



美国医学会伦理学杂志®

2021年2月，第23卷，第2期：E109-116

案例与评论：同行评审文章

临床医生应如何应对会加剧卫生不平等性的语言障碍？

Jason Espinoza（医学博士）和 Sabrina Derrington（医学博士、文学硕士、已获认证的医疗保健伦理顾问）

摘要

英语水平有限 (Limited English Proficiency, LEP) 的患者和家庭在获得医疗保健服务方面面临各种障碍，会体验到质量较低的护理，因此他们的健康结果也不佳。LEP 是造成健康差异的一个独立驱动因素，加剧了健康问题的其他社会决定因素的恶化。语言造成的差异极其不公正，因为尽管 LEP 与道德无关，但它却是一切不公正、不必要的不利因素的根源。如本文所述，临床医生和医疗保健组织有责任对此进行干预。

如要为与本文相关的 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

J 医生是急诊科 (Emergency Department, ED) 的一名第二年住院医师，在一次异常繁忙的轮班期间，13 岁的女孩 MM 在父亲陪同下来到 ED，J 医生为她进行了会诊；这是他们本周第三次来 ED 了。MM 揉着肚子，看起来有点不舒服，但明显没有痛苦。在通过电话与口译员磕磕巴巴地沟通 15 分钟后，J 医生意识到，MM 和她父亲所用的语言或方言并不在口译员电话服务范围内。三人进行了一段断断续续的英语对话，对话内容似乎透露了近 5 天以来，MM 的食欲一直在下降，并伴有腹痛症状，昨天症状最为严重，之后便有所好转。J 医生对 MM 进行了体检，结果显示有轻度、弥漫性、非特异性腹部压痛，这似乎最符合急性肠胃炎的症状。J 医生离开 MM 的病房，去和 C 医生商讨治疗方案。J 医生回到 MM 的病房，建议她服用对乙酰氨基酚止痛，并安排 MM 从 ED 出院，然后去为另一位患者会诊。

两天后，MM 因阑尾破裂导致的腹腔脓肿而返回 ED，她当时处于感染性休克状态，需要实施紧急手术干预。J 医生想知道她本可以做什么来避免出现这种情况。

评论

在这个国家，有 2,500 万英语水平有限的患者以各种方式经历着不平等的医疗保健服务，¹有时甚至会带来毁灭性后果，MM 的情况就是一个示例。LEP 使患者更难以适应以英语为主的医疗保健系统。一项研究称，与讲英语的西班牙裔相比，英语水平有限的西班牙裔更难获得护理和医疗保健服务，并且接受的预防保健服务也更少。²专业医疗口译服务可以有效改善 LEP 患者的护理，³但无法随时提供此服务，即使已证明此服务有效并已将其纳入专业指南和联邦政府及州政府的法规中也不行。^{2,3,4} 本文旨在探讨**口译员可用性**和利用度方面的障碍，审查语言障碍对健康的影响，并描述了临床医生、机构和医疗保健系统在改善 LEP 患者和家庭的护理方面应承担的伦理责任，以及可能存在的政策影响。

LEP 患者的健康差异

与使用临时口译员（例如家庭成员或双语工作人员）相比，使用专业的医疗口译员可以缩小 LEP 患者的健康差异、提高患者的理解能力、减少医疗差错、提升患者和临床医生的满意度。³ 虽然联邦政府和州政府的法规要求医疗保健组织为 LEP 患者提供训练有素的口译员，^{4,5,6}但由于口译员配备不足、视频或电话会议功能受限以及翻译不准确，导致一直存在沟通障碍。^{7,8,9,10} 正如 MM 的案例所示，对于不太常用的语言，专业口译员可能无法提供服务，而这严重限制了沟通。即使有口译员可提供服务，有些临床医生也选择不使用（或无法高效使用）他们^{11,12}；近期一项研究表明，仅有 23% 的受训者在与口译员合作方面接受过指导。¹⁰ 当沟通障碍一直存在时，LEP 患者对其临床就医的满意度会较低，⁷对用药说明的理解能力会下降，^{7,9}并且对出院后的护理方案也不太满意。^{9,10,13} 沟通不畅还会影响临床医生对患者主诉的理解，^{7,13,14}从而使诊断和干预复杂化，导致检测不足或过度，⁷此外，与精通英语的患者相比，沟通不畅还会导致住院时长差异^{15,16}，并增加发病率和死亡率。^{4,17,18}

