



## 美国医学会伦理学杂志®

2021年2月，第23卷，第2期：E91-96

### 案例与评论：同行评审文章

#### 通过避免判断主义和情境化护理来促进卫生公平性

Saul J. Weiner(医学博士)

#### 摘要

本文探讨了一位患有终末期肾病的使用西班牙语成年女子的护理情况，该女子因错过血液透析引发了并发症，曾多次前往急诊科就诊。她的生活环境表明，她一直在难以为继的情况下做出一个又一个艰难却理性的决定，随后在其护理团队的协助下迅速解决了问题。该案例说明了判断主义对来自贫穷和边缘化群体的患者的恶性影响——这加剧了卫生不平等性，并阐明了将患者护理置于具体情境中的伦理重要性。

如要与与本文相关的CME活动申请AMA PRA Category 1 Credit™（美国医学会医生认可奖I类学分），您必须做到以下几点：(1) 完整阅读本文，(2) 正确回答至少80%的测验问题，(3) 完成评估。申请AMA PRA Category 1 Credit™（美国医学会医生认可奖I类学分）的测验、评估和表格可通过AMA Ed Hub™获得。

#### 案例

IG是一位使用西班牙语的62岁成年女子，患有慢性肾衰竭，在过去六个月中，她因错过血液透析而四次前往急诊科(ED)就诊。<sup>1</sup>每次就诊时，她都或多或少有一些相同的症状和体征，包括电解质异常、液体超负荷——甚至有一次出现了预示恶兆的心电图变化。为她提供护理的医生技术熟练：他们会用葡萄糖酸钙稳定她的心肌，用胰岛素和葡萄糖将钾离子输送到她的细胞内，并在几小时内让她接受透析。<sup>2</sup>结果她在次日即可出院，并被嘱咐切勿再次错过透析，并接受其初级保健医生的随访。

直到她第四次入院，都没有人问她为何一直错过做血液透析。他们在医疗记录里只记录了她“不遵从医嘱”。最终，在第四次入院时，住院护理团队的一名成员——一名大学四年级的医学生——通过口译员与患者沟通，了解到IG负责照顾她的孙子，孙子患有另外一种慢性肾病，并且经常需要到医疗中心的儿童肾病门诊部门就诊。这种情况给她带来了后勤运输方面的挑战，因为医疗中心位于她家以北约7英里的地方，而她接受透析的地方

位于她家的南面。她可以预约曾颇为依赖的医疗补助运输车，运输车可以将她送到透析地点或医疗中心，却无法将她从一个地方送到另一个地方。因此，每当她的孙子需要医疗护理或住院治疗时，她都被迫在孙子的治疗与自己的治疗之间做出抉择。她无疑会优先考虑孙子的需求。

当住院护理团队的成员们了解到这一背景后，他们联系了一名社会工作者，后者为 IG 安排在医疗中心接受所有后续的透析，而她的孙子也在此处接受护理。她再也不用在孙子的健康与自己的健康之间做抉择了。一年后审查她的医疗记录，发现她没有再错过透析了。

### 评论

此处有几个问题可能对卫生公平性有影响：为何经历了四次急诊科就诊后，才有人想到询问 IG 到底发生了什么事？“不遵从医嘱”的标签如何导致她迟迟得不到最佳治疗？我们该如何防止使用似乎会导致出现这种标签的带有认知偏见的表达？

我们不提问的一个常见原因便是我们自认为已经有了答案。换句话说，我们会做出假设。当我们在不了解个别患者情况的前提下就假设他们表现出非理性行为时，就是在对他们进行判断。我们不是为观察到的行为寻找情境解释，而是将这种行为归因于性情或性格因素。草率地得出这一结论被称为基本归因错误 (FAE)。<sup>3</sup> 这种错误通常发生在评估他人行为时，而在我们评估自身行为时不太可能发生。这相当于认为，*如果您预约了却未去就诊，那是因为你不负责任或过于懒惰，但如果我错过了预约，则是因为交通堵塞或我的日托人员打电话请病假了……*正如我们在 IG 的案例中所得知的那样，做出此类判断会削弱医疗保健的效力。

虽然所有患者都有被其医生评判的风险，但 FAE 对来自边缘化或低收入群体的患者造成的影响要大得多。首先，与享有特权的人相比，这类患者通常要应对更具挑战性的生活环境。对于 IG 来说，有些事可能会阻碍她完成预约的透析治疗，因为与负担得起儿童保育、出租车或拼车费用的护理人员等人相比，她可使用的解决办法要少得多。此外，**来自边缘化群体的**低收入个别患者每天都会出现持续的认知负荷。<sup>4</sup> 例如，在购买基本必需品时，他们必须平衡重要性不等的需求和优先事项，以避免或处理债务。而对于社会中享有特权的成员来说，生活在这些重压下的人们行为看起来像是性格缺陷，但事实上，这只是他们对困难情况的理性反应罢了。而且，即使社会中享有特权的成员（在这种情况下指医生）也曾承受着其中某些压力，他们的情况也有所不同。实际上，没有人会设身处地为他人着想。

