

■人文社会科学研究

医务人员的医患信任及其影响因素

李文姣

(中共河南省委党校,河南郑州 451000)

摘 要:采用分层随机抽样法抽取郑州市5家公立医院的500名医务人员进行问卷调查,探讨公立医院中医务人员视角下的医患信任及其影响因素。研究结果发现:医务人员的医患信任度与工龄和职称相关,工作10—15年之间医务人员的医患信任度最高,其次为工作5年以内具有初级职称的医务人员,而工作5—10年具有中级职称的医务人员的医患信任度最低。现行医疗体制引发医患信任危机,医务人员的风险预期和风险承担能力影响其医患信任,加强医患沟通有助于建立医患信任。

关键词: 医务人员;医患信任;医患沟通

中图分类号:R197.3 文献标识码:A 文章编号:2095—770X(2018)06—0117—05

PDF 获取: <http://sxxqsfxxy.ijournal.cn/ch/index.aspx> doi: 10.11995/j.issn.2095—770X.2018.06.026

Study on the Influential Factors of Doctor-patient Trust of Medical Staffs

LI Wen-jiao

(Henan Provincial Committee Party School of CPC, Zhengzhou 451000, China)

Abstract: A total of 500 medical staffs were selected with stratified random sampling from 5 public hospitals in Zhengzhou city to explore the influential factors of Medical staff's doctor-patient trust. The result indicates: There are significant differences in doctor-patient trust between different length of service and titles of medical staffs. With the growth of seniority and professional title, the medical staffs who work of more than 10 years have the highest doctor-patient trust level, and the difference was significant. The second is the medical staff who work within 5 years with primary titles. The last is who have the intermediate title and work between 5-10 years have the lowest doctor-patient trust level. The medical management system creates doctor-patient trust crisis, risk expectation and risk taking ability which affect doctor-patient trust. So this paper suggests that we should strengthen the communication between doctors and patients which is helpful to doctor-patient trust.

Key words: medical staff; doctor-patient trust; doctor-patient communication

一、研究背景

信任是建立在对对方行为积极预期基础之上的心理状态,并且信任者自愿接受维持这种关系带来的风险^[1]。个体在选择信任的同时就必须承担由此产生的风险,因此在面对风险做出信任托付前需要认真评估各种可能的风险因素。因此,朱利安·洛(Julian Rotter)从社会学的学科角度将人际信任定义为“个体以口头或书面的形式认同他人的言词、

承诺或保证的可靠性的期待”。医患信任是人际信任的特殊形式^[2],是人际信任在“医生—患者”特定群体中的具体提现。以往研究认为医患信任是患者对医务工作者的单向的临时信任^{[3][4]},因此研究多基于患方视角探讨患者对医务人员的信任,学界就医生对病人的信任问题研究的比较少^[4]。医患信任是基于患方(患者和家属)和医方(医院和医生)的两个信任主体,双方互为信任的委托方与受托方,共同承担着信任带来的风险,因此对医患信任的研究应采

收稿日期:2017—10—06;修回日期:2017—11—28

基金项目:国家社会科学基金项目(14CSH011)

作者简介:李文姣,女,河南郑州人,中共河南省委党校哲学教研部讲师,社会学博士,主要研究方向:社会风险与社会矛盾。

取相互性的视角。Dian 等主张把研究视角从患方转移到医方,通过对医务人员进行结构化访谈和实证研究,认为医生对患者的信任应包括四个维度:患者提供信息的准确性和完整性,患者是否遵守医生制定的治疗方案和按医嘱服药,患者是否尊重医生,患者是否会因为其他因素而影响医患关系和谐^[5]。黄春峰在医患关系及影响因素的研究中对医患信任量表进行了探索性研究,但该量表的信效度和推广度还有待进一步考量^[6]。