尽管 LEP 是决定成人和儿童健康结果的独立决定因素，但它可能与其他不利的健康问题社会决定因素有重叠之处，从而会扩大医疗保健服务获取和健康结果方面的差异。与父母精通英语的儿童相比，父母英语水平有限的儿童更有可能未购买保险，缺乏“医疗之家”和专科转诊服务，并且会遇到重大医疗失误。¹⁷ 在少数种族和族裔群体的儿童¹⁸以及有特殊需求的儿童身上，这种差异被进一步扩大。¹⁹

语言不平等

与 LEP 相关的健康差异极不公正，因为 LEP 与道德并无关联。语言技能与一个人的人格、价值观或权利毫不相关。临床医生和组织**在伦理和法律上有责任**照顾患者，不论其语言能力、族裔或原籍国如何。此外，LEP 是一个非选择性的劣势。越来越多移民美国的人正在学习英语，²⁰但个人学习英语的能力因人而异，并会受到许多其他因素的影响，²¹但是与他们在医疗服务方面的需求或缺乏无关。公正原则要求 LEP 患者能够获得和接受与精通英语的患者相同的优质护理。

LEP 患者既会经历“分配不公”（即由于获得医疗服务的机会减少而导致健康结果不佳），也会经历“关系不公”（关系到身份贬值）。不会说英语的患者可能会被某些人视为局外人或“他者”，这让人们极其轻易地去贬低他们的价值和人格，并对其智力、宗教、文化或对健康和疾病的态度等无关属性做出假设，从而对其造成贬损。适应语言差异这一挑战往往令人沮丧（例如，使用专业口译员需要额外时间），并可能会导致“他者化”加剧。^{14,22} 纠正分配不公需要改善资源分配不公的现象，但纠正关

系不公则需要改变人际关系的结构和性质，而这又需要改变社会和制度的规范和惯例。^{23,24}

语言纠正

尽管数据显示医疗口译员这一角色在护理质量、正面的健康结果和节省成本方面发挥着重要作用，^{3,25}但很多组织仍未提供充足的口译服务；仅 13% 的医院达到了《文化与语言上适当服务的国家标准》(National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services, CLAS) 规定的医疗保健领域的所有四项标准。²⁶口译服务的成本往往被夸大，而其成本效益却被明显低估，^{4,7,27}这可能导致付款方对报销的限制以及组织对服务的限制。不一致、不充分的报销仍然是达到 CLAS 标准的系统层面的主要障碍。⁴电话和视频口译服务提供了更实惠的替代方案，²⁸但可能不足以满足所有语言和方言的需求，就像 MM 的情况一样。远程口译服务的其他限制包括对稳定的互联网连接和客观特质的依赖，这可能会妨碍有关复杂健康信息的清晰沟通，尤其是在出现情绪困扰时。一项定性研究发现，临床医生选择是否使用专业口译服务，取决于时间限制、主观偏好和治疗目标。¹²即使在知情同意讨论、护理会议和日常汇报中适当地使用了专业口译，相较于英语家庭从其医疗团队接受到的沟通，LEP 患者和家庭也只能接受到其中一小部分沟通，^{27,29}这会影响到医疗保健团队成员与患者和家庭之间的治疗关系，使共同决策变得复杂化。^{22,29,30}

如果分配不公可以通过增加获得专业口译服务的机会来纠正，那么关系不公的纠正就需要重组医疗保健系统，以培养医生的双语能力并招纳和聘请更多双语临床医生。医患间的非英语语言一致性已被证明可以改善一系列患者结果，包括血糖控制、疼痛管理以及癌症筛查依从性。¹很少有研究将使用训练有素的口译员与使用语言一致的临床医生进行比较，但这些研究确实表明语言一致性有助于医生提问和患者赋权，并且通常会受到 LEP 患者的青睐。^{31,32}推动卫生保健工作人员的系统性变革是一项带有众多周边利益的长期战略，最终可能会被证明比专注于技术解决方案更具经济效益。

