

无锡市医患双方对医患关系评价的心态研究

周倩慧¹,赵基栋²,王锦帆¹

(1.南京医科大学医政学院,江苏 南京 210029;2.无锡市第三人民医院,江苏 无锡 214000)

摘要:目的:了解医患双方对医患关系的认知差异和心理情况。方法:对无锡市四所医院医护人员医患双重角色和门诊患者采取整群随机抽样法进行随机问卷调查。结果:医护人员处于医护人员和患者两种角色状态下,对医患关系评价和影响因素认知不同;医患双方对医患关系评价和影响因素认知不同;医护人员患者角色与患者对医患关系趋势和医患交流认知有统计学差异。结论:改善医患关系需要多方努力,媒体应客观公正报道,传播正能量;政府需合理配置医疗资源,完善基层社区医疗;医院需简化就医程序,透明就医价格,加强培养医护人员沟通能力。

关键词:医患关系;医患心理;认知;角色

中图分类号:R395.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2015)05-355-005

doi:10.7655/NYDXBSS20150505

医患关系研究是社会学研究中的一个热点问题。近些年来多位学者研究表明,医护人员和患者对医患关系状态的认知有显著性差异。人的社会角色是多样性的,每一种角色都有各自心理特征,尤其是医护人员都有“患者角色”,医护人员也会得病,都有“亲人疾患综合征”^[1]。医患纠纷,多是由于纠纷双方主体对同一事物的认知不能达成一致而造成,医患认知过程中心理差异是行为差异产生的重要根源^[2]。研究医护人员的“患者角色”心态是尚未探索过的视角,希望对医护人员理性认识医患关系开辟新思路,并对全面评价医患关系拓宽新视野。

一、对象与方法

(一)研究对象

本次调查研究对象为无锡市医院医护人员和门诊患者及家属。研究医护人员时,通过问卷设计专门问题,使其显示为医护人员和患者角色,并分别研究其医护角色心理和患者角色心理。

(二)研究方法

为深入了解医患角色双方对医患关系和医患矛盾的心理状态,课题组自行设计调查问卷,对无锡市

四所医院的医护人员和患者进行了随机问卷调查。其中医护人员问卷分两部分,第一部分让其以自身医护人员心态回答问题,第二部分让其以患者角色心态进行回答问题。被调查者在课题组成员的现场指导下填写问卷,并当场收回。问卷内容包括对医患关系评价、影响医患关系因素和未来医患关系趋势看法等等。患者问卷的作用是重要的对照依据。通过对比患者和医护人员患者角色问卷的相关问题,如对医患关系的总体评价、对影响医患和谐的因素等,可以看出这两者的共同点和区别。

(三)抽样方法

采用先分层后随机的方法进行医院抽样,将无锡市医院按医院等级进行分层,通过在三级医院和二级医院里进行随机抽样,从无锡三级医院里选定人民医院和中西医结合医院,二级医院中选定无锡康复医院和第八人民医院。两所三级医院各发放100份医护人员问卷,两所二级医院各发放50份,医护人员总样本量为300份,回收有效问卷294份。对抽样的四所医院各发放100份问卷给门诊患者或家属填写,患者及家属总样本量发放400份,有效问卷389份。本调查一共发放医患双方700份问卷,回

基金项目:江苏省社会科学基金项目“江苏医患关系主客观评价及社会心态影响研究”(13SHB010)

收稿日期:2015-06-06

作者简介:周倩慧(1990-),女,江苏扬州人,硕士研究生在读,研究方向为社会医学与卫生事业管理;王锦帆(1960-),男,浙江永康人,教授,博导,研究方向为医学教育、医患沟通,通信作者。

收 683 份,总回收率是 97.57%。

(四)统计学方法

数据录入采用 EpiData3.1,实行双轨录入,保证录入准确性;数据分析采用 SPSS20.0 软件。具体运用描述性分析、非参数检验的秩和检验以及卡方检验。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)调查对象基本情况

1. 医护人员基本情况

医护人员问卷共回收 294 份,其中临床医生 126 人,占 42.9%,护士 168 人,占 57.1%。医护人员男性 76 人,占 25.9%,女性 218 人,占 74.1%。初级职称 127 人,占 43.2%,中级职称 106 人,占 36.1%。

2. 患者基本情况

患者问卷发放 400 份,回收 389 份。男性 183 人,占 47%;女性 206 人,占 53%。患者文化程度:本科及以上为 83 人(21.3%),大专占 27%,高中或中专的比例 33.2%,初中 69 人(17.7%),小学及以下占 0.8%。

