

UNIVERZITET U BEOGRADU

MEDICINSKI FAKULTET

Vida Lj. Jeremić Stojković

**ISPITIVANJE POŠTOVANJA PRAVA NA  
POVERLJIVOST U RADU SA  
ADOLESCENTIMA MEĐU LEKARIMA U  
PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Doktorska disertacija

Beograd, 2019. godina

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF MEDICINE

Vida Lj. Jeremić Stojković

**STUDY OF THE RESPECT OF  
CONFIDENTIALITY IN ADOLESCENT  
HEALTH CARE AMONG PRIMARY  
CARE PHYSICIANS**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2019

**Mentor:** Prof. dr Karel Turza, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

**Komentor:** Prof. dr Bojana Matejić, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

**Članovi komisije:**

1. Prof. dr Vesna Bjegović Mikanović, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
2. Prof. dr Petar Bulat, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
3. Doc. dr Snežana Ukropina, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

Datum odbrane doktorske disertacije:

*Zahvaljujem se mentoru prof. dr Karelu Turzi i komentorki prof. dr Bojani Matejić na savetima, pomoći i podršci, lekarima koji su uložili vreme i energiju za učešće u istraživanju, i porodici na strpljenju i podršci.*

# **ISPITIVANJE POŠTOVANJA PRAVA NA POVERLJIVOST U RADU SA ADOLESCENTIMA MEĐU LEKARIMA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

## **Rezime**

Cilj ovog istraživanja bilo je ispitivanje znanja, stavova i ponašanja lekara koji su uključeni u zdravstvenu zaštitu adolescenata u vezi sa poštovanjem prava na poverljivost u oblasti reproduktivnog zdravlja i svojom ulogom u obezbeđivanju poverljivosti. Pored toga, ispitivani su faktori koji su u vezi sa odlukom lekara da obezbede pravo na poverljivost u zaštiti reproduktivnog zdravlja adolescenata. U svrhu ispitivanja znanja, stavova i ponašanja lekara konstruisan je i validiran novi instrument istraživanja – upitnik za anketiranje lekara o poštovanju prava na poverljivost u zaštiti reproduktivnog zdravlja adolescenata.

Istraživanje je sprovedeno kao studija preseka. U istraživanju je korišćen kombinovani, kvalitativno-kvantitativni eksploratorni dizajn koji sjedinjuje kvalitativnu i kvantitativnu metodologiju prikupljanja podataka. Prva faza je bila preliminarno kvalitativno istraživanje, kojim su se kroz intervju sa manjim brojem ispitanika identifikovale ključne teme. Na osnovu rezultata kvalitativnog istraživanja, tj. identifikovanih tema razvijen je instrument za drugu fazu - kvantitativno istraživanje znanja, stavova i ponašanja na većem uzorku lekara.

Kvalitativna studija je sprovedena u sedam domova zdravlja na teritoriji Beograda i Republičkom centru za planiranje porodice u okviru Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije “Dr Vukan Čupić”, u periodu od marta do maja 2016. godine. Kriterijum za uključivanje u kvalitativnu studiju je bio da su ispitanici lekari uključeni u primarnu zdravstvenu zaštitu adolescenata u oblasti reproduktivnog zdravlja, dakle lekari zaposleni u u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece i službi za zdravstvenu zaštitu žena. Uzorkovanje ispitanika je bilo svrsishodno, kako bi se obuhvatila što različitija, bogatija i kompleksnija viđenja i shvatanja ispitanika. Podaci u kvalitativnom istraživanju su prikupljeni putem polustrukturisanih intervju, tokom kojih je korišćen namenski osmišljen tematski vodič za intervjuisanje. Intervjui su trajali aproksimativno 60 minuta, i snimani su diktafonom uz dozvolu ispitanika. Zvučni zapisi intervju doslovno su transkribovani. Transkripti intervju predstavljali su jedinice za induktivnu kvalitativnu

analizu sadržaja. Transkripti su inicijalno kodirani, a slično kodirani podaci organizovani su u kategorije i sub-kategorije.

Kvantitativna studija je osmišljena kao KAP anketa (studija znanja, stavova i ponašanja). Anketiranje je obavljeno u periodu novembar 2017. godine - avgust 2018. godine u 13 domova zdravlja na teritoriji grada Beograda. Kriterijum za uključivanje u studiju bio je da su lekari zaposleni u službama za zdravstvenu zaštitu školske dece i zdravstvenu zaštitu žena u okviru domova zdravlja na teritoriji Beograda. Kriterijumi za isključivanje iz studije bili su odsustvo zbog kruženja na specijalizaciji i odsustvo zbog dužeg bolovanja ili trudnoće/nege deteta. Instrument istraživanja bio je originalni upitnik, konstruisan na osnovu rezultata kvalitativnog istraživanja iz prve faze. Kategorije dobijene u kvalitativnom istraživanju predstavljale su ključne konstrukte u ispitivanju fenomena poverljivosti i glavne domene u upitniku, a sub-kategorije su pretočene u grupe pitanja u okviru domena upitnika. Upitnik se sastoji iz pet delova: deo sa sociodemografskim pitanjima, test znanja, skala stavova, skala ponašanja i skala faktora. Metrijska svojstva testa znanja ispitivana su kroz procenu težine pitanja, procenu diskriminativnosti pitanja i analizu pouzdanosti testa. U okviru psihometrijske analize instrumenta analizirane su pouzdanost i struktura skale stavova. U statističkoj obradi podataka primenjene su metode deskriptivne statistike, Studentov t-test, Man-Whitney test, ANOVA, Kruskal-Wallis test, Chi-kvadrat test, univarijantna i multivarijantna linearna regresija.

U kvalitativnoj studiji intervjuisano je 12 ispitanika, a analizom sadržaja dobijeno je 7 kategorija i 26 sub-kategorija. Glavne kategorije bile su: znanja i stavovi prema zakonu, razlozi za poverljivost, poverljivost u praksi, organizacioni faktori koji ometaju poverljivost, zrelost i sposobnost rasuđivanja adolescenata, ponašanje roditelja, i uloga lekara. U kvantitativnoj studiji anketirano je 152 lekara, čija je prosečna starost bila  $50.8 \pm 9$  godina. Ukupno je bilo 78 (51.3%) ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece i 74 (48.7%) ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena. Instrument za ispitivanje znanja, stavova i ponašanja pokazao je dobre psihometrijske karakteristike (Kronbah alfa za test znanja iznosio je 0.664, Kronbah alfa za skalu stavova 0.835, a faktorska analiza strukture skale stavova primenom PCA metode pokazala je 6-faktorsku strukturu sa značajnim faktorskim opterećenjima). Ispitivani lekari su pokazali srednje dobro znanje u vezi sa pravom na poverljivost adolescenata u

zdravstvenoj zaštiti (prosečan skor na testu znanja iznosio je  $4.05 \pm 1.754$  poena), umeren stav prema poverljivosti u radu sa adolescentima (prosečan skor na skali stavova iznosio je  $65.91 \pm 10.33$  poena) i srednje dobar skor na skali ponašanja ( $21.43 \pm 4.03$  poena). Ispitanici iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece pokazali su statistički značajno bolje poznavanje pojedinih zakonskih odredbi od ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena, iako značajne razlike u ukupnom skor u između ovih grupa nije bilo. Ispitanici muškog pola imali su statistički značajno veći skor na skali stavova u odnosu na ispitanike ženskog pola. Ispitanici iz službe za zdravstvenu zaštitu žena pokazali su statistički značajno bolji skor na skali ponašanja u odnosu na ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece. Kao faktore koji najviše ugrožavaju poverljivost u radu sa adolescentima procentualno najveći broj ispitivanih lekara je istakao nedovoljno vremena po pacijentu, nedostupnost juvenilnog ginekologa, nepreciznu zakonsku definiciju situacija “*ozbiljne ugroženosti života i zdravlja*” u kojima se roditelji moraju obavestiti protivno volji deteta, i nedovoljan broj lekara u smeni. Multivarijantnom lineranom regresijom pokazano je da varijable *Skor znanja* i *Skor stavova* značajno predviđaju varijabilitet u varijabli *Skor ponašanja* čak i nakon kontrolisanja efekata druga dva značajna prediktora *Starost* i *Služba*, čime je potvrđena hipoteza da su znanje i stavovi značajni prediktori ponašanja. Na osnovu ovih rezultata može se zaključiti da bi adekvatna i prilagođena edukacija lekara značajno unapredila njihovo poštovanje poverljivosti u praksi sa adolescentima.

**Ključne reči:** pravo na poverljivost; adolescenti; primarna zdravstvena zaštita; reproduktivno zdravlje; kvalitativna studija; KAP studija

**Naučna oblast:** Medicina

**Uža naučna oblast:** Javno zdravlje

# **STUDY OF THE RESPECT OF CONFIDENTIALITY IN ADOLESCENT HEALTH CARE AMONG PRIMARY CARE PHYSICIANS**

## **Summary**

The aim of this study was to assess knowledge, attitudes and practice regarding primary care physicians' confidentiality respect in adolescent reproductive health care, and their role in providing confidentiality. In addition, factors that affect physicians' decision to provide confidential health care to adolescents were explored. With the aim to assess knowledge, attitudes and practice of physicians the new instrument was constructed and validated – the questionnaire for surveying physicians regarding respect of confidentiality in adolescent reproductive health care.

The study was organized as a cross-sectional study. A qualitative-quantitative mixed method was employed. Mixed methods combines qualitative and quantitative methodology of data collecting. The first phase was exploratory qualitative study, that identified the key topics through interviewing a small number of participants. Based on qualitative study results, an instrument for the second, quantitative phase was developed, that was applied on a larger sample of participants.

Qualitative study was conducted at the seven primary care institutions at the territory of Belgrade (Dom zdravlja Novi Beograd, Dom zdravlja Palilula, Dom zdravlja Stari grad, Dom zdravlja Savski venac, Dom zdravlja Lazarevac, Dom zdravlja Barajevo, Dom zdravlja Rakovica) and at the Republic center for Family Planning within the Institute of mother and child health care "Dr Vukan Čupić", in the period March-May 2016. The inclusion criteria for the qualitative study was that participants were included in the adolescent reproductive health care at the primary care level (physicians employed at the school children health department and women health department). The purposive sampling was applied, with the aim to include diverse, rich and complex perspectives and understandings of participants. Data in the qualitative study were gained through semi-structured interviews, with the use of purposefully designed interview guide. Interviews lasted approximately 60 minutes, were audio-taped with the participants' permissions. Interview records were transcribed verbatim. Interview transcripts presented units for inductive qualitative content analysis.



Transcripts were initially coded, and similarly coded data were organized into categories and sub-categories.

Quantitative study was designed as a KAP (Knowledge, Attitudes, Practice) survey. Survey was conducted in the period November 2017 – August 2018 at 13 primary care institutions at the territory of Belgrade. The inclusion criteria was that participants were employed at the school children health departments and women health departments within primary care institution at the territory of Belgrade. The exclusion criteria were rotations within specialization, extended sick leave and maternity leave. The study instrument was the original questionnaire constructed based on the qualitative study results. Categories obtained from the qualitative study presented the key constructs in the exploration of the confidentiality phenomenon and the key domains of the questionnaire. Sub-categories were translated into clusters of questions within the questionnaire domains. The questionnaire consists of five parts: socio-demographic questions, knowledge test, attitudes scale, behavior scale and factors scale. Metric properties of the knowledge test were assessed through the assessment of questions difficulty, the assessment of questions discriminativity and the reliability assessment. Within the psychometric analysis of the instrument the reliability of the attitudes scale and factor analysis were performed. The statistical analysis of quantitative data comprised descriptive statistics, Student's t-test, Man-Whitney test, ANOVA, Kruskal-Wallis test, Chi-square test, univariate and multivariate linear regression model.

In the qualitative study 12 participants were interviewed. Content analysis of qualitative data resulted in 7 categories and 26 sub-categories. Categories were: knowledge and attitudes regarding the law, reasons for confidentiality, confidentiality in practice, organizational factors that hinder confidentiality protection, maturity and decisional capacity of adolescents, parental behavior, and the role of physicians. In the quantitative study 152 physicians were surveyed, with the average age of  $50.8 \pm 9$  years. There were 78 (51.3%) participants from the school children departments and 74 (48.7%) participants from the women health departments. The survey instruments showed satisfying psychometric characteristics (Kronbach alpha for the knowledge test was 0.664, Kronbach alpha for the attitudes scale was 0.835, principal components analysis (PCA) of the attitudes scale showed six-factor structure with significant factor loadings). Surveyed physicians showed medium level of knowledge regarding the right

to confidentiality of adolescents in health care (the average score on the knowledge test was  $4.05 \pm 1.754$  points), moderate attitude toward adolescent confidentiality (the average score on the attitude scale was  $65.91 \pm 10.33$  points), and medium score on the behavior scale ( $21.43 \pm 4.03$  points). Participants from the school children health department showed statistically significant knowledge of individual legal statements comparing to participants from the women health department, although no difference in the total knowledge score was observed between these two groups. Male participants had significantly higher attitude score comparing to female participants. Participants from the women health department showed significantly higher behavior score comparing to participants from the school children health department. The highest percentage of participants emphasized insufficient time per patient, unavailable juvenile gynecologist, the vagueness of the legal regulations of life- and health- threatening situations when confidentiality should be breached, and insufficient number of physicians as factors that mostly prevent confidentiality protection. Multivariate linear regression showed that variables *Knowledge score* and *Attitude score* significantly predict variability of the outcome variable *Behavior score*, even after controlling effects of the two other significant predictors *Age* and *Department*. Based on these results we might conclude that comprehensive and adjusted education of physicians would lead to the significant improvement of the adolescent confidentiality protection in practice.

**Key words:** confidentiality; adolescents; primary health care; reproductive health; qualitative study; KAP study

**Academic expertise:** Medicine

**Field of academic expertise:** Public health

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Definicija i istorijat izučavanja adolescencije .....	1
1.2. Kognitivni razvoj u adolescenciji .....	4
1.3. Razvoj autonomije u adolescenciji .....	8
1.4. Zdravlje i zdravstvena zaštita adolescenata .....	10
1.4.1. Rizično ponašanje u adolescenciji .....	11
1.4.2. Seksualno i reproduktivno zdravlje adolescenata u svetu i u Srbiji .....	13
1.4.3. Zdravstvene službe za zaštitu seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata 17	
1.5. Prava dece i adolescenata na pristanak i poverljivost u zdravstvenoj zaštiti u međunarodnim konvencijama .....	21
1.6. Učešće (participacija) dece i adolescenata u odlučivanju o zdravlju .....	23
1.6.1. Dečja iskustva učešća u odlučivanju u zdravstvenoj zaštiti .....	25
1.6.2. Koristi od uključivanja dece i adolescenata u odlučivanje u zdravstvenoj zaštiti	26
1.6.3. Potencijalne prepreke uključivanju dece i adolescenata u medicinsko odlučivanje 27	
1.7. Poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata .....	31
1.7.1. Opravdanost prava na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata .....	32
1.7.2. Argumenti protiv prava na poverljivost u adolescenciji .....	37
1.7.3. Poverljivost u različitim socio-kulturnim kontekstima .....	41
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA .....	47
3. MATERIJAL I METODE .....	48
3.1. Kvalitativno istraživanje - Faza I .....	48
3.1.1. Tip i dizajn studije .....	48
3.1.2. Mesto i period istraživanja .....	49
3.1.3. Selekcija ispitanika .....	50
3.1.4. Instrumenti merenja .....	51
3.1.5. Procedura skupljanja podataka .....	52
3.1.6. Analiza podataka .....	53
3.1.7. Refleksivni osvrt na ulogu istraživača .....	53
3.1.8. Strategije za obezbeđivanje pouzdanosti kvalitativnih rezultata i zaključaka .....	54
3.2. Kvantitativno istraživanje – faza II .....	55

3.2.1.	Tip i dizajn studije.....	55
3.2.2.	Mesto i period istraživanja .....	55
3.2.3.	Selekcija ispitanika.....	56
3.2.4.	Instrumenti merenja.....	56
3.2.5.	Procedura prikupljanja podataka .....	59
3.2.6.	Procena psihometrijskih karakteristika instrumenta.....	59
3.2.7.	Statističke metode obrade podataka .....	61
4.	REZULTATI.....	63
4.1.	Rezultati kvalitativnog istraživanja .....	63
4.1.1.	Znanja i stavovi prema zakonu.....	64
4.1.2.	Razlozi za poverljivost .....	66
4.1.3.	Poverljivost u praksi.....	69
4.1.4.	Organizacioni faktori koji ometaju čuvanje poverljivosti .....	71
4.1.5.	Sposobnost rasuđivanja i zrelost adolescenata .....	76
4.1.6.	Ponašanje roditelja .....	78
4.1.7.	Uloga lekara .....	82
4.2.	Rezultati kvantitativnog istraživanja .....	86
4.2.1.	Formiranje uzorka .....	86
4.2.2.	Sociodemografske karakteristike ispitanika .....	89
4.2.3.	Rezultati procene psihometrijskih karakteristika instrumenta .....	92
4.2.4.	Znanje ispitanika o pravu adolescenata na poverljivost .....	99
4.2.5.	Stavovi ispitanika prema pravu adolescenata na poverljivost.....	102
4.2.6.	Ponašanje ispitanika u vezi sa poštovanjem prava adolescenata na poverljivost 107	
4.2.7.	Faktori koji ugrožavaju obezbeđivanje poverljivosti u radu sa adolescentima .	110
4.2.8.	Utvrđivanje prediktora ponašanja u vezi sa poštovanjem prava na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata.....	112
5.	DISKUSIJA.....	117
6.	ZAKLJUČCI.....	141
7.	LITERATURA.....	144

## 1. UVOD

### 1.1. Definicija i istorijat izučavanja adolescencije

Termin *adolescencija* izveden je od latinskog glagola *adolescere*, sa značenjem „odrasti, sazreti“. Svetska zdravstvena organizacija definiše adolescenciju kao period ljudskog rasta i razvoja, između detinjstva i odraslog doba, od 10. do 19. godine (1), a kao “mlade odrasle” označava pripadnike uzrasne kategorije od 15. do 24. godine. Prema hronološkom kriterijumu, adolescencija se deli na ranu (11-14), srednju (15-17) i kasnu adolescenciju (18-21) (2). Iako se danas adolescencija podrazumeva kao opšte-prihvaćen termin, sam koncept adolescencije kao razvojnog perioda je novijeg datuma. Kroz veći deo istorije čovečanstva, period između detinjstva i odraslog doba nije bio posebno izdvojen ni okarakterisan. Međutim, Aristotel je priznavao značaj puberteta, i izdvajao tri stadijuma razvoja koji se ne razlikuju mnogo od savremenih stadijuma razvoja: detinjstvo (0-7 godina), dečaštvo (7-14 godina tj. početak puberteta) i rano odraslo doba (pubertet-21 godina) (3). Tokom srednjeg veka deca su veoma rano počinjala da rade i doprinose porodičnoj ekonomiji, tako da je prelaz iz detinjstva u odraslo doba bio oštar, bez perioda tranzicije. Na decu se gledalo kao na „minijaturne odrasle“ (4). Tek u kasnom 18.veku, francuski filozof Žan Žak Ruso ističe štetnost takvog odnosa prema deci, i nudi model razvoja koji uključuje četiri stadijuma, od čega se prva dva preklapaju sa savremenom definicijom adolescencije. Prvi stadijum traje od 5 do 12 godine, u kome deca ne poseduju racionalnost, i poželjno je pustiti ih da slobodno ižive svoje unutrašnje porive i impulse. U narednom stadijumu koji traje od 12 do 16 godine, deca razvijaju racionalno mišljenje, razumevanje i samosvest, i spremna su za formalno školovanje (5).

Istoričari kulture smatraju da je adolescencija „izmišljena“ na samom početku 20.veka, dok s druge strane sociolozi zauzimaju stav da je adolescencija identifikovana u periodu kada je većina zapadnih društava prelazila iz dominantno agrarnog modela u sistem industrijske ekonomije, koji je podrazumevao produženo i masovnije školovanje, mehanizaciju i značajno smanjenje dečjeg rada (6). Sa druge strane, neki teoretičari smatraju da je adolescencija univerzalan fenomen prelaska iz detinstva u odraslo doba,

oduvek i svuda prisutan, jedino se kriterijumi za vremensko određivanje tog perioda razlikuju od društva do društva (7). Oni su smatrali da je adolescencija postojala i u preindustrijskim društvima, ali u značajno kraćem periodu.

Razvojno shvatanje adolescencije oslanja se na koncept životnog veka, koji podrazumeva kontinuirani proces razvoja i starenja od rođenja do smrti. Važno je naglasiti da postoji kontinuitet između svih životnih faza, detinjstva, ranog odraslog doba, sredovečnosti i poznog odraslog doba. Adolescencija se definiše kao tranzicioni razvojni period između detinjstva i odraslog doba, a kao razvojna faza adolescencija je značajna jer podrazumeva brojne biološke, psihološke, emocionalne i socijalne promene (8). Sa zdravstvenog aspekta, u ovom periodu se usvajaju trajni pozitivni ali i rizični oblici ponašanja koji imaju posledice u kasnijim životnim razdobljima. Smatra se da razvojni događaji u ovoj ključnoj formativnoj fazi života mogu oblikovati čitav životni tok pojedinca.

Začetnik sistematskog naučnog proučavanja adolescencije bio je Stenli Hol (Stanley Hall), u okviru pokreta „dečjih studija“ (eng. *child study movement*) na samom početku 20. veka u Americi(9). Holovo kapitalno delo „Adolescencija: njena psihologija, njene povezanosti sa fiziologijom, antropologijom, sociologijom, seksualnošću, kriminalom, religijom i obrazovanjem“ predstavlja sveobuhvatnu enciklopediju njegovih ideja i zaključaka o adolescenciji. Hol je bio pod velikim uticajem darvinizma i Frojdovog učenja, te se njegovo shvatanje individualnog razvoja može objasniti kao „rekapitulacija“ svih stadijuma evolucije civilizovanog društva, od divljaštva do modernog društva, gde je adolescencija najvažniji stadijum kroz koji individua proživljava praiistorijsku fazu čovečanstva, gde logičko mišljenje počinje da nadvladava instinkte, pa otud „oluja i stres“ (eng. „*storm and stress*“) karakteristični za adolescenciju. Hol je smatrao da je adolescencija biološki uslovljen fenomen, da hormonske promene u pubertetu uzrokuju psihološki preokret, i da su dakle „oluja i stres“ intrinzička odlika adolescencije, bez obzira u kojoj kulturi se dešavala. Nastavljajući se na Holovu premisu o „oluj i stresu“, razvojem u adolescenciji bavili su se psihoanalitičarka Ana Frojd (Anna Freud) i pripadnik psihosocijalnog pravca Erik Erikson (Erik Erikson), koji su takođe naglašavali značaj krize u adolescenciji, sa ishodištem u samoj ličnosti (10,11). S druge strane, jedan broj njihovih savremenika smatrao je da je specifičnost adolescencije isključivo vezana za odgoj, tj. faktore

okruženja (12). Kulturna antropologija ukazala je na značaj kulturnih faktora u određenju adolescencije. Knjiga Margaret Mid (Margaret Mead) "Odrastanje u Samoi" dovela je u pitanje zapadnjačka shvatanja ovog razvojnog perioda (13). Danas je opšte poznato da ni prirodne (*nature*) ni odgojne (*nurture*) teorije nisu dovoljno sveobuhvatne za objašnjavanje psiholoških fenomena u adolescenciji.

Savremena faza u naučnom izučavanju adolescencije nastupila je tokom 1970-ih godina kada je psihološki razvoj u adolescenciji postao najznačajnija i najizučavanija tema razvojne psihologije. Psiholozi su period adolescencije videli kao "idealnu prirodnu ontogenetsku laboratoriju za izučavanje ključnih teorijskih i metodoloških pitanja u razvojnoj psihologiji" (14). Nekoliko je razloga zbog čega se adolescencija smatra tako jedinstvenim i specifičnim periodom ljudskog života (15). Prvo, pored značajnih fizičkih i fizioloških promena koje se dešavaju u pubertetu, u adolescenciji je najizraženija interakcija između biologije i okruženja. Drugo, za razliku od mlađe dece, svesni, razumni i relativno autonomni adolescenti mogu aktivno uticati na svoj razvoj. Treće, adolescenti prolaze kroz višestruke tranzicije kroz društvene sisteme, kao što su porodica, vršnjaci, škola, radna mesta, i svaki od ovih nivoa sistema interreaguje sa ostalim faktorima razvoja, što adolescenciju čini najdinamičnim periodom ljudskog života.

Savremeni teoretičari adolescencije integrišu saznanja iz prethodnih epoha izučavanja adolescencije, i uzimaju u obzir kako biološke faktore (hormonske i somatske promene, sazrevanje reproduktivnog sistema), tako i socio-kulturne faktore (socio-ekonomske determinante, kulturne i istorijske faktore itd.) (16). Savremena teorija prepoznaje da adolescencija zaista otpočinje pod uticajem pubertalnih promena, a čitav period je oblikovan sadejstvom bioloških i kontekstualnih faktora. Razvoj nije linearni uniformni proces, već se u zavisnosti od kompleksne interakcije tokom vremena između individue i konteksta u kome živi odvija na visoko specifičan, jedinstven način (17). S jedne strane, pojedinci kontinuirano utiču na svet unutar i izvan njih, zahvaljujući sopstvenim jedinstvenim kognitivnim sposobnostima formiranim u sadejstvu bioloških procesa sazrevanja i iskustava koja ih vode kroz život. S druge strane, pojedinci su pod uticajem svog okruženja, tj. konteksta, koji je sačinjen od mnoštva fizičkih, istorijskih, socijalnih i kulturnih činilaca. Prema ovom interakcionističko-konstruktivističkom shvatanju razvojne putanje su nepravilne i ne

mogu se predvideti determinističkim pristupom, jer mali uticaji i promene mogu tokom vremena rezultovati u značajnim efektima, i obrnuto, velike promene ne moraju nužno izazvati velike efekte. Ovaj model podrazumeva da su individua i njeno okruženje nerazdvojivi elementi, koji sačinjavaju integrisani dinamični sistem i međusobno recipročno utiču (17).

Važan aspekt interakcije između individue i konteksta predstavljaju razvojni zadaci, sa kojima se individua suočava na svojoj razvojnoj putanji (17). Razvojni zadaci proizilaze iz interakcije između psihološkog sazrevanja, novih kognitivnih i socijalnih sposobnosti i individualnih težnji s jedne strane, i uticaja, zahteva i normi društva s druge strane. Savladavanje razvojnog zadatka karakterističnog za određeni životni stadijum dovodi do osećaja blagostanja, samopouzdanja i ravnoteže, usklađenosti sa društvenom okolinom. Univerzalni razvojni zadaci u adolescenciji su: razvojni zadaci vezani za seksualno sazrevanje, razvojni zadaci vezani za širenje ličnih i društvenih interesa i sticanje apstraktnog i deduktivnog mišljenja, razvojni zadaci vezani za učvršćivanje identiteta i reorganizaciju koncepta sopstva (engl. *self*) (17). Koncept razvojnih zadataka omogućava identifikaciju individualnih ciljeva adolecenta, koji pokreću njihovo ponašanje tj. aktivnosti. Različite putanje razvoja tokom adolescencije rezultat su aktivnosti usmerenih na postizanje ciljeva koji imaju različito značenje za adolecente. Svaki adolescent, sa svojim jedinstvenim biološkim karakteristikama i istorijom, reaguje drugačije na razvojne zadatke u konkretnom kontekstu u kom se nalazi.

## **1.2. Kognitivni razvoj u adolescenciji**

Dva najuticajnija teorijska okvira za razumevanje kognitivnog razvoja dali su Žan Pijaže (Jean Piaget) i Lav Vigotski (Lev Vygotsky).

Rana razmatranja sposobnosti odlučivanja i pristanka kod dece pretežno se oslanjaju na Pijažeovu teoriju kognitivnog razvoja iz 1960-ih godina. Osnovna Pijažeova premisa je da se kognitivni razvoj dešava kroz niz sukcesivnih stadijuma (18). Svaki stadijum predstavlja period tokom kog dečje mišljenje i ponašanje odražavaju postojeće kognitivne logičke strukture, tj. način razmišljanja. Svaki stadijum ima kvalitativno drugačiju strukturu, ili sklop mentalnih aktivnosti, tako da je interakcija sa



svetom specifična za stadijum i razlikuje se od ostalih stadijuma. U svakom stadijumu inkorporirana su dostignuća iz prethodnog stadijuma. Tokom ranog detinjstva (do 2.godine) traje *senzomotorni stadijum*, u kom se formiraju kognitivne strukture koje se zovu šeme (organizovani obrazac ponašanja u interakciji sa okruženjem). Šeme su sve aktivnosti koje se ponavljaju (npr. šema sisanja opisuje dete koje različite objekte stavlja u usta i sisa). Šeme se razvijaju i postaju sve organizovanije, uključuju i kategorizaciju i koordinisanje nekoliko radnji (traženje i puzanje za objektom koji bi se stavio u usta i sisao, kategorizacija objekata na one koji mogu i one koji ne mogu da se sisaju). U predškolskom uzrastu (2-7 godina) nastupa *pre-operacionalni stadijum*, u kom deca stiču sposobnost upotrebe simbola (misaonih predstava, reči, gestova). Oni rekonstruišu senzomotorne koncepte objekata, odnosa, vremena i prostora u novom medijumu – mislima, organizuju ih i već počinju da shvataju uzročno-posledične odnose. U *stadijumu konkretnih operacija* (7-11 godina) deca su u stanju da logički organizuju misaone operacije (sabiranje, oduzimanje, deljenje, množenje). Misaone operacije se primenjuju na konkretnim objektima. U *stadijumu formalnih operacija* (11-15 godina) misaone operacije se mogu primeniti ne samo na konkretne objekte, već i na apstraktne pojmove, stvarne i zamišljene, realne i moguće. Deca primenjuju rezultate svojih misaonih operacija i stvaraju hipoteze, tako da oni vrše operacije na operacijama. Misli postaju istinski logične, apstraktne i hipotetičke. Pijaže je smatrao da se u uzrastu od 15 godina formalno mišljenje kod adolescenata ne razlikuje od odraslih.

Pijaže je dao i svoju definiciju inteligencije, prema kojoj ona predstavlja adaptaciju na okruženje (18). Njegovi stadijumi odražavaju različite načine adaptacije na okruženje u zavisnosti od uzrasta. Adaptacija uključuje dva komplementarna procesa: asimilaciju (primena onoga što se već zna, uklapanje realnosti u postojeću kognitivnu organizaciju, iskustvo se filtrira kroz aktuelne načine razumevanja) i akomodaciju (prilagođavanje kognitivne organizacije novom iskustvu). Mehanizam adaptacije, prema Pijažeu, leži u osnovi kognitivnog razvoja.

Pijaže je predložio obrazac kognitivne promene: unutrašnji faktori (fizičko sazrevanje) u interakciji sa fizičkim okruženjem i socijalnim iskustvom dovode do kognitivnog razvoja (18). Novorođenčad na samom početku života ne znaju ništa o svetu, ali su rođeni sa „opremom“ pomoću koje mogu saznati gotovo sve. Aktivno

iskustvo u svetu i interakcija sa ljudima omogućavaju detetu informacije o svetu pomoću kojih dete rešava kognitivne dileme konstruisanjem novih koncepata.

Pijažeova teorija potakla je mnoge istraživače u oblasti razvojne psihologije da testiraju njegove zaključke u rigoroznijim eksperimentima, na većim uzorcima. Rezultati istraživanja ukazali su na ograničenja Pijažeove teorije. Najjača kritika utemeljena na rezultatima istraživanja tiče se Pijažeovog shvatanja stadijuma. Naime, pokazalo se da deca nisu konzistentno pokazivala kognitivne odgovore na zadatke iz istog stadijuma, što je ukazalo na postojanje određenih domena u mišljenju, a da stadijumi nisu oštro razdvojeni (19). Teoretičari koji se smatraju „neo-Pijažetijancima“ (Case, Fischer, Pascual-Leone, Halford) ponudili su drugačiji model stadijuma, koji nisu definisani na osnovu logičke strukture misaonih procesa već na osnovu kompleksnosti zahteva za obradu informacija koji se javljaju u određenim stadijumima (18). Fokus ovih teoretičara je na promenama u radnoj memoriji, tj. kapacitetu da se informacije čuvaju u pamćenju i da se na njima vrše misaone operacije. Dakle, povećanje radne memorije je ključni preduslov za izvršavanje komplikovanijih misaonih operacija.

Takođe, istraživanja su pokazala da mnoga deca ispoljavaju sposobnosti značajno ranije od stadijuma prema kojima ih je Pijaže klasifikovao (20). Došlo se do zaključka da se Pijaže previše oslanjao na jezik kako bi ispitivao misaone procese, što je rezultiralo potcenjivanjem potencijalnih veština dece. Takođe, u istraživanjima gde su deci objašnjavani zadaci i koncepti pokazalo se da su nakon datih instrukcija deca pokazivala mnogo bolje rezultate (21), tako da je Pijažeu zamereno da je izučavao isključivo ono što deca u datom trenutku znaju i mogu da izvedu, iako se može pretpostaviti da bi se njihova preformansa značajno povećala ukoliko bi je merili nakon učenja (22). Ipak, ova istraživanja ne opovrgavaju Pijažeovu teoriju o sekvencijalnom redosledu stadijuma, jer se može doneti i zaključak da deca mogu napredovati nakon učenja i instrukcija samo ako su kognitivno spremna da akomodiraju nove koncepte i pređu u naredni stadijum.

Savremena kognitivno-razvojna istraživanja u svom fokusu imaju pitanje šta pokreće kognitivni razvoj. Najaktivnije istraživačko polje danas su neuronauke, sa mogućnošću primene neuroimaging tehnika u eksperimentima. Od posebnog interesovanja je izučavanje razvoja frontalne kore velikog mozga, koja je sedište egzekutivnih funkcija i kontrolor impulsa, a nova otkrića u ovoj oblasti značajno su

uticala na shvatanje kognitivnih sposobnosti i zrelosti adolescenata, i dovela su u pitanje Pijažeeve široko prihvaćene zaključke da adolescenti imaju zrelo rasuđivanje u uzrastu od 15 godina.

Drugu uticajnu teoriju kognitivnog razvoja dao je Lav Vigotski (1896-1934), koji se smatra začetnikom sociokulturnog shvatanja razvoja. Prema ovom shvatanju, ključnu ulogu u razvoju imaju socijalna interakcija i kultura, a mentalne funkcije su socijalno, kulturno i istorijski konstruisane, iako je za razvoj viših psiholoških formi neophodan izvestan stepen biološke zrelosti (23). Ipak, iako povezani, procesi biološkog i kulturnog razvoja moraju se razlikovati. Prema sociokulturnoj teoriji, glavnu ulogu u kognitivnom razvoju imaju semiotički sistemi (jezik, sistem pojmova, numerički sistem itd.). Semiotički sistemi imaju najpre komunikativnu ulogu (opštenje sa drugima), a potom se internalizuju, tj. ugrađuju u mentalni aparat i oblikuju psihičke funkcije i čitavo ustrojstvo psihičke svesti. Drugim rečima, semiotički sistemi, pre svega govor, služe kao sredstva za organizovanje, osveščivanje i kontrolu mentalnih procesa. Vigotski je smatrao da su sve više psihičke funkcije, one koje čoveka razlikuju od ostalih vrsta (npr. mišljenje, pamćenje, svest), rezultat delovanja kulture na razvoj čoveka. Druga ključna premisa teorije Vigotskog je da je socijalna interakcija tj. zajednička aktivnost sa odraslima ključni činilac u procesu razvoja. Kroz zajedničke aktivnosti sa odraslima dete usvaja i internalizuje postignuća iz interakcije i kulturne instrumente (npr. jezik), koji zatim oblikuju i unapređuju detetovo kognitivno funkcionisanje. Centralna ideja teorije Vigotskog je „zona narednog razvoja“, koja predstavlja distancu između onoga što dete može da uradi samo i onoga što dete može da postigne uz pomoć kompetentnog starijeg. Suština je da dete dobija adekvatnu, detetovim mogućnostima prilagođenu pomoć, koja će nadograditi i unaprediti njegove postojeće mogućnosti. Ovom idejom Vigotski naglašava razliku između aktuelnog i potencijalnog razvojnog nivoa (koji se još i nazivaju razvojnim mogućnostima i razvojnim potrebama), koju dete može uspešno da savlada samo uz adekvatnu pomoć kompetentnije osobe. Ukazivanjem da se kognitivne veštine stiču kroz interakciju, Vigotski je naglasak skrenuo sa individualnog nivoa na društveni kontekst. Dakle, odrasli iz detetovog okruženja su ključni činioци u njegovom razvoju. Učenje je naproductivnije kada se odvija u zoni narednog razvoja, kada se uz zajedničku aktivnost sa odraslim stiču sposobnosti iz narednog nivoa razvoja. Takođe, teorija Vigotskog ukazala je na manjkavosti tradicionalnog pristupa

testiranja kognitivnih mogućnosti dece, koji se zasniva na samostalnom rešavanju zadataka. Naime, na ovaj način se mogu proceniti samo aktuelne kognitivne mogućnosti, a zanemaruje se potencijal za sticanje novih znanja i veština, tj. kapacitet za učenje.

Za razliku od individualističko-konstruktivističkih paradigmi, kakve su psihoanalitičke i Pijaževa teorija razvoja, koje individuu i njen urođeni potencijal stavljaju u centar i gde se delovanje sredine i socio-kulturnih faktora posmatra kao isključivo modifikujuće, Vigotski naglašava prirodu deteta kao socijalnog bića, a dejstvo socio-kulturnih činilaca kao integralnih, konstitutivnih u oblikovanju psihe deteta.

### **1.3. Razvoj autonomije u adolescenciji**

Razvoj autonomije tipično se ubrzava u adolescenciji, kao posledica značajnog kognitivnog sazrevanja, unapređenih socijalnih odnosa i novostečenih prava i obaveza (24). Nezavisnost i sposobnost donošenja samostalnih odluka se povećavaju, osećaj identiteta se učvršćuje, a mišljenjima, osećanjima i ponašanjem se sve više autonomno upravlja. Autonomija ima posebnu važnost u adolescenciji, zbog značaja koji adolescenti pripisuju nezavisnosti i oslobađanju od uticaja odraslih, kao i stvaranju prilika za samoodređenje.

U zavisnosti od toga kako su definisali autonomiju, autori u oblasti razvojne psihologije različito su objasnili i njen razvoj. U istoriji izučavanja razvoja autonomije izdvaja se nekoliko ključnih teorija razvoja autonomije. Jedna grupa autora autonomiju vidi kao kvalitet koji je isključivo vezan za samu individuu, i izvire iz jezgra selfa, tako da se autonomija može definisati kao sloboda da se prave izbori, postižu lični ciljevi i upravlja sopstvenim mišljenjem, osećanjima i ponašanjem (25). Drugi autori autonomiju definišu kao kompletno ili delimično zavisnu od odnosa sa drugim ljudima, ili kao reakciju na druge ljude, tako da autonomija predstavlja slobodu od ograničenja zavisnosti od drugih (26). Autonomija ima tri komponente: kognitivnu (osećaj samopouzdanja, osećaj da je osoba sposobna da donosi odluke, da ima kontrolu nad sopstvenim životom), emocionalnu (osećaj individuacije u odnosu na roditelje, potreba za nezavisnošću) i bihevioralnu (aktivno i odgovorno delanje u skladu sa ličnim

odlukama, samokontrola) (24). Ove tri komponente autonomije se preklapaju, ne razvijaju se nezavisno jedna od druge. Takođe, sam koncept autonomije isprepletan je sa drugim psihološkim konstruktima kao što su identitet, kompetentnost, samokontrola itd.

Prema psihoanalitičkoj teoriji Ane Frojd (Anna Freud), narastajući nagoni tokom puberteta uzrokuju odvajanje i oslobađanje od roditeljske kontrole (27). Odvajanje od roditelja ključni je korak u postizanju autonomije, tj. odgovornosti za samostalno donošenje odluka i delanje. Slično shvatanje ima Piter Blos (Peter Blos), koji umesto o procesu odvajanja govori o procesu individuacije u odnosu na roditelje, koji se najpre javlja u ranom detinjstvu, a potom u adolescenciji (28). Psihoanalitičke teorije naglašavaju biološku neminovnost nagona, pre svega seksualnih, u periodu puberteta, koji dovode do prkosa i bunta prema roditeljima, a što je neophodno kako bi se ostvarili procesi odvajanja/individuacije.

Druga grupa teorija razvoja autonomije naglašava self i motivaciju, a razvoj autonomije pripisuje unutrašnjim procesima. Ričard Rajan (Richard Ryan) u svojoj teoriji samoodređenja autonomiju shvata kao univerzalnu unutrašnju potrebu da se odlučuje o sopstvenom životu i dela u skladu sa integrisanim selfom (25). Biti autonoman znači imati samoinicijativu i samoregulaciju. Prema ovim teorijama potreba za autonomijom je ispunjena kada osoba sebe doživljava kao ishodište sopstvenog delovanja (tzv. unutrašnji lokus uzročnosti) (24). Socijalno-kognitivno shvatanje autonomije Alberta Bandure izvedeno je iz teorije socijalnog učenja i teorije samoefikasnosti. Bandura smatra da autonomno delanje podrazumeva da ponašanje, verovanja, osećanja i motivacija izrastaju iz kontinuiranog obrasca interakcije između individue i okruženja. Dakle, autonomija nije unutrašnja potreba osobe, već osoba konstruiše sposobnost da upravlja sopstvenim mišljenjem, osećanjima i ponašanjem na osnovu svoje istorije interakcije sa okruženjem. Drugim rečima, mi učimo da budemo autonomni, na osnovu svog iskustva u donošenju odluka i upravljanju ponašanjem. Ove teorije ukazuju da određeni oblik odnosa sa drugima stimuliše razvoj osećaja autonomije. Iako ne vide odvajanje od roditelja, konflikt i individuaciju kao neophodne elemente u razvoju autonomije, ove teorije ipak ukazuju na značaj socijalnih interakcija.

Treća grupa teorija dovodi u pitanje psihoanalitičko shvatanje, pokazujući da autonomija ne zahteva raskidanje veza sa roditeljima. Prema ovih shvatanjima,

autonomija i povezanost sa drugima koegzistiraju, i međusobno utiču. Društveno odgovorno autonomno funkcionisanje podrazumeva kontinuitet veza i privrženosti sa drugim ljudima (pre svega roditeljima), s tim što je kvalitet veza promenjen. Umesto raskida sa roditeljima, adolescent menja kvalitet odnosa kako razvija svoju autonomiju (29). Dakle, ključni faktor u formiranju zrele autonomije je podrška od strane roditelja. Adolescenti čiji roditelji neguju topao, podržavajući odnos sa detetom osećaću se sposobnim da donose odluke, da istražuju okruženje, da se iskažu i da se upuste u ponašanje koje je u skladu sa njihovim vrednostima (30).

Prema savremenim shvatanjima potrebe za autonomijom i povezanošću sa bliskim osobama su komplementarne, a zajedničko integrisanje oba ova koncepta smatra se neophodnim za optimalno psihološko zdravlje (31). Razvoj integrisanog, zrelog osećaja autonomije zavisi od ostvarivanja zadovoljavajućih interpersonalnih iskustava, i obrnuto. Za adolescenciju i rano odraslo doba je karakterističan porast autonomije i paralelno smanjenje povezanosti sa roditeljima, što je povezano sa tranzicijama u ovom periodu (kao što su promena škole, početak rada, napuštanje roditeljskog doma, brak itd.) i zauzimanju novih društvenih uloga. Ipak, roditelji su i dalje glavni izvor sigurnosti, a roditeljska podrška razvoju autonomije ima fundamentalan značaj u razvoju (32).

#### **1.4. Zdravlje i zdravstvena zaštita adolescenata**

Zdravlje adolescenata jedan je od centralnih prioriteta globalnog zdravlja, s obzirom da većina hroničnih bolesti u odraslom dobu ima svoje ishodište u adolescenciji (33). Iako se smatraju najzdravijom uzrasnom grupom, adolescenti se suočavaju sa specifičnim zdravstvenim rizicima. Rizična ponašanja (zloupotreba supstanci, rano stupanje u seksualne odnose, nezaštićeni seksualni odnosi, vršnjačko nasilje, nebezbedna vožnja) smatraju se glavnim pretnjama zdravlju adolescenata, a posledice rizičnih ponašanja su glavni uzrok morbiditeta i mortaliteta u ovoj populaciji (34). Epidemiološka tranzicija dovela je do značajno smanjenog oboljevanja od infektivnih bolesti kao što su infekcije respiratornog trakta, digestivnog trakta, tuberkuloza itd., ali je dovela do porasta zdravstvenih problema povezanih sa ponašanjem. Stoga se zdravlje adolescenata smatra važnim javnozdravstvenim

prioritetom, a javnozdravstvene aktivnosti usmerene na prevenciju rizičnog ponašanja najvažniji su zadatak kada su adolescenti u pitanju.

#### **1.4.1. Rizično ponašanje u adolescenciji**

S obzirom da je glavno obeležje adolescencije tranzicija, brojne su fizičke i psihološke promene kroz koje adolescent prolazi tokom ovog perioda (35). Somatske i fiziološke promene u pubertetu – uključujući rast i razvoj mnogih organskih sistema, između ostalih reproduktivnog sistema i mozga – čine osnovu drugih razvojnih promena. Nove kognitivne sposobnosti zajedno sa novim životnim iskustvima dovode do razvoja socijalnog prosuđivanja o rizicima i bezbednosti. U adolescenciji je karakteristična i dramatična transformacija društvenih odnosa, jer društvo vršnjaka postaje važnije u odnosu na do tad najvažniju porodicu. Adolescenti moraju da nauče da upravljaju novim socijalnim odnosima, a paralelno prolaze kroz kritičan zadatak formiranja identiteta i autonomije. Formiranju identiteta prethodi period istraživanja, pokušaja i pogreški u odnosu na sopstvene društvene uloge i odnose.

Iako je ovo period najvećeg zdravlja, sa najnižom stopom oboljevanja od hroničnih bolesti, maligniteta i ostalih najčešćih uzročnika smrti u poređenju sa ostalim uzrasnim grupama, adolescencija je istovremeno i period velikih rizika, čiji su uzroci u ponašanju (35). Rizik se definiše kao mogućnost gubitka, a rizikovanje kao uključivanje u rizično ponašanje koje može imati štetne posledice. Rizično ponašanje važno je obeležje adolescencije, jer u ovom periodu mladi iniciraju konzumaciju alkohola, cigareta, seksualne odnose, kao i ponašanja koja mogu dovesti do povređivanja – nepropisna vožnja, tuče. Sva ova ponašanja mogu rezultovati u kratkoročnim i dugoročnim zdravstvenim posledicama. Pomenućemo bolesti zavisnosti, poremećaje u ishrani, seksualno prenosive bolesti, sterilitet, neželjenu trudnoću, fizičke povrede, psihološke traume. Prema rezultatima obimnih epidemioloških studija, rizična ponašanja se javljaju u „klasterima“, tj. prisustvo jedne vrste rizičnog ponašanja povećava šanse da se adolescent upusti i u druge oblike rizičnog ponašanja (36). Zapravo, svi oblici rizičnog ponašanja u adolescenciji imaju zajedničke psiho-socijalne korene/uzroke.

Brojne su teorije koje pokušavaju da objasne uzroke rizičnog ponašanja u adolescenciji (35). Razvojni psiholozi objašnjavaju sklonost adolescenata ka rizičnom

ponašanju kao normalan deo učenja o okruženju, i da je preuzimanje rizika u evolutivnom smislu imalo važnu ulogu u preživljavanju. Takođe, socijalni i kulturni faktori mogu uticati na usvajanje rizičnog ponašanja, naročito vršnjačka kultura i želja da se što ranije stupi u svet odraslih. Kognitivna psihologija rizično ponašanje objašnjava osećajem neranjivosti, koji je karakterističan za adolescente, a podrazumeva da adolescenti često potcenjuju rizike, teže mogu doleteti trenutnom zadovoljstvu, i veću težinu daju kratkoročnim dobitima čak i kada te dobiti podrazumevaju rizike. Smatra se i da su depresivnost i nisko samoupouzdanje značajni prediktori nekih oblika rizičnog ponašanja, kao što su zloupotreba supstanci i rizično seksualno ponašanje. Konačno, sklonost ka rizičnom ponašanju objašnjava se i razvojnim promenama u mozgu tokom adolescencije, jer kognitivni sistem kontrole u prednjem režnju kore velikog mozga poslednji sazreva, te su adolescenti skloniji impulsivnom ponašanju i preuzimanju rizika. Dakle, biopsihosocijalni pristup je najdelotvorniji u razumevanju rizičnog ponašanja adolescenata, jer uzima u razmatranje i biološke (vreme ulaska u pubertet, efekti hormona, genetska predispozicija), i psihološke (samoupouzdanje, kognitivna i afektivna struktura) i socio-kulturne faktore (roditelji, vršnjaci, škola) (37).

U ranijim teorijskim razmatranjima rizična ponašanja u adolescenciji su definisana kao “problematična ponašanja”, jer su smatrana nepoželjnim prema normama konvencionalnog društva (38). Danas, prema širem teorijskom shvatanju, ova ponašanja se definišu kao “rizična ponašanja”, jer impliciraju rizik kako po fizičko zdravlje tako i po psihosocijalno blagostanje (39). Rizična ponašanja, iako variraju u svojoj pojavnosti i posledicama, zapravo su povezana sa zajedničim problemima karakterističnim za adolescenciju. Zbog toga je neophodno zauzeti širu i dublju perspektivu na interakcije između različitih oblika rizičnog ponašanja, kako bi se shvatio njihov zajednički uzrok. Važno je razumeti značenje koje adolescent pridaje određenom obliku ponašanja, tj. kojoj svrsi dato ponašanje služi. Veoma različiti oblici ponašanja, bili oni zdravi ili rizični, zapravo mogu imati isti cilj, i biti “funkcionalno ekvivalentni” (38). Na primer, postizanje osećaja autonomije u odnosu na odrasle može se dostići kroz rizično ponašanje kao što je pušenje cigareta ili marihuane, ali i kroz konstruktivno i kompetentno ponašanje kao što je samostalni izbor vannastavnih aktivnosti (hobija, sporta). Koje će se ponašanje izabrati zavisi i od ličnih karakteristika adolescenta, ali i društvenog konteksta. S druge strane, isti oblik ponašanja može imati različite funkcije.



Na primer, rano stupanje u seksualne odnose može biti motivisano željom da se oponaša ponašanje vršnjaka i da se zasluži pripadnost vršnjačkoj grupi, ali može biti i motivisanom potrebom da se roditeljima pokaže da je adolescent odrastao i samostalan. Funkcije različitih oblika rizičnog ponašanja mogu se grupisati u dve kategorije: razvoj identiteta i učešće u društvenom životu. U ponašanja koja imaju za funkciju formiranje identiteta ubrajaju se ponašanja koja oponašaju odrasle (pušenje, konzumpcija alkohola, seksualno ponašanje s jedne strane, a preuzimanje odgovornosti u samostalnim aktivnostima s druge strane), ponašanja u kojima se ističe autonomija i nezavisnost od odraslih (okretanje vršnjačkim grupama i prihvatanje njihovih vrednosti i normi, prkos i buntovništvo prema roditeljima), ponašanja koja za cilj imaju diferencijaciju od roditelja kao prvobitnih uzora (kršenje normi koje vladaju u porodici, ekscentrično nekonvencionalno ponašanje i oblačenje), samopotvrđivanje i eksperimentisanje (testiranje sopstvenih mogućnosti u potrazi za autonomijom, istraživanje novih osećaja) itd.

#### **1.4.2. Seksualno i reproduktivno zdravlje adolescenata u svetu i u Srbiji**

Današnji adolescenti pod velikim su pritiskom društvenih i globalnih promena, stvaraju se novi obrasci ponašanja koji adolescente kao izrazito osetljivu grupu stavljaju u stanje povišenog zdravstvenog rizika. Jedna od važnijih društvenih promena je urbanizacija i posledično pomeranje uzrasta stupanja u brak, kao i rađanja. Ova promena dovela je do proširenja vremenskog razmaka između puberteta i stupanja u brak, kao i vremenskog razmaka između stupanja u brak i rađanja dece. Takođe uzrast stupanja u seksualne odnose progresivno se smanjuje. Adolescenti koji rano stupaju u seksualne odnose pod velikim su rizikom od seksualno prenosivih bolesti uključujući HIV i neželjenih trudnoća (40). Ne postoje precizni podaci za incidencu i prevalencu seksualno-prenosivih bolesti u populaciji adolescenata na globalnom nivou, prevashodno zbog toga što su u zemljama u razvoju i srednje razvijenim zemljama izvori podataka nesistematični i parcijalni. U Evropi je 61% svih registrovanih infekcija hlamidijom u 2015. godini zabeleženo u uzrasnoj grupi 15-24 godine(41). Smatra se da su adolescentkinje biološki podložnije seksualno prenosivim infekcijama od odraslih žena zbog nezrelosti cervikalne mukoze i izražene cervikalne ektopije (42). Hlamidijalna

infekcija i gonoreja glavni su uzroci neplodnosti (43), a humani papiloma virus dokazani je uzročnik karcinoma grlića materice (44), tako da seksualno-prenosive bolesti nose i dugoročne rizike po zdravlje u odraslom dobu. Na globalnom nivou 1.8 miliona adolescenata bilo je zaraženo humanim virusom imunodefijencije (HIV) u 2017. godini(45). Takođe, procenjuje se da 16% svih novo-dijagnostikovanih slučajeva HIV infekcije čine adolescenti (45).

