



# 门诊患者对医生的信任及影响因素研究

梁文文, 刘志平, 戴汶君, 陈任, 程静

安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032

**摘要:** 为了解门诊患者对医生的信任情况及其影响因素, 采用方便样本法对安徽某省级三甲医院门诊离诊患者进行问卷调查。结果显示, 非首次就诊、感知到医疗服务过程尊重、对医生群体信任度高、系统整体信任度高对医生信任总分、仁爱、技术维度有正向影响; 医疗环境得分高对医生信任总分、技术维度得分有正向影响; 相较于认为医患关系是主动—被动模式的患者, 认为医患关系应为指导—合作模式、共同参与模式的患者在仁爱维度得分更高。医疗机构层面应优化就医环境, 注重对患者的隐私保护; 社会层面应促进对医生群体的信任, 提高对卫生系统的获得感。此外, 要引导患者参与诊疗过程, 正确认知医患关系。

**关键词:** 门诊患者; 信任; 影响因素

中图分类号: R192.3

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2024)03-268-006

doi: 10.7655/NYDXBSSS240069

近年来我国医患关系持续紧张, 患者信任缺失是重要原因之一。根据委托—代理人理论, 当患者(委托人)寻求医疗保健服务时, 由于医疗不确定、信息不对称等特点, 患者期望卫生服务提供者(代理人)不会利用他们脆弱的处境, 而是按照他们的利益行事, 这种期望即可被定义为患者信任<sup>[1-2]</sup>。患者信任可增加患者对医疗建议的依从性<sup>[3]</sup>, 提高其寻求帮助和使用预防保健的动机<sup>[4]</sup>。更为重要的是, 患者信任可促进和谐医患关系<sup>[5-6]</sup>, 提高就诊满意度<sup>[7-8]</sup>。既往研究对患者信任影响因素的探讨, 多集中于医生个体特征<sup>[9]</sup>、医生共情和沟通能力<sup>[10]</sup>、患者个人特征<sup>[11]</sup>及健康素养<sup>[12]</sup>等方面, 倾向于将医疗服务提供者视为单独的个体。近年来有学者从社会心理学视角提出, 由于社会普遍心态而造成的就诊前预设不信任心理, 负面影响患者对具体医生的信任<sup>[13-14]</sup>; 也有学者从医院管理视角, 认为医院在管理层面也应为患者对医生的信任提供组织支持<sup>[15-16]</sup>。但鲜有研究将患者对医生群体及卫生系统的信任、对医疗机构的信任这些系统和组织层面因素与患者

对医生个体的人际信任置于同一研究框架之中。本研究在患者个人特征及认知因素之外, 将机构组织因素、社会心理因素纳入对医生信任的来源, 旨在为提升患者信任提供新的视角和实证资料。

## 一、对象与方法

### (一) 调查对象

本研究选取安徽某省级三甲医院作为调查现场, 于2022年7—8月, 采用方便抽样法对门诊各科室离诊患者进行问卷调查。调查由经过培训的调查员面对面进行, 知情同意后识字患者自行填写问卷, 不识字或视力模糊者由调查员面对面访谈填写。排除标准: 年龄 $<18$ 岁、病情危重、神志不清醒的患者。采用横断面样本量计算公式:  $n = z^2 p(1-p) / d^2$ , 其中 $n$ 是样本量,  $p$ 是研究目标现患率,  $z$ 是正态偏差(取值为1.96),  $d$ 是容许误差(取 $d=0.1p$ )。已有文献显示, 患者对医生持信任态度的比例为43.8%<sup>[17]</sup>、56.5%<sup>[18]</sup>, 分别计算所需样本量为493、296人, 取最大值设定样本量, 并考虑到可能存在的不合格调查

**基金项目:** 安徽省高校人文社会科学重点项目“患者信任的测量、影响机制与对策研究”(SK2021A0179); 安徽省高校优秀科研创新团队项目“基层健康协同治理研究创新团队”(2023AH010036); 安徽医科大学博士科研资助基金“工作要求—资源理论视角下安徽省公立医院医生职业倦怠研究”(XJ202010)

