga” univerzitetu, regulatornim telima, profesionalnim farmaceutskim organizacijama da uključe programe razvoja EI u programe obrazovanja i profesionalnog razvoja farmaceuta. “Učiti i razvijati profesionalizam” nije više dovoljno da bi se ispunili stalno rastući zahtevi koje profesija savremenog farmaceuta postavlja pred nas.

5.6. Sugestije za dalja istraživanja

Iako su istraživanja u okviru ove disertacije veoma opsežna, a rezultati pružaju dobru naučno ispitano i verifikovanu osnovu za uključivanje programa razvoja EI u sve edukativne i programe profesionalnog razvoja farmaceuta, trebalo bi razmotriti i sprovođenje daljih istraživanja:

- 1) Studije mešovitenih metoda sa proverom nivoa EI pre i posle završetka programa razvoja (npr. pre i posle različitih studijskih programa na fakultetu, pre i posle sertifikacionih programa u okviru FKS, itd.) – ovakve studije mogu poslužiti i za definisanje pristupa u obezbeđenju kvaliteta edukativnih programa
- 2) Studije mešovitenih metoda longitudinalnog dizajna sa intervencijom usmerenom na razvoj EI (mogu biti inkorporirane u studije pod stavkom 1)
- 3) Studije validacije dodatnih alata za procenu EI, koje bi bile primenljive i na studente farmacije i/ili adaptaciju validiranog GEII upitnika, koji je u postojećoj formi namenjen farmaceutima u različitim oblastima farmaceutske prakse

5.7. Ključne spoznaje i primena

Konzorcijum za istraživanje EI u organizacijama (engl. *The Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations* - CREIO) dao je smernice za kreiranje razvojnih programa EI, koji su primenjivi na bilo profesiju, uključujući farmaceutsku (118,119). Smernice podrazumevaju 4 jasno definisane faze:

- 1) *Pripremna faza* – evaluacija nivoa EI farmaceuta / studenata farmacije na ulasku u “program” i davanje konstruktivnih predloga za unapređenje
- 2) *Faza obučavanja* – edukatori (na univerzitetu i/ili u okviru profesionalnih organizacija i udruženja) demonstriraju veštine EI onima koji ih uče i treba da budu za njih najbolji “modeli” kako usvajati veštine kroz razumevanje njihovog značenja, njihove primene i povezivanje sa sopstvenim iskustvima
- 3) *Faza “prenosa i održavanja”* – faza u kojoj se znanja i iskustva primenjuju, vežbaju kroz rotacije u igrima uloga, ali se u njima i razmenjuju iskustva
- 4) *Faza evaluacije* – faza u kojoj se radi procena nivoa EI nakon npr. prve godine razvojnog programa, uz procenu ostvarenih ishoda (118,119).

Istraživanja u okviru ove disertacije su pokazala da su gore navedene smernice lako primenjive u sistemima u kojima svest o značaju EI i njenog razvoja za profesionalni razvoj farmaceuta postoji, a da u našoj zemlji, one zahtevaju detaljniju razradu i postavke sistema koji bi mogao sve to da podrži.

Dalja razmatranja će biti bazirana na spoznajama dobijenim kroz sve faze istraživanja u okviru ove disertacije, a u velikoj meri se podudaraju sa rezultatima integrativnih pregleda *Larose-Pierre* i sar. (2023) i *Butler* i sar. (2022) (37,104).

5.7.1. Predlozi za unapređenje edukativnih programa za profesionalno usavršavanje farmaceuta

Na osnovu prikazane poslednje četiri faze istraživanja u okviru ove disertacije, a posebno na osnovu rezultata poslednje faze, proizašli su predlozi i smernice koji slede. Da bi sugestije bile jasno strukturane i detaljno razrađene, *Donabedianov* koncept “*Struktura – Proces – Ishodi*” će biti primenjen (42).

5.7.1.1. Elementi “Strukture”

Interprofesionalna edukacija, prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), predstavlja proces u kome studenti različitih zdravstvenih struka uče jedni od drugih, radeći zajedno u cilju postizanja boljih ishoda za pacijente (120). Slično se odnosi na interkolaborativnu praksu, na koju SZO takođe poziva (120).

Imajući u vidu da programi profesionalnog razvoja farmaceuta, koji bi uključili razvoj EI, treba da stimulišu interprofesionalnu edukaciju i saradnju, a potencijalno i uključivanje u programe usmerene na razvoj EI i profesionalce drugih zdravstvenih struka, sledeći koraci bi trebalo da budu sprovedeni, kao osnova za realizaciju čitavog projekta.

- 1) Definisanje odgovorne osobe za kreiranje projekta – (1 stručnjak za EI i njenu primenu u farmaceutskoj / medicinskoj praksi)
- 2) Razvoj projekta (može uslediti nakon koraka 3-5)

- 3) Definisanje koordinatora *promocije projekta* na nivou Univerziteta (Veće naučnih oblasti medicinskih nauka – VNOMN)
- 4) Definisanje koordinatora projekta na Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu (može biti osoba iz tačke 1)
- 5) Definisanje koordinatora projekta u FKS
- 6) Predstavljanje projekta Ministarstvu zdravlja, Ministarstvu nauke, tehnološkog razvoja i inovacija, Ministarstvu prosvete
- 7) Usvajanje projekta i dobijanje materijalnih sredstava za njegovu realizaciju
- 8) Definisanje *baze / sedišta* za nosioca projekta (predlog - Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu)
- 9) Formiranje baze edukatora na Fakultetu / Univerzitetu, pri FKS
- 10) Formiranje radne grupe za dopunu kurikuluma na Farmaceutskom fakultetu i programa KFE pri FKS

5.7.1.2. Elementi “Procesa”

Da bi projekat mogao da uđe u fazu implementacije, neophodno je da sve faze realizacije budu detaljno razrađene. Sledi predlog toka odgovarajućih procesa, koji su proizašli iz istraživanja u okviru ove disertacije.

- 1) Obučavanje edukatora o EI i programima njenog razvoja
- 2) Definisanje programa edukacije ostalih nastavnika na fakultetu i ostalih stručnjaka iz kliničke prakse koji su uključeni u programe kontinuiranog razvoja farmaceuta na Fakultetu i pri FKS
- 3) Jasno definisanje tema, predmeta i fonda časova nastave, vežbi i radionica u okviru postojećih kurikuluma – osnovne studije i posleddiplomske studije – SAS i DAS (trebalo bi da edukacija bude kontinuirana, na svakoj godini studija, u okviru obaveznih i izbornih predmeta); za osnovne studije, “EI i farmaceutska praksa” kao tema bi najpogodnije bilo da bude uključena u programe “Uvoda u kliničku farmaciju” i studentsku kliničku praksu, ali i druge programe, naročito vezane za *Socijalnu farmaciju* i *Kliničku farmaciju*. Navedeni predlozi su u skladu sa preporukama *Larose-Pierre* i sar. i *Butler* i sar. (37,104).
- 4) Razrada primene razvojnih programa EI
 - a. Predavanja o EI i njenom značaju za pojedinca, za njegov lični i profesionalni razvoj, uz refleksije – prepoznavanje emocionalno inteligentnih ponašanja
 - b. Radionice sa pokazivanjem modela željenih emocionalno inteligentnih ponašanja uz “modelovanje” ponašanja od strane edukatora
 - c. Prepoznavanje EI ponašanja u svakodnevnom radu na npr. predmetima bazičnih nauka (povećanje fokusa u radu, bolja efikasnost na vežbama, bolja komunikacija sa kolegama, efektivnije učenje – samostalno i u timovima, i sl.)
 - d. Radionice / vežbe sa igrama uloga u grupama od po troje, sa rotacijom uloga (npr. zdravstveni radnik – pacijent – aktivni posmatrač-AP [AP daje povratnu informaciju o primeni EI ponašanja kolegi u ulozi zdravstvenog radnika])
 - e. Predavanja + “modelovanje” + “igre uloga” ($a+b+c+d$) + **primena** u svakodnevnom životu, radu na fakultetu, kliničkoj praksi, drugim domenima farmaceutске prakse (period primene: 2-3 meseca) + **refleksija** (*samorefleksija-osvrt na zapažene promene ponašanja i efekte do kojih su promene dovele i diskusija i razmena iskustava*) – ovakav pristup je primenjiv i u akademskom razvoju (Univerzitet) i u kontinuiranom profesionalnom razvoju (FKS i druga profesionalna tela i udruženja)

