



Humanizacja medycyny z perspektywy lekarzy i lekarek w Polsce

Humanization of medicine from the perspective of physicians in Poland

Zbigniew Izdebski^{1,2,A–B,E–F}, Alicja Kozakiewicz^{2,A–D}, Joanna Mazur^{2,A–E},
Maciej Białorudzki^{2,A–B,E}

¹ Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski, Polska

² Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne recenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Izdebski Z, Kozakiewicz A, Mazur J, Białorudzki M. Humanizacja medycyny z perspektywy lekarzy i lekarek w Polsce. Med Og Nauk Zdr. 2023; 29(1): 29–35. doi: 10.26444/monz/161042

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Humanizm w opiece medycznej ma kluczowe znaczenie dla poprawy poziomu usług medycznych oraz utrzymania prawidłowej relacji między personelem medycznym a pacjentem, zaś prawidłowa komunikacja jest jednym z czynników zwiększonej satysfakcji pacjentów. Celem opracowania jest identyfikacja kluczowych wskaźników pojęcia humanizacji medycyny z perspektywy lekarzy i lekarek oraz określenie ich zasobów komunikacyjnych w podziale na płeć.

Materiał i metody. W badaniu ankietowym, przeprowadzonym w okresie od 21 lutego do 28 kwietnia 2022 roku, uczestniczyło 498 osób, które zadeklarowały, że na co dzień pracują z pacjentami, z czego 48,6% (N = 242) grupy stanowili lekarze, zaś i 51,4% (N = 256) – lekarki. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 48,3 (SD = 12,5) lat. W badaniu zastosowano pytanie odnoszące się do najważniejszych aspektów w codziennej pracy z pacjentami stworzone przez zespół badawczy oraz Samoocisową Skalę Umiejętności Komunikacyjnych Pracowników Ochrony Zdrowia (HP-CSS).

Wyniki. Wśród najważniejszych składowych pracy z pacjentem znalazły się: staranność i dokładność wykonywanych działań (47,6%), jasna i zrozumiała komunikacja (44,2%) oraz indywidualne podejście do pacjenta (40,4%). Różnice w obszarze wymiarów umiejętności komunikacyjnych wskazują, że lekarki i lekarze nie różnią się w zakresie szacunkowego pacjenta ($p = 0,512$). Istotnie wyższe wyniki uzyskały lekarki w obszarze empatii ($p = 0,004$), natomiast w zakresie asertywności to mężczyźni ($p = 0,029$) osiągnęli wyższe wartości.

Wnioski. Wyniki badań niosą implikacje zarówno dla kadry dydaktycznej, jak i dla osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia, podkreślając znaczenie rozwijania kompetencji komunikacyjnych, przy czym w planowaniu działań istotne jest uwzględnianie różnic między kobietami a mężczyznami.

■ Słowa kluczowe

lekarze, lekarki, komunikacja, humanizm, opieka medyczna

■ Abstract

Introduction and Objective. Humanism in care is of fundamental importance in improving the level of medical services and maintaining a proper relationship between medical staff and patients, while appropriate communication is one of the determinants of increased patient satisfaction. The aim of the study is identification of key indicators of the concept of humanization of medicine from the perspective of male and female physicians, and determination of their communication skills resources by gender.

Materials and method. A survey conducted during February – April 2022 included 498 physicians – 48.6% (N=242) of males and 52.4% (N=256) of females who declared that they work with patients on a daily basis. The respondents' mean age was 48.3 (SD = 12.5). The survey used a question relating to the most important aspects in everyday work with patients designed by the research team, and the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS).

Results. Among the most important components in working with patients were carefulness and precision of the actions performed (47.6%), clear and understandable communication (44.2%) and an individual approach to the patient (40.4%). Differences in the area of the dimensions of communication skills indicate that male and female physicians do not differ in terms of respect expressed to patients ($p = 0.512$). Significantly higher scores were obtained by female physicians in the area of empathy ($p = 0.004$), while males achieved higher scores in the area of assertiveness ($p = 0.029$).

Conclusions. The results of the study carry implications for both the teaching staff and those working in the health care sector emphasizing the importance of developing communication competencies, while planning activities taking into consideration gender differences remains important.

■ Key words

male physicians, female physicians, communication, humanism, medical care

✉ Adres do korespondencji: Alicja Kozakiewicz, Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski, 65-046 Zielona Góra, Polska

E-mail: a.kozakiewicz@cm.uz.zgora.pl

Nadesłano: 18.01.2023; zaakceptowano do publikacji: 8.02.2023; publikacja online: 09.03.2023

WPROWADZENIE

W opiece holistycznej od współczesnych lekarzy oczekuje się nie tylko zapewnienia opieki medycznej w celu leczenia chorób i dysfunkcji, ale także opieki skoncentrowanej na

pacjencie [1], a ponadto coraz częściej podkreśla się znaczenie działań profilaktycznych w obszarze zdrowia. W literaturze humanizacja medycyny definiowana jest w różny sposób [2], jednakże zawsze podkreślany jest jej interdyscyplinarny charakter. Humanizacja medycyny łączy dyskursy różnych nauk, takich jak psychologia, etyka i filozofia, w celu lepszego ujęcia ludzkiej strony medycyny [3].

Zgodnie z ideą humanizacji medycyny pacjent postrzegany jest jako człowiek ze swoimi wszystkimi problemami, zdolny do samostanowienia. Taki sposób widzenia pacjenta przez pracowników ochrony zdrowia jest szczególnie istotny, gdyż wykonują oni zawody wysokiego zaufania publicznego. W prowadzonych w Polsce od kilku lat debatach na temat istoty humanizacji medycyny wypracowano następującą definicję tego pojęcia: „Humanizacja medycyny to teoria oraz zbiór praktyk mające na celu dostosowanie diagnostyki i leczenia do potrzeb i możliwości człowieka chorego oraz jego środowiska, podkreślające wagę personalizacji procesu leczenia. Opiera się na dowodach naukowych, postępie wiedzy oraz działaniach koncentrujących się na filozofii myślenia o człowieku, z uwzględnieniem poszanowania godności, autonomii i praw pacjenta, przy jednoczesnym wspieraniu potrzeb pracowników ochrony zdrowia. Do właściwej realizacji zadań związanych z humanizacją medycyny niezbędne jest zatem holistyczne postrzeganie roli człowieka w procesie leczenia, wraz z jego uwarunkowaniami psychospołecznymi, kulturowymi, socjalnymi, prawnymi i ekonomicznymi. Zasięgiem zarówno swojej teorii, jak i działań wykracza poza etykę, teorię praw pacjenta i jest pojęciem szerszym niż komunikacja kliniczna i komunikacja medyczna. Jest interdyscyplinarną, autonomiczną dziedziną wiedzy i wieloaspektowym obszarem działań” [4, s. 6].

