

本刊特稿

“医怒”如何产生？

——消极医疗事件的责任归因对患方攻击性的影响

汪新建

【摘要】 基于韦纳的人际归因与责任推断模型,设置消极就医情景进行三因素被试间的实验设计,讨论就医事件严重性、结果可控性和个体卷入水平三个变量对患方归因与责任推断的影响。结果发现,事件严重性大小和事件结果可控性水平变量对责任变量、生气变量、批评变量、语言攻击和身体攻击变量均有显著作用,但对专家的信任度变量没有作用;卷入水平变量对批评变量、语言和身体攻击变量有显著影响,对责任变量、生气变量和对专家信任度变量没有作用。研究结果证明韦纳人际归因与责任推断模型适用于医患纠纷事件,也从责任归因视角为缓解医怒现象的产生提供了新的思路。

【关键词】 医怒;归因;责任推断;医患信任;医患关系

正在过去若干年中,不断有医生因患者的伤害而身亡。如北京民航总医院杨文医师、广东省人民医院口腔科陈仲伟医师(2016年)、浙江省温岭市耳鼻喉科主任医师王云杰医师(2013年)、哈尔滨市医科大学附属第一医院实习医生王浩(2012年)等等。医患纠纷的发生频次居高不下,伤医杀医案件不断见诸报端(张昊,2014;黄清华,2014;汪新建、王丛,2016),可见医患之间的信任危机由来已久,甚至已经形成一种普遍性的“医怒”现象,即原来正常的民众,在进入医院空间开始求治行为时,会变成类似司机开车时易愤怒、易激惹的“路怒”状态。普通人为何会在医患场域中变成愤怒的行动者?其成因显然有很多,本文将在简短回顾医患信任危机的相关因素基础上,进一步从社会心理学的责任归因视角提出相应的研究设计,以期为缓解医患之间的紧张关系提供新的思路。

一、责任归因视角下的医患信任危机

(一) 医患信任危机的相关因素

1. 社会自身的信任危机

改革开放以来,我国经历了深刻的经济体制改革,正处于由传统社会向现代社会过渡的转型阶

汪新建,法学博士,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,中国社会心理学会会长(南开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)和天津市社会科学规划项目“天津市心理健康服务体系的实务模式探索”(TJXX18-001)的阶段性研究成果。研究生申悦和刘颖对本文的数据分析和文字撰写也有贡献,在此一并致谢。

段,传统的社会结构和价值观念都受到巨大冲击,维持社会信任的原有系统遭到削弱,导致了当前我国的社会规范和价值体系原有作用减弱,社会信任缺乏了有效保障,社会信任危机也就随之而来。社会信任危机的产生对生活中的方方面面都产生影响,医患信任危机只是作为其中的一种表现,有学者认为,暴力伤医的根源在于转型时期无法避免的社会矛盾(王茹、王兆良,2015)。在全社会的信任水平都普遍降低的同时,医患关系的信任水平也难以维持在原有水平,不仅医患初始信任的建立变得困难,其后的诊疗过程也难以避免存在种种信任问题;并且,社会生活中的种种舆论已经深入人心,人们对信任危机的感知使信任关系岌岌可危,在医患双方的接触过程中,每一处都需要小心翼翼,稍有不慎则导致脆弱的信任关系瓦解;此外,在医疗领域有些其本身的特殊性,一些后果是极其严重且无法改变和弥补的,那么在这样的情况下想要对已发生的信任危机进行修复更是难上加难。

2. 医疗体制中存在的固有问题

医疗体制中存在的固有问题也是导致医患信任危机的可能原因,有研究者认为,医疗体制不合理是当下医患矛盾产生的根本原因(张桂芝、董兆举、王景艳,2007)。随着医疗卫生政策的出台,我国的医疗体制开始了其深刻的市场化改革。在这场改革中,医方与患方的关系也随之改变,事实上,这样的医疗服务已经成为了一种商业活动。既是商业活动,就是关注利益。医院要活下去,则必须想办法维持自己的效益,产生的结果就是患方对医疗费用的担子越来越重,老百姓有了“看病贵”的深刻体验。在对医患冲突的成因分析中,陈淑鄂和陈义军(2007)认为,医疗费用过高是导致医患关系冲突的深层次原因。医疗服务价格的不断增长,让患方感觉到就医的沉重经济压力,由此产生对医疗服务的不满甚至怨恨。当人们感觉自己看不起病时,消极情绪就会直指医疗费用过高,并容易进一步引发医患冲突。随着医患关系紧张程度的加剧,我国的政策制定方面也在进行着相应的努力,但效果仍有待验证。《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》历时三年得以实施,董建民(2011)在其研究《新医改下的医患关系状况分析》中指出,在解决“看病难看病贵”的新医改实施过程中,尚存在若干问题在很大程度上影响着医患矛盾的产生。此外,以西医为主的现代医学模式也是影响医患信任的重要因素,现代的医学模式以西医为主,与我国的传统中医模式有着很大差距,不管是诊疗方式还是沟通方式。