- 5) Svaka faza programa pod tačkom 4, a naročito stavka 4.e. moraju imati jasno definisane vremenske odrednice i mora se odvijati u ciklusima u kojima se kompetencije EI nadograđuju sekvencionalno, *na primer*:
 - a. *Uvodna faza* (predavanja, modelovanje i vežbe promene ponašanja) – 2 meseca
 - b. *Primena u praksi* (može uključiti vođenje dnevnika) – 3 meseca
 - c. *Refleksija* (samorefleksija /na osnovu dnevnika ili bez/) i diskusija i razmena iskustava – 1 mesec
- 6) Realizacija programa bi trebalo da bude kroz interakciju uživo, a za zaposlene bi trebalo razviti alternative zasnovane na hibridnim modelima (uživo i onlajn)
- 7) Obučiti edukatore za *Mindfulness* programe (programi “fokusirane pažnje”), koji se prevashodno zasnivaju na tehnikama meditacije
- 8) Definirati jasan plan za realizaciju ovih programa (“fokusirane pažnje”) kroz ekstrakurikularne aktivnosti – *promocija* programa i *stimulacija* studenata, profesora i farmaceuta u praksi *da sami rade na sebi*, mora biti jasno uključena u programe pod takom 4.
- 9) Definirati proces evaluacije programa – npr. procena nivoa EI na početku svake školske godine i na kraju svakog od ciklusa, ili na kraju svaka 2 ciklusa (moguće je definisati po semestrima)
 - a. Za programe razvoja u okviru FKS, evaluacije / procene nivoa EI bi mogle biti realizovane na početku i kraju svakog šestomesečnog ciklusa, ili ih prilagoditi trajanju specifičnih sertifikacionih programa
 - b. Evaluacije mogu biti realizovane korišćenjem validiranih upitnika samoprocene, ili kombinacijom upitnika samoprocene i upitnika za evaluatore

Navedeni procesi mogu biti sprovedeni i na ostalim fakultetima i u okviru Komora drugih medicinskih oblasti, naročito medicine.

- 10) Sprovesti programe interprofesionalne edukacije (npr. Medicinski i Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu, zajedno) prema modelu iz tačke 4 (4.e.) i/ili profesionalne kolaborativne prakse (npr. FKS i Lekarska komora) prema istom modelu, sa obavezom da to bude bar jednom u semestru (završne godine osnovnih studija, i u okviru specijalističkih akademskih i/ili stručnih studija, doktorskih akademskih studija), odnosno bar jednom u svakih 6 meseci u okviru KME-KFE programa (kontinuirana medicinska, odnosno farmaceutska edukacija)

5.7.1.3. Elementi “Ishoda”

Očekivani ishodi se pre svega odnose na promenu svesti farmaceuta, akademije i drugih zdravstvenih profesionalaca o značaju EI za farmaceutsku i drugu zdravstvenu praksu. Ishodi samog projekta, koji treba da postane sastavni deo svih programa profesionalnog usavršavanja farmaceuta, podrazumevaju povećanje nivoa EI (mereno validiranim instrumentima), a posledično treba da daju niz očekivanih ishoda, koji su prikazani u Tabeli 22 (zajedno sa ključnim indikatorima uspeha – engl. *Key Performance Indicators* – KPI).

Tabela 22. Očekivani ishodi programa razvoja EI u okviru edukativnih programa i programa profesionalnog usavršavanja farmaceuta sa ključnim indikatorima uspeha (KPI)

Populacija	Očekivani ishodi	KPI
Studenti – dodiplomski i poslediplomski nivo	Bolje upravljanje stresom, veća fokusiranost u radu	Statističko ili kliničko poboljšanje skora PS /mereno PSS skalom/; poboljšanje akademskog učinka (kraće studiranje, više prosečne ocene)
	Povećano samopouzdanje, timski duh, posvećenost i rešenost za rad na sopstvenom razvoju, manje izgaranje na studijama/poslu osećanje opšteg zadovoljstva	- povećanje produktivnosti i akademskog učinka (videti prethodni KPI) - manji stepen izgaranja (mereno validiranom skalom) - povećan stepen opšteg zadovoljstva (mereno validiranim <i>Well-being</i> skalama)
	Bolja komunikacija fokusirana na pojedinca, izgradnja poverenja i odnosa poštovanja, bolja prevencija i upravljanje konfliktima, bolje liderstvo, bolja inter- i intraprofesionalna saradnja	- poboljšanje ishoda vezanih za pacijente (kroz studentsku kliničku praksu, ili u farmaceutskoj kliničkoj praksi) – mereno validiranim skalama zadovoljstva pacijenata - povećan stepen opšteg zadovoljstva (mereno validiranim <i>Well-being</i> skalama)
Akademija	Bolje upravljanje stresom, veća fokusiranost u radu	- poboljšanje skora PS - poboljšanje akademskog učinka nastavnika (više publikacija, disertacija, i sl.) i studenata (kraće studiranje, više prosečne ocene)
	Povećano samopouzdanje, timski duh, posvećenost i rešenost za rad na sopstvenom razvoju, manje izgaranje na poslu osećanje opšteg zadovoljstva	- povećanje produktivnosti i akademskog učinka - manji stepen izgaranja (mereno validiranom skalom) - povećan stepen opšteg zadovoljstva (mereno validiranim <i>Well-being</i> skalama) - povećan stepen zadovoljstva i posvećenosti poslu (mereno kroz <i>Engagement Surveys</i> – validirani upitnici)

	Bolja fokusirana komunikacija, izgradnja poverenja i odnosa poštovanja, bolja prevencija i upravljanje konfliktima, bolje liderstvo, bolja inter- i intraprofesionalna saradnja	- povećan stepen opšteg zadovoljstva (mereno validiranim <i>Well-being</i> skalama) - povećan stepen zadovoljstva i posvećenosti poslu (mereno kroz <i>Engagement Surveys</i> – validirani upitnici) - smanjen apsentizam i “turnover” zaposlenih (naročito na asistentskim pozicijama) - povećana saradnja sa drugim fakultetima medicinskih nauka – više projekata interkolaborativne saradnje – više publikacija koje su iz nje proistekle
Farmaceuti u kliničkoj i drugoj praksi	Bolje upravljanje stresom, veća fokusiranost u radu	- poboljšanje skora PS - poboljšanje učinka u praksi – mereno kroz zadovoljstvo pacijenata; manji broj stručnih grešaka; bolji rezultati u prodaji
	Povećano samopouzdanje, timski duh, posvećenost i rešenost za rad na sopstvenom razvoju, manje izgaranje na poslu osećanje opšteg zadovoljstva	- manji stepen izgaranja (mereno validiranom skalom) - povećan stepen opšteg zadovoljstva (mereno validiranim <i>Well-being</i> skalama) - povećan stepen zadovoljstva i posvećenosti poslu (mereno kroz <i>Engagement Surveys</i>-validirani upitnici)
	Bolja komunikacija fokusirana na pojedinca, izgradnja poverenja i odnosa poštovanja, bolja prevencija i upravljanje konfliktima, bolje liderstvo, bolja inter- i intraprofesionalna saradnja	- poboljšanje ishoda vezanih za pacijente – mereno validiranim skalama zadovoljstva pacijenata - povećan stepen opšteg zadovoljstva (mereno validiranim <i>Well-being</i> skalama) - smanjen apsentizam i ‘turnover’ zaposlenih - smanjenje broja promenjenih recepata, smanjenje broja stručnih grešaka, više interkolaborativne saradnje (povećanje broja zajedničkih KME i KFE projekata) + bolji ishodi vezani za pacijente (mereno validiranim skalama)

		- veća efektivnost komunikacije – mereno vremenom po interakciji i poboljšanjem terapijskih ishoda (npr. QoL) i/ili procenom zadovoljstva pacijenata (mereno validiranim skalama)
--	--	---

Primedma autora: Masnim slovima (engl. *bold*) su istaknuti indikatori koji se razlikuju u odnosu na indikatore ishoda za prethodno navedenu populaciju u tabeli

6. Zaključak

Kao skup veština koje mogu da pomognu zdravstvenim profesionalcima da spoznaju, razumeju, obrade, rezonuju i upravljaju emocijama kod sebe i kod drugih, EI se može razvijati kroz različite programe edukacije i profesionalnog usavršavanja pojedinca u bilo kojoj oblasti ZZ. Razvoj EI je od posebnog značaja za profesiju farmaceuta na primarnom nivou ZZ, kojima su leaderske veštine, proaktivnost u komunikaciji, izgradnja interpersonalnih odnosa poverenja, izgradnja fokusa na pacijenta u pružanju usluga ZZ, od vitalnog interesa za obavljanje delatnosti.