Badania wykazały, że umiejętność sprawowania przez personel medyczny opieki zgodnej z ideą humanizacji medycyny jest ważnym czynnikiem mającym wpływ na stan psychiczny, leczenie i powrót do zdrowia pacjentów. Lekarz powinien posiadać nie tylko umiejętności kliniczne, ale wskazane jest również rozwijanie umiejętności osobistych i interpersonalnych w celu nawiązania lepszej komunikacji z pacjentem oraz jego najbliższym otoczeniem [5]. Ponadto zarządzający jednostkami medycznymi powinni zwracać szczególną uwagę na stan psychiczny personelu medycznego oraz podejmować kroki w celu ograniczenia stresorów, a także zapewniać zewnętrzne wsparcie w celu zmniejszenia lęku, depresji i wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia, co stanowi nieodłączony aspekt humanizacji medycyny [6].

Opieka zgodna z ideą medycyny humanistycznej ma kluczowe znaczenie dla poprawy poziomu usług, utrzymania prawidłowej relacji między personelem medycznym a pacjentem i poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich oraz oddziałuje na ogólne zadowolenie pacjentów [7–10]. Komunikacja medyczna to nietechniczna umiejętność niezbędna wszystkim pracownikom ochrony zdrowia. W rozumieniu komunikacji istotne znaczenie mają jej dwa wymiary, czyli komunikacja z pacjentem oraz komunikacja w zespole terapeutycznym (pomiędzy pracownikami medycznymi). Prawidłowa komunikacja z pacjentem jest jednym z czynników jego zwiększonej satysfakcji [11], który jednocześnie wpływa na jego leczenie [12]. Komunikacja w zespole terapeutycznym oddziałuje nie tylko na satysfakcję pacjenta, ale również na jego bezpieczeństwo [13].

M. Stewart [14] opisał opiekę skoncentrowaną na pacjencie jako opiekę, która: (1) bada powód wizyty i obawy pacjenta, (2) poszukuje holistycznego zrozumienia świata pacjenta, (3) znajduje wspólną płaszczyznę porozumienia w odniesieniu do danego problemu i uzgadnia sposób postępowania, (4) wzmacnia profilaktykę i promocję zdrowia oraz (5) umacnia stałą relację między pacjentem a pracownikiem ochrony zdrowia.

Opieka zgodna z ideą humanizacji medycyny charakteryzuje się pełnym szacunku i współczucia stosunkiem wszystkich członków zespołu opieki zdrowotnej do ich pacjentów i członków rodzin [15]. Humanizm w medycynie nie polega jedynie na leczeniu zaburzeń, ale wymaga od personelu medycznego dążenia do osiągnięcia lepszych wyników w wielu aspektach opieki, zwłaszcza w wymiarze duchowym, filozoficznym, etycznym i moralnym [16].

Podczas gdy profesjonalizm jest związany z zestawem działań i zachowań, humanizm łączy się z zestawem przekonań, które wpływają na działania i zachowania. Na humanizm składa się zestaw głęboko zakorzenionych osobistych przekonań dotyczących obowiązków wobec innych, zwłaszcza potrzebujących. Lekarze, którym bliska jest idea humanizmu, są intuicyjnie silnie zmotywowani do przestrzegania wartości moralnych i oczekiwań związanych z wybranym zawodem. Profesjonalizm i humanizm najlepiej traktować nie jako oddzielne, ale łącznie – jako ściśle ze sobą powiązane atrybuty dobrego lekarza [17].

Do kompetencji humanistycznych zalicza się współczucie, empatię, wrażliwość interpersonalną, inteligencję emocjonalną oraz holistyczne podejście do pacjenta. Jedną z najbardziej cenionych kompetencji humanistycznych jest empatia, którą definiuje się jako umiejętność dzielenia i rozumienia uczuć pacjentów [18–19]. Jednak opieka zgodna z ideą medycyny humanistycznej jest często utrudniona przez ograniczenia związane z organizacją opieki zdrowotnej, zwłaszcza że czas oczekiwania i liczba pacjentów stale rosną. W rezultacie lekarze poddawani są znacznym wymaganiom na poziomie systemowym [20]. Praca lekarza nie tylko wymaga wiedzy medycznej, ale jest również związana z podejmowaniem najlepszych decyzji i zaleceń w odniesieniu do pacjenta i w porozumieniu z nim. Oznacza to, że zestaw umiejętności wymaganych od pracowników ochrony zdrowia w celu zapewnienia dobrej opieki jest połączeniem wiedzy naukowej, umiejętności technicznych oraz cech takich jak współczucie i empatia [21].

Udowodniono, że pracownicy ochrony zdrowia o wysokim poziomie empatii działają skuteczniej, jeśli chodzi o wypełnianie swojej roli w wywoływaniu zmian terapeutycznych.

Empatyczny profesjonalista rozumie potrzeby pacjentów, ponieważ jego zasoby sprawiają, iż pacjenci w kontakcie z nim mogą bez obaw wyrażać myśli i problemy, które ich dotyczą. Chociaż znaczenie empatii w opiece zdrowotnej jest niezaprzeczalne, znacząco wysoki odsetek pracowników ochrony zdrowia wydaje się mieć trudności z przyjęciem modelu komunikacji empatycznej w swoich działaniach [22].