Deutsch 认为“信任是个体面临一个预期损失大于预期获益的不可预料事件时,所做出的一个非理性的选择行为。”^[7]该定义指出了信任的三个本质要素,第一,信任是反映在个人的选择行动中的一种预期;第二,信任具有未来的损失有可能大于收益的不可预料性,第三,信任是一种个体在绝对理性计算之外的非理性行为^[8]。医患信任的风险是普通的人际信任风险和医疗风险的双重叠加,因此医患信任比一般信任具有更高的风险性。医生认为病人的信任来源于医生精湛的医术,但是事实上患者只能通过职称、行医资质、学历学位、病患的口碑等外在的条件了解医生,而很难直接对医术做出准确的判断。医患双方对疾病和医疗效果存在显著的风险认知差异,在治疗过程中,双方的期望不一致,患者期待“医生是万能的,治疗是全能的”,而医生期望患者能更客观的评估医疗工作的风险性和不确定性,这种医方未能达到患方的期待而造成的负面后果也属于医患信任风险。因此,医生应该秉承“知情、同意、自由、不伤害、最优化”原则,从沟通的耐心、沟通方式和沟通技能多个方面提高沟通的有效性,获得患者与家属的信任。如果没有良好的医患关系为基础,这种差异会增加风险沟通中的障碍,从而使医患双方陷入信任危机^[9]。而医患信任能够促使患者提供详细的疾病相关的信息,积极参与病情和治疗方案的探讨,保障患者与医务人员在治疗问题上达成一致^[10]。

二、研究过程

(一)研究对象

采用分层随机抽样的方式将郑州市 5 家公立医院的医务人员作为被试,共发放问卷 500 份,回收有效问卷份 452,有效问卷回收率为 90.4%。被试包括临床科室、医技科室和少量行政部门,年龄在 23—55 岁之间,平均年龄(31.2 ± 6.71)岁,工龄为 1—35 年,平均工龄(11.58 ± 7.23)年。被试基本情况见表 1。

(二)研究方法

1. 人际信任量表

本研究采用人际信任量表(Interpersonal Trust

Scale,ITS)来测量医患信任度,该量表是由 Rotter 等人于 1967 年编制用以测量人际信任水平。该量表共有 25 个题目,其中 13 个反向记分题,分为对特定社会角色的特殊信任和对未来社会积极性倾向的普遍信任两个测量维度。量表采用 Likert 五点计分,从“完全同意”到“完全不同意”分别记 1—5 分,总分从信任程度最低的 25 分到信任程度最高的 125 分,得分越高医患信任度越高。使用 Cronbach's α 系数做信度分析,该问卷内部一致性系数为 0.64。

表 1 被试基本情况统计表($n=452$)

变量	分类	频数	比例
性别	男	132	29.2%
	女	320	70.8%
年龄	30 岁以下	237	52.4%
	30—50 岁	161	35.7%
	50 岁以上	54	11.9%
	5 年以下	219	48.5%
工龄	5~10 年	136	30.1%
	10~15 年	59	13.0%
	15 年以上	38	8.4%
	大专及以下	116	25.7%
学历	本科	253	55.9%
	硕士及以上	83	18.4%
职称	初级	215	47.6%
	中级	195	43.1%
	高级	42	9.3%
	医生	278	61.5%
职务	护士	91	20.1%
	医政管理人员	83	18.4%

2. 问卷的收集与处理

本研究的数据主要是医患关系问卷的得分。将数据收集并计算完毕后统一录入 SPSS 数据库。采用 SPSS13.0 进行数据处理,依据研究目的选择描述性统计和方差分析。

(三)研究结果

医务人员的职称分为初级、中级和高级,不同职称的医务人员其工作内容不同,对他们的医患信任进行描述性统计和差异性分析,结果见表 2 和表 3。

表 2 不同职称医务人员的医患信任的描述性统计

职称	n	M	SD	SE
初级	215	77.21	9.11	0.66
中级	195	75.56	8.93	1.33
高级	42	83.91	11.30	3.40