Istraživanja u okviru ove disertacije su pokazala sledeće:

- 1) Kulturološkom adaptacijom i validacijom multidimenzionalnog upitnika za procenu nivoa EI dobijen je pouzdan instrument na srpskom jeziku, koji se može primenjivati u istraživanjima vezanim za programe profesionalnog usavršavanja farmaceuta.
- 2) Postojeći programi profesionalnog usavršavanja farmaceuta za uvođenje novih standardizovanih usluga u apotekama na primarnom nivou ZZ u Republici Srbiji ne doprinose u dovoljnoj meri razvoju EI farmaceuta koji su prošli navedena usavršavanja.
- 3) Programi usavršavanja u okviru specijalističkih akademskih studija na farmaceutskom fakultetu nisu pokazali da značajno doprinose razvoju EI farmaceuta. Sa druge strane, oba istraživanja (pod tačkama 2 i 3) su jasno pokazala da EI može imati protektivni efekat u odnosu na percipirani stres farmaceuta, kome su izloženi u svakodnevnom radu.
- 4) Kod farmaceuta koji su uključeni u programe usavršavanja kroz specijalističke akademske studije, kada su izloženi čak i kratkotrajnim intervencijama koje stimulišu razvoj EI, može da dođe do povećanja nivoa određenih subdomena EI. Kroz ovo istraživanje je takođe potvrđen protektivni efekat koji EI može imati na percipirani stres kod farmaceuta u praksi.
- 5) Kada su bili izloženi edukaciji o EI, farmaceuti iz različitih oblasti farmaceutske prakse su mogli jasno da povežu kompetencije EI sa farmaceutskom praksom, sa izazovima sa kojima se suočavaju, i da prepoznaju najbolje strategije za rešavanje tih izazova. Osim toga, oni su jasno istakli potrebu za uvođenjem nastavnih programa vezanih za EI na osnovnim studijama farmacije, kao i potrebu za programima koji stimulišu razvoj EI u okviru različitih programa kontinuiranog razvoja farmaceuta i dali konkretne predloge.

Na osnovu istraživanja u okviru disertacije se takođe jasno može zaključiti da postoji potreba da se kroz didaktičke programe, praćene refleksijom, samospoznajom, diskusijom i razmenom iskustava, stimuliše rad farmaceuta na sebi. Osim toga, takvim pristupom farmaceuti mogu da doprinesu da se “unapređuje” okruženje u kome rade i pružaju usluge, koje bi moglo postati “emocionalno inteligentno” okruženje, u kome su svi “učesnici” zadovoljni, motivisani i posvećeni onome što uče i rade, a odnose se jedni prema drugima sa poštovanjem, razumevanjem, iskrenošću i saosećanjem.

S obzirom da daje sveobuhvatan osvrt na različite programe profesionalnog razvoja farmaceuta, kao i jasne smernice kako ih unaprediti uvođenjem programa koji su direktno fokusirani na EI, ili stimulišu razvoj EI, predlozi iz ove disertacije, zajedno sa sugerisanim planom implementacije, mogu poslužiti svim relevantnim telima i pojedincima u Republici Srbiji da proaktivno pristupe njihovom prihvatanju i realizaciji.

Imajući u vidu da su istraživanja pokazala da su programi razvoja EI doprineli i većoj spremnosti farmaceuta za izazove kliničke prakse, predložene smernice iz ove disertacije i njihova primena mogli bi doprineti sveopštem osećanju zadovoljstva farmaceuta u pružanju FZZ najvišeg kvaliteta, a a time i ostvarenju najboljih mogućih ishoda za pacijente.

Sveobuhvatnim pristupom u proceni emocionalne inteligencije farmaceuta kroz programe profesionalnog usavršavanja i davanjem detaljnih smernica za unapređenje tih programa, ova disertacija daje značajan doprinos razvoju farmaceutske struke u Republici Srbiji i šire.

7. Literatura

1. International Pharmaceutical Federation (FIP). The FIP Development Goals Transforming global pharmacy. The Hague: International Pharmaceutical Federation. 2020.
2. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP Global Competeny Framework Version 2. FIP GbCF-Supporting the development of foundation and early career pharmacists, Version 2. 2020. Available from: <https://www.fip.org/file/5127#> Accessed: 15.03.2024.
3. Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagin Cogn Pers.* 1990;9(3).
4. Udoh A, Bruno-Tomé A, Ernawati DK, et al. The development, validity and applicability to practice of pharmacy-related competency frameworks: A systematic review. *Res Soc Adm Pharm.* 2021;17(10):1697–718.
5. Stojkov S, Tadic I, Crnjanski T, et al. Assessment and self-assessment of the pharmacists' competencies using the global competency framework (GbCF) in Serbia. *Vojnosanit Pregl.* 2016;73(9):803–10.
6. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence.* 1999;27(4):267–98.
7. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter D, editors. *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators.* New York: Basic Books; 1997. p. 3–31.
8. Boyatzis R, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). In: *Handbook of emotional intelligence.* 2000;99(6):343–62.
9. Kehrer JP, Eberhart G, Wing M, et al. Pharmacy's role in a modern health continuum. *Can Pharm J.* 2013;146(6):321–4.
10. Kennedy MJ. Personalized medicines - are pharmacists ready for the challenge? *Integr Pharm Res Pract.* 2018;7:113–23.
11. Allemann SS, van Mil JWF, Botermann L, et al. Pharmaceutical Care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(3).
12. Murad MS, Chatterley T, Guirguis LM. A meta-narrative review of recorded patient–pharmacist interactions: Exploring biomedical or patient-centered communication? *Res Soc Adm Pharm.* 2014;10(1).
13. Ward A, Hall J, Mutch J, et al. What makes pharmacists successful? An investigation of personal characteristics. *J Am Pharm Assoc.* 2019;59(1):23–29.e1.
14. Hobeika E, Hallit S, Sacre H, et al. Factors associated with empathy among community pharmacists in Lebanon. *J Pharm Policy Pract.* 2020;13(1).
15. Higuchi Y, Uchitomi Y, Fujimori M, et al. Exploring autistic-like traits relating to empathic attitude and psychological distress in hospital pharmacists. *Int J Clin Pharm.* 2015;37(6):1258–

16. Larson EB. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*. 2005;293(9).
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021.
18. Lefebvre C, Glanville J. Searching for studies. In: Higgins J, Green S, Editors, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Wiley Online Library; 2008.
19. Frandsen TF, Bruun Nielsen MF, Lindhardt CL, et al. Using the full PICO model as a search tool for systematic reviews resulted in lower recall for some PICO elements. *J Clin Epidemiol*. 2020;127:69–75.
20. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *J Med Libr Assoc*. 2018;106(4).
21. Efficace F, Bottomley A, Osoba D, et al. Beyond the Development of Health-Related Quality-of-Life (HRQOL) Measures: A Checklist for Evaluating HRQOL Outcomes in Cancer Clinical Trials—Does HRQOL Evaluation in Prostate Cancer Research Inform Clinical Decision Making? *J Clin Oncol*. 2003;21(18).
22. Reeve BB, Wyrwich KW, Wu AW, et al. ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. *Qual Life Res*. 2013;22(8).
23. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Relation of Perceived Emotional Intelligence and Health-Related Quality of Life of Middle-Aged Women. *Psychol Rep*. 2002;91(1):47–59.
24. Moradi F, Tourani S, Ziapour A, et al. Emotional Intelligence and Quality of Life in Elderly Diabetic Patients. *Int Q Community Health Educ*. 2021;42(1):15–20.
25. Ruble MJ, Cole JD, Weiss SS, et al. The relationship between pharmacist emotional intelligence, occupational stress, job performance, and psychological affective well-being. *J Am Pharm Assoc*. 2022;62(1):120–4.
26. Higuchi Y, Inagaki M, Koyama T, et al. Emotional intelligence and its effect on pharmacist and pharmacy students with autistic-like traits. *Am J Pharm Educ*. 2017;81(4).
27. Frenzel JE. Exploration of the entrepreneurial orientation and trait emotional intelligence in practicing pharmacists. *J Am Pharm Assoc*. 2020;60(5):723-728.e2.
28. Malik M, Haider Z, Hussain A. Perceived Emotional Intelligence, Work Life Balance and Job Satisfaction among Healthcare Professionals in Pakistan. *Int J Pharm Res Allied Sci*. 2019;8(2):80–6.
29. Hall CM, Enright SM, White SJ, et al. A quantitative study of the emotional intelligence of participants in the ASHP Foundation’s Pharmacy Leadership Academy. *Am J Heal Pharm*. 2015;72(21):1890–5.