另外,在现代的医学模式下,也即生物医学模式下,作为整体的人在医生的治疗过程中被分离成了肉体的人和心理(精神)的人,普通医生与心理医生分别负责自己职责内的病情,要用的是不同的治疗方法(吕小康、汪新建,2012)。但病人是否能认可这样的二分方式,如果医患双方对同一问题有着不同的观点,那么矛盾也就随之产生。病人的看法和感受并不能像接受医学训练的医生一样理性客观,他们更关注的是自己所认为的健康,并且也不会承认医生视角下的疾病相对于个体的独立。医学有了其专业性,医学专家的语言里满是大众听不懂的缩略语、中英混杂的专业名词,这也是医患双方之间的一道鸿沟。医生掌握了医学知识,而其面对的却是并不能听懂这些语言的患者,这也就有了沟通中的不对等地位。在这样的情况下,患方如何说服自己相信所面对的医生。现代医学的诸多不可爱的理由中这也列为其一(王一方,2010)。

3. 个体因素

个体因素也是影响医患信任的重要原因。在医生方面,国内学者从医生的正直、善意、能力方面展开研究,结果发现国内当下的医患信任危机与医生的能力存在密切关系,医生能力不足会导致诊疗过程中的严重后果,如果出现误诊、延误病情或其他失误,医患矛盾也就随之出现。但善意、正直这样的品质则让患者有放松的感觉,增加其对医生的信任(马志强、孙颖、朱永跃,2012)。在对患方的研究中,陈燕凌等人(2012)发现,患者的个体因素不同对医患状态有着不同的影响,如个体的受教育程度,以及其经济状态和家庭背景等。患者的参与过程、人口统计学特征及社会阶层等对医患信

任关系的影响存在于每一个具体的医患关系中,对医患信任亦产生重要影响。

本研究认为在此类事件中,患者对于消极医疗结果的归因方式是导致患者行为的重要原因,因此从归因理论的角度对之进行研究是必要的,也可以为如何缓解目前紧张的医患关系做出贡献。

(二) 归因理论

归因理论的开拓者海德(Heider,1958)首先开展了这种对人们如何解释日常事件的研究,并在随后引起了一系列的研究。海德在其著作《人际关系心理学》(*The Psychology of Interpersonal Relations*)中提出,在日常生活中,每个人都是对发生的各种行为的因果关系感兴趣的,这不仅是心理学家才会关注的,而是每一个人都想弄清楚的事情,即人们要明白这样的发生是“为什么”。海德区分导致行为发生的两种因素包括行为者的内在因素和来自外界的因素,行为者内在因素包括能力、动机、努力程度等,来自外界的因素包括环境、他人和任务的难易程度等。如老师会分析一个学生的学业失败是由于缺乏动机和能力(内在)还是由于身体或社会环境(外在)的缘故。海德认为观察者在对行为者行为因果关系进行素朴分析时,会试图评估不同因素的作用。如果观察者把某项行为归因于行为者的内在状态,那么观察者就可以由此推测出行为者的许多特征,即使这种推测并不总是很准确,它也依然有助于观察者预测行为者在类似情况下行为发生的可能性。但是,假如观察者将行为者某项行为归因于外在力量,观察者就会推断该行为是由外力引起的,那么观察者推测行为者行为以后是否会再度发生难以确定,因此,海德认为观察者对行为者行为的预测与对行为的归因是相互联系着的。

后来,归因理论在韦纳(Weiner,1986)及其同事的发展下取得了突破进展。韦纳的归因理论是结合了海德的归因理论和阿特金森的成就动机理论加以发展的,研究了人们对成功和失败的归因。他在海德提出的把导致行为的原因分成内在因素和外在因素两种的基础上,他还提出了另一尺度,即把导致行为的原因区分为暂时的和稳定的两个方面。由此,韦纳对导致成功行为的决定性因素作了分类:内在的稳定因素(能力),内在的暂时因素(努力),外在的稳定因素(任务难度)和外在的暂时因素(机遇)。这几种因素在归因中都是很重要的,如果我们认为一个学生成绩优秀是由于他能力很强、考试试题容易等稳定的因素造成的,那么我们仍可以推测他在今后的学业表现依然出色,而如果我们认为一个学生的成绩优秀是由于他的近期努力和恰巧考试题目练习过,那我们就不能根据这种暂时性的因素推测他在后面的考试中仍然做得好。在解释失败的原因的时候,暂时—稳定尺度也是适用的,如果把失败的原因归结于稳定因素,则可以预测将来的失败,如果把失败的原因归结于暂时性的因素,那就可以预测将来的改进。在后来的研究中,一些学者还是有着不同的倾向,有的倾向于把原因归于稳定的人格物质(Bastian & Haslam,2006),而有的则倾向于把原因更多地归为环境因素的影响(Mendelsohn,Connell & Kwan,2004)。但我们也可以发现,一些内部的且不稳定的因素受意志控制的程度不相同,如人的心境、疲倦和暂时努力,我们可以控制自己的努力,但疲倦和心境却无法受个人意志的控制,这在内在一外在尺度和暂时—稳定尺度中都可以观察到,韦纳通过研究把这方面的原因称为控制性因素,分为可控的和不可控的。综上所述,韦纳创立的归因模式是三因素的,包括部位(内在或外在的)、稳定性(稳定或暂时的)和控制性(可控或不可控的)(林钟敏,1996)。

归因可从总体上分为两种:一种为自我归因(intrapersonal attribution,又称个人归因),另一种为人际归因(interpersonal attribution,又称他人归因),由这两种归因所形成的与之相应的两种动机分别称为个人动机和社会动机(Weiner,2000)。

在最初的研究中,研究者将其关注的焦点主要放在成就领域的自我归因和个人动机的研究中,并使其一系列研究得以发展和完善。但是,在成就领域中的成败也受到很多其他社会环境因素的影响,行为者在进行自我归因的同时也会受到其观察者对行为的归因以及相应发生的情感和行为反

