



# 从偏见视角解读医患关系

叶泽菡, 贺雯

上海师范大学教育学院, 上海 200234

**摘要:** 偏见是个体以不正确或不充分的信息为依据,并对其他人形成先入为主的负性判断,泛化至群体中则会表现为人们对某群体产生片面或错误的认知。文章从消极刻板印象、期望差异与归因偏差这三个角度解释了医患群体产生偏见的心理机制,在此基础上讨论偏见对医患关系造成的消极影响,并结合社会现实提出减少医患双方偏见的方法。

**关键词:** 医患关系; 偏见; 刻板印象; 期望差异; 归因偏差

中图分类号: R192.3

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2020)01-061-005

doi: 10.7655/NYDXBSS20200113

偏见是指个体以不正确或不充分的信息为依据,并对其他人形成先入为主的负性判断,泛化至群体中则会表现为人们对某群体产生片面或错误的看法;此外,若个体对某个社会群体产生偏见,则其会倾向于用消极的方式评价该群体成员,同时几乎不会对该群体的具体情况和表现给予关注<sup>[1]</sup>。

Henri 等<sup>[2]</sup>认为偏见的形成要经历三个过程:①社会分类(social categorization):指个体根据自己和他人身上的特征,将自己或他人归为某一个群体中;②身份认同(social identity):指个体将自己归为某一个群体后,同该群体中的其他人互相认同与接纳。在完成身份认同后,个体会将自己所在的群体当作“内群体”(ingroup),并把除内群体外的其他群体归为“外群体”(outgroup)。此时对该群体成员而言,群体身份对他们有着重要的情感和价值意义,即内群体塑造了群体成员的身份,并为成员提供归属感、社会支持等心理利益,个体会因此出现内群体偏好和外群体贬损,表现在其认为内群体是比外群体更为优秀的群体,并总会把有利的资源分给内群体;而当内群体与外群体出现冲突和矛盾时,个体会认为外群体比内群体更差,并会将更多的消极特质加在外群体身上,进而加深自己对外群体的负面认知;③社会比较(social comparison),指个体通过社会比较以满足自尊需要。

医患关系是指医护人员与患者因医疗活动而

产生的关系,随着医疗技术的进步,医患关系理应越好。但是,医患间的不信任、对对方群体的低评价及偶发的医患伤害事件都暗示着目前紧张的医患关系。以往研究发现信息不对称、沟通不当、信任感缺失及偏见等都是影响医患关系的因素<sup>[3]</sup>。国内针对医患间信息不对称、沟通等因素的研究已有一定的规模,但涉及到医患群体产生偏见的心理机制的探讨相对欠缺,因此本文将根据现有文献尝试总结出偏见在医患关系中的心理机制,并以相关研究为载体进一步说明偏见对医患关系产生的消极影响,最后就文中所提到的医患相处间存在的问题提出一些解决措施,以期改善医患关系提供借鉴。

## 一、医患群体产生偏见的心理机制

### (一) 消极刻板印象

刻板印象是关于特定群体成员的特征、属性和行为的信念,具有较高的稳定性,能够指导人们的社会认知和行为,但刻板印象的存在往往会阻碍人们接受新事物,并容易导致偏见、污名化和歧视<sup>[4]</sup>。

在医患关系中,患者和医生存在着双向的消极刻板印象:一些患者认为医生不负责任与医术不精,而且会向自己索要红包,甚至故意开贵药拿回扣;部分医生则认为患者胡搅蛮缠、无知不讲理和刻意敲诈等。但由于大多数患者同医生接触较少,所以其容易凭借与少数医生接触所获得的经验来

**基金项目:** 国家社会科学基金“医患关系的影响机制和干预策略研究”(17BSH093)

**收稿日期:** 2019-06-17

**作者简介:** 叶泽菡(1998—),女,贵州贵阳人,本科;贺雯(1969—),女,浙江宁波人,教授,博士生导师,研究方向为教育心理,通信作者, hewen@shnu.edu.cn。

构建对整个医生群体的刻板印象<sup>[5]</sup>。

相关研究表明,同医生群体常接触的个体在早期传递医生刻板印象的信息时存在积极倾向性,但同医生接触频率低的个体则倾向于传递医生刻板印象的负面信息;在消极刻板印象的影响下,门诊部患者对医生的信任感和评价低于住院部患者<sup>[5]</sup>,可能是由于这些患者同医生的接触频率低,因此对医生的评价容易由个体消极刻板印象所主导,而消极刻板印象的存在使得个体倾向于对医生产生偏见(如患者认为医生群体的技艺普遍不精)。所以对于大多数患者而言,其与部分医生接触的消极经验会构建起对整个医生群体的负面刻板印象,进而引发消极认知并导致群际偏见。

