

# 交涉过程中医患双方的权力策略

夏智赞,李双奎

(甘肃农业大学人文学院,甘肃 兰州 730070)

**摘要:**文章基于福柯的微观权力论和加芬克尔的常人方法学,通过实地观察在某医院门诊部发生的三起不同的医患交流,将权力策略放入具体的交涉过程中讨论,仔细研究了医方的三种权力形塑策略与患方的三种权力突破策略,归纳了它们之间存在的顺序性与相对性规律,为重塑和谐医患关系提供启示。

**关键词:**医患关系;权力策略;话语权

**中图分类号:** R-05

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1671-0479(2016)04-288-005

**doi:**10.7655/NYDXBSS20160408

医患关系是社会人际关系的一个重要组成部分,是指患者因就医而与医疗机构及其医务人员之间发生的特定关系。在当今社会医患关系紧张、医患矛盾频发的情况下,医方的地位下降,患方的地位上升。当双方发生矛盾时,为了各自的利益,在稳固自己地位的同时,不断争夺着交涉过程中的主导权。无论是占有有利地位抑或是交涉中的主导权,都可视为对于交涉过程中引发的利益资源的争夺,从而导致的医患矛盾实际转换为“谁在博弈中能占有更多权力”的问题。

米歇尔·福柯(Michel Foucault)确信权力的问题不应该过多地从司法的角度来考虑,而是应该关心它的技术、战术和战略<sup>[1]</sup>。不同于马克思·韦伯(Max Weber)将权力带入政治统治的范畴,福柯将权力放在解构主义的角度上解读,认为权力是一种可以流动的关系,两者之间相互作用,相互影响。福柯将权力融入到了现实生活中,包括家庭、学校、工厂、医院等。由此,用微观权力学说解构日常生活,包括医患关系中医方与患方之间的交涉过程。

社会学中有一门具有争议性的流派——常人方法学,由加芬克尔(Harold Garfinkel)开创,其认为日常生活中社会成员用各种方法使得生活看起来是理性的,并且出于各种实践目的使行动是可以诉说的。用其看待医患关系,不仅将整个医患关系之间的交流过程看作是权力的争夺,同时解析这些权力策略

的存在,从第三者角度看待权力实施过程,将看起来不知所云的情况“系统的破坏”,来分析普通人在社会中的行为模式。

对医患双方在交涉过程中的权力策略的研究,实际上是对权力表现形式的研究。权力不是物,因而不能交换,权力是流动的,因而也没有固定的形态,不存在始终不变的权力模式<sup>[2]</sup>,权力本身是在社会互动过程当中形塑和突破的。本文便以此切入,结合福柯和加芬克尔的理论,试图探寻医患双方的权力实施策略规律,为构建理性和谐医患关系服务。

## 一、研究方法 with 个案

### (一)研究方法

国内的医患关系研究起步于20世纪70年代末,至今研究成果还不是很丰富,尤其是在社会学研究方面。笔者以“医患关系”为关键词在中国期刊数据库中检索得到28 564篇文章。之后将范围缩小到“中国政治和国际政治”,仅检索到175篇文章,且大多数成果通过文献研究取得。笔者在三线城市一所三甲医院门诊部进行过3个月的实习,期间参与了23起医方与患方之间的交涉,在此基础上采用实地观察法进行研究,以期更具实证性。

### (二)个案简介

在23起医患交涉中,具有代表性的个案有3个。

收稿日期:2016-05-17

作者简介:夏智赞(1993-),女,甘肃临洮人,硕士研究生在读,研究方向为公共服务管理。

个案1,患者P1因为收费问题向医院提出质询,在医生D2的带领下到医生D1的办公室进行讨论。P1指出,第二次的药单比第一次多了两味药,但是价格却反而便宜了,对此他表示不理解,在咨询了财务科之后,到门诊部表示自己的不满,并且要求医院给予解释。D1与D2将出现的误差归因于电脑系统,并劝说P1,待院方深入调查后给予答复。