Adolescentske trudnoće predstavljaju značajan zdravstveni rizik u ovoj populaciji. Trudnoća i porođaj vodeći su globalni uzrok mortaliteta u populaciji uzrasta 15-19 godina (46), zbog značajno visokih rizika od eklampsije, puerperalnog endometritisa i sepse (47). Takođe, procenjuje se da se godišnje izvrši 3.9 miliona nebezbednih abortusa kod devojaka u uzrastu 15-19 godina, što takođe doprinosi mortalitetu i morbiditetu u ovoj uzrasnoj grupi (48). Rađanje u ovom uzrastu nosi rizike i za novorođenče, u smislu manje težine na rođenju, prevremenog porođaja i ozbiljnih komplikacija u neonatalnom periodu (47). Kada su u pitanju socijalne posledice trudnoće i rađanja u adolescenciji, najznačajnija je povezanost ranog rađanja i smanjenih mogućnosti obrazovanja i zaposlenja (49). Iako je kontracepcija pouzdan metod zaštite od trudnoće, procenjuje se da dvadeset tri miliona adolescenata uzrasta 15-19 godina nema zadovoljene potrebe za savremenom kontracepcijom(48). Navedeni svetski podaci ukazuju na ozbiljnost problema u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja sa kojima se suočavaju adolescenti.

Empirijski podaci za Srbiju pokazuju visoku incidencu rizičnog seksualnog ponašanja adolescenata i nisku upotrebu kontraceptivnih sredstava. Istraživanje Međunarodne federacije za planirano roditeljstvo iz 2007.godine pokazalo je da je 41.3% dečaka i 20.8% devojčica u uzorku od 2150 srednjoškolaca u Srbiji, Crnoj gori, Makedoniji i Bosni i Hercegovini bilo seksualno aktivno u trenutku istraživanja, a prosečan uzrast stupanja u seksualne odnose iznosio je 15.5 godina kod dečaka i 16.3 kod devojčica (50). Prilikom poslednjeg odnosa kondom je koristilo 64.3% dečaka i 48.5% devojčica u ovom istraživanju, a mali broj ispitanika koji su već seksualno aktivni se obratio lekaru zbog problema u vezi sa reproduktivnom zdravljem (35.8% devojčica i 16.1% dečaka). Jedna trećina seksualno aktivnih devojčica i 18% seksualno aktivnih dečaka navelo je da su bar jedan put u životu odustali od traženja medicinske pomoći za reproduktivno zdravlje, navodeći sledeće razloge za odustajanje: nesigurnost

kojoj službi se obratiti, nesigurnost u vezi sa ozbiljnošću problema, strah od dijagnoze, strah da roditelji mogu saznati, sramotu. U anketi sprovedenoj putem interneta 2012. godine kojom se ispitalo seksualno ponašanje mladih korisnika interneta utvrđeno je da je 29% njih imalo prvi seksualni odnos sa 16 i manje godine, a 28% ispitanica ne koristi kontracepciju ili koristi samo metodu prekinutog snošaja (51).

Prema poslednjem nacionalnom istraživanju zdravlja iz 2013. godine 33.1% adolescenata uzrasta 15-19 godina je stupilo u seksualne odnose, što predstavlja povećanje od 4.1% u odnosu na prethodno nacionalne istraživanje zdravlja iz 2006. godine (52). Uzrast stupanja u seksualne odnose u ovom uzorku iznosi 17 godina, a oko 2% adolescenata stupa u seksualne odnose pre 15. godine. Kada je reč o upotrebi kondoma prilikom odnosa sa povremenim partnerom, 73.8% adolescenata u ovom istraživanju je kondom koristilo pri poslednjem odnosu. Podaci evropske zdravstvene statistike pokazuju da stopa trudnoća u Srbiji iznosi 22 na 1000 devojaka uzrasta 15-19 godina, što je značajno više u poređenju sa zemljama Zapadne, Severne i Južne Evrope (53). Kada su seksualno-prenosive infekcije u pitanju, validnih podataka o incidencijama i prevalencama nema, zbog neadekvatnog registrovanja ovih oboljenja, a značajan broj mladih pacijenata se obraća privatnim zdravstvenim službama. Nezvanične procene govore da 20-30% adolescenata u Srbiji ima bar jednu seksualno-prenosivu infekciju (54). Slično, nema pouzdanih podataka ni o namernim prekidima trudnoće u populaciji adolescenata, a nezvanične procene govore da se svake godine abortus izvrši kod šest do sedam hiljada adolescentkinja (55).

Seksualno i reproduktivno zdravlje definiše se kao „stanje fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, ne samo odsustva bolesti, disfunkcije ili povrede, u svim pitanjima vezanim za reproduktivni sistem, njegove funkcije i procese (56). Razmatranje zdravstvenih rizika i potreba specifičnih za adolescente relativno je nov koncept; seksualno zdravlje adolescenata prvi put je navedeno kao osnovno pravo na Međunarodnoj konferenciji o populaciji i razvoju – ICPID (International Conference on Population and Development) održanoj u Kairu 1994. godine (57). ICPID je usvojio 20-godišnji Program aktivnosti koji je uključivao seksualno zdravlje kao deo reproduktivnog zdravlja, definisano kao „unapređenje života i ličnih veza, a ne samo savetovanje i zaštitu vezanu za reprodukciju i seksualno prenosive bolesti“. Jedan od ciljeva ICPD programa je dostizanje univerzalnog pristupa službama za zaštitu

seksualnog i reproduktivnog zdravlja za ljude svih uzrasta, uključujući i adolescente. U programu je posebno naglašena vulnerabilnost adolescenata kao rezultat neadekvatnog pristupa informacijama i službama u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, i potreba da se zadovolje obrazovne i zdravstvene potrebe adolescenata kako bi se osposobili da se na pozitivan i odgovoran način odnose prema sopstvenoj seksualnosti. Komisija za populaciju i razvoj je, prepoznavši ključni značaj seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata, 2012 godine izdala rezoluciju kojom se ukazuje na prava adolescenata na sveobuhvatno seksualno obrazovanje, pravo na odlučivanje u svim pitanjima u vezi sa svojom seksualnošću, kao i pravo na pristup zdravstvenim službama u zaštiti reproduktivnog zdravlja sa garancijom poverljivosti (58).

Nacionalna strategija za mlade u Republici Srbiji iz 2008. godine nastala je kao odgovor na potrebu da se izrade sistemski rešenja za podršku mladima u različitim oblastima života (55). Cilj ove strategije bio je da se odredi uloga države prema mladima ("mladi" su definisani kao osobe uzrasta 15-30 godina), kao i načine za uspostavljanje partnerskog odnosa. Jedan od glavnih opštih ciljeva Strategije je čuvanje i unapređivanje zdravlja mladih, smanjivanje rizika i vodećih poremećaja zdravlja i razvijanje zdravstvene zaštite prilagođene mladima. Strategija je usmerena na obezbeđivanje kvalitetnih i poverljivih zdravstvenih usluga za mlade, u bezbednom okruženju, od strane edukovanih i motivisanih zdravstvenih profesionalaca.

U decembru 2017. godine donešena je Uredba o Nacionalnom programu očuvanja i unapređenja seksualnog i reproduktivnog zdravlja građana Republike Srbije (59). Ovom uredbom su kao najznačajniji problemi iz sfere seksualnog i reproduktivnog zdravlja istaknuti neadekvatna kontracepcija, rizično ponašanje adolescenata i nedovoljno bavljenje seksualnim i reproduktivnim zdravljem cele populacije. Usvajanjem ove Uredbe Srbija je u potpunosti uskladila nacionalne prioritete u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja sa Globalnom strategijom za zdravlje žena, dece i adolescenata (2016-2030) i Akcionim planom za seksualno i reproduktivno zdravlje Svetske zdravstvene organizacije. Kao opšti cilj Uredbe istaknuto je očuvanje i unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja svih stanovnika Srbije, sa naglaskom na poštovanje prava na donošenje informisanih odluka u ovoj oblasti zdravlja i izbegavanje diskriminacije na bilo kojoj osnovi.

Među specifičnim ciljevima ove uredbe naglašeno je omogućavanje svim licima, a posebno adolescentima odgovarajuće celovite, prikladne i naučno-utemeljene edukacije u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, sa ukazivanjem na aktuelni nedostatak sistemskog rešenja u vezi sa obrazovanjem za bezbedno seksualno i reproduktivno ponašanje. Takođe, jedna od preporučenih aktivnosti u vezi sa ovim ciljem je poboljšanje veštine savetovanja zaposlenih u službama za zaštitu seksualnog i reproduktivnog zdravlja.

U Uredbi je naglašeno da se adolescenti suočavaju sa velikim izazovima prilikom pristupa i korišćenja zdravstvenih službi u oblasti reproduktivnog zdravlja, koji se odnose na strah od socijalne osude, strah da se neće poštovati poverljivost kao i odbijanje zdravstvenih profesionalaca da protivno zakonu pruže zdravstvenu uslugu bez pristanka roditelja, što sve doprinosi malom obuhvatu adolescenata savetovanjem o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. U skladu sa ovim problemom predložena je aktivnost razvijanja savetovališta za mlade, koja će ispunjavati ustanovljene standarde kvaliteta.

#### **1.4.3. Zdravstvene službe za zaštitu seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata**

Promocija seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata u Srbiji od strateškog je značaja s obzirom na zvanične i nezvanične empirijske podatke koji ukazuju na nedovoljno korišćenje kontracepcije, visoku stopu adolescentnih trudnoća i abortusa i trend spuštanja uzrasne granice stupanja u prvi seksualni odnos, sa posledičnim povećanim rizikom od seksualno prenosivih bolesti uključujući HIV i neželjenih trudnoća. Tranzicija kroz koju srpsko društvo prolazi dovela je do značajnog osiromašenja populacije, što je ostavilo neminovne posledice i na populaciju adolescenata. Reproductivno zdravlje i rizično ponašanje adolescenata neraskidivo su povezani sa socio-ekonomskim faktorima. Brojne studije su pokazale pozitivan uticaj roditelja i škole na preventivno ponašanje adolescenata, prvenstveno kroz seksualno vaspitanje, koje se smatra ključnim faktorom promocije seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata (60). Međutim, sistematsko seksualno vaspitanje ne postoji u školama u Srbiji, ne računajući sporadične inicijative najčešće inicirane i sponzorisanе od strane nevladinih organizacija (54, 61).

Uprkos veoma različitim obrascima seksualnog ponašanja i velikoj raznolikosti životnih situacija koje ih određuju kod svake individue, utvrđeni su zajednički elementi koji moraju biti prisutni kada je promocija zdravlja adolescenata u pitanju (62). Tri ključne strategije u prevenciji i promociji seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata su: (1) zdravstvene službe koje će garantovati pristupačnu i kvalitetnu reproduktivnu zdravstvenu zaštitu adolescentima, (2) programi seksualnog obrazovanja i (3) strategije razvoja mladih koje bi za cilj imale razvijanje životnih veština, stvaranje obrazovnih i ekonomskih prilika za mlade. Intervencije u promociji seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenta uglavnom imaju jedan ili više ciljeva, koje su Spajzer (Speizer) i saradnici klasifikovali u 3 grupe: (1) kreiranje podrške za mlade u okruženju, (2) unapređenje seksualnih i reproduktivnih znanja, stavova, veština i ponašanja i (3) povećanje korišćenja zdravstvenih službi (63). Takođe, prema okvirima u kojima se intervencije sprovode, ovi autori su izdvojili sledeće kategorije intervencija: programi bazirani u školama, programi koji se oslanjaju na masovne medije, programi bazirani u zajednici i programi vezani za zdravstvene službe. Programi bazirani u zdravstvenim službama imaju za cilj uklanjanje barijera koje otežavaju pristup adolescenata klinikama, kao što su udaljenost klinika od mesta prebivališta, zabrinutost u pogledu poverljivosti i privatnosti, strah od negativnog stava i osuđivanja od strane zdravstvenih profesionalaca itd.

Zdravstvena zaštita namenjena adolescentima u Srbiji integrisana je u tri nivoa: primarnu, sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu. Na nivou primarne zdravstvene zaštite kao nosioca promocije i prevencije zdravlja, zaštita zdravlja adolescenata se ostvaruje u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece i službi ginekologije. U Nacionalnoj strategiji za mlade istaknuto je da zdravstvena zaštita nije uvek adekvatno prilagođena potrebama mladih iz više razloga (55). Jedan od razloga je nepostojanje odgovarajuće edukacije u oblasti adolescentne medicine, tako da zdravstveni profesionalci koji rade sa mladima nisu dovoljno upoznati sa razvojnim problemima adolescencije. Drugi razlog naveden u Strategiji je nepoštovanje poverljivosti i dostupnost zdravstvenog kartona drugim osobama, što adolescente često demotiviše da se obrate zdravstvenoj službi. Takođe, u Strategiji se navodi da se preventivni razgovori i konsultacije sa adolescentima često zanemaruju, iako je njihova uloga od velikog značaja u zdravstvenom obrazovanju i vaspitanju.

S obzirom da su zdravstvene službe jedan od glavnih nosilaca promocije i prevencije reproduktivnog zdravlja adolescenata, brojna istraživanja imala su za cilj da utvrde u kojoj meri se mladi obraćaju zdravstvenim službama i koje su glavne barijere pristupu zdravstvenoj službi. U istraživanju u kom je učestvovalo 70 zemalja u razvoju i srednje-razvijenih zemalja u 2015. godini, gotovo u svim zemljama se svega 10% adolescentkinja obratilo zdravstvenoj službi u prethodnih 12 meseci (64). Čak i kada su im fizički dostupne zdravstvene službe, mnogi adolescenti odustaju od odlaska kod lekara zbog sramote, straha da neće dobiti poverljiv tretman, brige zbog osuđivačkog stava lekara (65). I u razvijenim zemljama kao što su SAD adolescenti manje od svih ostalih uzrasnih kategorija koriste usluge zdravstvenih službi (66). Kako bi se povećao pristup adolescenata zdravstvenoj zaštiti, pre svega reproduktivnog zdravlja, zdravstvene službe se moraju prilagoditi razvojnim potrebama mladih, uzimajući u obzir specifične barijere koje ih mogu odvratiti od javljanja lekaru. U skladu sa ovim ciljevima uveden je koncept „zdravstvenih službi prilagođenih mladima“ (eng. *youth-friendly health services*) (67). Službe za zdravstvenu zaštitu adolescenata moraju biti prilagođene njihovim potrebama, tj. moraju biti pristupačne, prihvatljive, pravedne, prikladne i efektivne, što su kriterijumi koje je Svetska Zdravstvena Organizacija preporučila za procenu kvaliteta zdravstvenih službi prilagođenih mladima (68). Pristupačnost se odnosi na mogućnost da adolescenti dobiju zdravstvene usluge koje postoje, i podrazumeva geografsku poziciju, radno vreme, ekonomsku priuštivost, ali i svest i informisanost adolescenata o postojanju zdravstvenih službi. Prihvatljivost se odnosi na karakteristike zdravstvene službe, koje mogu privući ili odbiti adolescenta, kao što su redovi, dugo čekanje na uslugu, osuđivački stav zdravstvenih profesionalaca, i pitanje poverljivosti. Pravednost se odnosi na jednak pristup i tretman svih adolescenata, iz svih socio-ekonomskih, etničkih, kulturnih i ostalih društvenih kategorija, bez predrasuda i diskriminacije. Prikladnost i efektivnost podrazumevaju da se adolescentima prave usluge pružaju na pravi način (zdravstveni profesionalci su adekvatno edukovani u oblasti adolescentne medicine, predviđeno je dovoljno vremena za savetovanje i dijagnostiku), dovodeći do unapređenja njihovog zdravlja. Empirijski podaci ukazuju na efikasnost zdravstvenih službi prilagođenih mladima kroz značajno snižavanje stope neplaniranih trudnoća u tinejdžerskom uzrastu, povećanje korišćenje pozdanih kontraceptivnih sredstava, značajno povećanje broja novih pacijenata

adolescentnog uzrasta, i veće zadovoljstvo pacijenata pruženim uslugama (69). Poverljivost je prepoznata kao ključna karakteristika službi za zaštitu reproduktivnog zdravlja prilagođenih mladima u brojnim istraživanjima (69). Istraživanja su pokazala da uverenje adolescenata da će im poverljivost biti garantovana visoko korelira sa većim korišćenjem zdravstvenih usluga, tj. javljanjem lekaru i obavljanjem pregleda, većom spremnošću da lekaru otkriju senzitivne informacije, kao i većom spremnošću da se i ubuduće jave lekaru koji poštuje poverljivost (69). Iskustva mnogih Evropskih zemalja su pokazala da su najefektivniji modeli zdravstvene zaštite prilagođene mladima zasnovani na prepoznavanju razvijajućih kapaciteta adolescenata, pravima na participaciju i pravu na poverljivost (70).

Potreba da se barijere pristupu mladim zdravstvenim službama prevaziđu široko je prepoznata, a mnoge globalne inicijative su pokrenute kako bi se poboljšao pristup adolescenata zdravstvenim službama. Kao početni korak SZO je u svojim preporukama za razvoj nacionalnih standarda kvaliteta za službe prilagođene mladima sugerisala formiranje nacionalne strategije za unapređenje zdravlja mladih (71), što je u Srbiji i učinjeno 2008. godine. Nacionalna strategija za mlade naglašava značaj promocije participacije mladih na svim nivoima, pa i u zdravstvenoj zaštiti. Ohrabrivanje participacije mladih ključan je korak u unapređivanju zdravstvene službe jer se dozvoljava iskazivanje mišljenja korisnika, što je neophodan preduslov za prilagođavanje službe mladima. Takođe, jedna od preporuka SZO je da se postojeći oblici zdravstvene zaštite prilagode mladima, tako da se adolescenti motivišu da se obrate i dobiju zdravstvenu uslugu koja im je potrebna, tako da je obezbeđivanje zdravstvenih usluga prilagođenih mladima u okviru primarne zdravstvene zaštite najopravdaniji i najracionalniji pristup. Smatra se da zdravstveni profesionalci koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (pre svega pedijatri) imaju ključnu ulogu u prepoznavanju zdravstvenih potreba adolescenata. Kao što se porodični lekari u razvijenim zemljama sve više bave problematikom vezanom za starenje, tako će i pedijatri u budućnosti sve više biti angažovani u zdravstvenoj zaštiti adolescenata i mladih, jer su zbog uključenosti u razvoj od ranog detinjstva u najboljoj poziciji da sagledaju razvojni tok kod individualnog pacijenta (72). U skladu sa ovom idejom o primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao logičnom okviru za formiranje službe prilagođene mladima, 1999. godine započeta je inicijativa otvaranja multidisciplinarnih savetovališta



za mlade u okviru domova zdravlja u Srbiji. Savetovaništa obuhvataju tri nivoa aktivnosti: zdravstveno vaspitni grupni rad sa adolescentima, individualni savetodavni rad sa psihologom, pedijatrom i ginekologom, kao i klinički pregled, dijagnozu i terapiju kod poremećaja zdravlja. Model rada savetovaništa oformljen je i isproban u okviru Republičkog centra za planiranje porodice u Institutu za majku i dete „Dr Vukan Čupić“, inače jedinoj državnoj zdravstvenoj ustanovi koja ima odeljenje adolescentne ginekologije i koja predstavlja referentnu ustanovu u ovoj oblasti za celu Srbiju. Međutim, prema Izveštaju o ostvarivanju prava deteta u Republici Srbiji iz ugla dece i mladih iz 2013. godine, 31.1% anketiranih ispitanika nije znalo da postoji savetovanište za mlade, a 44% je znalo da postoji, ali nisu znali gde se nalazi (73). Prema našim saznanjima, nisu sprovedena istraživanja korišćenja zdravstvene zaštite od strane adolescenata u Srbiji, tako da nije poznato u kojoj meri adolescenti u Srbiji imaju pristup službama za zaštitu reproduktivnog zdravlja, da li i na kakve barijere u pristupu službama nailaze. U Evaluaciji Nacionalne strategije za mlade za period od njenog donošenja (2008. godine) do 2014. godine navedeno je da je u oblasti zdravlja i socijalne zaštite jedno od najvećih dostignuća upravo otvaranje savetovaništa za mlade u okviru domova zdravlja (74). Međutim, u Evaluaciji je istaknuto da, iako je oformljena infrastruktura, mali broj domova zdravlja zapravo ima resurse da omogući njihovo kontinuirano i održivo funkcionisanje.

### **1.5. Prava dece i adolescenata na pristanak i poverljivost u zdravstvenoj zaštiti u međunarodnim konvencijama**

Postoji saglasnost među vodećim svetskim pedijatrijskim udruženjima da se adolescentima moraju omogućiti prava na pristanak i poverljivost u zdravstvenoj zaštiti u skladu sa njihovim razvojnim mogućnostima (75, 76, 77). Ovo shvatanje u skladu je sa pravno obavezujućim konvencijama koje definišu prava deteta i pravnu poziciju deteta u zdravstvenoj zaštiti: Konvencijom o pravima deteta Ujedinjenih nacija i Evropskom konvencijom o ljudskim pravima i biomedicini Saveta Evrope. Uprkos jednoglasnom slaganju i posvećenosti da se ovi principi implementiraju u nacionalne zakonske sisteme, praksa je pokazala da se prava deteta ne poštuju konzistentno.

Iako se deci i adolescentima danas garantovana gotovo ista ljudska prava kao i odraslima, sve do 19.veka dominiralo je shvatanje da su deca u vlasništvu svojih roditelja, bez individualnog identiteta i prava, pod apsolutnom roditeljskom kontrolom (78). Adolescenti nisu bili pravno prepoznati kao posebna kategorija. Tek u 19. veku deca počinju da dobijaju poseban status, zasnovan na shvatanju deteta kao zavisnog od odraslih, nekompetentnog i vulnerabilnog. Ovaj poseban status podrazumevao je ograničena prava i privilegije u poređenju sa odraslima, ograničenu pravnu uračunljivost, ali i pravnu odgovornost roditelja i države da obezbede podršku, brigu i obrazovanje za decu (79). Ovakav poseban status maloletnih lica nije im dozvoljavao samostalno odlučivanje u zdravstvu do punoletstva. Zaštita dobrobiti dece i adolescenata bila je vrhovni cilj sve do sredine 20. veka. Prvi međunarodni dokumenti koji su ukazivali pažnju na značaj prava dece bile su Ženevska deklaracija o pravima deteta, usvojena 1924.godine od Lige naroda, i nakon nje Deklaracija o pravima deteta usvojena od Ujedinjenih nacija 1959. godine. Obe deklaracije nastale su kao reakcija na neljudsku torturu kojoj su mnoga deca bila izložena tokom Prvog i Drugog svetskog rata, što objašnjava njihovu protektivnu i zaštitničku prirodu, bez spomena autonomije i prava na participaciju. Istorijski period koji je usledio bio je obeležen društvenim pokretima, što je dovelo do pomaka i u shvatanju prava deteta, od protektivnih ka participatornim pravima. Konačno, 1989. godine usvojen je najvažniji i najistaknutiji međunarodni dokument koji se tiče dečjih prava, Konvencija o pravima deteta Ujedinjenih nacija, koju su ratifikovale sve države sveta osim SAD (80). U Članu 3 se uvodi glavni princip Konvencije o pravima deteta, a to je da su najbolji interesi deteta od prvenstvenog značaja u svim aktivnostima koja se tiču dece. U Članu 5 je navedeno da su obaveze i dužnosti roditelja da omoguće deci usmeravanje i savetovanje u ostvarivanju prava, a usmeravanje mora biti u skladu sa razvojnim mogućnostima deteta. Iz Člana 5 proističe da je deci potrebna specijalna zaštita, te da deca, u skladu sa razvojnim mogućnostima, progresivno uživaju sve veća prava kako odrastaju. Članom 12 se garantuje detetu koje je sposobno da formira svoje mišljenje obezbeđivanje prava slobodnog izražavanja mišljenja o svim pitanjima koja se tiču deteta, a mišljenju deteta se ukazuje sve veći značaj kako dete raste i sazreva. Navedeni članovi imaju važne implikacije u zdravstvenoj zaštiti, jer nameću zdravstvenim profesionalcima i

roditeljima obavezu da uvažuje mišljenje i stav deteta u donošenju medicinske odluke, naravno u skladu sa razvojnim mogućnostima deteta.

Komiteta za prava deteta, telo zaduženo da nadzire implementaciju principa Konvencije za prava deteta u zemljama potpisnicama, izdao je 2004. godine Opšti komentar br. 4, u kom je posebno naglašena nedovoljna pažnja koja se poklanja adolescentima kao nosiocima određenih prava (81). Ovaj dokument precizno identifikuje osnovna ljudska prava koja moraju biti prepoznata i zaštićena kako bi se omogućilo adolescentima da dostignu najviši mogući standard zdravlja. Ovaj dokument naglašava da adolescenti koji su dovoljno zreli da prime savete bez prisustva roditelja ili druge osobe imaju pravo na privatnost i mogu zahtevati poverljive usluge, uključujući i lečenje. U istom dokumentu ističe se da je mogućnost slobodnog izražavanja mišljenja fundamentalna u ostvarivanju prava adolescenata na zdravlje i razvoj. Komentar br. 4 Komiteta za prava deteta takođe ukazuje na značaj adekvatnih službi za zaštitu reproduktivnog zdravlja, i ukazuje na značaj uklanjanja barijera pristupu ovim službama.

Kada se govori o pravu deteta u zdravstvenoj zaštiti, mora se spomenuti i Evropska konvencija o ljudskim pravima i biomedicini Saveta Evrope, usvojena u Ovijedu 1997. godine (tzv. Ovijedo konvencija) (82). I ova konvencija je zakonski obavezujuća za zemlje potpisnice, a predstavlja prvi pravno obavezujući instrument isključivo posvećen biomedicinskom pravu. Ovijedo konvencija sadrži poseban član (Član 6) posvećen zaštiti osoba koje nisu sposobne da daju pristanak. U Paragrafu 2 ovog člana navodi se da “mišljenja dece moraju biti uzeta u obzir kao sve značajniji faktor proporcionalno uzrastu ili stepenu zrelosti”. Ova rečenica predstavlja isti suštinski princip Konvencije o pravima deteta – poštovanje razvojnih sposobnosti dece. Može se zaključiti da postoji snažna međunarodna osnova za regulisanje prava dece i adolescenata u zdravstvenoj zaštiti, ali da njihova implementacija umnogome zavisi o napora samih nacionalnih zakonodavstava.

## **1.6. Učešće (participacija) dece i adolescenata u odlučivanju o zdravlju**

Savremena medicinska praksa ohrabruje kompetentne, odrasle pacijente da se aktivno uključe u donošenje odluka u vezi sa zdravstvenom zaštitom. Kao način da se

pacijenti uključuje osmišljen je proces “informisanog pristanka”, gde lekari pomažu pacijentu da donese autonomnu i dobrovoljnu odluku na osnovu ispravnog razumevanja dobijenih informacija. Međutim, kada pacijent nije kompetentna odrasla osoba, već dete ili adolescent, uključivanje u donošenje odluka postaje kompleksnije. Deca se tradicionalno smatraju neautonomnim osobama, zbog svoje nezrelosti i odsustva mentalnih sposobnosti za donošenje odluka (83). Većina dece predškolskog uzrasta (do 5-6 godina) ne poseduju adekvatan nivo razumevanja da bi smisljeno učestvovala u donošenju odluka (84). Međutim, kod dece školskog uzrasta (od 6 do 9 godina) i adolescenata (od 10 do 19 godina) kognitivne i emocionalne sposobnosti se razvijaju, i mogu biti uključeni u donošenje odluka prema nivou svojih sposobnosti. Ipak, deca ne stiču ove sposobnosti istom brzinom. Neka deca mogu biti kognitivno sposobna da razumeju medicinske informacije i donesu autonomnu medicinsku odluku i pre punoletstva. Ovi “zreli maloletnici” (engl. mature minors) su prepoznati kao autonomne osobe u pojedinim pravnim sistemima.

Tokom vremena, potreba da se deca uključe u donošenje odluka o svom zdravlju prepoznata je i u međunarodnom pravu, konvencijama i javnim politikama, od kojih neke imaju i pravnu moć (80, 82). Važnost učešća dece, a naročito adolescenata, takođe je naglašena u političkim izveštajima (85), zdravstvenim strategijama za mlade (86), i stavovima vodećih medicinskih udruženja (75, 76). Ove konvencije i dokumenti sugerišu da medicinska profesija prepoznaje važnost participacije dece u odlučivanju kao fundamentalni uslov u ostvarivanju prava deteta na zdravlje.

Iz pravnog ugla gledano, uočljive su velike razlike u pravnim sistemima kada je zakonsko uređenje prava deteta na učešće u donošenju odluka o zdravlju u pitanju. Na primer, doktrina „zrelog maloletnika“ (engl. mature minor doctrine), američki koncept u običajnom pravu, dozvoljava adolescentima koji poseduju zrelo rezonovanje da nezavisno daju pristanak na medicinsku proceduru (87). Drugi izuzetak od prava roditelja da daju pristanak u ime maloletnog deteta u američkom pravu je status „emancipovanog maloletnika“. Emancipovani maloletnici su deca koja žive bez zaštite roditelja, zbog specifičnih socijalnih okolnosti (kao što su rani brak, roditeljstvo, finansijska samostalnost, ili vojna služba) (76). U Velikoj Britaniji i drugim državama Komonvelta (Australija, Novi zeland, neke Kanadske provincije) vlada „Gilikov zakon“, koji dozvoljava maloletnicima da daju autonomni pristanak na medicinsku

proceduru ako se proceni da imaju adekvatan nivo sposobnosti da u potpunosti razumeju šta im se nudi i da donesu adekvatnu odluku, nezavisno od uzrasta.

U evropskim državama zakonski uzrast za samostalan pristanak varira od 12 do 18 godina (88). U pravnim sistemima u kojima je zakonski uzrast za nezavisan informisani pristanak u zdravstvu jednak uzrastu u kom se stiče punoletstvo, pravni zastupnici maloletnika (roditelji i staratelji) su prepoznati kao jedini donosioci odluka u ime deteta sve do punoletstva (npr. Slovačka, Kipar, Litvanija, Luksemburg, Malta, Estonija, Italija, Švedska, Poljska, Grčka (89). U drugim evropskim državama (npr. Danska, Portugal, Mađarska, Slovenija, Španija, Holandija) ustanovljena je starosna granica za maloletne pacijente kada mogu dati pristanak na medicinsku proceduru bez roditelja (uzrast medicinskog punoletstva), koja je niža od uzrasta pravnog punoletstva. S druge strane, u Švajcarskoj je svakom pacijentu koji ima adekvatnu sposobnost rasuđivanja dozvoljeno da da samostalan pristanak na medicinsku proceduru, bez obzira na uzrast (90). U Francuskoj i Belgiji uzrast medicinskog punoletstva ne postoji, ali svi maloletni pacijenti imaju pravo na informacije i odlučivanje, uzimajući u obzir njihovu zrelost i sposobnost rasuđivanja. Ovi primeri ukazuju na različitost u pristupima uključivanju dece u medicinsko odlučivanje, ali isto tako i pokazuju da je potreba da se deca ohrabre i uključe u odlučivanje široko prepoznata u Evropi. Međutim, iako pravni sistemi prepoznaju prava deteta da učestvuju u odlučivanju, empirijski podaci pokazuju da zakonske odredbe nisu uvek primenjene u zdravstvenoj praksi.

### **1.6.1. Dečja iskustva učešća u odlučivanju u zdravstvenoj zaštiti**

Istraživanja pokazuju značajne varijacije u iskustvima dece kada je u pitanju uključenost u donošenje medicinskih odluka (91,92,93,94). Iskustva variraju od rutinske isključenosti iz razgovora i kompletnog ignorisanja dečjih viđenja i želja (95,96,97,98) do uvažavanja dečjih mišljenja i dozvoljavanja zrelim i kompetentnim adolescentima da donose samostalne, autonomne odluke (99). Učešće dece u medicinskom odlučivanju može biti složeno pitanje, i može biti problematično u određenim okolnostima. Postojeća istraživanja dečje participacije sugerišu da pružanje dovoljno informacija detetu, slušanje njegovog mišljenja i uključivanje deteta u donošenje odluka nije redovna praksa u zdravstvenim sistemima. To se objašnjava

različitim mišljenjima i stavovima roditelja i zdravstvenih profesionalaca o tome šta čini najbolji interes deteta, ali i zaštitničkim stavom prema deci (100, 101). Nekoliko kvalitativnih studija koje su ispitivale mišljenja i stavove dece prema participaciji, pokazalo je da deca obično žele da budu pitana za mišljenje i uključena u odlučivanje (94, 102, 103). Međutim, u praksi, deci se često ne daje prava mogućnost učešća u odlučivanju. U istraživanju u kom je intervjuisano dvadeset troje dece uzrasta od 6 do 11 godina, koja su primljena radi planirane medicinske intervencije, trećina njih je istakla da nisu dobili dovoljno informacija o proceduri, a dve trećine da nisu dobili mogućnost da učestvuju u odlučivanju (104). U drugom istraživanju, u kom je snimljen i analiziran 101 prijem dece u hitnu službu, zaključeno je da su u većini ovih medicinskih situacija deca imala apsolutno pasivnu ulogu tokom medicinske konsultacije (105). Kojn i Galager (Coyne i Gallagher) su potvrdili ove rezultate u svom istraživanju iz 2011. godine, u kom su intervjuisali 55-oro dece uzrasta od sedam do osamnaest godina u tri dečje bolnice u Irskoj, i gde je većina dece objasnila da su imali osećaj nedovoljnog učešća u donošenju odluka (106).

Isključivanje dece iz medicinskih konsultacija može imati negativna dejstva na njihovo blagostanje. Intervjui sa jedanaestoro hospitalizovane dece pokazali su da, iako je većina njih naglasila da su se navikli na to da ih odrasli ne uključuju u razgovor, da i dalje osećaju ljutnju i nezadovoljstvo kada ih zdravstveni profesionalci ignorišu, naročito u ozbiljnim situacijama (94). Ignorisanje dečjeg mišljenja dovodi do povećanog straha, anksioznosti, osećaja nepripremljenosti za medicinsku proceduru, i smanjenog samopouzdanja kod dece, i deca često misle da je situacija ozbiljnija i beznadežnija nego što zapravo jeste (106). Kada nisu u mogućnosti da donesu odluku samostalno, bez uključivanja roditelja, mnogi adolescenti neće ni otići kod lekara kada imaju problem u vezi sa reproduktivnim i mentalnim zdravljem, i trpeće negativne posledice nelečenog medicinskog stanja, što svakako nije u njihovom najboljem interesu (107).

### **1.6.2. Koristi od uključivanja dece i adolescenata u odlučivanje u zdravstvenoj zaštiti**

Istraživanja su pokazala da je dozvoljavanje deci da učestvuju u donošenju odluka u medicinskoj praksi korisno iz više razloga. Uključivanjem u razgovor kod dece

se razvijaju mentalne sposobnosti, samopouzdanje i odgovornost, što omogućava adekvatnu participaciju u kasnijem životu (94). Učešće u medicinskom odlučivanju kod deteta stvara osećaj kontrole, koji omogućava da se dete lakše prilagodi lečenju (108). Takođe, neki roditelji veruju da se davanjem šanse deci da izraze svoje želje unapređuje njihovo samopouzdanje i ukupno blagostanje (94). Rezultati dve velike studije su ukazali da su i sama deca izrazila potrebu da budu informisana i da izraze svoje mišljenje. U već spomenutoj studiji Kojn i Galager su intervjuisali 55-oro dece (106), a Kikeli (Kikelly) je anketirala 2275-oro dece iz dvadeset dve države članice Saveta Evrope (109). U obe studije deca su naglasila da je uključivanje u donošenje medicinskih odluka korisno za njih, da im pomaže da bolje razumeju svoju bolest i da se pripreme za medicinsku proceduru. Osećali su se srećnije, sigurnije i cenjenije kada su bili pitani za mišljenje i želje, kada im je davana mogućnost da postave pitanja, i kada su imali osećaj da su njihova mišljenja saslušana.

Naročito je važno dozvoliti zrelim adolescentima da donose autnomne odluke u kontekstu osetljivih domena zdravlja, kao što su zaštita reproduktivnog i mentalnog zdravlja. Adolescenti čine specijalnu kategoriju maloletnika koji zahtevaju specifičan pristup, koji podrazumeva ravnotežu između poštovanja njihovih rastućih mentalnih sposobnosti i autonomije s jedne strane, i potrebe da se zaštite kao specifično vulnerabilna grupa (110). Istraživanja koja su ispitivala donošenje odluka u senzitivnim medicinskim kontekstima, kao što su službe za zaštitu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, pokazale su da davanje adolescentima veće moći odlučivanja i većeg nivoa privatnosti ima pozitivan uticaj na spremnost adolescenata da se obrate zdravstvenim službama (107, 111, 112). Davanje mogućnosti mentalno sposobnim adolescentima da medicinske odluke donose samostalno i poverljivo je važna komponenta uspostavljanja poverenja između njih i zdravstvenih profesionalaca (113).

### **1.6.3. Potencijalne prepreke uključivanju dece i adolescenata u medicinsko odlučivanje**

Prisutan je niz faktora koji mogu uticati na sposobnost i mogućnost dece i adolescenata da budu uključeni u donošenje odluka u vezi sa zdravstvenom zaštitom. Dok se neki od faktora tiču same dece, kao što su mentalna sposobnost rezonovanja i

zrelost, drugi faktori se odnose na porodičnu situaciju, socio-kulturni kontekst, i samog zdravstvenog profesionalca.

Važna barijera uključivanju dece i adolescenata u medicinske odluke tiče se shvatanja njihove sposobnosti rezovanja. Kao što je Džon Tobin (John Tobin) naglasio: „Dečji nedostatak mentalnih sposobnosti (i stvarni i doživljeni) bio je i nastavlja da bude osnovni postulat na osnovu koga mnogi autori poriču deci priznavanje ljudskih prava. Dalje, ovo poricanje prava infantilizuje decu i svodi ih na objekte kojima je potrebna zaštita“(114). Mentalna sposobnost odlučivanja definiše se kao sposobnost pacijenata da donose medicinske odluke (115). Tradicionalno, deca se posmatraju kao osobe koje nemaju dovoljni kapacitet da razumeju, procene i primene informacije u vezi sa zdravljem i medicinskim tretmanom, i zbog toga ne mogu ni da donesu adekvatnu odluku (116). Nadovezujući se na značajna psihološka istraživanja kognitivnog razvoja iz 1970-ih i 1980-ih godina koja su pokazala da adolescenti u uzrastu od petnaest godina imaju kognitivni kapacitet za donošenje odluka sličan odraslim ljudima (117), skorija psihološka istraživanja iz 1990-ih ukazala su na značaj emocionalnih i socijalnih sposobnosti u odlučivanju (118). Ove studije su pokazale da adolescenti često donose impulsivne odluke bez adekvatne procene rizika, dobiti i posledica odluke. Takođe, rezultati neuro-razvojni istraživanja pokazala su da mozak nastavlja svoj razvoj do sredine treće decenije života (119,120), što je navelo neke autore da zaključe da adolescenti ne poseduju dovoljne kognitivne i emocionalne kapacitete da adekvatno procene informaciju i donesu razumnu medicinsku odluku (121,122).

Drugi faktor vezan sa samog maloletnog pacijenta koji zahteva razmatranje je uticaj njegovog iskustva sa bolešću i prethodnog znanja. Empirijski podaci ukazuju da i veoma mala deca koja boluju od hroničnih bolesti često imaju visok stepen razumevanja i adekvatne procene sopstvenog stanja, i da aktivno sarađuju sa medicinskim osobljem u lečenju (123). Smatra se da kroz iskustvo hronične bolesti deca stiču viši nivo samosvesti i razumevanja. Roditelji i lekari najčešće prepoznaju ovaj fenomen i daju veću težinu shvatanjima i mišljenjima malih pacijenata sa hroničnim bolestima nego dece koja imaju akutno ili hitno stanje. Takođe, deca sa hroničnim bolestima navode da što imaju veće iskustvo, to su više spremni da se bore da se njihovo mišljenje uvaži (106).



Negativan stav roditelja predstavlja važnu barijeru uključivanju dece u donošenje medicinskih odluka. Roditelji se tradicionalno smatraju ključnim donosiocima odluka u ime deteta, pre svega jer se smatra da roditelji najbolje znaju šta je u interesu njihovog deteta (124). Smatra se da su deca u medicinskom kontekstu još vulnerabilnija, jer su bolesna, nalaze se u nepoznatom okruženju i zbog toga im je potrebna veća zaštita (125). U većini slučajeva, roditeljima ili starateljima je povereno da donose medicinske odluke u ime deteta, i samo u slučajevima gde postoji rizik od nanošenja ozbiljne štete detetu roditeljska odluka može biti odbačena (126). Brojne kritike davanja deci prava učešća u odlučivanju fokusiraju se na posledice koje ova praksa može da ima po suverenitet porodice, a naročito na marginalizaciju uloge roditelja u odlučivanju (127). Većina roditelja smatra da su oni ti koji snose teret odgovornosti za posledice ponašanja svoje dece (128). Ovaj osećaj odgovornosti povećava roditeljsku želju da budu uključeni u sve aspekte zdravstvenog odlučivanja. Takođe, roditelji osećaju obavezu da zaštite decu od negativnih posledica, i zbog toga ograničavaju učešće deteta u odlučivanju. To često dovodi do direktnih opstrukcija pokušaja dece da uzmu učešće u medicinskim konsultacijama (94,129). Istraživanja pokazuju da roditelji često odgovaraju na lekarova pitanja umesto dece, ne dozvoljavaju deci da prekinu njihov razgovor sa lekarom, ne objašnjavaju deci i prećutkuju informacije, i vrlo često ih čak upozoravaju da ćute (94,129) Iako roditelji preduzimaju ove mere u cilju zaštite dece od stresa, istraživanja pokazuju da one zapravo dovode do straha i uznemirenosti kod dece. Dakle, ovaj prezaštićujući stav i ponašanje roditelja nije u najboljem interesu deteta, kada se uporedi sa prethodno navedenim dobitima koje dete ima od aktivnog učešća u medicinskim konsultacijama. Istraživanja pokazuju i da roditelji često dovode u pitanje sposobnost deteta da upamti i primeni dobijenu informaciju. Na primer, u istraživanjima u kojima su ispitivani stavovi roditelja prema poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti adolescenata pokazano je da mnogi roditelji strahuju da ukoliko nemaju pristup svim informacijama u vezi sa zdravljem njihovog adolescenta, oni neće moći da mu pomognu, a adolescent neće uspeti ni da upamti sve informacije koje je dobio od lekara ni da se pridržava dobijenog tretmana (130,131) Zbog toga, mnogi roditelji insistiraju da oni budu ti koji donose odluke kako bi zaštitili svoju decu od nepromišljenih odluka(132,133) Takođe, većina intervjuisanih majki u studiji u kojoj su diskutovane strategije poboljšanja pristupa adolescenata službama zaštite reproduktivnog zdravlja

iskazala je sumnju da su njihove ćerke sposobne da donesu dobru odluku (132). Ovi rezultati sugerišu da se roditelji brinu da njihova deca nemaju adekvatan kapacitet za razumevanje informacija i donošenja odluka te da se shodno tome neće ponašati odgovorno.

Shvatanje roditeljskih uloga, roditeljske odgovornosti i autoriteta oblikovano je socio-kulturnim kontekstom. U kulturama gde se više vrednuju atonomija, individualnost i lične slobode participacija dece biće društveno stimulisana i prihvaćena, dok će u kolektivističkim, tradicionalnijim kulturama roditelji imati autoritativniji stav prema deci, a participacija dece će često biti zanemarena na svim nivoima društva. Javnozdravstveni autoriteti, kreatori zdravstvenih politika i sami lekari biće manje spremni da promovišu i razvijaju participaciju dece u društvenim kontekstima koji više vrednuju roditeljski autoritet i uopšte pokoravanje autoritetu kao model odnosa. Takođe, uticaj socio-ekonomskih faktora na shvatanje roditeljskog autoriteta se pokazao izuzetno važnim u istraživanjima, gde su roditelji koji su živeli u siromašnijim, nebezbednim kvartovima, i koji su pripadali nižim socio-ekonomskim slojevima bili više skloni da ograničavaju dečju autonomiju i da upostave strožiju kontrolu (134). Objašnjenje ovih rezultata povezano je sa protektivnim mehanizmima u rizičnom okruženju.

Lekari koji rade sa decom i adolescentima su ključni faktor kada je participacija dece u medicinskom odlučivanju u pitanju. Neadekvatne veštine komunikacije i preterana upotreba medicinskog žargona mogu izazvati nerazumevanje i konfuziju kod dece (94). Deca su takođe navodila da lekari često ignorišu njihova pitanja, i umesto njima obraćaju se isključivo roditeljima, što isključuje mogućnost participacije deteta (94). Različiti su razlozi zašto lekari ne ohrabruju decu da se uključe u donošenje odluka, neki od njih su nedostatak vremena da se deci potanko objašnjava, kaos i užurbanost u kliničkom okruženju (128), a neki lekari smatraju da su deca nezrela i da im je potrebna roditeljska zaštita, te da zbog toga isključivo roditelji treba da donose odluke (135).

Iako je participacija dece u medicinskom odlučivanju višestruko korisna, i trebalo bi da bude promovisana i unapređena, postavlja se pitanje do koje mere deca treba da budu uključena, kako bi se dobila maksimalna korist a rizici sveli na minimum. Nuffield-ov savet bioetike, Britansko medicinsko udruženje i Savet Evrope sugerišu

kontinuum participacije deteta u odlučivanju o zdravstvenoj zaštiti, koji podrazumeva četiri nivoa participacije: (1) obaveštavanje deteta o detaljima i mogućnostima medicinske procedure, (2) ohrabrivanje deteta da ispolji svoja viđenja i verovanja, (3) uzimanje detetovog mišljenja u razmatranje prilikom donošenja odluke i (4) davanje detetu mogućnosti da bude glavni donosilac odluke (136). Ovakav pristup dozvoljava deci i adolescentima da učestvuju u odlučivanju u različitom stepenu, sa različitim nivoima autonomije u zavisnosti od njihovih mentalnih sposobnosti. U obzir se uzimaju detetove mentalne sposobnosti, zdravstveno stanje, priroda bolesti, komplikovanost i rizičnost tretmana, ali i porodični i društveni kontekst u kome dete živi.

### **1.7. Poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata**

Poverljivost u zdravstvenoj zaštiti definiše se kao obaveza zdravstvenog profesionalca da u tajnosti čuva informacije dobijene od pacijenata (137). Dužnost zaštite poverljivosti pacijenta integralni je deo medicinskih zakletvi i kodeksa širom sveta još od vremena Hipokrata, što odražava važnost poverljivosti u medicini. Poverljivost je povezana sa pravom na privatnost, koje predstavlja pravo osobe da upravlja zdravstvenim informacijama, tj. kome i u kolikoj meri se informacije mogu otkriti. Poverljivost se javlja u specifičnim odnosima, kao što je odnos lekar-pacijent, i odnosi se na dužnost zdravstvenog profesionalca da obezbedi zaštitu privatnosti pacijenta (138). Poverljivost ima dve osnovne uloge u medicini koje su i dalje od izuzetnog značaja uprkos enormnim transformacijama koje je medicinska praksa doživela u poslednjim decenijama (139). Prva uloga poverljivosti je poštovanje pacijentove autonomije i privatnosti. Princip poštovanja autonomije, definisan kao poštovanje samoodređenja, uključuje i pravo da se ima kontrola nad pristupom ličnim informacijama, drugim rečima pravo na privatnost. Dakle, poverljivost je neraskidivo isprepletena sa principom autonomije i konceptom informisanog pristanka u zdravstvenoj zaštiti. Druga uloga poverljivosti je uspostavljanje poverenja u odnosu lekar-pacijent. Bez zagarantovane poverljivosti pacijenti bi oklevali da otkriju prave informacije lekaru, bez kojih lekar ne bi mogao da uspostavi tačnu dijagnozu, što ugrožava dobrobit pacijenta kao vrhunski cilj medicine. Međutim, neki autori smatraju da je poverljivost ništa više od nedostižnog ideala u savremenoj medicinskoj praksi, jer je ozbiljno ugrožavaju digitalizovanost i birokratizovanost zdravstvenog sistema i visok

broj sub-specijalizovanih profesionalaca uključenih u pružanje zdravstvenih usluga (140). U savremenoj medicinskoj praksi poverljiva informacija postaje dostupna povećanom broju medicinskih profesionalaca, tehničkog osoblja, kompjuterskih administratora itd. Ipak, imajući na umu važne uloge koje poverljivost ima u procesu lečenja pacijenata, medicinska profesija ne sme odustati od ove značajne dužnosti.

Kršenje poverljivosti javlja se kada se poverljiva informacija otkrije trećem licu bez dozvole pacijenta. Princip poštovanja poverljivosti nije apsolutan, kršenje poverljivosti opravdano je u određenim okolnostima, koje podrazumevaju postojanje rizika nanošenja štete drugim osobama (140). Međutim, dobiti od kršenja poverljivosti moraju pažljivo biti balansirane sa štetom koja može nastati kao posledica ugrožavanja poverljivosti, kao što su gubitak poverenja i narušavanje odnosa lekar-pacijent.

Poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata ima istu osnovnu svrhu kao i u adultnoj medicini, a to je uspostavljanje i održavanje odnosa poverenja između pacijenta i doktora. Ipak, princip poštovanja poverljivosti u radu sa adolescentima nije univerzalno prihvaćen. U zapadnim zemljama (SAD, velika Britanija, većina zemalja zapadne Evrope) postoji konsenzus da je najvažniji razvojni zadatak tokom adolescencije dostizanje autonomije i nezavisnosti (134). U skladu sa ovim ciljem, adolescentima se garantuju prava na pristanak i poverljivost u zdravstvenoj zaštiti. Međutim, u mnogim drugim zemljama širom sveta povezanost, porodična solidarnost i pokornost autoritetima se daleko više vrednuju nego autonomija (134), što dovodi do drugačijih shvatanja autonomije u adolescenciji u ovakvim društvima. Dakle, prava na pristanak i poverljivost maloletnika u zdravstvenoj zaštiti dovode se u pitanje u ovakvim društvima, čak i kada su pravno garantovana. Na primer, iako potpisnica Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima deteta, Republika Srbija i dalje se bori da prevaziđe negativne stavove prema pravima deteta koji su dominantni u opštoj populaciji, kao i među pripadnicima zdravstvenih profesija (141).

### **1.7.1. Opravdanost prava na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata**

Zaštita poverljivosti smatra se kritičnim uslovom kvalitetne zdravstvene zaštite u populaciji adolescenata od strane vodećih medicinskih udruženja (142,143, 144,145),. Poverljivost u radu sa adolescentima se pravda na temelju dva etička argumenta. Prvo, iz razvojne perspektive, razvoj mentalnih sposobnosti podrazumeva poštovanje

autonomije, a pravo na privatnost je jedna od manifestacija autonomije (146). Drugo, etički princip dobročinstva opravdava davanje adolescentima prava na poverljivost s obzirom da značajan korpus empirijskih podataka podržava zaključak da mnogi adolescenti odustaju od odlaska kod lekara ili prećutkuje osetljive informacije kada im poverljivost nije garantovana (147,148,149). Poverljivost je posebno značajna kada su u pitanju osetljivi zdravstveni problemi, kao što su problemi u reproduktivnom i mentalnom zdravlju, problemi sa zavisnošću od psihoaktivnih supstanci, koji su najčeće uzrokovani rizičnim ponašanjem. S obzirom da su glavni uzroci morbiditeta i mortaliteta u populaciji adolescenata povezani sa rizičnim ponašanjem (zloupotreba supstanci, rano stupanje u seksualne odnose, slaba upotreba kontracepcije, vršnjačko nasilje, rizična vožnja, suicid), jasno je da je ključna stvar u adolescentnoj zdravstvenoj zaštiti povećanje pristupa adolescenata zdravstvenim uslugama (150). Zdravstvena služba prilagođena mladima koja podrazumeva zaštitu privatnosti i poverljivosti ima potvrđeno bolji pristup i korišćenje od strane adolescenata (151, 152).

#### **1.7.1.1. Unapređivanje autonomije adolescenata**

Poverljivost se zasniva na poštovanju individualne autonomije. Autonomiju čine dva elementa: sloboda od kontrolišućih uticaja, i sposobnost za samoupravljanje (153). Prema teoretičarima iz oblasti razvojne psihologije, dostizanje autonomije je jedan od ključnih razvojnih zadataka u adolescenciji (24). Psihoanalitičke teorije naglašavaju važnost emocionalnog razdvajanja od roditelja kao neophodan uslov postajanja autonomnom osobom (27). Rezultat je „normalna konfliktna situacija“ koju karakteriše buntovničko ponašanje adolescenata i prkošenje roditeljima. Neki autori smatraju da je imanje tajni u odnosu na roditelje normalan deo procesa razvoja autonomije (154). U takvom kontekstu odnosa roditelj-adolescent ne može se očekivati da će adolescenti rado deliti sa roditeljima svoja intimna pitanja kao što je seksualno ponašanje. Zaštita poverljivosti u odnosu lekar-adolescent dakle ima i funkciju omogućavanja podrške odrasle osobe (zdravstvenog profesionalca) u situacijama zdravstvenog rizika, kako bi se eliminisala šteta koja bi neminovno usledila bez medicinske pomoći (155).

