

医患信任关系的特征、现状与研究展望

汪新建 王 丛*

【摘 要】 我国医患间的“关系信任取向”明显,医生被赋予高角色期待,不同科室、不同等级医院及城乡医疗机构的医患信任水平差异显著。近年来我国医患信任水平持续下滑,具体表现为医患纠纷与暴力事件的发生频次上升、对医疗服务满意的患者比例减少、医患彼此的评价及信任度降低等方面。已有研究集中于患者人口统计特征、心理契约、医务工作者的人格特质等个体因素对医患信任的影响,注意到医患信任具有影响医患双方态度与行为以及临床疗效的功能,然而医患信任危机产生的社会心理机制、医患信任建立和维持的过程机制仍不明晰。同时,医患信任现状评估和测量指标构建还不够健全,医患信任关系的行为决策实验设计等方面还有待加强。

【关键词】 医患信任;医患关系;医方信任;患方信任;信任修复

医患信任危机是当前我国面临的一大社会问题,在一些地方且呈愈演愈烈之趋势,被称为“白衣天使”的医务人员得不到应有的尊重,医患关系变得越来越疏远。我们在总结梳理当下医患信任关系特征的基础上,概括归纳我国医患信任关系现状以及已有研究的要点,并指出未来探索的可行方面,为进一步的深入研究做好铺垫。

一、国内医患信任关系的特征

医患信任是每个国家都会关注、因而是带有普遍性的问题,但由于医疗传统和社会文化的差异,中国的医患信任关系有其特殊性,这主要体现在以下几个方面。

1. 医患间的关系信任取向明显。中国人的行为具有相当高的关系取向(relationship-oriented),有无关系或关系好坏成为信任能否建立的关键。因此,中国人即使处于制度中,也喜欢通过关系建立信任,不管医院的专家系统信息设计得如何完备,专家简历介绍得如何详细,患者仍然希望通过关系找到好的或信得过的医生,通过其可以延伸到的或重新搭建的关系网络,把医患双方纳入其中,将

* 汪新建,心理学博士,南开大学周恩来政府管理学院社会心理学系教授,博士生导师;王丛,南开大学周恩来政府管理学院社会心理学系博士研究生,讲师,300071。本文是教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目“医患信任关系建设的社会心理机制研究”(15JZD030)的阶段性研究成果。

医患双方由陌生人关系转变成熟人关系,以获得更多的医疗资源(黄晓晔,2013)。屈英和田毅鹏和周同梅(2010)的调查显示,高达70.6%的患者希望通过关系就医,86.6%的医生接受“关系就医”,更重要的是,40.7%的患者认为,“关系介绍的更可信、心里更踏实”。关系信任取向体现了医患双方试图凭借“第三方推荐”来建立快速信任,这种快速信任能够控制临时关系中的不确定性、降低就医风险。关系信任取向与关系就医不仅仅是患者规避医疗风险、建立医患信任的体现,同时也是患者对抗生物医学模式制度化下医生冷漠的一种方式。

2. 医患信任关系中医生被赋予高角色期待。在中国社会,医生一直以来都是备受尊重的,医生被称为“大夫”,这个称谓在传统社会中是指一定的、甚至是很显赫的官阶(比如隋唐以后,大夫为高级官阶,清代高级文职称大夫,武职则称将军)。医生还和教师一样被称为“先生”,应当意味着医生与天、地、君、亲、师次序中“师”的地位是相等同的。

医生的职责是“与人祛病”,而在传统医学中,“病”的含义是直接建立在对身体的理解基础之上的:身体并非只是生理器官的静态组合,它是开放性的动态的场域,兼具生理、心理和精神的多重功能。身体还与环境、自然相呼应,例如“五行配脏”的学说。传统医学将五行(木火土金水)与五脏(肝心脾肺肾)的功能属性做了规范和确定,以五行的功能说明五脏的生理功能。这就从理论上把人体的组织器官与自然界的时、空、色、味等联系起来构成了一个天人相应、内外相同的功能网络。这样,五脏以形质解剖为基础,在功能上与自然相通应,与六腑相表里,与肢节九窍相联系,通过精、气、血、经脉的贯通而构建了一个身心合一、天人合一的图景。何为疾病呢?所谓疾病就是由身心合一的人体系统或由人体系统和环境、自然构成的天人合一系统的平衡状态遭到了破坏。任何具体病症的出现一定与整体和系统功能的失调息息相关。所以医生的“与人祛病”也就自然成了“究天人之际”的过程,“医道即天道”,要传播道理,讲授知识、解除疑惑,至此,医生和教师扮演的角色似乎没有什么区别了——传道、授业、解惑。