CEL PRACY

Celem opracowania jest identyfikacja kluczowych wskaźników pojęcia humanizacji medycyny z perspektywy lekarzy i lekarek oraz określenie ich zasobów komunikacyjnych w podziale na płeć.

MATERIAŁ I METODA

Badanie przeprowadzono w ramach realizacji projektu pt. „Humanizacja procesu leczenia i komunikacji klinicznej pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19”. Realizowany na Uniwersytecie Warszawskim projekt był finansowany ze środków budżetu państwa pochodzących z Agencji Badań Medycznych, numer umowy 2021/ABM/COVID/UW. Badanie miało charakter ilościowy i przeprowadzono je w okresie od 21 lutego do 28 kwietnia 2022 roku. Zgodę na udział w projekcie wyraziło 114 jednostek ochrony zdrowia, w tym 94 szpitale. W badaniu wykorzystano technikę ankiety internetowej (CAWI), przy czym ankieta ta została umieszczona na platformie badawczej opracowanej przez firmę Interactive Research Center sp. z o.o. Część danych zebrano przy użyciu ankiet papierowych (PAPI). W efekcie uzyskano 2340 ankiet od pracowników ochrony zdrowia, w tym 249 ankiet papierowych [6]. Respondenci udzielali odpowiedzi na pytania zamknięte, głównie na skalach nominalnych lub porządkowych. Średni czas potrzebny na wypełnienie pełnej ankiety online wyniósł 23,74 min, a mediana osiągnęła wartość 20,75 min.

W badaniu zastosowano pytanie odnoszące się do najważniejszych aspektów w codziennej pracy z pacjentami stworzone przez zespół badawczy, w celu identyfikacji kluczowych wskaźników humanizacji medycyny. Pytanie w brzmieniu *Co w pracy z pacjentami jest dla Pana/Pani najważniejsze?* składało się z 10 możliwych odpowiedzi oraz było rotowane, przy czym ankietowani mogli wybrać maksymalnie 3 najważniejsze ich zdaniem aspekty w pracy z pacjentami.

Ponadto zastosowano Skalę Umiejętności Komunikacyjnych Pracowników Ochrony Zdrowia (Health Professionals Communication Scale – HP-CSS) [23], która została opracowana w kontekście hiszpańskim i zwalidowana na próbie pracowników ochrony zdrowia (lekarzy, pielęgniarek i asystentów pielęgniarstwa), zarówno w podstawowej, jak i specjalistycznej opiece zdrowotnej, i wykazała odpowiednie właściwości psychometryczne [24]. Składa się ona z 18 pozycji, w tym z 4 wymiarów, którymi są: wymiar empatii, pozwalający zbadać, w jaki sposób profesjonalści uzyskują i przekazują informacje w ramach relacji klinicznej; wymiar komunikacji informacyjnej, który pozwala ocenić zdolność rozumienia uczuć pacjentów przez pracowników medycznych oraz ich reakcje behawioralne w postaci aktywnego słuchania i empatii; wymiar szacunku, odnoszący się do szacunku okazywanego przez profesjonalistów w relacjach klinicznych, oraz wymiar asertywności, umożliwiający ocenę umiejętności społecznych lub poziom asertywności w relacjach klinicznych z pacjentami. Odpowiedzi udzielane są na 6-punktowej skali typu Likerta (gdzie 1 oznacza „prawie nigdy”, zaś 6 – „wiele razy”).

Ze względu na ograniczony czas ankiety po zbadaniu właściwości psychometrycznych skali w badaniu pilotażowym do badania głównego włączono 12 pozycji, po 3 z każdej podskali. Dla wymiaru szacunku: *szanuję prawo pacjentów do swobodnego wyrażania siebie; szanuję niezależność i wolność pacjentów; czuję, że szanuję potrzeby pacjentów*; dla wymiaru komunikacji informacyjnej: *udzielam pacjentom informacji (w zakresie przysługujących mi kompetencji zawodowych), o tym co wzbudza ich obawy; uważam, że pacjent ma prawo otrzymywać informacje na temat swego stanu zdrowia; upewniam się, że pacjenci zrozumieli przekazywane informacje*; dla wymiaru empatii: *słucham pacjentów bez uprzedzeń,*

bez względu na ich wygląd fizyczny, maniery, sposób bycia; przeznaczam czas, aby słuchać i starać się zrozumieć potrzeby pacjenta; staram się zrozumieć uczucia moich pacjentów; dla wymiaru asertywności: *w jasny sposób wyrażam pacjentowi swoje opinie i życzenia; gdy pacjent postępuje niewłaściwie, wyrażam mój brak zgody lub dyskomfort; w relacjach z pacjentami wyrażam swoje opinie jasno i stanowczo*.

Prezentowana skala ma zadowalające właściwości psychometryczne, współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,909 dla całej skali, zaś dla podskali szacunku współczynnik ten wynosi 0,825, dla komunikacji informacyjnej: 0,788; dla empatii: 0,807; natomiast dla asertywności: 0,734.

Na etapie wstępnych analiz sprawdzono właściwości psychometryczne skali dotyczącej komunikowania się lekarzy i lekarek. Przyjęto, że wartości alfa Cronbacha powyżej 0,70 wskazują na rzetelny zestaw pozycji [25]. W pierwszym kroku analiz porównano wskazywane najważniejsze aspekty w pracy z pacjentami według płci ankietowanych. Zastosowano test niezależności χ^2 . W drugim kroku przedstawiono rozkłady procentowe w zakresie umiejętności komunikacyjnych w podziale na 3 kategorie: rzadko – dla odpowiedzi „prawie nigdy” i „raz na jakiś czas”; zazwyczaj – dla odpowiedzi „czasami” i „zazwyczaj”; bardzo często – dla odpowiedzi „bardzo często” i „wiele razy”. Następnie za pomocą testu niezależności χ^2 zaprezentowano istotne różnice między kobietami i mężczyznami w odpowiedziach dotyczących poszczególnych pozycji. W celu zaprezentowania wyników na podskalach obliczono średnie, przy czym w każdej podskali można było uzyskać od 3 do 18 pkt. Następnie przy wykorzystaniu testu niezależności U Manna-Whitneya przedstawiono różnice pomiędzy poszczególnymi wymiarami komunikacyjnymi.

