

医生角色的刻板印象及其在医患群体间的差异

吕小康 刘颖*

〔摘要〕 研究采用刻板印象内容模型中文版问卷和词语自由联想测试两种方法,对患者被试与医生被试对“医生”这一职业群体的刻板印象内容及其群体间差异进行了探讨。患者被试倾向于将医生划归为高能力、低热情的群体,医生被试则在道德维度上存在明显的内群体偏好。同时,患者被试有更多对医生群体积极词汇联想结果,医生被试则是消极词汇与积极词汇的各占一半;患者群被试更倾向于认为医生是能力强、收入高的群体,对医生有更高的要求;而医生被试则倾向于认为自身属于收入低、职业压力大、付出大于收获的群体。两者之间的刻板印象差别是造成医患冲突的潜在根源,后续研究可进一步研究此类刻板印象的形成机制与印象管理措施。

〔关键词〕 刻板印象内容模型;词语自由联想;医患关系

在许多人眼中,医生群体同时存在“天使”与“魔鬼”两种面孔,其所引发的社会态度与社会情绪较为复杂多面。在医患关系普遍性紧张的社会背景下,探讨医患两个群体对于医生群体的刻板印象内容及其形成机制,对了解目前医患关系的现状、寻找解决医患紧张关系的路径有一定帮助。本文采用Fiske, Cuddy, Glick和Xu(2002)的刻板印象内容模型(Stereotype Content Model, SCM)来测量医生群体的刻板印象内容,同时采用词语自由联想测试法来丰富其结果,以期丰富对医生群体的刻板印象内容研究,为缓解医患紧张提供理论借鉴。

一、研究工具与研究方法

SCM模型是近些年来应用得较为广泛的刻板印象内容模型。Fiske等人(2002)认为虽然在描述刻板印象时有许多不同的标签,但是所有的标签最终都能够汇聚到两个维度之上,即能力和热情。

这一模型的主要争议在于Fiske认为热情维度中混杂着道德维度,但后者并不具备独立性,热情—能力两维度的划分比道德—热情—能力三维度的划分更为简洁实用。但是,诸多学者对此提出质疑。Leach, Ellemers和Barreto(2007)指出,在进行内群体评价的时候,群体中的个人更加强调道德因素的

*吕小康,法学博士,南开大学周恩来政府管理学院副教授;刘颖,南开大学周恩来政府管理学院博士研究生,300071。本文是教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目(15JZD030)和南开大学亚洲研究中心资助项目(AS1719)的阶段性研究成果。

作用,而不是社会性(热情)维度或者能力维度的作用。管健(2009)指出,在中国文化情境下,道德因素对于刻板印象内容会表现出显著的影响作用。高明华(2010)认为刻板印象内容模型确属两维度结构,但这两个维度是道德和能力,而非热情和能力,道德在刻板印象内容形成中起着决定性作用。程婕婷、张斌和汪新建(2015)通过收集中国群体刻板印象的形容词,建立了热情、能力二维模型以及热情、能力和道德三维模型,将二者进行对比也发现三因子模型要优于二因子模型。

综合看来,道德维度作为刻板印象内容中的一个重要影响因素,在Fiske等人的研究中可能没有受到足够的重视。尤其在中国文化情景下,道德因素确系人们进行刻板印象评价时受到较多关注的维度,仅将其置于热情维度下进行考察并不能够很好地满足实际测量的需求。

因此,本研究为了解目前社会成员对于医生群体的刻板印象内容及其影响因素,仍将道德因素从热情维度中独立出来进行研究。测量工作采用管健和程婕婷(2011)以Fiske等人(1999)的SCM问卷为基础获得的国产化版本。量表采用Likert5点计分,1表示完全不认同,5表示完全认同。

实际中人们对医生群体或任一群体的刻板印象内容并不完全局限于SCM模型所提供的有限形容词描述。要对医生群体的刻板印象进行更为全面的研究,采用刻板印象研究最早使用的自由联想方法仍有必要。本研究要求被试写出至少3个、最多6个自己能够联想到的、与医生有关的词语。将词语自由联想作业与刻板印象内容量表一同发放给被试,一半的被试先进行词语自由联想再完成问卷,另一半被试先完成问卷再进行词语自由联想,以平衡两种测量间的顺序效应。