在文字记载和口口相传中,具有精湛医术与高尚医德的诸如扁鹊、华佗、董奉、张仲景等医生们,其妙手回春的本领不仅仅是一种狭义的“治病”,更是一种广义的“济世”。故中国社会的医生要解决的就不仅仅是生理的问题,还要包括心理的问题、与社会和环境的关系问题,甚至人生与世界观的问题。这也意味着,中国社会普通民众及患者群体对于医生有很高的角色期望。

在现实的医患关系中,由于对医疗专业知识和信息资源占有的不对称,前来求助的患者处在弱势和被动的地位,再加之对医生的高角色期待,遂形成了医生的高权威和高支配的地位。显然,这种高权威和对医生角色的高期待有利于医患之间初始信任及快速信任的建立。同时也令患者对医生产生出一种内隐的敬畏态度,这种内隐态度潜在地影响患者对医生群体的认知、情感倾向和行为反应。

3. 医院不同部别和科别的医患信任水平存在差异。国内的研究发现,与门诊部相比,住院部的医患信任关系更好,住院患者在与医护人员的多次积极互动中,建立起对医护人员的人格信任(谢铮,邱泽奇,张拓红,2009)。

同时,国内对不同科别的医疗投诉与医疗纠纷的数据分析显示,外科、骨科及妇产科的医患信任水平较低,例如,在医疗投诉方面,王将军等人(2015)收集北京某三级甲等医院从2009至2013年间医疗投诉案例2579件,发现外科和妇产科位居被投诉的前两位。在医疗纠纷方面,林雪玉和李雯(2015)检索国内全文期刊数据库中近3年的1552例医疗纠纷案例,发现其分布是,外科占30.86%、内科占18.43%、骨科占14.69%、妇产科占11.34%。

4. 不同级别医院的医患信任水平存在差异。国内的医院按不同的标准被分为不同的级别,若将高级别的医院与低级别的医院在医患信任关系方面做个比较,哪一类会更好些呢?

有研究认为,低级别医院的医患信任状况优于高级别医院。在 2013 年第五次国家卫生服务调查中,被调查的医务人员认为患者信任自己的比例为,城市大医院(44.4%)、乡镇卫生院(52.3%)、社区卫生服务中心(53.7%);被调查的医务人员认为患者不信任自己的比例为,城市大医院(12.7%)、社区卫生服务中心(6.0%)、乡镇卫生院(5.1%)。城市大医院医务人员与基层医疗卫生机构医务人员相比,更感到不被患者信任(王帅,张耀光,徐玲,2014)。

但也有学者将医患信任划分为技术性信任和非技术性信任,并由此得到了不同的结论。例如,黄春锋、黄奕祥和胡正路(2011)发现:尽管三级医院的医疗技术水平较高,但是大量的疑难病患者涌向三级医院,造成医务人员的负荷重、风险大,在如此紧张的环境下,医患冲突极可能一触即发。反之,一级医院的运转负荷较轻,有条件为医患沟通提供更多的机会,但在技术方面却处于弱势。然介于上述二者之间的二级医院则有可能综合一级医院和三级医院的长处,从而能够更好地在技术性信任和非技术性信任之间进行平衡。

此外,还有研究聚焦于乡村地区,探讨我国村民群体与村医群体之间的互信程度。例如,房莉杰、梁小云和金承刚(2013)通过对我国中部地区某两个村庄的参与观察发现,村民普遍认为乡镇医院医生的医术不如老村医,以致对乡镇卫生院医生表示不信任。村民对村医的信任主要源于“熟人社会”情境产生的非技术性信任,以及村民群体与本乡本土村医群体间频繁的群际接触。群际接触可以减少群际偏见,改善对外群体的态度,越多地接触目标群体,越有可能产生相互的熟悉感及这种熟悉感基础上对自己人的认同与信任(贺雪峰,2011)。

