

Moralni razvoj studenata medicine – pregled stanja i preporuke za djelovanje

Darko Hren

Croatian Medical Journal

Ključne riječi: moralni razvoj; studenti, medicine; liječnici

Iz osobnog iskustva, ali i iz literature znamo da studenti medicine započinju studij kao mladi idealisti (1). Pritom su altruistički i humanistički motivi za bavljenje medicinom stabilni i dominantni kako među hrvatskim (2) tako i među stranim studentima (3). Ipak, mnogi svakodnevni, ali i stručni komentari opisuju liječnike hladnima i ravnodušnim (4-7) što je u oštroj suprotnosti s motivima koji studente dovode na studij. Takva promjena iz mladog idealista u ravnodušnog profesionalca složen je proces koji je zasigurno rezultat većeg broja društvenih i psiholoških čimbenika. Jedan od njih je svakako moralni razvoj studenata. Ovaj rad potaknut je nalazima istraživanja koja upućuju da moralni razvoj, suprotno očekivanjima, zastaje tijekom studija medicine ili da čak nazaduje (8-17). Ovdje se ne tvrdi da je to ključan, a još manje jedini čimbenik. Međutim, nesumnjivo je važan, a ne posvećuje mu se dovoljno pažnje tijekom obrazovanja mladih ljudi u struku koja će ih, bez iznimke, prije ili kasnije suočiti s nekim oblikom moralne dvojbe. Zato ću ponuditi sažeti uvid u područje moralnog razvoja i stanje studenata medicine u tom pogledu, a na kraju ću ocrtati mogući smjer djelovanja kojim bi se taj razvoj podržao i potakao.

Moralni razvoj studenata medicine važan je čimbenik u najmanje tri područja. Prvo, povezan je s njihovim akademskim poštenjem studenata. Tako je istraživanje provedeno na studentima Medicinskog fakulteta u Zagrebu pokazalo da je 94% studenata barem jednom tijekom studija počinilo neki oblik varanja te da se, s odmicanjem studija, stvara podskupina studenata koji koriste sve više, i to težih, oblika varanja (18). Drugo područje u kojem moralni razvoj igra ulogu jest istraživačko poštenje, a jedan (i to ne zanemariv) dio studenta će se tijekom karijere naći u položaju znanstvenog istraživača. Istraživačko poštenje u posljednje je vrijeme postalo „vruća“ tema u području biomedicine (19) koja zahtijeva što ranije intervencije (20). Treće područje koje moralni razvoj studenata medicine čini posebno važnom i zanimljivom temom jest sama klinička praksa, a to je i srž medicinske struke. Liječnici svakodnevno moraju donositi odluke u složenim situacijama vezanim uz skrb za pacijenta, a one često uključuju sukobljavanje liječnikovih osobnih vrijednosti, državne politike, želja pacijenata ili njihovih obitelji, dostupnosti sredstava za pružanje najbolje skrbi i mnogih drugih pitanja (16). Također, pokazalo se da je moralno rasuđivanje jedan od značajnih prediktora vrsnoće kliničke izvedbe (21).

Moralni razvoj

Psihologija moralnog razvoja područje je koje mnoge spoznaje duguje teoriji i istraživanjima L. Kohlberga. On je nastojao utvrditi na koji način ljudi donose odluke u moralno dvojbena situacijama te je postavio model prema kojemu se moralni razvoj odvija u šest stupnjeva raspodijeljenih u tri razine (22). Svaki stupanj predstavlja temeljnu promjenu u socio-moralnoj perspektivi osobe. Na početnoj, prekonvencionalnoj razini, moralne prosudbe karakterizira konkretna individualna perspektiva. Prvi stupanj moralnog razvoja predstavlja tzv. heteronomnu moralnost gdje je moralno ponašanje usmjereno na poslušnost i izbjegavanje kazne, a mišljenje obilježuje egocentrizam i uzimanje u obzir jedino vlastite perspektive.

Na drugom stupnju nalazimo najraniji oblik moralnog reciprociteta. Taj stupanj Kohlberg naziva stupnjem osobnog interesa i razmjene, a karakterizira ga pragmatizam moralnog ponašanja. Pravila se slijede dok su u skladu s osobnim interesom, a moral se zasniva na ravnopravnoj razmjeni. Na tom stupnju postoji shvaćanje da svatko ima svoj interes u određenoj situaciji, a s obzirom da se interesi mogu sukobljavati, moral je relativna stvar – ovisno o perspektivi.