馈。对这些情感与相应行为反馈的研究即是归因理论的新领域——人际归因和社会动机领域,韦纳拓展了对这一他人归因领域的研究,把人际归因和责任推断相结合,并将其应用于解释社会生活中的多种现象(Farwell & Weiner,2000;Structures,Weiner & Allred,1998;Zucker & Weiner,2006)。

韦纳经过一系列研究,提出了人际归因与责任推断的基本模型:事件(失败/成功)→归因(内在/外在、暂时/稳定、可控/不可控)→责任(有/无)→情感(如生气、同情等)→行为(责备、报复和忽视等)(Weiner,2000)。从以上模型可以发现,观察者对于事件的归因从事件的结果开始,对原因进行寻求。这一归因模式从观察者的角度去对所发生的行为进行判断,而观察者与行为者之间的各种差异会导致观察者归因的结果与行为者的归因既可能一样,也可能不同。在这个模型当中,对于归因的控制性因素判断非常重要,如果观察者判定事件的结果为可控性结果,那么说明行为者可以产生与当前不同的结果,那么导致当前结果的责任人就是行为者(Weiner,2000)。这也会决定观察者在之后对于行为者的归因、情感和行为,所以说,责任推断在此起着相当重要的作用。

自我归因与人际归因是两种独立的过程,但是在实际过程中这两种过程会相互交织。观察者对行为者的归因与责任推断会影响到行为者对自己行为的归因,相应产生的情感也就会交织在一起,如不可控的归因引发的同情感会让行为者自身感到羞愧和内疚,从而产生无力和羞愧感(Juvonen & Weiner,1993)。所以,对于同一事件的自我归因与人际归因并非各自独立,他们的情绪是相互作用的。另一方面,行为者与观察者之间的责任推断既可能存在分歧,也可能相互作用。有时,由于情况的复杂性或信息的不确定性或不可得性,人们并不能确切地对责任进行推断,观察者与行为者之间也许会相互影响。

在日常生活中,我们每天都会遇到与责任、责备和惩罚有关的问题与事件。我们会从新闻上看到,为什么有如此多的人无家可归呢,是他们自己的过错吗?或会读到这样的体育新闻,谁应该对我们最喜欢的球队的失败负责呢,应该责备管理者,还是那些球员呢?这时,责任就会给我们提供判断的依据。比如,如果认为一个有才华的运动员由于懒惰而输比赛,他就会被教练换下场,相反,在同样的情况下如果我们认为输掉比赛与这个运动员无关,没有他的责任,那么我们会用另一种方式来对待他(Myers,1999)。

由此可见,行为责任归因不仅是对成就领域的解释,还可以解释生活中的诸多现象。行为发生后,相关观察者对其进行行为责任推断,由于人们倾向于认为行为者自身应对事件负有更多责任,所以普遍进行对他人行为责任的推断。韦纳(1995)还在其研究中表明,当人们找出对某消极事件应负责任的其他人或更大实体时,就可以使自己所应承担的责任相对不明显,从而为自己找到免责的理由。正如学生认为自己的学业失败是由于老师的偏见或是学校的体制问题,甚至是国家的教育制度的问题,那么他个人的努力程度在这其中就没有那么突出,显然可以减少相应的责任。

归因理论的提出得到了研究者的关注,在数十年间不断的发展完善。我国的研究者也将该理论介绍到了国内,并对该理论在中国文化中的适用性进行了一系列的研究,关于国内学者对这一理论的研究结果,既有对其理论合理性的验证,又有对该理论进行的部分修正。例如,张爱卿和周方莲(2003)结合了我国实际情况,研究了韦纳(Weiner,2000)的责任推断研究的新进展,其研究结果基本上证实了韦纳的理论模型。在对责任归因与报复行为的研究结果支持了韦纳的基本假设,同时也对该理论的部分内容进行了修正与补充,即行为者产生行为的有意性与责任推断和情感反应关系密切,有意性行为会引起报复。张爱卿和刘华山(2003)的研究认为责任的推断与批评程度保持一致,责任高则意味着受批评程度相应也高,责任低那么批评程度也低。这也对Reyna与Weiner(2001)的研究结果进行了证实。对责任、情感及帮助行为的归因结构模型研究结果也同样从总体上验证了韦纳等人对行为责任归因与后续行为反应的模型(张爱卿、刘华山,2003)。

不过也有研究结果出现了一些不同的结果,如在对行为责任归因与处罚公平性和严格判断的关系进行研究时,国内学者发现在公平性判断的结果中结论存在差异,研究证实了责任推断对公平判断产生的影响,同时也发现国人对平等原则更为强调,认为应该对结果相同的行为者施以相同处罚时最具公平性(王水珍、张爱卿,2005)。

基于上述回顾,本研究拟采用事件→控制性归因→责任推断→情感→行为的责任推断的基本模型,国内外研究均有研究对这一模型进行了验证。在此模型中,事件一般为消极事件,观察者对此事件进行是否可控的归因,并由此产生其是否有责任的推断,其后产生相应的情感(生气、愤怒等),以及随后的行为(忽视或报复等)。韦纳提出的人际归因与责任推断的基本模型对于我们考虑患方过激行为的动机具有参考意义。韦纳认为面对事件结果(积极或者消极)旁观者会首先做出事件可控性判断(可控或者不可控),之后根据可控性判断事件主体有无责任,产生相应的情感,最终引发对应的行为(Weiner,2000)。在这个模型中,控制性归因占有非常重要的位置,如果人们认为事件的结果是可控的,那么行为者就应该对此结果负有责任;其次,事件结果也影响着责任判断对应的情感和行为选择。因此人际归因模型也适用于医患关系中观察者进行归因的情况,在医患情景下,患方虽不是行动者却是医患行为参与者,因此单纯将患方视为观察者是不合适的,所以在医患情景下,应当将卷入水平也纳入到责任归因的研究当中。

