

研究进展

美英两国关于医疗场所暴力现象的研究与治理

美国的调查与建议

《美国医学会杂志（JAMA）》最早在 1892 年就发表过一篇名为《对医生的攻击》的社论。文章指出，“无论多么勤勉与小心，没有医生可以预见到自己会在何时不会成为无端袭击、恶毒诽谤、敲诈勒索或诉讼戕害的目标”。“现在医学界对于疯狂的个人或患者袭击医生已经见怪不怪，但幸运的是，来自正常人的袭击非常罕见。”面对暴力，“医疗经验教会了我们：尊严、沉默，和忍耐”。当前，美国发生的针对医务人员的暴力现象也不容乐观。Goodman 调查发现，1980 到 1990 十年间，共有 552 名医务人员死于工作相关的伤害，其中 106 名医务人员死于他杀，占总数 20.3%。美国劳动部统计数据显示，从 1997 年到 2009 年，美国共发生 8127 起工作场所他杀案件，其中有 73 起与医疗体系相关，其中 20 起发生在医院，17 起发生在医师办公室和诊所。在 2010 到 2012 年期间，有研究者针对美国各州医学会进行调查，结果反映美国各州都有医疗场所暴力事件发生，虽然采取了相应举措，对医疗工作场所的当前的安全满意度不足一半。针对现状，Mark Siegler 认为患者家属因疾病预后欠佳而产生的愤怒，患者在获得和负担医疗服务时存在困难，患者精神状态不佳，以及医生面对患者及家属不幸的冷漠等，是导致暴力的诱因。Gates 总结了美国近年医疗场所暴力现象的四个特征。第一，实施口头和身体暴力在各种医疗场所都呈上升趋势。第二，大众媒体对枪支滥用的报道，提高了公众对暴力事件不良后果的关注。第三，暴力行为对医务人员工作产生明显影响，表现为工作满意度降低，职业压力增加，医疗服务质量下降。第四，越来越多的医务人员将暴力现象视为一个可以解决的问题，而拒绝接受其为“工作的一部分”。

为了有效解决针对医务人员的暴力，Morrison 等强调此项工作的系统性与多学科性，其中医疗机构管理者和医学教育家首先要正视现状，承担起职责。Bernard Lo 认为，处理医疗场所暴力问题，要立足于四个伦理原则：第一，任何人都有权利免于攻击和谋杀；第二，医疗机构有义务保障医务人员的安全；第三，医疗机构有义务向病人提供服务；第四，医务人员有法定义务（有限地）提供服务。在具体情形中，这些原则会相互冲突，需要进行充分地识别和权衡。尤其是医疗机构应尝试建立有建设性的医患关系，强调病人的关切和需求，提升医疗服务质量，扭转医务人员的不良态度。

在政策层面，美国司法部和劳动部职业安全健康管理局（OSHA）在全国层面都发布过专门的指导意见，美国医学会（AMA）也出版过预防性意见。美国卫生部疾病控制与预防中心（CDC）所属的国家职业安全与健康研究院（NIOSH）所发布的《暴力：医院中的职业危险》研究报告指出，医院中精神科、急诊科、等候区域、老年病房是暴力现象的高发区。以下因素也是导致暴力现象发生的风险点：病人有精神疾病或暴力行为史；人力不足的时间段，特别是用餐时间和探视时间；转院来的病人；等候时间过长；等候区域过于拥挤和不适；医务人员独自工作时；硬件环境不佳；安保



不健全；医院缺乏防控暴力培训；对方有药物滥用和酗酒史；枪支管理不严；公众随意进出；照明不佳的走廊、房间、停车场等区域，等等。

英国的全国调查与建议

英国早在 1978 年也专门讨论过针对医生的暴力问题。文章指出，大众文化对医生的典型印象是智慧、平和并且是坚不可摧的，尤其当医生穿上白大衣时，仿佛具有免受攻击的能力，然而现实中的医学却是一门高风险的专业。针对英国的医疗场所暴力现象，Hobbs 认为虽然数量上表现为个案，但对整个医疗执业群体都有广泛影响。Duxbury 调查发现英国的医务人员和病人对暴力行为有不同的认识，病人认为医疗场所环境不佳和医务人员沟通能力不足是引发侵犯现象的主要原因，而医务人员认为患者的精神疾病是导致暴力行为的首要因素。在全国层面，英国医师协会（BMA）分别在 2003 年和 2007 年举行过两次系统调查，并发表了《工作中的暴力：英国医师的经历》的调查报告。报告指出，有半数受访医生认为暴力构成了对工作的挑战，很多医生对披露病人施暴感到内疚或尴尬，对自身能力自责，强调体制问题是主因。有三分之一的受访医生表示，对暴力不可能实现零容忍，因为这种政策实施难度大，并与医生义务相冲突（即不论患者条件如何，都给予治疗），并且受到医疗体制和卫生资源的制约。