交叉性

LEP 患者往往还有包括有限经济资源在内的其他劣势，并且由于正规教育匮乏、无保障移民身份造成的脆弱性以及焦虑和压力等心理健康问题，他们的沟通困难可能会更加严重。^{14,18,33}语言障碍使处于以英语为主导环境中的患者更难为自己争取利益、提出问题以及了解（可让其获得更好护理的）医疗保健系统之间的细微差别。³⁴个别临床医生应当注重这种重叠的弱点，并可以通过倾听患者和为患者争取利益来改变这种情况。³⁵然而，满足 LEP 患者和家庭的复杂需求是整个医疗团队和组织的共同责任。

36

应当将解决与语言障碍相关的卫生不公平现象的工作纳入全面改善卫生公平性的工作中。³⁷例如，研究人员证实，在控制了疾病严重度、年龄、性别、保险状态和诊断结果等协变量后，在其所在医院的儿科重症监护室 (Pediatric Intensive Care Unit, PICU) 中，拉丁裔儿童的死亡风险比白人和非洲裔美国儿童高出 3.7 倍。³⁸对此，医院实施了多层次干预措施，包括对临床医生进行文化敏感性培训、聘请额外的双语工作人员、扩大训练有素的口译员在 ED 和 PICU 中的可用性、提供多种语言的同意书和教育材料，以及扩大为拉丁裔群体服务的范围。³⁸在采取干预措施后的 3 年时间里，PICU

中拉丁裔儿童的死亡率下降到与白人和非洲裔美国儿童相当的水平。³⁸这种多层次的全系统干预措施显著改善了结果，说明医疗保健组织在道德上负有以下职责：首先，按种族、族裔和语言评估结果数据，然后采取行动解决这些差异。

为什么这些类型的评估和干预措施没有得到更广泛的应用？关于种族、族裔和主要语言的数据收集无法取得一致且容易出错，或许正因如此，组织才很少根据社会人口因素分析其结果。³⁹组织领导者可能会怀疑其组织中存在种族、族裔或 LEP 等不平等现象，就好比尽管个别临床医生可能否认其实践中隐含种族、族裔或 LEP 偏见，但医疗保健不平等和隐性偏见却普遍存在。^{40,41}在整个系统内进行变革可能需要立法来创造财务激励措施，并为 LEP 患者实施结果问责制。

“无知之幕”背后的语言是什么？

John Rawls 因其在公正理论方面的基础工作而闻名，他认为，一个公正的社会最好是在“无知之幕”的基础上设计，这样任何利益相关者都不知道其在此社会中可能的位置。⁴²Rawls 的思想实验提醒我们，我们出生的环境与我们的价值或我们是否值得茁壮成长毫不相关。因此，在想到“无知之幕”时，想象一下您处在这样一个国家，您不会说该国语言，而很少有医疗保健临床医生会说您使用的语言，此时您需要为自己或配偶、子女或父母获取医疗保健服务，那会是怎样一种情形。想象一下，当您努力浏览那些没有翻译的标识和难以理解的表格时，您会感到多么无助。想象一下，每次您想表达疑虑或提出问题，都必须等待通过视频或电话提供的口译服务（或者幸运的话，您可以获得现场口译服务）。

医疗保健组织和临床医生在道德上有责任减少并最终消除该国 LEP 患者所遭受的不公正待遇。医疗保健组织应当负责任地配备人员来做到这一点，而临床医生应当使用现有口译服务并倡导系统层面的变革来做到这一点，即必须使语言技能成为多样性的一个方面，而非优质医疗保健的障碍。最后，在国家和社会层面，我们应当解决健康问题的交叉社会决定因素，这些因素加剧了 LEP 患者（其中很多是新移民）遭受的不公正待遇。^{43,44}在此过程中将需要克服偏见和假设，并跨越财务和后勤障碍。无论如何，在这个全球化世界中，语言孤立主义毫无立足之地。我们能够且应当改变这一体系。