表 2 和表 3 中的数据显示,具有高级职称的医务人员的医患信任度显著高于初级和中级职称的医务人员,且差异达到统计学显著水平。而初级和中级职称的医务人员之间的医患信任度差异不显著。

表 3 不同职称医务人员的医患信任的差异性分析

方差分析	总平方和	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
组间差异	467.310	2	5.774	0.019*
组内差异	20469.015	449		
总变异	20936.325	449		
多重比较			<i>SE</i>	<i>p</i>
初级	中级		1.415	0.557
	高级		−2.468	0.024*
中级	高级		−2.053	0.039*

注: * 表示 $p < 0.05$, ** 表示 $p < 0.01$, *** 表示 $p < 0.001$, 以下各表同。

工龄是也是影响医务人员对医患关系评价的重要变量, 对不同工龄的医务人员的医患信任进行描述性统计和差异性分析, 结果见表 4 和表 5。

表 4 不同工龄医务人员的医患信任的描述性统计

工龄	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
5 年以下	219	77.14	7.74	0.65
5—10 年	136	74.24	10.23	1.24
10—15 年	59	84.62	13.97	3.04
15 年以上	38	79.28	8.26	1.94

表 5 不同工龄的医务人员对医患关系评价的差异性分析

方差分析	总平方和	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
组间差异	599.124	3	7.376	0.008**
组内差异	20337.202	449		
总变异	20936.325	449		
多重比较			<i>SE</i>	<i>p</i>
5 年以下	5—10 年		2.296	0.054
	10—15 年		−3.346	0.011*
	15 年以上		−1.957	0.075
5—10 年	10—15 年		−4.430	0.003**
	15 年以上		−2.513	0.042*
10—15 年	15 年以上		2.945	0.037*

表 4 和表 5 中的数据显示, 工龄为 10~15 年的医务人员显著高于其他工龄的医务人员, 工龄 15 年以上的医务人员显著高于工龄 5—10 年的医务人员, 且差异显著。其他工龄医务人员之间的医患信任度差异不显著。

三、讨论

(一) 职称、工龄对医务人员医患信任的影响

信任的重要功能是在已有信息不充分的情况下, 决策者难以做出绝对理性的选择, 只好通过“信任”来假设对方会按照合理预期行事, 并以此来做出相对理性的决定。信任通过增加行为的可预期性 (predictability) 来降低决策困难, 通过扩大决策范围来减少决策的复杂性^[11]。但是, 信任的“可预期性”

不可避免地隐含有“风险性”, 当个体做出信任他人的行为决定时, 就意味着将自己所拥有的资源以及控制这些资源的权力转让给了对方, 如果对方违背事先的约定或作出对自己不利的事情, 就失去了戒备和回转的可能, 使自我处于被动和受控的劣势之中^[12]。医患信任的风险来自治疗过程中产生的医疗风险, 在整个医疗服务过程中信任风险是双向的, 患者需承担医疗可能导致的损害或伤残事件的不确定性, 医务人员可能会遭到患者对诊断、治疗和预后疗效的误解。上文分析认为所有人际信任都存在风险, 但医患信任作为在医疗过程中形成的特殊的人际信任, 是医疗风险和信任风险的双重叠加, 其风险程度高于普通的人际信任。因此, 职称和工龄对医患信任度有显著性影响主要取决于医务人员的对风险的预期以及风险承担和化解的能力。

研究结果显示, 工作 5 年以内具有初级职称的医务人员的医患信任度在三个职称里居中, 高于中级职称的医务人员, 但低于高级职称者。信任是一种倾向做出冒险的决定的态度, 是对预测风险的外部条件的一种非理性的心理评估和应对风险的信心, 对于工作 5 年以内的医务人员由于新进入医疗领域工作, 对于医患信任引发风险的预期性不足, 缺乏风险应对经验和承担风险的能力, 导致他们对医患信任处于戒备状态。