30. Alenezi AM. The relationship of students' emotional intelligence and the level of their readiness for online education: A contextual study on the example of university training in Saudi Arabia. *Educ Sci J*. 2020;22(4).
31. Moreno-Fernandez J, Ochoa JJ, Lopez-Aliaga I, et al. Lockdown, Emotional Intelligence, Academic Engagement and Burnout in Pharmacy Students during the Quarantine. *Pharmacy*. 2020;8(4).
32. Buckley K, Bowman B, Raney E, et al. Enhancing the Emotional Intelligence of Student Leaders Within an Accelerated Pharmacy Program. *Am J Pharm Educ*. 2020;84(11).
33. Alaaddin RN, Ibrahim NK, Kadi M. Emotional Intelligence and its Relationship to Leadership, Depression, Anxiety and Stress among Pharmacy Students, Makkah, Saudi Arabia. *J Pharm Res Int*. 2021.
34. Foster K, Fethney J, Kozlowski D, et al. Emotional intelligence and perceived stress of Australian pre-registration healthcare students: A multi-disciplinary cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2018;66:51–6.
35. McCloughen A, Foster K. Nursing and pharmacy students' use of emotionally intelligent behaviours to manage challenging interpersonal situations with staff during clinical placement: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018;27(13–14).
36. Foster KN, McCloughen AJ. Emotionally intelligent strategies students use to manage challenging interactions with patients and families: A qualitative inquiry. *Nurse Educ Pract*. 2020;43:102743.
37. Butler L, Park SK, Vyas D, et al. Evidence and Strategies for Including Emotional Intelligence in Pharmacy Education. *Am J Pharm Educ*. 2022;86(10):1095–113.
38. Palmer BR, Gignac G. The impact of emotionally intelligent leadership on talent retention, discretionary effort and employment brand. *Ind Commer Train*. 2012;44(1):9–18.
39. Brunetto Y, Teo STT, Shacklock K, et al. Emotional intelligence, job satisfaction, well-being and engagement: explaining organisational commitment and turnover intentions in policing. *Hum Resour Manag J*. 2012. 22(4):428–41.
40. Pérez-Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Gázquez Linares JJ, et al. The role of emotional intelligence in engagement in nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9).
41. Dugan JW, Weatherly RA, Girod DA, et al. A longitudinal study of emotional intelligence training for otolaryngology residents and faculty. *JAMA Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2014;140:720–6.
42. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA J Am Med Assoc*. 1988;260(12):1743–8.
43. Sato N, Fujita K, Kushida K, et al. Exploring the factors influencing the quality of “Health Support Pharmacy” services in Japan: Perspectives of community pharmacists. *Res Soc Adm Pharm*. 2020;16(12):1686–93.

44. Goleman D. Working with emotional intelligence. New York, NY: Bantam Press; 1998.
45. Lloyd HM, Ekman I, Rogers HL, et al. Supporting Innovative Person-Centred Care in Financially Constrained Environments: The WE CARE Exploratory Health Laboratory Evaluation Strategy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3050.
46. Mazzella Ebstein AM, Sanzero Eller L, Tan KS, et al. The relationships between coping, occupational stress, and emotional intelligence in newly hired oncology nurses. *Psychooncology*. 2019;28(2):278–83.
47. Michie S. Causes and management of stress at work. *Occup Environ Med*. 2002;59(1):67–72.
48. Goleman D. What makes a leader? *Harv Bus Rev*. 76(6):93–102.
49. Lee E, Daugherty J, Hamelin T. Reimagine Health Care Leadership, Challenges and Opportunities in the 21st Century. *J PeriAnesthesia Nurs*. 2019;34(1):27–38.
50. O'Connor PJ, Hill A, Kaya M, et al. The Measurement of Emotional Intelligence: A Critical Review of the Literature and Recommendations for Researchers and Practitioners. *Front Psychol*. 2019;10.
51. Palmer BR, Stough C, Harmer R, et al. The Genos Emotional Intelligence Inventory: A Measure Designed Specifically for Workplace Applications. In: Stough C, Saklofske D, Parker J, editors. *Assessing emotional intelligence: Theory, research & applications*. New York: Springer; 2009. p. 103–17.
52. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, et al. Measuring Emotional Intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*. 2003;3(1):97–105.
53. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, et al. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: *Emotion, disclosure, & health*. Washington: American Psychological Association; 1995. p. 125–54.
54. Andrei F, Siegling AB, Aloe AM, et al. The Incremental Validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue): A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pers Assess*. 2016;98(3):261–76.
55. Petrides K V. Psychometric Properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In: *Assessing emotional intelligence: Theory, research, and applications*. 2009:85–101. Boston, MA: Springer US.
56. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Pers Individ Dif*. 1998;25(2):167–77.
57. Bar-On R. The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical Manual. Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems, Inc.; 1997.
58. Seal C, Beauchamp K, Miguel K, et al. Validation of a self-report instrument to assess social and emotional development. *Res High Educ J*. 2011;14:1–20.
59. Seal C, Miguel K, Alzamil A, et al. Personal-interpersonal competence assessment: a selfreport

instrument for student development. *Res High Educ J*. 2015;27:1–10.

60. Boyatzis RE, Goleman D. Emotional and social competency inventory. Boston: Hay Group. 2007.
61. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*. 1999;27(4):267–98.
62. Cherniss C, Goleman D. Training for emotional intelligence: A model. In: Cherniss, C and Goleman D, editor. *The emotionally intelligent workplace*. San Francisco: Jossey-Bass – A Wiley Company; 2001. p. 209–33.
63. Jiménez-Picón N, Romero-Martín M, Ponce-Blandón JA, et al. The Relationship between Mindfulness and Emotional Intelligence as a Protective Factor for Healthcare Professionals: Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5491.
64. Zeidner M, Roberts RD, Matthews G. Can Emotional Intelligence Be Schooled? A Critical Review. *Educ Psychol*. 2002;37(4):215–31.
65. Accreditation Council for Pharmacy Education. Accreditation standards and key elements for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree. (Standards 2016). 2015.
66. Taylor C, Farver C, Stoller JK. Perspective: Can Emotional Intelligence Training Serve as an Alternative Approach to Teaching Professionalism to Residents? *Acad Med*. 2011;86(12):1551–4.
67. Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, et al. Mindfulness and Behavior Change. *Harv Rev Psychiatry*. 2020;28(6):371–94.
68. Boyatzis RE. Developing Emotional Intelligence Competencies. In: Ciarrochi J, Mayer JD, editors. *Applying Emotional Intelligence*. 1st ed. Psychology Press; 2013.
69. Lindeman M, Sundvik L, Rouhiainen P. Under-or overestimation of self?: Person variables and self-assessment accuracy in work settings. *J Soc Behav Pers*. 1995;10(1):123–34.
70. Gignac GE. Genos Emotional Intelligence Inventory. Interpreting. Sydney, Waterloo, NSW: Genos Pty Ltd.; 2010.
71. Gignac G. Seven-Factor Model of Emotional Intelligence as Measured by Genos EI. *Eur J Psychol Assess*. 2010;26(4):309–16.
72. Wild D, Grove A, Martin M, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal*. 2005;8(2):94–104.
73. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach’s alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53–5.
74. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382–5.
75. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what’s being reported?

critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489–97.

76. Yusoff MSB. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Educ Med J*. 2019;11(2):49–54.
77. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res*. 1992;5(4):194–7.
78. Polit DF, Beck CT, Owen S V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459–67.
79. Cicchetti D V, Sparrow SA. Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: applications to assessment of adaptive behavior. *Am J Ment Defic*. 1981;86(2):127–37.
80. Lenth Russ. Java applets for power and sample size [Internet]. Department of Statistics and Actuarial Science – University of Iowa. 2006. p. 1–6. Available from: <http://homepage.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power/index.html> Accessed: 02.04.2021.
81. Hennink MM, Kaiser BN, Weber MB. What Influences Saturation? Estimating Sample Sizes in Focus Group Research. *Qual Health Res*. 2019;29(10):1483–96.
82. Radna grupa Farmaceutске komore Srbije. Farmaceutска usluga “Savetovanje pacijenata sa dijabetesom.” *Apotekarska praksa*. 2020. p. 127–8.
83. The Pharmaceutical Chamber of Serbia. Section “Database - Membership”. [Internet]. Available from: <https://www.farmkom.rs/baze-podataka.php> Accessed: 22.01.2024.
84. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385–96.
85. Jovanović V, Gavrilov-Jerković V. More than a (negative) feeling: Validity of the Perceived Stress Scale in Serbian clinical and non-clinical samples. *Psihologija*. 2015;48(1):5–18.
86. SurveyMethods [Internet]. Available from: <https://surveymethods.com/> Accessed: 26.11.2021.
87. Taber KS. The Use of Cronbach’s Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ*. 2018;48(6):1273–96.
88. Gardner PL. Measuring attitudes to science: Unidimensionality and internal consistency revisited. *Res Sci Educ*. 1995;25(3):283–9.
89. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 284–8 p.
90. Creswell, W. J. Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. 2nd ed. Thousand Oaks; London; New Delhi: Sage Publications Inc.; 2007.
91. Silverman D. Qualitative Research: Theory, Method and Practice. 2nd ed. London: SAGE Publications, Inc.; 2004.
92. O’Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for Reporting Qualitative Research. *Acad*

Med. 2014;89(9):1245–51.

93. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349–57.
94. Goleman D. Emotional intelligence. Why it can matter more than IQ? *Learning*. 1996;24(6):49–50.
95. Krueger R. *Developing Questions for Focus Groups*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.; 1998.
96. Larsen HG, Adu P. *The Theoretical Framework in Phenomenological Research: Development and Application*. 1st ed. New York: Routledge; 2022.
97. Burla L, Knierim B, Barth J, et al. From Text to Codings. *Nurs Res*. 2008;57(2):113–7.
98. Braun V, Clarke V. Qualitative Research in Psychology Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psych*. 2006;3(2):77-101.
99. Cooper R, Chenail R, Fleming S. A Grounded Theory of Inductive Qualitative Research Education: Results of a Meta-Data-Analysis. *Qual Rep*. 2015;17:1–26.
100. Swain J. *A Hybrid Approach to Thematic Analysis in Qualitative Research: Using a Practical Example*. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2018.
101. Xu W, Zammit K. Applying Thematic Analysis to Education: A Hybrid Approach to Interpreting Data in Practitioner Research. *Int J Qual Methods*. 2020;19:160940692091881.
102. Study program Pharmacy - Integrated academic studies at the Faculty of Pharmacy, University of Belgrade. Book/List of accredited courses [Internet]. Available from: <http://www.pharmacy.bg.ac.rs/en/studies/143/integrated-academic-studies/> Accessed: 20.01.2024.
103. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. San Francisco: Jossey-Bass – A Wiley Company; 2010.
104. Larose-Pierre M, Cleven AJ, Renaud A, et al. Reevaluating Core Elements of Emotional Intelligence in Professional Identity Formation for Inclusion in Pharmacy Education. *Am J Pharm Educ*. 2023;87(6):100082.
105. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, et al. A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents. *Acad Med*. 2015;90(6):718–25.
106. Edussuriya D, Tennakoon SUB, Marambe KN, et al. Translation and validation of the Genos emotional intelligence inventory (concise version) for use in Sri Lanka. *Sri Lanka J Med*. 2017;26(1):20.
107. Moura L, Steurbaut S, Salvesen Blix H, et al. A cross-sectional survey to map Clinical

Pharmacy Education and Practice in Europe. *Int J Clin Pharm*. 2022;44(1):118–26.

108. Moura L, Viegas R, Steurbaut S, et al. Perceptions of European students' representative associations about clinical pharmacy undergraduate education. *Pharm Educ*. 2022;22(1):944–53.
109. Dreischulte T, van den Bemt B, Steurbaut S. European Society of Clinical Pharmacy definition of the term clinical pharmacy and its relationship to pharmaceutical care: a position paper. *Int J Clin Pharm*. 2022;44(4):837–42.
110. Gignac GE, Harmer RJ, Jennings S, et al. EI training and sales performance during a corporate merger. *Cross Cult Manag*. 2012;19(1):104–16.
111. Deng X, Chen S, Li X, et al. Gender differences in empathy, emotional intelligence and problem-solving ability among nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2023;120:105649.
112. Sojer P, Kainbacher S, Hübner K, et al. Trait emotional intelligence and resilience: gender differences among university students. *Neuropsychiatrie*. 2024;38(1):39–46.
113. Lamothe M, McDuff P, Pastore YD, et al. Developing professional caregivers' empathy and emotional competencies through mindfulness-based stress reduction (MBSR): results of two proof-of-concept studies. *BMJ Open*. 2018;8(1):e018421.
114. Kelm DJ, Ridgeway JL, Gas BL, et al. Mindfulness Meditation and Interprofessional Cardiopulmonary Resuscitation: A Mixed-Methods Pilot Study. *Teach Learn Med*. 2018;30(4):433–43.
115. Orellana-Rios CL, Radbruch L, Kern M, et al. Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an “on the job” program. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1):3.
116. Foster K, Fethney J, McKenzie H, et al. Emotional intelligence increases over time: A longitudinal study of Australian pre-registration nursing students. *Nurse Educ Today*. 2017;55:65–70.
117. Ahmad Hassali MA, Hussain R, Saleem F, et al. Perceived Emotional Intelligence and Its Association with the Demographic Characteristics among Pharmacy Students: A Cross-Sectional Study. *J Pharm Pract Community Med*. 2017;3(3):108–13.
118. Cherniss C, Goleman D, Emmerling R, et al. Guidelines for best practice. Consortium for research on emotional intelligence in organizations [Internet]. 1998. Available from: <https://www.eiconsortium.org/reports/guidelines.html> Accessed: 20.01.2024.
119. Nelson MH, Fierke KK, Sucher BJ, et al. Including Emotional Intelligence in Pharmacy Curricula to Help Achieve CAPE Outcomes. *Am J Pharm Educ*. 2015;79(4):48.
120. Gilbert JH V, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010;39 Suppl 1:196–7.

8. Prilozi

8.1. Prilog 1: Lista skraćenica i oznaka

EI – emocionalna inteligencija

ZZ – zdravstvena zaštita

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

FIP DG – FIP razvojni ciljevi (engl. *FIP Development Goals*)

GbCF – globalni okvir kompetencija (engl. *FIP Global Competency Framework*)

FZZ – farmaceutska zdravstvena zaštita

QoL – kvalitet života (engl. *Quality of Life*)

PCC – zdravstvena zaštita fokusirana na pojedinca (engl. *Person Centred Care*)

PS – percipirani stres (engl. *Perceived Stress*)

DM – Diabetes Mellitus

GEII – Genosov upitnik EI sažeta verzija (engl. *Genos EI Inventory Concise Version*)

ESA - emocionalna svest o sebi (engl. *emotional self-awareness*)

EE - emocionalna ekspresija (engl. *emotional expression*)

EAO - emocionalna svest o drugima (engl. *emotional awareness of others*)

ER - emocionalno rezonovanje (engl. *emotional reasoning*)

ESM - emocionalno upravljanje sobom (engl. *emotional self-management*)

EMO - emocionalno upravljanje drugima (engl. *emotional management of others*)

ESC - emocionalna samokontrola (engl. *emotional self-control*)

CVI – indeks validnosti sadržaja (engl. *Content Validity Index*)

SAS - Specijalističke akademske studije

FKS - Farmaceutska komora Srbije

PSS – skala percipiranog stresa (engl. *Perceived Stress Scale*)

SDM – “Savetnik za dijabetes”

KF – klinički farmaceut

FG – fokus grupa

COVID-19 – zarazna bolešć izazvana SARS-CoV-2 virusom

SD – standardna devijacija

$d, \eta^2, \varphi, r, \rho$ – parametri veličine efekta

KPI – ključni indikatori uspeha (engl. *Key Performance Indicators*)

8.2. Prilog 2: Spisak tabela

Tabela 1. Kontrolna lista procene minimuma standarda pri evaluaciji studija u kojima se procenjuje emocionalna inteligencija

Tabela 2. Primeri programa razvoja EI kod različitih profesionalaca i njihovi ishodi – adaptirano prema *Chernissu* i *Golemanu*

Tabela 3. Dizajn i metodologija sprovedenih studija

Tabela 4. Konvencije za veličinu efekta

Tabela 5. Korelaciona analiza pojedinačnih tvrdnji upitnika i njihovih subdomena (ρ vrednosti)

Tabela 6. Procena relevantnosti sadržaja na nivou pojedinačnih tvrdnji od strane tri eksperta

Tabela 7. Karakteristike učesnika u studiji i njihovih radnih okruženja

Tabela 8. Poređenje nivoa emocionalne inteligencije i percipiranog stresa između grupa ispitanika u istraživanju

Tabela 9. Korelaciona analiza između ukupnog nivoa EI i nivoa na PSS podskalama (subdomeni) – *Spearmanov* koeficijent korelacije (ρ)

Tabela 10. Korelaciona analiza između ukupnog nivoa PS i nivoa EI po subdomenima – *Spearmanov* koeficijent korelacije (ρ)

Tabela 11. Poređenje prosečnih vrednosti ukupnih EI i PS skorova sa grupama demografskih faktora za čitav uzorak ($N = 86$)

Tabela 12. Karakteristike učesnika u istraživanju i njihovih radnih okruženja

Tabela 13. Poređenje nivoa EI i PS i odgovarajućih subdomena između grupa

Tabela 14. Korelacije između emocionalne inteligencije i njenih subdomena i percipiranog stresa

Tabela 15. Karakteristike učesnika u istraživanju, njihovih radnih okruženja i načina učešća u intervenciji

Tabela 16. Poređenje nivoa EI i PS i odgovarajućih subdomena pre i posle intervencije dobijenih t-testom uparenih uzoraka, odnosno *Wilcoxon signed-rank* testom

Tabela 17. Poređenje prosečnih vrednosti razlike ukupnih EI i PS skorova sa grupama demografskih faktora za čitav uzorak ($N = 28$)

Tabela 18. Korelacije između subdomena emocionalne inteligencije i percipiranog stresa

Tabela 19. Demografske karakteristike učesnika u istraživanju

Tabela 20. Deset najučestalijih kodova poređani po opadajućoj učestalosti

Tabela 21. Teme i podteme po kategorijama

Tabela 22. Očekivani ishodi programa razvoja EI u okviru edukativnih programa i programa profesionalnog usavršavanja farmaceuta sa ključnim indikatorima uspeha (KPI)

8.3. Prilog 3: Spisak slika

Slika 1. Inicijalni koncept emocionalne inteligencije prema *Saloveyu* i *Mayeru*

Slika 2. Prožimanje i uticaj kompetencija EI na kvalitet ZZ u javnim apotekama (prema *Sato* i sar. i *Golemanu*)

Slika 3. Najčešće korišćeni alati za procenu EI – adaptirano prema *Butler* i sar.