二、研究设计

(一) 研究方法

考虑到人际归因和责任推断模型的要素以及医患情景的特殊性,本研究的三个自变量为:事件大小,可控性和卷入水平。三个自变量都是二分变量,事件大小分为大(患者死亡)和小(效果不佳)两个维度;可控性分为可控(不受现代医疗水平限制)和不可控(受现代医疗水平限制)两个维度;卷入水平分为高卷入(本人或者亲属)和低卷入(无关人士)两个维度。使用被试间实验设计,避免不同实验条件对被试的影响。

本研究参照以往关于责任归因的研究(张爱卿、刘华山,2003)以及医患纠纷事件的具体情况,将研究中的因变量定为对医生的责任推断、对医生的生气程度、对医生的批评程度、对医生语言攻击和身体攻击的可能性以及对专家团队的信任程度,采用里克特七点量表进行评分,如“您认为自己(该主刀医生)对该患者的死亡负有多大责任”,1表示极小责任,7表示完全责任。

本研究使用自编情境问卷作为研究工具,摘取某报纸的一个医疗纠纷案例作为情境材料,根据研究需要进行了适当修改,隐去了真实事件信息。材料的编制听取了多位在职医生的建议,并经过了心理学专业教师和硕博研究生的讨论与修改。最终的组织形式如下:

徐某被人用刀刺伤入某院急诊科抢救,主刀医生经探查发现肾静脉有一个2mm裂口,可见活动性出血,遂予以缝合。术后4小时发现引流管引出2000ml红色血性液体。此后病情持续恶化,最终患者死亡。经过医疗调节委员会组织的专家团队调查,患者左侧第一腰椎动脉断裂伤,术中医生未能发现并进行修补。患方认为,医生未能发现第一腰椎动脉伤是造成最终的不良后果的原因。

(二) 被试

本研究通过两种途径收集被试,一部分被试通过线上网络平台收集,获得有效问卷200份,另一部分被试在天津市某医院拦访收集,获得有效数据60份。本研究共回收有效问卷260份,其中男性被试102人,女性被试158人,平均年龄35.7岁($SD = 6.9$)

（三）概念界定

1. 医方与患方

医患关系是在患方求治、医方治疗的医学实践背景下自然形成、自愿结合的关系。较狭义的医患关系通常是指患者与医生之间因患者求诊、医生问诊而结成的医疗服务关系。而从广义来看,在这一过程中医生、护士、院方其他工作人员都会参与其中,而患者及其亲属或好友也会加入进来,因此可以说医患关系是医疗服务的提供者与普罗大众之间的关系(姚泽麟,2017)。

因此,在本研究中,医方包括医疗机构、医务工作者(医师、护士及医疗机构管理人员)和医学教育工作者。

狭义上来讲患方包括在医疗机构接受医疗服务的患者本人及其亲属、监护人或代理人等利益群体。但是从广义上来看,患者可以是正在接受医疗服务的人,也可以是曾在医疗机构接受服务的人,或未曾接受医疗服务而在忍受身心痛苦的人,从这个意义上来讲患方其实是除了医者的其他社会成员或组织。在本研究中,患方具体指的是从广义上来看的患方,即除医者之外的所有社会成员。

2. 消极医疗结果

在本研究中,医患关系中的消极事件指的是在患者就医过程中或就医后患方与医方之间发生的医患冲突、医疗纠纷或暴力伤医等事件。其中,医患冲突是医患双方之间基于实际利益、基本理念、认知方式等方面的分歧,认为另一方对自己造成利益侵犯、身体损害、名誉损失、医疗秩序破坏等消极后果,以诉讼、仲裁、协商等常规形式出现,或以身体侵犯、言语辱骂、威胁等非常规形式出现的社会冲突。而医疗纠纷则是指医患双方在医疗行为实际发生之后,对医疗行为的过程或结果存在认识或评价上的分歧,一方向另一方追究责任并赔偿损失,通常经过商议、调解、鉴定或裁决方可结案的社会矛盾冲突事件。暴力伤医即在诊疗过程中或诊疗结束后患方对医方进行的语言或身体上的伤害。

本研究假定以上几种医患关系中的消极事件都对应一定的消极医疗结果(在现实医疗过程中也基本是这种情况),即患者死亡或患者的治疗效果不佳。

三、研究结果

（一）各因变量在不同情景下的描述统计

对各因变量在不同情境条件下的描述统计见表1和表2。

（二）责任变量上的差异检验

对责任的推断是责任归因理论的研究重点,所以在本研究中,对于消极医疗结果的责任推断亦是关注重点。通过人们推断医生在消极医疗结果中的责任,观察不同自变量对责任推断的影响。

表1 事件大条件下对各因变量的描述统计(N=121)