二、国内医患信任关系的现状与趋势

一些大型调查和学术研究的数据显示,我国医患信任关系正在持续地恶化,具体表现在医患纠纷与暴力伤医事件的发生频次、对医疗服务满意的患者的比例、以及医患彼此关系及信任度的评价等多个维度上。

1. 医患纠纷的发生频次快速上升。冯俊敏等人(2013)回顾了 2003 年至 2012 年的 418 篇相关文献,发现医疗纠纷在我国呈不断加剧的态势。在 2010 年,全国发生“医闹”事件 17243 起,比 2005 年增加近 7000 起(赵晓明,2012)。杨连忠、王晓敏和张蔚星(2011)对华北某三甲医院自 2006 年 1 月至 2010 年 12 月出现的 107 例医疗纠纷案进行分析,发现医疗纠纷呈现愈演愈烈的趋势,然而却极少通过法律途径加以解决。

2. 医院场所暴力伤医事件显著增加。中国医院协会于 2012 年开展了“医院场所暴力伤医情况调研”,涉及全国 316 家医院,8388 名医务人员和 8204 名患者,结果显示:医务人员遭到谩骂、威胁的情况较为普遍,发生上述事件的医院的比例从 2008 年的 90% 上升至 2012 年的 96%;医务人员躯体受到攻击、造成明显损伤事件的次数逐年增加,所涉及医院的比例从 2008 年的 47.7% 上升至 2012 年的 63.7%;每年发生次数在 6 次及以上的医院的比例逐年上升,2012 年(8.3%)是 2008 年(4.5%)的近两倍,平均来看,每年都会发生 1 至 3 起此类事件,2012 年达到顶峰(贾晓莉,周洪柱,赵越,郑莉丽,魏琪,郑雪倩,2014)。

3. 对医疗服务满意的患者比例逐年减少。根据 2013 第五次国家卫生服务调查,医务人员报告患者对其提供服务的满意程度显示:85.2% 的医务人员报告患者对自己的服务表示满意,12.2% 表示一般,2.6% 表示服务不满意。与 2008 年的调查结果相比较,满意的比例减少了 5.8 个百分点,不满意的比例增加了 0.9 个百分点。患者不满意医务人员提供服务的程度有所增加(王帅,张耀光,徐

玲,2014)。

4. 医患对彼此关系的评价持续下滑。徐英(2013)通过对某市 1057 名医务人员进行问卷调查和对国内近年来的典型案例进行汇总分析,发现有 40.68% 的被调查对象认为现在的医患关系比较差,有 61.68% 的被调查对象认为目前的医患关系处于紧张状态,有 39.26% 的医务人员认为在现今医疗环境下应以避免一切医疗纠纷为治疗原则。

5. 医患对彼此信任度的评价不断降低。2008 年,针对患者信任的变化状况,第四次国家卫生服务调查小组进行了问卷调查并发布了《中国医患关系调查研究》的结果。当问及“与前几年相比,您感觉患者对医务人员的信任程度有何变化”时,有 48.8% 的医务人员认为“下降了”,有 28% 的人选择没有变化,其中,城市三级医院医务人员中认为“患者的信任降低了”的比例最高,为 59.5%,而在乡镇卫生院,该比例为 28.5%。2013 年,在第五次国家卫生服务调查中,研究者调查了医务人员自感患者对其提供服务的信任程度,有 47.9% 的医务人员表示患者信任自己,有 42.4% 的人表示一般,而有 9.7% 的人则表示不信任自己。与 2008 年相比,医务人员认为患者信任自己的比例减少了 22.1 个百分点,不信任的比例增加了 6.8 个百分点,说明医务人员自感不被患者信任的程度有所增加(王帅,张耀光,徐玲,2014)。