Ocena wyników badania została przeprowadzona na podstawie analizy statystycznej przy użyciu programu SPSS 27.0.

W każdej chwili można było pozostawić kwestionariusz z niekompletnymi odpowiedziami, bez podania przyczyny i bez żadnych konsekwencji. Respondenci wypełniali kwestionariusz dobrowolnie, mając pełną informację, czego dotyczy badanie i jaki jest jego rodzaj. Procedura i narzędzia wykorzystane w tym projekcie badawczym zostały zatwierdzone przez Komisję Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego nr 2021/8.

WYNIKI

Przedmiotem niniejszych analiz są dane dotyczące 498 lekarzy i lekarek, w tym 48,6% (N = 242) mężczyzn i 51,4% (N = 256) kobiet, którzy zadeklarowali, że na co dzień pracują z pacjentami. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 48,3 (SD = 12,5) lat. 2,2% spośród badanych pracowało w zawodzie krócej niż rok, 1–5 lat pracowało 14,8%, a 6–10 lat 10,2%. Najwięcej spośród respondentów pracowało powyżej 10 lat – 72,7%.

W tabeli 1 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytanie *Co w pracy z pacjentami jest dla Pana/Pani najważniejsze?*, które zakładało możliwość wybrania maksymalnie 3 odpowiedzi. Wśród trzech najczęściej wybieranych składowych pracy z pacjentem znalazły się: staranność i dokładność wykonywanych działań – 47,6%, jasna i zrozumiała komunikacja z pacjentem – 44,2% oraz indywidualne podejście do pacjenta – 40,4%. 28,1% respondentów uznało przedstawienie procesu leczenia i możliwych skutków ubocznych za

najważniejszą część codziennej pracy z pacjentami, a 27,7% empatię. Następnie jako istotne uznano nawiązywanie relacji zaufania i szczerości (21,7%), poświęcanie czasu i wysłuchanie (21,7%), zachowanie poufności i szanowanie intymności (18,5%) oraz stawianie pacjenta i jego potrzeb na pierwszym miejscu (17,9%). Najmniej respondentów uznało współuczestnictwo pacjenta w podejmowaniu decyzji odnośnie do leczenia (14,5%) jako istotną kwestię w codziennej pracy z pacjentami. Różnice istotne statystycznie między kobietami, a mężczyznami wykazano w zakresie empatii ($p = 0,044$) i nawiązywania relacji zaufania i szczerości ($p = 0,023$), przy czym w obu tych stwierdzeniach to kobiety postrzegały dane składowe jako istotne. Mężczyźni zaś część wybierali przedstawienie procesu leczenia i możliwych skutków ubocznych leczenia ($p = 0,003$) jako istotną składową codziennej pracy z pacjentami.

Tabela 1. Najważniejsze elementy w pracy z pacjentami – rozkład odpowiedzi w podziale na płeć (wszystkie dane prezentowane jako wartości procentowe)

	Odpowiedzi tak (N = 498)	Mężczyźni (N = 242)	Kobiety (N = 256)	Test chi ²
Empatia	27,7	23,6	31,6	$p = 0,044$ $\text{chi}^2 = 4,061$ d.f. = 1
Poświęcanie czasu i wysłuchanie	21,7	19,0	24,2	$p = 0,158$
Staranność, dokładność wykonywanych działań	47,6	46,7	48,4	$p = 0,697$
Indywidualne podejście do pacjenta	40,4	41,7	39,1	$p = 0,543$
Stawianie pacjenta i jego potrzeb na pierwszym miejscu	17,9	18,2	17,6	$p = 0,860$
Jasna i zrozumiała komunikacja z pacjentem	44,2	44,2	44,1	$p = 0,987$
Przedstawienie procesu leczenia i możliwych skutków ubocznych leczenia	28,1	34,3	22,3	$p = 0,003$ $\text{chi}^2 = 8,911$ d.f. = 1
Współuczestnictwo pacjenta w podejmowaniu decyzji odnośnie do leczenia	14,5	16,1	12,9	$p = 0,306$
Nawiązywanie relacji zaufania i szczerości	21,7	17,4	25,8	$p = 0,023$ $\text{chi}^2 = 5,200$ d.f. = 1
Zachowanie poufności i szanowanie intymności	18,5	19,8	17,2	$p = 0,447$

Legenda:
p – poziom istotności
d.f. (ang. *degree of freedom*) – stopień swobody

W tabeli 2 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące komunikowania się z pacjentami. W rozkładzie procentowym widoczna jest przewaga odpowiedzi świadczących o bardzo częstym stosowaniu się do prezentowanych stwierdzeń. W odniesieniu do odpowiedzi bardzo często – najczęściej respondentów (85,5%) udziela pacjentom informacji (w zakresie przysługujących im kompetencji zawodowych) i tym, co wzbudza ich obawy, 88,2% uważa, że pacjent ma prawo otrzymywać informacje dotyczące swojego stanu zdrowia, 77,9% czuje, że szanuje potrzeby swoich pacjentów, 77,1% w jasny sposób wyraża pacjentom swoje opinie i życzenia,

77,9% słucha pacjentów bez uprzedzeń, bez względu na ich wygląd fizyczny, maniery, czy sposób bycia, 74,7% upewnia się, że pacjenci zrozumieli przekazywane informacje, 72,7% szanuje prawo pacjentów do swobodnego wyrażania siebie, a 72,1% szanuje niezależność i wolność pacjentów. W graniach 65% respondenci stwierdzają, że bardzo często: przeznaczają czas, aby słuchać i starać się zrozumieć potrzeby pacjenta (64,7%), starają się zrozumieć uczucia pacjentów (64,3%), a także w relacjach z pacjentami wyrażają swoje opinie jasno i stanowczo (65,5%). Najmniej respondentów bardzo często wyraża brak zgody, gdy pacjent postępuje niewłaściwie (52,8%).