U etičkim i pravnim teorijama ključni uslov autonomije je sposobnost rasuđivanja tj.odlučivanja (eng. *decision-making capacity*), koja se procenjuju na osnovu četiri kriterijuma: (1) sposobnost da se saopšti izbor; (2) sposobnost da se

razume informacija; (3) sposobnost da se proceni informacija i (4) sposobnost da se rasuđuje o mogućnostima lečenja(156). Pacijenti koji ispunjavaju ove kriterijume smatraju se kompetentnim da donose autonomne odluke. Takođe, sposobnost odlučivanja je specifična za situaciju tj. predmet odlučivanja, tako da je viši nivo sposobnosti potreban za teže i komplikovanije odluke. Deca i adolescenti pokazuju različite nivoe kompetentnosti u odnosu na ove kriterijume, iako ne postoji univerzalno primenjiv pristup proceni mentalnih sposobnosti kod mladih. Jedan instrument za procenu sposobnosti odlučivanja kod dece trenutno se je u procesu testiranja na većem uzorku dece i adolescenata u kliničkim i istraživačkim situacijama(157). Ukoliko se pokaže pouzdanim i validnim, mogao bi da postane korisna alatka za procenu kompetentnosti kod maloletnika.

Sposobnost odlučivanja postepeno se razvija i sazreva tokom adolescencije. Pema široko prihvaćenim rezultatima istraživanja Vajthorna i Kempbela (Weithorn-a i Campbell) iz 1980-ih godina, većina mladih dostiže formalno-operativnu fazu kognitivnog razvoja do sredine adolescencije (158). Oni su testirali performanse dece i adolescenata različitih uzrasta prema četiri kriterijuma kompetentnosti, i zaključili da se adolescenti stari 14 godina ne razlikuju od adolescenata uzrasta 18 godina, kao ni mladih uzrasta 21 godinu. Takođe, prema istraživanju Vajthorna i Šerera (Witehorn i Scherer), adolescenti u uzrastu od 14 godina imaju dovoljno razvijene kognitivne funkcije da zadovoljavaju sva četiri kriterijuma kompetentnosti (159). Ova istraživanja dovela su do zaključka da adolescenti u određenom uzrastu imaju dovoljno razvijenu sposobnost odlučivanja i da im treba dati pravo autonomnog pristanka u zdravstvenoj zaštiti. Uvažavanje kognitivne zrelosti adolescenata inkorporirano je u Konvenciju o pravima deteta Ujedinjenih Nacija, koja prvi put u istoriji prepoznaje decu kao nosioce prava, i iskazuje poštovanje prema njihovim razvijajućim kapacitetima. Konvencija o pravima deteta predstavlja jaku međunarodnu osnovu za regulisanje prava deteta u zdravstvenoj zaštiti. Tako u mnogim zdravstvenim sistemima adolescenti mlađi od uzrasta punoletstva imaju zakonom zagarnatovano pravo na pristanak i poverljivost. Sa etičke tačke gledišta, ako adolescenti u određenom uzrastu pokazuju dovoljan nivo mentalne sposobnosti rasuđivanja i imaju slobodnu volju, jedino je moralno opravdano poštovati njihovu autonomiju tako što će im se omogućiti da samostalno daju informisani pristanak i imaju zagarnatovanu poverljivost.

Prema teorijama dečjih liberacionista (eng. child liberationists), koje se oslanjaju na etički princip pravednosti, ako adolescenti posedujementalne sposobnosti jednake mentalnim sposobnostima odraslih, moraju se i tretirati kao odrasli, dakle moraju im se dati ista prava na samoodređenje kao i odraslim građanima (160). Oslanjajući se na pretpostavku da su adolescenti jednako sposobni za rasuđivanje i odlučivanje kao i odrasli, liberacionisti tvrde da uskraćivanje prava adolescentima da donose nezavisne odluke predstavlja diskriminaciju. Najambiciozniji liberacionisti preporučuju da sve osobe starije od 14 godina treba da se smatraju kompetentnim osim ukoliko se ne dokaže suprotno (161).

Proponenti prava adolescenata na autonomiju tvrde da se davanjem adolescentima mogućnosti da donose odluke o svojoj zdravstvenoj zaštiti prepoznaju i poštuju njihove razvijajuće kognitivne sposobnosti (162). Neki od njih tvrde da, s obzirom da je većina 15-, 16- i 17-godišnjaka kognitivno i emocionalno zrela da donosi razumne medicinske odluke, podsticanje na donošenje odluka doprinosi razvijanju njihove odgovornosti i nezavisnosti, i pripremi za odrasle društvene uloge (163). Dorotea Orem (Dorothea Orem) smatra da pomaganje adolescentima da razviju samostalnost u brizi o svom zdravlju (koja se definiše kao sposobnost da se procene alternative u zdravstvenoj zaštiti, donesu odluke i preuzmu koraci u cilju zaštite zdravlja) unapređuje njihovo učenje donošenja ispravnih medicinskih odluka(164). Sa druge strane, roditeljska ograničenja autonomije adolescenata mogu rezultirati u negativnim stavovima, otuđenošću od roditelja, apatijom, ili regresijom i slabo razvijenom sposobnosti rasuđivanja (165).

Ronda Hartman (Rhonda Hartman) tvrdi da roditeljsko prezaštićavanje ometa razvoj sposobnosti odlučivanja kod adolescenata (166). Ona smatra da jedno društvo ima višestruke koristi od ohrabrivanja adolescenata da se razviju u samostalne donosioce odluka, jer se na taj način stimuliše participacija mladih i aktivan doprinos društvu. Dozvoljavanje adolescentima da prave svoje izbore, i dobre i loše, unapređuje njihovo učenje veština odlučivanja.

#### **1.7.1.2. Javnozdravstvena opravdanost prava na poverljivost u adolescenciji**

U mnogim državama sveta adolescenti imaju zakonsko pravo na pristanak i poverljivost u zdravstvenoj zaštiti, pre svega u oblastima reproduktivnog zdravlja,

mentalnog zdravlja i bolesti zavisnosti. Glavno opravdanje za ova prava u okviru zdravstvenih politika nije povezano sa poštovanjem zrelosti i sposobnosti rasuđivanja adolescenata. Ove politike imaju javnozdravstvene razloge kao svoju osnovu, a to su zaštita i promocija zdravlja i dobrobiti u populaciji adolescenata, smanjenje incidenci adolescentskih trudnoća i seksualno prenosivih bolesti, kao i prevencija zloupotrebe supstanci i suicida. Značajan broj istraživanja iz prethodnih decenija naveo je kreatore javnozdravstvenih politika u mnogim zemljama da uvide da značajan broj adolescenata neće pristupiti zdravstvenoj službi i tražiti pomoć lekara kada su u pitanju osetljivi zdravstveni problemi iz straha da roditelji ne saznaju (107, 167). Novi empirijski podaci govore u prilog ovim starijim rezultatima, potvrđujući zaključak da je garancija poverljivosti od vitalnog značaja. Rezultati Nacionalnog istraživanja porodičnog rasta (National Survey of Family Growth) sprovedenog između 2013. i 2015. godine u SAD pokazali su da 7.4% osoba uzrasta 15-25 godina neće zatražiti pomoć lekara u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja zbog straha da roditelji mogu saznati o tome. Kod devojaka uzrasta 15-25 godina manja je bila šansa da će koristiti usluge službi za zaštitu seksualnog i reproduktivnog zdravlja ukoliko su bile zabrinute da roditelji mogu saznati u poređenju sa devojkaama koje nisu imale ovu vrstu zabrinutosti. Takođe, manje od polovine adolescenata uzrasta 15-17 godina je imalo obezbeđeno vreme nasamo sa zdravstvenim profesionalcem (168,169).

Rezultati kvalitativnih istraživanja koja su ispitivala shvatanja i stavove adolescenata prema poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti pokazali su da većina adolescenata visoko vrednuje poverljivost i radije želi da osetljiva zdravstvena pitanja ne budu prenesena roditeljima. Takođe, ova istraživanja su potvrdila da će adolescenti oklevati da se obrate lekaru kada im poverljivost nije zagarantovana (170,171). Zašto se neki adolescent plaše da roditelji mogu saznati o njihovim intimnim zdravstvenim problemima? Podaci govore da neki roditelji nerado sa decom razgovaraju o „nezgodnim“ temama kao što su seksualnost, korišćenje alkohola i cigareta, a mnogi od roditelja uopštenisu svesni rizičnog ponašanja svoje dece (172,173,174). Izbegavajući otvorenu komunikaciju sa decom roditelji prave barijeru između sebe i dece, što decu prinudava da savet i pomoć potraže na drugoj strani. Polazeći od činjenice da nemaju svi adolescenti dostupne i za razgovor spremne roditelje, Abigejl Inqliš i Kerol Ford (Abigail English i Carol Ford) tvrde da je omogućavanje poverljive konsultacije sa



lekarom od krucijalnog značaja, jer se na taj način podstiče pravovremena i otvorena komunikacija i otkrivanje intimnih detalja koji su neophodni lekaru kako bi postavio ispravnu dijagnozu i predložio tretman (175).

### **1.7.2. Argumenti protiv prava na poverljivost u adolescenciji**

U bioetičkoj literaturi izdvajaju se dva glavna argument protiv prava na poverljivost u adolescenciji: urušavanje roditeljskog autoriteta i nezrelost adolescenata.

#### **1.7.2.1. Urušavanje roditeljskog autoriteta i oduzimanje mogućnosti da se deca zaštite od nepromišljenih odluka**

Prema tradicionalnom shvatanju roditelji imaju autoritet nad decom, i ovlašćeni su da donose odluke u ime dece, naročito u zdravstvenoj zaštiti. Obično se pretpostavlja da roditelji znaju šta je u najboljem interesu deteta (124). Kao kontra-pozicija liberacionističkom shvatanju ojačanih i proširenih prava deteta, protekcionisti se zalažu za zaštitu dece i adolescenata od štete koja može nastati zbog njihovog nezrelog rasuđivanja (176). Protekcionisti smatraju da su roditelji ti koji bi trebalo da odlučuju o zdravlju dece, sa najboljim interesom deteta kao glavnim ciljem i vodećim načelom.

Lejni Fridman Ros (Lainie Freedman Ross), uticajna pristalica protekcionizma, zalaže se za „ograničenu roditeljsku autonomiju“ (177). Ros odbacuje pretpostavku da mentalna kompetentnost nužno zavređuje autonomiju kod adolescenata. Ona ne dovodi u pitanje činjenicu da mnogi adolescenti mlađi od uzrasta punoletstva poseduju sposobnost rasuđivanja na sličnom nivou kao odrasli. Ona tvrdi da čak i ako je dete kompetentno, njegova kompetentnost nije dovoljan uslov za davanje prava na autonomiju adolescentima. Pošto roditelji imaju odgovornost da zaštite potencijal deteta da razvija svoje mentalne kapacitete i veštine, i zbog ograničenog životnog iskustva deteta, detetova trenutna, kratkoročna autonomija mora biti ograničena zarad unapređenja njegove dugoročne, životne autonomije. Rosin centralni argument je da bi roditelji trebalo da budu glavni donosioci odluka u ime dece, ali da roditeljska autonomija mora biti ograničena principom poštovanja ličnosti primenjenim na decu. Naime, ona posmatra porodicu kao entitet, kao lokus odlučivanja, i u skladu sa tim interesi cele porodice kao jedinstvene celine imaju primat nad interesima njenih individualnih članova. Pošto je ličnost deteta u razvijanju, roditelji imaju moralnu

obavezu da „zaštite i unaprede detetove sadašnje i buduće interese i identitet“. Ros smatra da suisključivo roditelji odgovorni za razvoj svoje dece, pa tako i razvoj seksualnosti. Dakle, roditelji imaju glavnu ulogu u oblikovanju seksualnog identiteta deteta, seksualnih vrednosti i normi. Dopuštanjem poverljivosti u službama za zaštitu reproduktivnog zdravlja deca se smeštaju u poziciju bez roditeljske podrške, i izlažu se ricima od nezrelih nepromišljenih odluka.

Slično Ros, Erika Salter (Erica Salter) smatra da iako mnogi adolescenti poseduju mentalne kompetencije, ne treba im dati autoritet u odlučivanju (178). Njen centralni argument zašto roditelji treba da imaju autoritet u odlučivanju je da roditelji imaju moralnu odgovornost da zaštite svoju nezrelu decu. Roditelji su odgovorni za zadovoljavanje svih potreba deteta, a teret posledica medicinskih odluka pada na njih. Ona takođe naglašava da životno iskustvo igra važnu ulogu u razvoju zrelog odlučivanja, i roditelji imaju ulogu da obezbede zaštićenu zonu gde će deca moći da „uvežbavaju“ donošenje odluka bez neprijatnih posledica, koje bi se neminovno javile kada bi deca bila ostavljena da odlučuju sama, bez roditeljske zaštite. Salter zaključuje da „dati adolescentima, čak i kompetentnim adolescentima autoritet u odlučivanju bez obzira na mišljenje roditelja... dovodi do izmeštanja adolescenta iz njegovog utvrđenog konteksta u kom se donose odluke i remeti zaštitnu ulogu roditeljskog autoriteta“.

Nasuprot argumentu da se sposobnost odlučivanja u adolescenciji stimuliše davanjem mogućnosti adolescentima da donose samostalne medicinske odluke, Brajan Partridž (Brian Patridge) smatra da razvoj adolescenata uglavnom ima dobiti od roditeljske zaštite (127). On se oslanja na empirijske podatke koji pokazuju da je autoritativno roditeljstvo značajno povezano sa boljim akademskim uspehom, povećanom kompetentnošću, autonomijom i samopouzdanjem i većim otporom prema upuštanju u rizična ponašanja kod adolescenata, u poređenju sa permisivnim i autoritarnim roditeljstvom (180). Partridž zaključuje da bi adolescenti trebalo da budu zaštićeni u okviru granica roditeljskog vođenja, jer davanje smernica i postavljanje granica od strane roditelja unapređuje i stimuliše razvoj dece u smeru efikasnih, autonomnih donosioca odluka.

Rosin, Salterin i Partridžov naglasak na važnosti roditeljske odgovornosti u skladu su sa empirijskim podacima o shvatanjima i stavovima roditelja prema poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti adolescenata, koji pokazuju da mnogi roditelji veruju

da poverljivost ugrožava njihovu roditeljsku odgovornost, tako što im onemogućava da adekvatno pruže pomoć i podršku detetu kada nemaju pristup važnim informacijama (132,180). Većina roditelja je posvećeno ulozi zaštitnika svoje dece, naročito u adolescenciji, i naglašava svoju potrebu da budu uključeni u donošenje odluka i da imaju pristup važnim informacijama kao integralni deo roditeljske odgovornosti (132). Većina empirijskih podataka pokazuje da roditelji imaju zbrkana shvatanja i stavove prema poverljivosti: iako prepoznaje značaj podsticanja autonomije i nezavisnosti kod adolescenata, većina ispitivanih roditelja bi ipak želela da bude prisutna tokom celog kliničkog pregleda i da ima pristup svim medicinskim informacijama u vezi sa zdravljem svog adolescenta, jer roditelji vide sebe kao glavne zaštitnike svoje dece i nosioce odgovornosti za posledice svih njihovih odluka (181,182,183).

Međutim, iako je roditeljska potreba da se upoznaju sa zdravstvenim informacijama svog deteta kako bi mogli da ga zaštite od nepromišljenih odluka opravdana i razumljiva, ne sme se prenebregnuti empirijski snažno potkrepljena činjenica da adolescenti visoko vrednuju poverljivost i da će mnogi od njih prosto odustati od odlaska kod lekara kada postoji sumnja da roditelji mogu saznati. Iako mnogi adolescenti otvoreno razgovaraju sa roditeljima o osetljivim temama, značajan broj njih ipak ne želi da se poveri roditeljima i radije će ostati bez medicinskog tretmana. Zdravstvena politika i zakon koji omogućavaju roditeljima pravo da budu obavešteni o svim činjenicama vezanim za zdravlje svog adolescenta bez njegovog pristanka ugrožava najranjivije adolescente, one koji nemaju roditeljsku podršku. Iako na prvi pogled deluje da omogućavanje prava na poverljivost ima potencijal da ugrozi odnos roditelj-dete, Kerol Ford i Abigejl Ingliš (Carol Ford and Abigail English) sugerišu da je ova premisa pogrešna, jer poverljivo savetovanje sa lekarom ne isključuje napore da se roditelji ipak uključe u zdravstvenu zaštitu, i da se potrude da unaprede svoju komunikaciju sa decom (146). Takođe, empirijski podaci sugerišu da su roditelji sposobni da prepoznaju značaj poverljivosti kada im se pruže adekvatne informacije. Skorašnja studija ispitivala je stavove roditelja u Oklahomi, u svetlu novog zakona o roditeljskim pravima koji dozvoljava roditeljima pristup zdravstvenom kartonu deteta i zahteva roditeljski pristanak za svaku medicinsku proceduru koja bi trebalo da se sprovede nad detetom (184). Nakon što su im objašnjeni razlozi i argumenti za

poverljivost u radu sa adolescentima, preko 95% ispitivanih roditelja je bilo spremno da se odrekne prava dobijenih novih zakonom u korist prava na poverljivost svoje dece.

### **1.7.2.2. Adolescenti ne poseduju adekvatne mentalne sposobnosti za donošenje autonomnih odluka**

Psihološka istraživanja iz 1990-ih godina ukazuju na činjenicu da sposobnost odlučivanja ne zavisi samo od kognitivnih faktora, već i od psiho-socijalnih (185). Dok je kognitivno rezonovanje kod adolescenata na sličnom nivou kao kod odraslih (činjenica potvrđena empirijskim podacima iz gore pomenutih istraživanja iz 1970-ih i 1980-ih godina), novija istraživanja iz oblasti razvojne psihologije sugerišu da su socijalne i emocionalne sposobnosti u adolescenciji značajno različite nego u odraslom dobu. Faktori kao što su kontrola impulsa, podložnost uticaju vršnjaka, i niska mogućnost sagledavanja dugoročnih rizika utiču na kognitivne sposobnosti adolescenata, čineći njihovo rasuđivanje nezrelim (118). Ovi nalazi sugerišu da adolescenti mogu biti sposobni da razumeju informacije, ali ne i da procene sve njihove posledice. Takođe, skorašnji rezultati iz neuronaučnih istraživanja pokazali su da postoje značajne strukturne i funkcionalne razlike između odraslog i adolescentskog mozga, koje se tiču i sposobnosti odlučivanja (119). Naime, prefrontalna kora (deo mozga gde se vrši koordinacija egzekutivnih funkcija, uključujući i procenu rizika i dobiti) nastavlja sa sazrevanjem do 21. godine života, tako da je kod adolescenata aktivan limbički sistem (sistem odgovoran za emocionalne reakcije) tokom donošenja odluka bez adekvatne kontrole od strane nezrele prefrontalne kore (186). Povećana aktivnost limbičkog sistema manifestuje se kroz ponašanje koje traži nagradu (eng. reward-seeking behavior). Vremenski jaz između dostizanja pune zrelosti sistema kognitivne kontrole i limbičkog sistema odražava se u ponašanju adolescenata: adolescenti su manje sposobni da odlože zadovoljstvo i više skloni upuštanju u rizike u poređenju sa odraslima zbog dominantno angažovanog limbičkog sistema tokom procesa odlučivanja. Prema tome, čak i naizgled zreli adolescenti koji deluju da su razumeli sve predložene im činjenice, zapravo nemaju dovoljno razvijenu samokontrolu koja je neophodna u adekvatnom odlučivanju (187). Iako su ovi nalazi još uvek spekulativni, naveli su neke autore da zaključe da mozak adolescenata nije dovoljno zreo da im se dozvoli autonomno odlučivanje, tako da autoritet u odlučivanju mora

ostati roditeljima (121,122). Rezultati neuronaučnih istraživanja imali su uticaj i na sudske odluke. U suđenjima *Graham vs. Florida* (188) i *Miller vs. Alabama* (189), Vrhovni sud SAD zaključio je da naučni dokazi, uključujući i neuroimidžing studije adolescentskog mozga, ne podržavaju stav da adolescenti imaju adekvatnu sposobnost rađivanja i odlučivanja, te se adolescenti ne mogu smatrati kompetentnim tj. krivično odgovornim licima u krivičnim postupcima. Pozivajući se na ove odluke Vrhovnog suda SAD, neki autori su zaključili da kreatori politika i zakona u zdravstvenoj zaštiti moraju da preispitaju svoj pozitivan stav prema adolescentima kao autonomnim donosiocima odluka (187).

Iako dokazi iz neuronaučnih istraživanja ukazuju na važne promene u anatomiji i aktivnosti mozga tokom adolescencije, implikacije koje oni mogu imati u odnosu na zdravstvenu politiku moraju se uzeti u obzir zajedno sa drugim faktorima. Okolnosti pod kojima osoba donosi odluku mogu značajno uticati na sam proces odlučivanja. Adolescenti teže kontrolišu impulse i skloniji su rizičnom ponašanju u situacijama koje su emocionalno napete, a naročito ako su u društvu vršnjaka (190). Ipak, u okolnostima koje ne zahtevaju hitno odlučivanje, u kojima nema emocionalnog uzbuđenja ni pritiska vršnjaka (kakav je u najvećem broju slučajeva medicinski kontekst), adolescenti će donositi odluke slične odraslama.

### **1.7.3. Poverljivost u različitim socio-kulturnim kontekstima**

Pokreti za prava žena i dece i rezultujuće konvencije o ljudskim pravima u prvi plan su istakli vrednosti slobode i jednakosti, promovišući autonomiju i participaciju dece i dajući roditeljima pravo da figuriraju isključivo kao zaštitinici najboljeg interesa deteta. Tristram Englhart (Tristram Engelhardt Jr.) opisuje četiri moralna i ideološka shvatanja porodice, koja podrazumevaju različito razumevanje integriteta i suvereniteta porodice, ali i prirode roditeljskog autoriteta, odnosa između muškarca i žene i položaja deteta (191). Prvo je *sociobiološko* shvatanje, gde je porodica prirodna socio-biološka kategorija konstituisana na osnovi dugoročne seksualne, reproduktivne i socijalne veze između muškarca i žene, i njihove odgovornosti za svoje potomstvo. Pošto ovo shvatanje podrazumeva isključivo stabilnu heteroseksualnu zajednicu, poslednjih decenija postalo je politički neprihvatljivo u nekim zemljama. Ovo shvatanje porodice priznaje isključivo biološku osnovu za autoritet svojih članova, gde muškarci, tj. muževi

i očevi imaju tradicionalni autoritet nad ženama i decom. Drugo je *kategoričko* ili *tradicionalno* shvatanje, po kom porodica predstavlja normativnu kategoriju društvenog života. Porodicu karakteriše moralno jedinstvo, a najbolji interes i autoritet u porodici se ne mogu prosto redukovati na interese pojedinačnih članova bez gubitka značenja. Porodica ima suverenitet koji je štiti od spoljnih intervencija (npr. od strane države). Ovo shvatanje u koliziji je sa idejom da se deci treba dati nezavisnost i autonomija u odlučivanju u zdravstvu, jer su to odluke koje imaju reperkusije po celu porodicu i kao takve moraju se donositi u okviru porodice. *Liberalno* shvatanje porodice zasniva se na autonomiji svih njenih članova. Porodica se ne gleda kao realnost sama po sebi, njenu realnost čine njeni članovi, koji slobodno pristaju da budu deo porodice. Liberalno shvatanje porodice u skladu je sa liberacionističkim stavovima koji naglašavaju pravo deteta na nezavisnost i samoodređenje, te participacija dece na svim nivoima društva i života postaje imperativ. Dakle, prema liberalnom shvatanju, roditeljski autoritet je legitiman samo ukoliko su roditelji posvećeni staranju o najboljim interesima deteta, i ukoliko dete nije kompetentno, tj.sposobno da donosi autonomne odluke. Svaki roditeljski autoritet kome najbolji interes deteta nije prioritet, i koji ne pokazuje otvorenost prema religiozno i ideološki neograničenoj budućnosti deteta je neprihvatljiv. Četvrto shvatanje porodice je *libertarijansko*, gde se porodica posmatra kao društveni konstrukt, a članovi porodice imaju slobodu da izaberu da li će se podvrći autoritetu roditelja. Dakle, članovi porodice mogu izabrati da ne budu slobodni i da ne budu jednaki. Ovo shvatanje odobrava i tradicionalne i post-moderne oblike porodice. Konvencija o pravima deteta koja je utrla put mnogim zakonskim regulacijama koje dozvoljavaju autonomiju adolescenata u zdravstvu, stavila je pravo deteta na samoodređenje iznad autoriteta roditelja. Ova konstelacija odnosa u kome autonomija deteta ima primat nad roditeljskim autoritetom prihvatljiva je ukoliko porodicu posmatramo sa liberalnog i delimično libertarijanskog stanovišta, ali je u kontradikciji sa tradicionalnim, a naročito socio-biološkim shvatanjem porodice. Englhart smatra da Konvencija o pravima deteta podriva tradicionalnu poziciju porodice, koja pak dominira u mnogim društvima. On kritikuje Konvenciju da je zauzela poziciju jednog moralnog viđenja porodice, ignorišući sve ostale koncepte, i kao takva ne reflektuje univerzalne vrednosti.

Roditeljske vrednosti i ponašanja oblikovana su kulturnim normama i socio-ekonomskim faktorima koji prevladavaju u datom društvu, a roditelji odgajaju decu na način da podstaknu razvoj onih karakteristika koje će najizvesnije omogućiti opstanak u tom konkretnom društvu. Empirijska istraživanja koja su ispitivala kulturne varijacije u roditeljstvu poredila su evropske i američke roditelje sa južnoameričkim i azijskim roditeljima, sugerišući da roditelji u SAD ohrabruju i stimulišu nezavisnost i autonomiju kod dece značajno više od ostalih (134). U drugim „ne-zapadnim“ društvima porodica, a ne individua, je glavni lokus odlučivanja i ima moralno jedinstvo. Odnosi između dece i roditelja grade se na elementima dužnosti, poštovanja, obaveza i poslušnosti, a porodična među-povezanost se više vrednuje od individualne autonomije (192). Pored kulturnih vrednosti, socio-ekonomski faktori takođe utiču na interpretaciju roditeljskog autoriteta i kontrole. U visoko-rizičnom okruženju gde postoje realne opasnosti kao što je visoka stopa krađa, nasilja, narkomanije, roditelji pribegavaju stiktnijoj kontroli i ograničavanju autonomije dece (192).

Evropska komisija je 2015. godine u svojoj evaluaciji legislativa, politike i prakse u vezi sa dečjom participacijom utvrdila da su socio-kulturni faktori od ključnog značaja za implementaciju participacije dece na svim nivoima (89). Prema ovom izveštaju, zemlje kao što su Španija, Francuska, Kipar itd. suočavaju se sa kulturnim preprekama u ostvarivanju dečjih prava što je rezultat kontinuirane dominacije paternalističke kulture. Paternalistička kultura decu ne posmatra kao nosioce prava, već kao objekte roditeljskih prava. Ovaj generalno paternalistički stav prema deci u mnogim zemljama je zaostavština dugogodišnje totalitarne vladavine (u Bugarskoj, Češkoj, Poljskoj, Estoniji, Slovačkoj, Španiji, Portugalu), tako da se uprkos uvođenju modernih zakona koji prepoznaju prava deteta oni ne primenjuju u praksi.

Srbija pripada takozvanom mediteranskom kulturnom obrascu tranzicije iz adolescencije u odraslo doba, gde adolescenti kasnije napuštaju roditeljski dom, duže su ekonomski zavisni od roditelja, uz postojanje snažnih emocionalnih veza između članova porodice (193). Empirijski podaci pokazuju da mladi ljudi u uzrastu od 23 godine koji žive na jugu Evrope sa tri puta većom verovatnoćom i dalje žive sa roditeljima u poređenju sa svojim vršnjacima sa severa Evrope (194). Iako u procesu socio-ekonomske tranzicije, Srbija i dalje ima paternalizam kao dominantan kulturni obrazac, koji značajno utiče na porodični život i odnose između roditelja i dece (195).

Paternalistički kulturni obrazac ojačan je lošim socio-ekonomskim okolnostima. Roditelji moraju da ulažu pojačane napore da obezbede osnovnu egzistenciju porodici s jedne strane, a osiromašenje i anomija u tranzicionom društvu stvaraju nove društvene rizike koje roditelji doživljavaju kao pretnju deci s druge strane. Zabrinutost roditelja stvara potrebu za prezaštićavanjem, što rezultira u daljem ograničavanju autonomije deteta. Promovisanje prava deteta na autonomiju i poverljivost u zdravstvenoj zaštiti u okolnostima visokih socijalnih rizika i prezaštićujućeg stava roditelja nosi sa sobom rizik od izazivanja konflikata između dece i roditelja. U skladu sa Konvencijom o pravima deteta, u maju 2013. godine, u Srbiji je na snagu stupio novi Zakon o pravima pacijenata, kojim je utvrđeno da dete koje je napunilo 15 godina i koje je sposobno za rasuđivanje i samostalno donošenje odluka, ima pravo da na svoj zahtev obavi uvid u svoju medicinsku dokumentaciju, kao i pravo na poverljivost tih podataka (Zakon o pravima pacijenata, "Službeni glasnik RS" br. 45/2013). Međutim, donošenje ovog zakona izazvalo je brojne debate u profesionalnim krugovima i medijima na nacionalnom nivou (196,197). Oponenti ovog shvatanja smatraju da roditelji/staratelji imaju pravo na puno informisanje o zdravstvenom stanju svoje dece do 18. godine života, i preduzetim medicinskim merama. Zakon o pravima pacijenata kojim su uvedeni pravo na samostalni pristanak i poverljivost deci koja navrše 15 godina izglasan je bez prethodne analize socio-kulturne prijemčivosti ovakvih prava među građanima Srbije. Generalni stav u Srbiji prema pravima deteta je negativan, a naponi da se ova prava realizuju moraju uključiti pravne, društvene i kulturne aktivnosti kako bi se obezbedili temelji za bolju prihvaćenost u populaciji. Iskustvo većine zemalja je pokazalo da postoje brojne poteškoće u implementaciji principa i vrednosti poštovanja prava na samoodređenje i privatnost maloletnika u medicinskoj praksi. Čak i kada postoje u nacionalnim zakonodavstvima, zakoni koji otelovljuju ove principe obično se nedovoljno primenjuju (88). Prepreke realizaciji dečjih prava utemeljene su u jakom tradicionalnom shvatanju roditeljskog autoriteta i odgovornosti, i čvrsto uvreženom uverenju da adolescenti ne poseduju adekvatnu sposobnost odlučivanja. Moramo se osvrnuti na tradicionalno shvatanje deteta u srpskoj patrijarhalnoj kulturi koje ima značajnog odjeka i u današnjim odnosima roditelja i dece. U srpskoj patrijarhalnoj kulturi deca i mladi činili su socijalno marginalnu grupu, koja nije učestvovala u odlučivanju već se nalazila na periferiji svih važnih zbivanja (199). Odnos roditelja i



deteta bio je asimetričan, nalik odnosu nadređenog i podređenog. Roditelji su imali snažan moralni autoritet nad detetom, do te mere da se neposlušnost deteta izjednačavala se grehom. Autoritet roditelja u patrijarhalnoj kulturi bio je neprikosnoven, utkan u javno mnjenje, što objašnjava veliki otpor prema nametanju koncepta prava deteta u našoj populaciji.

Kada je u pitanju odnos lekara prema konceptu zaštite poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti adolescenata, istraživanja pokazuju veoma različite stavove i shvatanja, ali i različita ponašanja zdravstvenih profesionalaca. Različite studije stranih autora iz prethodnih godina ukazuju da je znanje lekara o pravnim odrednicama koje regulišu zdravstvenu zaštitu adolescenata u većini slučajeva nedovoljno i neadekvatno, mada je većina ispitivanih lekara ipak podržala zakon koji štiti pravo adolescenta na samoodređenje i poverljivost nakon što su upoznati sa zakonom (200,201) S druge strane, lekari su istakli stavove i insistiranje roditelja da budu uključeni kao glavnu prepreku u obezbeđivanju prava na poverljivost u radu sa adolescentima (202,203). Kada je ponašanje lekara u praksi u pitanju, istraživanja su pokazala da mnogi lekari uprkos zakonskoj regulativi ne poštuju pravo adolescenta na poverljivost, ne omogućavaju prostor i vreme za konsultacije nasamo sa adolescentom i uvek informišu roditelje adolescenata, kao na primeru studije autora iz Španije (204).

Kada je prevencija rizičnog ponašanja i promocija zdravih stilova života u populaciji adolescenata u pitanju, zdravstveni profesionalci pored roditelja imaju najznačajniju ulogu, a efikasnost njihovog uticaja na zdravstvene odluke adolescenata najviše zavisi od uspostavljenog poverenja. Domovi zdravlja od izuzetnog su značaja kao ustanove primarne zdravstvene zaštite koje u okviru svojih kapaciteta sadrže savetovališta za mlade, u kojima stručni timovi sastavljeni od pedijatar, ginekologa, defektologa i psihologa pružaju mladima usluge savetovanja u oblastima reproduktivnog i mentalnog zdravlja. Međutim, malo se zna o ostvarivanju prava na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata u Srbiji, budući da ne postoje podaci iz relevantnih naučnih istraživanja. Istovremeno, vrlo je značajno dobiti podatke o tome da li se i na koji način pravo na poverljivost poštuje u praksi ili, da li se roditelji obaveštavaju o činjenicama vezanim za pregled, dijagnozu i lečenje. Takođe, ispitivanje znanja, stavova i ponašanja lekara po pitanju prava na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata pokazalo bi da li postoje barijere u implementaciji prava na poverljivost i

koje su vrste barijera, na osnovu čega se mogu formulirati preporuke za unapređenje pristupa adolescenata službama za zaštitu reproduktivnog zdravlja i podizanje svesti o značaju poverljivosti za pristup adolescenata zdravstvenoj zaštiti, naročito kada su reproduktivno zdravlje i rizično ponašanje u pitanju

## **2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA**

Ciljevi ovog istraživanja su:

1. Razvoj novog instrumenta istraživanja – upitnika za anketiranje lekara o poštovanju prava na poverljivost u zaštiti reproduktivnog zdravlja adolescenata
2. Ispitivanje znanja, stavova i ponašanja lekara koji su uključeni u zdravstvenu zaštitu adolescenata u vezi sa poštovanjem prava na poverljivost u oblasti reproduktivnog zdravlja i svojom ulogom u obezbeđivanju poverljivosti;
3. Utvrđivanje faktora koji su u vezi sa odlukom lekara da obezbede pravo na poverljivost u zaštiti reproduktivnog zdravlja adolescenata.

### **3. MATERIJAL I METODE**

Istraživanje je sprovedeno kao studija preseka. U istraživanju je korišćen kombinovani, kvalitativno-kvantitativni eksploratorni dizajn (205). Kombinovani dizajn istraživanja podrazumeva pristup koji kombinuje tj. sjedinjuje kvalitativnu i kvantitativnu metodologiju prikupljanja podataka. Eksploratorni kombinovani dizajn je procedura izbora kada je potrebno dizajnirati instrument kojim bi se ispitivao nedovoljno poznat fenomen, jer se putem kvalitativnog istraživanja dobijaju ključne teme za instrument-upitnik, te se na ovaj način osigurava adekvatnost upitnika.

Prva faza je bila preliminarno kvalitativno istraživanje, kojim su se kroz intervju sa manjim brojem ispitanika identifikovale ključne teme. Na osnovu rezultata kvalitativnog istraživanja, tj. identifikovanih tema razvijen je instrument za drugu fazu - kvantitativno istraživanje znanja, stavova i ponašanja na većem uzorku lekara.

#### **3.1. Kvalitativno istraživanje - Faza I**

##### **3.1.1. Tip i dizajn studije**

U ovom delu istraživanja primenjen je pristup kvalitativne deskripcije (engl. *qualitative description approach*) (206), baziran na dubinskim, polustrukturiranim intervjuima sa lekarima, sa ciljem da se dobije dublji uvid u njihova razumevanja i shvatanja poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti adolescenata. Kvalitativni deskriptivni pristup usvaja naturalističku teorijsku orijentaciju, koja teži da fenomen objasni kroz analizu i interpretaciju značenja koja ispitanici pridaju tom fenomenu. Karakteristike kvalitativnog deskriptivnog pristupa prikazane su u Tabeli 1. Dva su osnovna elementa kvalitativnih deskriptivnih studija u zdravstvenim sistemima: (1) saznavanje od ispitanika i njihovih iskaza i opisa i (2) primena ovih znanja kako bi se uticalo na zdravstvene intervencije. Dakle, osnovna svrha kvalitativnih deskriptivnih studija je dobijanje direktnih informacija od učesnika u procesu zdravstvene zaštite koje će biti korišćene za formulisanje preporuka za unapređenje kliničke prakse i zdravstvenih politika (207).

**Tabela 1. Karakteristike kvalitativnog deksriptivnog pristupa.**

- 
- Induktivni proces (opisuje sliku fenomena koji se izučava, i može da uveća znanje i razvije koceptualni/teorijski okvir)
  - Subjektivan je (svaka osoba ima svoju perspektivu, i svaka perspektiva se uzima u obzir). Prepoznaje subjektivnost iskustva ne samo ispitanika već i istraživača.
  - Osmišljen da poveća razumevanje i opiše fenomen (a ne da obezbedi dokaze za postojeću teorijsku konstrukciju)
  - Istraživač je aktivan u istraživačkom procesu (istraživač postaje deo istraživanog fenomena jer direktno komunicira sa ispitanicima i/ili posmatra njihovo ponašanje)
  - Emičko stanovište (uzima perspektivu i iskaze ispitanika kao startnu poziciju) ali je podložan uticaju istraživača ne samo zbog subjektivnosti već i prilikom interpretacije
  - Sprovodi se u prirodnim okolnostima (podaci se skupljaju u prirodnom okruženju ispitanika koji imaju iskustvo sa proučavanim fenomenom)
- 

\*Preuzeto od Bradshaw, Atkinson and Doody (2017).

Intervju podrazumeva usmeni način postavljanja pitanja i odgovaranja. Polustrukturisani intervju definiše se kao strategija kvalitativnog prikupljanja podataka, u kojoj istraživač ispitanicima postavlja niz prehodno definisanih pitanja, ali sa otvorenom mogućnošću za odgovor (208). Polustrukturisani intervju je metoda izbora kada je cilj istraživanja razumevanje ljudskog iskustva, jer omogućava ispitanicima da iskustvo oblikuju i iskažu na slobodan, nesputan način. Epistemološka pretpostavka polustrukturiranog intervjuja je “da prikupljeni podaci čine validno i vredno saznanje, zavisno od ispitanikovog jedinstvenog konteksta koji čine vreme, mesto i lično iskustvo” (209).

### **3.1.2. Mesto i period istraživanja**

Studija je sprovedena u sedam domova zdravlja na teritoriji Beograda (Dom zdravlja Novi Beograd, Dom zdravlja Palilula, Dom zdravlja Stari grad, Dom zdravlja

Savski venac, Dom zdravlja Lazarevac, Dom zdravlja Barajevo, Dom zdravlja Rakovica) i Republičkom centru za planiranje porodice u okviru Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić", u periodu od marta do maja 2016. godine.

### 3.1.3. Selekcija ispitanika

Kriterijum za uključivanje u studiju je bio da su ispitanici lekari uključeni u primarnu zdravstvenu zaštitu adolescenata u oblasti reproduktivnog zdravlja, dakle lekari zaposleni u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece i službi za zdravstvenu zaštitu žena u okviru domova zdravlja. Uzorkovanje ispitanika je bilo svrsishodno (engl. *purposive sampling*), kako bi se obuhvatila što različitija, bogatija i kompleksnija viđenja i shvatanja ispitanika, bazirano na polu, iskustvu (uglavnom su selektovani ispitanici sa značajnim iskustvom, ali i jedan početnik, a takođe su uključeni lekari sa iskustvom rada u savetovalištima za mlade), mestu rada (ustanove primarne zdravstvene zaštite kako iz centralnih tako i perifernih opština na teritoriji Beograda). Sa idejom sticanja što kvalitetnijeg i dubljeg saznanja o temi, uključen je i jedan ispitanik zaposlen u referentnoj ustanovi za zaštitu reproduktivnog zdravlja mladih - Republičkog centra za planiranje porodice u okviru Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić". Svrsishodno uzorkovanje bazira se na slučajevima bogatim informacijama (engl. *information-rich-cases*) (210) koji svojim bogatim znanjem i iskustvom mogu značajno doprineti razumevanju objekta istraživanja. Istovremeno, svrsishodno uzorkovanje teži da obuhvati što širi spektar različitih perspektiva, čak i međusobno suprotstavljenih. Za razliku od kvantitativnih istraživanja, u kvalitativnim studijama cilj istraživanja nije generalizacija, već dubinsko razumevanje fenomena, te i uzorak ne teži reprezentativnosti populacije, već reprezentativnosti ispitivanog fenomena. Ispitanici su kontaktirani telefonom ili lično, i tom prilikom su mesto i vreme intervjuja ugovarani. Svi kontaktirani ispitanici su pristali da budu intervjuisani. Veličina uzorka nije bila unapred definisana, već je određena dostizanjem "tematske saturacije", koja se definiše kao tačka u kojoj je dostignuta granica prikupljanja novih informacija, tj. kada se novi kodovi više ne pojavljuju u materijalu (211). Tematska saturacija proglašena je kada su se svi autori složili da se daljim intervjuisanjem neće doprineti formulisanju novih tema, što je utvrđeno nakon prvih deset intervjuja. U svrhu

verifikacije tematske saturacije sprovedena su i analizirana još dva intervjua, koja su potvrdila odsustvo novih kodova.

### 3.1.4. Instrumenti merenja

Prilikom vođenja intervjua bio je korišćen tematski vodič za intervjuisanje, unapred pripremljen na osnovu opsežnog pregleda literature (Tabela 2). Tematski vodič sadržao je listu osnovnih tema i pitanja za ispitanike, i predstavljao je osnovni okvir za širenje i produblјivanje intervjua. Pitanja u polustrukturiranom intervjuu imala su ulogu da podstaknu ispitanike da daju spontana razmišljanja i odgovore, ali i da zadrže fokus istraživanja.

**Tabela 2. Tematski vodič: teme i pitanja za polustrukturirane intervjue**

- 
- **Koliko lekari poznaju Zakon o pravima pacijenata i njegove odredbe koje regulišu pravo na poverljivost adolescenata**
    - Kako razumete pravo na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti?
    - Da li znate koji zakon reguliše pravo na poverljivost u radu sa adolescentima?
    - Kako razumete odredbu zakona o pravu na poverljivost adolescenata?
  - **Kakvi su stavovi lekara o pravu na poverljivost adolescenata?**
    - Kakvo je vaše mišljenje o pravu na poverljivost adolescenata?
      - Da li smatrate da je poverljivost bitna u radu sa adolescentima, i zbog čega?
      - Da li smatrate da je opravdano adolescentima dati pravo na poverljivost?
      - Ako se slažu: Koji su razlozi za/argumenti u prilog poštovanju prava na poverljivost adolescenata?
    - Šta mislite o sposobnosti rasuđivanja adolescenata? (Kako doživljavate zrelost deteta sa navršениh 15 godina?)
      - Da li je sposobnost rasuđivanja jednaka kod svih adolescenata istog uzrasta?
      - Od čega zavisi sposobnost rasuđivanja?
      - Šta mislite o davanju adolescentima prava da odlučuju o svom zdravlju?
      - Kako vidite odnos sposobnosti rasuđivanja i prava na poverljivost? Da li je adolescent dovoljno zreo da ima pravo na privatnost?
    - Šta mislite o Zakonu o pravima pacijenata?
    - Šta mislite o odnosu našeg socijalnog i kulturnog okruženja i ovog prava?
      - Da li je zakon adekvatan našoj sredini?
    - Da li postoje neke oblasti zdravlja u kojima je poverljivost važnija?
      - Koje su to oblasti?
      - Zbog čega?
-

- 
- Da li pitanje poverljivosti utiče na javljanje lekaru adolescenata? Na koji način?
  - Šta mislite o pravu roditelja da budu obavešteni i da imaju pristup svim informacijama vezanim za zdravlje deteta? Kako razumete prava roditelja u ovakvim situacijama?
  - **Kakvo je ponašanje lekara u praksi kada je obezbeđivanje poverljivosti adolescenata u pitanju?**
    - Kakvo je vaše iskustvo u radu sa adolescentima?
      - Da li su upoznati sa svojim pravom na poverljivost?
      - Da li im je poverljivost bitna?
      - Da li će se radije otvoriti i pričati o senzitivnim temama ako je poverljivost zagarantovana?
      - Da li u vašoj praksi razgovarate sa adolescentima o poverljivosti? Na čiju inicijativu?
      - Kako biste opisali jedan svoj susret sa pacijentom adolescenskog uzrasta?
    - Kakvo je vaše iskustvo u radu sa roditeljima adolescenata?
      - Da li su roditelji upoznati sa pravom o poverljivosti?
      - Da li roditelji poštuju pravo na poverljivost?
      - Da ste imali u svom iskustvu situacije sa roditeljima koji insistiraju da budu obavešteni? Koje su to situacije (koje oblasti zdravlja, koji zdravstveni problemi?) Kako ste rešavali te situacije?
      - Kakva je vaša praksa kada je reproduktivno zdravlje u pitanju? Da li obaveštavate roditelje? Da li roditelje zamolite da vam daju vremena nasamo sa adolescentom?
  - **Faktori koji utiču na odluku lekara da obezbede poverljivost**
    - Da li biste izdvojili neke faktore koji ometaju obezbeđivanje poverljivosti?
- 

### 3.1.5. Procedura skupljanja podataka

Individualni polustrukturirani intervjui realizovani su u skladu sa ustanovljenim pravilima za vođenje intervjua (209). Svi intervjui su vođeni u ordinacijama intervjuisanih lekara, nakon radnog vremena ili u pauzi, prema izboru ispitanika. Pre početka intervjua ispitanici su bili informisani o svrsi intervjuisanja, naglašeno im je da je učešće u istraživanju dobrovoljno i da će podaci biti anonimizovani, a poverljivost podataka zagarantovana. Nakon informisanja ispitanici su potpisivali informisani pristanak. Intervjui su trajali aproksimativno 60 minuta, i snimani su diktafonom uz dozvolu ispitanika. Tokom procesa intervjuisanja, redosled pitanja, kao i akcenat na pojedinim pitanjima bili su prilagodjeni ispitanicima.



### **3.1.6. Analiza podataka**

Zvučni zapisi intervjua doslovno su transkribovani. Transkripti intervjua predstavljali su jedinice za induktivnu kvalitativnu analizu sadržaja. Kvalitativna analiza sadržaja definiše se kao “metod za sistematsko opisivanje značenja kvalitativnih podataka” (212). Ova vrsta analize zahteva od istraživača da se fokusira na one aspekte značenja teksta koji su u vezi sa osnovnim istraživačkim pitanjem.

Transkripti su inicijalno nezavisno kodirani od strane tri istraživača (kandidat, mentor i komenor), tako što su transkripti najpre sistematski čitani red po red više puta, a svakom smislenom segmentu teksta pridodat je kod. Slično kodirani podaci organizovani su u kategorije i sub-kategorije. Kod opisuje značenje koje istraživač pripisuje određenom segmentu teksta. Kategorije su oni aspekti teksta o kojima istraživač želi više informacija, a sub-kategorije specifikuju šta je u tekstu rečeno u odnosu na kategorije.

Na osnovu dobijenih kategorija i sub-kategorija sačinjen je okvir kodiranja. Konstantno poređenje kodiranih podataka sa novim podacima vršeno je u svrhu verifikacije okvira kodiranja. Nakon što je završen proces individualnog kodiranja, i sve kategorije i sub-kategorije utvrđene i definisane, istraživači su zajedno iznova analizirali sve transkripte kako bi diskutovali i redefinisali okvir kodiranja. Tokom procesa revizije, neke od sub-kategorija koje su predstavljale slične koncepte su podlegle sažimanju, dok su neke sub-kategorije zbog veće sveobuhvatnosti dobile status kategorija.

### **3.1.7. Refleksivni osvrt na ulogu istraživača**

Kao doktor medicine, autorka teze se našla u zahvalnoj poziciji tokom istraživanja. Iskustvo stažiranja u domu zdravlja s jedne strane je autorki omogućilo da bolje razume poziciju ispitanika, dok je s druge strane samim ispitanicima bilo lakše da ostvare otvorenu komunikaciju sa istraživačem koji deli njihovo profesionalno iskustvo. S obzirom da je najveći broj ispitanika bio značajno starijeg uzrasta od autorke, sa daleko većim profesionalnim stažom i iskustvom, nije primećena nelagoda i uzdržavanje kod ispitanika, naprotiv, većina njih se osećala potpuno slobodno i kompetentno da iznese svoje viđenje i stav o temi.

### **3.1.8. Strategije za obezbeđivanje pouzdanosti kvalitativnih rezultata i zaključaka**

Majls i saradnici (213) su izdvojili pet kriterijuma za utvrđivanje pouzdanosti rezultata i zaključaka dobijenih u kvalitativnom istraživanju, koji su primenjeni u ovoj fazi istraživanja.

#### a) Objektivnost

Objektivnost se definiše kao relativna neutralnost i nezavisnost od pristrasnosti istraživača (213). U ovom istraživanju objektivnost je obezbeđena detaljnim opisivanjem redosleda i toka sakupljanja i analize podataka, kako bi se omogućila jasna i verodostojna slika metoda primenjenog u ovom istraživanju. Takođe, razmatranje i izveštavanje o ličnim pretpostavkama i mogućoj pristrasnosti istraživača (u poglavlju *1.1.7. Refleksivni osvrt na ulogu istraživača*), kao i čuvanje podataka i stavljanje na uvid i dostupnost evaluaciji dodatne su strategije korišćene kako bi se obezbedila objektivnost.

#### b) Pouzdanost

Pouzdanost se definiše kao postojanje stabilnosti nalaza tokom vremena, i postiže se konzistentnošću u procedurama kod svih ispitanika. U ovom istraživanju pouzdanost je obezbeđena korišćenjem unapred pripremljenog tematskog vodiča u svim intervjuima, kao i sprovođenjem intervjua u sličnim okolnostima – u ordinacijama ispitivanih lekara. Takođe, transkripti su izrađivani neposredno nakon završetka intervjua, što je doprinelo pouzdanosti podataka.

#### c) Kredibilitet

Kredibilitet (pandan internoj validnosti u kvantitativnim istraživanjima) u kvalitativnim istraživanjima se definiše kao poverenje u istinitost podataka (213), a postignut je (1) obezbeđivanjem velikog broja citata, koji ukazuju na to da su interpretacije bazirane na podacima, (2) pronalaženjem i iznošenjem diskrepantnih mišljenja i perspektiva, (3) sprovođenjem dovoljnog broja intervjua, koji su vođeni dok tematska saturacija nije verifikovana, i (4) uključivanje ispitanika iz različitih ustanova, kako bi se smanjio efekat faktora specifičnih za pojedine ustanove.

#### d) Transferabilnost

Transferabilnost ili eksterna validnost tiče se obima u kom se rezultati istraživanja mogu primeniti u drugim situacijama. Iako je transferabilnost teško predvidiva u kvalitativnim istraživanjima, koja su usko povezana sa specifičnim kontekstom i populacijom u kojima se obavljaju, pojedini autorisugerišu da autor ima odgovornost da obezbedi dovoljno informacija o kontekstu u kome se istraživanje obavlja, a čitaoci će sami odlučiti u kojoj meri mogu rezultate istraživanja primeniti u svojim sredinama (214). U ovom istraživanju kontekst je približen kroz opisivanje uzorka, tj. ispitanika, i kroz detaljni opis procedure intervjuisanja. Takođe, upotrebom bogatih doslovnih citata (isečaka transkripta) se doprinelo transferabilnosti.

### **3.2. Kvantitativno istraživanje – faza II**

#### **3.2.1. Tip i dizajn studije**

Ova faza istraživanja osmišljena je kao KAP studija preseka. KAP (od engl. *knowledge, attitude, practices*) je vrsta kvantitativnog istraživanja koja kvantifikuje i meri određenu pojavu primenom upitnika i statističkom obradom dobijenih podataka. KAP istraživanjem se prikupljaju podaci iz određene populacije o tome šta se zna, veruje i praktikuje u vezi sa određenom temom.(215) Kvantitativno KAP istraživanje podrazumeva da su pitanja unapred definisana, zatvorenog tipa, određen je način i redosled njihovog postavljanja, i uklopljena su u standardizovani upitnik. Upitnik predstavlja pismeni način postavljanja pitanja i odgovaranja (216).

#### **3.2.2. Mesto i period istraživanja**

Anketiranje je obavljeno u periodu novembar 2017 - avgust 2018. godine u 13 domova zdravlja na teritoriji grada Beograda. Iako su inicijalno (tokom 2015.godine) dobijena odobrenja etičkih odbora i/ili direktora 15 od ukupno 16 domova zdravlja (Dom zdravlja Grocka nije dao odobrenje za istraživanje), prilikom realizacije druge faze istraživanja Dom zdravlja Čukarica i Dom zdravlja Mladenovac su povukli svoje saglasnosti navodeći kao razlog smanjeni broj i preopterećenost lekara.