以上大型调查和学术研究的数据,都从不同的角度说明了医患之间的互不信任状态已达到非常严重的程度。

三、当下医患信任研究概观

梳理研究者们对医患信任问题的探讨,可大致概括为以下三个方面。

1. 医患信任的测量工具。国外关于医患信任量表的研究和开发较多,其测量对象主要包括医生、医疗机构、保险公司、卫生系统和医学专业人员,但多集中于患者对医生及医疗机构的信任方面。国内一些医患信任量表是在引进和修订国外相关量表的基础上形成的。例如,董恩宏和鲍勇(2012)开发了维克森林医师信任量表(Wake Forest Physician Trust Scale, WFPTS)的中文修订版,包含仁爱和技术能力 2 个维度,每个维度各有 5 个条目,用以测量患者对医生的信任水平。张艳(2012)开发了医疗服务关系信任量表(Healthcare Relationship Trust Scale)的中文修订版,抽取长沙和衡阳地区的 204 名艾滋病患者进行测试,形成了包含人际沟通、专业合作及经济因素 3 个维度,共 15 个条目。同时,也有研究者尝试建立本土化的医患信任测量工具,例如,董恩宏(2011)通过德尔菲专家咨询法编制了我国首个基于医疗质量管理的患者信任度评价指标体系,包括反应性、技术能力、仁爱、诊疗质量、沟通能力和整体信任 6 个维度,24 个条目。李耀炜(2013)基于消费者的视角编制了我国医疗服务对患者信任影响的测评体系,包含医疗机构、医疗人员和就医情境 3 个维度。

总体来说,国内医患信任测量领域尚缺乏被人们所一致认可的具有权威性的量表,数据获取还是小样本的,甚至一些测量工具尚未进行测量学特征的考评。

2. 影响医患信任的个体因素。此方面的讨论分别是从小患方和医方两个角度展开的。第一,患者的人口统计学特征、患者所在的社会阶层、医疗过程中患者的参与状况、患者对医患心理契约履行状况的感知等因素对于医患信任有重要影响。研究显示,患者的受教育程度、经济状态、家庭背景等会左右医患关系的状态(陈燕凌,穆云庆,陈黎明,李书章,2012)。较高社会阶层的患者在与医护人员交往中表现的更活跃,更愿意向医护人员提出疑问、寻求解释,(谢铮,邱泽奇,张拓红,2009),积极的互动与沟通能够增进医患间的互信程度。还有证据显示,很多医患纠纷与医疗费用的花销相关,与

医生或医院产生矛盾和冲突的人群大多是中低收入阶层,高收入阶层相对很少(郑大喜,2010)。此外,患者在医疗服务中的参与程度也是影响患者能否对医方产生信任的重要原因。医疗服务本身具有高接触性(high-level contact),若患者在接受治疗的过程中能参与了解其中全部或大部分活动,那么就可以降低患者对医疗服务的风险感知(刘文波,王国斌,张亮,陈荣秋,2009),提升收益感知,增强医患间的信任程度。另有研究发现,患者对医患心理契约履行状况的感知会引发医患信任关系的变化。心理契约是互动双方关于彼此的、不成文的内隐期望(Levinson,1962),有别于正式的契约。就患者而言,其内隐期望是建立在对医生或医方的社会角色、职业责任、医疗服务标准的认知之上的,是由一整套涉及双方责任义务的主观假设构成的。患者一旦感受到医生或医方有所背离,就会立即产生不满的情绪并重新评估信任关系,甚至导致医患信任关系的削弱或瓦解(李德玲,卢景国,2011)。

第二,关于影响医患信任的医生的个体特征,Ozawa 和 Sripad(2013)归结为下述几个方面:诚实(honesty)、沟通能力(communication)、技术能力(competence)、信心(confidence)、尽责(fidelity)、公平(fairness)、保护患者隐私(confidentiality)。国内的马志强、孙颖和朱永跃(2012)基于信任的整合模型,从医生的正直(integrity)、善意(benevolence)、能力(ability)三个方面对医患信任缺失的原因进行了分析,他们发现,当下我国医患信任缺失与医生的能力不足有密切关系,一些医疗事故和医疗纠纷源于医生误诊和医院医疗条件的限制,医生的善意与正直会使患者感觉到放松和受尊重,从而信任医生,而医生的善意和正直与否则主要是通过其诊疗行为体现出来的。