(二)医护人员双重角色对医患关系的认知及评价

1. 对医患关系的评价

调查显示,当医生护士作为医护角色时,选择医患关系“一般”人数最多,占 39.8%;认为医患关系非常好仅有 0.3%;但当其心态转换为患者时,选择医患关系非常好、较好的人数增加,比例分别增加了 2.4%、4.1%;选择“一般”人数占 38.4%;选择较差和非常差的人数减少,比例分别降至 25.2%和 21.1%。但是选择医患关系非常好的人数依旧最少,但增加至 8 人,占 2.7%(表 1)。将医护人员两种心态对医患关系的评价进行配对秩和检验,得出负秩和为 9 246.50,秩均值为 101.61;正秩和为 5 978.50,秩均值为 72.03, $Z=-2.563, P=0.010$ 。这可以说明医护人员显示医生和患者两种心态时,对医患关系评价的差异有统计学意义,可以认为医护人员处于医患两种不同角色时,患者角色对医患关系评价高于医生角色。

表 1 医护人员双重角色对医患关系的评价 [n(%)]

评价	医生角色	患者角色
非常好	1(0.3)	8(2.7)
较好	25(8.5)	37(12.6)
一般	117(39.8)	113(38.4)
较差	84(28.6)	74(25.2)
非常差	67(22.8)	62(21.1)

2. 对医患关系影响因素的认知

问卷中对医患关系影响因素的题目均为排序题,为了方便比较和统计,所列人数均为某因素被排序为第一的选择人数。由表 2 看出,医护人员作为医生角色时,选择政府是最大影响因素的人最多,其次是社会因素、患者因素和医院因素,人数分别是 173 人 (58.8%)、47 人 (15.9%)、21 人 (7.1%)、10 人 (7.1%)。其作为患者身份时,政府因素仍旧排第一,人数 208 人,占总人数 70.7%。为比较医护人员两种不同心态对影响因素的排序是否有差异,对 4 个因素分别进行卡方检验,由表 2 可以看出,只有医院因素 $P=0.523$,差异没有统计学意义。社会因素、政府因素、患者因素的 P 值均小于 0.05,差异有统计学意义。认为社会因素、政府因素是最重要的医患关系影响因素,医生角色比例均低于患者角色;选择患者因素为主要影响医患关系的因素时,医护人员的医生角色比例高于患者角色。

表 2 医护人员双重角色对医患关系影响因素的认知

影响因素	医生角色	患者角色	卡方值	P 值
社会因素	47(15.9)	67(22.8)	4.353	0.037
政府因素	173(58.8)	208(70.7)	9.133	0.003
医院因素	10(3.4)	13(4.4)	0.407	0.523
患者因素	21(7.1)	10(3.4)	4.120	0.042

(三)医患双方对医患关系的评价及认知

1. 对医患关系的评价

调查显示,由表 3 看出,无锡市仅有 8.8%的医护人员认为当前医患关系非常好和较好,38.4%认为医患关系一般,52.8%认为医患关系较差或非常差;37.8%的患方认为当前医患关系非常好或较好,接近半数的患者认为当前医患关系一般,比例为 51.4%,仅有 10.8%的患者认为当前医患关系较差或非常差。进一步对医患间评价情况进行秩和检验,医生组秩和为 131 220.00,秩均值为 446.33;患方组秩和为 102 366.00,秩均值为 263.15, $Z=-12.761, P < 0.001$,具有显著差异,可以认为无锡市医患双方对现在医患关系的评价不同,且医方总体对当前医患关系评价要低于患方。

表 3 医患双方对医患关系的评价 [n(%)]

评价	医方	患方
非常好	1(0.3)	21(5.4)
较好	25(8.5)	126(32.4)
一般	113(38.4)	200(51.4)
较差	84(28.6)	33(8.5)
非常差	71(24.2)	9(2.3)

2. 对医患不和谐因素认知情况

医患不和谐主要因素问卷中列出12种因素,如表4所示,其中“看病贵”是无锡市医患双方选择比例唯一均高于50%的不和谐因素。对无锡市医方选择前三位因素进行排序为:媒体不当宣传(82.3%)、暴力袭医案(66.3%)、社会风气差(61.6%)。无锡市患方前三位选项是:看病贵(60.2%)、看病难(50.6%)、医护人员态度差(34.4%)。对12种不和谐因素分别进行卡方检验,对于看病贵($P=0.798$)、看病难($P=0.256$)、医生沟通能力低($P=0.917$),医患双方认知差异没有统计学意义。剩下9种不和谐因素, P 值均小于0.05,医患双方对此认知差异具有统计学意义。其中,医改缺陷、患者欠缺医学、媒体不当宣传、暴力袭医案、社会风气差、医患纠纷缺乏调解这6个不和谐因素,医方选择比例均高于患方。患方选择医护人员态度差、医德医风不良、过度医疗为医患关系不和谐因素比例高于医方。