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące komunikowania się – HP-CSS (N = 498; wszystkie dane prezentowane jako wartości procentowe)

	Rzadko	Zazwyczaj	Bardzo często
Szanuję prawo pacjentów do swobodnego wyrażania siebie	2,0	25,3	72,7
Szanuję niezależność i wolność pacjentów	1,8	26,1	72,1
Udzielam pacjentom informacji (w zakresie przysługujących mi kompetencji zawodowych) o tym, co wzbudza ich obawy	2,0	12,4	85,5
Słucham pacjentów bez uprzedzeń, bez względu na ich wygląd fizyczny, maniery, sposób bycia	2,2	22,9	74,9
W jasny sposób wyrażam pacjentowi swoje opinie i życzenia	2,0	20,9	77,1
Gdy pacjent postępuje niewłaściwie, wyrażam mój brak zgody lub dyskomfort	4,6	42,6	52,8
Przeznaczam czas, aby słuchać i starać się zrozumieć potrzeby pacjenta	1,8	33,5	64,7
Staram się zrozumieć uczucia moich pacjentów	2,2	33,5	64,3
W relacjach z pacjentami wyrażam swoje opinie jasno i stanowczo	1,8	32,7	65,5
Uważam, że pacjent ma prawo otrzymywać informacje na temat swego stanu zdrowia	1,0	10,8	88,2
Czuję, że szanuję potrzeby pacjentów	1,0	21,1	77,9
Upewniam się, że pacjenci zrozumieli przekazywane informacje	1,4	23,9	74,7

Odnosząc się do istotności statystycznej różnic dotyczących pojedynczych pozycji, należy podkreślić, iż prezentowane w tabeli 3 dane dotyczą tylko różnic istotnych statystycznie. Wyniki wskazują, iż kobiety częściej niż mężczyźni przeznaczają czas, aby słuchać i starać się zrozumieć potrzeby pacjenta ($p = 0,041$), oraz częściej starają się zrozumieć ich uczucia ($p = 0,025$). Mężczyźni zaś częściej wyrażają swoje opinie jasno i stanowczo w relacjach z pacjentami ($p = 0,080$).

Różnice w obszarze wymiarów umiejętności komunikacyjnych przedstawione w tabeli 4 wskazują, iż lekarki i lekarze nie różnią się w zakresie szacunku wyrażanego pacjentom ($p = 0,512$). Istotnie wyższe wyniki uzyskały lekarki w obszarze komunikacji informatywnej ($p = 0,057$; wynik na granicy istotności statystycznej), oraz empatii ($p = 0,004$). W obszarze asertywności to mężczyźni ($p = 0,029$) osiągnęli wyższe wyniki. Różnice zostały zaprezentowane graficznie na rys. 1.

Tabela 3. Różnice pod względem płci w zakresie komunikowania się – HP-CSS (wszystkie dane prezentowane jako wartości procentowe)

	Rzadko	Zazwyczaj	Bardzo często
Przeznaczam czas, aby słuchać i starać się zrozumieć potrzeby pacjenta	Mężczyźni (N = 242)		
	2,1	38,8	59,1
	Kobiety (N = 256)		
	1,6	28,5	69,9
	$p = 0,041$; $\chi^2 = 6,388$; d.f. = 2		
Staram się zrozumieć uczucia moich pacjentów	Mężczyźni (N = 242)		
	2,5	39,3	58,3
	Kobiety (N = 256)		
	2,0	28,1	69,9
	$p = 0,025$; $\chi^2 = 7,383$; d.f. = 2		
W relacjach z pacjentami wyrażam swoje opinie jasno i stanowczo	Mężczyźni (N = 242)		
	1,2	28,5	70,2
	Kobiety (N = 256)		
	2,3	36,7	60,9
	$p = 0,080$; $\chi^2 = 5,046$; d.f. = 2		

Legenda:

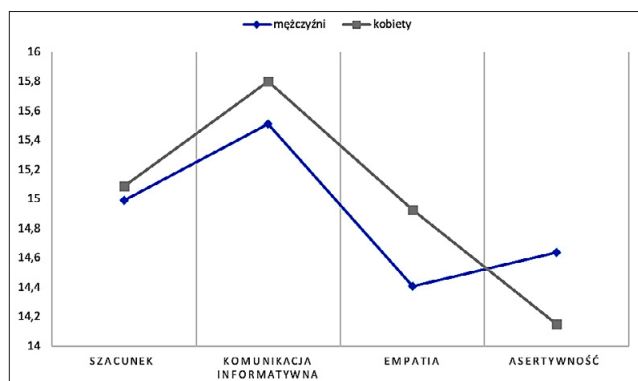
 p – poziom istotnościd.f. (ang. *degree of freedom*) – stopień swobody**Tabela 4.** Różnice pod względem płci w zakresie wymiarów umiejętności komunikacyjnych – HP-CSS

	Łącznie (N = 498) M (SD)	Mężczyźni (N = 242) M (SD)	Kobiety (N = 256) M (SD)	U Manna- -Whitneya	p
Szacunek	15,04 (2,39)	14,99 (2,32)	15,09 (2,46)	-0,655	0,512
Komunikacja informatywna	15,66 (2,21)	15,51 (2,16)	15,80 (2,25)	-1,905	0,057
Empatia	14,67 (2,46)	14,41 (2,42)	14,93 (2,47)	-2,850	0,004
Asertywność	14,39 (2,54)	14,64 (2,34)	14,15 (2,70)	-2,183	0,029

Legenda:

 p – poziom istotności

M – mediana

SD (ang. *standard deviation*) – odchylenie standardowe**Rysunek 1.** Różnice w poszczególnych wymiarach komunikacyjnych

DYSKUSJA

Wdrażanie idei humanizmu w medycynie wymaga od pracowników medycznych rozwijania zasobów komunikacyjnych i emocjonalnych, a także wykazywania wrażliwości na

wartości i środowisko pochodzenia pacjentów [26]. Praktykowanie medycyny humanistycznej przez personel medyczny poprzez okazywanie pacjentowi szacunku, zrozumienia, życzliwości i empatii może być pomocne dla pacjenta w trudnej sytuacji zdrowotnej. Ponadto będzie to również z korzyścią dla wzajemnego zrozumienia i utrzymania profesjonalnej relacji pomiędzy pracownikami a pacjentami. Zrozumienie i przestrzeganie aspektów humanistycznych w medycynie przez personel medyczny ma szczególne znaczenie w procesie leczenia, szczególnie przy uwzględnieniu, że Polska boryka się z ogromnym niedoborem lekarzy (liczba medyków przypadająca na jednego mieszkańca jest tu najniższa w Unii Europejskiej) [27].