个案2,患者P2在就诊时与护士N1发生了矛盾,P2指责N1没有尽到护士的责任,让其他患者插队。之后N1与P2发生了语言冲突,P2称要“向院长投诉”,而N1反击说“你想去投诉就去投诉好了”。P2向医院投诉后,医院将该事件交给门诊部医生D1处理。D1在与N1交流后,指导了一些在与患者打交道过程中所需的技巧,之后N1与P2进行了电话沟通,但P2依然不满医院的处理方法,最终沟通失败。

个案3,患者P3与医生D3发生了分歧,D3鉴于P3的身体状况拒绝为其做无痛胃镜检查,但P3认为自己的身体足以应对无痛胃镜检查。D3在劝说无用的情况下,说了“有本事你去其他医院做”的话。P3因此向医院投诉D3的服务态度不好,投诉交由门诊部医生D1处理。在D1的劝说下,P3最终决定去其他医院做无痛胃镜手术,走前留下了“如果其他医院愿意做,会再次来投诉”的话。

## 二、医患关系中的医方权力形塑

在当今社会中,由于强大的法律与道德基准,为了避免大规模的医疗赔付,在面对医患矛盾时,医方为了占据有利地位,总是采用各种方法建立自己的权力,将患者的关注点从追究医方责任向其他方面转移。通过笔者的观察、分析与归纳,在各类不同的交涉环境中,医方所采用的方法大致有权宜性、索引性和反身性三种。

### (一)权宜性(contingency)——剔除自身责任

加芬克尔认为权宜性是指相关性在活动中从无序的、无穷的空间中区分什么是与之关联的、什么是与之无关的。在诊疗环境中,权宜性是指医方通过语言将与医院有关的、无关的责任从患方的想法中剔除,使患方不再追究医院的责任。

个案1中,在短短30分钟的交涉中,D1首先将与医院相关的责任从不确定原因中剔除。而当P1听了两位医生的解释后,D1直接说:“如果那边不显示的话,很可能是电脑系统故障的问题。”这个回答则直接忽略了人为因素。D1接着说:“院里有规定,收费处不可以更改什么的,没有权限。”再次将医院

责任从收费误差中剔除。本个案中,连P1指出的“误差可能是系统误操作而造成”的说法都被D1和D2忽略了,两人将这次误差直接归因于电脑系统问题,将医院责任摈除在外。在个案3中,P3因医生拒绝为她做无痛胃镜检查而投诉。面对P3,D1说:“我也是为你好,你也不知道其他医院是否会给你进行检查。”言外之意是将可能对这次纠纷产生影响的“其他医院”这一因素排除,将整个纠纷圈定在本医院、本科室之内,并强调医生这一行为本身与他的个人意愿无关,而是出于对患者的考虑,从而剔除医院的责任。

在上述两个个案中,D1都使用了同样的方法剔除医院的责任。医院利用患者对医院运作和医疗知识知之甚少,采用权宜性的方法,将患者的追重点从医院方面转移到与医院责任无关的其他方面,从而避免更大的矛盾与冲突。

### (二)索引性(indexity)——化被动为主动

索引性是指在任何一个表面开展的孤立的行动,其本身都是整个链条上的一环,之前曾有产生这一行动的表达,而这一表达之所以产生,又是因为之前产生着引发这一行动的行动。在这样的链条中,不会有一个最终的、不受索引性问题影响的基础。因此在互动中,索引性显得非常重要。

在医患关系交流中,医方通过不同的问题将患方的想法导入自己希望的方面、控制整个话题的走向,将主动权牢牢掌握在自己的手中,而不是被患方的行为或者语言所影响。在个案2中,D1在听取了N1的转述后,发现N1在处理方式上有缺陷,D1指出:“我觉得你方法欠妥,一直处于一个被动的地位。”并教导她应该以“老师对待学生”、“家长对待孩子”的方式来看待患者,这样就不会“情绪化面对患者,也不会引发互不相让的情况”。之后,D1与P2进行了交涉,D1说:“我在岗时间也不长,所以我觉得这事我也有责任,我也会把此事向上级反映。”用这样一番说辞开脱了大部分责任,又忽略了如何处罚N1的问题,且试图把问题拖延。