表4 医患双方对医患不和谐因素认知情况 [n(%)]

项目	医方	患方	卡方值	P 值
看病贵	174(59.2)	234(60.2)	0.066	0.798
看病难	136(46.3)	197(50.6)	1.288	0.256
医生沟通能力低	49(16.7)	66(17.0)	0.011	0.917
医改缺陷	172(58.5)	63(16.2)	132.806	0.001
医护人员态度差	15(5.1)	134(34.4)	84.541	0.001
医德医风不良	24(8.2)	92(23.7)	28.485	0.001
患者欠缺医学	140(47.6)	87(22.4)	48.127	0.001
媒体不当宣传	242(82.3)	60(15.4)	303.733	0.001
暴力袭医案	195(66.3)	30(7.7)	260.423	0.001
社会风气差	181(61.6)	102(26.2)	75.554	0.001
医患纠纷缺乏调解	145(49.3)	90(23.1)	50.866	0.001
过度医疗	43(14.6)	80(20.6)	4.001	0.045

(四) 医护人员患者角色与患者对医患关系的认知及评价

1. 对医患关系趋势的看法

无锡市医护人员以患者角色时,认为医患关系趋势会有些改善最多,达129人(43.9%),第二比例是认为不一定改善,有120人(40.8%)。患者中超过半数认为医患关系会有些改善,比例达到60.2%,其次是认为不一定改善,比例是21.3%。由表5可知,两组秩均值分别是390.77和305.14, $Z=-6.195, P < 0.01$,差异有统计学意义。故可以认为医护人员患者角色与患者对医患关系趋势看法不同,患者更乐观一些。

2. 对医患交流看法

医患关系之间出现矛盾,很大部分源于交流出

表5 医护人员患者角色与患者对医患关系趋势的看法 [n(%)]

项目	医护人员患者角色	患者
会显著改善	25(8.5)	60(15.4)
会有些改善	129(43.9)	234(60.2)
不一定改善	120(40.8)	83(21.3)
不会改善	12(4.1)	9(2.3)
会恶化	8(2.7)	3(0.8)
秩均值	390.77	305.14

现问题。本次调查罗列5个问题,其中医生工作繁忙、医患间利益矛盾、医生情感冷漠和医患知识上差异,医护人员作为患者和患者在看法上差异有统计学意义。而在医生不善沟通方面,差异没有统计学意义($P=0.056$)。在差异有显著意义的四个方面,医生工作繁忙、医患间利益矛盾、医患知识上差异,医护人员比例均高于患者(表6)。

表6 医护人员患者角色与患者对医患交流的看法 [n(%)]

项目	医护人员患者角色	患者	卡方值	P 值
医生工作繁忙	202(68.7)	159(40.9)	50.735	0.001
医患间利益矛盾	183(62.2)	162(41.6)	27.450	0.001
医生情感冷漠	22(7.5)	152(39.1)	89.165	0.001
医患知识上差异	205(69.7)	135(34.7)	80.629	0.001
医生不善于沟通	53(18.0)	93(23.9)	3.642	0.056

三、讨论和对策

(一) 医患双方对医患关系评价差异大

无锡市医患双方对目前医患关系总体认知存在较大差异。尤其是医方从自身角度普遍认为目前医患关系较差,经过Fisher确切概率法和非参数检验 K 个独立样本检验得出:不同性别($c^2=5.021, P=0.285 > 0.05$)、不同岗位($c^2=3.255, P=0.516 > 0.05$)、不同职称($Z=6.021, P=0.102 > 0.05$)的医护人员对医患关系评价差异均没有统计学意义。这或许是因为十余年来广泛的医患关系紧张成为重大社会问题,不同性别、岗位和职称的医护人员都切身感受到了。然而,通过对比调查发现,患者对医患关系的好评比医护人员想像的要高,多数患者认为目前医患关系较好或一般。当医生以患者角色去评价和认知医患关系时,两者仍表现出差异,这说明医患之间没有形成共识。医患之间彼此看问题角度不同,存在着一定的利益冲突,医疗信息拥有量也严重不对称,从而对医患关系理解和态度就有相当大差异,对医疗服务过程中各种问题和处理方式也会出现矛盾和冲突。因此,如果医患双方仅从自己一方考虑,医患纠