### (二)期望差异

医患双方的期望差异对偏见的产生起着一定作用。在医患双方的日常接触中,医生的职能是看病问诊,所掌握的医学知识比较丰富,患者则是寻医问药,医学知识相对匮乏,这样的知识差异导致医患双方在疾病认知和权益诉求上都有所不同<sup>[6]</sup>。

根据期望违背理论可知,人们对某群体会相对统一的期望标准,当该群体的实际行为与期望有所违背时,若实际行为是正向的,则会使个体对其产生积极评价,反之则产生负面评价。所以对患者而言,在寻求医生帮助时其不仅希望能够有良好的医疗效果,而且想让医生以认真负责的态度对待自己,从而得到心理上的安慰。因此,患者倾向用“生的希望”“全知全能”等包含高期望的词来形容医生,这表明在患者的意识中,存在着对医生角色较为统一且不合理的高期望标准<sup>[7]</sup>。由沙赫特的情绪加工理论可发现,这样不合理的期望会导致个体产生不合理的思维加工,使其出现绝对化,过度概括化等特征,并表现出不满等情绪,亦容易产生负面评价<sup>[8]</sup>。因此若医生的角色行为没有或未完全达到患者对“医生角色”的期待标准时,患者就容易对医生产生不满,并降低对医生的评价。国外研究发现,在医生和患者接触时,医生对患者非言语沟通行为减少(如没有眼神接触、不向患者微笑等)会导致患者对医生满意度降低,特别是当疾病治疗效果差时,患者会认为是医生的主观原因所致,这也体现在患者普遍认为医生群体的岗位付出小于回报<sup>[9]</sup>。但对于医生群体来说,目前的接诊过程是一对多的接触形式,坐诊一天需要接待几十个患者,因此医生在处理疾病时会倾向于采用任务导向方式来解决患者的问题,但这意味着医生忽略了患者的心理诉求,亦达不到患者对该角色产生的期望标准<sup>[10]</sup>。

由此可知,患者对医生不合理的高期望与双方需求之间的不平衡,不仅使得医生的表现没有达到患者的期望标准,反而让患者认为医生不够重视自

己,进而降低对医生的满意度,产生消极情绪,增加对医生的负面评价,并在心中给未达期望的医生贴上“不负责任”“漠视患者”的标签,从而对其产生偏见,最后则会泛化到整个医生群体,对医生群体进行污名化,进而形成群际偏见<sup>[11]</sup>。

### (三)归因偏差

从广义上来说,归因理论研究的是人们试图从行为中解释和推断的过程,归因偏差属于归因理论中的一部分,指认知者歪曲了某些原本正确的信息,有的偏差是人类认知过程本身固有的,而有的则来源于人们的不同动机<sup>[12-13]</sup>。

医患关系研究表明,归因偏差影响的是医疗过程中医患双方对医患关系的理解。尚鹤睿<sup>[14]</sup>发现多数医患纠纷都是由于医患双方对医疗行为具有不同的角色意识,导致双方对相同问题产生不同归因而引起的,这为医患双方存在归因偏差提供了初步证据。当医患双方处于平静状态评价医患关系时,双方均认为医患关系的好坏很大程度上取决于自身因素,如医生认为医生群体的学历、职称会影响医患关系,患者认为患者群体遵循医嘱的程度会影响医患关系等;但当双方感受到外群体的威胁后,则会明显地将自己归为不同的群体,并表现出群体归因偏差,即当医患双方发生冲突后,双方虽然都能分析出产生冲突的原因,但在进行冲突归因时则会出现偏差,患者多认为出现冲突是由于医生的错误(如医生不负责任而没有治好患者的疾病),多数医生却认为是患者缺乏相应的医学知识<sup>[15]</sup>,这样的结果正符合Hewstone<sup>[16]</sup>所提出的群体归因偏好理论,即个体普遍对内群成员产生更加偏袒的归因倾向,这些偏好包括对外群消极的态度、行为的责备和认知上的刻板印象,因此可证明医患群体之间确实存在群体归因偏好。这样的归因偏差会使得个体减少对外群体的理解,片面地站在自己的角度考虑事件的起因,而出于对内群体的偏好倾向则容易让个体将错误归咎于外群体以获得心理上的平衡,但这样归因会使得医患群体间的心理距离愈发遥远从而加深误会,导致医患双方互相产生偏见。