**收稿日期:** 2024-02-27

**作者简介:** 梁文文(1999—), 女, 河南商丘人, 硕士研究生在读, 研究方向为医院管理; 程静(1982—), 女, 安徽六安人, 副教授, 研究方向为卫生行为与政策, 通信作者, jing\_hp@sina.com。

问卷(约20%),则最少调查616人。本次研究共发放问卷743份,最终回收完整问卷720份,有效率为96.90%。

## (二)调查工具

调查工具包括“门诊患者一般情况调查表”“维克森林医师信任量表”“门诊患者对医生信任度影响因素调查表”三部分。采用Cronbach's  $\alpha$ 系数检验量表内部一致性,一般认为该系数大于0.6可接受,系数越大说明内部一致性越高<sup>[19]</sup>。

### 1. 门诊患者一般情况调查表

由课题组自行设计,内容包括性别、年龄、教育程度、婚姻状况、是否首次就诊、医疗保险类型、感知医患关系类型等。

### 2. 维克森林医师信任量表

采用董恩宏等修订的中文版维克森林医师信任量表(Chinese version of wake forest physician trust scale, C-WFPTS)<sup>[20]</sup>,包括仁爱和技术能力两个维度,采用5级计分,1分(非常不同意)到5分(非常同意),其中条目2、3、7为反向计分,得分越高表示患者对医生的信任程度越高。本研究中该量表Cronbach's  $\alpha$ 为0.776。

### 3. 门诊患者对医生信任度影响因素调查表

包括医疗机构层面的医疗环境、医疗服务过程尊重、药品设备三部分,以及系统层面的对医生群体信任、对医疗系统整体信任两部分。所有条目均采用5级计分,1分(非常不同意)~5分(非常同意),得分越高代表信任度越高。本研究中,其Cronbach's  $\alpha$ 为0.892。

医疗环境、医疗服务过程尊重、药品设备三部分参考了陶文娟等<sup>[21]</sup>构建的患者对医疗机构信任度评价指标。医疗环境包括4个条目:①我感觉该医院的标识标牌清晰;②我觉得该医院的就诊流程是清晰的;③我感觉该医院里医务人员的仪表是得体的;④我感觉该院医疗环境是清洁、安全和注重人性化的。其Cronbach's  $\alpha$ 为0.860。医疗服务过程尊重包括2个条目:①该院医务人员会对我诊疗过程的私人信息保密;②我接受检查时,身体(特别是隐私部位)受到了保护。该量表的Cronbach's  $\alpha$ 为0.810。药品设备包括2个条目:①我觉得该院药品种类是丰富的;②我觉得该院设备条件是先进齐全的。其Cronbach's  $\alpha$ 为0.852。

对医生群体信任参考Hall等<sup>[22]</sup>对医生的行业信任量表(general trust in physicians scale, GTPS),提取部分条目并进行了改编,使其适应中国语境,最终形成的量表包括6个条目:①一般来说,医生会尽一切努力为患者提供需要的治疗;②一般来说,医生对患者健康的关心和患者自己是一样的;③和过去相比,现在医生的技术水平大为提高了;④我相

信医生有足够的知识和技能来满足患者的健康需求;⑤现在医生们的医术还没有达到应有的水平;⑥总之,医生们值得信任。本研究中该量表的Cronbach's  $\alpha$ 为0.781。

对卫生系统整体信任的测量参考了医疗保健系统不信任量表(health care system distrust scale, HCSDS)<sup>[23]</sup>、卫生系统信任量表(trust in healthcare system scale, THSS)<sup>[24]</sup>等,结合专家咨询和预调查修改,最终形成含6个条目的问卷:①我可以从卫生服务系统得到高质高效的卫生保健服务;②和满足我的健康需求相比,卫生服务系统更关心降低成本;③如果出现差错,卫生服务系统会试图对我隐瞒;④我相信医疗卫生服务系统受到有力监督和评价;⑤我国的卫生服务体系在朝着好的方向改革和发展;⑥总的来说,我国的卫生服务系统值得信任。第2、3条目采用反向计分,总分越高,表示患者对卫生系统越信任。在本研究中Cronbach's  $\alpha$ 为0.653。

## (三)统计学方法

使用EpiData3.1录入数据,SPSS26.0分析数据,计数资料采用频数、构成比表示,计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,经Levene方差齐性检验,两组间比较采用 $t$ 检验,多组间比较采用单因素方差分析,影响因素分析采用多元线性回归分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 二、结果