3. 医患信任的功能分析。第一,国外学者主要从三个方面分析良好医患信任对患方态度、行为以及临床疗效的积极影响:能够增强患者的遵医嘱行为,甚至承受治疗方案所引发的不适和痛苦(Thom, Bloch & Segal,1999);能够使患者保持与医生的长期合作关系,更少地寻求替代的诊疗方案(Safran et al.,1998);能够提升患者对自身健康状态的感知、促进疾病症状和心理健康状况的改善(Mohseni & Lindstrom,2007)。国内研究方面,谢琴红、赖佳、何静和宋兴勇(2015)利用维克森林医师信任量表中文修订版(包含仁爱和技术能力2个维度)以及患者后续行为意向量表中文修订版(包含患者的推荐意向和再诊意向2个维度),考察医患信任对患者后续就医行为意向的影响。实证研究发现,患者所感知到医生的仁爱表现对其后续的推荐意向和再诊意向均无显著影响。但是,患者所感知到医生的技术能力对其后续推荐意向和再诊意向均有显著影响。也就是说,患者对医生技术能力的信任比对医生仁爱程度的信任更能影响患者个体的后续就医行为。因此,即使不是所有正向的医患信任都能直接提升临床疗效,但出于提升患者对医疗服务满意度和患者生活质量的考虑,建构良好的医患信任关系仍是医疗机构和社会的必然选择。

第二,医患信任的破坏或缺失会对医方态度与行为产生消极影响。2008年,第四次国家卫生服务调查小组通过研究发现,医患信任能显著影响医务工作者的态度、行为以及心理健康状况。具体来讲,良性的医患信任能够提升医务工作者的积极情绪,提高工作满意度。反之,医患信任的破坏会引起医方的消极情绪,降低工作满意度,减少工作投入,导致工作压力和工作倦怠的出现,甚至产生抑郁倾向和离职倾向(卫生部统计中心,2010)。

此外,在信任缺失的环境下,医务工作者为了避免医患冲突而倾向于采取防御性医疗措施。例如,进行大撒网式的化验和检查,进行不必要的会诊和转诊,避免做有可能给自己带来高风险的诊断和避免采用具有高风险的治疗方法等。更有甚者,一些医生不收治危重患者和不做高危手术,这种行为反过来又可能对医患信任造成破坏(于栋梁,2010)。

四、已有研究的不足和展望

尽管关于医患信任的研究已经有了可观的进展,但仍存在较大的需进一步开拓的空间。

1. 研究方法和研究工具方面。首先,医患信任现状评估和测量指标的构建还需进一步推进。大范围的关于医患信任状况的调查尚未见到。虽然许多研究指出中国医患信任陷入危机,但其主要论证依据是越来越多的医疗纠纷和医患冲突案例,医患信任总体现状及其整体波动特征还欠缺固定化的指标加以体现。近期来兴起的大数据技术,有望在数据分集和资料处理上突破现有研究的局限。

其次,医患信任量表的全面性和本土化建设上还存在差距。主要体现在以下方面:医患信任的主要测量方式传统而单一,主要的数据获取方式还是小样本的;医患信任测量领域还处于混杂的状态中,没有认可度高的权威量表,甚至一些测量工具还未进行测量学特征的考评;许多量表的测量内容集中在患者对医生的信任上,患者对医疗组织和医护群体以及医生对患者信任的量表还较少见到;适合国情的本土化的通用量表还很难见到,许多量表都是对国外量表的引进和修订,由于国外医疗体制和医学文化的不同,有些条目并不一定适合中国的特点。因此,建立本土化的医患信任量表和相关指标仍是今后研究的一个重点。

再次,针对医患信任关系的行为决策实验研究同样少见。虽然在信任研究领域已有大量实验研究,但其所涉及的均是普通的人际关系或组织关系。医患关系具有与普通人际关系或组织关系很不相同的特点和结构,其相互间的信任面临着比一般人际关系更大的信息不对称性和更大的风险程度,因此,有必要开展医患信任关系在信息、认知和决策层面的心理和行为机制的实验研究。现有的许多实验仍是在实验室里进行的,而较少使用近年来为社会科学研究所重视的现场实验法,在真实社会情境中展开医患信任研究,其相关的实验设计亟待加强。