S trećim stupnjem moralnog razvoja osoba prelazi na sljedeću, konvencionalnu, razinu koju karakterizira društvena perspektiva moralnoga mišljenja. Treći stupanj Kohlberg naziva stupnjem zajedničkih interpersonalnih očekivanja, odnosa i konformnosti. Na tom stupnju moralno ispravno jest ono što je u skladu s očekivanjima bliskih osoba te se određuje u terminima stereotipnih uloga (npr. dobra majka, dobar učenik, dobar poslodavac...).

Na četvrtom stupnju moralno ispravno se prestaje gledati u terminima lokalnih normi i zauzima se šira društvena perspektiva. Taj stupanj naziva se stupnjem društvenog sustava i održavanja „čiste“ savjesti, a moral definiraju zakoni i norme koji se zasnivaju na širem društvenom sustavu. Osoba zauzima perspektivu člana društva i poštuje norme i zakone smatrajući ih nužnima za održanje sustava koji štiti sve svoje članove.

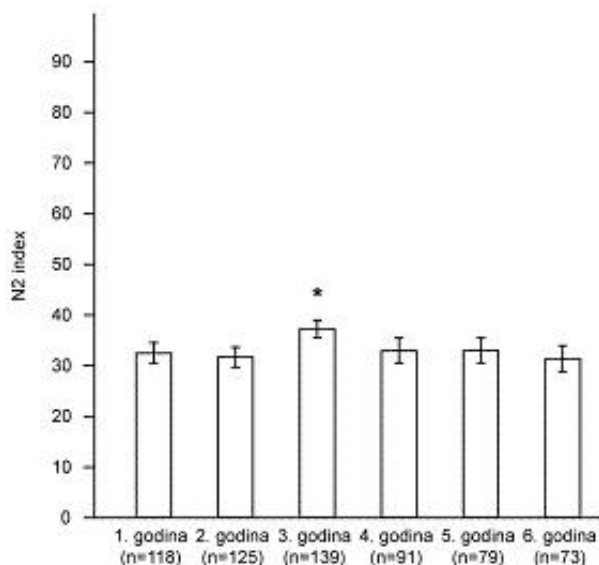
Peti i šesti stupanj čine treću, postkonvencionalnu, razinu moralnog mišljenja zasnovanu na perspektivi univerzalne pravde. Na petom stupnju – stupnju temeljne pravde i društvenog ugovora – osoba temelji svoje shvaćanje morala na načelima koja se nalaze u osnovi pravila i normi. Zakon i moral se ne izjednačuju kao na četvrtom stupnju, nego se na zakone gleda kao proistekle iz temeljnih moralnih načela te se prepoznaje mogućnost sukoba zakona i morala (zbog nesavršenosti zakona). Šesti, najviši, stupanj moralnog mišljenja predstavlja teorijski vrhunac moralnog razvoja, a Kohlberg ga naziva stupnjem općih etičkih načela. Na tom stupnju moralnog razvoja pojedinac se vodi temeljnim načelima pravde koji su iznad društva i zakona. Moral se doživljava kao cilj, a ne kao sredstvo, pa će pojedinac na tom stupnju moralnog razvoja spremno prekršiti pravila kad su ona u sukobu s moralnim načelima (22,23).

Rest je dopunio Kohlbergov model redefinirajući šest stupnjeva u tri sheme koje odgovaraju Kohlbergovim razinama. To su „osobni interes“, „održanje normi“ i „postkonvencionalna“ shema (23). Ponudio je i širi model morala koji, osim moralnog rasuđivanja, središta Kohlbergovih istraživanja, uključuje još tri komponente. Prva je moralna osjetljivost koja uključuje interpretaciju situacije, svjesnost o važnim moralnim čimbenicima i implikacijama, razumijevanje posljedica različitih postupaka po osobe uključene u situaciju, empatiju i uživljavanje u uloge drugih osoba. Drugu čini već spomenuto moralno rasuđivanje, tj. razmatranje mogućih postupaka i odabir moralno najopravdanijeg. Treća komponenta je moralna motivacija koja uključuje davanje prednosti moralnim vrijednostima iznad svih usporednih i moguće sukobljenih vrijednosti, odabir moralnih postupaka te preuzimanje odgovornosti za njihove posljedice. Naposljetku, četvrta komponenta Restovog modela je moralni karakter, a odnosi se na vještinu provedbe odabranih moralnih postupaka i posjedovanje dispozicija koje podržavaju provedbu moralnog postupka kao što su hrabrost, upornost ili samokontrola (23). Većina istraživanja koja su se bavila moralnim razvojem studenata polazište su imala upravo u jednom od ta dva, idejno srodna, teorijska pristupa.