References

1. Diamond L, Izquierdo K, Canfield D, Matsoukas K, Gany F. A systematic review of the impact of patient-physician non-English language concordance on quality of care and outcomes. *J Gen Intern Med.* 2019;34(8):1591-1606.
2. DuBard CA, Gizlice Z. Language spoken and differences in health status, access to care, and receipt of preventive services among US Hispanics. *Am J Public Health.* 2008;98(11):2021-2028.
3. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* 2007;42(2):727-754.
4. Chen AH, Youdelman MK, Brooks J. The legal framework for language access in healthcare settings: Title VI and beyond. *J Gen Intern Med.* 2007;22(suppl 2):362-367.
5. Civil Rights Act, Title VI, 42 USC §2000d et seq (1964).
6. *Lau v Nichols*, 414 US 563 (1974).

7. Ramirez D, Engel KG, Tang TS. Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *J Health Care Poor Underserved*. 2008;19(2):352-362.
8. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Coates WC, Pitkin K. Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA*. 1996;275(10):783-788.
9. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Inaccurate language interpretation and its clinical significance in the medical encounters of Spanish-speaking Latinos. *Med Care*. 2015;53(11):940-947.
10. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. 2003;111(1):6-14.
11. Schenker Y, Pérez-Stable EJ, Nickleach D, Karliner LS. Patterns of interpreter use for hospitalized patients with limited English proficiency. *J Gen Intern Med*. 2011;26(7):712-717.
12. Hsieh E. Not just “getting by”: factors influencing providers’ choice of interpreters. *J Gen Intern Med*. 2015;30(1):75-82.
13. Wilson E, Chen AH, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *J Gen Intern Med*. 2005;20(9):800-806.
14. Green AR, Nze C. Language-based inequity in health care: who is the “poor historian”? *AMA J Ethics*. 2017;19(3):263-271.
15. Pannu NS, Hill-Mann A, Gill G. The effect of language on hospital inpatient length of stay. *Healthc Q*. 2017;20(1):73-78.
16. Patel AT, Lee BR, Donegan R, Humiston SG. Length of stay for patients with limited English proficiency in pediatric urgent care. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020;59(4-5):421-428.
17. Cohen AL, Rivara F, Marcuse EK, McPhillips H, Davis R. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*. 2005;116(3):575-579.
18. Flores G, Olson L, Tomany-Korman SC. Racial and ethnic disparities in early childhood health and health care. *Pediatrics*. 2005;115(2):e183-e193.
19. Eneriz-Wiemer M, Sanders LM, Barr DA, Mendoza FS. Parental limited English proficiency and health outcomes for children with special health care needs: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2014;14(2):128-136.
20. Landgrave M. Immigrants learn English: immigrants’ language acquisition rates by country of origin and demographics since 1900. CATO Institute; September 2019. Immigration Research and Policy Brief 14. Accessed December 9, 2020. <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/irpb14.pdf>
21. Isphording IE. What drives the language proficiency of immigrants? *IZA World of Labor*. 2015;177. Accessed December 9, 2020. <https://wol.iza.org/articles/what-drives-language-proficiency-of-immigrants/long>
22. Peled Y. Language barriers and epistemic injustice in healthcare settings. *Bioethics*. 2018;32(6):360-367.
23. Fourie C, Schuppert F, Wallimann-Helmer I. *Social Equality: On What It Means to Be Equals*. Oxford Scholarship Online; 2014.
24. Zalta R, ed. Disability and justice. Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive. May 23, 2013. Accessed May 26, 2020. Revised July 2, 2019. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/disability-justice/>

25. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev.* 2005;62(3):255-299.
26. Diamond LC, Wilson-Stronks A, Jacobs EA. Do hospitals measure up to the national culturally and linguistically appropriate services standards? *Med Care.* 2010;48(12):1080-1087.
27. Brandl EJ, Schreiter S, Schouler-Ocak M. Are trained medical interpreters worth the cost? A review of the current literature on cost and cost-effectiveness. *J Immigr Minor Health.* 2020;22(1):175-181.
28. Masland MC, Lou C, Snowden L. Use of communication technologies to cost-effectively increase the availability of interpretation services in healthcare settings. *Telemed J E Health.* 2010;16(6):739-745.
29. Thornton JD, Pham K, Engelberg RA, Jackson JC, Curtis JR. Families with limited English proficiency receive less information and support in interpreted intensive care unit family conferences. *Crit Care Med.* 2009;37(1):89-95.
30. Barwise AK, Nyquist CA, Espinoza Suarez NR, et al. End-of-life decision-making for ICU patients with limited English proficiency: a qualitative study of healthcare team insights. *Crit Care Med.* 2019;47(10):1380-1387.
31. Villalobos BT, Bridges AJ, Anastasia EA, Ojeda CA, Rodriguez JH, Gomez D. Effects of language concordance and interpreter use on therapeutic alliance in Spanish-speaking integrated behavioral health care patients. *Psychol Serv.* 2016;13(1):49-59.
32. Molina RL, Kasper J. The power of language-concordant care: a call to action for medical schools. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):378.
33. Green AR, Ngo-Metzger Q, Legedza AT, Massagli MP, Phillips RS, Iezzoni LI. Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. *J Gen Intern Med.* 2005;20(11):1050-1056.
34. Gengler AM. "I want you to save my kid!": illness management strategies, access, and inequality at an elite university research hospital. *J Health Soc Behav.* 2014;55(3):342-359.
35. Cheng TL, Emmanuel MA, Levy DJ, Jenkins RR. Child health disparities: what can a clinician do? *Pediatrics.* 2015;136(5):961-968.
36. Chin MH, Clarke AR, Nocon RS, et al. A roadmap and best practices for organizations to reduce racial and ethnic disparities in health care. *J Gen Intern Med.* 2012;27(8):992-1000.
37. Brody H, Glenn JE, Hermer L. Racial/ethnic health disparities and ethics—the need for a multilevel approach. *Camb Q Healthc Ethics.* 2012;21(3):309-319.
38. Anand KJ, Sepanski RJ, Giles K, Shah SH, Juarez PD. Pediatric intensive care unit mortality among Latino children before and after a multilevel health care delivery intervention. *JAMA Pediatr.* 2015;169(4):383-390.
39. Siegel B, Regenstein M, Jones K. Enhancing public hospitals' reporting of data on racial and ethnic disparities in care. Commonwealth Fund; January 2007. Accessed December 9, 2020.
https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2007_jan_enhancing_public_hospitals_reportin_g_of_data_on_racial_and_ethnic_disparities_in_care_998_siegel_enhancing_pu_b_hosp_reporting_data_racia_pdf.pdf

40. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *Am J Public Health*. 2015;105(12):e60-e76.
41. Green AR, Tan-McGrory A, Cervantes MC, Betancourt JR. Leveraging quality improvement to achieve equity in health care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(10):435-442.
42. Rawls J. *A Theory of Justice*. Rev ed. Belknap Press/Harvard University Press; 1999.
43. Kim J, Ford KL, Kim G. Geographic disparities in the relation between English proficiency and health insurance status among older Latino and Asian immigrants. *J Cross Cult Gerontol*. 2019;34(1):1-13.
44. Zamora ER, Kaul S, Kirchoff AC, et al. The impact of language barriers and immigration status on the care experience for Spanish-speaking caregivers of patients with pediatric cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2016;63(12):2173-2180.

Jason Espinoza (医学博士) 是位于印第安纳波利斯的印第安纳大学医学院临床儿科（危重病护理）助理教授。他毕业于芝加哥大学普利兹克医学院，在华盛顿大学西雅图儿童医院完成住院医师培训，并在芝加哥安与罗伯特卢里儿童医院获得奖学金。他的研究重点是危重疾病后的长期预后、解决健康差异以及支持社会公正。

Sabrina Derrington (医学博士、文学硕士、已获认证的医疗保健伦理顾问) 是洛杉矶儿童医院儿科生物伦理学中心的主任，兼任南加州大学凯克医学院儿科（危重病护理）副教授。她的概念与实证研究主要关注在危重病护理、临床和组织伦理以及卫生政策方面从临床和人际层面解决对卫生公平性的威胁。

引用

《美国医学会伦理学杂志》。2021;23(2):E109-116.

DOI

10.1001/amajethics.2021.109.

利益冲突披露

作者没有要披露的利益冲突信息。

本案例中的人物和事件均为虚构。如与真实事件或与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。