Relacja lekarz–pacjent odgrywa istotną rolę w systemie ochrony zdrowia, a ponieważ wiąże się z umiejętnościami komunikacyjnymi i etyką lekarską, wymaga rozważań etycznych, filozoficznych, psychologicznych i socjologicznych.

Umiejętność komunikowania się jest ważna dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Profesjonalizm i umiejętności komunikacyjne są jednymi z najważniejszych elementów uprawiania zawodu lekarza. Pacjenci twierdzą, że lekarze nie słuchają ich w zadowalającym stopniu [28–29]. Dlatego należy określić czynniki, które wpływają na umiejętności komunikowania się, oraz zasugerować metody poprawy tych umiejętności. Poprawa edukacji w zakresie umiejętności komunikacyjnych jest kluczowym narzędziem prowadzącym do ulepszenia relacji lekarz–pacjent [30].

Za najważniejsze składowe medycyny humanistycznej lekarze i lekarski uznali staranne i dokładne wykonywanie działań przez lekarza, jasną i zrozumiałą komunikację z pacjentem oraz indywidualne podejście do chorego. Umiejętności komunikacyjne były następnie określone za pomocą skali, które identyfikowała 4 wymiary: empatię, szacunek, komunikację informatywną oraz asertywność.

Badania własne pokazały, że mężczyźni nie tylko różnią się istotnie statystycznie od kobiet w zakresie empatii – jednego z najważniejszych elementów w codziennej pracy z pacjentami – ale też uzyskali niższe wyniki w zakresie empatii jako składowej umiejętności komunikacyjnych. Potwierdzają to badania D.L. Rotter i J.A. Hall [31], w których wykazano, że lekarki podstawowej opieki zdrowotnej prowadzą dłuższe wizyty pacjentów niż mężczyźni lekarze oraz angażują się w dłuższą komunikację, którą można uznać za skoncentrowaną na pacjencie. Podobnie badania J. Deng i in. [26] pokazują, że jednym z głównych czynników wpływających na zdolność opiekuńczą zgodną z ideą medycyny humanistycznej chińskich lekarzy jest płeć. Należy zaznaczyć, że empatia jest konstruktem głębszym niż współczucie, ponieważ można odczuwać współczującą troskę o drugą osobę bez podejmowania jakiegokolwiek próby zrozumienia jej uczuć i punktu widzenia [32].

Kobiety i mężczyźni nie różnili się w zakresie szacunku okazywanego pacjentom podczas rozmowy. W zakresie komunikacji informatywnej kobiety uzyskiwały wyższe wyniki, zaś w zakresie asertywności wyższe wyniki były udziałem mężczyzn.

Przegląd badań wskazuje na zróżnicowanie wyżej wskazanych wyników. W badaniu, które obejmowało rezydentów, nie stwierdzono różnic w zakresie żadnej z podskali HP-CSS między kobietami (N = 86) i mężczyznami (N = 105) [33]. Natomiast w badaniu pielęgniarek stwierdzono różnice między empatią i szacunkiem, gdzie to kobiety (N = 69) uzyskiwały statystycznie istotnie wyższe wyniki.

W zakresie komunikacji informatywnej kobiety cechowały się wyższą średnią, podobnie jak mężczyźni ($N=22$) w zakresie asertywności, ale bez istotności statystycznej [34]. Zaś w badaniu personelu medycznego nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy żadnym z wymiarów, przy czym kobiety ($N=65$) uzyskały wyższą średnią w zakresie empatii, a w pozostałych trzech wymiarach mężczyźni ($N=25$) charakteryzowali się wyższą średnią, przy czym badaniem objętych było jedynie 19 lekarzy [35]. Inne badania pokazują istotne statystycznie różnice w zakresie komunikacji informatywnej i empatii wśród lekarzy i pielęgniarek, przy czym pielęgniarki osiągały istotnie wyższe wyniki w zakresie obu podskal. Nie stwierdzono różnic pomiędzy pozostałymi dwoma wymiarami, ale lekarze uzyskali wyższe wyniki w zakresie szacunku [36].

Biorąc pod uwagę fakt, że mężczyźni jedynie w wymiarze asertywności osiągnęli istotnie statystycznie wyższe wyniki od kobiet, należy zauważyć, że asertywna komunikacja jest coraz częściej uznawana za ważny element umiejętności pracy w zespole, mający na celu zmniejszenie niekorzystnych wyników leczenia pacjentów [37, 38]. Zdolność do rozpoznania podatności lekarzy na wypalenie zawodowe może zwiększyć podniesienie ich samoświadomości, co można osiągnąć poprzez systematyczne organizowanie interwencji opartych na dowodach naukowych, w tym interwencji grupowych, treningu mindfulness, treningu asertywności, grup dyskusyjnych i promowanie zdrowego środowiska pracy [39]. Dodatkowo asertywność przyczynia się do lepszej komunikacji wewnątrz zespołu medycznego, a badania podkreślają, że w celu kształtowania u studentów pielęgniarstwa pozytywnych postaw wobec współpracy pielęgniarek i lekarzy należy już od początku kształcenia realizować różne programy edukacyjne związane z asertywnością w zakresie umiejętności komunikacyjnych [40].