### (一)调查对象的基本情况

720例离诊患者中,女性396人(55.0%);初中及以下236人(32.8%),高中及大专232人(32.2%),本科及以上252人(35.0%)。在其他一般情况中,547人(76.0%)非首次到该医院就诊;在三种医患关系主体地位的认知中,402人(55.8%)认为医患关系是指导—合作模式(以医生为中心,医生要求患者合作),188人(26.1%)认为是主动—被动模式(以医生为中心,医生对患者单向影响),认可共同参与模式(医患互为中心,患者积极参与决策)只有130人(18.1%,表1)。

### (二)调查对象的各量表得分情况

720例患者对医生信任均分为(3.77 $\pm$ 0.56)分,仁爱维度(3.75 $\pm$ 0.61)分,技术维度(3.79 $\pm$ 0.62)分。医疗环境、感知到的医疗服务过程尊重、药品设备、对医生群体信任及卫生系统整体信任分别为(4.22 $\pm$ 0.64)分、(4.29 $\pm$ 0.67)分、(4.32 $\pm$ 0.65)分、(4.11 $\pm$ 0.55)分、(3.81 $\pm$ 0.54)分,详见表2。

### (三)调查对象对医生信任的单因素分析

是否首次就诊、感知医患关系类型在总量表及仁爱、技术维度得分上,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。不同性别的总量表得分和仁爱维度得

表1 720例离诊患者的基本情况

变量/类别	人数(例)	构成比(%)
性别		
男	324	45.0
女	396	55.0
年龄		
≤39岁	421	58.5
40~59岁	195	27.1
≥60岁	104	14.4
教育程度		
初中及以下	236	32.8
高中及大专	232	32.2
本科及以上	252	35.0
婚姻状况		
已婚	492	68.3
其他	228	31.7
是否首次就诊		
是	173	24.0
否	547	76.0
医疗保险类型		
城镇职工	246	34.2
城乡居民	474	65.8
感知医患关系类型		
主动—被动	188	26.1
指导—合作	402	55.8
共同参与	130	18.1

表2 720例离诊患者各量表得分情况 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

类别	最小值	最大值	得分
信任总分	2.10	5.00	3.77±0.56
仁爱维度	1.60	5.00	3.75±0.61
技术维度	1.60	5.00	3.79±0.62
医疗环境	1.00	5.00	4.22±0.64
医疗服务过程尊重	1.00	5.00	4.29±0.67
药品设备	1.00	5.00	4.32±0.65
对医生群体信任	1.83	5.00	4.11±0.55
对卫生系统整体信任	1.50	5.00	3.81±0.54

分比较,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),详见表3。

(四)调查对象对医生信任的多因素分析

将医疗环境、感知医疗服务过程尊重、药品设备、对医生群体信任及系统整体信任得分作为自变量,分别以患者对医生信任总分、仁爱和技术维度得分为因变量,建立多元线性回归模型。各模型调整后  $R^2$  分别为 0.487、0.416、0.400; 模型方差分析(ANOVA)分别为  $F=76.857, P < 0.001$ ;  $F=57.987, P < 0.001$ ;  $F=61.001, P < 0.001$ 。结果显示,非首次就诊、感知到医疗服务过程尊重、对医生群体信任度高、对卫生系统整体信任度高对医生信任总分、仁爱维度、技术维度有正向影响(表4、5、6); 医疗环境得分高对医生信任总分、技术维度得分有正向影响(表4、6); 相较于认为医患关系是主动—被动模

表3 720例离诊患者对医生信任的单因素分析(分,  $\bar{x} \pm s$ )