此外,社会舆论归因偏差的存在容易加重医患双方的群体归因偏好,间接对偏见的产生造成一定影响。目前部分新闻媒体从正向宣传医生,转变为以报道医患纠纷为主,且这类媒体多会将产生医患纠纷的原因归咎于医生。对于患者来说,消极的社会舆论影响着其对医生的认知,降低了对医生的信任感,使得部分门诊部的患者一提到医生便联想到“收红包”,这类消极的舆论也会让患者更容易将个别医生的行为推及整个医生群体<sup>[3]</sup>。对医生而言,负面的社会舆论会使部分医生出现消极行为,据2015年的《中国医师执业情况白皮书》可知,越来越

多医生认为医疗场所的暴力行为同媒体的负面报道息息相关,这使得一些医生对患者采取消极且隐性的防御行为(如对患者产生内隐偏见)。因此在消极社会舆论归因的影响下,医患双方会更倾向于产生对外群体的负面评价,从而加重个体的归因偏差,放大原本存在于群体中的归因偏好,导致医患群体更容易出现内群偏好与外群贬损的行为,让个体更加认同自己所属的内群体,同时加深对外群体的偏见<sup>[17]</sup>。

## 二、偏见对医患关系的影响

从偏见的构成来看,其作为一种社会态度,是由认知、情感和行为倾向三个部分组成。因此,带有偏见的个体会对受偏者产生消极认知和负性态度,并表现出负面情绪,从而导致其对受偏者产生情感上的疏离,进而引发消极行为<sup>[18]</sup>。

医患双方存在着一定程度的偏见,导致医患双方对外群体的消极认知和评价,体现在医生对医患相处的低满意度和患者对医生的低信任感上。中国医师协会2004年《医患关系调研报告》显示,有74.9%的医师认为自己的合法权益不能得到保护,认为当前医师执业环境“较差”和“极为恶劣”的人数达60%<sup>[19]</sup>;我国医患关系恶化的原因调查发现,28.90%的医生认为患者的预期太高,且维权意识膨胀,同时39.50%的患者认为医务工作者的态度不好<sup>[20]</sup>。这表明部分医患群体对外群体的消极认知是由偏见引起的,在这种状态下容易将负性特质赋予外群体,从而产生对外群体的不满。Weber等<sup>[12]</sup>调查了部分患者对医生群体的态度,发现受访患者对除产科外的医生都持中性或消极态度,这说明患者同其他科医生接触少,认知过程受到偏见的影响多,则会表现出对外群体的消极态度。

从情感角度来说,偏见不仅让医患间出现消极性情感,而且让个体认为自己所属群体比外群体具有更多社会性情感特征,也比外群体更为独特,引发出群体归因偏好,从而导致群体间产生疏离感。孙连荣<sup>[17]</sup>研究认为,在医患相处的过程中,医生和患者均会成为持偏者,因此不论医生或患者,他们是持偏者的同时也是受偏者。从个体的角度来看,偏见的存在会对受偏者的社会心理生活产生消极影响,他们会将其他群体的评价作为准则以约束自己的行为,甚至将评价作为标签来定义自己的行为。此外,受偏者往往会产生无力、疏远、冷漠感等主观上的心理感受和消极情绪体验。从群体的角度来看,对于持偏者而言,其会增加自己对内群体的认同,并认为外群体与自己缺少情感共鸣,比如部分患者会认为医生对患者群体的痛苦表现得不够关心,也显得不关怀患者的心理感受,从而将消

极的情感特征与医生联系在一起,且因媒体报道被无意识地激活,进而产生对外群体的疏离感。所以医患间存在的偏见不仅使得双方产生消极性情感和群体疏离感,也会使群体间失去信任,甚至相互敌视<sup>[21]</sup>。

Suleiman等<sup>[22]</sup>曾针对犹太人和巴勒斯坦阿拉伯人进行偏见研究,发现两者都存在对外群体的偏见,最终偏见都演化成为冲突。不同研究者发现偏见会导致群体发生冲突<sup>[15,22]</sup>,这表明偏见会影响群体产生冲突行为倾向或冲突行为。研究表明在目前的医患纠纷中,一些患者或者患者家属会将治疗效果的好坏同医生联结在一起,更有甚者把医院看作商品交易的地方,治病救人便是花钱购买商品,所以治疗效果不佳就是医生的不负责任,从而对医生及医院产生负面认知,易出现极端的报复行为,进而演化为医患冲突<sup>[23]</sup>。