这种方法在处理医患矛盾中经常被运用。在双方进入交涉阶段之后,把握主动的人便能够把握整个交涉过程中的权力,适时引导对方进入对己方有利的情景中,将己方的损失控制在最小范围之内。从模式理论的角度来说,医生试图将整个诊疗环境控制在医生对患者的单向作用中,使得医生在诊疗中拥有绝对的权威性,并使得患者没有任何自己参与诊疗的意志,即主动—被动模式(activity-passivity model)<sup>[3]</sup>。

### (三)反身性(reflexivity)——缓解对立立场

反身性是指参与者的思想和他们所参与的事态因为获得知识的局限性和认识上的偏见,都不具有完全的独立性,两者之间不但相互作用,而且相互决定,不存在任何对称或对应。简而言之,反身性即相互决定性。

在医患关系交涉中,“换位”是一种权力策略。但这种思考不是真正站在患方角度思考问题,了解患方困境,以达到双方互谅的目的,而是医方试图缓解矛盾,将患方的关注转移到与医方无责方面的一种策略。个案1中,当P1将关注点放在“为什么会有这样的问题”时,D1的答复是:“我是确实为你考虑,不浪费你的时间”;当P1表示不在意而要求给出答复时,D1仍然表示是为了P1着想:“你把电话留下,让我们后续通知你出现的问题。”听到此回答后,P1很气愤,夺门而去。在本个案中,这种方式没有得到P1理解,但在个案3中却取得了较好效果,即P3对D3不让她做无痛胃镜检查很纠结,D1很耐心地解释:“距离上次你做胃镜已六年了,你年龄比较大、血压高,作为医生,我实在不敢冒这个险。另外还要全身麻醉,会影响你的脑部活动。”P3最终接受了解释,只将这一纠纷归因于“医院水平差”。

在医患关系矛盾中采用这样的方法会收到两种截然不同的效果,一种是得到患方的谅解,达成双方都能接受的处理方式,另一种是患方看穿了医方的想法而变得更加气愤。尽管如此,这种方法依旧被广泛采用,因为医患双方之间存在着地位不对等、专业知识严重不对称的状况,所以作为患方即便知道医方的出发点并不单纯,出于自身利益的考虑也会适度退让。

以上三种截然不同的权力形塑方法都不尽完美,患者可以有不同的应对方法来突破医方的权力形塑,避免被医方完全控制而失去自己的想法。

## 三、诊疗环境中的患方权力突破

在医患矛盾中,患方并不满足于被医方所控制,不断寻找主张自己权力的突破口,通过对已有医方权力形塑的否定来确立自己的权力。这种患方的权力突破往往会导致医患关系的强烈反弹,由于医方处理不了患方强烈的权力突破,从而导致医患关系矛盾和冲突的一再重演。一般来讲,患方应对医方权力形塑大致有重新定义、各持己见和了解自身三种权力突破方法。

### (一)重新定义

在医患纠纷中,医方将活动置于对自己有利的

环境下,患方只有通过对已有环境的否定,重新将环境回归到整个大的社会环境下,并重新定义“什么与之有关,什么与之无关”,才会有机会扭转不利环境,重新追究医方应负的责任。

在个案1中,D1将问题归因于电脑系统问题,但P1却始终认为是医方责任,在D1和D2的强势下,他虽极力突破但效果不佳。在D1表示P1可以先回去而不是一直在门诊部等待的时候,P1表示“我就是想不明白,为什么你们没有药,而其他地方都有。”从中可见,P1并不相信D1所说的电脑问题,他想要D1查明真正原因,甚至愿意等待。但这次沟通试图将问题从电脑方面突破没有取得效果,两位医生都坚决表明了医方本身没有责任,问题出在电脑上。在个案3中,P3不断否定D1的“本医院”这一地点,将整个环境扩展到社会大环境中,将其他不同医院的设备条件、医疗技术引入考虑范围。D1从本院角度出发,强调在本医院中D3的水平已经非常高,真正使得检查无法进行的原因是P3身体状况。对D1的解释,P3直截了当反问:“为什么其他医院就可以进行这样的检查?”“你又怎么知道其他医院对我做不了这样的检查呢?”双方谁都说服不了谁,最终是P3换医院就诊,D1负责处理D3服务态度问题。