工作 5—10 年具有中级职称的医务人员的医患信任度最低。工作 5—7 年以后的医务人员在工作过程中或亲身经历了用极端的方式来表达对医院的不满的患者, 或目睹了医术受到患者质疑的同事, 导致他们对医患信任缺乏信心。因此, 医患信任度在工作 5—10 年具有中级职称的医务人员身上降到了谷底。

随着工龄增长和职称提高, 工作 10—15 年之间医务人员的医患信任度达到了最高, 且与其他工龄的医务人员差异达到统计学的显著水平。这与 Minamisawa 的研究结果是一致的, 该研究发现具有 10 年以上临床实践经验的医生持有更高的医患信任度, 这可以解释与临床实践时间紧密相关的职称和工龄对医务人员的医患关系和医患信任有重要影响^[13]。医疗风险包括可控和不可控两类, 可控制的医疗风险是指当下的医学知识可以预期, 医疗手段可以控制的风险; 不可控的医疗风险是指由于不可预知和不可抗拒的原因, 导致病人出现难以预防的不良后果的可能性, 如手术过程中的意外、术后并发症等, 其强调人为因素之外的不可抗力力的作用。医务人员建立医患信任的根本点源自对医疗风险的控制感, 工龄 10 年以上具有高级职称的医务人员与较低职称和较短工龄的医务人员相比, 由于他们在医疗过程中具有更充足的工作资源条件和专业权威,

使得他们对提高医疗风险的可控性更有经验,也能更从容的面对医患关系冲突,因此他们的医患信任度也更高。

(二) 现行医疗体制引发的医患信任危机

社会学认为医患信任的本质是医方和患方在健康与疾病基础上形成的一种特殊信托关系,患方将身体健康托付给医方,接受医方提供的医疗救治,而医方将可能存在的医疗风险托付给患方^[14]。过去三十年的医疗体制改革导致居民收入增长远远低于医疗费用增长,当医务人员的诊疗行为直接与药物提成和经济利益挂钩时,“看病难、看病贵”成为医疗的常态,他们救死扶伤的形象就被大打折扣。现行的医疗体制引发医患关系紧张,导致患者对医务人员的信任度降低。《中国医患关系十年暴力史》认为“以逐利为目标的医疗行为严重动摇了病人对医生尊重和信任的基础。医学本身是一门不确定的科学,一旦治疗失败,患者和家属遭受的病痛、对医生累积的不满、承担高额费用的压力可能在一瞬间同时爆发,难免导致激烈的医患冲突。因而,中国医务人员在从现行医疗体制的灰色地带获利的同时,付出的代价就是直接承担这一体制造成的医患冲突的风险。”医务人员本该依靠医术医德获得体面的收入和社会认可,但在很多患者眼中变成了唯利是图,现行的医疗体制使医患信任成为医患关系的牺牲品。

另外,暴力伤医事件的频繁出现说明现行的医疗体制不能完善的保障医务人员的合法权益。患者对医生的信任是建立在治愈疾病,恢复健康的完美期望之上,追求的是百分之百的成功率和医疗风险的零发生率。患者的理想化期待会给医务人员带来极高的压力,如果难以预期患者能否承担医疗风险带来的健康损失和经济损失,他们将出于对医患信任缺乏足够的信心,会非常慎重的选择高难度、高风险的手术,采取保守治疗来避免承担责任风险。于是出现所谓的“防御性医疗”,即医生为了避免承担医疗风险而选择保守治疗或手术风险小但治疗效果有缺陷的治疗方式。防御性医疗将造成巨大的医疗资源浪费,引起医生的执业水平下降和医学技术发展停滞,并最终导致患者不能接受最佳的医疗救治,而医患之间的人际信任危机是导致防御性医疗的根本原因。医疗工作的特殊性决定了医患双方之间需要建立极高的信任,医患信任是保障医疗活动顺利进行的基础。