变量	可控(n=59)				不可控(n=62)			
	卷入水平高		卷入水平低		卷入水平高		卷入水平低	
	M_d	SD_d	M_d	SD_d	M_d	SD_d	M_d	SD_d
责任	5.10	1.513	5.20	0.925	5.03	1.476	4.67	1.626
生气	4.90	1.972	4.67	1.124	4.66	1.857	4.50	1.925
批评	5.19	1.759	5.23	1.040	5.41	1.823	4.63	1.921
语言攻击	3.68	2.104	4.07	1.230	3.55	1.660	5.87	1.479
身体攻击	2.45	1.997	3.70	1.512	2.24	1.618	4.40	1.673
对专家的信任度	5.58	1.669	4.93	1.311	5.14	1.706	4.67	1.882

注: M_d 表示均值差, SD_d 表示均值差的标准差。

表 2 事件小条件下对各因变量的描述统计 (N = 139)

变量	可控 (n = 70)				不可控 (n = 69)			
	卷入水平高		卷入水平低		卷入水平高		卷入水平低	
	M_d	SD_d	M_d	SD_d	M_d	SD_d	M_d	SD_d
责任	5. 51	1. 599	5. 33	0. 944	4. 23	1. 544	3. 27	1. 388
生气	5. 46	1. 598	5. 10	1. 094	3. 85	1. 688	3. 30	1. 622
批评	5. 54	1. 629	5. 33	1. 093	4. 18	1. 708	3. 23	1. 633
语言攻击	3. 68	1. 836	6. 10	0. 803	3. 33	1. 575	5. 03	1. 671
身体攻击	2. 24	1. 729	5. 40	1. 102	2. 15	1. 594	4. 13	1. 502
对专家的信任度	4. 80	1. 520	5. 50	1. 042	5. 00	1. 377	4. 93	1. 461

注: M_d 表示均值差, SD_d 表示均值差的标准差。

通过三因素方差分析,本研究发现自变量事件大小和可控性主效应显著 ($F_{\text{事件}} = 5.475, p < 0.05$; $F_{\text{可控性}} = 30.964, p < 0.001$),卷入水平主效应不显著。事件大小和可控性之间交互作用显著 ($F = 15.102, p < 0.001$),但三因素交互作用不显著。

对事件大小和可控性之间交互作用进行分析,可知,当结果事件大时,可控与不可控条件之间没有显著差异,即当事件结果大时,不管事件是否可控,患方都推断医生负有责任;当结果事件小时,可控与不可控条件间存在显著差异 ($t = 6.60, p < 0.001$),当结果可控时,患方对于医生责任的推断显著高于事件不可控的条件。也就是说,在结果事件小,事件是可控的时候,患方认为医生的责任更高,医生应负更多的责任。

(三) 生气变量上的差异检验

在进行过责任推断之后,人们会对事件结果产生相应的情绪变化。对生气变量进行差异检验,发现自变量中可控性的主效应显著 ($F = 21.801, p < 0.001$),事件大小与可控性间交互作用显著 ($F = 13.377, p < 0.001$)。

对事件大小和可控性间交互作用进行分析,结果表明当结果事件大时,患方对于医生的生气程度不受可控性的影响,只要患者死亡,那么人们就会对医生感到生气;当结果事件小时,人们对于医生的生气程度明显受到事件可控性的影响,当事件为可控时人们对医生的生气程度显著大于事件不可控的情况 ($t = 6.516, p < 0.001$)。

(四) 批评变量上的差异检验

这一变量为人们对于医生的批评程度。当出现消极医疗结果时,人们首先进行责任推断,紧接着会产生相应的情绪体验和与之对应的行动反应,对医生的批评是行动反应的一种。方差分析结果显示,事件大小、可控性和卷入程度三个自变量的主效应显著 ($F_{\text{事件}} = 7.451, p < 0.01$; $F_{\text{可控性}} = 22.805, p < 0.001$; $F_{\text{卷入}} = 5.495, p < 0.05$),事件大小和可控性之间交互作用显著 ($F = 14.679, p < 0.001$)。

对事件大小和可控性间交互作用进行分析,发现当结果事件大时,不论事件是否可控人们都认为医生应受到批评,当结果事件小时,人们考虑到事件结果是否是医生可以控制的,如果消极的医疗结果是医生可以控制的,人们则在更大程度上认为医生应该受到批评,如果结果是医生不可控的,人们则在较小程度上认为医生应受到批评 ($t = 6.302, p < 0.001$)。

(五) 语言攻击变量上的差异检验

语言攻击在发生医患冲突和医疗纠纷时是非常常见的形式,故本研究也将其作为一个因变量进行分析。方差分析结果显示,卷入水平的主效应显著 ($F = 72.933, p < 0.001$),事件大小和可控性的

交互作用显著 ($F = 15.016, p < 0.001$), 三因素间交互作用显著 ($F = 10.852, p < 0.01$)。

对三因素交互作用结果进行检验, 结果见表 3。

表 3 事件大小、可控性及卷入水平在语言攻击变量上的差异检验

变量	事件大		事件小		df	$t(\text{大} - \text{小})$
	M_d	SD_d	M_d	SD_d		
可控 * 卷入高	3.68	2.104	3.68	1.836	70	-0.012
不可控 * 卷入高	3.55	1.660	3.33	1.575	67	0.577
可控 * 卷入低	4.07	1.230	6.10	0.803	58	-7.582 ***
不可控 * 卷入低	5.87	1.479	5.03	1.671	58	2.045 *