纷自然是不可避免的^[3]。

(二)影响医患双方医患关系心理差异的因素

1. 媒体不当宣传给医患关系雪上加霜

近几年,媒体特别是网络媒体对医患纠纷事件空前关注。医患冲突事件频频发生,媒体报道更加频繁,且多数均为负面报道。部分媒体一味追求报道的轰动效果,夸大或扭曲事实,诱导社会舆论向不利于医患关系和谐的方向发展。此外,我国在医疗卫生和健康领域的媒体报道体制尚不完善,记者对医学知识和医疗行业知识缺乏了解,对医患事件的调查和分析准确度不高,且在新闻审核与把关环节存在漏洞,从而使夸大后的医患纠纷事件诱导社会舆论,造成医患关系紧张。

2. 不良社会风气加重医护人员负面心态

绝大多数医护人员认为目前社会风气差主要体现在医闹、暴力伤医现象严重。恶性医患纠纷事件不断发生,不仅对当事医护人员人身安全造成严重威胁,而且对全行业医护人员心理产生了恶性刺激,使他们难以客观评价真实的医患关系。对暴力伤医事件,部分医院考虑到自身的形象采取息事宁人的做法,反而助长了医闹现象发展,医护人员难以理性冷静面对患者提供服务,总感到医患之间随时可能发生矛盾,直接影响医护人员对患者和家属就医行为的看法。

3. 医改在探索中曲折前行

从医方角度分析,看病难主要体现在群众就医的需求远远超过医方所能提供的服务量,尤其是对大型公立医院的需求,从而导致医护人员的工作量极其繁重,无暇顾及与患者的充分交流,难免发生医患矛盾。从患者角度看,看病难对医患关系的影响主要体现在患者前往医院就医需要耗费极大的精力,患者等待就诊时间与真正接受治疗的时间反差极大,因此,他们在非就诊环节积蓄了许多不满,十分容易在诊疗时被激化,与医护人员产生矛盾。有专家表明,我国的“看病难”实质是无序就医的外在表象,是对医疗资源不合理利用造成的结果。正是因为无序就医,无论大病小病均涌入大医院,使许多重症患者反而得不到及时诊治,看小病患者也对医疗环境作出消极评价,从而造成看病很难的假象^[4]。

目前,我国看病贵主要表现在两个方面:一是药费和检查费用过高,高值耗材以及尖端设备的价格异常昂贵,普通收入人群难以承受;二是虽然目前绝大多数老百姓被职工医保、城镇居民医保和新农合这三项基本医疗保险所覆盖,但这毕竟是一种低水平覆盖,同时医保报销范围十分有限,多数病种不在

报销范围内,对于中低收入人群而言,医疗自费负担仍然很大^[5]。许多医患纠纷的导火索,往往是患者不满支付了昂贵的医药费用之后达不到预期的效果,而医护人员本身无法决定医药价格的改变。看病难和看病贵是医患关系紧张的重要原因之一,解决问题显然有赖于国家医改的有效推进和顺路实施,但这需要时间。

4. 医患双方交流不畅

本研究中,医患双方对医患交流问题产生的原因进行评价,近四成患者认为医护人员态度冷漠,从而阻碍医患之间的交流,而当医生从患者角度进行判断时,认为患者并未明显感受到来自医护人员的冷漠态度。说明医患双方对医护人员服务态度的评价存在较大偏差,医护人员自我感觉良好,而患者对医护人员服务态度冷漠的抱怨远比医方想像的高。其他学者医患关系调查中发现,多数医护人员认为自己原本就把患者当成朋友,而服务态度却成为患者对医疗服务最不满意的原因^[6]。患者对医护人员服务态度的不满主要体现在医患交流时间短、医方话语少、缺乏耐心等,且医护人员医患交流时,只是单方面告知,并未重视患者的疑问和反馈,如此沟通无法起到医患双方协同合作,对抗疾病的效果,有时反而使患者对医护人员失去信任,产生误解。

(三)建议与对策

1. 媒体客观公正报道,传播正能量

媒体需注意自身对和谐社会的影响,多传播正能量。医疗行业可以与社会传媒进行合作,经常播放医患和谐的公益作品,加大宣传力度;医院可在医院内荧屏上多播放医患和谐的视频,对患者进行潜移默化的宣传教育。医院也可以建立自己的微信、微博公众平台,向患者发送一些正能量的信息和文章,如医患该如何交流、如何准确向医生描述病情等等。媒体要做的不是加剧医患之间的矛盾,而是应该营造扶正压邪的良好社会氛围,让全社会都知道医生与患者要相互尊重、相互信任、相互支持,明白他们之间的关系是互损互荣的^[7]。