(三) 医患沟通有助于建立医患信任

由于医疗效果具有不可重复性和不可逆转性,医务人员会尽力避免医疗失误给患者的康复带来严重影响,医疗工作是在为患者的健康和生命负责。但是医患双方对医疗信息的掌握具有不对称性,医

患沟通有助于减少医生与患者信息不对称和对医疗效果评价的不一致,进而提高医患之间的人际信任。

首先,从患者角度来讲,患者对于病情信息的掌握处于相对劣势情境。各种片面或错误的医疗信息在网络中泛滥,信息过剩给医患沟通带来困扰。患者根据网络渠道获得的医疗知识对医生的建议和治疗方案提出质疑,希望从医生那里得到更详细和客观的解释。如果医生没有与患者建立医患信任,会选择保留性的告知患者病情,而患者会对“隐瞒病情”相当愤怒,信息公开是促进医患知识转移的前提。董艳认为,医生与患者双方在医疗救治过程中亟需进行医疗知识转移,医务人员只有充分的信任患者,才能与患者共同探讨病情和治疗方案^[15]。患者积极主动的参与到疾病的治疗过程中对良好的医患关系建立有重要的影响,有研究认为良好的医患关系包括四个方面:患者是否感觉与医生进行了充分的沟通被放在了首位;接下来依次为患者是否被公平对待;患者是否参与到治疗方案的设置与实施中和医患之间在病情以外事情上的交流。

其次,从医务人员方面看,现代医学理念的更新要求医生重视与患者的沟通,诊疗的决策权从以往医生全权决断逐渐被患者与医生协商决定所替代^[16]。Murray的研究显示,三分之一的医生认为直接与学生全面沟通和讨论治疗方案有利于医患关系的改善;而对于患者而言,积极的参与到治疗方案的商定之中,对治疗过程有充分了解,而非单一的听从遵守医生的治疗建议,能够有效提高他们对医疗工作的满意度,总之医生与患者的积极互动沟通有助于建立良好的医患关系^[17]。

最后,医患信任是医生和患者双方的相互信任关系。唐宏认为良好的医患沟通有助于患者和家属对治疗效果建立客观、合理、现实的预期,并理性的接受医疗风险引起的伤害,有效的沟通能够提高医务人员的医患信任度^[18]。医生在医疗过程中所采用的交流方法和沟通技巧对于建立良好的医患关系有重要的作用。对医务人员而言,技能的掌握与运用能使其对医患关系产生更多的关注和兴趣,进一步为医生和患者提供建立良好医患关系的基础^[19],从而提高患者的满意度、改善治疗效果。但是国内的医学教育中缺乏系统性的教育和指导,医生在巨大的工作强度下,难以应对患者“不可理喻”的挑剔,“缺乏耐心”成为患者抱怨医患缺乏沟通的首要因素。有研究认为,如果医生态度太过强硬,只关注治疗效果,而忽视了对患者的人文关怀,会引发患者的不满并对医患关系产生消极影响^[20]。每个医生在职业生涯中都会遇到医患关系问题,但是目前医学院的教育和培训只涉及到有关医患关系的伦理知

识,却没有强化训练医生与患者沟通的技能,导致沟通不畅成为医患矛盾的主要因素。沟通技能对于医患关系至关重要,沟通不当会阻碍医患关系的持续和发展,沟通是与患者建立相互信任的医患关系重要的媒介,充分有效的沟通能够促使患者配合治疗方案,遵守医生的医嘱,这对于维持和谐医患关系是非常有益的。

总之,在和谐的医患关系中,医务人员应该为患者提供情感支持、信息支持、共同决策以提高医患信任度,因此医生不仅要加强专业技能,还要善于运用人际沟通技巧^[21]。沟通能够促进医患双方相互了解和支持,医生需要改变与患者的沟通方式,不能回避医患之间的交流,否则会导致失去患者的对医方的信任。