患方通过否定医方建立的环境,表示与医方不一样的看法,将更多的变量引入双方之间的交涉,不再让医院完全掌握所有方面,进而为自己获取更多的利益。

### (二)坚持己见——反对索引性

医方通过各种策略将医患关系中的问题引导到对自己有利的方面,但在交涉的过程中,患方也同样会提出不同的问题将重心重新引入自己一方,坚持自己最初提出的解决条件,争取获得交涉中的主动权并拒绝医方提出的条件,力争自己的利益最大化。

在个案2中D1与P2交涉时,P2意识到D1通过不断地讲述医院的处罚措施,试图让自己接受医院对N1的扣分处罚。但P2认为,医院的扣分处罚没有她最初提出的扣奖金处罚有力度。而且扣分处罚并不能真正起到避免此种情况再次发生的警示作用,医院也不会真正从中吸取教训好好对待患者。最后在她的一再坚持下,双方无法取得共识,交涉不欢而散。经进一步了解得知,P2是在某大型企业中做人力资源工作的,十分了解在交涉中可能遇到的各类问题,也善于运用问题还击D1的索引性问题,一直坚持自己最初提出的扣奖金处罚的说法,阻止了D1的权力形塑。

面对索引性问题时,不断坚持自己最初的想法,不为他言所惑是最好的还击方法。对于患方来说,他们迟早会意识到医方的索引性问题的存在,也会意识到索引性问题是医方权力形塑的一种策略。在模式理论中,患方试图与医方建立其他的模式类型,即便无法建立两方完全平等、双方协商的共同参与模式(mutual-participate model)<sup>[2]</sup>,也试图建立患方有条件地表达自己的意向,接受医方的治疗方案的指导—合作模式(guidance-cooperation model)<sup>[1]</sup>。

### (三)了解自身——否定反身性

从反身性的角度出发,医方所进行的换位思考并不是真正为患方的利益考虑的,提出的解决方式也不是最优于患方。患方只要明确自身真正的想法,便极易发现医方提出的所谓解决方案只是为了缓解当时的矛盾,并不是解决问题的最佳方案。只有坚持自己的想法,否定反身性,才能在最短时内解决问题,达到己方利益最大化。

在个案1中,D1说:“我是真的为你好,你陪我在这里不是浪费时间吗?”但P1认为,如果现在回家,并不能得到他想要的。他说:“无所谓,你只要帮我查就行了。”交涉到最后,他说:“我就是不明白,为什么你们没有这个药,其他地方都有。”而D1依旧说要为患者节约时间,要弄清楚电脑的问题。双方形成了交涉盲区,不欢而散。在个案3中,D1对P3反复强调是从她的身体状况考虑,但是P3不相信自己身体不能承受检查,她坚持认为D3是出于其他原因,“为什么我不能做呢?我只有五十多岁,我六年之前就做过,恐怕是你们水平不够,做不了吧。”双方彼此不能说服,P3前往其他医院就诊。

当患方发现反身性的换位思考不是想真正地了解患者的想法后,无论医方怎样忽略或者否定,患方都不会被医方的想法完全掌控。以上三种患方的权力突破方法,都是为了应对已有的医方权力形塑策略产生的。没有医方的权力形塑,也就没有患方的权力突破。

## 四、讨 论

综上,在纷繁复杂的医患关系矛盾中,医方在不断形塑自己的权力,患方也在进行自己的权力突破。仔细研究双方的权力策略可以发现双方的权力策略存在顺序性和相对性(图1)。一般来说,当患方向医方投诉问题之时,医院采用的第一种方法便是从权宜性的角度看待整个问题,将医院的责任完全剔除,以此规避问题。但不是所有的情况都可以使得医方