针对调查发现，BMA 也提出一些政策建议：（1）降低暴力现象必须依靠健全的风险评估和管理，要依据当地政策实施。暴力的定义标准要制定清楚，避免歧义和误解。（2）针对医生不主动上报暴力事件的普遍性，要鼓励对暴力事件进行记录，要有正规的备案制度。医疗场所要营造支持性环境，使得医务人员上报时不会产生负疚感。报告后，必须采取相应的行动，实施要有制度保障。（3）处理对医疗人员的暴力问题要与当地警方、相关部门和媒体保持合作。加强对病人义务和可接受行为的教育。（4）要向医师提供处理暴力事件的培训，培训要覆盖所有医务人员，内容要包括如何克制，有效沟通和处理挑衅等方法。

（唐健，丛亚丽）

文献译介

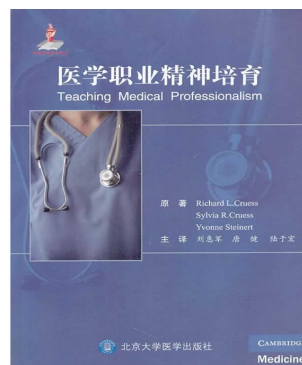
论医学职业精神之培育

William M. Sullivan, Ph.D.

本文选自 Teaching Medical Professionalism. Edited by Richard L. Cruess, Sylvia R. Cruess and Yvonne Steinert. Cambridge University Press, 2008. 中译本：《医学职业精神培育》。刘惠军、唐健等译，北京大学医学出版社，2013。

这本书称得上是一部拓荒性的著作。它将医学职业精神培育的理论以及实践层面上那些最具特色的核心要点整合到了一起。本书的各章内容，为当今医学教育中最为重要的话题之一提供了一份透彻并有益的指导：那就是，如何去保证未来的医师能够满足公众对医学日益增长的期待。针对这一关乎医学未来发展的难题，本书的作者们认为，打开难题的钥匙就是理解、传播并促进医学职业精神。

公众希望能获得更好的医疗照护，并且希望能有一个对其需求更为体恤的职业群体。但归根结底，人们最希望的还是能出现富有能力和同情心



的医师，去治愈他们的病人。我们几乎都终将成为病人。我们也迟早都会病体羸弱，不得不依赖医疗专业。因此，我们也自然希望能找到那些最为训练有素和学识渊博的医师去照护我们。但更为重要的是，我们期盼能去信任我们的医师，希望他们会以他们的能力全身心地照护我们。

医学之所以能被称为一门职业，是因为其在治疗方面所体现的一系列专业能力，以及对病人照护工作所承担的责任。职业精神的培育，应直接着眼于医师在病人照护中能完整表现出专业能力与奉献精神。然而，医学的这种诚信性也面临着威胁。对医学实践诚信性的威胁体现在两个方面。其一，在于新兴的技术性医学自身所取得的成功。要承认的是，生物科学与技术所取得的成就确实改造并完善医疗照护工作。然而，这个结果也强化了一种错误认识，那就是医学只是一种对科学知识的简单应用，而非一项兼具复杂性与艺术性的社会生物性实践。其二，在于存在大量有目的性的实施策略，即为了使得医学更为安全，更具有可预测性，更有效率，而应用了许多金融性和组织管理性的技术手段。

以上所提到的这两点原因，一方面将医学误解为一种应用性技术，另一方面将医学片面化为一种程式化的服务而限制了发展的视野。这两种思维都没能意识到，医学是一种复杂性的实践，有其自身目的，并具有以专业能力和奉献精神为内容的内在价值。可以说，职业精神的理念是旨在全面复兴医学实践的本身的多重维度。医学的目的就在于在病人照护中坚守并发展治疗的艺术。这些目标的实现，取决于医师在日常工作中能否坚守正确的价值取向和践行服务承诺。

面对社会层面对健康照护提出更高的需求，生物医学研究和管理技术手段已在其中发挥了巨大的价值，但通过丰富和拓展医学实践的形式，他们还可以做出最大限度的贡献。然而，他们自身却不能替代医学职业群体所要求的专业能力和价值取向。换言之，医学实践所蕴含的整体性，甚至是智慧性，是需要去理解、去评估、去促进，而非去取而代之。

在医疗实践中，医师应用他们的专业能力去治疗病人的疾病并护卫社会的健康。医师通过和病人建立起来的关系，以聪明的、关爱的、创造性的途径去发挥他们的本领，以此产生了一种独特的自我实现方式。这就是医学作为一门行业所做出的承诺。但并不仅限于此，医学实践意味着要加入一个职业群体，去施展治疗的艺术。医学的职业承诺能否实现，要取决于是否能取得个体病人以及社会层面的充分信任。

在医学与社会层面之间存在一个隐性但又至关重要的契约，那就是医学职业被授予了自由裁量权与自治权，作为交换，他们需要向社会提供高品质的医疗服务。然而，对医患双方而言，这一承诺只有在被很好地理解的基础上才会履行，同时这一承诺塑造了医师职业发展的价值导向。确保这一承诺的实施，就是医学职业精神培育的任务所在。

