

职业精神与弱势病人

David Blumenthal

摘要:医学职业研究所对美国医生的现实行为的调查说明:医生们是相信且赞同职业精神在对待弱势病人方面的关键信条的;增强美国医生的职业精神的努力,也应该包括努力转变医生照顾弱势病人的行为方面。但是,增强职业精神的努力不仅要通过书本上的或理论上的教育,也应该包括致力于制定使医生更容易履行这些义务的实践政策,提供体制上的支持可使医生更容易做他们已经知道其应该做的行为。

关键词:职业精神,弱势病人,医生

中图分类号:R-052 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2007)03-0006-04

Professionalism and Vulnerable Patients David Blumenthal. Harvard Medical College, Boston, MA, USA

Abstract: The data from the IMAP survey to the physicians' behaviors of the United States suggests that U. S. physicians believe in many key tenets of professionalism as they apply to the special circumstances of vulnerable patients, efforts to enhance the professionalism of physicians in the United States should include efforts to change their behaviors with respect to caring for vulnerable patients. But the author thinks that it does not seem necessary in the U. S. context to educate physicians about their professional obligations with respect to vulnerable patients, but should include practical policies that make it easier for physicians to meet those obligations and providing systemic supports that make it easier for them to do what they already know they should.

Key Words: professionalism, vulnerable patients, doctor

1 职业精神与弱势病人

西方对“职业精神”(professionalism)的定义一般有四个特征,这些特征是定义一种专业(profession)的核心,并且将一种专业(profession)与其它职业(occupation)相区分。它们包括:

(1)拥有并保持一种特殊的技能,此技能是社会认为有价值的;(2)专业团体成员自律的责任;(3)有特定道德与伦理标准的责任,置病人的利益于专业人士的个体利益之上;(4)站在病人个体的或集体的立场维护其医疗需要的责任。

职业精神的这些维度中的每一个核心都有许多含义,它们能够并且已经在文献中得到长篇大论。在本文中,我将讨论上面列举的第三个特征的一个方面:对特定道德与伦理标准的责任,置病人的利益于服务于病人的专业人士的个体利益之上,尤其将集中讨论医生对弱势病人的照顾义务这一主题。

弱势病人是这样的一个个体,即,他们在获得医疗服务或在利用医疗服务的能力上,处于不利地位,或者是在与医疗照护者打交道时,与一般的病人相比,他们是没有足够的能力来保护他们自己的利益的人群。弱势人群在所有社会中都存在,但是这些团体的特殊身份以及他们的弱势性之来源,随着地点和文化的不同而改变。例如,没有医疗保险在美国是病人弱势性的一个重要来源,然而在许多其他工业国家中并非如此。例如,非洲美国人和西班牙裔美国人在美国是一个重要的弱势性来源,但是在一些其它的工业国家中可能并不这样,这些国家有不同的种族结构或者在种族之间的关系

上有不同的历史。

职业精神的信条要求医生把弱势病人的利益与其他病人一样置于医生个人利益之上。然而,强调履行对于弱势病人的这种特殊义务会对医生构成特殊挑战。通过定义,弱势病人在获得及利用医疗服务上面临着障碍,与其他病人相比面临的障碍要更大。反过来,这些更大的障碍需要医生们的更大努力来帮助这些病人获取满足其需要的医疗服务,并且这种医疗服务的获得与优势人群相比不相上下。

一些来自美国国情中的例子可能对我们理解美国的弱势病人有用。在美国没有医疗保险的病人通常不能全部或者根本不能为其医疗买单,因此照顾这些病人的医生得到更少的补偿或者根本没有补偿。把这些病人的利益置于医生的利益之上要求医生在经济上的牺牲,这些牺牲对于照顾那些并不因缺乏医疗保险而处于弱势的病人来说并不是必须的。并非所有的医生愿意作出这种牺牲,或者超出最低的数目后便不愿意付出。同样地,西班牙裔病人可能根本不会讲英语或者讲英语不够好而影响交流医疗问题或理解医生的医嘱。照顾这样的病人(和其他的许多美国种族,英语并非他们的第一语言)需要翻译服务。这在许多方面是很昂贵的,它包括补偿译员的直接费用,以及伴随翻译所需要的时间而减少的生产效率。在照顾非洲美国病人时,医生常常必须克服其潜意识的微妙的对黑人的歧视,这是几世纪以来对非裔美国人公开歧视和残害所遗留下来的。对其他的人群,如文盲、老人以及有认知缺陷的人,也需要医生们的额外努力。