2. 政府合理配置医疗资源,完善基层社区医疗

政府应该合理规划和配置医疗资源,完善基层和社区的医疗,加大投入。多培养全科医生、制定相应政策鼓励医学人才进基层,保证基层医疗的水平,使得小病在基层就可以解决。同时,要落实好各级医院间的转诊制度,才能改善大医院看病难的问题、减少大医院医疗就诊的压力。再者,政府应重点建立远程网络医疗,鼓励医疗水平高的医院建立远程医疗网络中心,定期对下级医院的疑难杂症患者进行远程会

诊,让患者在当地就能有专家为其诊治,而不必奔波,这样既解决了看病难,又解决了看病贵。此外,这个远程医疗网络中心还可以经常向下级医院提供医疗技术指导,提高基层医护人员的业务水平。

3. 医院简化就医程序,透明就医价格

医院要从改变管理、提高效率的角度入手。医院可以鼓励预约就诊,减少患者的候诊时间,逐步取消取号环节。从管理入手,实现粗放式管理向精细化管理的转变,细致到各个科室,各个患者。要改变过去医院以科室为中心的设置,合并、整合这些科室的工作,对就医环节重新梳理,简化挂号、取号、候诊、检查、取药等程序。关于医疗价格,医院可以在门诊大厅的公告栏上就给予说明,例如各项常规检查的价格和取化验单的时间,使患者有一个愉悦的就医心情、消除抵抗情绪。

4. 调动医护人员积极性,加强医患沟通能力

卫生主管部门和医院管理者需从管理机制和制度入手,激发医护人员提高服务质量的动力,通过奖赏激励、情感激励、目标激励以及规范化的培训等一系列措施调动其工作积极性。促使医护人员更新观念,加强人文医学学习与实践,以平等观念和言行方式,听取并尊重患者想法,了解患者心理社会因素,医患双方共同制定并积极实施医疗方案,让患者在沟通

中认识自己疾病,了解经治医生能力,架起患者对医生信赖的桥梁^[8],从而改善医患关系。

参考文献

- [1] 王锦帆. 医患沟通 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013:69
- [2] 吴均林. 医学心理学 [M]. 北京: 高等教育出版社, 2006:116
- [3] 潘传德, 王建华. 医患双方对医患关系认知差异性的调查分析[J]. 医学与哲学, 2005, 26(23): 63-64
- [4] 赵冠宏. 看病难在无序就医 看病贵在高值耗材 [J]. 中国医疗保险, 2014 (12): 24-25
- [5] Prokopetz JJ, Lehmann LS. Physicians as fundraisers: medical philanthropy and the doctor-patient relationship [J]. PLoS Med, 2014, 11(2): e1001600
- [6] Detz A, López A, Sarkar U. Long-term doctor-patient relationships: patient perspective from online reviews [J]. J Med Internet Res, 2013, 15(7): e131
- [7] 李茜, 杜慧群. 对我国医患关系现状及对策的研究 [J]. 中国医学伦理学, 2004, 17(2): 48-49, 59
- [8] 许建国. 影响医患沟通效果的原因及对策 [J]. 江苏卫生事业管理, 2004, 15(6): 43-45

Psychological research on evaluation of doctor-patient relationship between doctors and patients in Wuxi

Zhou Qianhui¹, Zhao Jidong², Wang Jinfan¹

(1. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 210029; 2. Wuxi Third People's Hospital, Wuxi 214000, China)

Abstract: Objective: To conduct the way of spot interview on the recognition of physician-patient relationship. **Methods:** A random questionnaire survey was conducted on medical staffs who has dual roles and outpatients in four hospitals in Wuxi. **Results:** We found that the medical staffs in doctor or patient character had different cognitions about assessment of the doctor-patient relationship and influencing factors which also cause diverse opinions between medical staffs in doctor character and patients. Moreover, medical staffs in patient character cognize the tendency of doctor-patient relationship and the communication between doctor and patient differently with patients themselves, while these differences are statistically significant. **Conclusion:** Improvement of the relationship of doctors and patients requires efforts from several aspects. It is important that the coverage come from media should be objective and fair to spread the positive energy. Besides, the medical resources should be rationality allocated, and the improvement of the grass-roots community health is useful at the same time. Last but not the least, simplify medical procedures, make transparent medical price and strengthen communication skills of medical personnel are essential.

Key words: doctor-patient relationship; medical psychology; cognition; role