Slika 4. Pregled subdomena / kompetencija originalnog GEII upitnika sa primerima tvrdnji za svaku od kompetencija (i pozitivno i negativno konotirane tvrdnje) – adaptirano prema *Palmer* i sar. i *Gignac*

Slika 5. Proces kulturološke adaptacije Upitnika GEII (sažeta verzija) na primeru jedne tvrdnje

Slika 6. Korelacija između nivoa EI i PS u celom uzorku

Slika 7. Prosečne vrednosti nivoa EI (**a**) među učesnicima prema vrsti farmaceutske prakse kojom se bave i (**b**) među učesnicima prema hijerarhijskoj poziciji u organizaciji u kojoj rade

Slika 8. Korelacija između nivoa EI i PS u celom uzorku (*Pearsonov* test korelacije) – sa linijama fitovanja za prosečne vrednosti na nivou intervala pouzdanosti od 95%

Slika 9. Prosečne vrednosti promene nivoa EI među učesnicima prema načinu učešća u intervenciji

Slika 10. Karakteristike emocionalno inteligentnog kliničkog farmaceuta. Relativna učestalost kodova u okviru kategorije prikazana je veličinom fonta kojim su napisani

Slika 11. Detaljnije razrađene teme i podteme vezane za razvoj EI u kliničkoj farmaceutskoj praksi

Slika 12. Vizuelizacija korelacija srednjih vrednosti skorova subdomena EI i PS u istraživanju

8.4. Prilog 4: Odobrenja etičkih odbora

ФАРМАЦЕУТСКА КОМОРА СРБИЈЕ – ЕТИЧКИ ОДБОР ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ
МУТАПОВА 25, 11000 БЕОГРАД

Доносилац одлуке	Етички одбор Фармацеутске коморе Србије
Датум	12.04.2021.г
Број страна	1
Број	262/2-2
Место	Београд

На основу члана 27. став 1. Закона о коморама здравствених радника („Сл. гласник РС“, бр.107/2005, 99/2010 и 70/2017-одлука УС), као и члана 3. Пословника о раду Етичког одбора Фармацеутске коморе Србије, Етички одбор Фармацеутске коморе Србије на 2. електронској седници одржаној 12.04.2021.године 8.00-12.00 донео је већином гласова следећу:

ОДЛУКУ

I

Етички одбор Фармацеутске коморе Србије даје одобрење за спровођење истраживања на тему "Повезаност између перципираног стреса и емоционалне интелигенције код фармацеута у јавним апотекама у Србији".

Истраживање се спроводи у оквиру Катедре за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство Фармацеутског факултета у Београду, према плану израде докторске дисертације магистра фармације Дејана Сенђанског, под радним насловом "Емоционална интелигенција и фармацеутска пракса у Републици Србији".

II

Ова Одлука ступа на снагу даном доношења.

ЕТИЧКИ ОДБОР ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

(М.П.)



Председник Етичког одбора
Иван Ефтовић, дипл. фарм.

ФАРМАЦЕУТСКА КОМОРА СРБИЈЕ – ЕТИКИ ОДБОР ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ
МУТАПОВА 25, 11000 БЕОГРАД

Доносилац одлуке	Етички одбор Фармацеутске коморе Србије
Датум	04.11.2021.г
Број страна	1
Број	262/5-5-2
Место	Београд

На основу члана 27. став 1. Закона о коморама здравствених радника („Сл. гласник РС“, бр.107/2005, 99/2010 и 70/2017 - одлука УС), као и члана 3. Пословника о раду Етичког одбора Фармацеутске коморе Србије, Етички одбор Фармацеутске коморе Србије на 5. (5. електронској) седници одржаној 04.11.2021.године од 12:00 до 16:00 донео је једногласно следећу:-

ОДЛУКУ

I

Етички одбор Фармацеутске коморе Србије даје одобрење за спровођење истраживања на тему "Квантитативно истраживање о перципираном стресу и емоционалној интелигенцији фармацеута полазника специјалистичких студија".

Истраживање се спроводи у оквиру Катедре за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство Фармацеутског факултета у Београду, према плану израде докторске дисертације магистра фармације Дејана Сенђанског, под радним насловом "Емоционална интелигенција и фармацеутска пракса у Републици Србији".

II

Ова Одлука ступа на снагу даном доношења.

ЕТИЧКИ ОДБОР ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

(М.П.)

Председник Етичког одбора
Иван Ефтовић, дипл. фарм.



ФАРМАЦЕУТСКА КОМОРА СРБИЈЕ – ЕТИКИ ОДБОР ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ
МУТАПОВА 25, 11000 БЕОГРАД

Доносилац одлуке	Етички одбор Фармацеутске коморе Србије
Датум	15.04.2022.г
Број страна	1
Број	196/1-1-2
Место	Београд

На основу члана 27. став 1. Закона о коморама здравствених радника („Сл. гласник РС“, бр.107/2005, 99/2010 и 70/2017-одлука УС), као и члана 3. Пословника о раду Етичког одбора Фармацеутске коморе Србије, Етички одбор Фармацеутске коморе Србије на 1. електронској седници одржаној 15.04.2022. године донео је већином гласова следећи:

ОДЛУКУ

I

Етички одбор Фармацеутске коморе Србије даје одобрење за спровођење истраживања на тему „Лонгитудинално интервенцијско истраживање: емоционална интелигенција и перципирани стрес код фармацеута полазника специјалистичких студија“.

Истраживање се спроводи у оквиру Катедре за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство Фармацеутског факултета у Београду, према плану израде докторске дисертације магистра фармације Дејана Сенћанског, под радним насловом „Емоционална интелигенција и фармацеутска пракса у Републици Србији“.

II

Ова Одлука ступа на снагу даном доношења.

ЕТИЧКИ ОДБОР ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

(М.П.)

Председник Етичког одбора
Иван Ефтовић, дипл. фарм.спец.



ФАРМАЦЕУТСКА КОМОРА СРБИЈЕ – ЕТИКИ ОДБОР ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ
МУТАПОВА 25, 11000 БЕОГРАД

Доносилац одлуке	Етички одбор Фармацеутске коморе Србије
Датум	28.12.2022.г
Број страна	1
Број	316/6-4-2
Место	Београд

На основу члана 27. став 1. Закона о коморама здравствених радника („Сл. гласник РС“, бр.107/2005, 99/2010 и 70/2017-одлука УС), као и члана 3. Пословника о раду Етичког одбора Фармацеутске коморе Србије, Етички одбор Фармацеутске коморе Србије на 6 (4. електронској) седници одржаној 28.12.2022. године донео је једногласно следећу:

ОДЛУКУ
Мишљење

I

Етички одбор Фармацеутске коморе Србије даје одобрење за спровођење истраживачке студије Квалитативно истраживање: емоционална интелигенција и фармацеутска пракса - значај и правци за унапређење". Истраживање је део ширег пројекта у оквиру израде докторске дисертације на тему „Емоционалне интелигенције и фармацеутске праксе“. Главни истраживач: Дејан Сенђански.

II

Ова Одлука ступа на снагу даном доношења.

ЕТИЧКИ ОДБОР ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

(М.П.)

Председник Етичког одбора

Александра Недић Владовић, дипл. фарм.

Александра Недић Владовић

8.5. Prilog 5: “Skala percipiranog stresa” (engl. *Perceived Stress Scale - PSS*)

Pitanja u ovom upitniku se odnose na vaša osećanja i razmišljanja **tokom proteklih mesec dana**. Na svako pitanje treba da odgovorite **koliko često** ste se osećali ili razmišljali na navedeni način.