测量结束后,对经由词语自由联想收集到的词语进行调整,将被提及次数不足两次的词语看作是非群体性观点删除,保留被提起次数两次及以上的结果。之后,对不同顺序位置的词语赋予权重。一般认为,第一个被想到的词语与医生群体的刻板印象有更加紧密的联系,因此给予其更高的权重。故在本研究中,第一个被联想到的词语权重1.5分、第二个权重1.4分,之后以此类推。计算每个词语的加权分数。在频次分析的基础上,进一步将收集到的形容词按照词性的相近性进行第一层分类,把每个有统计意义的词语进行合并描述,形成第一层的小类别。之后,继续根据描述内容进行第二层分类,将描述同一内容的小类别放入一个大类当中,形成两个群体对于医生自由联想词汇的两种分类,进行对比。

二、研究对象

本研究中涉及医生和患者两个被试群体,对其展示同一份SCM量表和进行同样的词语自由联想测试。本研究中的医生指依《中华人民共和国执业医师法》取得执业医师资格或者执业助理医师资格,经注册在医疗、预防、保健机构中执业的专业医务人员,包括执业医师和执业助理医师。患者则指患有疾病、忍受身心痛苦的人。他们可正在医疗机构接受医疗服务,或曾在医疗机构接受服务,或未曾在医疗机构接受服务,但正忍受身心痛苦。同时,患者及其亲属、监护人或代理人等利益群体也属于广义患者的范畴,实际上,最大范围上的患方可泛指除医方之外的社会成员(吕小康、朱振达,2016)。

患者被试通过两种渠道收集,其一在天津市某三甲医院现场寻找有意愿参与调查的患者被试发放纸质问卷,填写时间为5到15分钟且无漏选题目为有效问卷,在网络中发放电子版问卷,填写时间超过1000秒、少于200秒或全部选择相同答案被视为无效问卷。医生被试来自于天津市两所三甲医院,在医院休息室和会议室发放纸质版问卷,填答时间在5到15分钟之间且无漏选为有效问卷。共调查被试650人,筛选后共得到有效被试596人。

其中,面向患者群体,发放SCM问卷530份,回收有效问卷480份。患者平均年龄42.5岁,标准差10.3岁,其他人口学变量统计情况见表1:

表 1 患者被试人口学变量统计			
变量	类别	<i>n</i>	%
性别	男	228	47.5
	女	224	46.7
	空缺	28	5.8
学历	博士研究生	8	1.7
	硕士研究生	27	5.6
	大学本科	178	37.1
	高中	153	31.9
	初中	73	15.2
	小学及以下	13	2.7
户口所在地	空缺	28	5.8
	农村	115	24.0
	城市	202	42.1
	空缺	74	15.4
合计		480	100

面向医生群体发放刻板印象内容问卷120份,回收有效问卷116份。医生的平均年龄为35.4岁,标准差7.4岁,其他主要人口学变量见表2：

表 2 医生被试人口学变量统计			
变量	类别	<i>n</i>	%
性别	男	39	33.6
	女	75	64.7
	缺失	2	1.7
从事医务工作时间（年）	5年以下	38	32.7
	5~10年	25	21.6
	10~15年	26	22.4
	15~20年	14	12.0
	20~25年	7	6.0
	25~30年	3	2.5
	30年以上	1	0.8
	缺失	2	1.7
合计		116	100

三、基本统计结果

（一）SCM量表的测量结果

两群体对于医生群体在刻板印象内容量表上的得分结果见表3。

表3 SCM模型下各维度得分结果与医患群体差异 (N=596)

维度	医生 (n=116)		患者 (n=480)		t (医生-患者)
	M	SD	M	SD	
热情	3.75	0.77	3.45	1.03	3.38**
能力	3.96	0.76	3.76	0.98	2.41*
道德	4.04	0.71	3.50	1.06	6.66***

注：* $p<0.05$ ，** $p<0.01$ ，*** $p<0.001$ ，下同。

本研究要求医生站在医生的角度对于医生群体进行内群体评价，其刻板印象内容量表得分反映了医生被试对于自己群体的评价。从表3可以看出医生群体对于内群体的评价显著高于理论中值结果 ($p<0.05$)。这说明医生群体对于自身的评价是较为积极的，符合内群体偏好的假设。同样，也可以看出患者群体对于医生群体的评价较积极。热情维度、能力维度和道德维度显著高于理论中值3 ($p<0.05$)。