2. 研究内容方面。首先,对医患信任及其危机(亦包括社会信任及其危机)产生的社会心理机制的探讨还处于起步阶段。目前相关的研究多侧重于理论探索、个案研究、总体状况调查和宏观层面的分析,模型化的精细实证研究并不多,尚欠缺微观视角的理论诠释和动态化、生态化的过程分析。同时,现有研究虽对医学文化、医疗制度、伦理道德、人际关系、个人特质等因素在医患信任中具有重要作用这一点已经达成共识,但这些因素究竟存在哪些交互作用的路径?医患信任如何从个体层面、人际层面、群际层面上升到社会层面成为一种社会心态?这种社会心态又如何反过来从社会层面到群际层面,再到人际层面以及个体层面?其发生作用和影响的过程是怎样的?这种交替往复的过程涉及的社会心理机制仍需深入地进行思考。

其次,关于医患信任建立和维持过程之机制的探索需要进一步推进。目前,虽有少量研究关注信任关系的动态发展模式,但基本上是基于组织行为学的基本设定,多是以常规企业或组织中的信任关系为背景,注重点在同事和上下级之间,而非医患之间。以医患关系为对象的研究仅停留在对静态的影响因素分析的水平上,关于动态模式的讨论还很少有成果发表。

最后,在医患信任修复模式的探索上,无论是理论还是实证研究方面都有很大的拓展空间。医患关系信任修复的主体是什么,信任修复是否可以在个体人际层面的医患关系中得以实现,如果不能,其是否可以跳出人际层面的信任修复,转向社会层面的信任修复?目前提出的医患信任解决方案都是宏观层面的,如推进医疗体制改革、完善医学模式和医学理念、建设社会信任体系。但是,体制改革本身还处在摸索期,医学模式的转换和医学理念的培育尚需时日,建设社会信任体系更是一项浩大费时的工程。如何在医患信任这一层面上找出更加具体的修复策略和途径,尚待理念框架和

实践环节上的精心设计。

参考文献：

- 陈燕凌、穆云庆、陈黎明、李书章,2012:《综合医院医患关系影响因素的调查与研究》,《重庆医学》第3期。
- 董恩宏,2012:《基于医疗质量管理的患者信任度评价指标体系构建及相关研究》,博士学位论文,上海交通大学。
- 董恩宏、鲍勇,2012:《维克森林医师信任量表》,《中国心理卫生杂志》第3期。
- 房莉杰、梁小云、金承刚,2013:《乡村社会转型时期的医患信任——以我国中部地区两村为例》,《社会学研究》第2期。
- 冯俊敏、李玉明、韩晨光、徐磊、段力萨,2013:《418篇医疗纠纷文献回顾性分析》,《中国医院管理》第9期。
- 黄晓晔,2013:《“关系信任”和医患信任关系的重建》,《中国医学伦理学》第3期。
- 黄春锋、黄奕祥、胡正路,2011:《医患信任调查及其影响因素浅析》,《医学与哲学》(人文社会医学版)第4期。
- 赫艳杰、张新庆、兰礼吉,2011:《八省市护患关系紧张状况、诱因与对策》,《中国医学伦理学》第6期。
- 贾晓莉、周洪柱、赵越、郑莉丽、魏琪、郑雪倩,2014:《2003年—2012年全国医院场所暴力伤医情况调查研究》,《中国医院》第3期。
- 李耀炜,2013:《基于消费者视角的我国医疗服务对患者信任度的影响研究》,博士学位论文,石家庄经济学院。
- 李德玲、卢景国,2011:《从患者视角看预设性信任/不信任及其根源》,《中国医学伦理学》第2期。
- 林雪玉、李雯,2015:《1552例医疗纠纷调查分析》,《中国医院》第2期。
- 刘文波、王国斌、张亮、陈荣秋,2009:《基于顾客参与的医疗服务管理》,《中国医院管理》第3期。
- 马志强、孙颖、朱永跃,2012:《基于信任修复归因模型的医患信任修复研究》,《医学与哲学》(人文社会医学版)第11期。
- 屈英和、田毅鹏、周同梅,2010:《“关系就医”现象的调查与分析》,《医学与哲学》(人文社会医学版)第2期。
- 王将军、钟林涛、曾庆、陈钢、韩鹏、许树强,2015:《北京某三级甲等医院2009—2013年医疗投诉数据分析》,《中国医院管理》第1期。
- 王帅、张耀光、徐玲,2014:《第五次国家卫生服务调查结果之三——医务人员执业环境现状》,《中国卫生信息管理》第4期。
- 卫生部统计信息中心,2010:《中国医患关系调查研究:第四次国家卫生服务调查专题研究报告(二)》,北京:中国协和医科大学出版社。
- 徐英,2013:《医患关系问卷调查分析及对策与建议》,《中国保健营养》第1期。
- 谢琴红、赖佳、何静、宋兴勇,2015:《患者后续行为意向及其与信任度的关系》,《医学与哲学》(人文社会医学版),第5期。
- 谢铮、邱泽奇、张拓红,2009:《患者因素如何影响医方对医患关系的看法》,《北京大学学报》(医学版)第2期。
- 杨连忠、王晓敏、张蔚星,2011:《某三甲医院107例医疗纠纷分析》,《中国医院管理》第8期。
- 于栋梁,2010:《医患信任缺失的原因和对策》,《医院管理》第15期。
- 张艳,2012:《艾滋病患者医患信任量表的编译及应用研究》,硕士学位论文,中南大学。
- 郑大喜,2010:《基于合理利益格局的医患信任关系重建》,《医学与社会》第3期。
- Lee, A. Y., 2001, “The mere exposure effect: An uncertainty reduction explanation revisited”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 27, pp. 1255—1266.