Moralni razvoj studenata medicine

Studenti medicine, posebice kliničkih godina, u dobi su kad bi, prema teoriji, trebao početi prijelaz s konvencionalne na postkonvencionalnu razinu moralnog rasuđivanja (22-24). Iako dosizanje najviših stupnjeva moralnog rasuđivanja nije pravilo, tj. ljudi mogu ostati i na nižim stupnjevima, brojna istraživanja moralnog rasuđivanja u studenata pokazuju da je značajan porast u moralnom rasuđivanju povezan već sa samim pohađanjem fakulteta, i to čak i kad se kontroliraju dob i ulazni stupanj moralnog rasuđivanja (24). U pregledu literature nalaze se samo dva istraživanja u kojima se ta veza nije pokazala (25-26). Drugim riječima, samo pohađanje fakulteta facilitacijski djeluje na prijelaz s konvencionalne na postkonvencionalnu razinu moralnog rasuđivanja, pa je tim veće iznenađenje kad se susretnemo s istraživanjima koja se bave moralnim razvojem studenata medicine gdje nalazi govore da takvog napretka nema (8-10,12-16) i čak upućuju na mogućnost nazadovanja (11,17).

Preliminarni rezultati istraživanja na studentima medicine u Zagrebu upućuju na isti trend – moralni razvoj zastaje i opada nakon treće godine studija (Slika 1.; Hren i sur., u pripremi). Budući da se radi o vremenu kada studenti završavaju predklinički dio obrazovanja i ulaze u kliniku, nameće se zaključak da je kliničko iskustvo povezano sa zastojem u moralnom razvoju. Objašnjenje te pojave mogao bi biti sukob unutar samog studenta koji s jedne strane ima vlastite moralne vrijednosti i načela, a s druge potrebu da se uklopi u sustav koji je organiziran hijerarhijski i u kojemu studenti, kao dno te hijerarhije, traže svoj opstanak (16,27). Takav sustav od njih traži djelovanje na prekonvencionalnoj razini, onoj gdje se moral definira kroz osobni interes, odnosno nagradu i kaznu. Kasnije se krug zatvara i, učenjem po modelu (28) studenti se kao liječnici pretvaraju u svoje profesore odgajajući nove generacije na istim načelima na kojima su i sami ponikli. Iako je ovo hipotetsko i neprovjereno (ili čak neprovjerljivo) objašnjenje, ostaje činjenica da istraživanja sustavno nalaze zastoj u moralnom razvoju studenata medicine, a da tog zastoja nema u drugim profesijama (24). Zato je važno istražiti, a potom i primijeniti, mogućnosti djelovanja kojima bi se podržao „prirodni“ tijek moralnog razvoja kod budućih liječnika.



Slika 1. Rezultati na testu moralnog rasuđivanja (Defining Issues Test (23)) studenata različitih godina Medicinskog Fakulteta u Zagrebu. N2 index mjeri u kojoj mjeri osoba koristi postkonvencionalnu shemu pri donošenju odluke o moralnoj dvojbi, te u kolikoj joj mjeri daje prednost nad shemom osobnog interesa (23). N2 index može se kretati od 0 do 95, pri čemu viši rezultat znači napredniju razinu moralnog rasuđivanja. Zvezdicom je označena statistički značajna razlika u odnosu na studente prve, druge i šeste godine (ANOVA i Tukey post-hoc test, $F_{5,619}=4.08$, $p<0.001$).

Mogući smjerovi djelovanja

Moralni razvoj studenata medicine može se podržati djelovanjem u najmanje dva paralelna smjera. Prvi se odnosi na rad s manjim skupinama studenata u kojima bi oni imali priliku otvoreno razmjenjivati mišljenja o etičkim problemima. Drugi je svjesno pružanje modela za ponašanje od strane profesora. Ukratko ću objasniti zašto ta dva smjera djelovanja smatram potrebnima za podržavanje moralnog razvoja studenata medicine.