W Polsce realizacja przedmiotów odnoszących się do idei humanizmu na kierunkach lekarskich jest zróżnicowana. Liczba przedmiotów związanych z medycyną humanistyczną na polskich uczelniach wahała się od 1 do 6, natomiast całkowity wymiar nauczania wahał się od 15 do 216 godzin w zakresie zajęć obowiązkowych [41]. Ponadto przeprowadzona w 2020 roku identyfikacja umiejętności ważnych dla przyszłych lekarzy pod kątem wykonywania zawodu wykazała, że respondenci czuli się dobrze przygotowani w zakresie kompetencji teoretycznych do wykonywania przyszłego zawodu, natomiast swoje przygotowanie praktyczne ocenili jako znacznie niższe. Jedną z najważniejszych umiejętności wskazanych przez studentów biorących udział w tym badaniu była komunikacja z pacjentami [42].

Zrozumienie aspektów klinicznych i wiedza medyczna są niezbędnym elementem edukacji medycznej i bycia dobrym profesjonalistą – lekarzem, jednakże umiejętności interpersonalne oraz empatia są coraz częściej postrzegane jako podstawowe umiejętności medyczne [43].

Prezentowane badanie nie jest jednak wolne od pewnych ograniczeń. Trudność może stanowić odwoływanie się i porównywanie wyników naszych badań z istniejącymi w literaturze danymi dotyczącymi innych krajów. Warto przypomnieć, że badanie ankietowe prowadzone było w końcowej fazie pandemii, a różnice wynikające z sytuacji pandemicznej w różnych krajach (jej nasilenia i negatywnych skutków) nie pozwalają na jednoznaczne wyciąganie wniosków. Ponadto przekrojowy charakter badania i brak podłużnej obserwacji nie pozwalają na wnioskowanie o związkach

przyczynowo-skutkowych między zmiennymi oraz o długofalowych konsekwencjach stwierdzonych efektów. Co więcej, konstrukcja kwestionariusza nie umożliwiła zidentyfikowania indywidualnej ważności każdego z obszarów istotnych w codziennej pracy lekarzy z pacjentami z uwagi na fakt, iż zakładała wybranie trzech najważniejszych obszarów. Przyszłe badania powinny uwzględniać możliwość odniesienia się do każdego z wymiarów i określenia ich znaczenia.

Atutem badania jest to, iż objęto nim cały kraj pod względem geograficznym (typologicznym), a dodatkowo został uwzględniony status jednostki (szpital i poradnie specjalistyczne). Warto podkreślić, iż wszystkie wyżej wymienione badania cechowały się znacznie niższą liczebnością respondentów niż badania własne, a także nadreprezentacją kobiet. Według dostępnej wiedzy prezentowane badanie jest pierwszym, które analizuje różnice między lekarzami i lekarkami w Polsce, jednocześnie prezentując grupy równoliczne.

WNIOSKI

Niniejsze badanie identyfikuje kluczowe wskaźniki istotne w codziennej pracy z pacjentami wśród lekarek i lekarzy oraz prezentuje różnice w zakresie kompetencji komunikacyjnych między badanymi kobietami i mężczyznami. Niewątpliwie nacisk na subiektywne doświadczenia pacjentów jest jednym z kluczowych elementów odnoszących się do opieki zgodnej z ideą medycyny humanistycznej, a lekarze mogą wybierać między wąskim podejściem technicznym opartym na ich kompetencjach lub szerszym podejściem humanistycznym, które jest mniej redukcjonistyczne. Wyniki badań własnych mają implikacje zarówno dla kadry dydaktycznej, jak i dla osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia, podkreślając znaczenie rozwijania kompetencji komunikacyjnych. W planowaniu działań edukacyjnych dla tej grupy zawodowej istotne pozostaje uwzględnianie różnic między kobietami a mężczyznami. Jednostki ochrony zdrowia i uczelnie odgrywają fundamentalną rolę we wdrażaniu działań edukacyjnych dotyczących kwestii omawianych w prezentowanym badaniu.

Źródło finansowania

Projekt realizowany na Uniwersytecie Warszawskim był finansowany ze środków budżetu państwa od Agencji Badań Medycznych, numer umowy 2021/ABM/COVID/UW

PIŚMIENNICTWO

- Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2019;102(1):3–11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029
- Shapiro J, Coulehan J, Wear D, et al. Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. *Acad Med.* 2009;84(2):192–198. doi:10.1097/ACM.0b013e3181938bca
- Arnott R, Bolton G, Evans M, et al. Proposal for an academic Association for Medical Humanities. *Med Humanit.* 2001;27(2):104–105. doi:10.1136/mh.27.2.104
- Izdebski Z (red.) *Debata Humanizacja Medycyny 2015, 2022*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2022, s. 99. ISBN: 9788323557289
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991;303(6814):1385–1387. doi:10.1136/bmj.303.6814.1385
- Izdebski Z, Mazur J, Furman-Kwiatkowska K, i wsp. Humanizacja procesu leczenia i komunikacji klinicznej pomiędzy pacjentem