在卷入水平高时, 可控和不可控条件下结果事件的大小间均无显著差异。在卷入水平低时, 当事件结果是医生可控的, 人们倾向于认为结果事件小的情况下医生更大可能会受到语言攻击; 当事件结果是医生不可控的, 人们倾向于认为结果事件大的情况下医生更大可能会受到语言攻击。

(六) 身体攻击变量上的差异检验

在医疗纠纷和医患冲突中, 时有发生患方对医生的身体攻击, 这也是媒体报道中大量报道的关注点, 往往引起人们较大的反应。对三个自变量进行方差分析, 发现卷入水平的主效应显著 ($F = 112.269, p < 0.001$), 事件大小和可控性交互作用显著 ($F = 5.262, p < 0.05$), 事件大小和卷入水平交互作用显著 ($F = 4.613, p < 0.05$), 三因素间交互作用显著 ($F = 6.669, p < 0.05$)。对三因素间交互作用进行检验, 结果见表 4。

表 4 事件大小、可控性及卷入水平在身体攻击变量上的差异检验

变量	事件大		事件小		df	$t(\text{大} - \text{小})$
	M_d	SD_d	M_d	SD_d		
可控 * 卷入高	2.45	1.997	2.24	1.729	70	0.472
不可控 * 卷入高	2.24	1.729	2.15	1.594	67	0.234
可控 * 卷入低	3.70	1.512	5.40	1.102	58	-4.977 ***
不可控 * 卷入低	4.40	1.673	4.13	1.502	58	0.649

由表可知只有当事件结果可控且卷入水平低时, 结果事件大小的两个水平之间存在显著差异, 且结果事件小时人们认为患者更有可能去对医生进行身体攻击。

(七) 对专家信任度变量上的差异检验

对专家信任度变量为探讨人们对专家团队的调查结果的信任度是否受三个自变量的影响。结果三个自变量的主效应均不显著, 且三个因素间的交互作用也不显著。

四、分析与讨论

(一) 责任变量结果分析

在责任变量上可以看到, 自变量事件大小和可控性主效应显著, 卷入水平主效应不显著, 且事件大小和可控性间交互作用显著。当事件结果小时, 结果可控和不可控两水平间有显著差异, 患方认为可控的情况下医生应承担更大责任。这一结果符合责任归因理论的经典研究, 可控性是判断责任的主要依据。

结果还发现, 当结果事件大时, 可控与不可控条件之间没有显著差异, 即患者若在医疗过程中死亡, 那么患方对于责任的推断就不顾医疗过程中是否是客观原因引起的结果, 都认为医方应承担医疗责任。

这一结果与责任归因理论不符,事件的可控性不再是判断责任的依据。表明在医患信任事件中,责任推断还与事件结果的严重性有关,患者死亡的结果令患方难以接受,从而影响了责任推断。

医生这一职业的特殊性要求其面对是有情感的人,在做好客观可行的工作同时也要接受情感的反应。作为患者,往往对医生有较高的期望,希望其能解决患者的所有问题,而较少考虑现代医疗水平的限制性,过高的期望导致了患方认为医方有过高的责任,所以当出现消极医疗结果后才会认为医生应承担 responsibility,不去考虑这样的结果是由于医生造成的还是由于医生不可控的客观因素造成的。研究者认为,这也是导致现在的医护群体出现职业倦怠扩大、人才流失加大等问题的主要原因。而且,当医护人员受到这种不公平的责任推断时,又会反过来影响医护群体的服务质量,已有研究表明,医疗纠纷经历会显著影响医师与护士的消极的防御性医疗行为,且医师受其影响更严重(张红丽、郑红艳、刘家惠、张月玲、张春梅,2015)。

(二) 生气变量结果分析

在生气变量上,卷入水平对其没有影响,事件大小与事件可控性有显著交互作用。若事件结果大,患方对于医生的生气程度不受可控性的影响。这一结果与责任变量上一样。从责任归因理论来讲,这一情绪反应是由于人们对医生的责任归因是不受控制性的影响的,人们进行了对医生的责任归因后自然对应着产生了这样的生气情绪。

当结果事件小时,患方对医生的生气程度就与事件的可控性有关。当事件可控时,人们对医生的生气程度更大,因为事件结果是有其他可能性的,但是由于医生的原因而产生了这样消极的结果,所以人们对其的生气程度更大。

(三) 批评变量结果分析

在批评变量上,事件大小、事件结果的可控性以及卷入水平三个因素的主效应均显著,且事件大小与事件可控性间存在显著交互作用。

由数据分析结果我们可以看到,卷入水平高的患方对医生的批评程度显著高于卷入水平低的患方。对于当事医生的批评是我们在进行了责任归因之后所产生的相应的行为反应。当人们卷入水平高时,放大了医疗结果对个体的影响,人们更容易受到消极的医疗结果的刺激,对于结果更为看重。在非医生群体中,人们对于医疗水平的限制的理解远不如医生群体深刻,一旦发生消极结果,人们也不会第一时间理智地分析,而是将矛头最先指向事件的直接参与者,即医生。赵丽等人的研究中也提到,医学知识的不对称性是影响医患关系的现实而重要的原因(赵丽、陈晓彤、刘爽、孙宝志,2013)。

事件大小和事件结果的可控性两因素的交互作用显著。当事件结果大时,不管事件是否是医生可以控制的,人们对于医生都是较高水平的批评。在事件结果小时,可控的情况下医生会受到更大程度的批评。这一结果与生气变量是相同的,也就是说,随着患方产生的生气情绪,有了对于医生进行批评这样的行为反应,且两者之间变化一致,情绪反应后产生相应行为。