四、结论

1. 不同工龄和职称的医务人员在医患信任方面存在显著差异,具体为,随着工龄增长和职称的提高,工作 10—15 年之间医务人员的医患信任度达到了最高,且与其他工龄的医务人员差异达到统计学的显著水平;其次为工作 5 年以内具有初级职称的医务人员,他们的医患信任度居中;而工作 5—10 年具有中级职称的医务人员的医患信任度最低。

2. 现行医疗体制引发的医患信任危机,加强医患沟通有助于建立医患信任。医务人员的风险预期和风险承担能力影响其医患信任。

【参考文献】

- [1] Rousseau D M, Sitkin S B, Burt R S, et al. Not so different after all: A cross [J]. *Academy of Management Review*, 1998, 23(3):393—404.
- [2] Sherlock R. Reasonable men and sick human beings [J]. *American Journal of Medicine*, 1986, 80(1):2—4.
- [3] 李雪阳. 医患信任的系统科层性考察[D]. 北京:北京大学, 2008.
- [4] Moskowitz D, Thom D H, Guzman D, et al. Is primary care providers' trust in socially marginalized patients affected by race? [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 2011, 26(8):846—851.
- [5] Burgess D J. Addressing Racial Healthcare Disparities: How Can We Shift the Focus from Patients to Providers? [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 2011, 26(8):828—830.
- [6] 黄春锋. 医患信任度及影响因素研究:以广州市番禺区为例[D]. 广州:中山大学, 2011.
- [7] Deutsch M. Trust and Suspicion [J]. *Journal of Conflict Resolution*, 1958, 2(4):265—279.
- [8] 杨中芳, 彭泗清. 中国人人际信任的概念化:一个人际关系的观点[J]. *社会学研究*, 1999(2):3—23.
- [9] 谢晓非, 朱冬青. 危机情境中的期望差异效应[J]. *应用心理学*, 2011, 17(1):18—23.
- [10] Vedsted P, Mainz J, Lauritzen T, et al. Patient and GP agreement on aspects of general practice care [J]. *Family Practice*, 2002, 19(4):339—343.
- [11] 李伟民. 红包、信任与制度[J]. *中山大学学报(社会科学版)*, 2005, 45(5):110—116.
- [12] Peng S. Guanxi in trust [electronic resource]: an indigenous study of Chinese interpersonal trust[J]. *Veterinary Medicine Small Animal Clinician Vm Sac*, 1998, 72(6):479—479.
- [13] Minamisawa A, Suzuki T, Watanabe K, et al. Patient's trust in their psychiatrist: a cross-sectional survey [J]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2011, 261(8):603—608.
- [14] 宁丽红, 陈晓阳, 杨同卫. 基于患方的医患信任研究[J]. *中国医学伦理学*, 2012, 25(5):623—625.
- [15] 董艳. 基于患者信任度的医患知识转移影响因素研究[D]. 浙江大学管理学院;浙江大学, 2009.
- [16] Bakker A B, Schaufeli W B, Sixma H J, et al. Patient Demands, Lack of Reciprocity, and Burnout: A Five-Year Longitudinal Study among General Practitioners [J]. *Journal of Organizational Behavior*, 2000, 21(4):425—441.
- [17] Murray E, Lo B, Pollack L, et al. Direct-to-consumer advertising: physicians' views of its effects on quality of care and the doctor-patient relationship [J]. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16(6):513—524.
- [18] 唐宏, 刘薇. 和谐医患关系的影响因素及对策研究[J]. *重庆医学*, 2009, 38(24):3177—3178.
- [19] Ashbury F D, Iverson D C, Kralj B. Physician Communication Skills: Results of a Survey of General/Family Practitioners in Newfoundland [J]. *Medical Education Online*, 2001, 6(1):10—11.
- [20] Zrinyi M, Horvath T. Impact of satisfaction, nurse-patient interactions and perceived benefits on health behaviors following a cardiac event [J]. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003, 2(2):159—166.
- [21] Ommen O, Thuem S, Pfaff H, et al. The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2, 197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire [J]. *International Journal of Public Health*, 2011, 56(3):319—327