许多文献作品描述的弱势病人事实上并没有受到同优势病人一样好的照顾。在美国的各人群之间这种

哈佛医学院 波士顿,马萨诸塞

所谓的“差异”的原因是很多的,而且是变化着的。然而,有一种原因却是医生们并未履行他们的职业义务:即,他们不愿意或不能够将弱势病人的利益置于其自身利益之上。医生的行为对医疗中差异的存在和对弱势群体产生的影响,这一点还没有被学者们很好地解读。因此,医学职业研究所(IMAP)正在致力于研究职业精神的性质及其影响因素。作为其工作的一部分,他们最近对医生进行了一项全国性调查,此调查的目的在于增进理解医生对上面描述的职业精神的四个关键方面的态度,以及增进理解医生对职业精神的这些方面的真实行为。下面我将主要从与美国医生对弱势病人的态度与行为相关的方面报告这一调查的结果。

2 医学职业研究所对医学职业精神的调查

医学职业研究所对医学作为一种职业的调查是在2003年11月到2004年6月进行的。医学职业研究所调查的样本来自美国医学会2003年档案上的医生名单。从那个名单中,我们挑选的所有医生都是来自50个洲的基本保健专家(内科学、家庭医学、儿科学)、医学专家(心脏科)、外科专家(普通外科)以及住院病人专家(麻醉科),从这群医生中,我们排除了所有骨科医生,住院医、联邦医院医生,以及在美国医学会数据库中沒有住址的医生、那些特别提出不能与美国医学会通过邮件取得联系的医生,和那些退休的医生。这提供了一个271 148位医生的样本库,从这其中我们随机选择了3 504位医生,它们平均地分配在这6个专科专家中,我们在每一组专家中随时抽样了一个相等数量的医生,以使我们有足够的力量来考察什么专家与差异相关。

这一调查工具建立在对医生的四个个体采访之上,并且基于文献的评论研究之上。调查的初稿通过对四个另外的认知采访进行了预实验,这一采访由做数理统计政策研究的职业采访者进行。问卷调查的修改稿通过对四个医生的认知采访得到预先检验,而最终的调查版本则在那些采访者的反馈结果基础上完善。最终的调查工具被麻省总医院的伦理审查委员会(IRB)批准。

此调查通过邮寄,给医生们一封有封面的信,一份对该研究事实的描述,一张已付费的返回信封,一张独立的已付费的识别身份的名信片,和一张预付20美元的支票。在保证被调查者匿名的同时,为了区分调查回应者和未回应者,医生们被要求把名信片与完整的调查工具分别单独寄回,而调查工具不包含个人身份。当附有被调查者姓名的名信片被收到时,医生被认为是已经回答了该调查。

没有回应者则通过邮件和电话取得了联系,并且鼓励其参与调查。在3504个样本医生中,337(9.6%)被认为是不合格的,因为他们要么没有直接为病人提供治疗,或已经死亡、出国,要么被错误地分类或从事非本研究样本的专业领域,不讲英语,或者休假。在剩下的3 167个合格医生中,有1 662个返回了完整的问卷,返

回率为57.8%。此返回率是经过权重后的,它是把完整的采访调查和不合格的回答都算在一起后权重的计算结果。在专科的返回率中,心脏病专家是42.6%,内科52.6%,家庭医学者是55.3%,普通外科是57.7%,麻醉医生是58.2%,儿科专家是65.8%。

3 职业医学研究所的调查结果

此调查不仅询问了被调查者对于职业精神信条的态度,而且从对自我报告的行为了解他们对于这些特殊信条的反思。关于对待弱势病人的态度,此调查问了下面的问题:

(1) 医生是否认为他们应该为病人提供必要的照顾,而不考虑病人的支付能力?

(2) 医生是否认为他们应该把病人的利益置于他们自身利益之上?

(3) 医生是否认为他们应该把因为种族或性别而在照顾中产生的差别最小化?