对比患者被试与医生被试的结果，可以发现两方患者存在显著差异，且在每个维度上有不同的表现。在热情、能力和道德三个维度上，医生被试对于自己群体的评价均显著高于患者被试对于他们的评价，这符合Cuddy, Fiske 和Glick (2008) 对于刻板印象内容模型内群体偏好和外群体贬抑的假设。其中，道德维度t值显著高于其他两个维度，说明医生被试和患者被试在道德维度评价上差异最大；差异次大的是热情维度，最后是能力维度，但能力维度仅在0.01的显著性水平上边缘显著。

将各个维度进行对比，寻找不同维度之间的差异，可以得到目前两群体对于医生群体刻板印象的表征方式，结果见表4。

表4 刻板印象内容各个维度的均值差检验 (N=596)

均值差	医生 (n=116)			患者 (n=480)		
	M_d	SD_d	配对 t 值	M_d	SD_d	配对 t 值
热情-能力	-0.26	0.80	-2.90**	-0.30	0.83	-7.98***
热情-道德	0.30	0.59	-5.55***	-0.05	0.69	-1.487
能力-道德	0.09	0.59	-1.58	0.26	0.72	7.78***

注： M_d 表示均值差， SD_d 表示均值差的标准差。

根据表4结果，患者被试对于医生群体的评价在热情维度和能力维度之间有显著差异，且热情维度得分显著低于能力维度得分。因此，可以将医生群体归为高能力—低热情类型中。同时，能力维度与道德维度得分存在显著差异，能力维度得分显著高于道德维度得分。但是热情与道德维度之间没有显著差异，且道德维度和热情维度与能力维度的差异方向一致。这说明患者被试对于医生群体的评价在热情维度和道德维度上没有明显差异。

医生被试配对t检验结果显示，医生被试在对自己所在群体做出评价的时候在热情和能力维度上存在显著差异。与患者被试评价结果不同的是，其评分在道德和能力维度上差异不显著。在医生被试进行内群体评价时，道德维度显著高于热情维度得分。

(二) 词语自由联想测验结果

词语自由联想测验部分共收集患者被试联想的不重复词语285个，医生被试联想的不重复词语192个。取其中被两人及以上人次提到的词汇作为有效数据，患者被试中找到有效词汇128个，医生被试中找到有效词汇62个。

患者被试词语自由联想结果如表5。128个两人以上提及的词汇中，积极词汇有80个，占总数的

62.5%, 加权总分 860.4 ; 消极词汇 36 个, 占总数的 28.1%, 加权总分 190.7 ; 还有中性词汇 12 个, 占总数的 9.4%, 加权总分 63.7。

表 5 患者群体词语自由联想结果 (部分)

词语	<i>n</i>	加权得分	词语	<i>n</i>	加权得分
救死扶伤+	97	128.3	值得信任的+	5	7.6
白衣天使+	80	108.2	有爱心的+	6	7.5
妙手回春+	56	72.2	起死回生+	6	7.2
华佗再世+	26	34.8	热情的+	5	7.2
辛苦的-	21	27	尽职尽责+	5	7
和蔼的、和蔼可亲+	19	25.3	正直的+	6	7
善良的+	18	23.3	护士	5	6.9
专业的+	18	22.8	医德高尚+	5	6.2
医者仁心、仁心仁术、妙手仁心+	18	22.2	技术高的+	5	5.8
治病救人+	16	20.9	神圣的+	5	5.8
红包-	13	18.9	健康的+	4	5.7
白衣服的、白大褂	14	18.4	奉献的+	5	5.6
好的+	12	16.7	收入高的+	4	5.6
(白衣) 天使+	13	16.4	有才能的+	4	5.6
严肃的+	11	15.1	聪明的+	4	5.6

注：+表示积极词，-表示消极词，未加符号表示中性词或词性模糊。

从患者被试词语自由联想结果中可以看出，患者被试对于医生的刻板印象内容是积极的。或者说，在其刻板印象当中，对于医生要求依然很高，这主要集中在对于医生能力、道德等方面的要求。

医生被试词语自由联想结果见表 6。收集到 62 个有效词汇中，积极词汇总计 30 个，占有有效结果总数的 48.4% ; 消极词汇共 30 个，占有有效结果总数 48.4% ; 中性词或不能判断词性词 2 个，占有有效结果总数 3.2%。