### 3.2.3. Selekcija ispitanika

Planirani uzorak ispitanika u kvantitativnom istraživanju je obuhvatao sve lekare koji učestvuju u zdravstvenoj zaštiti školske dece na nivou primarne zdravstvene zaštite, kao i zdravstvenoj zaštiti žena (jer se devojčice po navršenoj petnaestoj godini života upućuju u službu za zdravstvenu zaštitu žena za probleme vezane za reproduktivno zdravlje) na teritoriji grada Beograda. Međutim, iz uzorkovanja su isključeni domovi zdravlja koji su odbili učešće u istraživanju (ukupno tri: Dom zdravlja Grocka, Dom zdravlja Mladenovac i Dom zdravlja Čukarica), tako da su konačni uzorak činili *svi* lekari u periodu istraživanja zaposleni na školskom dispanzeru i ginekologiji u 13 domova zdravlja na teritoriji Beograda: DZ Novi Beograd, DZ Zemun, DZ Rakovica, DZ Palilula, DZ Stari grad, DZ Vračar, DZ Zvezdara, DZ Voždovac, DZ Lazarevac, DZ Barajevo, DZ Sopot, DZ Obrenovac, DZ Savski venac. Glavni kriterijum za uključivanje u studiju bio je da su ispitivani lekari zaposleni u službama za zdravstvenu zaštitu školske dece i zdravstvenu zaštitu žena u okviru domova zdravlja na teritoriji Beograda. Kriterijumi za isključivanje iz studije su bili odsustvo zbog kruženja na specijalizaciji i odsustvo zbog dužeg bolovanja ili trudnoće/nege deteta.

### 3.2.4. Instrumenti merenja

Instrument istraživanja je originalni upitnik, konstruisan da ispita znanja, stavove i ponašanje lekara kada je zaštita poverljivosti u zaštiti reproduktivnog zdravlja adolescenata u pitanju, na osnovu pregleda literature i rezultata kvalitativnog istraživanja iz prve faze. Kategorije dobijene u kvalitativnom istraživanju predstavljale su ključne konstrukte u ispitivanju fenomena poverljivosti, i glavne domene u upitniku. Sub-kategorije su pretočene u grupe pitanja u okviru domena upitnika. Prilikom formulisanja pojedinačnih pitanja segmenti svih transkripta pripadajućih datoj sub-kategoriji su ponovno pregledani, a delimično je korišćena frazeologija koju su intervjuisani lekari koristili prilikom opisivanja fenomena. Izrada upitnika sprovedena je kroz sledeće faze (217):

#### a) Raščlanjavanje problema i određivanje sadržaja pitanja

Krenuvši od same hipoteze, složeni problem stava prema pravu na poverljivost adolescenata raščlanjen je na više specifičnih elemenata problema (varijabli), na osnovu

pregleda literature i kategorija dobijenih u kvalitativnom istraživanju. Kategorije dobijene u kvalitativnom istraživanju predstavljale su ključne varijable u ispitivanju fenomena poverljivosti, i glavne domene u upitniku:

- Stav prema zakonskom pravu na poverljivost u odnosu lekar-pacijent
- Stav prema etičkom opravdanju poverljivosti
- Stav prema sposobnosti adolescenata da samostalno donose medicinske odluke
- Stav prema pravu roditelja da budu uključeni u medicinsko odlučivanje
- Stav prema pravu na poverljivost u određenim medicinskim situacijama

### **b) Izbor indikatora**

Na osnovu sub-kategorija iz kvalitativnog istraživanja, izabrani su indikatori (pokazatelji) varijabli:

1. Poznavanje zakonskih odredbi u vezi sa pravima na samostalno odlučivanje i poverljivost adolescenata u zdravstvenoj zaštiti
2. Stavovi prema zakonskim odredbama u vezi sa pravima na samostalno odlučivanje i poverljivost adolescenata u zdravstvenoj zaštiti
3. Stavovi prema pravu na poverljivost:
  - Poverljivost kao etička dužnost lekara
  - Poverljivost kao uslov za otvoren odnos između lekara i pacijenta
  - Sposobnost rasuđivanja adolescenta kao glavni uslov prava na poverljivost
  - Potreba za uključivanjem roditelja uprkos pravu na poverljivost adolescenata
  - Seksualnost i reproduktivno zdravlje kao problem u komunikaciji između roditelja i dece
- Poverljivost u različitim medicinskim situacijama u oblasti reproduktivnog zdravlja
4. Faktori koji ometaju obezbeđivanje poverljivosti
5. Ponašanje lekara u praksi

### **c) Formulisanje pitanja – operacionalizacija varijabli**

Indikatori svih varijabli pretočeni su u specifična pitanja, “preko kojih se može zaključivati o postojanju ili nepostojanju određene karaktersitike, o stepenu izraženosti neke pojave” (218). Prilikom formulisanja pojedinačnih pitanja segmenti svih

transkripta pripadajućih datoj sub-kategoriji su ponovno pregledani, a delimično je korišćena frazeologija koju su intervjuisani lekari koristili prilikom opisivanja fenomena

#### **d) Oblikovanje upitnika**

U ovoj fazi izrade upitnika određeni su konačni raspored i redosled pitanja u upitniku, pripremljeno je uputstvo za ispitanike i izabran je vizuelni dizajn upitnika. Raspored pitanja je definisan uzimajući u obzir i psihološku i logičku strategiju (da se ispitanici motivišu da daju iskrene i slobodne odgovore, i da se omogući postepeno prodiranje kroz logičku strukturu mišljenja i stavova). Uputstvo (instrukcije) za ispitanike sadrži niz informacija o predmetu i svrsi istraživanja, autorima istraživanja, razlozima zašto su izabrani konkretni ispitanici, i anonimnosti istraživanja.

#### **e) Provera upitnika**

Upitnik je pilotiran u uzorku od 10 lekara, kako bi se ispitala razumljivost i relevantnost pitanja, razumljivost pratećih instrukcija za popunjavanje, adekvatnost ponuđenih odgovora, preglednost samog upitnika i vreme potrebno da se popuni upitnik.

#### **f) Formiranje konačne verzije upitnika**

Nakon unetih manjih izmena, formirana je konačna verzija upitnika, koja se sastoji iz pet delova (Prilog 2):

- Prvi deo obuhvata pitanja o socio-demografskim karakteristikama ispitanika (pol, uzrast, specijalizacija, godine rada od diplomiranja, opština na kojoj lekar radi, broj pacijenata koje lekar pregleda u smeni, broj pacijenata adolescentskog uzrasta koje lekar pregleda u smeni, sopstveno dete adolescentskog uzrasta)
- Drugi deo upitnika (test znanja) odnosi se na ispitivanje znanja lekara o aktuelnim zakonskim odrednicama kojima se reguliše pravo na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti maloletnih lica. Upitnik znanja sastoji se od 7 pitanja, na koja su ispitanici imali mogućnost da odgovore na tri načina u okviru nominalne skale: Tačno/Netačno/Nisam siguran. Skor znanja predstavlja zbir tačnih odgovora na testu znanja, a rangiran je u rasponu od 0 do 7 poena (poeni su dobijani isključivo za tačne odgovore).

- Trećim delom upitnika (skala stavova) ispitivani su stavovi lekara o različitim konstruktima koji su u vezi sa pravom na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata, kroz rangiranje stepena slaganja sa 20 iskaza (petostepena Likertova skala, od 1 “potpuno se ne slažem” do 5 “potpuno se slažem”). Reverzno kodiranje je primenjeno za negativno formulisane iskaze. Skor stavova dobijen je sabiranjem bodova za svaki od 20 iskaza, i rangiran je u rasponu od 20 do 100 poena.

- Četvrti deo upitnika se odnosi na identifikovanje faktora koji su u vezi sa odlukom lekara da obezbede pravo na poverljivost u radu sa adolescentima, kroz rangiranje stepena slaganja sa 8 iskaza (petostepena Likertova skala, od 1 “uopšte ne ugrožava” do 5 “potpuno ugrožava”)

- Peti deo upitnika (skala ponašanja) odnosi se na aktuelno ponašanje lekara kada je poštovanje prava na poverljivost u pitanju, kroz označavanje sa kojom učestalošću ispitanik praktikuje navedene oblike ponašanja (petostepena Likertova skala, od 1 “nikada” do 5 “uvek”). Ovaj deo upitnika sadrži 6 iskaza. I u ovom delu upitnika reverzno kodiranje je primenjeno za negativno formulisane iskaze. Skor ponašanja predstavlja zbir bodova za svaki od 6 iskaza na skali ponašanja, a rangiran je u rasponu od 6 do 30 poena.

### **3.2.5. Procedura prikupljanja podataka**

Ispitanici su kontaktirani neposredno od strane autorke teze u svojim ordinacijama, kad im je dato obaveštenje o predmetu i cilju istraživanja, kao i o dobrovoljnosti učestvovanja. Ukoliko bi pristali da učestvuju u anketi, bili bi im uručeni po primerak anonimnog upitnika i informisanog pristanka. Iako popunjavanje upitnika oduzima 10-15 minuta, zbog radne preopterećenosti ispitanici nisu upitnike popunjavali odmah, već su sami određivali koliko im je vremena neophodno za popunjavanje (od nedelju dana do dva meseca). Autorka teze je u drugom dolasku u ordinaciju preuzimala popunjen upitnik i potpisan formular informisanog pristanka. Za veliki broj ispitanika bilo je potrebno dodatno podsećanje, ličnim kontaktom ili telefonskim putem.

### **3.2.6. Procena psihometrijskih karakteristika instrumenta**

Upitnik je najpre bio pilotiran i sadržajno validiran na uzorku od 10 lekara koji nisu pripadali osnovnom uzorku, kako bi se ispitala čitljivost i razumljivost pitanja i pratećih

instrukcija za popunjavanje i uobličio definitivan upitnik. Prilikom ispitivanja sadržajne validnosti konsultovan je i panel od 5 stručnjaka iz oblasti socijalne medicine i psihologije, koji su potvrdili da ajtemi instrumenta adekvatno reprezentuju teorijske konstrukte koje bi upitnik trebalo da meri.

#### **3.2.6.1. Procena metrijskih svojstava testa znanja**

Metrijska svojstva testa znanja ispitivana su kroz procenu težine pitanja, procenu diskriminativnosti pitanja i analizu pouzdanosti testa. Za svako pitanje utvrđen je procenat tačnih odgovora, a optimalan opseg tačnih odgovora definisan je u rasponu od 25% do 75% (pitanja na koja je tačan odgovor dalo manje od 25% ispitanika definisana su kao veoma teška, a pitanja na koja je tačan odgovor dalo preko 75 ispitanika kao veoma laka). Diskriminativnost pitanja je utvrđivana izračunavanjem koeficijenta korelacije između skora na pojedinačom pitanju i ukupnog skora na testu. Vrednost koeficijenta korelacije iznad .2 ukazuje da pitanje meri isti koncept kao upitnik u celini. Pouzdanost testa ispitivana je izračunavanjem Kronbah alfa koeficijenta testa kao celine. Pouzdanost mernog instrumenta odnosi se na konzistentnost merenja određenog koncepta, a Kronbah alfa meri snagu te konzistencije. Kronbah alfa se računa korelisanjem skora za svaku varijablu na skali sa ukupnim skorom na svakoj observaciji (individualnom ispitaniku). Preporučeno je da vrednost Kronbaha alfa bude iznad 0.60. u eksploratornim istraživanjima (219). Takođe, ispitivana je i vrednost Kronbah alfa koeficijenta za svaku varijablu iz testa u slučaju da se varijabla isključi iz testa. Značajno povećanje Kronbah alfa koeficijenta ukoliko se varijabla isključi iz testa ukazuje da data varijabla negativno utiče na internu konzistentnost testa.

#### **3.2.6.2. Validacija skale za procenu stavova**

Najpre je analizirana pouzdanost (interna konzistentnost) skale stavova izračunavanjem Kronbah alfa koeficijenta. Iz skale stavova su isključene stavke za koje je utvrđeno da narušavaju pouzdanost skale.

Faktorska analiza strukture skale stavova sprovedena je primenom analize principálnih komponenti (engl. *principal component analysis* - PCA) kako bi se ispitala međupovezanost varijabli u skali i utvrdile glavne komponente (faktori) koji opisuju konstrukte koje skala stavova treba da ispita. PCA analiza vrši se u tri koraka. Prvi



korak je ispitivanje prikladnosti podataka za primenu PCA analize proverom veličine uzorka, izračunavanjem Kaiser-Mayer-Okin-ove mere (KMO) adekvatnosti uzorka za analizu, primenom Bartlett-ovog testa sfericiteta i analizom komunaliteta. Bartlett-ov test sfericiteta mora biti statistički značajan ( $<0.05$ ), a KMO indeks iznad 0.6 kako bi se faktorska analiza smatrala adekvatnom. Komunaliteti predstavljaju procenat varijanse posmatrane varijable koji je objašnjen faktorima. Komunaliteti su definisani u intervalu od 0 do 1, a vrednosti ispod 0.2 ukazuju da je data varijabla izdvojena od ostalih.

Drugi korak u PCA analizi je ekstrakcija faktora, koja podrazumeva određivanje najmanjeg broja faktora koji reprezentuju međusobnu povezanost varijabli. U donošenju odluke o broju faktora koji će se izdvojiti u konačnom modelu korišćen je Kaizerov kriterijum, ili pravilo eigen vrednosti. Eigen vrednost (svojevredna vrednost) faktora predstavlja iznos ukupne varijanse koju objašnjava dati faktor. Prema ovom kriterijumu, izdavaju se samo faktori koji imaju eigen vrednost veću od 1.

Treći korak u PCA analizi je rotacija faktora, koja se vrši u cilju lakšeg tumačenja rezultata. Primenjena je ortogonalna Varimax rotacija, kojom se vrši preraspodela opterećenja faktora, kako bi se sveo na minimum broj varijabli koje imaju visoka opterećenja na svakom od faktora.

### **3.2.7. Statističke metode obrade podataka**

Dobijeni podaci, u skladu sa postavljenim ciljevima, analizirali su se korišćenjem metoda deskriptivne i inferencijalne statistike primenom statističkog programa SPSS (SPSS Inc, verzija 22). Numerički podaci su predstavljani kao frekvencije (u slučaju kategoričkih varijabli) i kao srednje vrednosti sa standardnom devijacijom (u slučaju kontinuiranih varijabli). Pored deskriptivne statistike, razlike između grupa ispitanika (ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece i ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena) u odnosu na socijalno-demografske varijable, znanje (pojedinačne stavke iz upitnika znanja i ukupan skor znanja), stavove (pojedinačne stavke iz skale stavova i ukupan skor na skali stavova), ponašanje (pojedinačne stavke iz skale ponašanja i ukupan skor na skali ponašanja) i faktore koji utiču na ponašanje analizirane su primenom Studentovog t-testa, analize varijanse (ANOVA) i adekvatnih neparametarskih metoda u slučajevima kada su bile narušene pretpostavke normalnosti raspodele podataka (Man-Whitney test i Kruskal-Wallis test) kod kontinuiranih

varijabli, dok je za kategoričke varijable korišćen Chi-kvadrat test. Značajni prediktori ponašanja ispitanika kada je poštovanje poverljivosti u radu sa adolescentima u pitanju utvrđeni su primenom univarijantnog i multivarijantnog linearnog regresionog modela. Kao ishodna varijabla u linearnoj regresiji uzet je skor na skali ponašanja. Nezavisne varijable su bile sledeće: starost, pol, dete adolescentskog uzrasta, služba, broj pacijenata u smeni, broj pacijenata adolescentskog uzrasta, opština rada, skor znanja i skor stavova. U svim primenjenim analizama, nivo statističke značajnosti  $p$  bio je  $p < 0,05$ .

## 4. REZULTATI

### 4.1. Rezultati kvalitativnog istraživanja

U kvalitativnom istraživanju ukupno je učestvovalo 12 lekara iz 8 domova zdravlja na teritoriji Beograda. Prosečna starost ispitanika bila je 52 godine, a 75% ispitanika bilo je ženskog pola. Sociodemografski podaci prikazani su u Tabeli 3. Sociodemografski podaci u kvalitativnom delu istraživanja međutim nemaju istu vrednost kao u kvantitativnom istraživanju, te im je svrha isključivo ilustrativna.

**Tabela 3. Socio-demografske karakteristike intervjuisanih ispitanika**

	<b>Srednja vrednost (Min-Max)</b>
Starost	52 (29-60)
	<b>N (%)</b>
Pol	
Muški	3 (25)
Ženski	9 (75)
Opština	
Gradska	8 (66.7)
Prigradska	4 (33.3)
Specijalizacija	
Pedijatrija	7 (58.3)
	5 (41.7)
Ginekologija	
Roditeljstvo	
Da	8 (66.7)
Ne	4 (33.3)

Kvalitativna analiza sadržaja sprovedena na transkriptima intervju sa 12 lekara iznedrila je sedam glavnih kategorija, koje su sa sub-kategorijama prikazane u Tabeli 4. U nastavku teksta biće detaljno opisane kategorije analize, sa reprezentativnim citatima.

**Tabela4. Kategorije i sub-kategorije dobijene analizom sadržaja intervjua**

Kategorije	Subkategorije
Zakon	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poznavanje zakona</li> <li>2. Stavovi prema zakonu</li> </ol>
Razlozi za poverljivost	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poverljivost kao etička dužnost)</li> <li>2. Medicinske situacije koje zahtevaju poverljivost</li> <li>3. Poverljivost kao osnova otvorene komunikacije</li> </ol>
Poverljivost u praksi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obezbeđivanje poverljivosti</li> <li>2. Briga da se adolescenti neće sami snaći</li> <li>3. Uticaj uloge roditelja na ulogu lekara</li> </ol>
Organizacioni faktori koji ometaju čuvanje poverljivosti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nedovoljan broj lekara i nedovoljno vremena po pacijentu</li> <li>2. Nedostupnost ginekologa</li> <li>3. Poverljivost zdravstvenog kartona</li> </ol>
Sposobnost rasuđivanja i zrelost adolescenata	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uzrast i zrelost</li> <li>2. Sposobnost predviđanja rizika</li> <li>3. Stimulisanje sposobnosti rasuđivanja</li> </ol>
Ponašanje roditelja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prezaštićujuće ponašanje</li> <li>2. Strah i zabrinutost roditelja</li> <li>3. Problemi u komunikaciji</li> <li>4. Uticaj socio-kulturnih faktora</li> <li>5. Roditelji koji poštuju prava deteta</li> </ol>
Uloga lekara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poverenje</li> <li>2. Medijator između roditelja i dece</li> <li>3. Edukacija roditelja</li> </ol>

#### **4.1.1. Znanja i stavovi prema zakonu**

U okviru kategorije Znanja i stavovi prema zakonu, utvrđene su četiri subkategorije: Poznavanje zakona, Izvor informacija o zakonu, Stav prema zakonskim odrednicama i Neprecizno definisan zakon.

#### **4.1.1.1. Poznavanje zakona**

Većina ispitanika bila je upoznata sa Zakonom o pravima pacijenata, i njegovim odredbama o pravima maloletnih lica starijih od 15 godina. Svega troje ispitanika nije znalo tačan uzrast kada adolescenti stiču pravo na autonomiju i poverljivost (jedan ispitanik je bio mišljenja da je u pitanju uzrast od 13 godina, dok je dvoje ispitanika bilo uvereno da adolescenti kad navršše 16 godina stiču pravo na autonomiju i poverljivost). Većina ispitanika je naglasila da nisu dobili zvanično obaveštenje niti im je obezbeđena edukacija u vezi sa promenom zakona i novim zakonskim odredbama. Ispitanici su istakli da su im jedini izvori informisanja o zakonu mediji i neformalni razgovori sa kolegama.

*“Ali moram da kažem da je to sve zaista prepušteno nama da sami saznamo, da ne postoji neko ispred kuće čija bi to bila obaveza da nam prenese novine u Zakonu. Mi smo čak prvo saznali o novom zakonu iz sredstava javnog informisanja, a tek posle smo videli zakon. Takođe je nama neobično da, iako mi podržavamo inovacije, nas niko nije pitao šta mi o tome mislimo...”* (Intervju 2, Ž, pedijatar).

Jedna trećina ispitanika je ukazala da u svojim ustanovama redovno dobijaju informacije o pravnoj regulativi, od pravnika ili specijaliste socijalne medicine.

#### **4.1.1.2. Stavovi prema zakonu**

Većina ispitanika podržava opštu ideju davanja adolescentima prava na poverljivost kartona i informacija, ali se gotovo svi slažu da adolescenti u Srbiji nisu sposobni za donošenje samostalnih odluka u uzrastu od 15 godina. Oni naglašavaju činjenicu da su u uzrastu od 15 godina adolescenti još uvek zavisni od roditelja, da nisu sposobni da predvide dalekosežne posledice odluka u vezi sa zdravljem.

*“Mislim da oni nemaju dovoljno ni iskustva ni zrelosti da bi mogli sami da sve to prebrode... Po meni, mislim da ta deca nisu dovoljno spremna, nisu sposobna ni zrela da se bore sa raznoraznim iskušenjima sa kojima se susreću, ni životnim ni zdravstvenim. .... Pa evo, argument protiv je to što mislim da naša deca nisu toliko samostalna, i ne znam kako bi oni to sve prevazišli i izborili se sami.”* (Intervju 11, Ž, pedijatar).

Ispitanici smatraju da aktualni zakon nije u skladu sa okolnostima u našem društvu. Prema njihovom mišljenju, da bi se donela odluka o poštovanju prava na poverljivost, najpre se mora proceniti sposobnost rasuđivanja adolescenta, što zahteva procenu tročlane komisije. S obzirom na manjak pedijataru u našem zdravstvenom sistemu, lekari ukazuju na to da je ovakva procena teško izvodljiva.

*“...ali kada su neke bitne stvari koje se tiču zdravlja, po zakonu komisija od tri lekara procenjuje da li je adolescent sposoban za donošenje odluke o odbijanju neke medicinske mere kada navrší 15 godina, a mi nikada nemamo tu tri pedijatra da biste vi to mogli da ispoštujete, evo ja sam sama u smeni danima.”* (Intervju 5, Ž, pedijatar)

Takođe, ispitanici su ukazali na manjkavost zakonskih odredbi koje se tiču situacija u kojima su lekari u obavezi da obaveste roditelje. Zakon kaže da lekar treba da obavesti roditelje/staratelje protiv volje maloletnog pacijenta koji je navršio 15 godina isključivo u slučaju ozbiljne opasnosti po život i zdravlje pacijenta. Ipak, ozbiljna opasnost nije precizno definisana, što lekare često dovodi u problematičnu situaciju.

*“...nerешeno je pitanje kada je doktor u obavezi da tu poverljivost ugrozi.....u zakonu je navedeno da samo ako lekar smatra da se time ugrožava zdravlje ili život, ali to je u našoj praksi jako široka i krajnje nedefinisana stvar. Da li je recimo činjenica da dete od 15 godina puši nešto što ja mogu da kažem ili ne mogu, jer ono ne ugrožava svoj život neposredno.”* (Intervju 2, Ž, pedijatar)

#### **4.1.2. Razlozi za poverljivost**

U okviru kategorije Razlozi za poverljivost utvrđene su tri subkategorije: Poverljivost kao etička dužnost, medicinske situacije u kojima je poverljivost važna i Poverljivost kao uslov za otvoren odnos.

##### **4.1.2.1. Poverljivost kao etička dužnost**

Neki od ispitanika na poverljivost gledaju kao na etičku dužnost svakog lekara. Oni smatraju da direktnom i poverljivom komunikacijom lekari pokazuju poštovanje prema ličnosti pacijenta.

*“Ono što je sigurno je da mladi imaju potrebe za poverljivošću i za poštovanjem njihove ličnosti. Mi pokazujemo da poštujemo njihovu ličnost tako što direktno sa njima komuniciramo, njih direktno pitamo a ne očekujemo od roditelja da nam izgovaraju šta njima fali već sve postižemo direktnim kontaktom, obavestimo ih da postoji pitanje poverljivosti.”* (Intervju 1, M, ginekolog)

Nekoliko ispitanika je citiralo Hipokratovu zakletvu, po kojoj se od lekara očekuje da sve što o pacijentu sazna sačuva kao lekarsku tajnu. Jedan od ispitanika je naglasio da, iako je načelno protiv davanja adolescentima prava na autonomiju i poverljivost, svoju etičku dužnost bi ispoštovao.

*“U suštini, ako bi dete insistiralo, moja dužnost bi bila da ja to čuvam, da ne kažem. I ja to ni ne prenesem, i ne kažem, i ne upoznam roditelje sa tim. Znači ja ispoštujem njihovu želju, ali ih i usmerim, kažem i uputim gde treba da idu, kako da se ponašaju. Jer svaki lekar je po Hipokratovoj zakletvu u obavezi da čuva lekarsku tajnu.”* (Intervju 11, Ž, pedijatar)

#### **4.1.2.2. Medicinske situacije u kojima je poverljivost važna**

Ispitanici su istakli da je adolescentima posebno važno da u sledećim situacijama u vezi sa reproduktivnim zdravljem bude obezbeđena poverljivost: stupanje u seksualne odnose, sumnja na seksualno-prenosivu bolest, i zahtev za kontracepcijom.

*“Pa adolescentkinje dolaze najčešće da bi dobile savet za tabletu za dan posle, koliko često smeju da je koriste, i tek onda dolaze i saveti o kontracepciji. Imali smo i neke neželjene trudnoće.....Pa tu im verovatno odgovara privatnost, da roditelji ne znaju, i da mogu da kupe to sami. Verovatno bi bile više posledica da moraju roditelji da budu upoznati sa tim.”* (Intervju 4, Ž, pedijatar)

Pored ovih pitanja vezanih za reproduktivno zdravlje, adolescenti traže privatnost i poverljivost u ordinaciji i kada im je potrebna psihološka podrška u vezi sa emocionalnim problemima sa članovima porodice i vršnjacima

*“Deca će sa mnom da popričaju o svom reproduktivnom zdravlju, o emotivnim problemima, često će da popričaju i o porodičnim problemima. ....Često mi saopštavaju probleme iz porodice (što naravno apsolutno dolazi u domen poverljivosti, osim ako nema zlostavljanja), kao i te neke emotivne probleme, jer za mlade osobe na žalost škola je veliki stresor, društvo je veliki stresor, njihovi mladalački vršnjački odnosi, oni o tome rado sa mnom pričaju.” (Intervju 2, Ž, pedijatar)*

Međutim, gotovo svi ispitanici u našem uzorku su ispoljili zabrinutost kada je u pitanju poverljivost u vezi sa abortusom i neželjenom trudnoćom adolescentkinja. Većina ispitanika na osnovu dosadašnje prakse zaključuje da se većina adolescentkinja ipak obraća roditeljima kad su ove situacije u pitanju, i traži njihovu podršku. Trećina ispitanika se decidno izjasnila da abortus i trudnoća za njih predstavljaju ozbiljne, zdravstveno ugrožavajuće situacije o kojima roditelji moraju biti obavješteni.

*“...trudnoća jedne maloletnice, jedne devojke od 16-17 godina, mislim da je stvarno teško i strašno da je prepustiš samoj sebi, da ona sama odlučuje... Ali ipak treba roditelji da joj pomognu da ona to sve prevaziđe, ne može ona to sama nikako da izdrži, pogotovo ne u našem društvu. Jesmo svi mi tu [lekari, psiholozi, socijalni radnici, institucije], ali ipak je mama mama, a tata tata, najpre će oni da joj pomognu i da joj se nađu.” (Intervju 11, Ž, pedijatar).*

#### **4.1.2.3. Poverljivost kao uslov za otvoren odnos**

Mnogi lekari prepoznaju poverljivost kao neophodan uslov da bi se adolescent “otvorio”, tj.otvoreno pričao o svojim problemima. Oni su primetili da se o seksualnosti retko razgovara u srpskim porodicama, i da većina roditelja želi da veruje da su njihovi adolescenti i dalje mala deca. Ispitanici su uočili da adolescenti usvajaju ovakav modalitet ponašanja od svojih roditelja, i odlučuju da svoj seksualni život, al i probleme u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem drže u tajnosti od roditelja.

*“Deca su stvorila idealističnu sliku o sebi kod tih roditelja, i ne žele tu sliku da sruše. Kada su polno prenosive bolesti u pitanju deca ne govore roditeljima.” (Intervju 9, Ž, ginekolog)*



S obzirom da je anamneza o seksualnim aktivnostima neophodna kako bi se postavila valjana dijagnoza u oblasti reproduktivnog zdravlja, intervjuisani lekari su svesni da će adolescenti radije da sakriju intimne detalje ukoliko imaju strah da roditelji mogu saznati. Neki od ispitanika smatraju da se adolescentima treba omogućiti poverljiva zdravstvena zaštita bez uključivanja roditelja, ukoliko je ta poverljivost glavni uslov da adolescenti uopšte pristupe zdravstvenom sistemu.

*“Mnogi adolescenti imaju potrebu da njihova okolina, a posebno roditelji ne znaju baš sve, da imaju svoje tajne koje mogu da podele sa vama, ali im je jako važno da roditelj, koji je u čekaonici ili kod kuće pa će im tražiti izveštaj koji vi pišete, ne sazna te informacije od vas. Te informacije često su neophodne i ključne da biste našli pravu metodu da pomognete toj osobi u oblasti seksualnosti i oboljenja reproduktivnih organa.”* (Intervju 1, M, ginekolog)

#### **4.1.3. Poverljivost u praksi**

U okviru kategorije Poverljivost u praksi utvrđene su tri subkategorije: Obezbeđivanje poverljivosti, Briga da se adolescenti neće sami snaći i Uticaj uloge roditelja na ulogu lekara.

##### **4.1.3.1. Obezbeđivanje poverljivosti**

Intervjuisani lekari su opisali svoje ponašanje u vezi sa poštovanjem poverljivosti u praksi. Polovina ispitanika ima običaj da zamoli roditelje da izađu iz ordinacije tokom dela pregleda, i na taj način obezbede privatnost sa pacijentom. Mora se naglasiti da se najveći broj intervjuisanih ginekologa trudi da redovno obezbedi privatnost i poverljivost.

*“Ja uvek zamolim roditelja da izađe ispred i sačeka... bez obzira koliko hoće majka da zna ili misli da zna ja uvek tražim da izađe. Ona ne izađe uvek, ali ja uvek kažem da idući put devojčica dođe sama, da porazgovaramo. I često neće one u prvom trenutku ni da kažu, ipak mora da se stvori neko poverenje, da je ona već jednom bila. Prvi put one dolaze sa strahom, ne znaju šta ćete da joj radite... Ja im kažem: "Nemojte ništa da se*

*stidite, ništa da krijete, evo to će biti tu zapisano u karton i to nigde dalje ne ide".*  
(Intervju 10, M, ginekolog)

Neki od lekara pre početka pregleda obaveste pacijenta da će sve o čemu se bude razgovaralo ostati poverljivo.

*"Mali broj devojaka ima to saznanje da imaju pravo, možda jedan mali procenat. lekar je može obavestiti da se o problemu može diskutovati u četiri oka i da će ostati tajna. ....uvek je potrebno upoznati pacijentkinju sa njenim zakonskim pravom, sa štetnošću, posledicama, član 11 nas obavezuje da pacijent mora biti obavešten."*  
(Intervju 7, M, ginekolog)

Jedan intervjuisani pedijatar istakao je da u svojoj praksi dosad nije bilo situacija u kojima bi poverljivost bila važna, naglasivši da mu nikad nijedan pacijent nije tražio da se pregled obavi nasamo, bez roditelja.

*"Ja nisam to imala nikad u praksi... Ipak imaju deca poverenja u roditelje, saopšte oni sve roditeljima i čak dođu s njima na pregled. Retko kad dođe dete samo. Kod mene nije došlo nijedno, apsolutno nijedno, da nešto krije da se ne kaže... Ovde nismo imali problema zbog kojih bi poverljivost bila potrebna..."* (Intervju 11, Ž, ginekolog)

#### **4.1.3.2. Briga da se adolescenti neće sami snaći**

Druga polovina ispitanika, iako svesna prava adolescenata na poverljivost, obično pokušava da uključi roditelje u proces, jer smatraju da adolescenti nisu sposobni da se nose sami sa zdravstvenim problemom.

*"Ali kada vi imate dete od 15 godina, i treba da mu sve objasnite od A do Š, počev od toga kad mu date papire u ruke, pa gde sad treba da ide, pa šta sad treba da radi, pa onda to ponovite 3-4-5 puta, pa se ono ponovo ne seća šta ste mu rekli – to je naša realnost. Date mu recept, on ne zna šta treba da radi sa receptom... Meni je upravo najveći problem da, ako je dete došlo samo, a ja imam neku sumnju za koju sam zabrinuta kako će da prihvati kad mu je saopštim, i kako će dete da ide samo kroz sistem".* (Intervju 2, Ž, pedijatar)

Jedan deo ispitanika veruje da su adolescenti u Srbiji dosta zavisni od roditelja, i manje zreli u odnosu na svoje vršnjake u Evropi.

*“Slažem se s tim da oni imaju pravo na poverljivost, ali mislim da stepen zrelosti naših adolescenata nije baš kao na Zapadu, da se oni jako kasno osamostale, evo vidite da ih u srednjoškolskom periodu dovode roditelji na pregled, ne sve ali mnoge od njih. Tako da nisam sigurna da su uvek potpuno svesni i da mogu da racionalno donesu odluku da li će da odbiju neku medicinsku meru ili ne, ili će da je prihvate.”* (Intervju 5, Ž, pedijatar)

#### **4.1.3.3. Uticaj uloge roditelja na ulogu lekara**

Jedan broj ispitanika ukazao je da lekari koji su istovremeno i roditelji često imaju problem u razdvajanju ovih dveju uloga, često nesvesno reagujući autoritativno prema mladom pacijentu.

*“Uobičajeno je shvatanje među kolegama da ne može da dete dođe i kaže: „Nisam bila u školi juče zbog glavobolje“, ako ima 16 godina oni će tražiti da dođe i roditelj, da bi roditelj to znao. Mislim da najveći broj mojih kolega nastupa kao roditelj i kaže: “Ne smeš, moraš, ne dam, neka dođu roditelji”. Ne znam da li su u pravu, možda su oni u pravu a ne ja... Ja isto pomislim: kada bi neko znao nešto o mom detetu, a ja ne znam... Zna ceo grad a ja ne znam...Da li iko želi više dobro mom detetu od mene? Da li ja više volim tu decu- moje pacijente ili više o njima brinem od njihovih roditelja“. To je isto za mene dilema.”* (Intervju 2, Ž, pedijatar).

#### **4.1.4. Organizacioni faktori koji ometaju čuvanje poverljivosti**

U okviru ove kategorije utvrđene su tri subkategorije: Nedovoljan broj lekara i nedovoljno vremena po pacijentu, Nedostupnost ginekologa i Poverljivost zdravstvenog kartona.

#### **4.1.4.1. Nedovoljan broj lekara i nedovoljno vremena po pacijentu**

Najvažniji faktor koji su gotovo svi ispitanici izdvojili je nedovoljan broj lekara, koji uzrokuje nedovoljno vremena po pacijentu. Ovaj problem je naročito izražen u pedijatrijskom sektoru. Kako su ispitanici primetili, broj specijalista pedijatrije je značajno redukovan u poslednjih 15 godina (prema nekim ispitanicima na polovinu), što je posledično dovelo do situacije da pedijatri koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nemaju dovoljno vremena za adekvatan pregled pacijenta. Ispitanici smatraju da je lekaru potrebno dodatno vreme da adolescentu objasni njegovu parvo na poverljivost, da porazgovara i sa roditeljima ako su prisutni, ali je potrebno i da uložiti vreme da ohrabri adolescenta da se otvori i poveri. Po mišljenju lekara, sa preko 40 pacijenata u smeni ovakva praksa gotovo da nije izvodljiva.

*“Vreme je jako bitno za ovo. Jer neće niko vama da dođe s vrata i da počne odmah da deklamuje svoje probleme. To su ipak malo specifične stvari do kojih se stigne kroz razgovor. Ona često dođe da vas pita nešto drugo, a vi vidite da vas ona pita da nije možda trudna ili da nema možda neku polno-prenosivu bolest. A ne kaže to s vrata, to su intimne stvari.”* (Intervju 10, M, ginekolog)

Ispitanici su primetili da se sa preopterećenjem lekara i kvalitet zdravstvene službe urušava:

*“Ja sam imala pacijentkinju koja je bila đak u Beogradu, i koja je imala suicidalne ideje. Ona ima 15 godina, sama je ovde kao đak. E sad, meni nije teško, mogu čak i da pokušam da organizujem neku mrežu, ali mi je teško ako ja iza nje imam 30 ljudi koji uopšte ne dopuštaju da ja provedem 30-45min sa njom bilo u razgovoru, bilo u planiranju. Tako da konkretna realnost nas pedijataru je poseban problem.”* (Intervju 2, Ž, pedijatar)

#### **4.1.4.2. Nedostupnost ginekologa**

Prema našim ispitanicima, ustrojenost službe za ginekologiju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nije prilagođena potrebama adolescentkinja. Iako je u svakoj ustanovi primarne zdravstvene zaštite osnovano savetovalište za mlade, u kojima su

radili pedijatar/specijalista opšte prakse, medicinska sestra, ginekolog i psiholog, zbog nedovoljnog broja i propterećenosti lekara ova savetovališta u velikom broju domova zdravlja više faktički ne funkcionišu. Intervjuisani lekari opisali su da je rad savetovališta u potpunosti prilagođen potrebama adolescenata, da je poverljivost aposlutno zagantovana, i da su adolescenti izuzetno zadovoljni ovakvim pristupom. U pojedinim domovima zdravlja na teritoriji Beograda savetovališta za mlade i dalje funkcionišu, a intervjuisani lekari koji rade u savetovalištimu smatraju da su u privilegovanom položaju u odnosu na kolege koje rade u domovima zdravlja u kojima su savetovališta zamrla.

*“Znate kako, kod nas se poverljivost podrazumeva. Ne može da se desi da vi nemate vremena da zaštitite svog pacijenta. Moje kolege nemaju ordinaciju za mlade, a ja imam pa sam u prednosti. Mi smo prvi u gradu izdvojili ordinaciju za mlade, koja je i fizički odvojena, u školskom dispanzeru. Tako da su moje kolege užasno opterećene, meni je lako. Ja imam potpuno opremljenu ordinaciju, pa mi je lako da držim do poverljivosti.”* (Intervju 9, Ž, ginekolog).

Kako su ispitanici objasnili, u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u kojima savetovališta ne funkcionišu, adolescentkinje sa ginekološkim problemima šalju se ili na odeljenje za zdravstvenu zaštitu žena u istoj ustanovi, ili kod juvenilnog ginekologa u Institutu za majku i dete. Međutim, lekari naglašavaju da se mnoge adolescentkinje boje da poverljivost neće biti zagantovana kod ginekologa u domu zdravlja, pribojavaju se mogućnosti da će u Dispanzeru za zdravstvenu zaštitu žena sresti majku, rođaku ili komšinicu, i radije će izbeći pregled nego se izložiti tom riziku.

*“Kad je reproduktivno zdravlje u pitanju, adolescenti ne žele da uključe roditelje, čak me pitaju, boje se da idu kad im preporučim doktorku ginekologa, boje se da li mama ide kod iste, pa da mama ne vidi, da komšnica ne vidi... Vrlo im je bitna ta poverljivost, da ih niko ne vidi, kad je reproduktivno zdravlje u pitanju....“* (Intervju 4, Ž, pedijatar)

Neki od intervjuisanih ginekologa su primetili da im dolazi jako mali broj adolescentkinja, što implicira da adolescentkinje izbegavaju službu za ginekologiju i da nalaze druge načine da reše svoj zdravstveni problem.

*“Mislim da ne idu nigde. Taj mali broj koji dođe ili dođu same, ili ih upute dole sa školskog dispanzera, ako imaju neki problem. A ovako za savetovanje dolaze jako retko....Mi nemamo juvenilnu ginekologiju, i nemamo tu praksu. Naši su slučajevi retki, uglavnom počnu da dolaze tek kad imaju prvi seksualni odnos. A pre toga bi one već trebalo da budu upoznate i informisane o tim stvarima.”* (Intervju 10, M, ginekolog).

Iz mnogih domova zdravlja adolescentkinje se šalju u Institut za majku i dete. Intervjuisani lekari naglašavaju da ova praksa može biti veoma problematična adolescentkinjama koje su iz prigradskih naselja, jer ne mogu same da organizuju transport do Instituta za majku i dete koji se nalazi na Novom Beogradu. Tako da će se adolescentkinje ili obratiti roditeljima za pomoć, ili odustati od pregleda.

*“Zamislite, uputimo devojčicu u Institut za majku i dete, kako će ona sama tamo da ode, treba da hvata autobus, kako će da nađe, prosto ne može da se to reši bez pomoći roditelja. To zakon nije mogao da predvidi....”* (Intervju 7, M, ginekolog).

U pojedinim domovima zdravlja kao prelazno rešenje ustanovljeno je da pojedini ginekolozi odvoje jedan broj sati jednim danom u nedelji za adolescentkinje. Međutim, kako naglašavaju lekari, i ovo rešenje ima svoje manjkavosti.

*“Ja utorkom prvu polovinu radnog vremena radim u posebnoj ambulanti na školskom dispanzeru. Bez toga ne možete da funkcionišete, baš zbog toga što oni ne mogu da budu u čekaonici gde i ostale pacijentkinje na ginekologiji. Ja im kažem, kad imaju problem da dođu i ovde (služba za zdravstvenu zaštitu žena), ali masa njih ne želi da dođe ovde i da bude viđena. I onda čekaju taj dan. A onda to više nije to. A kada vi imate dostupnost svaki dan, onda je to mnogo drugačije, onda će oni češće da dolaze kod vas, potpuno će drugi odnos da se uspostavi, pravilniji i bliži. Oni će da znaju da ste vi tu i da mogu da dođu koliko god im treba. Ovako znaju da treba da uklapaju smenu sa vama, pa se desi da imaju kontrolni, pa se cela nedelja odlaže. To je sve zajedno problem kadra, organizacije, vremena. Dostupnost jednom rečju, da ste vi njima dostupni svaki dan.”* (Intervju 12, Ž, ginekolog)

#### 4.1.4.3. Poverljivost zdravstvenog kartona

Mnogi ispitanici su istakli problem neadekvatne zaštite papirnog i elektronskog zdravstvenog kartona. Moramo napomenuti da zdravstveni sistem u Srbiji prolazi kroz proces tranzicije sa papirnih na elektronske zdravstvene kartone, i trenutno su obe vrste kartona u upotrebi. Svaki pacijent ima poseban papirni zdravstveni karton kod svakog specijaliste u domu zdravlja (pedijatra/specijaliste opšte prakse, ginekologa, zubara), dok je elektronski karton jedan i univerzalan za celu ustanovu. Neki od ispitanika radije zapisuju poverljive informacije u papirni karton, jer je elektronski dostupan i ostalim specijalistima u ustanovi i nema načina da se osetljivi podaci “zaključaju” i ostanu dostupni samo izabranom lekaru.

*“Ali nekako je sve previše transparentno - mi smo umreženi i prosto imate tu sve nalaze, sve posete, i sve kompletne preglede, tako da bi ipak neke stvari trebale biti zaštićenije...Ističem opet problem elektronskog kartona, insistira se da se istisne ovaj papirni karton, da sve pređe na elektronski. E sad, ako ti ne možeš da se osloniš na papirni, znači da ti sve što ti je bitno moraš tu da ubaciš.”* (Intervju 3, Ž, pedijatar)

Neki od ispitanika uopšte ni ne zapisuju osetljive informacije, već pokušavaju da ih zapamte, što pak nosi rizik od zaboravljanja.

*“Dodatna otežavajuća okolnost u praksi je ta da mi kada razgovaramo sa mladom osobom, i kada nam ona nešto poveri, mi očekujemo da ćemo se za neko vreme (mesec-dva-tri) videti sa njom, ali znamo da imamo još desetak pregleda posle nje, logično je da negde zapišemo tu informaciju koja nam je bitna, koja pripada delu poverljivih informacija i koju ne bismo da stavimo u izveštaj. Na žalost, baze podataka koje su trenutno prisutne i prihvaćene, i koje postoje, nam ne daju takvu mogućnost. To nam dodatno otežava faktički mogućnost primene, tj. korišćenja takvih poverljivih informacija koje smo dobili, jer, naravno, kad vam ta osoba dodje ponovo za nekoliko meseci očekuje da se vi, zaboga, sećate šta je ona rekla, i ako vi nemate podsetnik i ako se ne sećate onda se ona pita da li je vama uopšte stalo da joj pomognete.”* (Intervju 1, M, ginekolog).

#### **4.1.5. Sposobnost rasuđivanja i zrelost adolescenata**

Sposobnost rasuđivanja identifikovana je kao najvažniji uslov koji mora biti ispunjen kako bi se adolescentu omogućilo pravo na autonomiju odlučivanja i poverljivost u zdravstvenoj zaštiti. U okviru ove kategorije utvrđene su tri subkategorije: Uzrast i zrelost, Sposobnost predviđanja rizika i Stimulisanje sposobnosti rasuđivanja.

##### **4.1.5.1. Uzrast i zrelost**

Ispitanici su se složili da se sposobnost rasuđivanja, kao komponenta zrelosti, dostiže individualnom brzinom, što otežava postavljanje uzrasne granice kada je većina adolescenata dovoljno zrela da samostalno donosi odluke. Uzrast sam po sebi nije nužno dovoljan kriterijum da bi se adolescent smatrao sposobnim za samostalno odlučivanje.

*“Zrelost uopšte nema veze sa godinama. Mislim, ima donekle. Ali to da je neko sa 15, 18, 25 zreliji, da su godine neko apsolutno merilo kad je on postao svestan nekih stvari, tu nema pravila, to je mnogo individualno.”* (Intervju 12, Ž, ginekolog)

Većina ispitanika smatra da većina adolescenata u Srbiji nije sposobno za donošenje samostalnih odluka u uzrastu od 15 godina, jer su i dalje ekonomski zavisni od roditelja, imaju probleme da upamte detalji u vezi sa dijagnostikom i terapijom koju im lekar predlaže, i često se osećaju nesigurno i uplašeno u medicinskom okruženju.

*“Sa 15 godina su poprilično nezreli, još uvek su deca. Desi se da poneko iskoči, ali to nije razlog da kažete da su oni zreli. U tom se uzrastu oni još kolebaju oko mnogih stvari, još im mnoge stvari nisu jasne, oni su u užasno teškoj situaciji jer ih pritišću roditelji i društvo, a oni bi da se izmaknu iz svega toga, i vrlo su nezreli.....”* (Intervju 9, Ž, ginekolog)

Lekari su predložili da se uzrasna granica kada se adolescentima daje pravo na autonomiju i poverljivost ipak poveća na 16 godina, kad su adolescenti u srednjoj školi i stekli su veću nezavisnost.



*“Šta da vam kažem, 15 godina je osmi razred, iskreno da vam kažem ja mislim da bi granica trebalo da bude kad završe drugi razred srednje škole, ili bar prvi. U prvom razredu su potpuno pometeni, to je najveća tranzicija u životu mladih.” (Intervju 5, Ž, pedijatar)*

#### **4.1.5.2. Sposobnost predviđanja rizika**

Neki od lekara ukazali su na nesposobnost adolescenata da predvide posledice svojih dela, kao i odsustvo svesti o mogućim rizicima kao na tipične odlike adolescencije. Lekari smatraju da adolescent ne može doneti adekvatnu odluku ako nije sposoban da promisli o posledicama odluke.

*“U tim godinama oni misle da mogu sve, i previše sebi daju za pravo, a u stvari ne mogu, o čemu govori njihovo ponašanje.....Oni uglavnom ne misle o tome, tek kad postoji mogućnost da je devojka ostala trudna onda se zapitaju. Malo njih dođe da pita: "Imam seksualne odnose sa dečkom, htela bih da se posavetujem sa vama koje vrste kontracepcije postoje". Oni su informisani, sve oni znaju, jedino što ne primenjuju. Uopšte ne misle šta može da se desi. Vode se time: "Neće to meni da se desi". (Intervju 8, Ž, pedijatar)*

Takođe, lekari su istakli da radoznalost u sprezi sa nemogućnošću predviđanja rizika često dovodi adolescente u potencijalno rizične situacije. Ovo je naročito problematično kod adolescenata koji se osećaju zdravo, i koji se ne mogu privoleti da preduzmu mere zdravstveneprevencije.

*“Ono što u praksi takođe imamo je problem sa polno prenosivim bolestima. Mladi između 15 i 18 godine koji su počeli sa seksualnim odnosima, i imaju neku od „nevidljivih“ polno-prenosivih bolesti kao što je, recimo, hlamidijska infekcija, dodju, oni ne osećaju nikakve tegobe ili imaju neke lake tegobe koje nisu ništa strašno, a mi vidimo posledice takve infekcije koja ugrožava njihovo reproduktivno zdravlje. Mi pokušamo da im objasnimo deo toga ali vidimo da ne ide ni malo jednostavno, jer ako ne osećaju nikakve tegobe oni ne mogu da prihvate da njima nešto stvarno fali, da oni*

*sad treba nešto da promene u svom ponašanju i ponašanju sa svojim partnerom”* (Intervju 1, M, ginekolog).

#### **4.1.5.3. Stimulisanje sposobnosti rasuđivanja**

Ispitanici su sugerisali nekoliko načina na koji se može poboljšati rasuđivanje adolescenata. Jedan od načina je davanje adekvatnih objašnjenja kojima bi se povećalo njihovo razumevanje medicinske situacije.

*“Prevashodno je važno da mi nađemo dovoljno snage, znanja, vremena i rečnika da im objasnimo o čemu se zapravo radi, šta je to što smo mi otkrili, zašto ćemo neku proceduru primeniti, koji nam je krajnji cilj, i ako im na taj način objasnimo oni to jednostavno prihvate, slože se, ili se pobune.... Većina mladih ima tu moć rasuđivanja, i nije neophodno da za njih takvu odluku donosi staratelj.”* (Intervju 1, M, ginekolog).

Neki ispitanici su sugerisali da su i roditelji odgovorni za razvijanje detetovih sposobnosti za donošenje odluka, i da davanjem svakodnevnih odgovornosti roditelji mogu unaprediti detetovu autonomiju i čak im doneti i satisfakciju.

*“...Po meni, detetu od 17 godina treba dati neku odgovornost, jer to daje i satisfakciju. Vi ne možete da očekujete da vaše dete donosi odluke a da mu nikada niste dali priliku, već uvek umesto njega sve uradite. Međutim, gro ima porodica u kojima se deca štite od svakog rada i svake odgovornosti.”* (Intervju 2, Ž, pedijatar).

#### **4.1.6. Ponašanje roditelja**

U okviru kategorije Ponašanje roditelja utvrđeno je pet subkategorija: Prezaštićujuće ponašanje, Uticaj socio-kulturnih faktora, Problemi u komunikaciji, Strah i zabrinutost roditelja i Roditelji koji poštuju prava deteta.

#### 4.1.6.1. Prezaštićujuće ponašanje

Intervjuisani lekari su opazili prezaštićujuće ponašanje roditelja. Naveli su primere roditelja koji dolaze u pratnji adolescenata na preglede, koji govore umesto dece (npr. opisuju simptome).

*“Roditelj kada uđe na vrata kaže: „ Mi smo dobili temperaturu i kašljemo, mi smo popili lek“... Ja pitam: „Jel cela porodica?“. „Ne, ne, ovo dete...“. I nastavlja se – “Mi smo...” Dakle, oni govore o sebi i svom detetu u množini. I oni ne vide svoje dete kao biće, čak i kada napuni 15 godina. Da ne govorim o tome da je kod nas potpuno normalno da cela porodica uđe s detetom, i mlađi i stariji braća i sestre, i da ne postoji odnos prema tome da mladom biću možda to nije prijatno.” (Intervju 2, Ž, pedijatar)*

*“Obično kada dođu stariji adolescenti sa roditeljima na pregled, mama priča umesto njega, da li je povraćao, da li ga boli stomak. Onda adolescent kaže: “Nije to baš bilo tako”, a mama odgovara: “Ćuti, bilo je tako”. Čak i da adolescent hoće nešto da ispriča, mama je uporna, stoji tu i ne pušta ga.” (Intervju 8, Ž, pedijatar)*

*“Deca su ovde mnogo duže pod zaštitom roditelja. Mislim da to utiče na razvijanje odgovornosti, i zato i mislim da adolescenti sa 15 godina još nisu spremni da donesu odluku, jer su prezaštićeni. O našim adolescentima brinu roditelji, babe i dede, svi su im nad glavom, tako da zbog te prezaštićenosti ne donose čak i neke odluke koje bi trebalo da donesu sami.” (Intervju 4, Ž, pedijatar)*

#### 4.1.6.2. Uticaj socio-kulturnih faktora

Ispitanici su ponudili nekoliko objašnjenja za opisano ponašanje roditelja. Po njima, jedan od uzroka je uticaj patrijarhalnih društvenih normi, koje podrazumevaju snažno jedinstvo između roditelja i dece, i posledično prezaštićujuće ponašanje roditelja.

*“Ali gro roditelja kaže „Mi...“, i uopšte ne vide dete van njega. I to je užasan problem. U tom ambijentu se vi postavljate između roditelja i njegovog mladunca, i to nije uvek uopšte prijatno. Tako da kulturološki model kod nas, naravno i zbog drugih stvari je takav da je dete dete dok ne dobije svoje dete.” (Intervju 2, Ž, pedijatar).*

*“Ipak, mi smo možda na Balkanu više okrenuti ka svojoj deci, mi ih više ušuškavamo. Mi smo jako specifični. Kad se nekad išlo u vojsku, mi smo imali običaj da se šalimo: "Ova bi žena svog sina došla do vojske". To je to, mi smo vrlo spremni da smatramo našu decu nesposobnim. "Bolje ja da uradim, ja ću da ti opeglam, ja ću da odem umesto tebe, ja ću da vodim računa o tvojoj menstruaciji..." (Intervju 9, Ž, ginekolog)*

Neki od ispitanika su ukazali na uticaj socio-ekonomske situacije u Srbiji, koja je takva da ne pruža mladima dovoljno prilike za zapošljenje, tako da mladi nastavljaju da žive sa roditeljima i ekonomski zavise od njih sve do svojih tridesetih.