从被调查所显示的情况看,美国医生对这些部分高度一致。尤其地,93%的被调查者部分同意或者完全同意医生应该为病人提供必要的照顾而不管病人的支付能力(图1);96%的部分同意或完全同意医生应该把病人的福利放在他们的个人经济利益之上。85%的认为医生应该把因产生于病人种族或性别的照顾差别最小化。

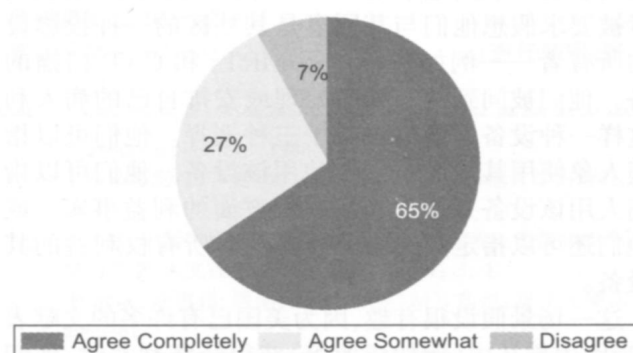


图1 信念:医生应该提供必要照顾而不考虑支付能力

此调查还询问了许多有关被调查者行为的问题,这些行为会影响弱势的病人。有些还集中在经济上弱势的病人,因为他们没有保险。当被问到是否在实践中接受没有保险的病人时,69%的予以肯定的回答。另外,当问到在最近的3年他们是否在给穷人和没有保险者的医疗中提供过照顾而没有期盼回报时,74%的予以肯定的回答。但仅仅25%的报告说在他们的实践中实际对病人的照护上确实可能存在照顾差别。

表1表明了回答随着医生个人和其所从事的实践领域特征的不同而变化。例如,在服务没有保险的病人方面,数据显示在大学和医院机构中工作的、领薪水的年龄大些的麻醉医生、外科医生和心脏病专家最容易接受没有保险的病人。

对于接受没有支付能力的新的无保险病人,拥有不

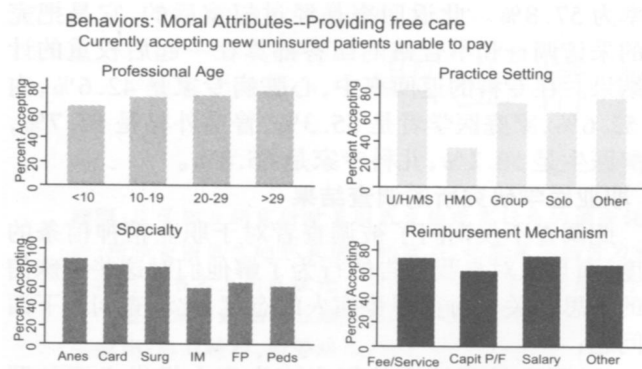


表 1 行为:道德因素——提供免费照顾

到 10 年实践经验的医生中有 2/3 (66%) 接受这样的病人,与之相比,至少有 30 年实践经验的医生中有 80% 接受此类病人。

在 HMOs 工作的医生比在其它环境中工作的医生更少地接受没有支付能力无保险病人承担基本保健的医生比专科医生更少地接受没有支付能力的无保险病人此调查还询问了一个更为复杂的问题,此问题被设计来导出医生如何处理可能影响所有病人的利益冲突。尽管这些问题并不是专门针对弱势病人的情形,但是当医生没有按照保护病人的方式处理利益冲突时,弱势病人因保护其自身利益的困难使得他们特别容易受不利因素的影响。该问题采用了一个场景假设的形式,被调查者被要求假想他们与其同事是其社区的一种投影设备的所有者——例如一种进行 MRTs 和 CAT 扫描的设备。他们被问到他们如何处理或安排自己的病人利用这样一种设备。他们被给予三种选择。他们可以指定病人象使用其他设备一样使用该设备。他们可以指定病人用该设备并透露其所有权方面的利益事实。或者他们还可以指定病人去另外其没有所有权利益的其他设备。

这一场景假设很有趣,因为美国已有许多的文献表明,当医生想从中(例如成像等)获得经济利益时,他们更容易让病人去做这些检查。这一发现表明经济的原因比医学原因更容易影响决策,并且此处境中的医生把其自身的经济利益置于病人的医学需要之上。即使病人没有因此受到伤害,但他们也常常付出不必要的费用。美国情况中这一场景令人感兴趣的另一个原因是美国国会通过了一部法律,它把医生指定病人用自己所有的设备定为非法的。鉴于医生在此情景中提供不必要的服务这一趋势,该法律是合理的。

对此场景假设的回答显示:24%的只指定其病人利益此设备,62%的指定但透露(其所有权的经济方面的事实),14%的指定其他设备而非自己拥有的设备。因此,整整 1/4 的被调查者既没有看到冲突的存在,也没有看到以任何方式解决该冲突的必要。76%的则可能作出违背联邦法律的行为,此法律意在限制经济利益冲突的影响。正如表 2 表明的,被调查者随着医生个人性