综上所述,医患群体中的偏见会影响双方的认知、情感和行为倾向,这种消极的认知容易让医患双方加深消极刻板印象,并出现强烈的内群体偏好和外群体贬损,进而引发双方群体的疏离,使得群际信任感降低,让医患关系呈现紧张的状态。

## 三、减少医患偏见的方法

### (一)增进医患群体接触,促进相互信任

心理学中有关群际偏见和群际冲突的研究表明,增加两个互有偏见群体之间的接触能够有效减少群际偏见,降低偏见带来的负面影响<sup>[24]</sup>。增加接触同样能够减少医患间的偏见,马燕妮<sup>[3]</sup>发现同医生接触频率高的患者对医生的评价普遍高于同医生接触频率低的患者,且更不容易受媒体偏见的影响。因此,就医患相处而言,医院可以定期安排医生进入社区、学校等场所,并开展宣传、诊疗等活动,增加患者群体同医生的接触频率,让患者群体切身体会到医生的责任心,从而改善患者群体从生活和媒体报道处所产生的对医生的负面刻板印象,减少其“神化”医生及污名化医生的概率,同时增加对医生的信任感,理解医生在工作中的不易,学会从医生的立场考虑问题。

### (二)提升医生沟通技能

对于医院来说,定期对医护人员进行沟通技能的培训,并进行考核,可以提高医患沟通的质量。对于医生而言,在与患者进行诊断沟通时,需要减少以任务为导向的沟通方式,增加一些积极的非言语行为<sup>[25]</sup>;同时进行换位思考,明白患者同自己关于医疗方面的信息是不对等的,因此当患者前来询问病情和用药注意事项时,友好且尽力解决患者的问题。

此外,在医生同患者就疾病问题进行交流前,

可以提前告诉患者治疗能够达到的效果及患者如何积极配合治疗,尽可能让患者理解医生的工作,减少双方对疾病的认知差异与患者对医生的不合理期望。在双方沟通时,医生要发挥自己的移情能力,进行换位思考,设身处地理解患者的心情,并对患者多加鼓励。这样不仅能够让患者提高对医生的满意度,也能够减少双方因信息不对称带来的负面影响,并以良好的沟通为出发点改善双方的关系。

### (三)媒体报道医患矛盾时以追求事实为准

在报道医患主题时,部分媒体因自身缺乏医疗及法律等相关专业知识,所以存在失实报道、刻意炒作和媒介审判等问题<sup>[26]</sup>。这些媒体不仅会使用“泛专业”的措辞来报道医患主题,且会在医疗纠纷报道中带有明显的主观倾向性和感情色彩,比如倾向报道患者在面对医生时的弱势,而忽略医生的诉求;更有甚者,在报道医患矛盾时会为了制造具有冲击力和吸引力的热点话题而故意夸张、夸大相关细节和事实,从而忽略了新闻所要求的真实性和客观性。由于媒体报道能够导致医患间的误会与偏见,并加大双方的矛盾,因此媒体在报道医患冲突事件时,要站在客观的角度,报道细致的事实,切不要将报道中存在的个体行为简单地推及到整个群体或为了点击率而故意在报道中夸大某一方的错误。使用客观而真实的报道能够有效减少部分患者从媒体处产生的负面刻板印象,从而减少其对医生群体的偏见,也能够让医生群体减少自己的消极防御性行为。