*“Roditelji reaguju: “Dok ga ja plaćam i školujem, ja ću i da odlučujem”. Teško prihvataju da deca imaju neka prava u Srbiji. Iako pokušavate roditelje da osvestite da njegovo dete ima neka prava, prosto ne priznaju da postoje ta prava. Oni insistiraju da "dok god je on na mojim finansijama, dotle ja odlučujem”. (Intervju 6, Ž, pedijatar)*

*“...deca se ne odvajaju na vreme. Vezana su za roditelje, orijentisana su na roditelje, roditelji učestvuju i u njihovom odrastanju i u edukaciji, u svemu. Mislim da nemaju, prosto, ni mogućnosti da se odvoje i da žive sami, i da odlučuju sami o svom životu, pogotovo ne o zdravstvenom problemu ili izazovu koji se stavi ispred njega. Mislim da još nismo na tom nekom nivou da bismo mogli da osamostalimo decu, kao što se deca na Zapadu osamostale, i mogu da žive sama, i da brinu o sebi.” (Intervju 11, Ž, pedijatar).*

#### **4.1.6.3. Problemi u komunikaciji**

Gotovo svi ispitanici su ukazali na činjenicu da mali broj roditelja u Srbiji razgovara sa svojom decom na temu seksualnosti i reproduktivnog zdravlja, koja, prema rečima ispitanika, predstavlja svojevrsan „tabu“ u odnosima roditelja i dece.

*“Majke obično kažu čuvenu kontraceptivnu rečenicu kad devojka ide iz kuće: „Budi pametna i pazi šta radiš”, a mi svi znamo šta se iza toga krije. Malo roditelja sedne i priča konkretno sa decom. Pritom roditelji ne shvataju da su nas deca odavno snimila i pročitala. Svaka devojčica koja dođe kod mene će mi reći: "Ja ne razumem, pa moja*

*majka je imala 3 abortusa, šta sad ona meni priča". Oni nas čuju, ne znamo čak ni da sakrijemo, dođe nam prijateljica pa se ispričamo, a oni sve čuju, sve su nas snimili. Kad je opšta priča, tu su svi spremni da pričaju, ali kad je priča "moje dete i ja" tu malo zastanemo," (Intervju 9, Ž, ginekolog)*

*"Međutim, mi smo tu uvideli da veliki broj dece ne razgovara sa roditeljima o reproduktivnom zdravlju, da najviše razgovaraju sa vršnjacima, eventualno sa starijom braćom i sestrama..... Ima dece koja kažu da o tome razgovaraju sa roditeljima, ali ja bih rekla da je to mnogo manje. Takođe, ono što mi vidimo, i to je stara istina, u konzervativnim i strogim građanskim porodicama, gde su deca kao „pod staklenim zvonom“, uvek su problemi po tom pitanju." (Intervju 2, Ž, pedijatar)*

#### **4.1.6.4. Strah i zabrinutost roditelja**

Lekari su ukazali na strahove i brige roditelja da njihovi adolescenti neće umeti da se snađu bez njihove pomoći.

*"Znate, roditelji imaju osećaj da gube kontrolu nad decom kad oni uđu u pubertet, i oni jadni pokušavaju da zgrabe tu decu, jer se boje za njih, to je strah zato što znaju šta ih čeka u životu, zato što misle da će proći loše, to je onaj suštinski roditeljski strah" (Intervju 9, Ž, ginekolog)*

*"...Ima majki, i to se retko i povremeno dešava, da me pozovu i kažu: "Jeste li vi normalni da mojoj ćerki od 16 godina date pilulu?" Zato što nađe tu pilulu koju je ćerka donela kući a nije uspela da je sakrije. I onda kaže: Odakle vama pravo da joj prepisete to?" Nije stvar u tome da su one protiv kontracepcije, one su protiv ulaska njihove dece u taj svet, jer se onda plaše posledica." (Intervju 9, Ž, ginekolog)*

#### **4.1.6.5. Roditelji koji poštuju prava deteta**

Ipak, gotovo svi ispitanici su opisali slučajeve roditelja potpuno svesnih prava svog adolescenta na donošenje odluka i privatnost, i koji uvek omogućavaju poverljivost prilikom posete lekaru.

*“Nekad roditelj, kad dete ima problem a neće da priča, dovede dete, a ja počnem pričati, i kažem: “Jel bi hteo da nas dvoje sami popričamo?” I roditelj izađe. Roditeljima koji su zaista zainteresovani (a većina bi trebalo da bude) je stalo da se dete bar nekom otvori, pogotovo kad sumnjaju da se nešto dešava.” (Intervju 5, Ž, pedijatar).*

Lekari su takođe istakli da su primetili malu promenu u mentalitetu kod mlađih roditelja, koji počinju otvorenije da razgovaraju sa decom o seksualnosti i reproduktivnom zdravlju, a deca se osećaju slobodnije da roditelje pitaju za savet i pomoć.

*“...Zanimljivo je da su devojke danas dosta slobodne da razgovaraju sa majkama, bez obzira na balkanski milje, da se ipak malo pomerilo zahvaljujući medijima, internetu. Mislim da idemo u dobrom pravcu, uz neke izuzetke kojih će uvek biti.” (Intervju 7, M, ginekolog)*

*“Ali mogu da kažem da ima sve više tih modernijih porodica gde je sve nekako dozvoljeno, što nekada potpuno nije bilo. Činjenica je da se nešto menja, samim tim što je ovakav tempo i način života. I deca su slobodnija. Deca više nego ranije razgovaraju sa roditeljima, ali ne dovoljno.” (Intervju 12, Ž, ginekolog)*

#### **4.1.7. Uloga lekara**

U okviru ove kategorije utvrđene su tri subkategorije: Poverenje, Medijator između roditelja i dece i Edukacija roditelja.

##### **4.1.7.1. Poverenje**

Intervjuisani lekari smatraju da pored postavljanja dijagnoze i sprovođenja lečenja, najvažnija uloga koju ima lekar je da uspostavi odnos poverenje sa pacijentom, naročito u radu sa adolescentima. Lekari prepoznaju potrebu adolescenata da mogu da se oslone na lekara da će im dati informacije i savete koji su iskreni, tačni i neosuđujući. Ponekad, lekar je jedina odrasla osoba koja u konkretnoj situaciji može da pomogne

adolescentu, i adolescent često očekuje da poverljivost bude zagarantovana, što je glavni uslov poverenja.

*“Jer je u stvari osnovno da se dobije njihovo poverenje, i da oni steknu u vas poverenje, i da shvate da ste vi uvek tu, da mogu da dođu i da dobiju pravu informaciju od vas, a ne da se stide i da zbog toga ne dođu sem kad ih muka natera.”* (Intervju 12, Ž, ginekolog)

*“Lepota rada sa adolescentima je što imate utisak da ste vi jedina osoba koja može da sasluša, koja može da mu pomogne, da ga usmeri više nego roditelj u tom trenutku. Zbog toga je poverljivost u radu s njima jako važna. Oni jako dobro znaju kod koje doktorke da idu, koja poštuje poverljivost. Ne možete vi njemu da kažete: “Ti si za savetovalište, dođi ti kod mene”. Oni tačno znaju i jedni drugima kažu:” Idi kod te i te doktorke, meni je pomogla, neće izaći problem odatle”. Možeš ti hiljadu puta mladoj osobi da kažeš: “To što mi pričamo neće izaći dalje”, ali ako oni čuju od svog druga da ste im pomogli i da se nije dalje čulo, to je osnov poverljivosti u koji oni veruju, dakle iz prakse da saznaju jedni od drugih za vas. Ja sam se pitala odakle neki pacijenti dolaze, jer nisu pacijenti gde sam ja izabrani lekar, nisu na lečenju u našoj ustanovi, nego iz sasvim različitih krajeva Beograda. To vam je, kažem, usmena preporuka najviše.”* (Intervju 6, Ž, ginekolog)

Takođe, lekari kojima adolescenti veruju i kojima se poveravaju su u dobroj poziciji da blagovremeno vide i prepoznaju razvojne, psihološke ili socijalne probleme, i da kontaktiraju druge stručnjake za pomoć.

*“Došla sam do zaključka da u tim godinama oni mogu da odlučuju da li će nešto da podele sa roditeljima ili sa lekarom. I to je vrlo važno da podele sa lekarom, ne samo sa najboljim drugom i drugaricom. Ako je dovoljno dobro edukovan lekar, može da mu da kvalitetne savete, može da prati rast i socijalni razvoj mlade osobe, i ako naiđu problemi u razvoju može da ga uputi kod psihologa ili kod nekoga ko je dobro umrežen sa drugim strukama za rešavanje problema mlade osobe.”* (Intervju 6, Ž, pedijatar)

Neki od ispitanika su naglasili da lekar treba da bude zastupnik detetovih prava, naročito kada je adolescent iz socijalno marginalizovanog miljea ili iz traumatizovane

porodice. Lekari imaju jedinstvenu poziciju i kapacitet da zaštite mlade pacijente u situacijama kada su druge ustanove propustile da im pruže podršku.

*“Meni je jasna ideja da ja kao profesionalac treba da zaštitim decu sa nekih rubova, gde postoje neki problemi. Ja upravo smatram da dete ako ima problem u porodici, ako je na rubu društva negde sa svojim mogućnostima, ako ga još i mi ostavimo ono ostaje prepušteno samo sebi.”* (Intervju 2, Ž, pedijatar).

#### **4.1.7.2. Medijator između roditelja i dece**

Većina ispitanika je sugerisala da lekari često imaju ulogu medijatora između adolescenata i roditelja, u pokušaju da pomire neslaganje, da ohrabre decu da razgovaraju sa roditeljima i da im veruju, jer je odnos dece i roditelja vrlo često od velike važnosti za tok lečenja.

*“I onda joj [majci] kažem onu čuvenu rečenicu: "Gospođo, razmislite samo, imate pametnu ćerku - došla je i pitala za kontracepciju. I dogovorile smo se, a vi sad nama minirate posao. Bolje da dobije pilulu nego da ostane trudna i ide na abortus, jel tako?" I majka se na kraju složi.* (Intervju 9, Ž, ginekolog)

#### **4.1.7.3. Edukacija roditelja**

Intervjuisani lekari smatraju da je većini roditelja dobrobit njihovog deteta životni prioritet, i da su spremni sve da učine da ga dostignu. Lekari smatraju da većina roditelja može da razume značaj dečjih prava, naročito u oblasti reproduktivnog zdravlja, ukoliko bi im se adekvatno predstavila i objasnila. Ispitanici su naglasili koliko je važan način na koji se roditeljima pružaju informacije o dečjim pravima, i istakli su da bi imali velike koristi od dodatne edukacije kojom bi stekli veštine u komunikaciji sa roditeljima.

*„Više imamo problem s roditeljima da im to objasnimo... Mislim da je sve u načinu na koji vi nešto objasnite. Vi možete da kažete: Tako je po zakonu, doviđenja prijatno". Ali zakon ide svojim putem, a život svojim putem. I treba pomiriti te dve stvari, a u*



*suštini je kao i sve u životu način na koji ćete vi nešto reći... I onda posle te prve reakcije tipa: "Pa kakav zakon, pa znate vi šta je to, pa ona je dete", mi uspemo da im objasnimo i sve se lepo završi. Oni dođu na ultrazvuk, odnosno sede u čekaonici, pa devojka uđe na ultrazvuk a oni je sačekaju ispred... Uspete da uspostavite taj milje da se mi brinemo o zdravlju deteta, ne moraju oni da utrčavaju i brinu."* (Intervju 9, Ž, ginekolog)

*"Roditelji sigurno da imaju prava da znaju zbog čega su došli sa detetom, ali ne i da time povrede pravo privatnosti deteta. I upravo je tu i deo edukacije koju treba sprovesti na duge staze u okviru naših specijalizacija ili osnovnih studija. Znači nešto što je nama svakako neophodno, a to je da se edukujemo na koji način treba roditeljima dati informacije. Mnogo je teže kad to ide kroz teoretski deo. Mnogo je lakše kad to ide u praksi."* (Intervju 1, M, ginekolog)

## **4.2. Rezultati kvantitativnog istraživanja**

### **4.2.1. Formiranje uzorka**

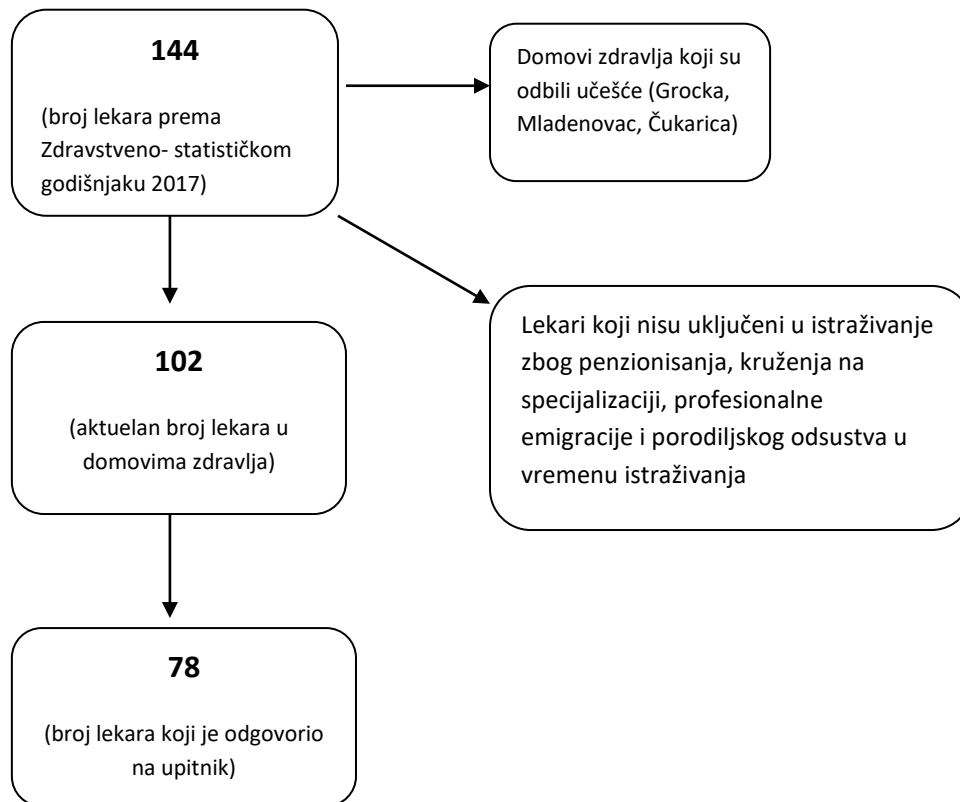
Tokom regrutacije ispitanika za anketu za procenu znanja, stavova i ponašanja u vezi sa poštovanjem poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti adolescenata lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Beogradu, kontaktirani su svi lekari zaposleni u službama za zdravstvenu zaštitu školske dece i zdravstvenu zaštitu žena u 13 domova zdravlja na teritoriji Beograda od kojih je dobijena saglasnost za istraživanje. Prema Zdravstvenostatističkom godišnjaku Republike Srbije iz 2017 godine, ukupan broj lekara zaposlenih u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece na teritoriji Beograda iznosio je 144, od čega je bilo 30 lekara opšte prakse, 24 specijalizanata i 90 specijalista pedijatrije (220). U službi za zdravstvenu zaštitu žena ukupan broj zaposlenih lekara na teritoriji Beograda iznosio je 127, od čega 8 specijalizanata i 119 specijalista.

Direktnim kontaktom sa načelnicima službi u domovima zdravlja utvrđeno je da aktuelno stanje u navedenim službama kada je broj lekara u pitanju ne odgovara zvaničnim statističkim podacima, što se objašnjava fluktuacijama u broju zaposlenih zbog odlazaka u penziju, kruženja tokom specijalizacije, odlazaka na porodiljsko bolovanje i bolovanje zbog nege deteta, kao i značajno povećanom stopom emigracije zdravstvenih radnika iz Srbije. Zbog prirode samog istraživanja koje se kao studija preseka mora sprovesti u najkraćem mogućem roku, svaki dom zdravlja je posećivan u periodu od 2 meseca, tako su u istraživanje uključeni oni lekari koji su u navedenom periodu bili prisutni na radnom mestu. U Tabeli 5. je prikazan broj lekara koji je u vremenu istraživanja bio zaposlen i prisutan po službama u svakom od 13 domova zdravlja u kojima je sprovedeno istraživanje, i broj lekara koji je učestvovao u istraživanju po službama u domovima zdravlja.

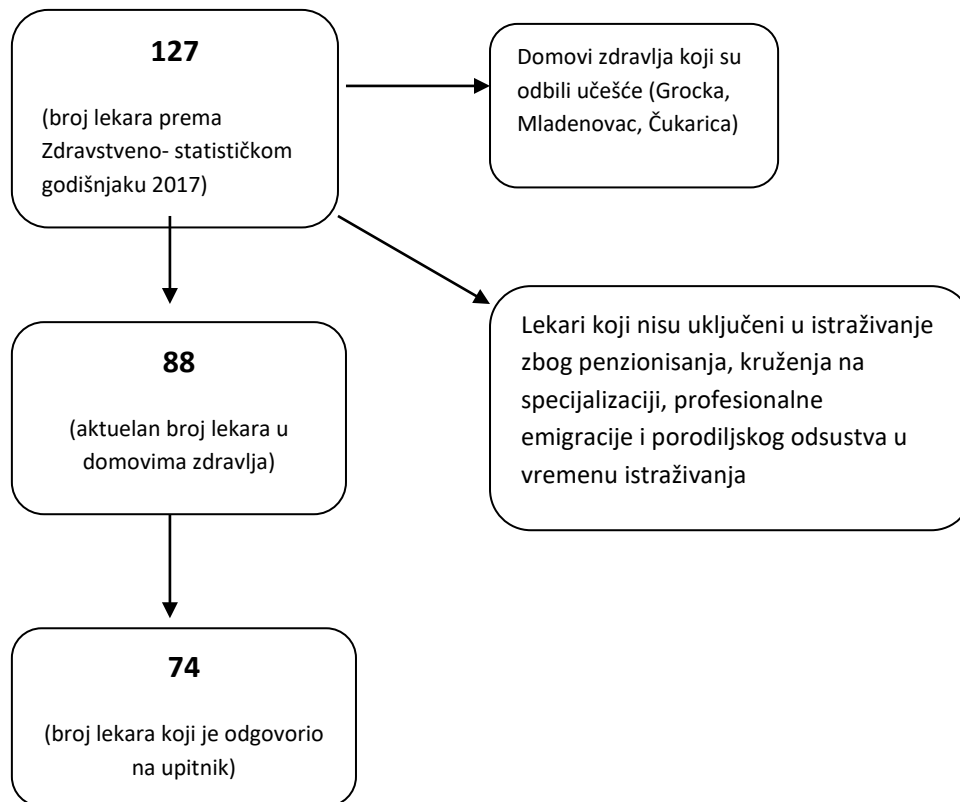
**Tabela 5. Broj lekara u anketiranim domovima zdravlja po službama prisutan u periodu istraživanja.**

R.br.	Dom zdravlja	Služba za ZZ školske dece		Služba za zdravstvenu zaštitu žena	
		Ukupno	Anketirano	Ukupno	Anketirano
1	Lazarevac	3	3	4	3
2	Rakovica	10	8	9	8
3	Stari grad	4	3	5	4
4	Vračar	5	5	5	5
5	Zvezdara	11	9	10	7
6	Novi Beograd	12	11	13	13
7	Voždovac	13	11	9	9
8	Savski venac	3	3	3	3
9	Obrenovac	7	4	5	4
10	Sopot	3	2	2	2
11	Barajevo	5	2	2	1
12	Zemun	14	9	10	8
13	Palilula	12	8	11	7
	Ukupno	102	78	88	74

Ukupan broj lekara koji su u vremenu istraživanja radili u 13 domova zdravlja iznosio je 190, od čega 102 u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece i 88 u službi za zdravstvenu zaštitu žena. Ukupan broj lekara koji su učestvovali u istraživanju iznosio je 152, od čega 78 u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece i 74 u službi za zdravstvenu zaštitu žena. Ukupna stopa odgovora u odnosu na realan broj lekara zatečenih u domovima zdravlja u vremenu istraživanja iznosila je 80% (u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece iznosila je 76.5%, a u službi za zdravstvenu zaštitu žena 84.1%).



**Grafikon 1. Broj lekara u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece**



**Grafikon 2. Broj lekara u službi za zdravstvenu zaštitu žena**

#### 4.2.2. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Prosečna starost ispitanika bila je  $50.8 \pm 9$  godina, u opsegu od 30 do 64 godine. Socio-demografske karakteristike ispitanika prikazane su zbirno u Tabeli 6., sa poređenjem karakteristika lekara zaposlenih u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece i lekara zaposlenih u službi za zdravstvenu zaštitu žena. Ukupno je bilo 78 (51.3%) ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece i 74 (48.7%) ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena. Svi ispitanici iz službe za zdravstvenu zaštitu žena imali su specijalizaciju iz ginekologije, dok je najveći broj ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece imao specijalizaciju iz pedijatrije (82.1%), 7.7% njih je imalo specijalizaciju iz pšte medicine, a 10.3% nije imalo nijednu specijalizaciju. Varijabla

Specijalizacija nije uključivana u dalje analize, s obzirom da se može smatrati da je osnovna razlika u odeljenju na kom su ispitanici zaposleni, a ne u samoj specijalizaciji koju su završili. Prosečna vrednost godina radnog staža u ukupnom uzorku iznosila je  $23.2 \pm 9.9$  godina, i nije se značajno razlikovala između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece ( $22.9 \pm 11.3$ ) i ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena ( $23.6 \pm 8.4$ ). Većina ispitanika u obe grupe ispitanika su bili ženskog pola (83.6%), međutim u grupi ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena je bilo statistički značajno više lekara muškog pola (23% vs. 10.3%,  $p < 0.05$ ).

Najveći broj ispitanika (116 (76.3%)) nije imao dete adolescentskog uzrasta, a nije bilo statistički značajne razlike u odnosu na ovo pitanje između grupa ispitanika.

**Tabela 6. Sociodemografske karakteristike ispitanika**

Varijable (N(%))	Ukupno (N=152)	Služba za ZZ školske dece (N=78)	Služba za ZZ žena (N=74)	P
Starost (Sred.vred.±SD (opseg))	50.8±9.0(30-64);	50.6±10.2(30-64);	50.8±7.6(35-63);	P=0.751
Godine radnog staža(Sred.vred.±SD (opseg))	23.2 ± 9.9(1-38);	22.9±11.3(1-38)	23.6±8.4(6-38)	P=0.971
<b>Pol</b>				
Muški	25 (16.4)	8 (10.3)	17 (23.0)	P<0.05
Ženski	127 (83.6)	70 (89.7)	57 (77.0)	
<b>Opština</b>				
Prigradska	21(13.8)	11 (14.1)	10 (13.5)	P=0.935
Šira gradska	108 (71.1)	56 (71.8)	52 (70.3)	
Centralna gradska	23 (15.1)	11 (14.1)	12 (16..2)	
<b>Specijalizacija</b>				
Pedijatrija	64 (42.1)	64 (82.1)	0	P<0.001
Opšta medicina	6 (3.9)	6 (7.7)	0	
Ginekologija	74 (48.7)	0	74 (100)	
Nijedna	8 (5.3)	8 (10.3)	0	
<b>Služba u domu zdravlja</b>		/	/	/
Služba za ZZ školske dece	78 (51.3)			
Služba za ZZ žena	74 (48.7)			
<b>Broj pacijenata u smeni</b>				
<30	18 (11.8)	2 (2.6)	16 (21.6)	P<0.001
30-40	79 (52.0)	28 (35.9)	51 (68.9)	
>40	55 (36.2)	48 (61.5)	7 (9.5)	
<b>Broj pacijenata adolescentskog uzrasta 0-5 mesečno</b>	24 (15.8)	0	24 (32.4)	P<0.001

<b>1-5 nedeljno</b>	33 (21.7)	2 (2.6)	31 (41.9)	
<b>1-5 dnevno</b>	54 (35.5)	36 (46.2)	18 (24.3)	
<b>Skoro svi</b>	40 (26.3)	40 (51.3)	0	
<b>Dete adolescentskog uzrasta</b>				P=0.252
<b>Da</b>	36 (23.7)	15 (19.2)	21 (28.4)	
<b>Ne</b>	116 (76.3)	63 (80.8)	53 (71.6)	

Najveći broj ispitanika je zaposlen u domovima zdravlja u širim gradskim opštinama (71.1%), dok je manji broj ispitanika bio iz domova zdravlja iz perifernih gradskih opština (bez statistički značajne razlike u distribuciji ispitanika u centralnim, širim gradskim i prigradskim opštinama između grupa. Distribucija ispitanika po pojedinačnim domovima zdravlja prikazana je u Tabeli 7.

**Tabela 7. Distribucija ispitanika po domovima zdravlja**

Opština	Ukupno (N=152)	Služba za ZZ školske dece (N=78)	Služba za ZZ žena (N=74)
<b>Prigradske</b>			
Lazarevac	6 (3.9)	3 (3.8)	3 (4.1)
Sopot	4 (2.6)	2 (2.6)	2 (2.7)
Obrenovac	8 (5.3)	4 (5.1)	4 (5.4)
Barajevo	3 (2.0)	2 (2.6)	1 (1.4)
<b>Šire gradske</b>			
Zvezdara	16 (10.5)	9 (11.5)	7 (9.5)
Rakovica	16 (10.5)	8 (10.3)	8 (10.8)
Voždovac	20 (13.2)	11 (14.1)	9 (12.2)
Novi Beograd	24 (15.8)	11 (14.1)	13 (17.6)
Zemun	17 (11.2)	9 (11.5)	8 (10.8)
Palilula	15 (9.9)	8 (10.3)	7 (9.5)
<b>Centralne gradske</b>			
Stari grad	7 (4.6)	3 (3.8)	4 (5.4)
Vračar	10 (6.6)	5 (6.4)	5 (6.8)
Savski venac	6 (3.9)	3 (3.8)	3 (4.1)

Kada je broj pacijenata u smeni u pitanju, manje od 30 pacijenata u smeni je imalo ukupno 18 (11.8%) ispitanika, između 30 i 40 pacijenata u smeni je imalo najviše ispitanika (52%), preko 40 pacijenata u smeni je imalo 55 (36.2%) ispitanika. Ispitanici u obe grupe su se razlikovali po broju pacijenata u smeni sa visokom statističkom značajnošću ( $p < 0.001$ ). U grupi ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece najveći broj ispitanika je imao preko 40 pacijenata u smeni (61.5%), dok je u grupi ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena najveći broj ispitanika imao između 30 i 40 ispitanika (68.9%).

U ukupnom uzorku, do 5 pacijenata adolescentskog uzrasta mesečno u svojoj praksi je imalo 24 (15.8%) ispitanika, između 1 i 5 adolescenata nedeljno je imalo 33 (21.7%) ispitanika, između 1 i 5 adolescenata dnevno je imalo 54 (35.5%) ispitanika, a skoro svi pacijenti su adolescentskog uzrasta kod 40 (26.3%) ispitanika. Postojala je visoka statistička značajnost u proporciji pacijenata adolescentskog uzrasta između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece i ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena ( $p < 0.001$ ). Kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece najveći broj ispitanika je imao skoro sve pacijente adolescentskog uzrasta u praksi, dok je kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena najveći broj imao između 1 i 5 pacijenata adolescentskog uzrasta nedeljno.

#### **4.2.3. Rezultati procene psihometrijskih karakteristika instrumenta**

U okviru procene psihometrijskih karakteristika instrumenta za ispitivanje znanja, stavova i ponašanja lekara analizirana su metrijska svojstva testa za procenu znanja i validacija skale za procenu stavova prema poverljivosti u radu sa adolescentima.

##### **4.2.3.1. Metrijska svojstva testa za procenu znanja**

U okviru analize metrijskih svojstava testa za procenu znanja rađene su analiza težine pitanja, analiza diskriminativnosti pitanja i analiza pouzdanosti. Metrijska svojstva testa znanja prikazana su u Tabeli 7.

*Analiza težine pitanja* je pokazala da je na 5 od ukupno 7 pitanja tačne odgovore dala proporcija ispitanika u prihvatljivom opsegu od 25% do 75%. Na jedno pitanje je tačan broj odgovora dalo nešto većiprocenat od gornje granice prihvatljivosti (78.7%), dok su na preostalo pitanje tačan odgovor dali gotovo svi ispitanici (92.1%).

*Diskriminativnost pitanja* odnosi se na sposobnost svakog pitanja u upitniku da razlikuje ispitanike koji su uspešni od onih koji nisu uspešni na testu znanja. Diskriminativnost pitanja utvrđena je određivanjem koleracije između skora na pojedinim pitanjima i ukupnog skora na testu znanja. Koeficijent korelacije od 0.20 uzet je kao donja granična vrednost dikriminativnosti pitanja. Sva pitanja pokazala su statistički značajnu korelaciju sa skorom znanja, osim jednog pitanja koje je imalo i najvišu stopu tačnih odgovora (Pitanje br.4: *Lekar je obavezan da informacije o*



*zdravstvenom stanju maloletnog pacijenta saopšti njegovom zakonskom zastupniku u situacijama kada su ozbiljno ugroženi zdravlje i život pacijenta).*

Pouzdanost testa za procenu znanja analizirana je primenom Kronbah alfa metoda. Vrednost Kronbah alfa za test znanja iznosila je 0.664, što je prihvatljiva vrednost za eksploratorna istraživanja. Indeks težine znanja, koeficijent korelacije sa ukupnim skorom na testu znanja i vrednost Kronbah alfa ukoliko bi dato pitanje isključili iz testa prikazani su u Tabeli8.

**Tabela8. Metrijska svojstva testa znanja.**

Pitanja iz testa znanja	Udeo tačnih odgovora (N(%))	Koeficijent korelacije (pitanje-ukupni skor)	Kronbah alfa ako se isključi pitanje
1. Sa navršenih 15 godina života adolescenti stiču pravo na samostalno odlučivanje u zdravstvenoj zaštiti (Tačno)	<b>109 (71.7)</b>	0.693**	0.583
2. Sa navršenih 15 godina života adolescenti stiču pravo na poverljivost zdravstvene dokumentacije (Tačno)	<b>120(78.9)</b>	0.669**	0.591
3. Roditelji imaju pravo na uvid u zdravstveni karton svog deteta uzrasta 16 godina (Netačno)	<b>54(35.5)</b>	0.507**	0.664
4. Lekar je obavezan da informacije o zdravstvenom stanju maloletnog pacijenta saopšti njegovom zakonskom zastupniku u situacijama kada su ozbiljno ugroženi zdravlje i život pacijenta (Tačno)	<b>140(92.1)</b>	0.119	0.705
5. Lekar može da prepíše kontraceptivne pilule bez znanja roditelja pacijentkinji uzrasta 16 godina (Tačno)	<b>99(65.1)</b>	0.675**	0.594
6. Pacijentkinji uzrasta 16 godina može biti izvršen abortus u medicinskoj ustanovi bez znanja roditelja (Tačno)	<b>54(35.5)</b>	0.664**	0.599
7. Lekar je obavezan da obavesti roditelje 15-godišnje pacijentkinje kod koje postoji sumnja na gonoreju i neophodno je uraditi testiranje i lečenje (Netačno)	<b>39(25.7)</b>	0.570**	0.631

\*\*Koeficijent korelacije statistički značajan ( $p < 0.001$ )

#### 4.2.3.2. Validacija skale za procenu stavova prema poverljivosti

##### a) Analiza pouzdanosti skale za procenu stavova prema poverljivosti

Kako bi se ispitala pouzdanost (relijabilnost), tj. interna konzistentnost skale stavova primenjen je Kronbah alfa metod. Pouzdanost mernog instrumenta odnosi se na konzistentnost merenja određenog koncepta, a Kronbah alfa meri snagu te konzistencije. Kronbah alfa se računa korelisanjem skora za svaku varijablu na skali sa ukupnim skorom na svakoj observaciji (individualnom ispitaniku). Preporučeno je da vrednost Kronbaha alfa bude iznad 0.60. u eksploratornim istraživanjima (219).

Iz prvobitne verzije skale stavova koja je brojala 27 varijabli isključeno je 7 stavki bez kojih je Kronbah alfa značajno veći (stavke koje su pokazale značajno višu vrednost od ukupne vrednosti Kronbah alfa u *item-total* statistici). Vrednost Kronbaha alfa za verziju skale od 27 varijabli iznosila je 0.776. U Tabeli 9. su prikazane varijable iz prvobitne verzije skale sa vrednostima Kronbah alfa ukoliko bi varijabla bila isključena iz skale, i potom vrednosti Kronbaha alfa nakon što je sedam varijabli isključeno iz konačne verzije skale. Konačna verzija skale stavova sa ukupno 20 varijabli pokazala je dobru internu pouzdanost od **0,835**.

**Tabela 9. Varijable iz prve i druge verzije skale stavova sa vrednostima Kronbaha alfa**

Stavovi	Prva verzija: Kronbah alfa ukoliko bi isključili varijablu	Druga verzija: Kronbah alfa ukoliko bi isključili varijablu
<b>S1-</b> Adolescent neće otkriti osetljive informacije iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja ako se plaši da će ih lekar preneti roditeljima..	<b>0.766</b>	<b>0.831</b>
<b>S2-</b> Kada mu je zagarantovana poverljivost, veća je šansa da će adolescent zatražiti pomoć lekara, razgovarati otvoreno o rizičnom ponašanju i nastaviti lečenje u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja.	<b>0.772</b>	<b>0.833</b>
<b>S3-</b> Poverljivost je bitna da bi se između lekara i pacijenta adolescentskog uzrasta uspostavio odnos poverenja.	<b>0.769</b>	<b>0.829</b>
<b>S4-</b> Poštovanjem poverljivosti lekar pokazuje mladom pacijentu da poštuje njegovu ličnost	<b>0.766</b>	<b>0.827</b>
<b>S5-</b> Poštovanje poverljivosti je etička dužnost lekara.	<b>0.768</b>	<b>0.829</b>
<b>S6-</b> Dete koje je navršilo 15 godina života je sposobno za rasuđivanje i može samostalno doneti adekvatnu odluku.	<b>0.759</b>	<b>0.821</b>

<b>S7-</b> Dete koje je navršilo 15 godina života može samostalno dati pristanak na predloženu medicinsku meru.	<b>0.759</b>	<b>0.823</b>
<b>S8</b> – Adolescenti su skloni rizičnom ponašanju	<b>0.786*</b>	
<b>S9-</b> Adolescenti ne mogu adekvatno da predvide dalekosežne posledice svojih odluka	<b>0.774</b>	<b>0.836</b>
<b>S10</b> -Adolescenti u Srbiji su nesamostali	<b>0.784*</b>	
<b>S11-</b> Adolescenti u Srbiji su nezreliji od svojih vršnjaka na Zapadu	<b>0.783*</b>	
<b>S12-</b> Adolescenti ne poseduju adekvatnu sposobnost rasuđivanja	<b>0.777</b>	<b>0.838</b>
<b>S13-</b> Roditelji su zakonski odgovorni za svoju decu do punoletstva, pa stoga imaju pravo da budu upoznati sa svim činjenicama u vezi sa njihovim zdravljem	<b>0.772</b>	<b>0.834</b>
<b>S14-</b> Porodica treba da bude uključena u donošenje važnih odluka u vezi sa zdravljem svih njenih članova.	<b>0.777</b>	<b>0.839</b>
<b>S15</b> – Lekar treba da zastupa interese deteta čak i kad se to kosi sa željama roditelja.	<b>0.778*</b>	
<b>S16-</b> Adolescenti se slabo poveravaju roditeljima o problemima u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem	<b>0.774</b>	<b>0.834</b>
<b>S17-</b> Roditelji teško prihvataju seksualnost svoje dece.	<b>0.775</b>	<b>0.836</b>
<b>S18</b> – Roditelji ne dozvoljavaju poverljivo savetovanje, dijagnostikovanje i lečenje svoje dece adolescentskog uzrasta.	<b>0.781*</b>	
<b>S19</b> - Roditelji očekuju od lekara da ih obavesti o svim činjenicama u vezi sa zdravljem njihovog deteta adolescentskog uzrasta.	<b>0.789*</b>	
<b>S20</b> -Roditelji ulaze u sukob sa lekarom koji ne želi da im otkrije poverljive činjenice u vezi sa zdravljem njihovog deteta adolescentskog uzrasta.	<b>0.780*</b>	
<b>S21</b> - Adolescentima treba omogućiti poverljivo savetovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju	<b>0.768</b>	<b>0.831</b>
<b>S22-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivo propisivanje kontracepcije	<b>0.755</b>	<b>0.820</b>
<b>S23-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje seksualno - prenosivih bolesti	<b>0.748</b>	<b>0.814</b>
<b>S24-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivu terapiju seksualno – prenosivih bolesti	<b>0.745</b>	<b>0.812</b>
<b>S25</b> - Adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje trudnoće i prenatalnu negu	<b>0.739</b>	<b>0.809</b>
<b>S26</b> - Adolescentima treba omogućiti poverljivost prilikom zahteva za abortusom	<b>0.744</b>	<b>0.813</b>
<b>S27-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivo lečenje ciste na jajniku	<b>0.756</b>	<b>0.825</b>

\*Varijable koje su pokazale značajno višu vrednost od ukupne vrednosti Kronbah alfa u *item-total* statistici i zbog toga su isključene iz konačne verzije skale stavova

## **b) Faktorska analiza strukture skale za procenu stavova prema poverljivosti**

Faktorska analiza strukture upitnika za procenu stavova ispitanika u vezi sa pravom na poverljivost adolescenata u zdravstvenoj zaštiti sprovedena je primenom analize principlnih komponenti (engl. *principal component analysis* - PCA). PCA je sprovedena na 20 promenljivih, sa ortogonalnom rotacijom (varimaks).

Najpre je ispitivana podobnost podataka iz uzorka za primenu PCA metode. Kaiser-Mayer-Olkin mera je potvrdila adekvatnost uzorka za analizu, KMO=0.77 što je značajno iznad prihvatljive granice od 0.5 (221). Statistički značajan Bartlett-ov test sfericiteta ( $\chi^2 = 1320.80$ ,  $p < .001$ ), pokazao je da su korelacije između ajtema dovoljno velike za adekvatno izvođenje PCA. Analizom komunaliteta, koji predstavljaju procenat

varijanse posmatrane varijable koji je objašnjen faktorima, utvrđeno je da prosečna vrednost komunaliteta za sve varijable iznosi 0.665, bez značajnih odstupanja kod pojedinih varijabli, što ukazuje da izdvojeni faktori dobro objašnjavaju sve varijable u skali. Kada je u pitanju pretpostavka o veličini uzorka neophodnog za izvođenje faktorske analize, Tabachnik i Fidel su postavili dva kriterijuma: apsolutna veličina uzorka preko 150 i najmanje 5 ispitanika po varijabli (222). S obzirom da u našem istraživanju uzorak čine 152 ispitanika, a broj ispitanika po varijabli iznosi 7.6 (152/20), kriterijum adekvatne veličine uzorka za faktorsku analizu je zadovoljen. Takođe uzorak premašuje i kriterijum po kom je neophodno obezbediti najmanje 5 ispitanika po varijabli u instrumentu (množenjem 20 sa 5 dobija se veličina uzorka od 100). Za ekstrahovanje faktora primenjivan je Kaiser-ov kriterijum po kom se kao značajni izdvajaju oni faktori kod kojih je eigen vrednost veća od jedan. Inicijalna analiza je urađena kako bi se dobile eigen-vrednosti za svaku komponentu u podacima. Eigen vrednost određenog faktora predstavlja sumu kvadrata faktorskih opterećenja po svim varijablama za taj faktor. Šest komponenti je imalo eigen-vrednosti iznad Kaiser-ovog kriterijuma od 1, i ukupno su objašnjavale 66.63% varijanse. Eigen vrednosti za prvih šest faktora su iznosile 5.187, 2.629, 1.632, 1.525, 1.276 i 1.077 (Tabela10).

**Tabela10. Eigen vrednosti svih faktora i doprinos ukupnoj varijansi dobijeni PCA analizom.**

Faktor	Inicijalne vrednosti		Ekstrahovana suma kvadrata		Rotirana suma kvadratnih opterećenja	
	Eigenvalues	KP varijanse	Eigenvalues	KP varijanse	Eigenvalues	KP Varijanse
1	5.187	25.935	5.187	25.935	3.603	18.016
2	2.629	39.079	2.629	39.079	2.874	32.386
3	1.632	47.241	1.632	47.241	2.025	42.510
4	1.525	54.868	1.525	54.868	1.877	51.896
5	1.276	61.247	1.276	61.247	1.515	59.469
6	1.077	66.629	1.077	66.629	1.432	66.629

Sa ciljem preraspodele opterećenja faktora sprovedena je ortogonalna varimax rotacija, koja je potvrdila šesto-faktorsku strukturu u kojoj sve promenljive daju značajna faktorska opterećenja raspodeljena na šest faktora. Faktorska opterećenja su faktori korelacije između varijabli i faktora, i odnose se na doprinos svake varijable pojedinačnom faktoru. Tabela 11. pokazuje opterećenje faktora nakon rotacije. Prilikom

interpretacije veličine faktorskih opterećenja, praćene su smernice Haira, Andersona i Tathama, prema kojima su značajna ona faktorska opterećenja koja su veća od 0.5 (223).

**Tabela 11. Opterećenje faktora nakon rotacije.**

Stavovi	I	II	III	IV	V	VI
<b>A1-</b> Adolescent neće otkriti osetljive informacije iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja ako se plaši da će ih lekar preneti roditeljima.				<b>0.665</b>		
<b>A2-</b> Kada mu je zagarantovana poverljivost, veća je šansa da će adolescent zatražiti pomoć lekara, razgovarati otvoreno o rizičnom ponašanju i nastaviti lečenje u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja.		<b>0.619</b>				
<b>A3-</b> Poverljivost je bitna da bi se između lekara i pacijenta adolescentskog uzrasta uspostavio odnos poverenja.		<b>0.848</b>				
<b>A4-</b> Poštovanjem poverljivosti lekar pokazuje mladom pacijentu da poštuje njegovu ličnost		<b>0.911</b>				
<b>A5-</b> Poštovanje poverljivosti je etička dužnost lekara.		<b>0.821</b>				
<b>A6-</b> Dete koje je navršilo 15 godina života je sposobno za rasuđivanje i može samostalno doneti adekvatnu odluku.			<b>0.735</b>			
<b>A7-</b> Dete koje je navršilo 15 godina života može samostalno dati pristanak na predloženu medicinsku meru.			<b>0.746</b>			
<b>A8-</b> Adolescenti ne mogu adekvatno da predvide dalekosežne posledice svojih odluka						<b>0.685</b>
<b>A9-</b> Adolescenti ne poseduju adekvatnu sposobnost rasuđivanja			<b>0.660</b>			
<b>A10-</b> Roditelji su zakonski odgovorni za svoju decu do punoletstva, pa stoga imaju pravo da budu upoznati sa svim činjenicama u vezi sa njihovim zdravljem						<b>0.505</b>
<b>A11-</b> Porodica treba da bude uključena u donošenje važnih odluka u vezi sa zdravljem svih njenih članova.						<b>0.740</b>
<b>A12-</b> Adolescenti se slabo poveravaju roditeljima o problemima u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem				<b>0.763</b>		
<b>A13-</b> Roditelji teško prihvataju seksualnost svoje dece.				<b>0.667</b>		
<b>A14-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivo savetovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju					<b>0.839</b>	
<b>A15-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivo propisivanje kontracepcije					<b>0.588</b>	
<b>A16-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje seksualno - prenosivih bolesti	<b>0.806</b>					
<b>A17-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivu terapiju seksualno – prenosivih bolesti	<b>0.844</b>					
<b>A18-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje trudnoće i prenatalnu negu	<b>0.853</b>					
<b>A19-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivost prilikom zahteva za abortusom	<b>0.775</b>					
<b>A20-</b> Adolescentima treba omogućiti poverljivo lečenje ciste na jajniku	<b>0.738</b>					

Naredni korak je bio nominovanje i tumačenje ekstrahovanih faktora. Nazivi faktora i stavke koje su pokazale značajna faktorska opterećenja prikazani su u Tabeli 12.

**Tabela 12. Ekstrahovani faktori i pripadajuće varijable iz skale stavova.**

<b>Faktori</b>	<b>Stavovi</b>
F1- Poverljivost u dijagnostici i lečenju	<p><b>S16-</b> <i>Adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje seksualno - prenosivih bolesti</i></p> <p><b>S17-</b> <i>Adolescentima treba omogućiti poverljivu terapiju seksualno – prenosivih bolesti</i></p> <p><b>S18-</b> <i>Adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje trudnoće i prenatalnu negu</i></p> <p><b>S19-</b> <i>Adolescentima treba omogućiti poverljivost prilikom zahteva za abortusom</i></p> <p><b>S20-</b> <i>Adolescentima treba omogućiti poverljivo lečenje ciste na jajniku</i></p>
F2-Značaj poverljivosti u radu sa adolescentima	<p><b>S2-</b> <i>Kada mu je zagantovana poverljivost, veća je šansa da će adolescent zatražiti pomoć lekara, razgovarati otvoreno o rizičnom ponašanju i nastaviti lečenje u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja.</i></p> <p><b>S3-</b> <i>Poverljivost je bitna da bi se između lekara i pacijenta adolescentskog uzrasta uspostavio odnos poverenja.</i></p> <p><b>S4-</b> <i>Poštovanjem poverljivosti lekar pokazuje mladom pacijentu da poštuje njegovu ličnost</i></p> <p><b>S5-</b> <i>Poštovanje poverljivosti je etička dužnost lekara.</i></p>
F3-Sposobnost rasuđivanja adolescenata	<p><b>S6-</b> <i>Dete koje je navršilo 15 godina života je sposobno za rasuđivanje i može samostalno doneti adekvatnu odluku.</i></p> <p><b>S7-</b> <i>Dete koje je navršilo 15 godina života može samostalno dati pristanak na predloženu medicinsku meru.</i></p> <p><b>S9-</b> <i>Adolescenti ne poseduju adekvatnu sposobnost rasuđivanja</i></p>
F4-Pitanje seksualnosti u komunikaciji između roditelja i dece	<p><b>S1-</b> <i>Adolescent neće otkriti osetljive informacije iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja ako se plaši da će ih lekar preneti roditeljima.</i></p> <p><b>S12-</b> <i>Adolescenti se slabo poveravaju roditeljima o problemima u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem.</i></p> <p><b>S13-</b> <i>Roditelji teško prihvataju seksualnost svoje dece</i></p>
F5- Poverljivost u preventivnim medicinskim situacijama	<p><b>S14-</b> <i>Adolescentima treba omogućiti poverljivo savetovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju</i></p> <p><b>S15-</b> <i>Adolescentima treba omogućiti poverljivo propisivanje kontracepcije</i></p>
F6-Razlozi za uključenost roditelja	<p><b>S8-</b> <i>Adolescenti ne mogu adekvatno da predvide dalekosežne posledice svojih odluka</i></p> <p><b>S10-</b> <i>Roditelji su zakonski odgovorni za svoju decu do punoletstva, pa stoga imaju pravo da budu upoznati sa svim činjenicama u vezi sa njihovim zdravljem</i></p> <p><b>S11-</b> <i>Porodica treba da bude uključena u donošenje važnih odluka u vezi sa zdravljem svih njenih članova</i></p>

#### **4.2.4. Znanje ispitanika o pravu adolescenata na poverljivost**

Prilikom ispitivanja znanja o pravu na poverljivost adolescenata u zdravstvenoj zaštiti, ispitivani su udeo tačnih odgovora na pojedina pitanja, kao i ukupan skor na testu znanja.

##### **4.2.4.1. Udeo tačnih odgovora ispitanika na pojedinačna pitanja iz testa znanja**

Udeo tačnih odgovora na pojedinačna pitanja iz testa znanja u ukupnom uzorku, kao i u grupama prikazan je u Tabeli 13. U ukupnom uzorku većina (71.7%) ispitanika je identifikovala odredbu Zakona o pravima pacijenata kojom se adolescentima sa navršениh 15 godina života daje pravo na samostalan pristanak na medicinsku meru kao tačnu. Statistički značajno veći broj ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece je dala tačan odgovor na ovo pitanje (80.8%) u odnosu na ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu žena (64.2%) ( $p < 0.05$ ). Takođe, većina ispitanika u ukupnom uzorku (78.9%) je identifikovala kao tačnu odredbu Zakona o pravima pacijenata kojom se adolescentima sa navršениh 15 godina života daje pravo na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti. Statistički značajno veći broj ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece je dao tačan odgovor na ovo pitanje (85.9%) u odnosu na ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu žena (71.6%) ( $p < 0.05$ ). Manji broj ispitanika iz ukupnog uzorka (35.5%) je dalo tačan odgovor na treće pitanje, koje predstavlja netačnu konstataciju da roditelji imaju pravo uvida u zdravstveni karton svog deteta koje je navršilo 16 godina, bez statistički značajne razlike između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece (33.3%) i ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena (37.8%). Četvrtu konstataciju iz testa znanja da je lekar u obavezi da obavesti zakonske zastupnike deteta u situacijama kada su ozbiljno ugroženi zdravlje i život deteta ubedljivo najveći broj ispitanika je korektno prepoznao kao tačnu (92.1%), a nije bilo statistički značajne razlike između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece (93.6%) i ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena (90.5%). Većina ispitanika je korektno prepoznala kao tačnu konstataciju da lekar može bez znanja roditelja prepisati kontraceptivne pilule pacijentkinji koja je navršila 16 godina života (62.8%), bez statistički značajne razlike između ispitanika

iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece (62.8%) i ispitanika iz iz službe za zdravstvenu zaštitu žena (67.6%). Na šesto pitanje je manji broj ispitanikakao tačnu identifikovao konstataciju da pacijentkinji koja je navršila 16 godina može biti izvršen abortus u zdravstvenoj ustanovi bez znanja roditelja (35.5%), bez statistički značajne razlike između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece (34.6%) i ispitanika iz iz službe za zdravstvenu zaštitu žena (36.5%). Na poslednje pitanje je najmanji broj ispitanika dao tačan odgovor, tj.kao netačnu identifikovao konstataciju da je lekar obavezan da da obavesti roditelje 15-godišnje pacijentkinje kod koje postoji sumnja na gonoreju i neophodno je uraditi testiranje i lečenje (25.7%), bez statistički značajne razlike između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece (21.8%) i ispitanika iz iz službe za zdravstvenu zaštitu žena (29.7%).

**Tabela 13. Udeo tačnih odgovora na pojedinačna pitanja iz testa znanja**

Skala znanja	Služba za Zz školske dece N (%)tačnih odg.	Služba za Zz žena N (%)tačnih odg.	Ukupno N (%)tačnih odg.	p
1. Sa navršenih 15 godina života adolescenti stiču pravo na samostalno odlučivanje u zdravstvenoj zaštiti (Tačno)	63 (80.8)	46 (62.2)	109 (71.7)	0.011*
2. Sa navršenih 15 godina života adolescenti stiču pravo na poverljivost zdravstvene dokumentacije (Tačno)	67 (85.9)	53 (71.6)	120(78.9)	0.031*
3. Roditelji imaju pravo na uvid u zdravstveni karton svog deteta uzrasta 16 godina (Netačno)	26 (33.3)	28 (37.8)	54(35.5)	0.562
4. Lekar je obavezan da informacije o zdravstvenom stanju maloletnog pacijenta saopšti njegovom zakonskom zastupniku u situacijama kada su ozbiljno ugroženi zdravlje i život pacijenta (Tačno)	73 (93.6)	67 (90.5)	140(92.1)	0.486
5. Lekar može da prepíše kontraceptivne pilule bez znanja roditelja pacijentkinji uzrasta 16 godina (Tačno)	49 (62.8)	50 (67.6)	99(65.1)	0.539
6. Pacijentkinji uzrasta 16 godina može biti izvršen abortus u medicinskoj ustanovi bez znanja roditelja (Tačno)	27 (34.6)	27 (36.5)	54(35.5)	0.810
7. Lekar je obavezan da obavesti roditelje 15-godišnje pacijentkinje kod koje postoji sumnja na gonoreju i neophodno je uraditi testiranje i lečenje (Netačno)	17 (21.8)	22 (29.7)	39(25.7)	0.263

\*p<0.05



#### 4.2.4.2. Skor na testu znanja

Prosečan skor na testu znanja u ukupnom uzorku iznosio je  $4.05 \pm 1.754$ , sa opsegom od 1 do 7 poena. Ukoliko bi skor znanja podelili na tercile ( $\leq 2$  nizak nivo, 2-5 srednji nivo,  $> 5$  visok nivo), prosečan skor u našem uzorku spada u srednji tercil, što označava srednji nivo znanja. Međutim, analiza normalnosti raspodele je pokazala da se skor znanja ne raspodeljuje normalno, a Kolmogorov-Smirnov-ov test je pokazao visoku statističku značajnost ( $p < 0.001$ ). Iz tog razloga je kao mera centralne tendencije uzeta medijana (Mdn) kao prikladnija, i koja u ukupnom uzorku iznosi 4 poena.