Za svako od navedenih pitanja treba da odaberete oznaku od 0 do 4, gde je:

0 = nikad

1 = skoro nikad

2 = ponekad

3 = dosta često

4 = veoma često

	Koliko često ste tokom poslednjih mesec dana...	0 = nikad	1 = skoro nikad	2 = ponekad	3 = dosta često	4 = veoma često
1.	... bili uznemireni zbog nečega što se neočekivano desilo?	0	1	2	3	4
2.	... osećali da ne možete da kontrolišete važne stvari u vašem životu?	0	1	2	3	4
3.	... se osećali nervozno i pod stresom?	0	1	2	3	4
4.	... verovali u svoje sposobnosti da možete da izađete na kraj sa ličnim problemima?	0	1	2	3	4
5.	... osećali da se stvari odvijaju baš onako kako želite?	0	1	2	3	4
6.	... imali doživljaj da ne možete da izađete na kraj sa svim stvarima koje treba da uradite?	0	1	2	3	4
7.	... uspevali da iskontrolišete osećaj iziritiranosti?	0	1	2	3	4
8.	... osećali da imate kontrolu nad onim što vam se dešava u životu?	0	1	2	3	4
9.	... se osećali iznervirano zbog stvari koje su izvan vaše kontrole?	0	1	2	3	4
10.	... osećali da su se teškoće toliko nagomilale da ne možete da ih prevaziđete?	0	1	2	3	4

Izvori:

Jovanović V, Gavrilov-Jerković V. More than a (negative) feeling: Validity of the Perceived Stress Scale in Serbian clinical and non-clinical samples. *Psihologija*. 2015;48(1):5–18.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24:385–96.

8.6. Prilog 6: Semi-strukturirani vodič za fokus grupe (konsolidovana verzija)

Grupa / Tip pitanja	Aspekt	Pitanje
Otvaranje	n/a cilj : kreiranje atmosfere poverenja	1. Predstavite se, molim Vas i recite nam sferu / oblast farmaceutske prakse u kojoj radite?
Uvod	1.	2. Opišite emocionalno inteligentnog farmaceuta
Tranzicija	1.	3. Kada kažemo emocionalna inteligencija i farmaceut u apoteci, šta vam prvo pada na pamet?
Tranzicija	1. i 2.	4. U kojim situacijama u apoteci bi emocionalna inteligencija (EI) posebno mogla doći do izražaja? – OPISATI SITUACIJE
Ključna	2.	5. Kakvo je vaše mišljenje o značaju EI na izbegavanje stručne greške? Vidite li značaj pojedinačnih subdomena EI? – STIMULISATI DIKUSIJU SITUACIJA I SLUČAJEVA
Ključna	2.	6. Kakvo je vaše mišljenje o značaju EI za prevenciju neadekvatnog ponašanja* prema farmaceutima u apoteci (vidite li poseban značaj pojedinačnih subdomena EI)? – STIMULISATI DIKUSIJU SITUACIJA I SLUČAJEVA
Ključna	2.	7. Kakvo je vaše mišljenje o značaju EI za uspešnu komunikaciju unutar kolektiva/organizacije (vidite li poseban značaj pojedinačnih subdomena EI)? – STIMULISATI DIKUSIJU SITUACIJA I SLUČAJEVA
Ključna	2.	8. Kakvo je vaše mišljenje o značaju EI za uspešno rešavanje konflikata sa pacijentima, kolegama, nadređenima (vidite li poseban značaj pojedinačnih subdomena EI)? – STIMULISATI DIKUSIJU SITUACIJA I SLUČAJEVA
Ključna	2.	9. Kakvo je vaše mišljenje o značaju EI za uspešnu interkolaborativnu praksu (lekar - farmaceut) (vidite li poseban značaj pojedinačnih subdomena EI)? – STIMULISATI DIKUSIJU SITUACIJA I SLUČAJEVA
Ključna	2.	10. Kakvo je vaše mišljenje o značaju EI za uspešno kreiranje 'privrženosti'/lojalnosti korisnika usluga (vidite li poseban značaj pojedinačnih subdomena EI)? – STIMULISATI DIKUSIJU SITUACIJA I SLUČAJEVA
Ključna	3.	11. Navedite konkretne aktivnosti u okviru studijskih programa i/ili programa kontinuirane farmaceutske edukacije, koje ste prošli, ili biste voleli da prođete, kojima bi se najviše unapredila vasa EI ? – STIMULISATI DIKUSIJU SITUACIJA I SLUČAJEVA
Ključna	3.	12. Kakvo bi okruženje za vas bilo značajno da se u njemu sa Vama radi na razvoju EI ?
Završna	svi	13. Imate li dodatnih viđenja, komentara, sugestija ?
Završna	svi	14. Da li nam možete dati savet kako da promovišemo značaj EI kod farmaceuta u farmaceutskoj zdravstvenoj zaštiti ?

* psihološki pritisak, verbalno, fizičko nasilje

Definicija aspekata :

1. svest farmaceuta o značaju EI na farmaceutske praksu
2. prepoznavanje potrebe razvoja EI (uključujući pojedinačne subdomene) za uspešno sprovođenje farmaceutske zdravstvene zaštite
3. percepcije farmaceuta o programima razvoja EI i mišljenja i sugestije kako odabrati programe, unaprediti ih i uspešno primeniti

8.7. Prilog 7: Genosov upitnik emocionalne inteligencije (EI) - sažeta verzija (upitnik samoprocene)

Uputstva

Genosov EI upitnik je osmišljen da proceni koliko mislite da sa određenom učestalošću pokazujete emocionalno inteligentno ponašanje na poslu. Nema tačnih ili pogrešnih odgovora. Međutim, neophodno je da vaši odgovori zaista odražavaju vaša uverenja u pogledu toga koliko često pokazujete određeno ponašanje. Ne bi trebalo odgovarati na način za koji mislite da zvuči dobro ili prihvatljivo. Generalno, pokušajte da ne trošite previše vremena razmišljajući o odgovorima. Najčešće je prvi odgovor koji vam padne na pamet najprecizniji. Međutim, nemojte žuriti sa svojim odgovorima, ili odgovarati bez da ste detaljno razmotrili svaku izjavu. Ispod je primer.

P. Pokazujem odgovarajuće emocionalne reakcije u teškim situacijama.

Na skali odgovora treba navesti koliko često verujete da demonstrirate ponašanje koje je u pitanju. Postoji pet mogućih odgovora za svaku izjavu (prikazano u nastavku). Treba označiti broj koji odgovara vašem odgovoru gde je ...

1 = gotovo nikad

2 = retko

3 = ponekad

4 = često

5 = gotovo uvek

Kada razmatrate odgovor, važno je da ne razmišljate o načinu na koji ste se ponašali u specifičnoj situaciji, već bi vaši odgovori trebalo da se zasnivaju na vašem tipičnom ponašanju. Takođe, neka od pitanja možda ne sadrže sve informacije koje biste želeli da dobijete. Ako je to slučaj, odaberite odgovor koji se čini najverovatnijim. Ne postoji vremensko ograničenje; međutim, trebalo bi da popunjavanje upitnika traje 5-7 minuta.

“Genosov upitnik emocionalne inteligencije - sažeta verzija”

Ispod je serija od 31 izjave. Molimo označite broj, koji odgovara izjavi, a koji najviše ukazuje na način na koji najčešće mislite, osećate se i ponašate na poslu. Ako pogrešite, jednostavno odaberite drugi, adekvatniji odgovor.