Levinson, H. , C. R. Price, K. J. Manden, H. J. Mandle & C. M. Solley,1962, *Men, Management and Mental Health*, Cambridge: Harvard University Press.

Mohseni, M. & M. Lindstrom,2007, “Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study”, *Social Science & Medicine*, vol. 64, pp. 1373—1383.

Ozawa, S. & P. Sripad,2013, “How do you measure trust in the health system?: A systematic review of the literature”, *Social Science & Medicine*, vol. 91, pp. 10—14.

Safran, D. G. , M. Kosinski, A. R. Tarlov, W. H. Rogers, D. A. Taira, N. Lieberman & J. E. Ware, 1998a, “The Primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance”, *Medical care*, vol. 36, pp. 728—739.

Safran, D. G. , D. A. Taira, W. H. Rogers, M. Kosinski, J. E. Ware & A. R. Tarlov,1998b, “Linking primary care performance to outcomes of care”, *Journal of Family Practice*, vol. 3, pp. 213—220.

Safran, D. G. , J. E. Montgomery, H. Chang, J. Murphy & W. H. Rogers,2001, “Switching doctors: Predictors of voluntary disenrollment from a primary physician’s practice”, *Journal of Family Practice*, vol. 50, pp. 130—136.

Thom, D. H. , D. A. Bloch & E. S. Segal,1999, “An intervention to increase patients’ trust in their physicians”, *Academic Medicine*, vol. 74, pp. 195—198.

Thom, D. H. , R. L. Kravitz, R. A. Bell, E. Krupat & R. Azari,2002, “Patient trust in the physician: Relationship to patient requests”, *Family Practice*, vol. 19, pp. 476—483.

Thom, D. H. , K. M. Ribisl, A. L. Stewart & D. A. Luke,1999, “Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale”, *Medical Care*, vol. 37, pp. 510—517.

(责任编辑:蒋永华)

Doctor-Patient Trust in Contemporary China: Characteristics, Current Situation and Research Prospects

WANG Xin-jian, WANG Cong

Abstract: The doctor-patient trust in China is highly relationship-oriented and doctors are usually expected to play authoritative roles. There are big gaps in doctor-patient trust between different departments within the same hospital; between hospitals at different levels; and between rural and urban hospitals. In recent years, the trust between doctors and patients has been declining, as evidenced by among others the increase of doctor-patient disputes and the violence arising therefrom, the decrease in the number of patients who are satisfied with the medical services and the deterioration in the mutual assessment and trust between doctors and patients. Previous studies focused on the impacts of individual factors on doctor-patient trust, such as the demographic characteristics and psychological contracts of patients, the personality traits of medical workers, and also noted the effect of doctor-patient trust on their attitudes, behaviors and clinical efficacy. However, the social psychological mechanism of doctor-patient trust crisis, the procedural mechanism of building and maintaining doctor-patient trust are still not clear. Meanwhile, the situation assessment and the current index system of doctor-patient trust are not sound enough, and the experimental design of the behavioral decisions in the doctor-patient trust relationship studies still needs to be strengthened.

Key words: doctor-patient trust; doctor-patient relationship; doctors’ trust; patients’ trust; trust repair