

心理契约视角下的医方信任演变

——基于儿童血液病中心的参与观察研究

汪新建 王 丛

〔摘 要〕 医方心理契约是医务人员对基于自身在医疗机构中所扮演的角色而产生的关于自身权利与义务的内隐期望,包含了对医疗机构及其政府主管部门的期待和其工作对象、即患方的期待。在住院病房中,医方信任的建立与分化通过心理契约的履行感知与其内隐期望进行不断的对比而实现。如果医方知觉到感知与期望的不匹配,就会引发失望、愤怒、倦怠等负面体验,导致医方信任受损甚至中断。反之,患方的尊重与认可会强化医方的职业认同,缓冲其因工作强度和管理压力带来的不满,减少职业倦怠的发生。医方信任的产生以医方心理契约的全方位满足为前提,而医方心理契约的达成既要求在人际层面得到满足,也需要在制度层面得到保障。

〔关键词〕 心理契约;医方信任;医患信任;医患关系

一、从心理契约的视角理解医方信任

信任总是相互的。作为人际信任的一种类型,医患信任具有对称结构,是双方针对彼此的信任构成的有机整体。也就是说,医患信任存在患方信任(患方对医方的信任)和医方信任(医方对患方的信任)的双重主体结构(汪新建等,2016)。但一般研究较注重患方视角下的医患信任,重视医方言行对患方信任的影响。这固然抓住了医患信任中主要的一面,但医方信任作为医患信任另一侧面遭到忽视,仍是学术研究中的一大缺憾。在多次参与观察与深度访谈的过程中,发现医护人员常觉得此类学术研究或媒体关注忽视了对其职业经历而言非常重要的东西,即医方在常规医患接触过程中普遍存在的情感状态,以及他们对于患方行为的不成文的内隐期望。这种内隐期望来自患方的配合与善意,对于激发医方自身的主动关怀与照护行为而言至关重要。只有在这些期望得到满足时,医方才会在职业道德的硬性要求之外主动对患方产生好感。这种好感基于人与人之间通情达理的交流而生,是人际关系真正的润滑剂,也是医患信任结成的助推剂。但是,传统研究更多强调医方应主动培养自身对患者的共情能力,而在某种程度上忽视了医生自身对患者的情感需求和关系期待。

即使在诸多从医方视角分析医患信任的心理学研究中,其重点多在考察医方的职业道德和个体

汪新建,法学博士,福州大学人文社会科学学院特聘教授(福州 350108),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(天津 300350);王丛,法学博士,天津商业大学法学院心理学系讲师(天津 300133)。本文系国家自然科学基金重点项目“医患社会心态的形成机制与治理路径研究”(21ASH012)的阶段性研究成果。

特征因素对医患关系的影响,或是分析医方如何应对医患关系中的风险和不确定性。前者更多是患方眼中之理想医方形象的学术投射,重在提升医方的道德水平和行为规范以满足患方期待,从而达到理想境界的医患关系形态;而后者则体现出极强的职业理性或工具性思维,重在防范因医方过失或患者的过度维权、无理取闹、暴力攻击等治疗外因素而破坏医患和谐,以维护自身权益、确保职业安全。两者的共同特征都是忽略了医方同样作为“人”的心理感受与情感需求。往往只在医患纠纷和医患冲突上升到某种剧烈形式时——典型的如在“医闹”“伤医”“杀医”事件出现时,医方的这些感受与情绪才相应地得到暂时的关注与安抚。一旦舆论热潮退出,医务人员的此类需求依然持续隐没于繁忙紧张的日常工作要求中。