表 6 医生群体词语自由联想结果 (部分)

词语	<i>n</i>	加权得分	词语	<i>n</i>	加权得分
辛苦-	39	40.4	兢兢业业+	3	3.2
劳累-	16	17.8	耐心+	2	2.7
累-	14	15.9	高强度-	2	2.6
忙碌-	14	15.3	有能力+	2	2.6
收入低-	12	14.3	被误解-	2	2.5
压力大-	12	14.3	细致+	2	2.5
白衣天使+	13	14.2	信任+	2	2.5
救死扶伤+	9	9.6	过劳-	2	2.4
危险-	7	8.8	紧张-	2	2.4
穷-	7	8.4	付出回报不成正比-	2	2.4

词语	<i>n</i>	加权得分	词语	<i>n</i>	加权得分
加班-	7	8	工资低-	2	2.4
熬夜-	5	6.8	冷静+	2	2.4
善良+	6	6.6	爱心+	2	2.3
严谨+	6	6.6	不受尊重-	2	2.3
高尚+	6	6.5	大爱无疆+	2	2.3

注：+表示积极词，-表示消极词，未加符号表示中性词或词性模糊。

医生被试的词语自由联想结果与患者被试的结果存在较大的差异，尤其是对于自己群体带给自己的积极感受方面描述较少，更多的关注工作本身带来的负面感受，如劳累、辛苦等，以及受到现在医患关系紧张情况带来的困扰。

仅区分积极词和消极词进行研究的方法简单有效，但从积极或者消极的角度对医生群体进行描述是不充分的。为此，有必要对这些词汇进行进一步的归类分析。

两组被试的相同分类结果的内容对比见表7。

表7 患者被试与医生被试词语分类相同分类结果对比

类别名称	患者被试	医生被试
德高望重	医德高尚、医德、职业道德、品德高尚、声望高、妙手仁心、仁慈、医者仁心、仁心仁术、医者父母心、悬壶济世	仁心仁术
好的工作态度	负责的、有责任感的、爱岗敬业的、敬业的、尽职尽责、细心、仔细的、认真的、严谨的、谨慎的、严肃的、严格	严谨的、细致、认真、负责、敬业、责任
神格化	神圣的、崇高的、高尚的、守护神、白衣天使、天使、起死回生、华佗再世、妙手回春	神圣、高尚、白衣天使、天使
消极医患关系	医疗纠纷、医闹	医闹
正面社会形象	勤劳的、伟大的、无私的、奉献的、舍己为人、有修养的、正直的、值得信任的、为人民服务、助人为乐、有爱心的、美好的、好的、冷静的、权威的、工作待遇好、收入高的、高收入的、富有的、社会地位高、高大的	爱心、冷静、无私、奉献、勤劳、信任、勇敢、勤奋、干练、大爱无疆
职业弊端	劳累的、辛苦的、忙碌的、工作压力大、压力大的	压力大、无休假、无假期、加班、熬夜、夜班、值班、早出晚归、被误解、不被理解、不受尊重、付出回报不成正比、累、辛苦、劳心、劳累、过劳、疲劳、疲倦、紧张、焦虑、无奈、忙碌、繁忙、风险大、高危、危险
专业知识	有学问、有学识、专业的、医术高明、有技术、有才能的、能力强、有能力、技术高的	专业、博学、高学历、有能力
职业期望	使命、手术、看病、生的希望、治病救人、救死扶伤、药到病除	救死扶伤

两群体不同分类结果的内容对比见表8。

表8 患者群体和医生群体分类结果不同结果对比

医生被试	包含内容	患者被试	包含内容
反面社会形象	收入低、工资低、穷	人物特征	护士、大夫、男的、白色衣服、白大褂、白色、戴眼镜
好医生的工作状态	任劳任怨、兢兢业业	物品	医药、药品、药剂
职业特点	责任大、高强度	医德	大医精诚、人道主义
		医患关系	医患关系
		印象	大胆的、洁癖、健康的、生病、死亡、恐怖
		场所	医院
		高智商	聪明的
		好医生的态度	友好、善良、友善的、温和、和蔼的、和蔼可亲、态度好、亲切的、慈祥的、热情的、热心、有耐心的、急患者之所急
		坏医生的特征	不耐烦的、冷漠的、冷酷的、麻木的、没有人情味的、不能信任的、不诚实的、虚伪的、做作的、不负责任的、庸医害人、见钱眼开、势利、红包、利欲熏心、黑心的、态度不好、敷衍、不和气、不救死扶伤
		积极医患关系	救命恩人
		看病贵看病难	药价贵、看病贵、看病难
		厉害	厉害的