变量/分组	患者信任总分	仁爱维度得分	技术维度得分
性别			
男	3.71±0.55	3.68±0.61	3.74±0.60
女	3.82±0.57	3.80±0.60	3.83±0.64
$t$ 值	-2.448*	-2.631**	-1.836
年龄			
≤39岁	3.79±0.57	3.79±0.59	3.80±0.64
40~59岁	3.71±0.56	3.67±0.63	3.75±0.60
≥60岁	3.78±0.53	3.74±0.60	3.83±0.58
$F$ 值	1.388	2.509	0.582
教育程度			
初中及以下	3.75±0.54	3.74±0.60	3.76±0.61
高中及大专	3.78±0.56	3.76±0.61	3.80±0.63
本科及以上	3.78±0.58	3.75±0.62	3.81±0.63
$F$ 值	0.246	0.072	0.403
婚姻状况			
已婚	3.76±0.55	3.74±0.61	3.79±0.62
其他	3.78±0.57	3.77±0.61	3.79±0.63
$t$ 值	-0.416	-0.650	-0.114
是否首次就诊			
是	3.65±0.57	3.66±0.63	3.64±0.59
否	3.81±0.55	3.78±0.60	3.84±0.62
$t$ 值	-3.237***	-2.199*	-3.677***
医疗保险类型			
城镇职工	3.80±0.59	3.75±0.65	3.84±0.63
城乡居民	3.76±0.55	3.75±0.58	3.77±0.62
$t$ 值	0.933	0.134	1.548
感知医患关系类型			
主动—被动	3.60±0.58	3.54±0.65	3.67±0.62
指导—合作	3.82±0.54	3.81±0.58	3.83±0.61
共同参与	3.85±0.55	3.86±0.56	3.85±0.64
$F$ 值	11.814***	15.985***	5.225**

\*:  $P < 0.05$ , \*\*:  $P < 0.01$ , \*\*\*:  $P < 0.001$ 。

式的患者,认为医患关系应为指导—合作模式以及共同参与模式的患者在仁爱维度得分更高(表5)。

三、讨论与建议

本次对某省级三甲医院门诊离诊患者的调查显示,患者对医生信任总均分为(3.77±0.56)分,略高于南昌市三甲医院门诊患者[(3.53±0.49)分]<sup>[25]</sup>,低于北京市患者[(3.93±0.80)分]<sup>[26]</sup>。整体而言,本研究人群中患者对医生的信任度仍有提升空间,应采取有效措施进一步提升患者对医生的信任。本研究揭示了医疗机构组织层面、社会系统层面、患者对医患关系认知等因素对医患人际信任的影响情况。基于研究结果,为提高门诊患者对医生的信任,提出以下几点建议。

(一)医疗机构层面应优化就医环境,注重对患者的隐私保护

有研究显示,对医疗机构信任水平越低,患者的满意度越低,更换医生和寻求第二意见的比例越高<sup>[27]</sup>。本研究进一步探讨了患者对医疗机构的信任水平,将直接影响对该机构医生的信任,揭示了医疗机构管理层面在病患对医生个体信任中的重

表4 720例离诊患者对医生信任总分影响因素多元线性回归分析

自变量	<i>B</i>	SE	$\beta$	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	95%CI
常量	0.178	0.149	—	1.194	0.233	-0.115~0.471
性别(对照:男)	0.027	0.030	0.024	0.884	0.377	-0.033~0.086
是否首次就诊(对照:是)	0.119	0.035	0.091	3.372	0.001	0.050~0.188
感知医患关系类型(对照:主动—被动)	—	—	—	—	—	—
指导—合作	0.040	0.036	0.036	1.104	0.270	-0.031~0.111
共同参与	0.083	0.047	0.057	1.792	0.074	-0.008~0.175
医疗环境	0.081	0.030	0.092	2.694	0.007	0.022~0.140
医疗服务过程尊重	0.152	0.028	0.182	5.407	<0.001	0.097~0.208
药品设备	0.021	0.028	0.024	0.738	0.460	-0.035~0.077
对医生群体信任	0.341	0.039	0.334	8.661	<0.001	0.263~0.418
对卫生系统整体信任	0.215	0.038	0.206	5.653	<0.001	0.140~0.290

表5 720例离诊患者对医生仁爱维度得分影响因素多元线性回归分析

自变量	<i>B</i>	SE	$\beta$	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	95%CI
常量	0.232	0.173	—	1.345	0.179	-0.107~0.571
性别(对照:男)	0.046	0.035	0.038	1.319	0.188	-0.023~0.115
是否首次就诊(对照:是)	0.085	0.041	0.060	2.080	0.038	0.005~0.165
感知医患关系类型(对照:主动—被动)	—	—	—	—	—	—
指导—合作	0.096	0.042	0.079	2.291	0.022	0.014~0.178
共同参与	0.147	0.054	0.093	2.727	0.007	0.041~0.252
医疗环境	0.057	0.035	0.060	1.655	0.098	-0.011~0.125
医疗服务过程尊重	0.213	0.033	0.235	6.545	<0.001	0.149~0.277
药品设备	-0.001	0.033	-0.001	-0.020	0.984	-0.065~0.064
对医生群体信任	0.317	0.045	0.287	6.980	<0.001	0.228~0.407
对系统整体信任	0.199	0.044	0.176	4.522	<0.001	0.113~0.285