责任归因理论中,责任归因导致相应情绪反应并产生相应行为反应,其变化趋势相同。本研究的研究结果与责任归因理论相吻合,对医生进行较大责任归因后,相应产生了较高的生气程度,对其进行的批评程度也就相应较高。看到这一变化趋势,我们也应看到解决紧张的医患关系的着手点,那就是对于医生的责任归因的认识。只有对医生的责任进行合理、理性的推断,才能做到给医患双方公平公正的处理。

（四）语言攻击和身体攻击结果分析

近年来医患关系持续恶化,语言甚至身体攻击成为了医患纠纷中常见的情况,绝大多数这样的情况下是医生群体受到攻击。

根据本研究结果,在语言攻击和身体攻击两个变量上,三个因素间的交互作用显著,而且从上面的数据可知,在这两个变量上,都是当事件结果可控且卷入水平低时,事件小更有可能发生语言攻击和身体攻击,其他情况下差异不显著。即当事件结果是医生可控的,那么出现消极医疗结果的情况是可以避免的。但是在高卷入水平的情况下,这样的差异不存在了,有违我们对于常规情况的理解,研究者猜想可能是调查方式影响了这一结果,人们在填答问卷时,很难产生与真实情况下类似的激动情绪,理智的被试可能会对自己的行为进行保守估计,否认自己实施暴力的可能性。

（五）专家信任度变量结果分析

在对患方进行调查的结果中,事件大小、事件结果的可控性以及卷入水平对于患方对专家信任度没有显著影响,从平均分来看患方对专家团队的信任程度也是较高的。当我们处于对消极医疗结果的判断时,有一些个别事件反映出对于专家团队的怀疑,认为其与医院有着共谋的关系,对结果的判断上对医院和医生有所袒护。从数据结果可知,专家团队受到是否公正的怀疑可能只是体现在个别案例,而这样的案例被媒体的报道过于放大,影响了人们的想法。对于大部分人来说,对专家团队还是保持着较高的信任。

五、总结

“医怒”是一种带有中国特色的医疗场景下的社会心理现象。本文认为,在患方对消极医疗结果进行责任归因时,其变化趋势与责任归因理论模型基本符合。从前述数据分析过程可知,在责任变量、生气变量、批评变量上,事件大小与事件结果可控性的变化是一致的,卷入水平只在批评变量上有显著影响。在语言攻击和身体攻击变量上,卷入水平对患方进行责任归因有影响。具体而言,事件结果的大小在一定程度上影响着人们对于事件的关注度,当事件结果严重时,人们会更为在意发生的事件,尤其是在医疗领域,事件结果严重时影响的是人的生命健康,对于这一结果的接受度影响着人们后续的情绪反应和行为反应。

对于患方来说,事件结果大时患方会更为难以接受,他们会为此而对医生进行更大的责任归因。有统计数据表明大部分的医疗纠纷的发生原因是与患者的死亡有关的(冯俊敏、李玉明、韩晨光、徐磊、段力萨,2013)。患者一旦死亡,患者家属在情绪上会产生巨大反应,不能接受这一事实,而且还有着巨额的医疗费用。对于医方来说,事件结果不仅会影响着医生对于工作结果的接受,也影响着医方对患方存在的顾虑。在事件结果大时,医生会对患方的反应存在一定的担心,导致其责任归因、情绪反应等一系列后果。

对于缓解国内当前紧张的医患信任关系来说,我们也可从事件结果入手做一些前期工作。在对病人进行了情况评估后要 and 患者家属有足够的详细的沟通,以使患者家属有着一定的情况的了解。将典型病情案例给患方进行教育,使其有更多的关于自身病情的认识。对于医方来说,要在总结多次案例的经验基础上制定针对不同结果的应对方案,一旦出现这一类的结果,可以及时有效地进行问题处理。这应成为一种预警机制,从消极结果出现的时候就早介入,尽早预防医疗纠纷和医患冲突,当医疗纠纷与医患冲突无法避免时,也能得到有效地控制,最大程度上减少冲突事件的发生。

事件可控性是我们判断事件的责任归因的重要依据,在进行责任推断时,我们会从人的主观动

机出发,看事件结果的出现是客观因素造成的还是可以避免的,若事件是不可控的,那么可以排除人为主观因素的影响,这时不包含人的影响因素或是人受种种限制不可达到的结果,那么我们更倾向于接受这样的结果,接受我们所受的限制。但如果事件是可控的,就说明我们可以得到其他的结果,在这样的情况下,如果出现了不好的结果,那么就是人为的因素,这样的情况就会引起人们的责备,对其进行更大的责任推断。

在本研究中,事件可控性对于消极医疗结果的责任归因也产生影响。可以想见当医生可以在治疗过程中为患者提供更好的方案以达到更好的治疗效果,但最后却由于医生的原因而没有达到这种效果时,患方会认为医生有着更大的责任,从而对医生有着相应的生气情绪和批评行为。这说明不管是患方在对某一事件进行责任推断时,会受到控制性的影响,这也是符合责任归因理论的。

本研究将人际归因与责任推断理论模型用于医患信任关系研究领域,验证了该模型的有效性,是本研究主要的理论意义。此外,本研究从归因角度去思考医患关系,通过实验研究方法理解患方的归因思路,启示我们在缓解医患关系的过程中应当注重对于医疗水平有限性的强调,弱化医生全知全能形象的塑造,避免患者产生不切实际的期待,促使其理智对待消极医疗结果。