格和实践环境而改变。数据表明单独工作的、年轻的、亚洲心脏病专家最容易指定病人用他们所有的设备,而不透露其所有权利益。

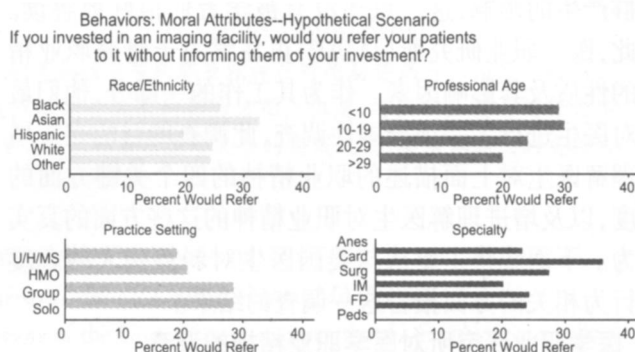


表 2 行为:道德国家——假设场景

如果你投资了一个投像设备,你愿意指定你的病人用它而不告知你的投资吗? 26%的医生愿意安排病人使用其拥有的投像设备而不告知病人其投资亚洲医生最愿意安排病人使用其拥有的投像设备而不告知病人其投资(32%),西班牙医生最不愿意这样做(20%)至少执业 30 年的医生最不愿意安排病使用其拥有的投像设备,而不告知病人其投资(20%) 在专科,心脏病专家最愿意安排病人使用其拥有的投像设备,而不告知病人其投资(36%),内科医生最不愿意这样做(20%)。

4 评论

美国医学职业研究所的调查结果显示了许多职业精神层面的结论和美国医生将此精神展现在照顾弱势病人方面的思考。

第一,当医生回应针对弱势病人的特殊情景时,医生们是相信赞同许多职业精神的关键信条的,这一点很明显。

第二点也很明显,即,他们在实践中,即使是在自我报告中,常常不能一直尊重、遵守那些信条。由于被调查者一般倾向于不报告那些他们认为正确的但自身的行为与之相矛盾的行为,那么我们必须假定医生实际在对待弱势病人的情况应该比我们的数据显示的对职业精神的规范的遵守的情况要差些。

第三,我们的发现表明,在报告对于弱势病人的行为时,医生存在系统性的差异。在对待这样的病人时,影响医生遵守职业精神信条的意愿和能力的因素可能随着问题中的行为而改变。然而,影响因素似乎可以归结为包括医生的年龄、他或她的民族和种族背景、实践环境、他们的专业,以及他们的工资报酬的付给方式。

这些因素可能具有影响力的潜在原因可以通过对没有保险的病人的照护的案例得以说明。如已提到的,照顾这样的病人需要医生做出经济上的牺牲。医生做他出这一牺牲的意愿容易随着个人性格和工作环境的特征而改变。当然有些医生可能对只对挣钱感兴趣,或与其同事相比更不慷慨。但是其他因素也可能扮演着

更为重要的角色。年长的医生比年轻的医生面临着更少的经济压力。他们可能已还清教育负债,这在美国是相当可观的。年长的医生也可能通过长期积累了储蓄,他们的孩子已长大并完成了学业,这样减少了家庭的经济负担。由于所有这些原因,都使他们更容易照顾那些没有支付能力的病人。对那些在大机构中工作的个人来说也同样,这些组织帮助医生减少因没有支付能力的病人而带来的经济损失。当医生的薪水与病人的支付能力没有关联时,这一点尤为正确。对大学的附属机构而言,这后一点是很正确的,并且它可以解释说明在这种环境中的医生为何更多的参与照顾没有保险的病人。最后,专科领域专家组在照顾没有保险的病人的意愿方面也不同。这可能反映了专科的文化——在医学这一特殊里被延续和宣传的价值和行为。但是专科的差别也反映了它的经济处境。在美国,做基本保健的医生比专科医生挣得非常少,所以照看没有保险的病人对他们来说意味着更大的牺牲。

5 总结

总体来看,来自医学职业研究所的调查数据也告诉了我们许多实践教训。

第一,在美国情境中对医生进行关于对待弱势病人的职业义务教育,这一点好像没有必要。因为他们已经能够对此义务掌握得非常好。然而,此规则也存在例外。例如,医生需要额外的培训和教育,提供关于如何认识和处理经济利益的冲突,以及关于美国法律中关于自我指定(有经济利益权设备的使用)的条款。

(上接第5页)学会的各种组织,不也是在为争取自身的利益而与病人、与社会在进行抗争吗?一些将“以病人的利益为最高准则”的医学专业精神为宗旨的医院和医生,如上海东方协和医院、哈医大二院、深圳人民医院,不正是走到了它的反面吗?