表6 720例离诊患者对医生技术维度得分影响因素多元线性回归分析

自变量	<i>B</i>	SE	$\beta$	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	95%CI
常量	0.132	0.175	—	0.756	0.450	-0.211~0.476
是否首次就诊(对照:是)	0.153	0.042	0.105	3.621	<0.001	0.070~0.236
感知医患关系类型(对照:主动—被动)	—	—	—	—	—	—
指导—合作	-0.016	0.044	-0.013	-0.360	0.719	-0.101~0.070
共同参与	0.020	0.056	0.013	0.364	0.716	-0.089~0.130
医疗环境	0.104	0.036	0.107	2.898	0.004	0.034~0.175
医疗服务过程尊重	0.091	0.034	0.098	2.696	0.007	0.025~0.158
药品设备	0.042	0.034	0.044	1.241	0.215	-0.025~0.109
对医生群体信任	0.364	0.047	0.320	7.691	<0.001	0.271~0.457
对系统整体信任	0.232	0.046	0.200	5.098	<0.001	0.143~0.322

要保障角色。既往在就医满意度研究中发现良好就医环境的正向作用<sup>[28]</sup>,本研究在患者信任领域,同样发现了就医环境的正面影响。就医环境既包括干净卫生的物理环境,清晰的标识、标语,也包括无形的就诊流程,医务人员表现出的精神风貌等软环境。医院在清洁并保持院区及周边环境卫生的基础上,要充分考虑患者的行动需求,促进医疗服务的便捷性,如设置人性化标识、优化就诊流程、降低非医疗时间占比等。此外,包括医生在内的机构中所有工作人员都应注意仪表举止、精神风貌传递出的关爱和尊重。通过营造专业、温馨、方便的物

理环境和软环境,有效提升患者对医生的信任。既往研究显示,医生尊重患者对信任有显著影响,本研究发现从医院整体层面注重隐私保护对提升信任同样具有正向作用。这可能既与被保护隐私的行动本身有关,也与由此反映出的医疗服务提供方对患者的尊重有关。目前医院中普遍实施的“一医一患一诊室”,践行了诊疗中对患者隐私的保护。但比较容易忽视的是在就医整个流程中贯彻这一原则,例如检查报告拿取各环节,医生之外的其他工作人员也应有隐私保护和尊重意识等。总之,医院应在硬件环境设置、流程环节设置中贯彻隐私保

护。对医务人员及所有工作人员强化隐私保护培训,也是提升患者信任的一条重要路径。

(二)社会层面应促进对医生的群体信任,提高对卫生系统的获得感

我国现有文献多聚焦于患者对医生的人际信任,公众信任层面未能获得足够重视。随着我国由传统熟人社会向现代社会转变,恰恰需要通过有益的社会心理氛围、有效运转的抽象体系等系统和制度促进信任的建立<sup>[29]</sup>。破解医患信任困境根本在于实现从情感信任模式到制度信任模式再到文化信任模式的过渡,厚植医患信任的文化土壤<sup>[30]</sup>。具体到医患互动情境,患方在诊疗中会调动一切信息分析医方是否值得信任,对卫生系统的整体感知是重要信息来源之一。本研究证实了在系统层面,患者对医生群体及卫生系统的整体信任高,则医生的人际信任得分也高。这一实证结果呼应了吕小康等<sup>[31]</sup>的研究,他认为,“医患矛盾并非只是医患之间的矛盾,而与其根植的社会文化与医疗体制密切相关”;相应地,“体制力量已经成为形塑医患关系的重要力量”。同理,对具象的个体医生的初始信任,既来自患者对医生群体的总体社会心理,也受到其嵌入的卫生系统的制约。正如 Peters 等<sup>[32]</sup>指出,卫生系统可通过合理配置医疗资源、医疗筹资顶层设计、高质量卫生服务可及性等方面影响公众信任。当然,这些政策和制度的发展也需要被群众感知和获益。因此,从社会层面来说,一方面需加强各级医生的能力建设、医德医风建设,建立素质过硬、有社会责任和人文精神的医生队伍,推动卫生系统改革,使之朝向满足群众日益增长的健康需求的方向不断前进;另一方面,正确引导媒体涉医报道导向,保证实事求是和理性客观的立场,增加政策信息透明度和宣传力度,加大患者对卫生体系的整体感知。