- a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2023 (w druku).
7. Keeney T, Kumar A, Erler KS, et al. Making the Case for Patient-Reported Outcome Measures in Big-Data Rehabilitation Research: Implications for Optimizing Patient-Centered Care. *Arch Phys Med Rehabil.* 2022;103(5):S140-S145. doi:10.1016/j.apmr.2020.12.028
 8. González-Bueno J, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juventeny E, et al. Improving medication adherence and effective prescribing through a patient-centered prescription model in patients with multimorbidity. *Eur J Clin Pharmacol.* 2022;78(1):127-137. doi:10.1007/s00228-021-03207-9
 9. Tebeje TH, Klein J. Applications of e-Health to Support Person-Centered Health Care at the Time of COVID-19 Pandemic. *Telemed J E Health.* 2021;27(2):150-158. doi:10.1089/tmj.2020.0201
 10. Nagamatsu Y, Natori Y, Yanai H, et al. Impact of a nursing education program about caring for patients in Japan with malignant pleural mesothelioma on nurses' knowledge, difficulties and attitude: A randomized control trial. *Nurse Educ Today.* 2014;34(7):1087-1093. doi:10.1016/j.nedt.2014.02.007
 11. Brédart A, Kop JL, Fiszser C, et al. Breast cancer survivors' perceived medical communication competence and satisfaction with care at the end of treatment. *Psycho-oncology.* 2015;24:1670-1678. doi: 10.1002/pon.3836
 12. van Osch M, van Dulmen S, van Vliet L, et al. Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2017;100:1482-1489. doi: 10.1016/j.pec.2017.03.009.
 13. Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *J Comm J Qual Saf.* 2008;34:464-471. doi: 10.1016/S1553-7250(08)34058-6.
 14. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ.* 2001;322(7284):444-445. doi:10.1136/bmj.322.7284.444
 15. Arnold P. Gold foundation. What is humanism in healthcare? <http://www.gold-foundation.org/about-us/faqs/> (dostęp: 2023.01.08)
 16. Calle GHL, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *RBTI.* 2017;29(1). doi:10.5935/0103-507X.20170003
 17. Cohen JJ. Viewpoint: Linking Professionalism to Humanism: What It Means, Why It Matters. *Acad Med.* 2007;82(11):1029-1032. doi:10.1097/01.ACM.0000285307.17430.74
 18. Halpern N, Bentov-Gofrit D, Matot I, et al. The effect of integration of non-cognitive parameters on medical students' characteristics and their intended career choices. *Isr Med Assoc J.* 2011;13(8):488-493.
 19. Montemayor C, Halpern J, Fairweather A. In principle obstacles for empathic AI: why we can't replace human empathy in healthcare. *AI Soc.* 2022;37(4):1353-1359. doi:10.1007/s00146-021-01230-z
 20. Steinhausen S, Ommen O, Thüm S, et al. Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Educ Couns.* 2014;95(1):53-60. doi:10.1016/j.pec.2013.12.007
 21. Kerasidou A, Børøe K, Berger Z, et al. The need for empathetic healthcare systems. *J Med Ethics.* 2021;47(12):e27-e27. doi:10.1136/medethics-2019-105921
 22. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, et al. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare.* 2020;8(1):26. doi:10.3390/healthcare8010026
 23. Leal C, Tirado S, Rodríguez-Marín J, et al. Creation of the communication skills scale in health professionals, CSS-HP. *An Psicol.* 2015;32(49)
 24. Leal-Costa C, Tirado-González S, Rodríguez-Marín J, et al. Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *Int J Clin Health Psychol.* 2016;16(1):76-86. doi:10.1016/j.ijchp.2015.04.001
 25. Cain MK, Zhang Z, Yuan KH. Univariate and multivariate skewness and kurtosis for measuring nonnormality: Prevalence, influence and estimation. *Behav Res Methods.* 2017;49(5):1716-1735. doi:10.3758/s13428-016-0814-1
 26. Deng J, Lei L, Zhang HL, et al. The current status and the influencing factors of humanistic care ability among a group of medical professionals in Western China. *THC.* 2019;27(2):195-208. doi:10.3233/THC-181389
 27. OECD; European Observatory on Health Systems and Policies. Poland: Country Health Profile 2019; OECD: Brussels, Belgium, 2019.
 28. Beaudoin PL, Labbé M, Fanous A, et al. Teaching communication skills to OTL-HNS residents: multisource feedback and simulated scenarios. *Am J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;48(1):8. doi:10.1186/s40463-019-0329-8
 29. Itri JN, Yacob S, Mithqal A. Teaching Communication Skills to Radiology Residents. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2017;46(5):377-381. doi:10.1067/j.cpradiol.2017.01.005
 30. Ramaswamy R, Williams A, Clark EM, et al. Communication Skills Curriculum for Foreign Medical Graduates in an Internal Medicine Residency Program. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(11):2153-2158. doi:10.1111/jgs.13094
 31. Roter DL, Hall JA. Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. *Ann Rev Public Health.* 2004;25(1):497-519. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134
 32. Jeffrey D. Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *Br J Gen Pract.* 2016;66(643):e143-e145. doi:10.3399/bjgp16X683761
 33. Butt NS, Rai SI, Liaqat N, et al. Communication Skills of Postgraduate Residents Using Health Professionals Communication Skills Scale. *RJRCM.* 2022; 2.
 34. Sánchez Expósito J, Leal Costa C, Díaz Agea JL, et al. Socio-emotional competencies as predictors of performance of nursing students in simulated clinical practice. *Nurse Educ Pract.* 2018;32:122-128. doi:10.1016/j.nepr.2018.07.009
 35. Llor Lozano J, Seva Llor AM, Díaz Agea JL, et al. Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enf Global.* 2020;19(3):68-92. doi:10.6018/eglobal.381641
 36. Hossny E, Gabra S, Hussien R. Assessment of Professional Communication Skills of Healthcare Professionals toward the Patients. *ASNJ.* 2022;10(30):242-253. doi:10.21608/asnj.2022.132940.1359
 37. Flin R, Winter J, Sarac, C, et al. Human factors in patient safety: Review of topics and tools. Geneva, Switzerland, 2019: World Health Organization, http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf (dostęp: 2023.01.08)
 38. World Health Organization. WHO Patient safety curriculum guide: Multi professional edition. Geneva, Switzerland: 2011, WHO Press. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf. (dostęp: 2023.01.08)
 39. Patel R, Bachu R, Adikey A, et al. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci.* 2018;8(11):98. doi:10.3390/bs8110098
 40. Lee SM, Ryu YH, Kim JH. The Impacts of Assertiveness on Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration in Nursing Students. *J Korean Acad Soc Nurs Educ.* 2018;24(4):326-336. doi:10.5977/jkasne.2018.24.4.326
 41. Dec-Pietrowska J, Szczypek AJ. A Study of Differences in Compulsory Courses Offering Medicine Humanization and Medical Communication in Polish Medical Schools: Content Analysis of Secondary Data. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(24):13326. 2021. doi:10.3390/ijerph182413326
 42. Kiedik D, Grzebieluch J, Chomątowska B, et al. Representatives of generation 'Z' as future doctors - results of research among final year students at medical universities in Poland. *Ann Agric Environ Med.* Published online January 3, 2023. doi:10.26444/aaem/156575
 43. Epstein RM. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA.* 2002;287(2):226. doi:10.1001/jama.287.2.226