社会中享有特权的成员往往会评判那些地位比自己低的人，其中第二个原因在于**认知偏见**，即“相信公正世界”的错觉或公正世界谬误。<sup>5</sup> 优势群体可能认为，世界适合那些努力且正确行事的人，因此，那些优柔寡断的人只会做出糟糕的选择。即使是克服了诸多困难的医生也未能幸免，因为他们可能会陷入这样的思维陷阱，即“*我通过自己的努力改善了处境，您为什么不行呢？*”研究表明，这种偏见最大程度地减少了对以下方面的忧虑，即那些迄今为止很幸运的人会遭遇不幸。<sup>6</sup> FAE 和公正世界谬误会更多地影响那些正与贫穷和歧视作斗争的患者，因为考虑到他们所面临的障碍，他们最有可能表现得像是在挣扎。很遗憾，这些人恰好最需要医生了解使其治疗复杂化的生活环境。

## 克服判断主义的良方

如果为她提供护理的医生将她的行为视为需要探寻的线索，就像某种疾病令人费解的症状或体征一样，那么 IG 的基本情况本可以在她第一次去急诊科就诊时就被发现并得到解决。这类线索被称为“情境危险信号”，因为它们表明存在一种情境——即这种明显的“非理性”的行为是有背景原因的。<sup>7</sup> 其他常见的情境危险信号的示例包括：在没有重新配药或错过就诊的情况下，以前控制良好的慢性疾病（如糖尿病或高血压）突然不受控制。<sup>8</sup> 一旦它们被认为是线索而非患者不遵从医嘱，情境危险信号就会成为亟待解决的谜团。解决谜团要从提问开始，需要着眼于个别患者有其行为的理由或受制于其无法控制的因素这一前提。

因此，克服草率做出判断的良方便是向患者提问，而非自行做出假设。然而，我们以不易察觉的方式表达着偏见，而这种方式可能会削弱这种方法的效果。例如，给 IG 这样的患者贴上“医学上不遵从医嘱”的标签，可能会给人留下他们是“问题患者”这一毫无根据的印象。<sup>9</sup> “遵从”就是“按照要求……遵照”。<sup>10</sup> 由此可见，“不遵从”就是“没有做您应做的事”。但是在您需要医疗服务的关键时刻，您孙子的健康也取决于您的选择，此时您应该怎么办呢？如果 IG “没有”在孙子生病时带他去医院，而是优先安排自己的透析治疗，那么那些为她孙子提供护理的医生会怎么看待她呢？医生应该考虑用“不遵守”一词替换“不遵从”。<sup>11</sup> 鉴于医生很容易给来自边缘化群体的患者贴标签，在为这类患者提供护理时，这种替换可能特别重要。<sup>12</sup> 说某人没有遵守他们的治疗计划便是不加判断地进行观察。但是，这又会引起问题。在这种情况下，医生不会说“IG 没有按照指示完成透析疗程”，而是说“IG 似乎正遇到了一些事，使她难以坚持完成透析计划。”由于后一种说法没有说明具体原因，因此需要对其进行解释。在提出治疗计划之前，医生需要了解更多信息，这意味着要询问更多问题。

就所谓的非理性行为提问的另一个障碍就是，不知道以何种方式提问。一方面，当我说我们的重点是要弄清 IG 这样的患者为何会做出这样的行为时，医学生和住院医生都点头表示赞同，但是另一方面，当我要求他们进行角色扮演，演示他们将如何明确阐述自己的问题时，他们往往不知所措。很多人会感到尴尬，因为他们不希望用对抗性或指责性的语气提问。矛盾的是，他们害怕直接提出“您为什么这么做？”的问题会显得带有判断意味。因此，我将提出另一种观点：是不向患者询问他们为何没有遵守治疗计划并假设患者个人不遵从医嘱更能体现对患者的尊重，还是询问患者更能体现呢？此外，就 IG 而言，哪种方法更可能有利于她的健康和医疗保健？于是，我们将需要讨论让学生能够自在提问的方式。我的建议是始终坚持首先向患者陈述您的观察结果，然后提出一个直接的、开放式的问题，例如：“IG，看来您已经错过了透析，这已经让您处于危险状况了。您能告诉我这是怎么回事吗？”而且，就该患者而言，对话还需要口译员或精通西班牙语的临床医生的协助。

## 换位思考

一旦护理团队的成员提出问题后，他们就会得知 IG 的居住环境十分拥挤，家里住着几个成年子女和一个女婿。这些人都有各自的工作，却又像一个相互依赖的团队，共享收入，共同分担支出并一起照顾孩子。孙子靠她来照顾。家庭整体情况极不稳定，以至于 IG 被迫做出了导致她多次去急诊科就诊的决定。

我们如何才能尽快帮助像 IG 这样的患者，而非给他们贴标签？我们可以从他们的生活背景入手。患者“情境因素”<sup>13</sup> 可以解释看似非理性的行为，这些因素包括竞争性