(三)引导患者参与诊疗过程,正确认知医患关系

医患关系的主动—被动模式、指导—合作模式、共同参与模式三种类型由 Szasz 等<sup>[33]</sup>提出,并受到医学界的广泛认同,本研究中测试了患者对医患关系类型的定位认知。主动—被动模式在现代医学模式下遭到批评和否定,被认为只适用于无法表达自己主观意愿被动配合医生的患者,例如急诊患者。而指导—合作、共同参与两种类型中,患者以不同程度参与诊疗过程。本研究中接近三成患者认为医患关系仍属于主动—被动型,而与持该观点的患者相比,另外两种认知类型的患者,对医生仁爱维度的信任度更高,显示了患者参与诊疗和对医患关系的定位认知在信任建立中的作用。因此,医生应做好引导,重视与患者的交流和信息分享,尤其在我国老龄化和慢病患者增长的社会背景下,

鼓励患者参与诊疗过程,通过帮助患者充分理解信息并作出决定,促进患方对医患角色定位的再认知转变。

本研究将患者对医生的人际信任,置于机构层面、系统层面的信任中加以考量,丰富了患者信任的研究视角,揭示了医疗机构管理层面、系统整体信任层面在患者信任和医患关系中的重要作用,同时也发现患者对医患关系的不同定位对信任度的影响。本研究不足之处在于研究对象是安徽某省级三甲医院的门诊患者,研究结果外推受限。

#### 参考文献

- [1] 刘星. 基于委托代理理论的和谐医患关系及其构建[J]. 管理现代化, 2013(1): 49-51
- [2] 卢建龙, 姜艳, 吕力琅, 等. 医患委托代理关系的双向选择行为模型: 基于信息传递与预期收益[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(7): 24-27
- [3] 彭将鑫, 张雪梅, 徐宸韵, 等. 健康素养、感知医患共情与患者依从性的关系[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(3): 260-265
- [4] 谢琴红, 赖佳, 何静, 等. 患者后续行为意向及其与信任度的关系[J]. 医学与哲学(B), 2015, 36(5): 91-93
- [5] 左陈卓. 重庆市医患关系影响因素及对策研究[D]. 重庆: 重庆大学, 2015
- [6] PELLEGRINI C A. Trust: the keystone of the patient-physician relationship[J]. J Am Coll Surg, 2017, 224(2): 95-102
- [7] LAN Y L, YAN Y H. The impact of trust, interaction, and empathy in doctor-patient relationship on patient satisfaction[J]. J Nurs Health Stud, 2017, 2(2): 1-7
- [8] LEWANDOWSKI R, GONCHARUK A G, CIRELLA G T. Restoring patient trust in healthcare: medical information impact case study in Poland[J]. BMC Health Serv Res, 2021, 21(1): 865
- [9] 马志强, 孙颖, 朱永跃. 基于信任修复归因模型的医患信任修复研究[J]. 医学与哲学(A), 2012, 33(11): 42-44, 47
- [10] ZWINGMANN J, BAILE W F, SCHMIER J W, et al. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: a randomized, experimental study[J]. Cancer, 2017, 123(16): 3167-3175
- [11] 黄春锋, 黄奕祥, 胡正路. 医患信任调查及其影响因素浅析[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2011, 32(4): 20-22
- [12] CHANDRA S, MOHAMMADNEZHAD M. Investigating factors influencing patient trust in a developing Pacific Island Country, Fiji, 2018 [J]. Heliyon, 2020, 6(12):