Razlika u skorovima znanja u odnosu na sociodemografske karakteristike prikazana je u Tabeli 14. S obzirom da nije zadovoljen kriterijum normalnosti raspodele za varijablu skor znanja, za procenu značajnosti razlike u skorovima znanja u odnosu na socio-demografske karakteristike primenjeni su Man-Whitney test i Kruskal-Wallis test. Ispitanici nisu pokazali značajnu razliku u skoru znanja u odnosu na sve socio-demografske karakteristike. Medijana skora je i kod muškog i kod ženskog pola iznosila 4 poena, kao i kod ispitanika iz prigradskih i širih gradskih opština, kod ispitanika koji su imali sve tri gradacije broja pacijenata u smeni, kod ispitanika koji su imali do 5 mesečno, između 1 i 5 nedeljno i između 1 i 5 dnevno pacijenata adolescentskog uzrasta, kod ispitanika koji jesu i nisu imali sopstveno dete adolescentskog uzrasta, kod ispitanika iz obe službe. Kod ispitanika iz centralnih gradskih opština, i kod ispitanika koji su naveli da su im skoro svi pacijenti adolescentskog uzrasta medijana je bila nešto viša i iznosila je 5 poena.

**Tabela 14. Skor znanja u odnosu na sociodemografske karakteristike**

Socio-demografske karakteristike	Skor znanja: Mdn
<b>Pol</b>	
Muški	4.0
Ženski	4.0
	U=1511500, p=0.702
<b>Opština rada</b>	
Prigradska	4.0
Šira gradska	4.0
Centralna gradska	5.0
	H(2)=2.23, p=0.33

---

<b>Broj pacijenata u smeni</b>	
Do 30	4.0
30-40	4.0
Preko 40	4.0
	H(2)=0.25, p=0.88
<b>Broj pacijenata adolescentskog uzrasta</b>	
0-5 mesečno	4.0
1-5 nedeljno	4.0
1-5 dnevno	4.0
Skoro svi	5.0
	H(3)=4.07, p=0.25
<b>Dete adolescentskog uzrasta</b>	
Da	4.0
Ne	4.0
	U=1920000, p=0.460
<b>Služba</b>	
Zz školske dece	4.0
Zz žena	4.0
	U=2736000, p=0.575

---

#### 4.2.5. Stavovi ispitanika prema pravu adolescenata na poverljivost

Prilikom ispitivanja stavova ispitivanih lekara prema pravu na poverljivost adolescenata u zdravstvenoj zaštiti, ispitivani su distribucija ispitanika prema stepenu slaganja sa stavkama u skali stavova, kao i ukupan skor na skali stavova.

##### 4.2.5.1. Distribucija ispitanika prema stepenu slaganja sa stavkama u skali stavova

Ispitanici iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece i službe za zdravstvenu zaštitu žena pokazali su sličan nivo slaganja sa svim ponuđenim izjavama (nije bilo statistički značajne razlike po svim stavkama). Distribucija ispitanika u obe grupe prema slaganju sa ponuđenim izjavama prikazana je u Tabeli 15. Iako je skala stavova u distribuiranim upitnicima bila petostepena (potpuno se ne slažem, ne slažem se, i slažem

se i ne slažem se, slažem se, potpuno se slažem), zbog malog broja odgovora u pojedinim nivoima skale (<5) izvršeno je sažimanje nivoa “potpuno se ne slažem” sa nivoom “ne slažem se”, kao i nivoa “postpuno se slažem” sa nivoom “slažem se” kako bi se stekli uslovi za primenu Hi-kvadrat testa.

Većina ispitanika (61.2%) smatra da strah da će lekari preneti osetljive informacije iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja roditeljima sprečava adolescente da otvoreno razgovaraju sa lekarima. Takođe, većina ispitanika se slaže da garancija poverljivosti povećava šansu da se adolescenti jave lekaru (85.5%), kao i da je poverljivost bitna da bi se uspostavio odnos poverenja između lekara i pacijenta (94.1%). Većina ispitanika takođe smatra da se omogućavanjem poverljivosti iskazuje poštovanje ličnosti mladog pacijenta (94.7%), i da je zaštita poverljivosti etička dužnost lekara (94.7%). Međutim, kada je u pitanju rasuđivanje i donošenje odluka adolescenata u pitanju, gotovo polovina ispitanika ne smatra da je dete koje je navršilo 15 godina života sposobno za rasuđivanje i da može samostalno doneti adekvatnu odluku (48.7%), dok je čak 40.1% ispitanika istaklo da se i slaže i ne slaže sa ovom stavkom. Većina ispitanika smatra da dete koje je navršilo 15 godina života može samostalno dati pristanak na predloženu medicinsku meru (57.9%), ali se i sa ovom stavkom gotovo trećina ispitanika i slaže i ne slaže (29.6%). Većina ispitanika smatra da adolescenti ne mogu adekvatno predvideti dalekosežne posledice svojih odluka (79.6%). Gotovo polovina ispitanika je neodlučna kada je procena sposobnosti rasuđivanja adolescenata u pitanju (49.3% ispitanika se i slaže i ne slaže sa konstatacijom da adolescenti ne poseduju adekvatnu sposobnost rasuđivanja). U vezi sa ulogom roditelja u odlučivanju o zdravlju, većina (73%) ispitanika smatra da roditelji imaju pravo da budu upoznati sa svim činjenicama u vezi sa zdravljem svoje maloletne dece, kao i da porodica treba da bude uključena u donošenje svih važnih odluka u vezi sa zdravljem svojih članova (81.6%). Kada je komunikacija o seksualnosti i reproduktivnom zdravlju između roditelja i dece u pitanju, većina ispitanika smatra da se adolescenti slabo poveravaju roditeljima o osetljivim problemima iz ove oblasti (60.5%), i da roditelji teško prihvataju seksualnost svoje dece (50.7%). Međutim, više od trećine ispitanika se i slaže i ne slaže sa konstatacijama da se adolescenti slabo poveravaju roditeljima o temama iz oblasti seksualnosti (32.2%) i da roditelji teško prihvataju seksualnost svoje dece (36.8%). U delu skale koji ispituje stavove ispitanika prema poverljivosti u konkretnim

preventivnim, dijagnostičkim i terapijskim medicinskim situacijama u oblasti reproduktivnog zdravlja, ispitanici su pokazali različit stepen slaganja u zavisnosti od medicinske situacije. Kada su u pitanju preventivne medicinske mere, većina ispitanika se slaže da adolescentima treba omogućiti poverljivo savetovanje o reproduktivnom zdravlju (90.1%), a nešto manje ispitanika smatra da adolescentima treba omogućiti poverljivo propisivanje kontracepcije (66.4%). Sličan udeo ispitanika se složio i da adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje seksualno-prenosivih bolesti (65.8%), kao i poverljivo lečenje seksualno-prenosivih bolesti (61.2%). Međutim, značajno manji broj ispitanika smatra da dijagnostikovanje trudnoće i prenatalna nega treba da bude poverljivo kod adolescenata (31.6%). Takođe, značajno manji broj ispitanika se slaže da adolescentima treba omogućiti poverljivost prilikom zahteva za abortusom (19.7%) i prilikom lečenja ciste na jajniku (32.9%).

**Tabela 15. Distribucija ispitanika prema slaganju sa ponuđenim izjavama u skali stavova**

Skala stavova	Stepen slaganja	Zz školske dece N(%)	Zz žena N(%)	Ukupno N(%)	p
<i>S1- Adolescent neće otkriti osetljive informacije iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja ako se plaši da će ih lekar preneti roditeljima..</i>	Neslaganje	10 (12.8)	13(17.6)	23(15.1)	p=0.717
	Neutralan stav	19 (24.4)	17(23.0)	36 (23.7)	
	Slaganje	49 (62.8)	44 (59.5)	93 (61.2)	
<i>S2- Kada mu je zagarantovana poverljivost, veća je šansa da će adolescent zatražiti pomoć lekara, razgovarati otvoreno o rizičnom ponašanju i nastaviti lečenje u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja.</i>	Neslaganje	3 (3.8)	6 (8.1)	9(5.9)	p=0.308
	Neutralan stav	5 (6.4)	8(10.8)	13(8.6)	
	Slaganje	70 (89.7)	60 (81.1)	130(85.5)	
<i>S3- Poverljivost je bitna da bi se između lekara i pacijenta adolescentskog uzrasta uspostavio odnos poverenja.</i>	Neslaganje	3(3.8)	1(1.4)	4(2.6)	p=0.576
	Neutralan stav	3(3.8)	2(2.7)	5(3.3)	
	Slaganje	72(92.3)	71(95.9)	143(94.1)	
<i>S4- Poštovanjem poverljivosti lekar pokazuje mladom pacijentu da poštuje njegovu ličnost</i>	Neslaganje	2(2.6)	3 (4.1)	5(3.3)	p=0.764
	Neutralan stav	2(2.6)	1(1.4)	3(2.0)	
	Slaganje	74(94.9)	70(94.6)	144(94.7)	
<i>S5- Poštovanje poverljivosti je etička dužnost lekara.</i>	Neslaganje	2(2.6)	2(2.7)	4(2.6)	p=0.564
	Neutralan stav	1(1.3)	3(4.1)	4(2.6)	
	Slaganje	75(96.2)	69(93.2)	144(94.7)	
<i>S6- Dete koje je navršilo 15 godina života je sposobno za rasuđivanje i može samostalno doneti adekvatnu odluku.</i>	Neslaganje	39(50.0)	35(47.3)	74(48.7)	p=0.674
	Neutralan stav	29(37.2)	32(43.2)	61(40.1)	
	Slaganje	10(12.8)	7(9.5)	17(11.2)	
<i>S7- Dete koje je navršilo 15 godina života može samostalno dati pristanak na predloženu medicinsku meru.</i>	Neslaganje	39(50.0)	49(66.2)	88(57.9)	p=0.095
	Neutralan stav	26(33.3)	19(25.7)	45(29.6)	
	Slaganje	13(16.7)	6(8.1)	19(12.5)	
<i>S8- Adolescenti ne mogu adekvatno da predvide dalekosežne posledice svojih odluka.</i>	Neslaganje	5(6.4)	1(1.4)	6(3.9)	p=0.152
	Neutralan stav	15(19.2)	10(3.5)	25(16.4)	
	Slaganje	58(74.4)	63(85.1)	121(79.6)	
<i>S9- Adolescenti ne poseduju adekvatnu sposobnost rasuđivanja</i>	Neslaganje	20(25.6)	21(18.4)	41(27.9)	p=0.139
	Neutralan stav	44(56.4)	31(41.9)	75(49.3)	
	Slaganje	14(17.9)	22(29.7)	36(23.7)	

<i>S10- Roditelji su zakonski odgovorni za svoju decu do punoletstva, pa stoga imaju pravo da budu upoznati sa svim činjenicama u vezi sa njihovim zdravljem.</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	4(5.1) 16(20.5) 58(74.4)	3(4.1) 18(24.3) 53(71.6)	7(4.6) 34(22.4) 111(73.0)	p=0.827
<i>S11- Porodica treba da bude uključena u donošenje važnih odluka u vezi sa zdravljem svih njenih članova.</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	2(2.6) 10(12.8) 66(84.6)	5(6.8) 11(14.9) 58(78.4)	7(4.6) 21(13.8) 124(81.6)	p=0.418
<i>S12- Adolescenti se slabo poveravaju roditeljima o problemima u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem.</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	8(10.3) 24(30.8) 46(59.0)	3(4.1) 25(33.8) 46(62.2)	11(7.2) 49(32.2) 92(60.5)	p=0.335
<i>S13- Roditelji teško prihvataju seksualnost svoje dece.</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	13(16.7) 28(35.9) 37(47.4)	6(8.1) 28(37.8) 40(54.1)	19(12.5) 56(36.8) 77(50.7)	p=0.274
<i>S14- Adolescentima treba omogućiti poverljivo savetovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	3(3.8) 9(11.5) 66(84.6)	1(1.4) 2(2.7) 71(95.9)	4(2.6) 11(7.2) 137(90.1)	p=0.063
<i>S15- Adolescentima treba omogućiti poverljivo propisivanje kontracepcije</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	15(19.2) 15(19.2) 48(61.5)	11(14.9) 10(13.5) 53(71.6)	26(17.1) 25(16.4) 101(66.4)	p=0.415
<i>S16- Adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje seksualno - prenosivih bolesti</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	22(28.2) 10(12.8) 46(59.0)	14(18.9) 6(8.1) 54(73.0)	36(23.7) 16(10.5) 100(65.8)	p=0.191
<i>S17- Adolescentima treba omogućiti poverljivu terapiju seksualno – prenosivih bolesti</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	24(30.8) 10(12.8) 44(56.4)	16(21.6) 9(12.2) 49(66.2)	40(26.3) 19(12.5) 93(61.2)	p=0.403
<i>S18- Adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje trudnoće i prenatalna nega</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	36(46.2) 18(23.1) 24(30.8)	34(45.9) 16(21.6) 24(32.4)	70(46.1) 34(22.4) 48(31.6)	p=0.966
<i>S19- Adolescentima treba omogućiti poverljivost prilikom zahteva za abortusom</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	48(61.5) 16(20.5) 14(17.9)	42(56.8) 16(21.6) 16(21.6)	90(59.2) 32(21.1) 30(19.7)	p=0.807
<i>S20- Adolescentima treba omogućiti poverljivo lečenje ciste na jajniku</i>	Neslaganje Neutralan stav Slaganje	37(47.4) 17(21.8) 24(30.8)	35(47.3) 13(17.6) 26(35.1)	72(47.4) 30(19.7) 50(32.9)	p=0.754

#### 4.2.5.2. Skor na skali stavova

Prosečan skor u ukupnom uzorku ispitanika na skali stavova iznosio je  $65.91 \pm 10.33$  poena, u rasponu od 37 do 88 poena (raspon poena na skali stavova iznosi 20-100). Ukoliko raspon poena podelimo na tercile, prvi tercil bi obuhvatao raspon od 20 do 46, 66 poena, drugi tercil bi bio u rasponu od 46.67 poena do 73.33 poena, a treći tercil u rasponu od 73.34 do 100 poena. Prosečan skor u našem uzorku nalazi se u drugom tercilu raspona poena, što se može smatrati srednje dobrim rezultatom, tj. umerenimstavom prema poverljivosti. Distribucija skorova na skali stavova u uzorku pokazuje karakteristike normalne raspodele, na šta ukazuje rezultat Kolmogorov-Smirnov-ovog testa koji nije pokazao statističku značajnost razlike između distribucije u uzorku i teorijske normalne distribucije ( $p=0.519$ ).

Razlika u skorovima stavova u odnosu na sociodemografske karakteristike prikazana je u Tabeli 16. Kod ispitanika muškog pola srednja vrednost skora je bila značajno veća nego kod ispitanika ženskog pola ( $71 \pm 9.69$  vs.  $64.91 \pm 10.19$ ,  $p < 0.05$ ). Nije bilo statistički značajne razlike u skorovima u odnosu na opštinu rada ( $p = 0.08$ ), ispitanici zaposleni u domovima zdravlja u prigradskim opštinama imali su srednju vrednost skora stavova  $68.81 \pm 9.17$ , zaposleni u domovima zdravlja u širim gradskim opštinama  $64.70 \pm 10.44$ , a zaposleni u domovima zdravlja u centralnim gradskim opštinama  $68.91 \pm 10.07$ . Takođe, ispitanici sa različitim brojem pacijenata u smeni nisu se značajno razlikovali u skorovima stavova ( $p = 0.12$ ), kao ni ispitanici sa različitim udelom pacijenata adolescentskog uzrasta ( $p = 0.87$ ). Ispitanici koji su imali dete adolescentskog uzrasta nisu imali statistički značajno različit skor stavova od ispitanika koji nisu imali dete adolescentskog uzrasta ( $65.5 \pm 10.70$  vs.  $66.0 \pm 10.26$ ,  $p = 0.79$ ). Takođe, ispitanici zaposleni u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece nisu imali statistički značajno različit skor stavova od ispitanika zaposlenih u službi za zdravstvenu zaštitu žena ( $65.46 \pm 9.75$  vs.  $66.38 \pm 10.95$ ,  $p = 0.59$ ).

**Tabela 16. Skor stavova u odnosu na sociodemografske karakteristike**

Socio-demografske karakteristike	Skor stavova: Mean (SD)
<b>Pol</b>	
Muški	71.00 (9.69)
Ženski	64.91 (10.19)
	$t = 2.75$ , $p < 0.05^*$
<b>Opština rada</b>	
Prigradska	68.81 (9.17)
Šira gradska	64.70 (10.44)
Centralna gradska	68.91 (10.07)
	$F = 2.59$ , $p = 0.08$
<b>Broj pacijenata u smeni</b>	
Do 30	70.39 (8.88)
30-40	65.76 (10.70)
Preko 40	64.65 (9.99)
	$F = 2.14$ , $p = 0.12$
<b>Broj pacijenata adolescentskog uzrasta</b>	
0-5 mesečno	64.92 (11.71)
1-5 nedeljno	65.33 (11.84)

1-5 dnevno	65.63(7.98)
Skoro svi	66.90(10.97)
	F=0.24, p=0.87
<b>Dete adolescentskog uzrasta</b>	
Da	65.5(10.70)
Ne	66.0(10.26)
	t=-0.27, p=0.79
<b>Služba</b>	
Zz školske dece	65.46(9.75)
Zz žena	66.38(10.95)
	t=-0.55, p=0.59

#### 4.2.6. Ponašanje ispitanika u vezi sa poštovanjem prava adolescenata na poverljivost

Prilikom ispitivanja ponašanja lekara u vezi sa poštovanjem prava na poverljivost adolescenata u zdravstvenoj zaštiti, ispitivani su distribucija ispitanika prema stepenu slaganja sa stavkama u skali ponašanja, kao i ukupan skor na skali ponašanja.

##### 4.2.6.1. Distribucija ispitanika prema stepenu slaganja sa pojedinačnim stavkama iz skale ponašanja

Skala ponašanja obuhvatila je šest različitih izjava koje opisuju ponašanje lekara u vezi sa očuvanjem poverljivosti u odnosu sa adolescentom. Distribucija ispitanika u obe grupe prema slaganju sa ponuđenim izjavama prikazana je u Tabeli 17. Većina ispitanika u ukupnom uzorku (67.8%) pre uzimanja anamneze *uveki često* adolescenta obavesti da će sve o čemu budu razgovarali biti poverljivo. Međutim, kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena je statistički značajnoveći broj izjavio da *uvek i često* upražnjava ovu praksu u odnosu na ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece (83,8% vs. 52,6%, p=0.001). Pasivni oblik ponašanja (*Ne obaveštavam adolescente o pravu na poverljivost osim ukoliko me sami ne pitaju*) *uvek i često* upražnjava 23,1% ispitanika u ukupnom uzorku, bez značajne razlike između grupa ispitanika (20% kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 26.9% kod ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece, p=0.17). Dalje, većina ispitanika u ukupnom uzorku *uvek i često* obaveštava i roditelje o pravu na poverljivost njihove dece (68.3%), uz postojanje visoko statistički značajne razlike između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske

dece (85.2% vs. 52.6%,  $p < 0.001$ ). Pre početka pregleda, 56.6% ispitanika *uvek* i *često* zamoli roditelje da napuste ordinaciju kako bi omogućili poverljivost. Visoko statistički značajno veći broj ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena ispitanika *uvek* i *često* zamoli roditelje da napuste ordinaciju u odnosu na ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece (73% vs. 41%,  $p < 0.001$ ). Na pitanje da li roditelje obaveštava o sadržaju razgovora sa adolescentom, dijagnozi i predloženim merama lečenja, najveći broj ispitanika ispitanika je odgovorio “*ponekad*” (43.4%), bez značajne razlike u grupama (45.9% ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 41% ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece *ponekad* obaveštava roditelje,  $p = 0.39$ ). Većina ispitanika u ukupnom uzorku (58.5%) *retko* i *nikada* traži od adolescenata koji su došli bez pratnje roditelja da dovedu roditelje kao bi tek u njihovom prisustvu započeli pregled, bez statistički značajne razlike između grupa (50% ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 66.7% ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece *retko* i *nikada* ne zove roditelje,  $p = 0.07$ ).

**Tabela 17. Distribucija ispitanika prema slaganju sa pojedinačnim stavkama iz skale ponašanja**

Skala ponašanja	Stepen slaganja	Zz školske dece N (%)	Zz žena N (%)	Ukupno N (%)	P
<i>Adolescenta pre uzimanja anamneze obaveštavam da će sve o čemu budemo razgovarali biti poverljivo, sa izuzetkom kada je adolescentu ugrožen život.</i>	Uvek	25 (32.1)	44(59.5)	69(45.4)	P=0.001*
	Često	16(20.5)	18(24.3)	34(22.4)	
	Ponekad	24(30.8)	10(13.5)	34(22.4)	
	Retko	10 (12.8)	1 (1.4)	11(7.2)	
	Nikada	3(3.8)	1(1.4)	4(2.6)	
<i>Ne obaveštavam adolescente o pravu na poverljivost osim ukoliko me sami ne pitaju.</i>	Uvek	5 (6.4)	3(4.1)	8(5.3)	P=0.17
	Često	16(20.5)	11(14.9)	27(17.8)	
	Ponekad	24(30.8)	18(24.3)	42(27.6)	
	Retko	21(26.9)	18(24.3)	39(25.7)	
	Nikada	12(5.4)	24(32.4)	36(23.7)	
<i>Roditelje/staratelje adolescenta obaveštavam da će sve o čemu budemo razgovarali biti poverljivo, sa izuzetkom kada je adolescent ugrožen život.</i>	Uvek	19(24.4)	46(62.2)	65(42.8)	p<0.001*
	Često	22(28.2)	17(23.0)	39(25.7)	
	Ponekad	17(21.8)	8(10.8)	25(16.4)	
	Retko	17(21.8)	2(2.7)	19(12.5)	
	Nikada	3(3.8)	1(1.4)	4(2.6)	
<i>Adolescentu omogućavam da se u ordinaciji susretnemo bez prisustva roditelja (pre početka pregleda zamolim roditelja da napusti ordinaciju).</i>	Uvek	9(11.5)	29(39.2)	38(25)	p<0.001*
	Često	23(29.5)	25(33.8)	48(31.6)	
	Ponekad	28(35.9)	13(17.6)	41(27)	
	Retko	14(17.9)	2(2.7)	16(10.5)	
	Nikada	4(5.1)	5(6.8)	9(5.9)	
<i>Roditelje/staratelje obaveštavam o sadržaju razgovora sa adolescentom, dijagnozi i predloženim medicinskim merama.</i>	Uvek	9(11.5)	11(14.9)	20(13.2)	0.39
	Često	17(21.8)	16(21.6)	33(21.7)	
	Ponekad	32(41)	34(45.9)	66(43.4)	
	Retko	16(20.5)	7(9.5)	23(15.1)	
	Nikada	4(5.1)	6(8.1)	10(6.6)	



<i>Kada mi u ordinaciju dođe adolescent bez pratnje roditelja, tražim da dovede roditelje i tek sa njihovim odobrenjem obavim pregled.</i>	Uvek	2(2.6)	10(13.5)	12(7.9)	0.07
	Često	5(6.4)	8(10.8)	13(8.6)	
	Ponekad	19(24.4)	19(25.7)	38(25)	
	Retko	24(30.8)	18(24.3)	42(27.6)	
	Nikada	28(35.9)	19(25.7)	47(30.9)	

#### **4.2.6.2. Skor na skali ponašanja u odnosu na sociodemografske karakteristike**

Prosečan skor na skali ponašanja u ukupnom uzorku iznosio je  $21.43 \pm 4.03$  poena, u rasponu od 7 do 30 poena. Raspon poena na skali ponašanja iznosi 6-30 poena. Ukoliko raspon poena na skali ponašanja podelimo na tercile, prvi tercil bi bio u rasponu od 8 do 16 poena, drugi tercil u rasponu od 16 do 24 poena, i treći tercil u rasponu od 24 do 30 poena. Prosečan skor u našem uzorku spada u drugi tercil, i odražava srednje dobar skor. Iako je Kolmogorov-Smirnovov test pokazao statističku značajnost razlike raspodele skora ponašanja u odnosu na normalno raspodelu ( $p=0.013$ ), uzeta je vrednost Shapiro-Wilk-ovog testa ( $p=0.071$ ), koji je pokazao odsustvo značajne razlike.

Razlika u skorovima ponašanja prikazan je u Tabeli 18. Nije bilo statistički značajne razlike u skorovima na skali ponašanja između ispitanika muškog i ženskog pola ( $21.64 \pm 3.85$  vs.  $21.39 \pm 4.08$ ,  $p=0.78$ ). Takođe, nije bilo značajne razlike u skorovima u odnosu na opštinu rada ( $20.81 \pm 2.93$  u prigradskim,  $21.24 \pm 4.17$  u širim gradskim i  $22.91 \pm 4.04$  u centralnim gradskim opštinama,  $p=0.15$ ). Ni broj pacijenata u smeni nije uticao na skor na skali ponašanja ( $p=0.32$ ), kao ni udeo pacijenata adolescentskog uzrasta ( $p=0.41$ ). Nije bilo značajne razlike u skorovima ponašanja između ispitanika koji su imali decu adolescentskog uzrasta i ispitanika koji nisu imali decu adolescentskog uzrasta ( $21.50 \pm 3.26$  vs.  $21.41 \pm 4.25$ ,  $p=0.91$ ). Međutim, zabeležena je statistička značajnost razlike u skorovima ponašanja između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece ( $22.55 \pm 4.16$  vs.  $20.37 \pm 3.62$ ,  $p=0.001$ ).

**Tabela 18. Skor ponašanja u odnosu na sociodemografske karakteristike**

<b>Socio-demografske karakteristike</b>	<b>Skor ponašanja: Mean (SD)</b>
<b>Pol</b>	
Muški	21.64(3.85)
Ženski	21.39(4.08)
	T=0.28, p=0.78
<b>Opština rada</b>	
Prigradska	20.81(2.93)
Šira gradska	21.24(4.17)
Centralna gradska	22.91(4.04)
	F=1.95, p=0.15
<b>Broj pacijenata u smeni</b>	
Do 30	22.00(4.51)
30-40	21.76(4.10)
Preko 40	20.78(3.74)
	F=1.16, p=0.32
<b>Broj pacijenata adolescentskog uzrasta</b>	
0-5 mesečno	22.29(5.05)
1-5 nedeljno	21.42(3.87)
1-5 dnevno	21.59(3.74)
Skoro svi	20.60(3.85)
	F=0.96, p=0.41
<b>Dete adolescentskog uzrasta</b>	
Da	21.50(3.26)
Ne	21.41(4.25)
	T=0.11, p=0.91
<b>Služba</b>	
Zz školske dece	20.37(3.62)
Zz žena	22.55(4.16)
	T=-3.45, p=0.001*

#### **4.2.7. Faktori koji ugrožavaju obezbeđivanje poverljivosti u radu sa adolescentima**

Raspodela ispitanika prema stepenu slaganja sa stavkama koje opisuju potencijalne faktore koji ugrožavaju poverljivost u radu sa adolescentima prikazana je u Tabeli 19. Iako je skala slaganja sa ugrožavajućim faktorima u distribuiranim upitnicima bila petostepena (u potpunosti ne ugrožava, ne ugrožava, neodlučan/na sam, ugrožava, u potpunosti ugrožava), zbog malog broja odgovora u pojedinim nivoima skale (<5)

izvršeno je sažimanje nivoa “u potpunosti ne ugrožava” sa nivoom “ne ugrožava”, kao i nivoa “u potpunosti ugrožava” sa nivoom “ugrožava”.

Nešto više od polovine ispitanika iz ukupnog uzorka (51.3%) istaklo je da je nedovoljan broj lekara značajan faktor koji ugrožava poverljivost u radu sa adolescentima, bez značajne razlike između grupa ispitanika (47.3% kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 55.1% kod ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece,  $p=0.62$ ). Većina ispitanika (67.1%) se slaže da nedovoljno vremena po pacijentu ugrožava poverljivost, bez značajne razlike između grupa ispitanika (63.5% kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 70.5% kod ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece,  $p=0.54$ ). Dalje, nešto manje od polovine ispitanika (45.4%) smatra da je način čuvanja poverljivih podataka u kartonu neadekvatan, bez značajne razlike između grupa ispitanika (39.2% kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 51.3% kod ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece,  $p=0.29$ ). Takođe, nešto manje od polovine ispitanika (44.7%) smatra da nedovoljna informisanost zdravstvenih radnika o pravima pacijenata i značaju poverljivosti ugrožava poverljivost u radu sa adolescentima, bez značajne razlike između grupa ispitanika (44.6% kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 44.9% kod ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece,  $p=0.38$ ). Sličan procenat ispitanika (40.8%) se složio da insistiranje roditelja da budu obavješteni ugrožava poverljivost, bez značajne razlike između grupa ispitanika (40.5% kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 41.0% kod ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece,  $p=0.30$ ). Gotovo polovina ispitanika (47.4%) je smatralo da nedovoljna informisanost lekara iz oblasti adolescentne medicine ugrožava poverljivost, bez značajne razlike između grupa ispitanika (45.9% kod ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i 48.7% kod ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece,  $p=0.75$ ). Nedostupnost juvenilnog ginekologa kao značajan faktor označilo je 59.2% ispitanika. Statistički značajno veći broj ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece vidi nedostatak juvenilnog ginekologa kao ugrožavajući faktor u odnosu na ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu žena (71.8% vs. 45.9%,  $p=0.002$ ). Oko polovine ispitanika (52.6%) smatra da neprecizna zakonska definicija situacija “ozbiljne ugroženosti života i zdravlja” u kojima se roditelji moraju

obavestiti protivno volji deteta ugrožava poverljivost, bez značajne razlike između grupa ispitanika.

**Tabela 19. Raspodela ispitanika prema stepenu slaganja sa stavkama koje opisuju potencijalne faktore koji ugrožavaju poverljivost u radu sa adolescentima**

Faktori koji ugrožavaju poverljivost u radu sa adolescentima	Stepen slaganja	Zz školske dece N (%)	Zz žena N (%)	Ukupno N (%)	p
<i>F1- Nedovoljan broj lekara u smeni</i>	Ne ugrožava	31 (39.7)	35 (47.3)	66(43.4)	P=0.62
	Neodlučan/na sam	4 (5.1)	4 (5.4)	8 (5.3)	
	Ugrožava	43 (55.1)	35 (47.3)	78(51.3)	
<i>F2- Nedovoljno vremena po pacijentu</i>	Ne ugrožava	18 (23.1)	23 (31.1)	41 (27.0)	P=0.54
	Neodlučan/na sam	5 (6.4)	4 (5.4)	9 (5.9)	
	Ugrožava	55 (70.5)	47 (63.5)	102 (67.1)	
<i>F3- Neadekvatan način čuvanja podataka u kartonu</i>	Ne ugrožava	27 (34.6)	34 (45.9)	61 (40.1)	p=0.29
	Neodlučan/na sam	11 (14.1)	11 (14.9)	22 (14.5)	
	Ugrožava	40(51.3)	29 (39.2)	69 (45.4)	
<i>F4- Nedovoljna informisanost zdravstvenog radnika o pravima pacijenata i značaju poverljivosti</i>	Ne ugrožava	23 (29.5)	28 (37.8)	51 (33.6)	p=0.38
	Neodlučan/na sam	20 (25.6)	13 (17.6)	33 (21.7)	
	Ugrožava	35 (44.9)	33 (44.6)	68 (44.7)	
<i>F5- Insistiranje roditelja da budu obavešteni</i>	Ne ugrožava	20 (25.6)	28(37.8)	48(31.6)	P=0.30
	Neodlučan/na sam	26 (33.3)	16(21.6)	42(27.6)	
	Ugrožava	32(41.0)	30(40.5)	62(40.8)	
<i>F6- Nedovoljna informisanost zdravstvenog radnika u oblasti adolescentne medicine, koja zahteva poseban pristup pacijentu i roditeljima</i>	Ne ugrožava	19(24.4)	22(29.7)	41(27.0)	p=0.75
	Neodlučan/na sam	21(26.9)	18 (24.3)	39(25.7)	
	Ugrožava	38(48.7)	34 (45.9)	72 (47.4)	
<i>F7- Nedostupnost juvenilnog ginekologa</i>	Ne ugrožava	15 (19.2)	33 (44.6)	48 (31.6)	p=0.002*
	Neodlučan/na sam	7 (9.0)	7 (9.5)	14 (9.2)	
	Ugrožava	56 (71.8)	34 (45.9)	90 (59.2)	
<i>F8-Neprecizna zakonska definicija situacija “ozbiljne ugroženosti života i zdravlja” u kojima se roditelji moraju obavestiti protivno volji deteta.</i>	Ne ugrožava	14 (17.9)	18(24.3)	32(21.1)	p=0.62
	Neodlučan/na sam	21(26.9)	19(25.7)	40(26.3)	
	Ugrožava	43(55.1)	37(50.0)	80(52.6)	

#### 4.2.8. Utvrđivanje prediktora ponašanja u vezi sa poštovanjem prava na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti adolescenata

Za utvrđivanje značajnih prediktora ponašanja ispitanika primenjena je statistička metoda linearne regresije. Skor na skali ponašanja predstavljao je ishodnu varijablu. Starost, pol, dete adolescentskog uzrasta, služba, broj pacijenata u smeni, broj pacijenata adolescentskog uzrasta, opština rada, skor znanja i skor stavova su uključeni u lineranu regresiju kao nezavisne varijable. Kako bi se izbegla multikolinearnost, iz regresije je

isključena nezavisna varijabla *Godine radnog staža*, koja je pokazala visoku korelaciju sa varijablom *Starost* ( $r=.953$ ,  $p<0.001$ ).

#### 4.2.8.1. Univarijantna linearna regresija

Najpre je univarijantnom linearnom regresijom ispitivana značajnost predikcije nezavisnih varijabli ponaosob, da bi se nakon toga u multiplu linearnu regresiju uvrstile one nezavisne varijable koje su pokazale statističku značajnost u univarijantnoj regresiji. U univarijantnoj regresiji značajnim prediktorima su se pokazale četiri varijable: *Starost* ( $p<0.05$ ), *Služba* ( $p<0.05$ ), *Skor znanja* ( $p<0.001$ ) i *Skor stavova* ( $p<0.001$ ). U Tabeli 20. su prikazani koeficijenti korelacije (R), kvadrirani i adžastirani R, vrednost F statistike za značajnost predikcije, koeficijent beta i standardizovani koeficijent beta, i vrednost t statistike za značajnost doprinosa u predikciji za svaku nezavisnu varijablu.

Tabela 20. Univarijantna linearna regresija.

Varijabla	R	Kvadrirani R	Adžastirani R	F	p-vrednost	B	$\beta$	t	p-vrednost
Starost	<b>.253</b>	.064	.058	10.242	<0.05	0.113	0.253	3.200	<b>&lt;0.05</b>
Pol*	<b>.023</b>	.001	-.006	0.077	0.781	0.246	0.023	0.278	0.781
Dete adolescent	<b>.009</b>	.000	-.007	0.012	0.911	0.086	0.009	0.112	0.911
Služba	<b>.271</b>	.074	.067	11.926	<0.05	-2.182	0.271	3.453	<b>&lt;0.05</b>
Br.pacijenata u smeni	<b>.116</b>	.014	.007	2.054	0.154	-0.720	0.116	1.433	0.154
Br.pacijenata adolescentskog uzrasta	<b>.122</b>	.015	.008	2.240	0.137	-0.478	0.122	1.497	0.137
Opština Prigradska	<b>.160</b>	.025	.012	1.947	0.146	2.104	0.181	1.739	0.084
Šira gradska						-1.672	0.189	1.817	0.071
Skor znanja	<b>.285</b>	.081	.075	13.217	<0.001	0.654	0.285	3.636	<b>&lt;0.001</b>
Skor stavova	<b>.315</b>	.099	.093	16.572	<0.001	0.123	0.315	4.071	<b>&lt;0.001</b>

#### 4.2.8.2. Multipla linearna regresija

Linearna multipla regresija je primenjena kako bi se ispitala sposobnost nezavisnih varijabli (*Skor znanja*, *Skor stavova*, *Starost* i *Služba*) da predvide nivo na skor u ponašanju. Urađena su dva modela multivarijantne linearne regresije. Prvim,

standardnim ili simultanim modelom su sve nezavisne varijable koje su pokazale statističku značajnost u univarijantnoj linearnoj regresiji simultano unete u model primenom *Forced entry* (*Enter* u SPSS programu) metoda. Drugi model je bio hijerarhijski, kako bi se ispitaio značaj prediktivne moći varijabli *Skor znanja* i *Skor stavova* nakon izvršene kontrole varijabli *Starost* i *Služba*.

Preliminarna analiza je potvrdila pretpostavke o veličini uzorka, nezavisnosti, nepostojanja multikolinearnosti, nepostojanja neželjenih uticajnih slučajeva, homoscedasticiteta, linearnosti i normalnosti, iz čega se može zaključiti da se regresioni model može primeniti na širu populaciju, tj. da su koeficijenti regresione jednačine objektivni/nepriistrasni. Veličina uzorka neophodna za adekvatno izvođenje multiple linearne regresije dobija se primenom formule  $N > 50 + 8m$  (gde je  $m$  broj nezavisnih varijabli) (222). U našem istraživanju na uzorku od 152 ispitanika zadovoljen je kriterijum minimalnog broja ispitanika koji bi morao biti veći od 82 ( $50 + (8 \times 4)$ ). Vrednost Durbin-Watson statistike iznosila je 1.692, čime je zadovoljena pretpostavka o nezavisnosti greški (zadovoljavajući opseg vrednosti je od 1 do 3). Vrednosti VIF za svaku varijablu bile su daleko manje od 10, a vrednosti *Tolerance* statistike daleko iznad 0.2, čime je zadovoljena pretpostavka o nepostojanju multikolinearnosti (Tabela 21). Vrednost Kukove distance (Cook's distance) bila je u rasponu od 0.00 do 0.11. Kada je Kukova distanca manja od 1 donosi se zaključak da nijedan slučaj ne vrši neželjeni uticaj na model kao celinu. Na grafikonu standardizovanih reziduala (ZRESID) naspram standardizovanih predviđenih vrednosti (ZPRED) uočena je ravnomerna raspršenost tačaka, bez pojave zakrivljenosti i levkastog grupisanja, čime su potvrđene pretpostavke linearanosti i homoscedasticiteta. Dijagram verovatnoće normalnosti sa linearnom tačkastom distribucijom i histogram raspodele reziduala sa zvonastom distribucijom ukazali su da je zadovoljena i pretpostavka normalnosti raspodele reziduala.

**Tabela 21. Parametri multikolinearnosti.**

<b>Varijabla</b>	<b>VIF</b>	<b>Tolerance</b>
<b>Skor znanja</b>	1.176	0.850
<b>Skor stavova</b>	1.142	0.876
<b>Služba</b>	1.008	0.992
<b>Starost</b>	1.049	0.953

### a) Simultani model multivarijantne linearne regresije

Simultani regresioni model objasnio je 26.1% varijanse u ishodnoj varijabli *Skor ponašanja*. Model značajno predviđa vrednost ishodne varijable (kvadrirani R=.261, F=12,99, p<0.001)(Tabela 22.).

**Tabela 22. Karakteristike simultanog regresionog modela.**

<b>R</b>	<b>Kvadrirani R</b>	<b>Adžastirani R</b>	<b>F</b>	<b>p-vrednost</b>
<b>.511</b>	.261	.241	12.986	<0.001

Sve 4 nezavisne varijable pokazale su statistički značajan individualni doprinos ukupnom modelu predviđanja ishodne varijable (Tabela 23.): najveći doprinos imala je varijabla *Služba* (beta=-0.264, p<0.001), potom *Skor stavova* (beta=0.261, p=0.001), *Starost* (beta=0.232, p=0.002) i *Skor znanja* (beta =0.171, p<0.05).

**Tabela 23. Karakteristike prediktora ishodne varijable *Skor ponašanja*.**

<b>Varijabla</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p-vrednost</b>	<b>95% CI</b>
<b>Constant</b>	8.953	2.574		3.478	0.001	3.866-14.039
<b>Skor znanja</b>	0.393	0.177	0.171	2.222	0.028	0.043-0.742
<b>Skor stavova</b>	0.102	0.030	0.261	3.440	0.001	0.043-0.160
<b>Služba*</b>	-2.122	0.572	-0.264	-3.708	<0.001	-3.253- -0.991
<b>Starost</b>	0.104	10.033	0.232	3.195	0.002	0.040-0.168

\*Referentna grupa je služba za zdravstvenu zaštitu žena

Simultani regresioni model definisan je sledećom jednačinom:

$$\text{Skor ponašanja} = 8.953 + 0.393 * \text{skor znanja} + 0.102 * \text{skor stavova} - 2.122 * \text{odeljenje} + 0.104 * \text{starost}$$

### b) Hijerarhijski model multivarijantne linearne regresije

Primenom hijerarhijskog regresionog modela pokušaćemo da odgovorimo na pitanje da li će varijable *Skor stavova* i *Skor znanja* značajno predvideti varijabilitet u ishodnoj varijabli *Skor ponašanja* nakon kontrolisanja efekata varijabli *Starost* i *Služba*. Varijable su unošene u model u dva koraka: u prvom koraku su unesene varijable

*Starost* i *Služba*, što je proizvelo efekat statističke kontrole ovih varijabli. U drugom koraku unete su varijable *Skor stavova* i *Skor znanja*.

U prvom koraku, varijable *Starost* i *Služba* objašnjavaju 13.5% varijanse u skoru ponašanja. U drugom koraku, nakon što su unete varijable *Skor stavova* i *Skor znanja*, ukupan model objašnjava 26.1% varijanse u ishodnoj varijabli. Varijable *Skor stavova* i *Skor znanja* objašnjavaju dodatnih 12.6% varijanse u skoru ponašanja kada su efekti varijabli *Starost* i *Služba* kontrolisani, što predstavlja statistički značajan doprinos (Promena kvadriranog R=.126, F change=12.525, p<0.001)(Tabela 24).

**Tabela 24. Karakteristike hijerarhijskog regresionog modela.**

<b>Model*</b>	<b>R</b>	<b>Kvadrirani R</b>	<b>Promena kvadriranog R</b>	<b>F change</b>	<b>p-vrednost</b>
<b>1</b>	<b>.368</b>	.135	.135	11.644	<0.001
<b>2</b>	<b>.511</b>	.261	.126	12.525	<0.001

\*Prediktori u Modelu 1: *Starost*, *Služba*; Prediktori u Modelu 2: *Starost*, *Služba*, *Skor stavova* i *Skor znanja*.



## 5. DISKUSIJA

Istraživanje znanja, stavova i ponašanja lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prema pravu na poverljivost adolescenata sprovedeno je kroz dve faze, kvalitativnu – dubinske intervju sa lekarima, i kvantitativnu – anketiranje lekara kroz studiju preseka primenom namenski konstruisanog instrumenta. Na taj način znanja, stavovi i ponašanja lekara analizirani su na višedimenzionalan način, kako bi se bolje razumela shvatanja i percepcije lekara o složenom fenomenu kao što je poverljivost u odnosu lekar-maloletni pacijent. Prema našim saznanjima, ovo je prvo empirijsko istraživanje na temu poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti adolescenata sprovedeno u Srbiji.

U cilju šireg ispitivanja znanja, stavova i ponašanja lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u vezi sa poštovanjem poverljivosti u radu sa adolescentima sprovedena je studija preseka u 13 domova zdravlja na teritoriji Beograda. U studiju su uključeni svi lekari u vremenu istraživanja prisutni na svom radnom mestu, a sociodemografske karakteristike upoređivane su između lekara u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece i lekara u službi za zdravstvenu zaštitu žena. Nije bilo statistički značajne razlike između grupa u uzrastu, godinama radnom staža i distribuciji po gradskim opštinama. Međutim, u službi za zdravstvenu zaštitu žena bilo je značajno više lekara muškog pola, što se objašnjava kulturnim faktorima, kao što je tradicionalna orijentisanost lekara ženskog pola prema pedijatriji.

Takođe, lekari u školskom dispanzeru imaju značajno veći broj pacijenata u smeni, što se može objasniti značajnim nedostatkom lekara specijalista pedijatrije, i značajnim smanjenjem broja lekara u pedijatrijskim službama. Smatra se da je uzrasna struktura specijalista pedijatrije gde je više od 30% njih starija od 55 godina neodrživa, je je stopa odlaska u penziju značajno veća od primanja novih specijalista (224). U službi za zdravstvenu zaštitu školske dece ima i značajno više pacijenata adolescentskog uzrasta nego u službi za ginekologiju, što potvrđuje rezultate prve faze kvalitativnog istraživanja koje je pokazalo da se adolescentkinje sa ginekološkim problemima najčešće referišu u Institut za majku i dete, a značajan broj njih se obraća i privatnim zdravstvenim ustanovama.

Rezultati kvalitativne studije pokazuju da većina intervjuisanih lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pokazuje uvid i podršku zakonskom pravu adolescenata na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti. Međutim, što je još značajnije, kvalitativno istraživanje ukazalo je na dileme i praktične probleme sa kojima se lekari suočavaju kada je poštovanje ovog prava u praksi u pitanju. Iako je većina intervjuisanih ispitanika pokazala adekvatno znanje o zakonskim odredbama, takođe je utvrđeno da u većini domova zdravlja nije bilo ni zvaničnog informisanja ni edukacije o zakonskim odredbama nakon uvođenja novog zakona. Lekari su istakli da nisu bili konsultovani ni uključeni u proces donošenja zakona prilikom njegove pripreme.

Rezultati studije preseka pokazali su da gotovo 30% ispitanika nije prepoznalo kao tačnu zakonsku odredbu iz Zakona o pravima pacijenata od 2013. godine kojom se garantuje pravo na samostalni pristanak i poverljivost svim pacijentima sa navršenih 15 godina života. Dalje, svega trećina ispitanika je znalo da roditelji nemaju pravo uvida u karton pacijenta uzrasta 16 godina, i svega trećina ispitanika zna da adolescentkinje uzrasta 16 godina imaju pravo na medicinski abortus bez znanja roditelja. Ubedljivo najmanji broj ispitanika (jedna petina) je kao netačnu prepoznao tvrdnju da lekar mora obavestiti roditelje 15-godišnje pacijentkinje kod koje postoji sumnja na gonoreju. Manji broj tačnih odgovora na ovim pitanjima ukazuje na nedoumice koje lekari imaju u konkretnim medicinskim situacijama, a koje su izazvane nepreciznom zakonskom definicijom značajne ugroženosti života i zdravlja koja zahteva obavezno kontaktiranje roditelja, a na koju su kao na značajan problem ukazali i intervjuisani lekari u kvalitativnom istraživanju.

Ubedljivo najveći broj ispitanika je korektno prepoznao da lekar ima obavezu da roditelje obavesti o zdravstvenom stanju pacijenta kada je u pitanju ozbiljna ugroženost života i zdravlja, a većina ispitanika je tačno odgovorila i da lekar može u poverljivosti prepisati kontraceptivne pilule pacijentkinji od 16 godina. Ukupan skor na testu znanju u našem uzorku iznosio je  $4.05 \pm 1.754$  u opsegu od 0 do 7 poena, što se može smatrati srednjim nivoom znanja. Ipak, s obzirom da se od lekara očekuje da se dosledno pridržavaju zakonskih odredbi u svojoj praksi, dobro poznavanje zakona je nužan uslov za njegovu primenu u praksi.

Anketirani lekari takođe su ukazali na nedovoljnu informisanost lekara o zakonskim odrednicama i nepreciznu zakonsku definiciju stanja koja zahtevaju obavezno

obaveštavanje roditelja kao na faktore koji značajno ometaju obezbeđivanje poverljivosti. Slično našim rezultatima, rezultati istraživanja iz SAD, Kanade i Evrope pokazuju da nedovoljno pravno znanje o pravu na pristanak i poverljivost maloletnika predstavlja ozbiljnu prepreku realizaciji prava adolescenata na poverljivost, jer bez adekvatnog znanja lekari mogu i nenamerno kršiti prava deteta (201,202,225,226). Imajući ove nalaze na umu, preporučujemo sistematsku medicinsko-pravnu edukaciju za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u okviru programa kontinuirane medicinske edukacije (KME). Prema empirijskim podacima, preko 60% svih KME edukacija su iz oblasti kliničke medicine (227), dok su pravne teme zanemarene, što sugeriše da više pažnje treba biti posvećeno pravnim sadržajima. Naše istraživanje takođe je ukazalo na nedoumice lekara u vezi sa nedovoljnom definisanošću zakona povodom po zdravlje i život ugrožavajućih situacija u kojima poverljivost može biti prekršena, stavljajući na teret lekarima procenu koje situacije su dovoljno ugrožavajuće da bi morali da obaveste roditelje. Ova odluka je kompletno na lekaru i njegovoj subjektivnoj proceni. Nepostojanje standardnih protokola za obezbeđivanje poverljivosti u radu sa adolescentima je opisano u drugim istraživanjima, u kojima se pokazalo povezano sa konfuzijom i oklevanjem lekara da pruže poverljivu uslugu pacijentu adolescentskog uzrasta (200,203,228,229). Donosioci zakona bi trebalo da osiguraju sprovođenje zakona preciznim definisanjem zakonskih odredbi o zdravstvenim uslugama koje mogu biti pružene poverljivo, pod kojim uslovima, i o situacijama koje zahtevaju obaveštavanje roditelja. Takođe, vodiči za lekare sa precizno definisanim i opisanim kliničkim situacijama u kojima je potrebno obezbediti poverljivost značajno bi olakšali i unapredili rad lekara u zaštiti zdravlja adolescenata.

Naša studija prikazuje kako lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti shvataju moralnu i praktičnu opravdanost prava adolescenata na poverljivost. Ispitanici koji su intervjuisani u prvoj fazi istraživanja pokazali su slične stavove prema poverljivosti kao ispitanici iz studije preseka. Takođe, ispitanici iz službe za zdravstvenu zaštitu žena nisu se razlikovali od ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske decekako na pojedinačnim stavkama iz skale stavova tako ni u ukupnom skor u skali stavova. Prosečan skor na skali stavova među anketiranim ispitanicima bio je umeren ( $65.91 \pm 10.33$  poena), što ukazuje na nedoumice i delimično neslaganje kada je poverljivost u radu sa adolescentima u pitanju.

Prema ispitanicima iz kvalitativnog istraživanja, adolescenti retko razgovaraju sa roditeljima o pitanjima seksualnosti i reproduktivnog zdravlja, i radije žele da roditelji nisu upoznati sa njihovim seksualnim životom i zdravljem. Slično, većina anketiranih ispitanika smatra da se adolescenti slabo poveravaju roditeljima o osetljivim problemima iz ove oblasti (60.5%), i da roditelji teško prihvataju seksualnost svoje dece (50.7%). Više studija je ispitivalo mišljenja i stavove adolescenata o poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti, pokazujući da adolescenti visoko cene poverljivost i preferiraju da roditelji ne budu obavešteni o pitanjima njihovog reproduktivnog zdravlja (kontracepcija, seksualno prenosive bolesti) (170,171). Adolescenti ne žele da razočaraju svoje roditelje, i trude se da izbegnu osudu roditelja(132,230). Sa druge strane, iako istraživanja pokazuju dapravovremena otvorena komunikacija o pitanjima seksualnosti i reproduktivnog zdravlja između roditelja i dece smanjuje šansu da se adolescenti upuste u rizična seksualna ponašanja (231), mnogi roditelji izbegavaju ovakve razgovore. Rezultati istraživanja sugerišu da roditelji izbegavaju da sa svojom decom razgovaraju o seksualnosti iz više razloga,uključujuću stid, probleme sa sopstvenom seksualnošću, probleme u komunikaciji i manjak znanja o seksualnosti (232). Mnogi roditelji odlažu razgovor o seksualnosti sa decom iz straha da je previše rano, i da će deci „usaditi“ ideje da se prerano upuste u istraživanje seksualnosti (233). S druge strane, postavlja se pitanje zašto mnogi adolescenti ne žele sa roditeljima da dele svoje tajne i probleme, naročito iz sfere reproduktivnog zdravlja. Istraživanja su pokazala da je odnos sa roditeljima ključan faktor u odluci adolescenta da podeli senzitivnu informaciju: adolescenti koji roditelje doživljavaju kao podršku i utehu, tj. adolescenti koji imaju topao i blizak odnos sa roditeljima, radije će im poveriti osetljivi problem (234). Takođe, adolescenti koji su skloni ili su se već upustili u rizično ili delikventsko ponašanje pre će sakriti informacije od roditelja, zbog straha od kazne i osude. Međutim, prema psihoanalitičkim teorijama smatra se da čuvanje tajni od roditelja u adolescenciji ima veze i sa razvojnim procesom individuacije (235). Glavni razvojni zadatak adolescenata u procesu individuacije je da se odreknu roditeljske zaštite i sigurnosti i da razviju sopstvene kapacitete za samoodređenje, tj. Autonomiju (28). Dakle, prema psihoanalitičkim teorijama, individuacija podrazumeva separaciju adolescenta od roditelja. Imanje tajni, tj.nepoveravanje na neki način pomaže ovaj proces separacije, i smatra se uobičajenim kod starijih adolescenata na putu njihovog

sticanja emocionalne autonomije i nezavisnosti (235). Aktivnim čuvanjem tajne adolescent održava metaforičku granicu u odnosu na roditelje, a sam ima kontrolu nad granicom tako što odlučuje kako i koliko će da se poveri roditeljima, što jača osećaj autonomije. Iz navedenih teorija i empirijskih podataka može se zaključiti da će izvestan broj adolescenata svakako izbegavati da sa roditeljima razgovara o seksualnosti i reproduktivnom zdravlju, tako da obezbeđivanje poverljivosti u odnosu sa lekarom pruža mogućnost adolescentu da se obrati i poveri kompetentnoj odrasloj osobi koja mu može pružiti adekvatnu pomoć.