这表明,医学专业精神,医学专业的服务方向 and 宗旨,需要有社会的干预和调控,需要有自律与他律的结合。这种来自医学外部的调控,包括政府对某些行医行为的约束、医疗费用的控制、医疗产业的管理、医患关系的培育,也包括来自社会舆论的批评与监督,对医学专业的正确发展与医学专业精神的兑现,是十分重要的。总之,培育一个符合时代要求的医学专业精神,有赖于医务界的自我努力,也有赖于政府调控和全社会的监督。

参考文献

- [1] 邱仁宗. 医学专业的危机及其出路[J]. 中国医学伦理学, 2006, (12): 5.
- [2] 威廉·科克汉姆. 医学社会学[M]. 北京: 华夏出版社, 2000: 179.
- [3] F·D·沃林斯基. 健康社会学[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 1999: 341.
- [4] PREDIC D, FREDRIC D. Wolinsky. The sociology of health: principles, professions, and issues page [M]. 2nd ed. Belmont, Calif. :

第二,增强美国医生的职业精神的努力,也应该包括努力转变医生照顾弱势病人的行为方面。然而,这种增强职业精神的努力不应该毫无例外地只集中或主要通过提醒医生此伦理义务方面。毋宁是,这些项目应该包括使医生更容易履行这些义务的实践政策。在美国,减轻年轻医生的教育负债能够增加他们照顾弱势病人的能力和意愿,增加美国医生在医院和有大型机构组织实习的比例也有同样的效果。医生会从如何衡量在其自己的实践中提供的照护差别的存在中获得具体的帮助。

最后,也最为重要的是,在美国增加个人医疗保险的比例对帮助医生履行其职业义务是很重要的。

增进对医生职业精神性质和影响因素的理解是很重要的,它能改善病人所获得的照顾,促进医疗体制功能的发挥。那些医生个人所不能控制的因素在很大程度上决定了医生的专业化水准,医学职业研究所的调查在这方面帮助我们对此问题予理解。在美国,与理解为什么医生那样做相比,致力于改变医生的行为更无用处。而提供体制上的支持可使医生更容易做他们已经知道其应该做的行为。

(北京大学医学伦理学方向硕士研究生李红文翻译,丛亚丽校)

作者简介: David Blumenthal, 医学博士, 公共卫生硕士, 哈佛医学院卫生保健政策教授, 卫生政策研究所主任, 哈佛麻省总医院/ 卫生系统合作伙伴。

收稿日期: 2006 - 02 - 05

修回日期: 2007 - 02 - 16

(责任编辑: 张 斌)

Wadsworth pub. Co., 1988: 219 - 222.

- [5] 卡斯蒂廖尼. 医学史[M]. 上册. 南宁: 广西师范大学出版社, 2003: 3.
- [6] 许志伟. 中国当代的医疗危机与医务人员的专业责任和使命[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2006, 27(9): 3, 1.
- [7] 杜治政, 许志伟. 医学伦理学辞典[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2003: 617.
- [8] 张鸿铸, 何兆雄, 迟连庄. 中外医德规范通览[M]. 天津: 天津古籍出版社, 2000: 365.
- [9] 李本富. 试论医生的职业精神[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(6): 3.
- [10] 许志伟. 医患关系的本质: 医生的专业视角及其伦理意义[J]. 医学与哲学, 2004, 25(11): 67.
- [11] 孙福川. 伦理精神: 医学职业精神解读及其再建的核心话语[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(6): 14.
- [12] 安东尼·吉登斯. 社会性学[M]. 北京: 北京大学出版社, 2003: 150.
- [13] 孙思邈. 大医精诚. 中外医德规范通览[M]. 天津: 天津古籍出版社, 2000: 127.
- [14] 希波克拉底. 希波克拉底誓词. 中外医德规范通览[M]. 天津: 天津古籍出版社, 2000: 761.
- [15] 文森特·帕里罗, 约翰·史汀森, 阿黛思·史汀森. 当代社会问题[M]. 北京: 华夏出版社, 2002: 413.

作者简介: 杜治政(1932 -), 男, 湖南长沙人, 教授, 《医学与哲学》主编, 大连国际人文社会医学中心主任, 研究方向: 医学伦理学、医学哲学等。

收稿日期: 2007 - 02 - 18

修回日期: 2007 - 02 - 25

(责任编辑: 张 斌)