Rad u malim skupinama za raspravu pruža studentima priliku za tzv. refleksivno učenje koje omogućuje povezivanje i generaliziranje naučenih ponašanja u koherentnu cjelinu znanja, vještina i vrijednosti (29-31). Dapače, pokazalo se da učenje vježbom bez refleksije ne dovodi do napretka u psihološkom smislu (32). Ključ za postizanje dubokog kritičkog mišljenja tj. refleksije koja će omogućiti razvoj moralne osjetljivosti, mišljenja, motivacije i karaktera je stvaranje klime u kojoj studenti osjećaju sigurnost i mogu slobodno podijeliti svoja duboka uvjerenja, osjećaje, načela, vrijednosti i stavove u vezi stvarnih ili zamišljenih etičkih dvojbi. Otvoreni i iskreni razgovor o takvim temama omogućuje im preispitivanje vlastitih pretpostavki i osvještavanje temeljnih uvjerenja i vrijednosti (33-36). Kad se postigne ozračje u kojemu studenti osjećaju sigurnost pri izražavanju svojih osjećaja i uvjerenja, otvara se i prostor za primanje podrške kako kolega tako i voditelja. Posljedica takvoga iskustva je osnaženje moralne motivacije i karaktera koje proistječe iz spoznaje da osoba nije jedina niti sama u suočavanju s teškom situacijom (33). Iako se takav način rada vrlo rijetko susreće u medicinskom obrazovanju, nekoliko je istraživanja pokazalo da takve edukacijske intervencije pozitivno utječu na razvoj moralnog rasuđivanja, razumjevanje moralnih dvojbi i ponašanje prema pacijentima (14,32,37-43). U jednom od njih pokazalo se kako je samo dvadeset sati rasprava o slučajevima u malim skupinama na početku studija pozitivno djelovalo na razvoj moralnog rasuđivanja studenata tijekom čitavog studija (44).

Drugi smjer djelovanja zasniva se na učenju po modelu koje je jedno od temeljnih načela ljudskog učenja (28). Tako profesori na klinici, osim znanja i vještina koja prenose studentima, svojim ponašanjem pružaju model prema kojemu se studenti oblikuju u liječnike. Istraživanja upućuju da pozitivni model za studente predstavljaju oni profesori koji vole svoj posao i pristupaju mu s entuzijazmom te koje studenti doživljavaju klinički i nastavnički visoko kompetentnima (45-49). Sâmi studenti učenje po modelu procjenjuju kao najbolji način podučavanja psihosocijalnih vještina (47) što je dodatni argument za ovakav pristup poticanju moralnog razvoja. Negativni modeli nanose posebnu štetu (50), a to su oni nastavnici koje studenti doživljavaju nezadovoljnima vlastitom karijerom i koji imaju loše odnose s pacijentima, osobljem ili kolegama (50). Sva navedena istraživanja potvrđuju općeprihvaćeno načelo da je pozitivan odnos sa studentima važan preduvjet za utjecaj nastavnikova model-ponašanja na njih. Ostala načela povećavanja učinkovitosti učenja po modelu uključuju uspostavljanje zajedničkih ciljeva učenja – tako da nastavnik može naglasiti

ponašanja koja služe kao model i davanje jasne povratne informacije studentima o njihovoj izvedbi (49). Da bi se nastavnike osposobilo za takav način rada nužno je omogućiti im i potaknuti ih na osobni razvoj kako u pogledu moralnih vrijednosti i ponašanja, tako i znanja i vještina koji će im omogućiti pružanje učinkovitog modela studentima. Programi razvoja nastavnog osoblja nude rješenje tih pitanja (51), no svakako je potreban veći naglasak na moralni razvoj koji uključuje pitanja pravde, suosjećanja i brige (52). Za tu svrhu, ponovno, najbolji je rad u malim skupinama za raspravu koji omogućuje refleksivno učenje. Time bi i nastavnici međusobno imali priliku stvarati „sigurnu“ klimu u kojoj bi mogli podijeliti i sagledati vlastita moralna načela, vrijednosti i razmišljanja. Takav rad može dovesti do promjena u „kulturi“ na odjelima koja trenutno ne pruža optimalne uvjete za zrelo moralno funkcioniranje i ne potiče kritičko mišljenje niti osobnu svjesnost (53).