由于医生被试数据收集难度较大,患者被试人数与医生被试人数之间有较大的差异,也导致收集到词汇的数量有很大差距,但仍能在一定程度上反映出医患之间对医生刻板印象情况以及两群体间存在的差别。

四、讨论与结论

（一）SCM模型的结果讨论

总体而言,患者在评价医生时,在热情,能力和道德三方面得分较高。这表明患者群体对于医生群体的刻板印象是积极的。但是若与以往研究(高明华,2007;程婕婷,2015)对比可以发现,对于医生群体的评价出现了显著的下降。这种结果一方面可能是由于被试群体差异和测量主体不同导致的,以往研究中使用的被试为在校大学生,而本研究中收集的数据主要来自已进入社会的成年被试,鲜有学生数据。真实的就医体验,可能影响了患者对医生的刻板印象。

从医生对自己群体的评价中可以看出,医生群体很重视道德因素在自己群体中的地位。或者说,在医生看来,自己群体的成员应当是、并且确实是遵守医德的。同时,人们大多认为医生在接诊当中是冷漠的,表现在患者对医生群体成员的评价当中,热情维度得分是最低的。但医生在评价自己群体成员时,热情维度得分显著高于患者评分的结果。这可能由于在接诊过程中,医生与患者之间并不是

一对一的接触形式,而是一对多的接触形式。从医生的角度来看,医生坐诊一天需要接待数十个病人,一旦开始一天的问诊就很难再离开办公桌半步,因此很难在面对每一个患者的时候都和颜悦色,自己已然表现得很尽职。而从患者的角度来看,寻求医生的帮助除了想要得到生理的治疗外,还想医生以认真的态度对待自己、并寻求心理上的安慰。如果后一种需求不能得到满足,就容易将医生视为是低热情度的个体。这种需求之间的“不平衡”,是造成医患冲突的潜在风险因素之一。

（二）词语自由联想测试结果讨论

患者群体对于医生评价的词汇主要是积极词、少有消极词,但医生对于自己团体进行评价时,积极词与消极词各占半数。这表明患者群体倾向于将医生群体视为具有高超技术、高尚情操、高生活品质的对象,而医生群体成员对自身情况的认识却要更为复杂、态度上则正反参半。

对词汇分类的结果显示,医患之间对医生形象的认识存在诸多差别。例如,在神格化分类当中,患者群体对于医生的刻板印象仍然停留在救苦救难、全知全能的阶段,带有神化医生职业的倾向。这很大程度上是由于我国社会文化当中对于医生形象的崇高化描绘所致。譬如表现扁鹊、华佗神乎其神医术的传说等,导致社会上大多数群体对于医生的认识始终停留在“神医”的层面,而忽视了医学模式自身与医生个体的各种局限,容易对医生提出不切实际的要求和期望。

其次,除患者被试和医生被试都提到的对于医生品行方面的刻板印象(如勤劳、伟大等)之外,患者群体还提到了工作待遇好、收入高的、富有的、社会地位高等,即认为医生在工作中的付出和回报是相符合或者回报大于付出的。而医生在评价自己群体成员的形象时除了提到品质上的正面社会形象之外,还提到了其在社会上的反面社会形象,包括收入低、工资低、穷。与前面患者群体提到的正面社会形象中的高收入特征截然相反。同时,在医生的分类结果当中,归入职业弊端类别中的词语除了有和患者群体一样的劳累、辛苦等词语以外,还有被误解、不被理解、不受尊重、付出回报不成正比、风险大、高危、危险等词语,这些词语都是与医生的工作经历相关的内容。这表明医生群体对于自己群体所遭受的不公平待遇有强烈的感知。根据汪新建、柴民权、赵文珺(2016)对医务工作者在医患关系中的群体受害者身份感知与集体内疚感之间的关系进行探讨的过程中发现,启动了群体受害者身份的被试对于其群体成员伤害患者行为的集体内疚感显著低于控制组,即“认为由于自己所属群体遭受过不公平对待,因此其伤害外群体的行为在一定程度上是有情可原和值得谅解的”,这样的恶性循环对于医患关系的建设是十分不利的。