参考文献:

- 陈淑鄂、李义军,2007:《我国医患关系冲突的成因分析》,《医学与社会》第2期。
- 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。
- 董建民,2011:《新医改下的医患关系状况分析》,《黑龙江科技信息》第9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。
- 黄清华,2014:《用法治思维破解医暴难题》,《医药经济报》2014年9月10日。
- 林钟敏,1996:《责任的心理分析》,《心理科学进展》第3期。
- 吕小康、汪新建,2012:《何为“疾病”:医患话语的分殊与躯体化的彰显——一个医学社会学的视角》,《广东社会科学》第6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》第11期。
- 汪新建、王丛,2016:《医患信任关系的特征、现状与研究展望》,《南京师大学报》(社会科学版)第2期。
- 王茹、王兆良,2015:《对我国暴力伤医现象的思考》,《南京医科大学学报》(社会科学版)第1期。
- 王水珍、张爱卿,2005:《行为责任归因与处罚公平性、严格判断的关系》,《心理科学》第5期。
- 王一方,2010:《不可爱的现代医学及其根源》,《医学与哲学》第13期。
- 姚泽麟,2017:《在利益与道德之间:当代中国城市医生职业自主性的社会学研究》,北京:中国社会科学出版社。
- 张爱卿、刘华山,2003:《责任、情感及帮助行为的归因结构模型》,《心理学报》第4期。
- 张爱卿、周方莲,2003:《责任归因与报复行为的结构方程模型研究》,《中国临床心理学杂志》第3期。
- 张桂芝、董兆举、王景艳,2007:《医患矛盾社会根源透析》,《中国医学伦理学》第4期。
- 张昊,2014:《遏制医患纠纷多发态势亟待法治“出手”》,《法制日报》2014年10月31日。
- 张红丽、郑红艳、刘家惠、张月玲、张春梅,2015:《医疗纠纷对医护人员防御性医疗行为影响的研究》,《卫生软科学》第5期。
- 赵丽、陈晓彤、刘爽、孙宝志,2013:《我国医患关系紧张现状及深层原因剖析》,《现代医院管理》第1期。
- Bastian, B. & N. Haslam, 2006, “Psychological essentialism and stereotype endorsement”, *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 42, pp. 228—235.
- Farwell, L. & B. Weiner, 2000, “Bleeding hearts and the heartless: Popular perceptions of liberal and conservative ideologies”, *Personality & Social Psychology Bulletin*, vol. 26, pp. 845—852.

- Heider, F. ,1958 ,*The Psychology of Interpersonal Relations* ,New York :Wiley.
- Juvonen, J. & B. Weiner, 1993, “ An attributional analysis of students’ interactions: The social consequences of perceived responsibility ” ,*Educational Psychology Review* , vol. 5 ,pp. 325—345.
- Mendelsohn, G. A. ,J. B. Connell & V. Kwan, 2004, “Do people agree about the causes of behavior? A social relations analysis of behavior ratings and causal attributions” , *Journal of Personality & Social Psychology* , vol. 86, pp. 334—344.
- Myers, D. G. , 1999, *Social Psychology* , Boston : McGraw-Hill College.
- Reyna, C. & B. Weiner, 2001, “Justice and utility in the classroom: An attributional analysis of the goals of teachers’ punishment and intervention strategies” , *Journal of Educational Psychology* , vol. 93 ,pp. 309—319.
- Struthers, C. W. , B. Weiner & K. Allred, 1998, “Effects of causal attributions on personnel decisions: A social motivation perspective” , *Basic & Applied Social Psychology* , vol. 20 ,pp. 155—166.
- Weiner, B. , 1986, *An Attributional Theory of Motivation and Emotion* , New York : Springer-Verlag.
- Weiner, B. , 1995, *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct* , New York : Guilford.
- Weiner, B. , 2000, “Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attributional perspective” , *Educational Psychology Review* , vol. 12 ,pp. 1—14.
- Zucker, G. S. & B. Weiner, 2006, “Conservatism and perceptions of poverty: An attributional analysis” , *Journal of Applied Social Psychology* , vol. 23 ,pp. 925—943.

(责任编辑:程天君)

Why “Medical Rage” ?

The Influence of Responsibility Attribution of Negative Medical Events on Patients’ Violent Behaviors

WANG Xinjian

Abstract: Based on Weiner’s interpersonal attribution and responsibility inference model, this study set up situational stories to control three independent variables: event size, event outcome controllability and involvement level. The results of this three-factor experiment between subjects showed that the variables of event size and event outcome controllability had effects on responsibility, anger, criticism, verbal attack and physical attack variables, but had no effect on the expert trust variable. The variable of involvement level had significant effects on the variables of criticism, verbal and physical aggressions, but had no effect on responsibility, anger, and expert trust. This study supports the application of Weiner’s interpersonal attribution and responsibility inference model in the investigation into doctor-patient disputes. It also provides a new way to interpret the medical rage in China and thus to relieve the tension between doctors and patients from the perspective of responsibility attribution.

Key words: medical rage; attribution; responsibility inference; doctor-patient trust; doctor-patient relationship

About the author: WANG Xinjian, PhD in Law, is Professor and PhD Supervisor at Department of Social Psychology in Zhou Enlai School of Government, Nankai University (Tianjin 300071).