责任（例如，新工作或生病的家庭成员）、失去社会支持、经济困难、无法获得护理（例如，缺乏前往诊所的交通工具或**缺乏保险**）以及环境因素（例如，不安全的社区导致无法锻炼或缺乏营养食物）。来自边缘化群体的患者或贫穷患者更有可能遇到此类挑战。如上所述，这些挑战经常以情境危险信号的形式出现——看似不理性的行为，如错过预约就诊、没有重新配药、错过血液透析等等。<sup>8</sup> 关键是要不要将这些行为看作是患者个人不遵从医嘱，而是要将其视为发现并解决基本情况的线索。识别危险信号、询问其原因、确定基本情境因素并试图在护理计划中解决它们的过程被描述为“情境化护理”。<sup>7,14</sup> 因为情境化护理的前提是，鉴于现有的生活环境，每个人都在尽其所能，所以它能促进卫生公平性。医生不应对患者进行评判，而是要与患者合作，以确定并帮助解决他们面临的挑战，这些挑战会使他们的护理复杂化。

这种开放的心态往往会带来富有成效的参与结果，例如，当我在诊所指导的一位住院医生注意到一位患者之前已控制住的糖尿病和血压情况有所恶化时，这种心态颇具成效。由于认识到这一变化，医生提出了有关该患者的饮食和服药依从性的关键问题。这名男子看上去很沮丧，他回答道，自己在失业后出于经济原因搬到了一个租金较低但犯罪率较高的社区，而邮寄到他家的药物已经两次被从存放点门廊处偷走了。经过一番讨论，该住院医生用鼠标在电脑上操作，将该男子的药物更改为送至诊所药房，以方便他亲自取药。她还请了一位社会工作者帮助这位退伍军人患者寻找有联邦政府补贴的住房。情境化护理不仅阐明了来自边缘化群体的患者所面临的挑战，还说明了护理专业人员可以如何缓解这些挑战。医生无法单独实现卫生公平性，但是他们可以帮助弱势患者度过这一危险旅程。

## References

1. Weiner SJ. *On Becoming a Healer: The Journey From Patient Care to Caring About Your Patients*. Johns Hopkins University Press; 2020.
2. De Fer TM, Knoche EM, LaRossa GN, Sateia HF, eds. *The Washington Manual® Internship Survival Guide*. 4th ed. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
3. Ross L. The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process. In: Berkowitz L, ed. *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol 10. Academic Press; 1977:173-220.
4. Mani A, Mullainathan S, Shafir E, Zhao J. Poverty impedes cognitive function. *Science*. 2013;341(6149):976-980.
5. Lerner MJ. *The Belief in a Just World: A Fundamental Delusion*. Plenum Press; 1980.
6. Montada L, Lerner MJ. *Responses to Victimitizations and Belief in a Just World*. Plenum Press; 1998.
7. Weiner SJ. Contextualizing medical decisions to individualize care: lessons from the qualitative sciences. *J Gen Intern Med*. 2004;19(3):281-285.
8. Binns-Calvey AE, Sharma G, Ashley N, Kelly B, Weaver FM, Weiner SJ. Listening to the patient: a typology of contextual red flags in disease management encounters. *J Patient Cent Res Rev*. 2020;7(1):39-46.
9. Joy M, Clement T, Sisti D. The ethics of behavioral health information technology: frequent flyer icons and implicit bias. *JAMA*. 2016;316(15):1539-1540.
10. Merriam-Webster dictionary. Accessed June 18, 2020. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/comply>
11. Ofri D. When the patient is “noncompliant.” *New York Times*. November 15, 2012. Accessed July 11, 2020.

<https://well.blogs.nytimes.com/2012/11/15/when-the-patient-is-noncompliant/>

12. Burgess DJ, Fu SS, van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *J Gen Intern Med*. 2004;19(11):1154-1159.
13. Binns-Calvey AE, Malhiot A, Kostovich CT, et al. Validating domains of patient contextual factors essential to preventing contextual errors: a qualitative study conducted at Chicago area Veterans Health Administration sites. *Acad Med*. 2017;92(9):1287-1293.
14. Weiner SJ, Schwartz A. *Listening for What Matters: Avoiding Contextual Errors in Health Care*. Oxford University Press; 2016.

**Saul J. Weiner (医学博士)** 担任 Jesse Brown VA 医疗中心复杂慢性疾病医疗保健创新中心副主任，兼任伊利诺伊大学芝加哥分校医学、儿科和医学教育教授。他的最新著作是《成为一名治疗师：从患者护理到关怀患者的历程》（约翰·霍普金斯大学出版社，2020年）。

**编者注**

本评论所对应的案例由社论文章提供。

**引用**

《美国医学会伦理学杂志》。2021;23(2):E91-96.

**DOI**

10.1001/amajethics.2021.91.

**致谢**

这项工作得到 Jesse Brown VA 医疗中心在资源和设施使用方面的支持。

**利益冲突披露**

作者没有要披露的利益冲突信息。

本文由作者全权负责，并不一定代表退伍军人事务部或美国政府的观点。本案例中的人物和事件均为虚构。如与真实事件或生者或死者名字雷同，纯属巧合。本文所述观点仅为作者个人观点，并不一定代表 AMA 的观点和政策。