（三）结论

基于SCM模型和词语自由联想测试的结果,可发现目前患者群体对于医生群体的刻板印象除了评价积极的特点之外,还存在着对于医生能力期待过高的问题,其最直接后果是患者更加难以接受在医疗过程中不符合自身期待的结果。从医生被试的测试结果看,SCM模型问卷中虽然显示出了其对内群体偏好的倾向,但是在词语自由联想的测试中,这种偏向并不明显。患者被试对好医生坏医生分类结果表明,患者心中存在好医生和坏医生的评价指标,患者群体在就诊过程中是在根据这个指标对医生进行评价。当然,这种指标并不完全是量化的,而更多的是范畴化的。一旦有医生行为脱离患者所设定的好医生范畴,患者很容易就会将医生归入坏医生行列,并在关于医生的负面新闻报道中加以强化。

同时,对于医生的工作,医患两个群体的评价存在很大的差异。这种差异潜藏于医患沟通过程中,由医患双方对于医生不同的刻板印象导致,也是导致医患双方在面对消极医疗结果时难以理智处理、从而产生冲突的重要原因。两者在对于医生工作性质优劣的理解方面存在较大的分歧,这可能也是导致医患之间产生冲突的一个潜在原因。了解目前医患之间对于医生群体的刻板印象现状与差别

后,后续研究可进一步研究此类刻板印象的形成机制与印象管理措施,从而为建构更为积极的医方形象和建设和谐的医患关系提供更为针对性措施。

参考文献:

- 程婕婷, 2015:《城市居民对外来务工人员子女的刻板印象》,《西北师大学报》(社会科学版)第3期。
- 程婕婷、张斌、汪新建, 2015:《道德:刻板印象内容的新维度》,《心理学探新》第5期。
- 高明华, 2010:《刻板印象内容模型的修正与发展——源于大学生群体样本的调查结果》,《社会》第5期。
- 管健、程婕婷, 2011:《刻板印象内容模型的确认、测量及卷入的影响》,《中国临床心理学杂志》第2期。
- 李正关、冷明祥, 2009:《医患关系研究进展综述》,《中国医院管理》第3期。
- 吕小康、朱振达, 2016:《医患社会心态建设的社会心理学视角》,《南京师大学报》(社会科学版)第2期。
- 汪新建、柴民权、赵文珺, 2016:《群体受害者身份感知对医务工作者集体内疚感的作用》,《西北师大学报》(社会科学版)第1期。
- Cuddy, A. J. C., S. T. Fiske & P. Glick, 2008, “Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the bias map”, *Advances in Experimental Social Psychology*, vol.40, pp. 61—149.
- Fiske, S. T., J. Xu, A. C. Cuddy & P. Glick, 1999, “(Dis) respecting versus (dis) liking: Status and interdependence predict ambivalent stereotypes of competence and warmth”, *Journal of Social Issues*, vol.55, pp. 473—489.
- Fiske, S. T., A. J. C. Cuddy, P. Glick & J. Xu, 2002, “A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition”, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.82, pp. 878—902.
- Leach, C. W., N. Ellemers & M. Barreto, 2007, “Group virtue: The importance of morality (vs. competence and sociability) in the positive evaluation of in-groups”, *Journal of Personality & Social Psychology*, vol.93, pp. 234—249.

(责任编辑:蒋永华)

Stereotypes of Doctor's Role and Their Intergroup Differences between Doctors and Patients

LÜ Xiao-kang, LIU Ying

Abstract: The study used the questionnaire of stereotype content model (Chinese version) and the word association test to investigate the stereotypes of “doctors” and intergroup differences between doctors and patients. The patients tended to classify the doctors as a group with high ability but low enthusiasm, while the doctors had significant in-group preferences in the ethical dimension. Meanwhile, the patients had more positive results in the word association test, while the doctors had almost equal number of positive words and negative words in the same test. The patients tended to think doctors have high quality life with a high income and hence have high anticipations on doctors, and however the doctors inclined to think they themselves are a group with low income and under high pressure, gaining less than what they deserve. These differences are potential sources of doctor-patient conflicts and subsequent studies will further concentrate on the formation mechanism and measures for managing the impression of those stereotypes.

Key words: stereotype content model; word association test; doctor-patient relationship