1	Pokazujem drugima da uzimam u obzir njihova osećanja kada donosim odluke na poslu.	1	2	3	4	5
2	Ne uspevam da prepoznam kako moja osećanja utiču na moje ponašanje na poslu.	1	2	3	4	5
3	Aдекватно reagujem na događaje koji me frustriraju.	1	2	3	4	5
4	Teško uspevam da prepoznam svoja osećanja u odnosu na probleme na poslu.	1	2	3	4	5
5	Pogrešnim ljudima na poslu izražavam kako se osećam.	1	2	3	4	5
6	Ne uspevam da se efikasno nosim sa stresnim situacijama na poslu.	1	2	3	4	5
7	Kada me neko uznemiri na poslu, efikasno iskažem kako se osećam.	1	2	3	4	5
8	Uzimam u obzir kako drugi mogu reagovati na odluke kada ih saopštavam.	1	2	3	4	5
9	Kada me nešto isfrustrira na poslu, na odgovarajući način razgovaram o svojoj frustraciji.	1	2	3	4	5
10	Kada sam pod stresom, postajem impulsivan/-na.	1	2	3	4	5
11	Ne uspevam da prepoznam način na koji ljudi reaguju na mene kada gradimo odnos poverenja.	1	2	3	4	5
12	Razumem stvari zbog kojih se ljudi osećaju optimistično na poslu.	1	2	3	4	5
13	Kritike kolega shvatam lično.	1	2	3	4	5
14	Uspešno pomažem drugima da se osećaju pozitivno na poslu.	1	2	3	4	5
15	Odluke na poslu komuniciram na način koji pleni pažnju drugih.	1	2	3	4	5
16	Dobijam saglasnost zainteresovanih strana za odluke koje donosim na poslu.	1	2	3	4	5
17	Na adekvatan način komuniciram odluke različitim zainteresovanim stranama.	1	2	3	4	5
18	Iznosim kako se osećam u pravo vreme.	1	2	3	4	5
19	Razumem šta ljude čini da se osećaju cenjenim na poslu.	1	2	3	4	5
20	Uspešno se nosim sa stvarima koje me nerviraju na poslu.	1	2	3	4	5
21	Adekvatno odgovaram kolegama koje me frustriraju na poslu.	1	2	3	4	5
22	Teško prepoznajem stvari koje motivišu ljude na poslu.	1	2	3	4	5
23	Ne uspevam da ostanem smiren/-na u teškim situacijama na poslu.	1	2	3	4	5
24	Svestan/-na sam svog raspoloženja na poslu.	1	2	3	4	5
25	Pomažem ljudima da se nose sa problemima koji im stvaraju frustraciju na poslu.	1	2	3	4	5
26	Ostajem fokusiran/-na i kada sam uznemiren zbog nečega na poslu.	1	2	3	4	5
27	Ne uspevam da efikasno rešim emocionalne situacije na poslu.	1	2	3	4	5
28	Svestan sam kako moja osećanja utiču na odluke koje donosim na poslu.	1	2	3	4	5
29	Imam problema sa pronalaženjem pravih reči kojima bih izrazio/-la kako se osećam na poslu.	1	2	3	4	5
30	Kad sam uznemiren/-a na poslu, i dalje jasno razmišljam.	1	2	3	4	5
31	Ne znam šta da radim ili da kažem kada se kolege iznerviraju na poslu.	1	2	3	4	5

© Genos International - sva prava zadržana i na derivate upitnika, uključujući i ovu verziju na srpskom jeziku

Izvor:

Palmer BR, Stough C, Harmer R, et al. The Genos Emotional Intelligence Inventory: A Measure Designed Specifically for Workplace Applications. In: Stough C, Saklofske D, Parker J, editors. Assessing emotional intelligence: Theory, research & applications. New York: Springer; 2009. p. 103–17.

8.8. Prilog 8: Objavljeni i saopšteni radovi koji čine sastavni deo doktorske disertacije

Radovi objavljeni u istaknutim međunarodnim časopisima (M22):

Senćanski, D., Tadić, I., Jocić, D. et al. Perceived importance of emotional intelligence for clinical pharmacy practice and suggested improvements: a focus group study of postgraduate pharmacists. *Int J Clin Pharm* (2024). <https://doi.org/10.1007/s11096-024-01748-4>

Oblast: Pharmacology & Pharmacy, IF (2023)=2,6 (161/274).

Senćanski, D., Marinković, V. & Tadić, I. A cross-sectional study comparing emotional intelligence and perceived stress amongst community pharmacists delivering and not delivering a new service. *Int J Clin Pharm*. 2023;45(5): 1136-43 <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01542-8>.

Oblast: Pharmacology & Pharmacy, IF (2023)=2,6 (161/274).

Radovi objavljeni u međunarodnim časopisima (M23):

Senćanski, D., Marinković V, Georgiev AM & Tadić I. Emotional Intelligence and Perceived Stress in Pharmacists Completing Post-Graduate Specialization Programs: A Cross-Sectional Study. *Indian J Pharm Educ Res*. 2024 Feb 23;58(2):671–8. DOI: 10.5530/ijper.58.2.75.

Oblast: Pharmacology & Pharmacy, IF (2023)=0,8 (258/274).

Senćanski D., Tadić I, Marinković V. Emotional intelligence and pharmaceutical care: A systematic review. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2022; 62(4): 1133-1141. doi: 10.1016/j.japh.2022.02.019.

Oblast: Pharmacology & Pharmacy, IF (2022)=2,1 (212/278).

Predavanje po pozivu na skupu nacionalnog značaja štampano u izvodu (M62):

Senćanski, D. AI and EI in the Pharmaceutical Industry 5.0: Sustainability Challenge or Advantage? 9. godišnja međunarodna konferencija Dobra distributivna praksa (GDP) *Good Distribution Practice of Drugs and Medical Devices – Continuous improvement*, 2024. Predavač po pozivu. Zbornik sažetaka. p.4. JUSK - Jedinstveno Udruženje Srbije za Kvalitet: Beograd, Srbija. ISBN: 978-86-89157-24-6

Saopštenje sa skupa nacionalnog značaja štampano u izvodu (M64):

Senćanski, D., Marinković, V. and Tadić, I. What might be an impact of emotional intelligence on pharmacy practice? *Archives of Pharmacy*, 2022; 72(Suppl. 4): S311-S312.

9. Biografija autora

Dejan Senćanski je rođen 07.02.1967, u Beogradu. Osnovnu i srednju školu završio u Beogradu sa najboljim uspehom (nosilac Vukovih diploma). Završio je Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu kao najbolji student generacije (prosečna ocena na studijama 9,85). I na studijama se bavio naučno-istraživačkim radom i radove objavljivao na Susretima studenata farmacije. Rad na temu „Kinetika reakcije Ni jona u prisustvu cefalosporina“ predstavljen je na Saveznom kongresu studenata farmacije, a za rad je dodeljena i nagrada Univerziteta u Beogradu. Master studije rukovođenja poslovanjem (*MBA*) je završio na *Cardiff Metropolitan Univerzitetu*. Radio je 20 godina u farmaceutskoj industriji, u vodećim farmaceutskim multinacionalnim kompanijama na različitim pozicijama i na lokalnom i na internacionalnom nivou. Na liderskim pozicijama je bio više od 14 godina, od kojih je poslednja bila *General Manager* za Centralni Balkan. Dejan ima veoma bogato iskustvo u treningu, razvoju ljudi i projektima razvoja poslovanja. Tokom rada u farmaceutskoj industriji, dodatno se edukovao u najprestižnijim internacionalnim poslovnim školama, kao što su *INSEAD* i *London Business School*. Radio je na projektima sa najrenomiranijim svetskim konsultantskim agencijama (*IMS Health, Boston Consulting Group, McKinsey*). Osnivač je i direktor Agencije *LNS Consulting & Human Development*. Radi kao konsultant, trener, *coach* i *executive coach* za farmaceutsku industriju već 13 godina. Od 2015. radi i kao eksterni konsultant za *Adriatic region* i region Bliskog Istoka britanske konsultantske kuće *Cormis Partnership Ltd*, a od 2017. i kao konsultant internacionalne konsultantske agencije *Actando*. Od 2017. godine je predavač iz prakse na osnovnim i specijalističkim studijama na Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, a od 2018. i sertifikovani *Emotional Intelligence Practitioner* od strane *Genos International*. Doktorand je na katedri za Socijalnu farmaciju i farmaceutsko zakonodavstvo Farmaceutskog fakulteta u Beogradu.

10. Izjave

10.1. Izjava o autorstvu

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора Дејан Р. Сенћански

Број индекса 24/2020

Изјављујем

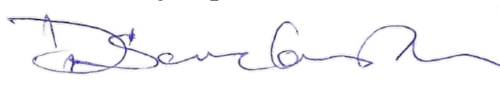
да је докторска дисертација под насловом

Процена емоционалне интелигенције фармацеута кроз програме професионалног усавршавања

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

Потпис аутора

У Београду, 10.06.2024.



10.2. Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Дејан Р. Сенћански

Број индекса 24/2020

Студијски програм Социјална фармација и истраживање фармацеутске праксе

Наслов рада Процена емоционалне интелигенције фармацеута кроз програме професионалног усавршавања

Ментори др.сц. Ивана Тадић и др.сц. Валентина Маринковић

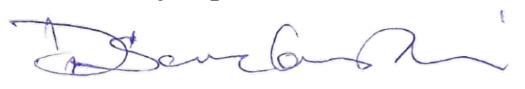
Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

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

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

У Београду, 28.06.2024.

Потпис аутора



10.3. Izjava o korišćenju

Изјава о коришћењу

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

Процена емоционалне интелигенције фармацеута кроз програме професионалног усавршавања

која је моје ауторско дело.

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

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

1. Ауторство (CC BY)

2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)

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

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

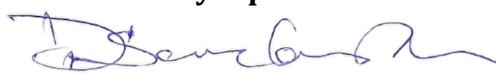
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)

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

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

У Београду, 28.06.2024.

Потпис аутора



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