Značajna većina naših ispitanika iz obe faze istraživanja je prepoznala da nedostatak garancije poverljivosti i briga da roditelji mogu saznati sprečavaju pristup adolescenata zdravstvenoj zaštiti kada su osetljivi zdravstveni problemi u pitanju, kao i da garancija poverljivosti povećava šansu da se adolescenti jave lekaru, što je empirijski dokazano u brojnim studijama (107,169,236) Takođe, nezadovoljene zdravstvene potrebe u adolescenciji pokazale su se prediktorima lošijeg zdravlja u odraslom dobu (237). Imajući na umu najbolji interes adolescenata, mora se unaprediti pristup zdravstvenoj službi u cilju zaštite i promocije reproduktivnog zdravlja. Ukoliko je poverljivost jedan od glavnih faktora pristupa adolescenata zdravstvenoj službi, onda ona mora garantovana.

Naši ispitanici iz obe faze istraživanja u velikoj većini smatraju da je poštovanje poverljivosti etička dužnost lekara, i da se omogućavanjem poverljivosti iskazuje poštovanje ličnosti mladog pacijenta. Da je poverljivost etička dužnost lekara istakla je polovina intervjuisanih lekara, a čak 94.7% anketiranih ispitanika. Poštovanje ličnosti zapravo predstavlja poštovanje autonomije osoba koje su sposobne za samostalno donošenje odluke. S obzirom da adolescenti spadaju u uzrasnu kategoriju između dece koja su kompletno zavisna od svojih staratelja, i odraslih kod kojih se autonomija pretpostavlja, pitanje autonomije adolescenata veoma je kompleksno i isprepletano sa pitanjem sposobnosti rasuđivanja koje je nužan uslov poštovanja autonomije.

Naše istraživanje je omogućilo uvid u to kako srpski lekari percipiraju sposobnost rasuđivanja i odlučivanja adolescenata u kontekstu zdravstvene zaštite. U svojoj praksi većina intervjuisanih lekara u kvalitativnoj fazi istraživanja je opazila da adolescenti dostižu pun kapacitet rasuđivanja i odlučivanja individualnom brzinom. Na osnovu svog iskustva, većina njih ima utisak da su petnaestogodišnjaci, koji su na prelazu iz osnovne

u srednju školu, u velikoj meri ekonomski zavisni od roditelja, da su emocionalno nestabilni, i kao takvi nedovoljno zreli za autonomno donošenje odluka. Iz tog razloga, sugestija većine naših intervjuisanih ispitanika je da se uzrasna granica prava na pristanak i poverljivost podigne bar na 16 godina. Sličan stav imali su i anketirani ispitanici iz druge faze istraživanja, od kojih se polovina (48.7%) ispitanika ne slaže da su adolescenti sa navršениh 15 godina života sposobni za samostalno odlučivanje, a čak 40% ispitanika se i slaže i ne slaže sa ovom stavkom. Takođe, nešto više od polovine (57.9%) smatra da dete sa navršениh 15 godina života može dati samostalan pristanak na medicinsku meru, a skoro trećina (29.6%) je neodlučno po ovom pitanju. Takođe, polovina anketiranih ispitanika (49.3%) je neodlučna kada je u pitanju konstatacija da adolescenti generalno ne poseduju adekvatnu sposobnost rasuđivanja. Ovakvi rezultati koji pokazuju značajnu podeljenost mišljenja u populaciji lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukazuju na problematičnost zakonske odrednice i eventualnu potrebu za revizijom zakona. Međutim, s obzirom da korelacija između uzrasta i sposobnosti odlučivanja nije do sada bila sistematski istraživana (238), a uzrast nije jedini determinišući faktor sposobnosti odlučivanja, postavljanje starosne granice koju kad dostignu adolescenti mogu nezavisno da daju pristanak na medicinsku proceduru može istovremeno predstavljati barijeru za adolelescente koji su zreliji u odnosu na vršnjake, ali isto tako pretpostavlja da su svi adolescenti koji su dostigli ovaj uzrast automatski stekli sposobnost odlučivanja. Sa druge strane, fleksibilni sistem koji dozvoljava samostalno odlučivanje svim adolescentima koji imaju kapacitet, zahtevao bi individualnu procenu sposobnosti odlučivanja svakog adolescenta ponaosob, i predstavljao bi dodatno opterećenje za lekare. Iako je u literaturi sugerisano više različitih metoda procene sposobnosti odlučivanja dece (239,240) nijedan univerzalno primenjiv pristup nije predložen. Takođe, savremena shvatanja sposobnosti odlučivanja prevazilaze samo kognitivne sposobnosti, već uračunavaju i uticaje iz okruženja (241). Ukoliko se „teorijanarednog razvoja“ Lava Vigotskog, koja naglašava uticaj socio-kulturnog okruženja na razvoj deteta, i prema kojoj je važno proceniti šta je dete sposobno da postigne u saradnji sa odraslima, a ne samo šta dete može da uradi samo (242), transponuje u kontekst procene sposobnosti odlučivanja u zdravstvenoj zaštiti, pitanje više nije da li dete zadovoljava formalne kriterijume, već da li dete ima

potencijal da usvoji određene kognitivne i emocionalne veštine, i šta odrasli (roditelji, lekari) mogu da učine da stimulišu usvajanje ovih veština (241).

Prema ovim shvatanjima, odrasli su u obavezi da stvore stimulatívno okruženje i obezbede podršku deci u razvoju sposobnosti odlučivanja (241). Tako su i naši ispitanici iz kvalitativne faze istraživanja sugerisali da adolescenti treba da budu ohrabreni i pomognuti u razvoju autonomije i kapaciteta za odlučivanje, naglašavajući značaj ulaganja vremena u pružanje adekvatnih objašnjenja. Rezultati drugih istraživanja ukazuju da deca i adolescenti mogu unaprediti razumevanje i shvatanje bolesti kada su podržani i ohrabreni od strane lekara i roditelja na razvojno prikladan način (243). Puštanje dece da učestvuju u donošenju odluka im pomaže u razvijanju kompetentnosti, samopouzdanja i odgovornosti, i stimuliše participaciju kasnije u životu (94).

Intervjuisani lekari, ali i većina anketiranih lekara (79.6%) su primetili da su adolescenti generalno manje sposobni da predvide dalekosežne posledice svog ponašanja, što znači da se češće upuštaju u rizične situacije. Ova opservacija je u skladu sa istraživanjima koja pokazuju porast rizičnog ponašanja u adolescenciji u poređenju sa decom i odraslima (244,245). Rezultati istraživanja iz neuronauka ukazuju na specifične promene u mozgu adolescenta koje mogu uticati na odlučivanje: adolescenti su manje sposobni da kontrolišu impulse i više skloni preuzimanju rizika, naročito u situacijama u kojima postoji emotivni naboj, i u kojima su prisutni pripadnici vršnjačke grupe (190). Jedan od vodećih istraživača u oblasti razvoja mozga u adolescenciji, Lorenc Stajenberg (Laurence Steinberg) uveo je distinkciju između „vrućih“ i „hladnih“ situacija (246). Naime, „vruće“ situacije podrazumevaju postojanje emocionalnog naboja, i emocije igraju važnu ulogu u odlučivanju. U „hladnim“ situacijama emocionalnog naboja nema, a kognitivni aspekt odlučivanja je dominantan. Da li će se situacija doživeti kao „vruća“ ili „hladna“ zavisi od osobe, pa će se i razlikovati od osobe do osobe. Istraživanja su pokazala da se rezonovanje i odlučivanje u „hladnim“ situacijama ne razlikuje kod adolescenata i odraslih (247). Međutim, u „vrućim“ situacijama adolescenti se češće upuštaju u rizike tj. donose rizičnije odluke nego odrasli vodeći se kratkoročnim predviđanjima i zanemarujući rizike (247). Prisustvo vršnjaka čini mnoge situacije emocionalno napetim, tj. „vrućim“ u adolescenciji, jer je prihvatanje od strane vršnjaka važan cilj kome se mnoga ponašanja podređuju (248), pa

se odlučivanje u prisustvu vršnjaka značajno razlikuje od samostalnog odlučivanja kod adolescenata (249). Stajenberg smatra da se većina medicinskih situacija može uvrstiti u „hladne“ situacije, bez značajnog upliva emocionalnih i socijalnih faktora (190). S obzirom da većina medicinskih situacija ipak ne zahteva urgentno odlučivanje, može se očekivati da, uz dovoljno vremena za promišljanje i uz adekvatnu podršku zdravstvenih profesionalaca i lekara, većina adolescenata bi generalno bila sposobna da donese razumnu medicinsku odluku.

Intervjuisani ispitanici su primetili da su adolescenti skloni da zanemaruju mere zdravstvene prevencije, naročito kada nemaju ozbiljnije simptome. Nekompletno pridržavanje režima lečenja (nekompletna komplijansa) uslovljena je razvojnim faktorima, kao što je npr. teškoća u proceni rizika, i specifično je opisana kod pacijenata adolescentskog uzrasta, naročito kod hronično obolelih (250,251). Zbog nemogućnosti adekvatne procene rizika i slabije kontrole impulsa adolescentima bivaju važnije kratkoročne dobiti od dugoročnih, što predstavlja teškoću kada je u pitanju usvajanje zdravih stilova života u prevenciji zdravlja, ali i kod pridržavanja terapijskog protokola kod hroničnih bolesti (252). Različite strategije usmerene na poboljšanje komplijanse kod adolescenata, kao što su edukacija i bihejvioralne tehnike, pokazale su se značajno efektivnim (253). Lekari koji rade sa adolescentima trebalo bi da budu svesni niske komplijanse u adolescentskoj populaciji, i da budu spremni da je poboljšaju kroz otvorenu, neosuđujuću komunikaciju, adekvatnu edukaciju i proste bihejvioralne tehnike (254).

Intervjuisani lekari opisali su svoja iskustva sa prezaštićujućim roditeljima, koji često ne dozvoljavaju samostalno odlučivanje i poverljivost u zdravstvenoj zaštiti svoje dece adolescentskog uzrasta. Takođe, veliki broj anketiranih lekara (40.8%) je istakao da insistiranje roditelja da budu obavešteni predstavlja značajan faktor koji ugrožava poverljivost u radu sa adolescentima. Naši rezultati u skladu su sa brojnim istraživanjima čiji su rezultati pokazali da roditelji često nisu voljni da prepuste donošenje odluka svojoj deci (130,132,181,182). Naši ispitanici su pripisali prezaštićujuće ponašanje roditelja uticaju patrijarhalnih društvenih normi. Ovo objašnjenje je podržano prethodnim istraživanjima čiji rezultati sugerišu da je roditeljstvo oblikovano socio-kulturnim kontekstom: zapadne kulture (SAD, Zapadna Evropa...) podstiču demokratsko odgajanje dece u kom se razvijaju individualnost i



samopouzdanje, dok se u drugim kulturama (Azija, Afrika, latinska Amerika...) insistira na kolektivizmu, porodičnim vrednostima i pokornosti prema roditeljskom autoritetu (134). Sociološko kombinovano kvantitativno-kvalitativno istraživanje koje je imalo za cilj analizu participacije dece u srpskim porodicama pokazalo je da je paternalizam i dalje dominantan kulturni obrazac u srpskom društvu (195). Iako ovaj obrazac prožima sve aspekte porodičnog života, on je ipak najizraženiji u odnosu dete-roditelj, iako je primećen određen pomak prema ravnopravnijim odnosima između roditelja i dece, slično kao i u našem istraživanju (195).

Drugo objašnjenje za prezaštićujuće ponašanje roditelja koje su dali intervjuisani ispitanici u vezi je sa brigom da će adolescenti doneti pogrešne odluke, što je u skladu sa rezultatima drugih istraživanja (131,132). Ovakav stav roditelja odražava njihovu potrebu da zaštite svoju decu, i odgovornost koju roditelji osećaju za posledice detetovih odluka. U kontekstu srpskog tranzicionog društva, paternalistički obrazac roditeljskog ponašanja pojačan je prisustvom socijalnih rizika i neizvesnosti: roditelji osećaju još jaču potrebu da zaštite dete od opasnosti svakodnevice, što rezultuje u daljem ograničavanju autonomije deteta (255). Rezultati kvantitativne faze našeg istraživanja potvrđuju kulturološki obrazac u kome je paternalizam dominantan stav u roditeljstvu: anketirani ispitanici u velikoj većini su se složili da roditelji imaju pravo da budu upoznati sa svim činjenicama u vezi sa zdravljem svoje maloletne dece, kao i da porodica treba da bude uključena u donošenje svih važnih odluka u vezi sa zdravljem svojih članova (81.6%). Ovde vidimo diskrepancu u rezultatima kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja, koja može biti objašnjena činjenicom da su za intervju birani ispitanici sa iskustvom u radu u savetovalištim za mlade, i koji su pokazali veći stepen senzibilisanosti za potrebe mladih za autonomijom i poverljivošću, i samim tim svesniji značaja da se tim potrebama izade u susret u kliničkoj praksi.

Lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Srbiji nalaze se u kontradiktornom položaju, jer s jedne strane razumeju i prihvataju svoju pravnu obavezu da obezbede prava adolescenata, dok s druge strane potpadaju pod uticaj šireg socio-kulturnog konteksta u Srbiji u kom se visoko vrednuje roditeljski autoritet. Oni intervjuisani ispitanici koji imaju svoju decu priznaju da je iskustvo roditeljstva uticalo na njihove stavove prema pravu adolescenata na poverljivost, što je opisano i u drugim studijama (203,204). U društvima u kojima se porodična povezanost vrednuje više od individualne

autonomije lekari se teže odlučuju da se suprotstave roditeljima čak i kada se suštinski ne uklapaju u ovaj kulturni okvir (204). Ova opservacija implicira potrebu za preciznim praktičnim vodičem koji bi lekarima pomagao u donošenju odluka u vezi sa poštovanjem prava na poverljivost. Takođe, važno je da lekari osveste sopstvene vrednosti i verovanja koja mogu imati uticaj na njihov odnos sa pacijentom i porodicom.

Intervjuisani lekari su sugerisali da se sukobi između dece i roditelja često mogu rešiti podsticanjem komunikacije na obe strane, i da lekari mogu preuzeti ulogu posrednika (medijatora), što je takođe opisano i u drugim studijama (203). Ipak, prilikom rešavanja nesporazuma i sukoba između roditelja i adolescenata, lekar mora imati na umu više važnih ciljeva, kao što je zaštita najboljeg interesa deteta, promocija autonomije deteta, ali i poštovanje roditeljskih vrednosti (256). Rezultati istraživanja pokazuju da edukacija roditelja često može dovesti do pozitivnih promena u njihovim stavovima prema pravu adolescenata na poverljivost i autonomni pristanak (257). Idealno bi bilo da ova edukacija počne pre nego što dete stupi u pubertet, kako bi se roditelji pripremili za rastuću potrebu za autonomijom koju će adolescent imati kako bude rastao i sazrevao (182).

Takođe, kao što su naši intervjuisani ispitanici naglasili, roditelji imaju i odgovornost da pomognu svojoj deci da izgrade autonomiju tako što će im dopuštati da donose određene odluke. Prethodna istraživanja potvrđuju da je roditeljsko podsticanje autonomije povezano sa većim akademskim uspehom i boljim psiho-socijalnim funkcionisanjem kod dece (258). Ovaj rezultat u skladu je i sa već opisanim kontekstualnim shvatanjem autonomije, po kome je podrška i stimulacija od strane odraslih iz okruženja ključni faktor u razvoju sposobnosti rezonovanja i autonomije kod adolescenata. Okruženje koje podržava razvoj autonomije kod dece karakteriše se uvažavanjem dečjih shvatanja i pogleda na stvari, ohrabivanjem dece da eksperimentišu i dozvoljavanjem deci da prave izbore. Roditelji koji ohrabruju autonomiju kod dece koriste objašnjenja i pridozgovore (umesto naredbi) i imaju cilj da podstaknu unutrašnju motivaciju kod deteta (258). Porodica predstavlja osnovno društveno kontekst gde se ostvaruje participacija dece, I gde se deca "pripremaju" za participaciju u društvenom životu (195). Ipak, prema mišljenju naših intervjuisanih ispitanika, u mnogim porodicama deca su pošteđena bilo kakvih

obaveza i odgovornosti, što potvrđuje rezultate Tomanovic i sar., gde je većina ispitivanih roditelja primenjivala paternalističku strategiju prezaštićavanja, između ostalog preuzimanjem svih poslova i odgovornosti u kući (195). Ova paternalistička strategija zove se „infantilizacija“, gde se oslobađanjem obaveza i odgovornosti u domaćinstvu dete zadržava u ranijem stadijumu razvoja, i na taj način se zapravo detetu ograničava autonomija. U okviru edukacije roditelja o pravima adolescenata u zdravstvenoj zaštiti, značaj ohrabrivanja deteta da učestvuje u donošenju odluka mora se predložiti roditeljima kao ulaganje u detetovo buduće učešće u društvenom životu.

Iako su se gotovo svi intervjuisani ispitanici složili da su stupanje u seksualne odnose, sumnja na seksualno prenosive bolesti i zahtev za kontracepcijom najčešći medicinski razlozi za poverljiv susret sa adolescentom, jedna trećina ispitanika je bila mišljenja da se roditelji neophodno moraju obavestiti o zahtevu njihove ćerke da se izvrši abortus, što je u suprotnosti sa aktuelnim Zakonom o postupku prekida trudnoće u zdravstvenoj ustanovi koji dozvoljava devojci sa navršениh 16 godina da bude dobrovoljno podvrgnuta abortusu bez roditeljskog pristanka (259). Slični rezultati dobijeni su i u kvantitativnom istraživanju, gde se 90.1% ispitanika složilo da adolescentima treba omogućiti poverljivo savetovanje o reproduktivnom zdravlju, 66.4% ispitanika je smatralo da adolescentima treba omogućiti poverljivo propisivanje kontracepcije, a 65.8% ispitanika se složilo i da adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje seksualno-prenosivih bolesti, kao i poverljivo lečenje seksualno-prenosivih bolesti (61.2%). Međutim, značajno manje ispitanika smatra da adolescentima treba omogućiti poverljivo dijagnostikovanje trudnoće i prenatalnu negu (31.6%), poverljivi abortus (19.7%) i poverljivo lečenje ciste na jajniku (32.9%). Ovi rezultati su u skladu sa drugim istraživanjima, koja pokazuju da uvek postoji jedan broj lekara koji veruje da trudnoća i prekid trudnoće ne smeju biti subjekat poverljivosti, i da roditelji moraju biti uključeni u donošenje odluka o prekidu trudnoće kod maloletnica (202,261). Ovakvi rezultati odražavaju većitu kontroverzu koja prati pitanje abortusa, naročito kod maloletnih lica. Istraživanja pokazuju da jedna trećina adolescenata odlučuje da ne obavesti roditelje o svojoj odluci o prekidu trudnoće (262). Ipak, iskustva iz država u kojima je obaveštavanje roditelja pre prekida trudnoće postalo zakonski obavezno pokazuju pad broja maloletničkih abortusa, sa mogućim objašnjenjem da se adolescenti koje roditelji ne podržavaju u odluci da prekinu trudnoću

podvrgavaju ilegalnim abortusima (263). U istraživanju stavova Litvanskih lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koje su sproveli Jaruseviciene i sar. 2011. godine pokazano je, slično našem istraživanju, da većina lekara ne smatra da adolescentima treba obezbediti poverljivost kada je trudnoća u pitanju, ali ni kada je lečenje seksualno-prenosivih bolesti (261). Istraživanje stavova prema poverljivosti sprovedeno među lekarima opšte prakse u Devonu u Engleskoj 2000.godine pokazalo je da se čak 93.5% ispitanika slaže sa Glikovim zakonom prema kome i osobe mlađe od 16 godina ako se pokažu kompetentnim imaju pravo na poverljivost prilikom prepisivanja kontracepcije (264). Međutim, preko 70% njih bi ipak volelo da roditelje obavesti o tome da je njihovo dete mlađe od 16 godina došlo po savet ili kontracepciju. Ovakvi rezultati odražavaju nerešena pitanja koja su ostala otvorena i u našem istraživanju, o kompetentnosti adolescenata da donose samostalne odluke bez znanja roditelja, i o roditeljskoj odgovornosti i potrebi da budu uključeni u zdravstvenu zaštitu svoje dece. Lekari su evidentno zabrinuti da adolescenti ipak nisu u stanju da donose adekvatne odluke, i da je neophodno da ih roditelji zaštite od pogrešnih izbora. Ipak, s obzirom da je unapređenje zdravlja dece njihov najvažniji cilj, lekari koji rade sa adolescentima moraju postati svesni da ulogu odraslog koji vodi računa da je adolescent doneo ispravnu odluku ponekad moraju preuzeti oni sami. Kako obilje empirijskih podataka ukazuje, značajan broj adolescenata, i to onih koji su pod najvećim rizikom od problema u reproduktivnom zdravlju, neće se obratiti roditeljima. Lekar ostaje kao jedina adulta instanca kojoj se adolescenti mogu javiti za pomoć, i zbog toga je važno da se kod lekara podigne svest o sopstvenoj odgovornosti i značaju u reproduktivnom zdravlju adolescenata.

Svega jedna trećina intervjuisanih lekara konzistentno obezbeđuje poverljivost u svojoj praksi sa adolescentima. Iako većina ispitanika u ukupnom uzorku (67.8%) obaveštava adolescente pre početka pregleda da će sve o čemu budu diskutovali ostati poverljivo, značajno više ginekologa praktikuje ovo ponašanje u odnosu na pedijatre (83.8% vs. 52.6%). Takođe, većina ispitanika obaveštava i roditelje o pravu na poverljivost njihovog deteta adolescentskog uzrasta (68.3%), uz postojanje statistički značajne razlike između ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena i ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece (85.2% vs. 52.6%,  $p=0.001$ ). Kada je obezbeđivanje poverljivosti u pitanju, nešto više od polovine (56.6%) ispitanika zamoli

roditelje da napuste ordinaciju pre početka pregleda, i opet ovu praksu značajno više upražnjavaju ginekolozi u odnosu na pedijatre (73% vs. 41%,  $p < 0.001$ ). Ipak, najveći broj ispitanika je istakao da ponekad obavještava roditelje o sadržaju razgovora sa adolescentom. Ukupan skor na skali ponašanja iznosio je  $21.43 \pm 4.03$  poena, što se može smatrati srednje dobrim skorom s obzirom da se nalazi u drugom tercilu raspona vrednosti skora. Ispitanici iz službe za zdravstvenu zaštitu žena imali su značajno veći skor u odnosu na ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece ( $22.55 \pm 4.16$  vs.  $20.37 \pm 3.62$ ,  $p = 0.001$ ). Navedeni rezultati ukazuju na nekonzistentnost u pridržavanju zakona, koja je više prisutna u populaciji lekara u školskom dispanzeru. Ovaj nalaz može biti objašnjen većim i učestalijim kontaktom lekara u službi za zaštitu školske dece sa roditeljima, koji dovodi do uspostavljanja paralelnog odnosa sa pacijentom i roditeljem i stvara osećaj obaveze kod lekara da i sa roditeljima mora podeliti važne informacije, pogotovo ako roditelji insistiraju na tome. U kvalitativnom istraživanju stavova prema poverljivosti koje su sproveli McKee i sar. 2011. godine među pedijatri, porodičnim lekarima i specijalistima adolescentne medicine koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Njujorku pokazano je da je lekarima odnos sa roditeljima maloletnih pacijenata izuzetno važan (203). Intervjuisani lekari u ovoj studiji su istakli da im je izbor između odluke da zaštite poverljivosti adolescenta i odluke da ipak uključe roditelje često težak i stresan, i da često ovaj konflikt rešavaju tako što ohrabruju adolescente da razgovaraju sa roditeljima. Takođe, brojne studije su pokazale da pedijatri često imaju nelagodu kada su u pitanju senzitivna zdravstvena pitanja kao što su seksualnost, rizično ponašanje, zloupotreba supstanci i mentalno zdravlje, i često oklevaju da obezbede poverljivost u ovakvim situacijama (202,229,265). S druge strane, u službi za zdravstvenu zaštitu žena glavno polje rada je reproduktivno zdravlje, koje se smatra intimnim delom života svake osobe, te su i lekari svesniji da je poverljivost neophodna da bi se došlo do istinitih podataka koji su neophodni za postavljanje dijagnoze.

Naši rezultati su u skladu sa istraživanjima iz različitih zemalja iz prethodnih decenija, koja pokazuju da većina lekara podržava pravo adolescenata na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti, ali istovremeno priznaje da obezbeđivanje poverljivosti u praksi može biti izazov (200,202,229). U istraživanju sprovedenom 2010. godine među flamanskim pedijatri u Belgiji pokazalo se da svega 35% sistematski obezbeđuje

vreme nasamo sa pacijentom adolescentskog uzrasta, a da čak 79.1% prenose sve informacije roditeljima, iako je pravo adolescenata na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti zakonom zagarantovano (266). Slične rezultate pokazalo je i istraživanje sprovedeno među lekarima u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u Španiji 2004. godine, gde zakon o pravima pacijenata dozvoljava adolescentima sa navršениh 16 godina pravo na poverljivost u zdravstvenoj zaštiti, ali i mlađim adolescentima ukoliko lekar proceni da adolescent pokazuje zadovoljavajući nivo sposobnosti rasuđivanja (204). Međutim, gotovo 20% lekara u ovom istraživanju uvek obaveštava roditelje adolescenata uzrasta 16-18 godina, što je navelo autore istraživanja da ovi lekari ili nisu svesni zakona koji štiti poverljivost, ili uprkos zakonu smatraju da roditelji maloletnih pacijenata treba da budu uključeni. Istraživanje sprovedeno 2012. među lekarima u univerzitetskoj dečjoj bolnici u Kanadskoj provinciji Alberta pokazalo je da 81.4% lekara obezbeđuje vreme nasamo sa pacijentom adolescentskog uzrasta, ali da značajno manje lekara (52%) obaveštava pacijente adolescentskog uzrasta da imaju pravo na poverljivost (201). S obzirom da je svega 18% ispitanika bilo upoznato sa zakonskim odrednicama koje garantuju poverljivost u radu sa adolescentima, autori ove studije su zaključili da je kontinuirana edukacija ključan faktor koji bi doprineo konzistentnijoj zaštiti prava pacijenata adolescentskog uzrasta.

Brojni sistemski faktori koji utiču na realizaciju prava adolescenata na poverljivost navedeni su u literaturi dok su naši ispitanici naveli nekoliko njih. Nedovoljno vremena po pacijentu, nedovoljan broj lekara, neadekvatna zaštićenost podataka u kartonu, nedovoljna informisanost lekara o zakonskim odrednicama, neprecizna zakonska definicija poverljivosti, nedovoljna edukovanost u oblasti adolescentne medicine, insistiranje roditelji da budu uključeni i nedostupnost juvenilnog ginekologa istaknuti su kao najznačajniji ometajući faktori i u kvalitativnom i u kvantitativnom istraživanju. Nedovoljno vremena je označilo kao ometajući faktor najviše lekara (67.1%). Problem vremenskog ograničenja pokazao se kao značajan faktor i u drugim studijama koje su istraživale stavove lekara prema poverljivosti (203,204), i povezan je sa nedovoljnim brojem lekara. Nedovoljan broj pedijatra u Srbiji posledica je kontinuirane migracije zdravstvenih profesionalaca koja se dešava kako u Srbiji, tako i u ostalim zemljama jugoistočne Evrope koje prolaze socioekonomsku tranziciju u protekle dve decenije. Ovaj fenomen uzrokovali su različiti faktori, kao što su značajna razlika u primanjima

između Srbije i bogatijih evropskih zemalja, bolji radni uslovi i mogućnosti u inostranstvu, ali i veća politička i ekonomska stabilnost u zemljama u koje se migrira (267). S obzirom da je planiranje ljudskih resursa zanemareno u nacionalnim zdravstvenim strategijama, mehanizmi planiranja ljudskih resursa moraju biti osmišljeni i implementirani u zdravstveni sistem kako bi se sprečio kritičan nedostatak medicinskih specijalista, što bi neizbežno dovelo do ugrožavanja kvaliteta zdravstvene zaštite.

Gašenje i nefunkcionisanje prethodno osnovanih savetovaništva za mlade i nepostojanje juvenilnog ginekologa na nivou primarne zdravstvene zaštite stvara sistemski problem slabog pristupa adolescentkinja ginekološkim službama. Ovaj zaključak jedan je od važnijih rezultata čitavog istraživanja, jer ukazuje na neuspeh na državnom nivou da se zadovolje vitalne potrebe adolescenata. Uprkos dokazima potkrepljenim istraživanjima koji pokazuju da zdravstvene službe prilagođene mladima doprinose boljim zdravstvenim ishodima u populaciji adolescenata, mnoge zemlje nisu uspele da implementiraju ovakav oblik zdravstvene zaštite (70). Nakon što su na Međunarodnoj konferenciji o populaciji i razvoju u Kairu 1994. godine usvojeni ciljevi da se unapredi pristup adolescenata službama za zaštitu reproduktivnog zdravlja i obrazovanju u ovoj oblasti, što podrazumeva prilagođavanje i zdravstvenih programa i samih karakteristika zdravstvene zaštite (radno vreme, fizička odvojenost, garancija poverljivosti) potrebama adolescenata, u mnogim zemljama je uveden koncept zdravstvenih službi prilagođenih mladima. U zemljama u kojima su zdravstvene službe prilagođene mladima zaživele, zabeležena su značajna poboljšanja u reproduktivnom zdravlju adolescenata. Na primer, u Sjedinjenim Američkim državama i Velikoj Britaniji stopa adolescentskih trudnoća značajno je smanjena u odnosu na 1970-te godine prošlog veka (268). U Srbiji su savetovaništva za mlade u okviru primarne zdravstvene zaštite osnovana od 1999. godine, i uključivala su psihologa, pedijatra, ginekologa, socijalnog radnika i medicinsku sestru. Savetovaništva za mlade podrazumevaju integrisani, multidisciplinarni pristup za različite probleme mladih – u oblasti reproduktivnog zdravlja, mentalnog zdravlja, zloupotrebe supstanci, razvojnih problema, problema u porodici i sa vršnjacima itd. Međutim, poslednjih godina jedan broj savetovaništva je prestao sa radom, zbog nedovoljnog broja lekara. S obzirom da je obezbeđivanje pristupa zaštiti reproduktivnog zdravlja prilagođenoj potrebama

adolescenata od vitalnog značaja, svaka ustanova primarne zdravstvene zaštite bi trebalo da revitalizuje i unapredi svoje savetovalište za mlade. Zdravstveni radnici obučeni za rad sa adolescentima su u najboljem položaju da u praksi obezbede poštovanje prava adolescenata na poverljivost, kao i da zastupaju i promovišu bolju zaštitu reproduktivnog zdravlja.

Takođe, ispitanici su naveli problem neadekvatne zaštite poverljivosti elektronskog medicinskog kartona. Elektronski medicinski karton ima veliki potencijal za unapređenje zdravstvene zaštite, ali takođe stvara mogućnosti za nepredvidiva narušavanja privatnosti korisnika zdravstvenih usluga. Naši ispitanici su se najviše žalili na činjenice da je elektronski karton dostupan svim lekarima kod kojih se pacijent leči u ustanovi, i da ne postoji mogućnost „zaključavanja“ poverljivog podatka u elektronskom kartonu. Privatnost adolescenata je istaknuta od strane Američke akademije za pedijatriju kao ključno pitanje prilikom implementiranja elektronskih medicinskih kartona u pedijatriji (269). Takođe, Američko udruženje za adolescentsko zdravlje i medicinu usvojilo je nekoliko preporuka za adekvatno korišćenje elektronskog kartona u adolescentnoj medicini: dizajn, implementacija i upotreba elektronskog kartona mora imati adekvatno zaštićenu poverljivost; svi zaposleni koji imaju pristup elektronskom kartonu moraju biti edukovani o poverljivosti, u skladu sa zakonom; zdravstveni profesionalci koji rade sa adolescentima moraju biti spremni da zahtevaju od nadležnih instanci da se mere zaštite poverljivosti obezbede u korišćenju elektronskog kartona, ukoliko to nije prethodno predviđeno (270). Primer pravnog odgovora na probleme privatnosti i poverljivosti medicinskih kartona je nova regulativa Evropske Unije o zaštiti ličnih podataka, koja je usvojena u maju 2016. godine. Srbija je napravila inicijalne korake u pravcu kreiranja pravnog okvira za bezbednost informacija kroz usvajanje Zakona o sigurnosti informacija, u skladu sa vodičima Evropske Unije. Budući koraci da se osiguraju elektronski podaci pacijenata mogli bi biti osmišljeni kroz pravni okvir ovog zakona, u odsustvu e-Zdravlje strategije. Istovremeno, neophodno je nastaviti sa treninzima zdravstvenih profesionalaca kako bi se unapredile njihove tehničke veštine za korišćenje postojećeg softvera. Kao meru unapređenja poverljivosti u elektronskom kartonu pacijenata adolescentskog uzrasta, ali i odraslih pacijenata, sugerišemo uvođenje tehničkog rešenja za zaključavanje poverljivih podataka u kartonu, i koji bi bili dostupni samo lekaru kome su povereni. Adolescent je taj koji bi odlučivao



kada i u kojoj meri bi poverljivi podaci mogli postati dostupni i drugim profesionalcima i roditeljima.

Kao značajni prediktori ponašanja u vezi sa poštovanjem prava na poverljivost u radu sa adolescentima izdvojili su se uzrast, služba, znanje i stavovi. Nakon kontrolisanja uticaja varijabli uzrast i služba, znanje i stavovi su se pokazali kao značajni prediktori, čime je potvrđena naša početna hipoteza da ponašanje zavisi od znanja i stavova. Istraživanja u oblasti efikasnosti i efektivnosti zdravstvene službe donela su značajne rezultate čijom primenom se može značajno unaprediti zdravstveni sistem i posledično doprineti najvažnijim javnozdravstvenim ciljevima – poboljšanju i unapređenju zdravlja. Međutim, prevođenje naučnih dokaza u praksu često je nekonzistentno i nepredvidivo. Iako je obezbeđivanje poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti adolescenata brojnim istraživanjima potvrđeno kao neophodan uslov efikasne zaštite reproduktivnog zdravlja u ovoj populaciji, lekari često ne primenjuju praksu zaštite poverljivosti. Postavilo se pitanje koji faktori utiču na ponašanje zdravstvenih profesionalaca, i na koji način se može nepovoljno ponašanje promeniti. Socijalno-kognitivna teorija kojom se najčešće objašnjava ponašanje zdravstvenih profesionalaca je Ajzenova teorija planiranog ponašanja (eng. *Theory of Planned Behavior*) (271). Prema ovoj teorijiključni faktor koji objašnjava ponašanje su namere, a namere su oblikovane stavovima, socijalnim normama (doživljenim društvenim pritiskom da se upražnjava ponašanje) i doživljenom kontrolom (koliko osoba veruje da ima kontrolu nad ponašanjem) (272). Stavovi su se empirijski pokazali kao pouzdan prediktor i namera i ponašanja u različitim teorijskim okvirima (273,274,275). Dakle, pri predviđanju ponašanja pojedinaca, potrebno je proceniti njegov/njen stav prema datom ponašanju. Teorija predviđa da što je pozitivniji stav prema nekom ponašanju, veći su i izgledi da će data osoba praktikovati to ponašanje. S druge strane, jedna od ključnih komponenti stava je kognitivna, i smatra se da informisanost o određenom fenomenu značajno oblikuje stav prema njemu (276). Iz tog razloga se edukativne intervencije često primenjuju kao metoda promene stava u određenoj populaciji, što posredno utiče i na promenu ponašanja. S obzirom da rezultati našeg istraživanja ukazuju da su i nivo znanja (informisanosti) i skor na skali stavova značajni prediktori ponašanja, može se zaključiti da adekvatna edukacija može dovesti do promene negativnih stavova kod

lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i posledično do proaktivnijeg ponašanja u smislu obezbeđivanja poverljivosti u radu sa pacijentima adolescentskog uzrasta.

Smatramo da pravo na poverljivost treba da bude realizovano u zdravstvenoj zaštiti adolescenata iz dva glavna razloga. Prvo, primenivši princip smanjenja štete, a imajući u vidu zabrinjavajuće epidemiološke podatke o rizičnom ponašanju i stopama trudnoće i seksualno prenovih bolesti u populaciji adolescenata u Srbiji, zaštita poverljivosti ima za cilj da spreči nastanak negativnih zdravstvenih ishoda koji bi se neminovno javili kao rezultat izbegavanja adolescenata da se jave lekaru iz straha da roditelji mogu saznati. Drugi razlog tiče se obaveze poštovanja razvijajuće autonomije adolescenata i stvaranja podsticajnog okruženja za njihov razvoj. Garancija poverljivosti u zdravstvenoj zaštiti daje mogućnost adolescentima da razvijaju sposobnost donošenja odluka, što unapređuje njihovu participaciju u kasnijem životu. Tom Bečam i Džejms Čildres (Tom Beauchamp i James Childress) tvrde da dobrobit deteta opravdava roditeljske odluke koje se protive željama deteta (277). Roditelji kontrolišu decu i ponašaju se paternalistički jer veruju da tako deci omogućavaju bolji život, ili barem manje opasan život. Zakoni koji zahtevaju pristanak roditelja i obaveštavanje roditelja o svim pitanjima vezanim za zdravlje adolescenata dovode do kršenja poverljivosti i odvraćaju mnoge adolescente od obraćanja zdravstvenoj službi. Oni adolescenti koji bi odustali od odlaska kod lekara ukoliko im poverljivost nije zagarantovana ne žele da se povere roditeljima o svom zdravstvenom problemu. Kršenjem poverljivosti i primoravanjem da se intimne informacije otkriju roditeljima autonomija adolescenata se grubo ugrožava. Čak i ako pretpostavimo da adolescenti nisu u potpunosti sposobni da donesu autonomnu odluku, ne možemo opravdati ovakav paternalistički pristup s obzirom na značajnu štetu koja će se javiti kao njegova posledica. Ukoliko pristupimo odmeravanju dobiti i štete koji mogu nastati kao posledica ukidanja prava na poverljivost adolescentima, videćemo da su potencijalne dobiti (jačanje roditeljskog autoriteta, bolji uvid roditelja u zdravstveno stanje i intimni život deteta, mogućnost da roditelji pomognu detetu pošto se upoznaju sa njegovim problemima) neuporedivo manje od rizika (odustajanje ili odlaganje odlaska kod lekara, nekorišćenje kontracepcije, nelečenje seksualno-prenosivih bolesti i rizik od steriliteta u budućnosti, neotkrivanje intimnih informacija bez kojih se dijagnoza ne može postaviti i posledična pogrešna terapija). Drugim rečima, ukoliko im poverljivost nije zagarantovana, adolescenti će

trpeti ozbiljne zdravstvene posledice koje su mogle biti izbegnute, što svakako nije u njihovom najboljem interesu. Dakle argument da dobrobit tj. interes opravdava paternalizam nije primenjiv u kontekstu reproduktivnog zdravlja adolescenata. S obzirom na prioritet koji adolescenti pridaju poverljivosti u zaštiti reproduktivnog zdravlja, zdravstveni radnici imaju zadatak da ih eksplicitno uključe u donošenje odluka, i da odvoje vreme za konsultacije bez prisustva roditelja.

Uključivanje dece u medicinsko odlučivanje podrazumeva balans više faktora, kao što su potreba i pravo deteta za samoodređenjem, potreba deteta za vođenjem i zaštitom, ali i pravo roditelja da koordinišu odnose između članova porodice u skladu sa svojim vrednostima (278). Imajući u vidu snažno utemeljen kolektivizam i porodičnu međupovezanost koji su sveprisutni u srpskom kontekstu, ali i negativne efekte socio-ekonomske tranzicije, može se pretpostaviti da nametanje isključivih principa koji nisu u skladu sa mentalitetom u Srbiji može izazvati otpor i dalje negiranje dečjih prava. Davanje autonomije pedijatrijskim pacijentima bez poštovanja porodičnih i kulturnih vrednosti nosi sa sobom rizik stvaranja barijere između adolescenata i njihovih roditelja, i to u situacijama kad im je roditeljska podrška preko potrebna (278). Dakle, svrsishodniji bi bio umereniji pristup koja podrazumeva najpre edukaciju čitave populacije, a posebno roditelja, o važnosti uključivanja dece u donošenje odluka u zdravstvenoj zaštiti i važnosti poverljivosti u zaštiti reproduktivnog zdravlja. Buđenje svesti o važnosti participacije dece kroz sistematičnu i kontinuiranu javnu kampanju bilo bi uvodni korak ka širem prihvatanju dečjih prava na odlučivanje u zdravstvu, ali i ostalim sferama života. Izveštaj Evropske komisije o participaciji dece u državama članicama Evropske Unije ukazao je na činjenicu da zakonska regulativa nije dovoljan činilac promene (89). Edukacija javnosti o pravima dece identifikovana je u ovom izveštaju kao glavna strategija za podizanje svesti u široj populaciji i bolje razumevanje značaja i dobiti uključivanja dece u donošenje odluka. Međutim, ovaj proces zahteva vreme i strpljenje, sa pažljivo i promišljeno osmišljenom kampanjom koja bi bila prilagođena specifičnostima socio-kulturnog okruženja.

Na nivou konkretnog odnosa lekar-pacijent, sugerišemo započinjanje razgovora o važnosti uključivanja deteta u donošenje odluka i poverljivosti između lekara i roditelja već u ranom detinjstvu. Takođe, deca se mogu početi uključivati u donošenje najpre minornih odluka (npr. u koju ruku da se aplicira vakcina), do sve važnijih odluka kako

dete odrasta. Ostin Lorens Dalgo (Austin Lawrence Dalgo) sugerije ranu integraciju učešća u odlučivanju dece u pedijatrijsku praksu kao vid preventivne etike (279). On ne postavlja pitanje da li deca treba da budu uključena u donošenje odluka, već na koji način je najbolje uključiti dete s obzirom na okolnosti oboljenja, zrelost deteta i porodične odnose. Naša sugestija je da bi u uzrastu pre puberteta lekar trebalo sa roditeljima da razgovara o razvojnim temama, o nastupajućoj seksualnosti i potrebi adolescenta za intimnošću i privatnošću. Na taj način roditelji bi se pripremili za vreme kada će njihovo dete početi da razvija autonomiju i da traži samostalnost i poverljivost, i da razumeju značajpoverljivosti u odnosu sa lekarom. Istraživanja su pokazala je većina roditelja sposobna da prepozna značaj poverljivosti u radu sa adolescentima nakon adekvatnog informisanja (184).

Takođe, zalažemo se za „personalizovani“ pristup, predložen od strane Maje Sabatelo (Maya Sabatello) i saradnika, koji uzima u obzir različite kulturne vrednosti, prilagođen je okolnostima svakog konkretnog deteta i njegove porodice, i postavlja ograničenja na individualnu autonomiju u zavisnosti od odnosa između članova porodice (280). „Personalizovani pristup“ u skladu je sa feminističkim shvatanjem relacije autonomije (autonomije sa drugima), koje je možda bolji pristup u pedijatrijskom kontekstu od tradicionalne zapadnjačke paradigme koja daje prioritet individualnom samoodređenju (281). U središtu ovog shvatanja je pretpostavka da se individue razvijaju u matrici odnosa sa drugim ljudima, i da su odnosi i odgovornosti između osoba od centralnog značaja kada se raspravlja o ljudskim pravima i slobodama. S obzirom da su ljudska bića suštinski međuzavisna, autonomija je dostižna samo kroz odnose sa drugima. Važne implikacije feminističkog pristupa su da se dečja prava shvataju kao pitanje međudnosa i moralnih odgovornosti a ne formalnih pravila, ali i da se koncept dečjih prava vezuje za konkretno, kontekstualizovano okruženje (kakvo je porodica), čime se naglašava važnost socio-kulturnog miljea u kome se dete nalazi (282). Umesto da definiše autonomiju deteta u odnosu na (ne)posedovanje sposobnosti rasuđivanja, feministički pristup autonomiju deteta konceptualizuje kroz odnose sa drugima. On prepoznaje da postavljanje granica i odnosa moći između dece i roditelja predstavlja dinamični proces pregovaranja u kom obe strane sazrevaju i menjaju se. Tradicionalno bioetičko shvatanje autonomije i informisanog pristanka podrazumeva racionalno donošenje odluka od strane zasebnih individua koje zahtevaju poštovanje

njihove autonomije u odnosu sa medicinskim profesionalcima. Međutim, maloletnim osobama se autonomija u medicinskom odlučivanju dozvoljava u nekim pravnim sistemima samo ukoliko pokažu adekvatan nivo zrelosti i sposobnosti rezonovanja, a u suprotnom medicinsku odluku donosi roditelj/staratelj, ili lekar/sud ukoliko se odluka roditelja/staratelja protivi najboljem interesu deteta. U takvim okolnostima konflikti između potencijalnih donosilaca odluka su česti. Feministički princip relacije autonomije izbegava konflikt jer pristupa problemu iz drugog ugla, uključujući sve učesnike (deca, roditelje, lekare) da zajednički nađu rešenje koje će doneti najviše dobrobiti detetu. Feministički pristup kritikuje tradicionalno bioetičko shvatanje autonomije i zbog njegovog preneglašavanja individualnosti, nezavisnosti i liberalizma, pritom proglašavajući povezanost i međuzavisnost (naročito u porodici) za glavnu pretnju individualnoj autonomiji (283). Na primeru pedijatrijskog odlučivanja, Katarina Ruhe i saradnici sugerišu sledeći okvir rešavanja konflikta mišljenja između roditelja i dece: ukoliko dete donese odluku koju roditelji i lekari ne smatraju mudrom, umesto proglašavanja deteta nekompetentnim i isključivanja iz procesa donošenja odluke ovo neslaganje može poslužiti kao podsticaj da se detetove sposobnosti unaprede kroz iskustveni primer, što je u skladu sa idejom o zoni narednog razvoja Lava Vigotskog kao idealnom prostoru za učenje i kognitivni razvoj (241). Takođe, i odrasle aktere ovakva situacija može potaknuti da kritički razmotre sopstvene motive i vrednosti, i da pokušaju da integrišu i motive koje je dete iznelo (241).

Imajući na umu značaj stabilnog porodičnog okruženja u razvoju deteta, moraju se preduzeti mere koje bi pomirile potrebe adolescenata i porodične vrednosti. Ovakav pristup zahteva od lekara koji rade sa adolescentima da u svakom pojedinačnom slučaju odrede moguću štetu i korist insistiranja na poverljivosti. Kako bi mogli da izvrše ovu procenu, lekari se moraju upoznati sa socio-kulturnim miljeom u kome živi pacijent, i proceniti kvalitet njegovog odnosa sa roditeljima. U realnosti srpskog zdravstvenog sistema ovakav pristup implicira da lekari moraju biti snabdeveni i vremenom i veštinama kako bi bili sposobni da procene vrednosti i odnose u porodici adolescenta, a na osnovu čega bi doneli odluku u stepenu uključivanja roditelja. Takođe, lekari moraju biti sposobni i edukovani da procene kognitivne i emocionalne sposobnosti adolescenata i da u skladu sa procenom odluče koji nivo participacije u odlučivanju je adekvatan. Mora se naglasiti da ne zahtevaju sve medicinske situacije isti nivo zrelosti. Dete ili

adolescent može biti sposobno da samostalno pristane na zubarsku intervenciju ili šivenje razderotine, ali ne i da proceni dugoročne posledice komplikovanijih odluka, kao što je odbijanje operacije ili transplantacije kosne srži. Odluke u vezi sa reproduktivnim zdravljem (zahtev za kontraceptivnim sredstvom, lečenje seksualno-prenosivih bolesti, dijagnostikovanje trudnoće) takođe zahtevaju različit nivo mentalnih kompetencija prilikom donošenja odluka. Insistiranje na autonomiji adolescenta po svaku cenu može biti štetno po adolescente koji žive u tradicionalnijim porodicama. Zaštita interesa deteta mora biti vrhovni cilj u zdravstvenoj zaštiti, i vodeći princip prilikom odlučivanja o tome da li i kako da se omogući poverljivost prilikom kliničkog pregleda.

Naši ispitanici su istakli da je njihova pozicija jedinstvena u smislu da mogu da prate i podrže psiho-socijalni razvoj dece, da prepoznaju jedinstvene razvojne i socijalne probleme i da blagovremeno reaguju i pruže neophodnu pomoć. Lekari sebe vide kao medijatore između roditelja i dece, kao profesionalce koji su u prilici da edukuju i decu i roditelje i na taj način doprinesu boljem razumevanju i boljoj roditeljskoj podršci. Međutim, dodatna obuka iz adolescentne medicine i sticanje veština komunikacije sa adolescentima i njihovim roditeljima bi svakako doprineli unapređenju kompetencija lekara da pružaju što efektivnije usluge adolescentima. Istraživanje sprovedeno 2011.godine među 1233 lekara u SAD pokazalo je da lekari sa specijalizacijom iz adolescentne medicine u značajno većoj meri obezbeđuju poverljivost u radu sa adolescentima u odnosu na specijaliste pedijatrije (284). Takođe, empirijski podaci pokazuju da lekari koji su prošli trening iz adolescentne medicine efikasnije vrše skrining i savetovanje u vezi sa rizičnim ponašanjima i zdravstvenim posledicama (285). Interventna studija koja je sprovedena u Mičigenu u okviru programa za unapređenje kvaliteta zdravstvene službe pokazala je da je nakon edukativne intervencije značajno veći broj lekara specijalista porodične medicine i pedijatrije razgovarao sa adolescentima o poverljivosti i obezbeđivao vreme nasamo sa adolescentom (286). Potreba za specijalističkom obukom iz adolescentne medicine javila se kao posledica značajnih epidemioloških promena kada su glavni zdravstveni problemi koji pogađaju populaciju adolescenata u pitanju. Naime, u prethodnim decenijama značajno se smanjila prevalenca infektivnih bolesti, a povećala se prevalenca problema u mentalnom zdravlju, vršnjačkog nasilja, problema sa

zluopotrebom substanci i problema u reproduktivnom zdravlju (seksualno-prenosive bolesti, neželjene trudnoće i abortusi) (287) Iz tog razloga je u Severnoj Americi i Australiji osnovana adolescentna medicina kao posebna grana medicine, koja se bavi specifičnim aspektima procene, dijagnostike i tretmana zdravstvenih problema u populaciji adolescenata. Međutim, u ovom trenutku formalna edukacija iz adolescentne medicine je još u fazi organizovanja i implementiranja u mnogim zemljama Evropske Unije, tako da evropski pedijatri još uvek nemaju formalnu edukaciju iz ove oblasti (288). Smatra se da zdravstveni profesionalci koji rade sa pacijentima adolescentskog uzrasta moraju steći kompetencije koje pored specifičnog znanja obuhvataju specifičan stav i pristup pacijentima koji nisu ni deca ni odrasli (289). Donosioci odluka u zdravstvenoj politici nužno moraju prepoznati potrebu za ovakvom edukacijom kao deo svoje agende. Evropska pedijatrijska akademija (*European Academy of Paediatrics*) poziva nacionalna tela, udruženja pedijatara i nastavne baze da ustanove edukacije iz adolescentne medicine kako bi se pedijatri pripremili buduće izazove u pružanju adekvatnih i efektivnih zdravstvenih usluga adolescentima (290).

Takođe, smatramo da je koncept zdravstvene službe prilagođene mladima idealan okvir za pružanje poverljive zaštite reproduktivnog zdravlja adolescentima. Iako je zdravstveni sistem Srbije preopterećen brojnim vitalnim problemima, a populacija adolescenata predstavlja najzdraviju populacionu grupu, ne smemo zanemariti značaj ulaganja u njihovo zdravlje. Komisija za zdravlje i dobrobit adolescenata časopisa *Lancet* sugeriše da je ulaganje u zdravlje adolescenata ključna strategija za održiv razvoj i napredak jednog društva, naročito u zemljama u razvoju. Brojne analize su pokazale da se dobiti od intervencija uložениh u zdravlje i blagostanje adolescenata ne odražavaju samo na transformisanje njihovih života, već i na socijalno i ekonomsko blagostanje čitavog društva, sa zaključkom da im se treba dati visok prioritet u nacionalnim politikama (291).