- e05680
- [13] 王敏, 兰迎春, 赵敏. 患者预设性不信任与医患信任危机[J]. 医学与哲学(A), 2015, 36(3): 47-50
- [14] 李德玲, 卢景国. 从患者视角看预设性信任/不信任及其根源[J]. 中国医学伦理学, 2011, 24(2): 201-203
- [15] TUR-SINAI A, BARNEA R, TAL O. Analyzing patient trust through the lens of hospitals managers-The other side of the coin[J]. PLoS One, 2021, 16(4): e0250626
- [16] 石龙, 覃灵艳, 徐义海, 等. 构建和谐医患关系的现实困境及应对策略[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(1): 33-37
- [17] 郝模. 解决百姓指责、医院委屈、媒体聚焦问题: 医改的基础与目标[J]. 医院院长论坛, 2010, 7(6): 6-8
- [18] 赵晗. 医疗服务参与对患者信任的影响[D]. 长沙: 湖南师范大学, 2021
- [19] 木冬冬. 基于现代特殊教育理念的特殊教育学校文化评估量表编制与初步应用[D]. 金华: 浙江师范大学, 2015
- [20] 董恩宏, 鲍勇. 维克森林医师信任量表中文修订版的信效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012(3): 171-175
- [21] 陶文娟, 文进, 严玲, 等. 基于分级诊疗的患者信任度评价指标体系的构建[J]. 中国循证医学杂志, 2018, 18(8): 802-806
- [22] HALL M A, CAMACHO F, DUGAN E, et al. Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues[J]. Health Serv Res, 2002, 37(5): 1419-1439
- [23] ROSE A, PETERS N, SHEA J A, et al. Development and testing of the health care system distrust scale[J]. J Gen Intern Med, 2004, 19(1): 57-63
- [24] STRATEN G F M, FRIELE R D, GROENEWEGEN P P. Public trust in Dutch health care[J]. Soc Sci Med, 2002, 55(2): 227-234
- [25] 杨琳, 张玖龄. 患者对医生的信任现状及影响因素——以南昌市某医院为例[J]. 商, 2016(11): 92-93
- [26] 吴华丽, 郝晋, 杨佳. 北京地区不同级别医疗机构患者信任度评价及其影响因素研究[J]. 中国医院, 2018, 22(2): 26-29
- [27] SCHWEI R J, KADUNC K, NGUYEN A L, et al. Impact of sociodemographic factors and previous interactions with the health care system on institutional trust in three racial/ethnic groups [J]. Patient Educ Couns, 2014, 96(3): 333-338
- [28] 鄢虹. 公立医院门诊患者满意度测评与提升策略研究[D]. 武汉: 华中农业大学, 2022
- [29] 王珏. 现代社会信任问题的伦理回应[J]. 中国社会科学, 2018(3): 59-65
- [30] 任学丽. 社会信任模式变迁视阈下的医患信任困境及出路[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018, 18(3): 176-180
- [31] 吕小康. 从关系治理到共同体建设: 重建医患信任的协同路径[J]. 南京师大学报(社会科学版), 2020(4): 84-93
- [32] PETERS D, YOUSSEF F F. Public trust in the health-care system in a developing country [J]. Int J Health Plann Manage, 2016, 31(2): 227-241
- [33] SZASZ T S, HOLLENDER M H. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship[J]. AMA Arch Intern Med, 1956, 97(5): 585-592

(本文编辑: 姜 鑫)

## A study of outpatients' trust in doctors and influencing factors

LIANG Wenwen, LIU Zhiping, DAI Wenjun, CHEN Ren, CHENG Jing

School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

**Abstract:** This study conducted a questionnaire survey to understand outpatients' trust in doctors and influencing factors, among outpatients in a tertiary hospital in Anhui province. The results show that non-first visits, perceived respect for the healthcare process, high trust in the physician group, overall high trust in the system benevolence, and technology dimensions positively affected the total physician trust score. High scores in the healthcare environment also had a positive effect on the total physician trust score and technical dimension scores. Compared to patients who perceived the doctor-patient relationship to be an active-passive model, those who perceived that the relationship should be a directive-cooperative model as well as a co-participatory model patients scored higher on the benevolence dimension. Medical institutions should optimize the medical environment and focus on protecting patients' privacy. At the social level, we should promote group trust in doctors and enhance the sense of access to the health system. In addition, patients should be guided to participate in the diagnosis and treatment the process and correctly perceive the doctor-patient relationship.

**Key words:** outpatients; trust; influencing factor