逃避责任,如个案3,患方会坚持否定医方所建立的环境,带入其他变量。在这样的情况下,医方会采用第二种方法——运用索引性问题,在不断的交谈过程中,医方希冀于患方了解医方的难处,并尽量把医方所需承担的责任最小化。但当面对固执的患者,如个案2中的P2,医方反被患方控制了话题走向,只能听取患方的见解。当上述两种方法都无法取得效果的时候,医方便会采用第三种方法——反身性换位思考,可是当患方识破医方用意后,双方极易产生话题上的偏差,双方话题关注点不在同一层面,导致无法交涉。因此,医方经常将方法二与方法三交替使用。而患方的权力策略也会有同样的应对顺序。

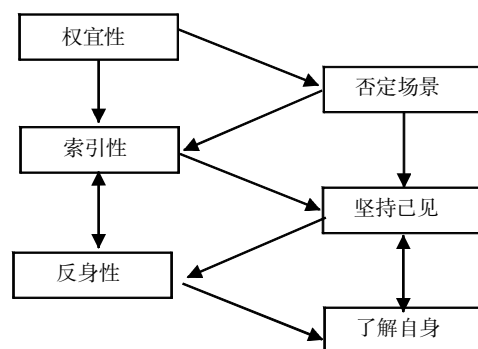


图1 医患双方权力策略顺序图

在福柯的理论中,“话语权力”是其中的核心思想。话语、空间、权力是一个结构系统,但话语权占有主导地位,话语权反映了权力的介入和干预。以此分析医患双方的交涉,无论是在医方将场景界定在本医院,抑或是患方不承认医方的换位思考,都是运用了不同的话语技术。在患方突破医方权力形塑情况下,才有可能将自己从原先被支配的地位渐渐推进到与医方谈判的地位。而交流过程中,医方掌控能力逐渐失去,从而将双方不断谈判,不断争夺权力的模式定型,进而将整个医患关系定位为“非控制型交涉机制”。当这种机制形成后,医方不满原本可以控制的局面被转换为必须听取患方的意见,而患方则不满医方无法与其建立平等交流的平台,医患关系交流的障碍由此形成。

通过理论分析,发现权力策略始终充斥其中。依据福柯的理论,若视医方为水,患方为鱼,权力从医方流向患方又从患方流向医方,在整个社会大环境中不停流动。而推动这种转变的便是加芬克尔提出的生活中的权力策略。这也就要求广大医护工作者在用自己专业知识扮演着上帝的同时,也要修炼心术,仁心应该走在仁术的前面。一名合格的医生应该有两把刀,一把用来拯救患者生命,一把用来剖析自

我心灵。

医德和患德是一种对立统一的产物,但究竟哪个在先呢? 如果只有医德没有患德,或者只有患德没有医德该怎么办? 当它成为一个问题时,可能是其中任何一方出了差错,当它尖锐到矛盾激化时,医患这对孪生兄弟谁也脱不了干系。做一名好患者,己所不欲,勿施于人,需要一种宽以待人的感恩情怀。当一名好医生,医者仁心,兼济天下,需要的是一种敬天爱人的崇高担当。由此,紧张的医患关系方

可和谐。

#### 参考文献

- [1] 严峰. 权力的眼睛——福柯访谈录[M]. 上海:上海人民出版社,1997:172-173
- [2] 郑丹丹,杨善华. 夫妻关系“定势”与权力策略[J]. 社会学研究,2003(4):96-105
- [3] 王锦帆,医患沟通学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2006:36

## The power policy of doctors and patients during process of negotiations

Xia Zhiyun, Li Shuangkui

(College of Humanities, Gansu Agriculture University, Lanzhou 730070, China)

**Abstract:** Based on the theory of micro-power Foucault and Garfunkel ordinary methodology by field observations from three different doctors and patients in a hospital outpatient department exchange occurs, we put the power policy into concrete negotiations during the discussion, and careful study three powers of the medical side of the three powers to shape strategy and the risk of side breakthrough strategy. Then we summarize the order that exists between them and relativity laws to reshape a harmonious doctor-patient relationship to provide inspiration.

**Key words:** doctor-patient relationship; power policy; right to speak