### 参考文献

- [1] 侯玉波. 社会心理学[M]. 北京:北京大学出版社, 2018:139-140
- [2] TAJFEL H. The social identity theory of intergroup behavior[J]. *Psychology of Intergroup Relations*, 1986, 13(3):7-24
- [3] 马燕妮. 以非住院患者为核心的医患关系事件中的群际归因偏好及其改善[D]. 上海:华东师范大学, 2017
- [4] HAMILTON D L, SHERMAN J W. Stereotypes[J]. *Encyclopedia of Applied Psychology*, 2004, 47(1):479-484
- [5] 瞿晓萍,叶旭春. 不同群体对医生、护士、患者角色认知的刻板印象[J]. *解放军护理杂志*, 2012, 29(13):1-4
- [6] 王沛,尹志慧,罗芯明,等. 医患沟通对医生刻板印象表达的影响[J]. *心理与行为研究*, 2018, 16(1):119-124
- [7] 国实,王国平,徐朋辉,等. 医患双方对沟通认知差异的调查分析与对策[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2016, 16(1):48-50
- [8] ZAPOROWSKA-STACHOWIAK I, STACHOWIAK K, STACHNIK K. Two is a perfect number: patient-doctor relationship and patient attachment style in palliative care[J]. *J Health Psychol*, 2019, 24(5):549-560
- [9] 贺雯,陈昕,徐璐璐. 医患关系道德发展模型及启示[J]. *医学与哲学(A)*, 2018, 39(2):13-23
- [10] RUBEN M A, BLANCH-HARTIGAN D, HALL J A. Nonverbal communication as a pain reliever: the impact of physician supportive nonverbal behavior on experimentally induced pain [J]. *Health Commun*, 2017, 32(8):970-976
- [11] LIM L, CHOW P, WONG C Y, et al. Doctor-patient communication, knowledge, and question prompt lists in reducing preoperative anxiety-A randomized control study[J]. *Asian J Surg*, 2011, 34(4):175-180
- [12] WEBER A S, VERJEE M A, MUSSON D, et al. Patient opinion of the doctor-patient relationship in a public hospital in Qatar[J]. *Saudi Med J*, 2011, 32(3):293-299
- [13] TETLOCK P E, LEVI A. Attribution bias: on the inconclusiveness of the cognition-motivation debate[J]. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1982, 18(1):1-88
- [14] 尚鹤睿. 医患认知差异的因素分析与调适研究[J]. *医学与哲学*, 2008, 29(8):30-32
- [15] BRAND T, MARK J, VAN T, et al. People both high and low on religious fundamentalism are prejudiced toward dissimilar groups [J]. *J Pers Soc Psychol*, 2015, 112(1):76-97
- [16] HEWSTONE M, RUBIN M, WILLIS H. Intergroup bias [J]. *Annual Review of Psychology*, 2002, 53(1):575-604
- [17] 孙连荣,杨治良. 社会偏见与群际威胁在群际冲突发生过程中的作用[J]. *心理科学*, 2013(4):949-955
- [18] ADORNO T W, FRENKEL, BRUNSWIK E, et al. The authoritarian personality [J]. *Quarterly Review of Biology*, 1950, 14(1):163-172
- [19] 唐兰叶. 中外医患矛盾现状与研究[J]. *岁月月刊*, 2012(4):81-82
- [20] 陈峰,向歆,陈楠,等. 缓解我国医患矛盾的对策研究——以中、英、美医患关系现状对比分析为视角[J]. *中外健康文摘*, 2012(50):56-59
- [21] BRUNEAU E G, SAXE R. The power of being heard: the benefits of ‘perspective-giving’ in the context of intergroup conflict [J]. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2012, 48(4):855-866
- [22] SULEIMAN R, YAHYA R, DECETY J, et al. The impact of implicitly and explicitly primed ingroup-outgroup categorization on the evaluation of others pain: the case of the jewish-arab conflict [J]. *Motivation & Emotion*, 2017(6):1-8
- [23] 林文诗,潘军,黄顺颖. 患者及家属在医疗纠纷中的心

- 理分析及调适对策[J]. 中国医学伦理学,2016,29(6): 969-970
- [24] LAURENCE J, SCHMID K, HEWSTONE M. Ethnic diversity, inter-group attitudes and countervailing pathways of positive and negative inter-group contact: an analysis across workplaces and neighbourhoods [J]. *Social Indicators Research*, 2018, 136(2): 719-749
- [25] 詹若颖,刘虹. 医生神态表达状况分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2017, 17(2):138-141
- [26] 周倩慧,赵基栋,王锦帆,等. 无锡市医患双方对医患关系评价的心态研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2015,15(5):355-359

## Interpreting the doctor-patient relationship from the perspective of prejudice

YE Zehan, HE Wen

College of Education, Shanghai Normal University, Shanghai 200234, China

**Abstract:** Prejudice is the negative judgment formed by individuals who base on incorrect or insufficient information and preconceived opinions about others. Prejudice will make people have one-sided or wrong cognition about a group when it generalizes into a group. This study explains the psychological mechanism of doctor-patient prejudice from three perspectives of negative stereotype, expectation discrepancy and attribution bias, to discuss the negative influence of prejudice on doctor-patient relationship, suggesting some ways combining social reality to reduce the prejudice between doctors and patients.

**Key words:** doctor-patient relationship; prejudice; stereotype; expectation discrepancy; attributional bias