职业精神的培育并不是医学课程体系中的特殊一环，而是将整个医学教育视为一个整体。职业精神为医学实践的总体轨迹的勾画，从学生启蒙到继续教育，提供了新鲜的视角。而医学教育所存在的这种独特的张力，决定了其必然是形成性的。医学教育所隐含的这种形成性张力仍旧没有被医学教育家们所全面认识。这一点非常重要，因为只有现行医学实践所存在的前后矛盾被更清晰地勾勒和认识后，通过有效的教育干预去增强职业精神，才会取得成功。

承认了医学教育的形成性特点，将有利于医学教育家们培养未来医师更有针对性。另外，一个形成性的视角也会有助于医学生和住院医师在他们职业训练的每一个阶段，对提高自身的专业能力和奉献精神都会有更大的自觉性。一个职业精神的课程体系将会把医学实践的价值内容置于所有医学训练的中心，从而使对职业的定位和反思成为从医学生到医师整个生涯中的基本定位和衡量标准。

此外，医学教育所面临的一个巨大挑战就是，如何在一个漫长的时期内去保持方向性和连续



性。从进入医学院开始到高级住院医师培训，这个教育过程称得上特别漫长并极其复杂。当这些未来的医师在学校性质的机构开始培训时，他们经常被鼓励去延续学生的角色，并保持学生的思考方式。也就是说，他们基本上面对的都是那些结构清晰的问题，所练习的都是常规技术。但是，随着教育过程的深入，他们必须逐步褪去那种熟悉的思考与行为方式，学会以一个临床新手的角度去学习，并继而摸索去做一个经验丰富的执业医师。为了能更好地执业，这些未来的医师必须学习综合运用他们所学的知识，根据不同的情境去分辨问题所在，从而面对层出不穷的挑战，在这个过程中他们也会更真实地体验到多层次、多维度的医学实践。

医师成长的道路并不是一个由简单到复杂的线性运动，而是一个包含了一系列循环往复，渐近形成对医学总体感觉并理解其目的的过程。职业精神为医学生提供了一个连续性的线索，从而帮助他们能将所碰到的种种理论、实践、环境、教与学等独立的方面串联到一起。学习理论家们认为，“做中学”能够最大程度地提升专业能力。虽然做中学的方式往往具有一定形成性，但其并不必然表现出自觉性。因此，这就要求指导者能够将学习目标以及内容尽量交待明确。高效学习要求进行实践，并对实践反馈予以回应，还要时常关注构成实践的目标、行动以及理解。此外，评估还是这个过程的关键要素，因为评估的内容让学习者明白了学习的重点及其原因。

这些教育学理论会对那些理论研究者的感知力、想象力以及行为举止产生影响。然而，除非理论本身也包含了一定反思性的维度，除非理论本身就是旨在去影响学习者（或者对学习者而言非常契合）——比如鼓励去学会学习，或者对个人自我成长承担责任——否则它不会非常高效。但是，形成性培育却使学生在一种很实在的感觉中成长：他们不仅会提升能力，还会产生对超越所学的洞察力。这种教育方式就会激发起个体去思考什么是可能性，什么是价值性，以及他们对自我的认识和期许。总之，这种模式特别适用于像职业精神这样兼具复杂性和整合性的学习对象。

学习理论的进展，也为学徒制式的教育模式注入了新的生命。通过研究一系列各种思维与行动，我们有了一个重要发现，就是所有的学习活动与专业能力的提高颇为类似。当医学教育家向初学者们展示并讲解专业能力的精要之处时，他们其实也在给学生提供一个通过实践步入职业的途径。通过给予学生进行专业实践机会，并通过提供反馈以帮助提高学生的专业水平的方式，教师实际上建构了一种类似学徒的模式，也就是所谓“认知性学徒制”。

临床教学如果开展得好，就已经为医学实践所要求的分析能力和实践能力的培养，创造了一个榜样力量与促进动力。在本书中，作者们认为要想使这种复杂性的教育模式发挥效力，就要兼具个体医师以及职业群体成员这种双重身份视角，并提出了一些实施策略。为了能将这诸多方面进行综合，既具备形成性视角，又具备总体性视角，我想将医学职业教育比喻为一个“三重结构的学徒制”。这个所谓的三重结构主要指理解力、决策力和责任感。

要想成为一个完整意义上的职业人士，就要求个人通过服务他人的实践行为去理解其诚信属性。准确地说，这个要求具有公共性，因此，今日的医师如果只是随便了解一点医学实践的组织性就显得远远不够了。医学教育不仅要培养医师成为专家，更要培养他们成为公民，所以既要培养他们能对职业群体有所贡献，更要培养他们能成为广大社会层面涉及健康问题的参与者与领导者。这一个维度是职业精神最需要开拓的方面。

总的看来，本书作者们详尽叙述了他们对形成性教育的理解，认为其不仅仅是塑造人格的“社会化”方式。通过论述医学职业精神，也使我们意识到帮助学生在其职业发展中自我反思和自我导向的有效方式。通过职业精神的视角，医学教育可以向学生们提供最为丰富的资源，从而有助于规划他们自我的职业发展，成为对社会有益的个体，同时也有助于过一个充满意义的个人生活。（唐建）