Za kraj valja napomenuti kako ne postoji niti jedna longitudinalna studija koja bi istražila u kojoj je mjeri zaustavljen moralni razvoj tijekom studija medicine. Izgledno je da se kod nekih liječnika taj razvoj prirodno „oporavi“ i nastavi do konačnih, najviših, razina. Ipak, moralnom razvoju, nezaobilaznoj sastavnici medicinskog obrazovanja, zasad nije posvećen dovoljno pažnje. Možda prijedlozi izneseni u ovom radu djeluju idealistički, preambiciozno ili neizvedivo, no ostaje činjenica da rezultati istraživanja na stranim sveučilištima, kao i preliminarni rezultati netom provedenog istraživanja u Zagrebu, upućuju na potrebu za konkretnim djelovanjem u ovom pogledu.

Literatura:

1. Branch WT Jr., Hafler JP, Pels RJ. Medical students development of empathic understanding of their patients. *Acad Med.* 1998;73:361-2.
2. Prka M, Danic A, Glavas E. What do medical students want from their professional and private life? *Croat Med J.* 2002;43:80-3.
3. Petrie KJ, White GR, Cameron LD, Collins JP. Photographic memory, money, and liposuction: survey of medical students' wish lists. *BMJ.* 1999;319:1593-5.
4. Odegaard CE. *Dear Doctor. A personal Letter to a physician.* Menlow Park, CA: Henry j. Kaiser Family Foundation; 1986.
5. Shorter R. *Bedside Manners: The troubled History of Doctors and Patients.* New York, NY: Simon and Schuster; 1985.
6. Brice JA. Empathy lost: chronic illness sets a psychiatrist in search of compassion and dignity. *Harvard Med Alim Bull.* 1986-87;61:28-32
7. Inglefinger F. Arrogance. *N Engl J Med.* 1980;303:1507-11.
8. Branch W, Pels RJ, Lawrence RS, Arky R. Becoming a doctor. Critical-incident reports from third-year medical students. *N Engl J Med.* 1993;329:1130-2.
9. Hupert N, Pels RJ, Branch WT Jr. Learning the art of doctoring: use of critical incident reports. *Harvard Student BMJ.* 1995;3:99-100.
10. Feudtner C, Christakis DA. Making the rounds. The ethical development of medical students in the context of clinical rotations. *Hastings Cent Rep.* 1994;24:6-12.
11. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med.* 1994; 69:670-9.
12. Christakis DA, Feudtner C. Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront. *Acad Med.* 1993;68:249-54.
13. Self D, Baldwin D. Moral reasoning in medicine. U: JR Rest (ur.) *Moral Development in the professions: Psychology and applied ethics.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1994:147-62.
14. Self JD, Schrader DE, Baldwin CD Jr, Wolinsky FD. The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education. *Med Educ.* 1993;27:26-34.
15. Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC Jr. Clarifying the relationship of medical education and moral development. *Acad Med.* 1998;73:517-20.
16. Morton, K.R., Why does moral reasoning plateau during medical school? *Acad Med.* 1996;71:5-6.
17. Patenaude, J. Niyosenga, T. i Fafard D. (2003) Changes in students' moral development during medical school: a cohort study, *CMAJ*;168:840-44.
18. Hrabak M, Vujaklija A, Vodopivec I, Hren D, Marusic M, Marusic A. Academic misconduct among medical students in a post-communist country. *Med Educ.* 2004;38:276-85.
19. Editorial. Next step: ensuring integrity of scientific research. *Lancet.* 2002; 360:499.
20. Mastroianni AC, Kahn JP. The importance of expanding current training in the responsible conduct of research. *Acad Med.* 1998;73:1249-54.
21. Sheehan TJ, Husted SDR, Candee D, Cook CD, Borgen M. Moral judgement as a predictor of clinical performance. *Evaluation and Health Professions.* 1980;3:393.
22. Kohlberg L. *The psychology of moral development.* New York: Harper & Row; 1986.