Naše istraživanje imalo je određena ograničenja. U prvoj fazi kvalitativnog istraživanja stekli smo uvid u mišljenja, shvatanja i iskustva određenog broja lekara u Beogradu, koja ne moraju biti slična u drugim delovima Srbije. Takođe, u studiju nisu uključeni lekari iz privatne prakse, za koje se može pretpostaviti da imaju drugačiji pristup u radu sa pacijentima. Iako cilj kvalitativnih istraživanja nije generalizacija, ona mogu poslužiti kao osnova za dalja, sveobuhvatnija istraživanja. Studija preseka

obuhvatila je veći broj ispitanika, ali značajno manji od unapred predviđenog, zbog odbijanja tri doma zdravlja da učestvuju u istraživanju, kao i zbog izostanka određenog broja zaposlenih lekara sa radnog mesta u periodu istraživanja. Moramo napomenuti da brojna istraživanja govore u prilog tvrdnji da lekari spadaju u nezahvalnu populacionu grupu za anketiranje, a stopa odgovora u anketama je u proseku za 10% niža kod medicinskih profesionalaca nego u opštoj populaciji (292), a prosečna stopa odgovora u anketama u opštoj populaciji ali i u populaciji lekara drastično je opala u prethodnoj deceniji. Ovaj problem možemo analizirati sa stanovišta jedne od tri pretpostavke na kojima počiva ispitivanje upitnikom, a to je *motivacija* ispitanika. S obzirom na utvrđeni nedostatak vremena i prepoterećenost pacijentima možemo razumeti nisku motivisanost zaposlenih u zdravstvenom sektoru za učešće u istraživanjima. Takođe, ispitanici u našem istraživanju nisu dobijali materijalnu kompenzaciju za učešće u istraživanju zbog nepostojanja sredstava za izvođenje studije (iako je u mnogim istraživanjima utvrđeno da se ispitanici iz populacije lekara najbolje motivišu za učešće u istraživanjima finansijskom kompenzacijom u visini cene jednog pregleda (293)). Na kraju, kako bi se steklo potpunije razumevanje značaja poverljivosti u zaštiti reproduktivnog zdravlja adolescenata, potrebno je istražiti shvatanja i stavoveroditelja i samih adolescenata, što može predstavljati preporuku za dalja istraživanja u ovoj oblasti na našim prostorima.



## 6. ZAKLJUČCI

1. Ispitivanje psihometrijskih karakteristika konstruisanog upitnika za ispitivanje znanja, stavova i ponašanja lekara koji su uključeni u zdravstvenu zaštitu adolescenata u vezi sa poštovanjem prava na poverljivost u oblasti reproduktivnog zdravlja pokazalo je dobre rezultate. Skala stavova pokazala je odličnu pouzdanost (Kronbah alfa je iznosio 0.835) i validnost (ekstrahovano je šest komponenti skale stavova koje predstavljaju glavne konstrukte stavova prema poverljivosti: značaj poverljivosti u radu sa adolescentima, sposobnost rasuđivanja adolescenata, pitanje seksualnosti u komunikaciji između roditelja i dece, razlozi za uključenost roditelja, poverljivost u preventivnim medicinskim situacijama i poverljivost u dijagnostičkim i terapijskim situacijama). Test znanja pokazao je dobru pouzdanost (Kronbah alfa=0.664), diskriminativnost i adekvatnu težinu pitanja.
2. Ispitivani lekari pokazali su srednje dobro znanje u vezi sa pravom na poverljivost adolescenata (prosečan skor na testu znanja iznosio je  $4.05 \pm 1.754$  poena, što spada u srednji tercil ukupnog skora), a analiza distribucije tačnih odgovora po pojedinačnim pitanjima iz testa znanja ukazala je na nedovoljno dobro poznavanje zakonskih odredbi koje regulišu pravo na pristanak i poverljivost adolescentima u zdravstvenoj zaštiti, što predstavlja potvrdu početne hipoteze. Takođe, ispitanici iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece pokazali su statistički značajno bolje poznavanje pojedinih zakonskih odredbi od ispitanika iz službe za zdravstvenu zaštitu žena, iako značajne razlike u ukupnom skoru između ovih grupa nije bilo.
3. Ispitivani lekari pokazali su umerenost prema poverljivosti u radu sa adolescentima (prosečan skor na skali stavova iznosio je  $65.91 \pm 10.33$  poena, što se nalazi u drugom tercilu ukupnog raspona poena). Ispitanici muškog pola imali su statistički značajno veći skor na skali stavova u odnosu na ispitanike ženskog pola, a nije bilo razlike u skoru stavova u odnosu na ostalo socio-demografske karakteristike. Kada su u pitanju pojedinačne stavke u skali stavova, najviše lekara (preko 80%) ima pozitivan stav prema stavkama iz komponente „Značaj poverljivosti u radu sa adolescentima“. Drugim rečima, većina lekara podržava

argumente koji opravdavaju pravo na poverljivost adolescentima. Međutim, značajno manje lekara smatra da adolescenti imaju adekvatnu sposobnost rasuđivanja, tj. manje od polovine njih se afirmativno izjasnilo u stavkama iz komponente skale „Sposobnost rasuđivanja adolescenata“. Većina ispitanika (preko 70%) se složilo sa stavkama iz komponente „Razlozi za uključenost roditelja“, čime su pokazali da smatraju da roditelji imaju pravo da budu informisani i uključeni u zdravstvenu zaštitu svojih adolescenata. Kada je u pitanju komponenta „Pitanje seksualnosti u komunikaciji između roditelja i dece“, većina ispitanika smatra da postoje problemi u komunikaciji o seksualnosti, i da će adolescenti sakriti intimne podatke od lekara ukoliko se plaše da roditelji mogu saznati. Većina ispitanika se slaže da adolescentima treba omogućiti poverljivost prilikom savetovanja o reproduktivnom zdravlju (90.1%), nešto manje prilikom propisivanja kontracepcije (66.4%), dijagnostikovanja seksualno-prenosivih bolesti (65.8) i lečenja seksualno-prenosivih bolesti (61.2%). Manjina ispitanika je za omogućavanje adolescentima poverljivosti kada su u pitanju trudnoća (31.6%), abortus (19.7%) i cista na jajniku (32.9%). Ovim rezultatima potvrđena je hipoteza da lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju delimično negativan stav prema poštovanju poverljivosti u radu sa adolescentima, zbog, kako je istraživanjem utvrđeno, mišljenja da adolescenti nisu dovoljno zreli da donose adekvatne odluke i mišljenja da roditelji imaju pravo da budu uključeni u zdravstvenu zaštitu svoje dece adolescentskog uzrasta.

4. Ispitanici su pokazali srednje dobar skor na skali ponašanja ( $21.43 \pm 4.03$  poena, što spada u drugi tercil ukupnog raspona skora), što se može protumačiti kao umerena zaštita poverljivosti u kliničkoj praksi. Ispitanici iz službe za zdravstvenu zaštitu žena pokazali su statistički značajno bolji skor na skali ponašanja u odnosu na ispitanike iz službe za zdravstvenu zaštitu školske dece. Iako većina ispitanika navodi da uvek i često adolescente pre uzimanja anamneze obaveštava da će sve o čemu budu razgovarali biti poverljivo (67.8%), i da uvek i često zamoli roditelje da pre početka pregleda napuste ordinaciju (56.6%), najveći broj ispitanika je istakao da ponekad, često i uvek roditelje ipak obaveštava o sadržaju razgovora sa adolescentom, dijagnozi i

predloženim merama lečenja (78.3%). Ovim je potvrđena početna hipoteza da lekari nekonzistentno obezbeđuju poverljivost u radu sa adolescentima.

5. Kao faktore koji najviše ugrožavaju poverljivost u radu sa adolescentima procentualno najveći broj ispitivanih lekara je istakao nedovoljno vremena po pacijentu (67.1%), nedostupnost juvenilnog ginekologa (59.2%) ,nepreciznu zakonsku definiciju situacija “*ozbiljne ugroženosti života i zdravlja*” u kojima se roditelji moraju obavestiti protivno volji deteta (52.6%) i nedovoljan broj lekara u smeni (51.3%). Nešto manje od polovine ispitanika se saglasilo da poverljivost u radu sa adolescentima ugrožavaju neadekvatan način čuvanja podataka u kartonu (45.4%), nedovoljna informisanost zdravstvenog radnika o pravima pacijenata i značaju poverljivosti (44.7%), insistiranje roditelja da budu obavešteni (40.8%), i nedovoljna informisanost zdravstvenog radnika u oblasti adolescentne medicine (47.4%).
6. Multivarijantnom linearnom regresijom pokazano je da varijable *Skor znanja* i *Skor stavova* značajno predviđaju varijabilitet u varijabli *Skor ponašanja* čak i nakon kontrolisanja efekata druga dva značajna prediktora *Starost* i *Služba* (Promena kvadriranog  $R=0.126$ ,  $F$  change=12.525,  $p<0.001$ ), čime je potvrđena hipoteza da su znanje i stavovi značajni prediktori ponašanja. Na osnovu ovih rezultata može se zaključiti da bi edukacija lekara značajno unapredila njihovo poštovanje poverljivosti u praksi sa adolescentima.

## 7. LITERATURA

1. World Health Organization. Adolescent Health and Development [Internet]. 2019. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/)
2. Elster AB, Kuznets NJ. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations And Rationale. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.
3. Steinberg L, Lerner RM. Handbook of adolescent psychology. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2004.
4. Hart SN. From property to person status: Historical perspective on children's rights. *American Psychologist* 1991; 46(1):53-59.
5. Žan Žak Ruso. Emil ili O vaspitanju. Zavod za izdavanje udžbenika Socijalističke Republike Srbije, 1950.
6. Fustenberg F. Adolescence: sociology of. In: Smelser NJ, Baltes PB, eds. *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier, 2001 (pp 94-97).
7. Schlegel A, Barry H. Adolescence: An anthropological inquiry. New York: Free Press 1991.
8. Feldman, SS, Elliott GR. At the threshold: The developing adolescent. Cambridge, MA: Harvard University Press 1990.
9. Demos J, Demos V. Adolescence in historical perspective. *Journal of Marriage and Family* 1969; 632-638.
10. Freud A. Adolescence as a developmental disturbance. In Caplan G, Lebovici S, eds. *Adolescence*. New York: Basic Books, 1969, pp. 5–10.
11. Erikson EH. *Childhood and society*. New York: Norton, 1950.
12. McCandless RR. *Children and adolescents*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1961.
13. Mid M. *Sazrevanje na Samoi*. Beograd: Prosveta, 1978.
14. Steinberg L, Lerner RM. Handbook of adolescent psychology. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2004.
15. Steinberg L, Lerner RM. Handbook of adolescent psychology. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2004.

16. Steinberg L. Adolescent development: theories of. In: Smelser NJ, Baltes PB, eds. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier, 2001, pp 102 – 105
17. Bonino S, Cattelino E, Ciairano S, Mc Donald L, Jessor R. *Adolescents and risk: Behavior, functions, and protective factors*. New York: Springer; 2005
18. Miller PH. Piaget's theory: Past, present, and future. In: Goswami U, ed. *Blackwell handbook of childhood cognitive development*. John Wiley & Sons, 2010, pp. 649-72.
19. Bell SM. The development of the concept of object as related to infant – mother attachment. *Child Development* 1970; 41(2): 292 – 311.
20. Haith MM, Benson JB. Infant cognition. In Kuhn C, Siegler RS, eds. *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language*, 5<sup>th</sup>ed. New York: Wiley, 1998, pp. 199 – 254 .
21. Brainerd CJ, Allen TW. Experimental inductions of the conservation of “ first - order ” quantitative invariants. *Psychological Bulletin* 1971;75:128 – 144.
22. Siegel LS. Amazing new discovery: Piaget was wrong! *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne* 1993; 34(3): 239–245.
23. Vigotski LS. *Problemi razvoja psihe*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd, 1996.
24. Zimmer-Gembeck M, Collins A. Autonomy development during adolescence. In: Adams GR, Berzonsky M, eds. *Blackwell handbook of adolescence*. New York: John Wiley & Sons; 2008, pp.175-204.
25. Ryan RM, Deci EL, Grolnick WS. Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. In Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology: Volume 1: Theory and methods*. New York: Willey, 1995, pp.618-655.
26. Collins WA, Gleason T, Sesma Jr. A. Internalization. Autonomy, and relationships: Development during adolescence. In Grusec JE, Kuczynski L, eds. *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory*. New York: Willey, 1997, pp. 78-99.
27. Freud A. Adolescence. *Psychoanalytic study of the child* 1958; 13:255-278.

28. Blos P. The second individuation process of adolescence. *The psychoanalytic study of the child*. 1967;22(1):162-86.
29. Collins WA. Parent-child relationships in the transition to adolescence: Continuity and change in interaction, affect and cognition. In Montemayor R, Adams GR, Gullotta TP, eds. *Advances in adolescent development: Vol. 2: From childhood to adolescence: A transitional period?* Thousand Oaks, CA: Sage, 1990, pp. 85-106.
30. Steinberg L. Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. In Feldman SS, G. R. Elliott GR, eds. *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990, pp. 255-276.
31. Inguglia C, Ingoglia S, Liga F, Coco AL, Cricchio MG. Autonomy and relatedness in adolescence and emerging adulthood: Relationships with parental support and psychological distress. *Journal of Adult Development* 2015; 22(1):1-3.
32. Smetana JG, Campione-Barr N, Metzger A. Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology* 2006; 57: 255–284.
33. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet* 2012; 379(9826):1564-1567.
34. Gore F, Bloem P, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 377(9783):2093–2102.
35. DiClemente RJ, Santelli JS, Crosby RA, eds. *Adolescent Health : Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Hoboken, NJ, USA: Jossey-Bass, 2009.
36. Petridou E, Zavitsanos X, Dessypris N, Frangakis C, Mandyla M, Doxiadis S, Trichopoulos D. Adolescents in high-risk trajectory: clustering of risky behavior and the origins of socioeconomic health differentials. *Preventive medicine* 1997; (2):215-9.
37. Irwin CE Jr., Millstein SG. Biopsychosocial correlates of risk - taking behaviors during adolescence. *Journal of Adolescent Health Care* 1986; 7:82S – 96S .
38. Bonino S, Cattellino E, Ciairano S. *Adolescent and risk. Behavior, functions, and protective factors*. Verlag, Italia: Springer, 2005.

39. Jessor R, ed. *New perspectives on adolescent risk behavior*. New York: Cambridge University Press, 1998.
40. O' Donnell L, O' Donnell CR, Stueve A. Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: The Reach for Health Study. *Family Planning Perspectives* 2001; 33: 268 – 75.
41. *Chlamydia: annual epidemiological report for 2015*. Solna: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017
42. Kleppa E, Holmen SD, Lillebo K, Kjetland EF, Gundersen SG, Taylor M, et al. Cervical ectopy: associations with sexually transmitted infections and HIV – a cross-sectional study of high school students in rural South Africa. *Sexually Transmitted Infections* 2015;91(2):124–129.
43. Gottlieb SL, Low N, Newman LM, Bolan G, Kamb M, Broutet N. Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): the need for STI vaccines. *Vaccine*. 2014;32(14):1527–1535
44. *Cervical cancer incidence and mortality worldwide in 2012*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012.
45. *Global AIDS monitoring 2018*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 20
46. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 – estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization; 2015
47. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121(Suppl. 1):40–48
48. Darroch J, Woog V, Bankola A, Ashford L. *Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. New York: Guttmacher Institute, 2016.
49. *Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy*. New York: United Nations Population Fund, 2015.
50. Delva W , Guillaume F, Vansteelandt S, *et al.* Sexual behaviour and contraceptive use among youth in Balkans. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2007; 12 :309 – 15 .

51. Rašević M, Sedlecki K. Seksualno i reproduktivno ponašanje mladih korisnica interneta u Srbiji. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo* 2013; 141(9-10): 653-658.
52. Boričić K, Vasić M, Grozdanov J, GudeljRakić J, ŽivkovićŠulović M, Jahović Knežević N. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije: 2013 godina. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", 2014.
53. World Health Organization. Situation of child and adolescent health in Europe. WHO 2018. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf?ua=1) (accessed on 15 October 2018).
54. Novosadski humanitarni centar: *Inicijativa za reproduktivno zdravlje mladih, finalni izveštaj (Reproductive Health Initiative for Youth, the final report)*. Novi Sad: Novosadski humanitarni centar, 2008.
55. Nacionalna strategija za mlade. *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 55/2008.
56. World Health Organization. *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2002. Available at: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1). Accessed December 6, 2018.
57. United Nations Department of Public Information. Programme of action. In: *International Conference on Population and Development*; September 5–13, 1994; Cairo, Egypt. Available at: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf). Accessed December 6, 2018.
58. United Nations. Commission on population and development resolution 2012/1 adolescents and youth, report on the forty-fifth session, UN Doc E/2012/25, E/CN.9/2012/8 (15 April 2011 and 23e27 April 2012).
59. Uredba o Nacionalnom programu očuvanja i unapređenja seksualnog i reproduktivnog zdravlja građana Republike Srbije. *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 120/2017.)
60. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet* 2007;369(9568):1220-31.



61. Udruzenje za podsticaj razvoja društva FOKUS: *Program preventivne i vrsnjacke edukacije "Ti biras", finalni izvestaj [Programme of peer education and prevention "You choose", the final report]*. Novi Sad: Udruzenje za podstica jrazvoja drustva Fokus 2013; Available at:[http://www.omladina.info/newsdocs/admin/upload/tibiras\\_fokus\\_ns.pdf](http://www.omladina.info/newsdocs/admin/upload/tibiras_fokus_ns.pdf). Accessed 1 November 2013.
62. Fathalla MF, Sinding SW, Rosenfield A, Fathalla MMF. Sexual and reproductive health for all: a call to action. *The Lancet* 2006; 368: 2095-100.
63. Speizer I. et al. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: A review of the evidence. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33: 324-348.
64. Woog V, Singh S, Browne A, Philbin J. Adolescent Women's need for and use of sexual and reproductive health Services in Developing Countries. New York: Guttmacher Institute, 2015.
65. Santhya KG, Jejeebhoy SJ. Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: evidence from low- and middle-income countries. *Glob Public Health*. 2015;10(2):189–221.
66. Wood DL, Hayward RA, Corey CR, Freeman HE, Shapiro MF. Access to medical care for children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 1990;86:666-73.
67. WHO. Adolescent-Friendly Health Services: An Agenda for Change. Geneva: WHO, 2002.
68. Quality Assessment Guidebook. A guide to assessing health services for adolescent clients. Geneva, World Health Organization, 2009.
69. Brittain AW, Williams JR, Zapata LB, Pazol K, Romero LM, Weik TS. Youth-friendly family planning services for young people: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015;49(2):S73-84.
70. World Health Organization: Youth friendly health policies and services in European region: Sharing experience. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2010.

71. World Health Organization. Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Geneva: World Health Organization, 2012.
72. Michaud PA, Schrier L, Ross-Russel R, van der Heijden L, Dossche L, Copley S, et al. Paediatric departments need to improve residents' training in adolescent medicine and health: a position paper of the European Academy of Paediatrics. *European Journal of Pediatrics* 2018;177(4):479-87.
73. Centar za prava deteta. Izveštaj o ostvarivanju prava deteta u Republici Srbiji iz ugla dece I mladih. Beograd, Centar za prava deteta, 2013.
74. Ohana Y, Bulat M. Evaluation of the National youth strategy (2008-2014) in the Republic of Serbia and action plan (2009-2014). Ministry of Youth and Sport of the Republic of Serbia and UNFPA: 2015.
75. Morreale MC, Kappahahn CJ, Elster AB, Juszczak L, Klein JD. Access to Health Care for Adolescents and Young Adults: A Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 2004;35:342-344.
76. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics: Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice. *Pediatrics* 1995;95(2):314–317. Reaffirmed May 2011.
77. British Medical Association. Involving children and assessing a child's competence. Consent, rights and choices in health care for children and young people. London: BMJ Books, 2000, pp 92–103.
78. Habashi J, Driskill ST, Lang JH, DeFalco PL. Constitutional analysis: A proclamation of children's right to protection, provision, and participation. *The International Journal of Children's Rights*. 2010; 18(2):267-90.
79. Scott, Elizabeth S., *The Legal Construction of Childhood*. UVA School of Law, Public Law Working Paper No. 00-18. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=244666> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.244666>  
[6](#)
80. United Nations General Assembly. 1989. Convention on the rights of the child. United Nations, Treaty Series 1577: no. 3.
81. CRC Committee, General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child (33<sup>rd</sup>Sess, 2003), in

- Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, para. 1, U.N. Doc. HRI/GEN/1/9(Vol.II)(2008)
82. Council of Europe. 1997. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. ETS no. 164.<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>. Accessed May 15, 2015.
  83. Kuther TL. Medical decision-making and minors: Issues of consent and assent. *Adolescence* 2003; 38(150): 343–358.
  84. Harrison C. Position statement: Treatment decisions regarding infants, children and adolescents. *Paediatrics& Child Health* 2004; 9(2): 99–103.
  85. Baltag, V., and A.Mathieson. Youth friendly health policies and services in European region: Sharing experience.Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2010.
  86. World Health Organization (WHO). Investing in children: The European child and adolescent health strategy 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2014.
  87. English A. Sexual and reproductive health care for adolescents: legal rights and policy challenges. *Adolescent medicine: state of the art reviews*. 2007 Dec;18(3):571-81.
  88. Stultiëns L, Goffin T, Borry P, Dierickx K, Nys H. Minors and informed consent: a comparative approach. *European journal of health law*. 2007;14(1):21-46.
  89. European Commission. Evaluation of legislation, policy and practice on child participation in European Union (EU)— Final Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.
  90. Ruhe KM, Wangmo T, Badarau DO, Elger BS, Niggli F. Decision-making capacity of children and adolescents—suggestions for advancing the concept’s implementation in pediatric healthcare. *European Journal of Pediatrics* 2015;174(6):775-82.
  91. Alderson P. Choosing for children: Parents’ consent to surgery. Oxford: Oxford University Press, 1990.

92. Alderson P. Children's consent to surgery. Buckingham: Open University Press, 1993.
93. Runeson I, Elander G, Hermeren G, Kristensson-Hallstrom I. Children's consent to treatment: using a scale to assess degree of self-determination. *Pediatric Nursing*. 2000; 26(5):455.
94. Coyne I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of clinical nursing*. 2006;15(1):61-71.
95. Carter B. Chronic pain in childhood and the medical encounter: Professional ventriloquism and hidden voices. *Qualitative Health Research* 2002; 12(1):28–41.
96. Curtis K, Liabo K, Roberts H, Barker M. Consulted but not heard: a qualitative study of young people's views of their local health service. *Health Expectations*. 2004; 7(2):149-56.
97. Kelsey J, Abelson-Mitchell N, Skirton H. Perceptions of young people about decision making in the acute healthcare environment. *Paediatric Nursing*. 2007;19(6):14.
98. Coyne I, Amory A, Kiernan G, Gibson F. Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014;18(3):273-80.
99. Moore L, Kirk S. A literature review of children's and young people's participation in decisions relating to health care. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(15-16):2215-25.
100. Gabe J, Olumide G, Bury M. 'It takes three to tango': a framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. *Social science & medicine*. 2004;59(5):1071-9..
101. Coyne I, Harder M. Children's participation in decision-making: Balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. *Journal of Child Health Care*. 2011;15(4):312-9.
102. Bjork M, Nordstrom B, Hallstrom I. Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: An observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2006; 23(4): 210–219.

103. Lambert V, Glacken M, McCarron M. “Visible-ness”: the nature of communication for children admitted to a specialist children’s hospital in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(23): 3092–3102.
104. Runeson I, Martensson E, Enskar K. Children’s knowledge and degree of participating in decision making when undergoing a clinical diagnostic procedure. *Pediatric Nursing* 2007; 33(6): 505–511.
105. Cox, ED, Smith MA, Brown RL. Evaluating deliberation in pediatric primary care. *Pediatrics* 2007; 120(1): 68–77.
106. Coyne I, Gallagher P. Participation in communication and decision-making: Children and young people’s experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20(15–16): 2334–2343.
107. Lehrer JA, Pantell R, Tebb K, Shafer M. Forgone health care among U.S. adolescents: Associations between risk characteristics and confidentiality concern. *Journal of Adolescent Health* 2007; 40(3): 218–226.
108. McCabe MA. Involving children and adolescents in medical decision making: developmental and clinical considerations. *Journal of Pediatric Psychology* 1996; 21(4): 505–516.
109. Kilkelly U. Child-friendly health care: The views and experiences of children and young people in Council of Europe member States 2011. Council of Europe: Document MSN 1 E. <https://www.crin.org/en/library/publications/childfriendly-health-care-views-and-experiences-children-and-young-people>. Accessed January 31, 2016.
110. Lansdown G. 2005. The evolving capacities of the child. UNICEF Innocenti Insights: No. innins05/18. <https://ideas.repec.org/p/ucf/innins/innins05-18.html>. Accessed August 25, 2015.
111. Reddy DM, Fleming R, Swain C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls’ use of sexual health care services. *JAMA* 2002; 288(6): 710–714.
112. Bender S, Fulbright Y. Content analysis: A review of perceived barriers to sexual and reproductive health services by young people. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2013; 18(3): 159–167.

113. Klostermann BK, Slap GB, Nebrig DM, Tivorsak TL, Britto MT. Earning trust and losing it: Adolescents' views on trusting physicians. *Journal of Family Practice* 2005; 54(8): 679—687.
114. Tobin J. Justifying children's rights. *International Journal of Children's Rights* 2013; 21(3): 395–441
115. Charland LC. Decision-making capacity. In *The Stanford encyclopedia of philosophy*, fall 2015 ed, edited by E.N. Zalta. <http://plato.stanford.edu/archives/fall2015/entries/decisioncapacity/>. Accessed January 27, 2016.
116. Salter EK. Deciding for a child: A comprehensive analysis of best interest standard. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2012; 33(3): 179–198
117. Grisso T, Vierling L. Minors' consent to treatment: A developmental perspective. *Professional Psychology* 1978; 9(3): 412–426.
118. Steinberg L, Cauffman E. Maturity of judgment in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decisionmaking. *Law and Human Behavior* 1996; 20(3): 249–272
119. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature neuroscience*. 1999; 2(10):861-863.
120. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Science* 2008; 1124(1): 111–126.
121. Iltis A. Parents, adolescents, and consent for research participation. *Journal of Medicine and Philosophy* 2013; 38(3): 332–346.
122. Partridge BC. The mature minor: Some critical psychological reflections on the empirical bases. *Journal of Medicine and Philosophy* 2013; 38(3): 332–346.
123. Alderson P. Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science and Medicine* 2007; 65(11): 2272–2283.
124. Dickens BM, Cook RJ. Adolescents and consent to treatment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 89(2): 179–184.

125. Coyne I. Children's participation in decision-making: Balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. *Journal of Child Health Care* 2011; 15(4): 312–319.
126. Diekema DS. Parental refusals of medical treatment: The harm principle as threshold for state intervention. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2004; 25(4): 243–264.
127. Partridge BC. Adolescent psychological development, parenting styles, and pediatric decision-making. *Journal of Medicine and Philosophy* 2010; 35(5): 518–525.
128. Coyne I. Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45(11): 1682–1689.
129. Beresford BA, Sloper P. Chronically ill adolescents' experiences of communicating with doctors: A qualitative study. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33(3): 172–179.
130. Duncan RE, Vandeleur M, Derks A, Sawyer S. Confidentiality with adolescents in the medical setting: what do parents think? *Journal of Adolescent Health*. 2011;49(4):428-30.
131. Tebb K, Hernandez LK, Shafer MA, Chang F, Eyre SL, Otero-Sabogal R. Understanding the attitudes of Latino parents toward confidential health services for teens. *Journal of Adolescent Health*. 2012; 50(6):572-7.
132. McKee MD, O'Sullivan LF, and C.M. Weber CM. Perspectives on confidential care for adolescent girls. *Annals of Family Medicine* 2006; 4(6): 519–526.
133. Hui E. Adolescent and parental perceptions of medical decision-making in Hong Kong. *Bioethics* 2011; 25(9): 516–526.
134. McElhaney KB, Allen JP. Sociocultural perspectives on adolescent autonomy. In Kerig PK, Schulz MS, Hauser ST, eds. *Adolescence and beyond: Family processes and development*, Oxford: Oxford University Press, 2012, pp 161–176.
135. Hobcraft G, Baker T. Special needs of adolescent and young women in accessing reproductive health: Promoting partnerships between young people

- and health care providers. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94(3): 350–356.
136. Alderson P, Montgomery J. *Health care choices: Making decisions with children*. London: Institute for Public Policy Research, 1996.
  137. Vaughn L. *Bioethics: principles, issues and cases*, third edition. New York: Oxford University Press, 2016,p.147.
  138. Hodge JG, Gostin LO. Confidentiality. In: *Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. Oxford University Press, 2008, p. 696.
  139. Siegler M. Confidentiality in medicine – A decrepit concept. *NEJM* 1982; 307(24):1518-21.
  140. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Third edition. New York: Oxford University Press, 2013, pp.321-322.
  141. Šahović NV and Savić I. The Rights of the Child in Serbia. In: Cvejic O, ed. *The Rights of the Child in a Changing World*. Cham, Switzerland: Springer 2016, pp. 251-262.
  142. Elster AB, Kuznets NJ. *The American Medical Association Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations and rationale*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.
  143. Ford C, English A, Sigman G. Confidential health care for adolescents: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:160–7.
  144. American Academy of Pediatrics. Confidentiality protections for adolescents and young adults in the health care billing and insurance claims process. *Journal of Adolescent Health*. 2016;58(3):374-7.
  145. AMA Code of Medical Ethics. Opinion 5.055: Confidential Care for Minors. American Medical Association, 2014. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ama-code-medical-ethics-opinion-adolescent-care/2014-11>; [Accessed 01 October 2018]
  146. Ford CA, English A. Limiting confidentiality of adolescent health services: what are the risks? *JAMA*. 2002;288(6):752-3.
  147. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose



- information and seek future health care: A randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 278(12):1029-1034.
148. Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, DeWitt TG. Confidentiality in health care: a survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993;269(11):1404-1407.
  149. Reddy DM, Fleming R, Swain C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services. *JAMA*. 2002;288(6):710–714.
  150. Gore F, Bloem P, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 377(9783):2093–2102.
  151. World Health Organization (WHO). *Adolescent Friendly Services: Make It Happen*. Geneva: WHO, 2005.
  152. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet* 2007; 369(9572):1565-73.
  153. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Third edition. New York: Oxford University Press, 2013, p.101.
  154. Finkenauer C, Engels RCME, Meeus W. Keeping secrets from parents: advantages and disadvantages of secrecy in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 2002;31:123–36.
  155. Hofmann AD. A rational policy toward consent and confidentiality in adolescent health care. *Journal of Adolescent Health Care* 1980; 1:9-17.
  156. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*. 2007;357(18):1834-40.
  157. Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, Van Goudoever JB, et al. Accuracy of the MacArthur competence assessment tool for clinical research (MacCAT-CR) for measuring children's competence to consent to clinical research. *JAMA Pediatrics* 2014;168:1147–53.
  158. Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development* 1982;53(6):1589–1598

159. Weithorn LA, Scherer DG. Children's involvement in research participation decisions: Psychological considerations. In Gordin M, Glantz L, eds. *Children as Research Subjects*. Oxford University Press; 1994: 133-179.
160. H. Cohen. *Equal rights for children*. Totowa, NJ: Littlefield, Adams, 1980.
161. Weir RF, Peters C. Affirming the decisions adolescents make about life and death. *Hastings Center Report*. 1997; 27(6):29-40.
162. Irwin CE. Time Alone for Adolescents With Their Providers During Clinical Encounters: It Is Not That Simple! *Journal of Adolescent Health*. 2018;63(3):265-6.
163. Spear SJ, English A. Protecting confidentiality to safeguard adolescents' health: finding common ground. *Contraception*. 2007;76(2):73-6.
164. Orem D. *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby, 1995.
165. Mann L, Harmoni R, Power C. Adolescent decision making: The development of competence. *Journal of Adolescence* 1989;12:265–278.
166. Hartman RG. Coming of Age: Devising Legislation for Adolescent Medical Decision- Making. *American Journal of Law and Medicine* 2002; 28:409-453.
167. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care: A randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 278(12):1029-1034.
168. Copen CE, Dittus PJ, Leichter JS. Confidentiality concerns and sexual and reproductive health care among adolescents and young adults aged 15–25 age. 2016;15(17):18-19.
169. Fuentes L, Ingerick M, Jones R, Lindberg L. Adolescents' and young adults' reports of barriers to confidential health care and receipt of contraceptive services. *Journal of Adolescent Health* 2018;62(1):36-43.
170. Carlisle J, Shickle D, Cork M, McDonagh A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *Journal of Medical Ethics* 2006; 32(3):133-7.

171. Coker TR, Sareen HG, Chung PJ, et al. Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: the perspectives of adolescents and parents. *Journal of Adolescent Health* 2010; 47(2):133-142.
172. Jaccard J, Dittus P. Parent teenager communication: towards the prevention of unintended pregnancy. New York: Springer Verlag, 1991.
173. Jaccard J, Dittus P, Gordon VV. Parent-adolescent congruency in reports of adolescent sexual behavior and in communication about sexual behavior. *Child Development* 1998;69:247-61.
174. Young T, Zimmerman R. Clueless: parental knowledge of risk behaviors of middle school students. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1998;152:1137-9.
175. English A, Ford CA. Adolescent Health, Confidentiality in Healthcare, and Communication with Parents. *The Journal of Pediatrics* 2018; 199:11-13.
176. Ross LF. Health Care Decision-making By Children: Is It In Their Best Interest? *Hastings Center Report* 1997; 27: 41–45
177. Ross LF. Children, families, and health care decision making. Oxford: Oxford University Press, 1998.
178. Salter EK. Conflating Capacity & Authority: Why we're asking the wrong question in the adolescent decision-making debate. *Hastings Center Report* 2017;47(1):32-41.
179. Steinberg LD, Elmen J, Mounts NS. Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development* 1989; 60:1424–36.
180. Sasse RA, Aroni RA, Sawyer SM, Duncan RE. Confidential consultations with adolescents: an exploration of Australian parents' perspectives. *Journal of Adolescent Health* 2013;52(6):786-91.
181. Gilbert AL, Rickert VI, Aalsma MC. Clinical conversations about health: the impact of confidentiality in preventive adolescent care. *Journal of Adolescent Health*. 2014;55(5):672-7.
182. Dempsey AF, Singer DD, Clark SJ, Davis MM. Adolescent preventive health care: what do parents want?. *The Journal of Pediatrics* 2009;155(5):689-94.

183. Eisenberg ME, Swain C, Bearinger LH, Sieving RE, Resnick MD. Parental Notification Laws for Minors' Access to Contraception: What Do Parents Say? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2005;159(2):120-125.
184. Butler PW, Middleman AB. Protecting Adolescent Confidentiality: A Response to One State's "Parents' Bill of Rights". *Journal of Adolescent Health* 2018;63(3):357-9
185. Scott E, Reppucci ND, Woolard J. Evaluating adolescent decision making in legal contexts. *Law and Human Behavior* 1995; 19(3): 221–244.
186. Steinberg L. A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology* 2010;52(3):216–224.
187. Cherry MJ. Ignoring the data and endangering children: why the mature minor standard for medical decision making must be abandoned. *Journal of Medicine and Philosophy* 2013;38(3):315-331.
188. *Graham v. Florida*, 560 US (2010).
189. *Miller v. Alabama*, 567 US (2012).
190. Steinberg L. Does recent research on adolescent brain development inform the mature minor doctrine? *The Journal of Medicine and Philosophy* 2013; 38:256–267.
191. Engelhardt Jr HT. Beyond the best interests of children: Four views of the family and of foundational disagreements regarding pediatric decision making. *Journal of Medicine and Philosophy* 2010; (5):499-517.
192. Kapadia S. Adolescence: A Sociocultural Construction. In: *Adolescence in Urban India*. New Delhi: Springer, 2017, pp. 39-66.
193. Galland O. Adolescence, post-adolescence, jeunesse: retour sur quelquesinterprétations. *Revue française de sociologie* 2001; 42(4):611-640.
194. Iacovou M, Berthoud R. *Young people's lives: A map of Europe*. Colchester, U.K.: University of Essex, Institute for Social and Economic Research, 2001.
195. Tomanovic´ S. Negotiating children's participation and autonomy within families. *International Journal of Children's Rights* 2003: 11(3):51-71.

196. <https://www.blic.rs/vesti/drustvo/da-li-tinejdzeri-mogu-samostalno-da-odlucuju-o-svom-zdravlju/4qj06hw>
197. <http://www.politika.rs/sr/clanak/204714/Drustvo/Srbija-razgovara-Deciji-zdravstveni-karton>
198. Sultiēns L, Goffin T, Borry P et al. Minors and informed consent: a comparative approach. *European Journal of Health Law* 2007; 14:21–24
199. Trebješanin Ź. Predstava o detetu u srpskoj kulturi. Beograd, Sofos, 2008, str. 192.
200. Jaruseviciene L, Levasseur G, Liljestrand J. Confidentiality for adolescents seeking reproductive health care in Lithuania: the perceptions of general practitioners. *Reproductive Health Matters*. 2006; 14(27):129-37.
201. Wadman R, Thul D, Elliott AS, Kennedy AP, Mitchell I, Pinzon JL. Adolescent confidentiality: Understanding and practices of health care providers. *Paediatrics & Child Health* 2014; 19(2):e11-e14.
202. Riley M, Ahmed S, Reed BD, Quint EH. Physician Knowledge and Attitudes around Confidential Care for Minor Patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2015; 28:234-239.
203. McKee MD, Rubin SE, Campos G, O’Sullivan LF. Challenges of Providing Confidential Care to Adolescents in Urban Primary Care: Clinician Perspectives. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(1):37-43.
204. Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *Journal of Medical Ethics* 2006; 32(6):329-334.
205. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 2<sup>nd</sup>ed. London: SAGE Publications, Inc., 2011.
206. Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Global Qualitative Nursing Research* 2017;4:1-8.
207. Sandelowski M. Focus on research methods: Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 2000;23:334–340.

208. Benaquisto L, Given L. *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*. London: SAGE Publications, Inc. 2008. p.810.
209. Taylor B. Interviewing and analysing. In: Tylor B and Francis K, eds. *Qualitative research in the health sciences: methodologies, methods and processes*. London: Routledge; 2013: p.207.
210. Rapley T. Sampling strategies in qualitative research. In: Flick U, ed. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. London: SAGE Publications Ltd; 2014, p.56.
211. Urquhart C. *Grounded Theory for Qualitative Research: A Practical Guide*. Thousand Oaks: Sage, 2013, p.194.
212. Schreier M. Qualitative content analysis. In: Flick U, ed. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. London: SAGE Publications Ltd; 2014, pp. 170-84.
213. Miles M, Huberman M, Saldana J. *Qualitative data analysis: A methods sourcebook (3<sup>rd</sup>ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.
214. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage, 1985.
215. World Health Organization. *Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys*. Geneva: World Health Organization; 2008.
216. Havelka N, Kuzmanović B, Popadić D. Metode i tehnike socijalnopsiholoških istraživanja: priručnik za vežbe iz Socijalne psihologije I i Socijalne psihologije II. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju Društva psihologa Srbije, 1998, str. 82
217. Havelka N, Kuzmanović B, Popadić D. Metode i tehnike socijalnopsiholoških istraživanja: priručnik za vežbe iz Socijalne psihologije I i Socijalne psihologije II. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju Društva psihologa Srbije, 1998, str. 99-132
218. Havelka N, Kuzmanović B, Popadić D. Metode i tehnike socijalnopsiholoških istraživanja: priručnik za vežbe iz Socijalne psihologije I i Socijalne psihologije II. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju Društva psihologa Srbije, 1998, str. 106.

219. Nunally JC, Bernstein I. Psychometric theory. New York: McGraw Hill, 1994.
220. Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2017. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd, 2018.
221. Field A. Discovering statistics using SPSS. London: SAGE Publications 2009.
222. Tabachnick BB, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (6th edition). Boston: Pearson Education, 2013.
223. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate Data Analysis, Fifth Edition, Prentice-Hall: Upper Saddle River, 1998.
224. Bogdanović R, Lozanović D, Milovančević MP, Jovanović LS. The child health care system of Serbia. The Journal of pediatrics. 2016;177:S156-72.
225. Rock EM, Simmons PS. Physician knowledge and attitudes of Minnesota laws concerning adolescent health care. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2003; 16:101-108.
226. Lazarus JV, Jaruseviciene L, Liljestrand J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: A cross-sectional study. Scandinavian Journal of Public Health 2008; 36(3):303-309.
227. Bjegovic-Mikanovic V, Lalić N, Wenzel H, Nikolić-Mandić R, Laaser U. Continuing medical education in Serbia with particular reference to the Faculty of Medicine, Belgrade. Vojnosanitetski pregled 2015;72(2):160-8
228. Lazarus JV, Jaruseviciene L, Liljestrand J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: A cross-sectional study. Scandinavian Journal of Public Health 2008; 36(3):303-309.
229. Beeson T, Mead KH, Wood S, Goldberg DG, Shin P, Rosenbaum S. Privacy and confidentiality practices in adolescent family planning care at federally qualified health centers. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2016;48(1):17-2.

230. Afifi TD, Joseph A, Aldeis D. Why can't we just talk about it? An observational study of parents' and adolescents' conversations about sex. *Journal of Adolescent Research* 2008; 23(6):689-721.
231. Miller BC, Benson B, Galbraith KA. Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review* 2001; 21:1-38.
232. Dilorio C, Pluhar EI, Belcher L. Parent–Child Communication about Sexuality: A Review of the Literature from 1980–2002. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education in Adolescents & Children*. 2003; 5 (34): 7–32.
233. Ashcraft AM, Murray PJ. Talking to parents about adolescent sexuality. *Pediatric Clinics* 2017;64(2):305-20.
234. Tilton-Weaver L. Adolescents' information management: Comparing ideas about why adolescents disclose to or keep secrets from their parents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2014; 43(5):803-13.
235. Margolis GJ. Secrecy and identity. *International Journal of Psychoanalysis* 1996;47: 517– 522.
236. Leichliter JS, Copen C, Dittus PJ. Confidentiality issues and use of sexually transmitted disease services among sexually experienced persons aged 15–25 years—United States, 2013–2015. *MMWR Morbid Mortal W*. 2017; 66(9):237.
237. Hargreaves DS, Elliott MN, Viner RM, Richmond TK, Schuster MA. Unmet health care need in US adolescents and adult health outcomes. *Pediatrics* 2015; 136(3):513-20
238. Hein IM, Troost PW, Broersma A, De Vries MC, Daams JG and Lindauer RJ. Why is it hard to make progress in assessing children's decision-making competence?. *BMC medical ethics* 2015;16(1), p.1.
239. Hein IM, Troost PW, Lindeboom R et al. Feasibility of an assessment tool for children's competence to consent to predictive genetic testing: a pilot study. *Journal of Genetic Counseling* 2015; 24(6):971-7.
240. Olszewski AE, Goldkind SF. The default position: Optimizing pediatric participation in medical decision making. *The American Journal of Bioethics* 2018; 18(3), pp.4-9.



241. Ruhe KM, De Clercq E, Wangmo T, Elger BS. Relational capacity: Broadening the notion of decision-making capacity in paediatric healthcare. *Journal of Bioethical Inquiry* 2016; 13(4):515-24.
242. Vygotski LS. Internalization of higher psychological functions. In Cole M, John-Steiner V, Scribner S, Souberman E, eds. *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1978, pp 52–57.
243. Levetown M. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics* 2008; 121(5), 1441-1460.
244. Burnett S, Bault N, Coricelli G, Blakemore SJ. Adolescents' heightened risk-seeking in a probabilistic gambling task. *Cognitive development*. 2010;25(2):183-96.
245. Figner B, Mackinlay RJ, Wilkening F, Weber EU. Affective and deliberative processes in risky choice: age differences in risk taking in the Columbia Card Task. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. 2009;35(3):709
246. Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences* 2004;1021(1):51-8.
247. Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience* 2012;15:1184–91.
248. Blakemore SJ, Mills KL. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology* 2014;65:187–207.
249. Albert D, Chein J, Steinberg L. The teenage brain: influences on adolescent decision making. *Current Directions in Psychological Science* 2013;22:114–20.
250. Shaw RJ. Treatment adherence in adolescents: Development and psychopathology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2001; 6(1):137-50.
251. Taddeo D, Egedy M, Frappier JY. Adherence to treatment in adolescents. *Paediatrics & Child Health* 2008;13(1):19-24.

252. Grootens-Wiegers P, Hein IM, van den Broek JM, de Vries MC. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC pediatrics* 2017;17(1):120.
253. Rapoff MA. Assessing and enhancing adherence to medical regimens for juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatric Annals* 2002; 31:373–9
254. Dean AJ, Walters J, Hall A. A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness.. *Archives of Disease in Childhood* 2010;95:717-723.
255. Tomanović S. (2002). Porodična atmosfera i odnosi generacija (Family Atmosphere and Generation Relations). U: Bolčić S, Milić A, ed. *Društvene promene i svakodnevni život: Srbija krajem devedesetih (Social Changes and Everyday Life: Serbia at the End of the Nineties)*, Beograd: ISI FF, 2002, pp. 315-339.
256. Kuther TL. Medical decision-making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence* 2003; 38:343–358
257. Hutchinson JW, Stafford EM. Changing parental opinions about teen privacy through education. *Pediatrics* 2005; 116:966–971
258. Vasquez AC, Patall EA, Fong CJ, Corrigan AS, Pine L. (2016). Parent autonomy support, academic achievement, and psychosocial functioning: A meta-analysis of research. *Educational Psychology Review* 2016;28(3);605-44
259. Zako o postupku prekida trudnoće u zdravstvenoj ustanovi. Službeni glasnik Republike Srbije, br. 16/95 i 101/2005 - dr. zakon
260. Riley M, Ahmed S, Reed BD, Quint EH. Physician knowledge and attitudes around confidential care for minor patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2015; 28(4):234-2399
261. Jaruseviciene L, Lazarus JV, Zaborskis A. Confidentiality and parental involvement in adolescent sexual and reproductive health care: a cross-sectional study of Lithuanian general practitioners. *Scandinavian Journal Public Health* 2011; 39(5):484-91
262. Ralph L, Gould H, Baker A, Foster DG. The role of parents and partners in minors' decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *Journal of Adolescent Health* 2014; 54: 428–434

263. Ralph LJ, King E, Belusa E, Foster DG, Brindis CD, Biggs MA. The impact of a parental notification requirement on Illinois minors' access to and decision-making around abortion. *Journal of Adolescent Health* 2018; 62(3):281-7
264. Garside R, Ayres R, Owen MR, Pearson VH, Roizen J. General practitioners' attitudes to sexual activity in under-sixteens. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2000;93(11):563-4.
265. Kershner R, Hooper C, Gold M, Norwitz ER, Illuzzi JL. Adolescent medicine: attitudes, training, and experience of pediatric, family medicine, and obstetric-gynecology residents. *Yale Journal of Biology and Medicine* 2009;82:129.
266. Deneyer M, Devroey D, De Groot E, Buyl R, Clybouw C, Vandenplas Y. Informative privacy and confidentiality for adolescents: the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010. *European Journal of Pediatrics*. 2011;170(9):1159-63.
267. Jekić IM, Katrava A, Vučković-Krčmar M, Bjegović-Mikanović V. Geopolitics, economic downturn and oversupply of medical doctors: Serbia's emigrating health professionals. In Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J eds. *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2011, pp 541-68.
268. .  
Ingham R, Chandra-Mouli V. Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): How was this done and what did it achieve?. *Reproductive health* 2016;13(1):139.
269. Spooner SA, Council on Clinical Information Technology, American Academy of Pediatrics. Special requirements of electronic health record systems in pediatrics. *Pediatrics* 2007; 119:631-637.
270. Gray SH, Pasternak RH, Gooding HC, Woodward K, Hawkins K, Sawyer S, Anoshiravani A. Recommendations for electronic health record use

- for delivery of adolescent health care. *Journal of Adolescent Health*. 2014;54(4):487-90
271. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*. 2008;3(1):36
  272. Ajzen I. The theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50(2):179-211
  273. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology* 2001;40(4):471–99.
  274. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion* 1996;11(2):87–98.
  275. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research* 1992;7(1):107–16.
  276. Olson JM, Maio GR. Attitudes in social behavior. In: Weiner I, Millon T, Lerner MJ, eds. *Handbook of psychology, Vol. 5 Personality and social psychology*. 1st ed. New York: John Wiley & Sons, 2003.
  277. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Third edition. New York: Oxford University Press, 2013.p.221.
  278. Scherer, D.G. Pediatric Participation in Medical Decision Making: The Devil Is in the Details. *The American Journal of Bioethics* 2018; 18(3):16-8.
  279. Dalgo AL. Early Integration of Pediatric Participation in Health Care as Preventive Ethics. *The American Journal of Bioethics*. 2018;18(3):22-4.
  280. Sabatello M, Janvier A, Verhagen E, Morrison W, Lantos J. Pediatric Participation in Medical Decision Making: Optimized or Personalized? *The American Journal of Bioethics*. 2018; 18(3):1-3.
  281. Minow M. Rights for the Next Generation: A Feminist Approach to Children's Rights. *Harvard Women's Law Journal* 9 (1986); 9:1.
  282. Sabatello, M. *Children's bioethics*. Boston, MA: MartinusNijhoff/Brill, 2009.

283. Mackenzie C, Stoljar N. Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self. New York: Oxford University Press, 2000.
284. Gilbert AL, McCord AL, Ouyang F, Etter DJ, Williams RL, Hall JA, et al. Characteristics associated with confidential consultation for adolescents in primary care. *The Journal of pediatrics* 2018; 199: 79-84.
285. Buckelew SM, Adams SH, Irwin CE et al. (2008) Increasing clinician self-efficacy for screening and counseling adolescents for risky health behaviors: results of an intervention. *Journal of Adolescent Health*43(2):198-200
286. Riley M, Ahmed S, Lane JC, Reed BD, Locke A. Using maintenance of certification as a tool to improve the delivery of confidential care for adolescent patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2017;30(1):76-81.
287. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet* 2016; 387(10036):2383–2401. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00648-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00648-6)
288. Ercan O, Alikasifoglu M, Erginoz E et al. (2009) Demography of adolescent health care delivery and training in Europe. *European Journal of Pediatrics* 2009; 168(4):417-26.
289. Michaud P, Baltag V. Core competencies in adolescent health and development for primary care providers, 2015:49 pp. Geneva: World Health Organization [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/core\\_competencies/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/core_competencies/en/)
290. Michaud PA, Schrier L, Ross-Russel R, van der Heijden L, Dossche L, Copley S, et al. Paediatric departments need to improve residents' training in adolescent medicine and health: a position paper of the European Academy of Paediatrics. *European Journal of Pediatrics* 2018;177(4):479-87.
291. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, Wils A, Friedman HS, Mahon J, et al. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *The Lancet*. 2017;390(10104):1792-806.

292. Cummings SM, Savitz, LA, and Konrad, TR. Reported Response Rates to Mailed Physician Questionnaires. Health Service Research 2001; 35(6):1347-55.
293. James KM, Ziegenfuss JY, Tilburt JC, Harris AM, Beebe TJ. Getting physicians to respond: the impact of incentive type and timing on physician survey response rates. Health Services Research. 2011;46(1p1):232-42.

## BIOGRAFIJA AUTORA

Vida Jeremić Stojković rođena je 08.11.1984. u Beogradu. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu je upisala 2003.godine, a diplomirala je 2010. godine sa prosečnom ocenom 8.54. Od 2012. godine je zaposlena na Katedri humanističkih nauka Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu kao saradnik u nastavi, a od 2014. godine kao asistent. U oktobru 2012. odbranila je specijalistički akademski rad „Ishod lečenja bolesnika sa hroničnim totalnim okluzijama koronarnih arterija perkutanim putem“. Doktorske studije iz javnog zdravlja upisala je 2012.godine.

Stručno se usavršavala u Centru za biomedicinsku etiku i pravo Katoličkog Univerziteta Luven u Belgiji u okviru ERAWEB (Erasmus Mundus for Western Balkans) programa u periodu 01.02.-30.04. 2015. godine. Završila je međunarodni “Ethics Teacher Trainig Course”u organizaciji UNESCO Chair in Bioethics, dvogodišnji međunarodni sertifikovani program „Research Ethics Education in the Balkans and Black Sea Countries“ u organizaciji Icahn School of Medicine at Mount Sinai (New York, USA) i Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, kao i međunarodni intenzivni kurs iz bioetike „Zurich Intensive Bioethics Course” u Institutu za biomedicinsku etiku i istoriju medicine Univerziteta u Cirihu. Član je Bioetičkog društva Srbije, gde je učestvovala u organizaciji brojnih bioetičkih tribina. Aktivno je učestvovala na tri međunarodne i tri domaće naučne konferencije.

Do sada je objavila 11 radova, od čega 4 sa JCR liste. Aktivno je učestvovala u realizaciji dva naučnoistraživačka projekta, od čega jednom domaćem i jednom evropskom. Trenutno pohađa masters program iz bioetike u organizaciji Clarkson Univerziteta i Icahn School of Medicine at Mount Sinai (New York, USA).

**Prilog 1.**

**Izjava o autorstvu**

Potpisani-a Vida Jeremić Stojković

broj upisa 2012/2013

**Izjavljujem**

da je doktorska disertacija pod naslovom

**ISTRAŽIVANJE POŠTOVANJA PRAVA NA POVERLJIVOST U RADU SA  
ADOLESCENTIMA MEĐU LEKARIMA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ  
ZAŠTITI**

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

**Potpis doktoranda**

U Beogradu, 24.01.2019.

Vida Jeremić Stojković



**Prilog 2.**

**Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada**

Ime i prezime autora Vida Jeremić Stojković

Broj upisa 2012/2013

Studijski program Doktorske studije

Naslov rada Istraživanje poštovanja prava na poverljivost u radu sa adolescentima među lekarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Mentor Prof. dr Karel Turza

Potpisani Vida Jeremić Stojković

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

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

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

**Potpis doktoranda**

U Beogradu, 24.01.2019.

Vida Jeremić Stojković

### Prilog 3.

#### Izjava o korišćenju

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

Istraživanje poštovanja prava na poverljivost u radu sa adolescentima među lekarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

koja je moje autorsko delo.

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

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

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

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

**Potpis doktoranda**

U Beogradu, 24.01.2019.

Bruca Jerevančić Čurjelović