23. Rest, J., Narvaez, D., Bebeau, M.J., Thoma, S. Postconventional Moral Thinking: A Neo-Kohlbergian Approach, Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1999.
24. King PM, Mayhew MJ. Moral judgement in higher education: insights from the defining issues test. *J Moral Educ.* 2002;31:248-270.
25. Galotti KM. Gender difference in self-reported moral reasoning: a review and new evidence. *J Youth Adolesc.* 1988;18:475-88.
26. Mustapha SL, Seybert JA. Moral reasoning in college students: implications for nursing education. *J Nurs Educ.* 1989;28:7-11.
27. Fischer BA, Zigmund MJ. Promoting responsible conduct in research through "survival skills" workshops: some mentoring is best done in a crowd. *Sci Eng Ethics.* 2001;7:563-87.
28. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
29. Schoen DA. Educating the reflective practitioner. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1987.
30. Miller SZ, Schmidt HJ. The habit of humanism: a framework for making humanistic care a reflexive clinical skill. *Acad Med.* 1999;74:800-3.
31. Smith CS, Irby DM. The roles of experience and reflection in ambulatory care education. *Acad Med.* 1997;72:32-5.
32. Sprinthall NA. Counseling and social role taking: promoting moral and ego development. U: Rest JR (ur.) *Moral Development in the professions: Psychology and applied ethics.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1994:55-100.
33. Branch WT Jr. Notes of a small group teacher. *J Gen Intern Med.* 1991;6:573-8.
34. Yalom ID. *The Theory and practice of group psychotherapy.* 3rd ed. New York: Basic Books; 1985.
35. Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Toward creating physician-healers: fostering medical students' self awareness, personal growth and well-being. *Acad Med.* 1999;74:516-20.
36. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA.* 1997;278:502-9.
37. Moore GT, Block SD, Briggs-Style C, Mitchell R. The influence of the new pathway curriculum on Harvard medical students. *Acad Med.* 1994;69:983-9.
38. Rest JR, Thomas S. Educational programs and interventions. U: Rest JR (ur.) *Moral development: Advances in research and theory.* New York, NY: Praeger; 1986:59-88.
39. DeHaan R, Hanford R, Kinlaw K, Philler D, Snarey J. Promoting ethical reasoning, affect and behavior among high school students: an evaluation of three teaching strategies. *J Moral Educ.* 1997;26:5-20.
40. Self DJ, Baldwin DC Jr, Olivarez M. Teaching medical ethics to first-year students by using film discussion to help their moral reasoning. *Acad .* 1993;68:383-85.
41. Self DJ, Baldwin DC Jr, Wolinsky FD. Evaluation of teaching medical ethics by an assessment of moral reasoning. *Med Educ.* 1992;26:178-184.
42. Clarkeburn H, Downie JR, Matthew B. Impact of an Ethics Programme in a Life Sciences Curriculum. *Teaching in Higher Education;* 2002;7:65-79.
43. Holm S, Nielsen GH, Norup M, Vegner A, Guldman F, Andreasen PH. Changes in moral reasoning and the teaching of medical ethics. *Med Educ.* 1995;29:420-423.
44. Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC Jr. The amount of small group case study discussion needed to improve moral reasoning skills of medical students. *Acad Med.* 1998;73:521-3.
45. Ambrozy D, Irby D, Bowen J, Burack J, Carlisle J, Stritter F. Role model's perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. *Acad Med.* 1997;72:1119-21.
46. Wright S, Examining what residents look for in their role models. *Acad Med.* 1996;71:290-92.
47. Wright S, Kern D, Kolodner K, Howard D, Brancati F. Attributes of excellent attending physician role models. *New Engl J Med.* 1998;339:1986-93.
48. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. *J Gen Intern Med.* 1997;12:53-6.
49. Reuler J, Nardone D. Role modelling in medical education. *West J Med.* 1994;161:335-7.
50. Takayama M, O'Neil E. Insights into medical students' career choices based on third- and fourth-year students' focus group discussions. *Acad Med.* 1997;72:635-40.
51. Wilkerson L, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. *Acad Med.* 1998;73:387-96.
52. Branch WT, Pels RJ, Harper G, Calkins D, Forrow L, Mandell F, Maynard E, Peterson L, Arky RA, Robb-Nicholson C. A new educational approach for supporting the professional development of third-year medical students. *J Gen Intern Med.* 1995;10:691-4.
53. Hundert EM, Hafferty F, Christiakis D. Characteristics of the informal curriculum and trainee's ethical choices. *Acad Med.* 1996;71:624-42.

Kontakt:

Darko Hren, profesor psihologije
Croatian Medical Journal

Šalata 3b, 10000 Zagreb
Tel. 4590 259; Fax. 4590 222
e-mail: dhren@mef.hr