毫无疑问,研究医患信任时若缺少了对医方心理感受的说明,是不完备甚至不足够友善的。但出于各种原因,这些内容在医患信任关系的既有分析框架仍然隐而不显。如能在强调患方视角的同时,也能从医治者的视角来阐述医方的感知与期望,讲述他们对患方信或不信背后的心理过程,人们对医患信任结缔过程及其影响因素的理解将可更为平衡、更为全面。而这种期待,正可从心理契约的视角加以总结经验和阐发学理。在医患关系场域,各种医疗法律法规及医院自身的管理条例,所能约束的只是最底线的行为,所能保障的只是最基本的权益。在“法无禁止即可为”的自主行为空间与“违法必究”的行医或求医底线之间,还留有巨大的、属于医患自发互动的拿捏空间。如果说有关医疗执业的法律法规和医疗机构的相关管理规范,是以明文契约的形式确保了医方的行为底线,从而引导和塑造患方对医方的制度信任;那么,医患之间的自主自发互动的形式与质量,则决定了人际层面的医患信任的发展程度与感知质量。之前关于中国人人际信任的研究已经发现,那些遵循内隐交往法则并履行其义务与责任的人更能获得信任(杨中芳、彭泗清,1999),医患人际信任也是如此。而心理契约正是处在互动关系中的双方不用合同和规章规定的、隐含于主体认知中的关于相互责任义务的主观假设,从这一视角出发理解人际信任的形成,具有实际上的合理性。

另外,从概念及其所反映的心理内容上讲,人际信任与心理契约本身就具有内在的学理关联。人际信任是一方在互动过程中建立起来的对另一方的言语、承诺及其行为的可靠程度的一种积极预期和概化期望(Levine et al.,2018),而心理契约则强调互动双方对彼此应尽责任义务的非正式的、不成文的、内隐的期望(Koomson,2021);作为医患关系核心成分的医患信任,既包含了患方对医务人员的就医期望,也包含医方对执业环境与医患关系的一整套期望。从这个角度看,信任的结成正是医患双方各自心理契约的实现程度在医患关系层面的一种展现。而从心理契约的已有研究来看,其主要应用范围是管理心理学领域,主要是指员工与企业、雇员与雇主之间的心理契约。体现在医疗场域,得到实证研究的主要是医方对医院的心理契约,表达的是医方对自身的权利与义务、对患方的权利与义务以及对执业环境所抱有的一整套的内隐期望(殷婷,2021;郑寒君等,2021;Zhang et al.,2022)。而患方本身是一种没有组织性的泛指型群体而非有着固定组织情境的职业群体,因此难以直接套用心理契约的理论来解释患方信任。不过,也有部分研究直接采用了“医患心理契约”的定义,把心理契约的订立双方从雇员和雇主直接替代为医方与患方,强调医患之间情感契合与承诺契合,而不太强调成员与组织及制度之间的契约,体现出从经济组织内部的雇佣关系领域向其他泛人力资源管理领域拓展、从“隶属性”社会关系向“非隶属性”社会关系延伸的普遍趋势(杨同卫、苏永刚,2015;金艾裙、张慧潇,2021);甚至有些研究更重视患方的感受,即把医患心理契约等同于患方心理契约(如Chang et al.,2020),定义为“患者内心单向与医方签订的一系列的心理契约条款的集合”(王少群,2012)。这可视作心理契约理论在中国情景下的灵活应用。

本文仅拟从医方心理契约的角度解释医方信任的演进,这与前述的“医方视角”也正好契合。为此,基于已有研究,这里将医方心理契约简洁地定义为医务人员基于自身在医疗机构中所扮演的角

色(如医师、护师、技师或行政管理人员等)而产生的关于自身权利与义务的内隐期望,并将其主要内容概括为以下四个方面:一是医方对自身权利的内隐期望,这包括疾病诊治的自主权、了解与诊断治疗有关的患者隐私的权利、继续学习和获得合理报酬和福利的权利、进行合理医疗研究的权利等;二是医方对自身责任义务的内隐期望,包括诊治疾病、解除痛苦、解释说明病情、保护患者隐私、宣传普及医学知识、发展医学科学的义务;三是医方对患方权利的主观假设,包括人格尊重权、知情同意权、医疗方案的选择权和参与权、隐私权和保密权、对医疗服务质量的投诉权等;四是医方对患方责任义务的内隐期望,包括信任主治医生、如实陈述病情、配合医方检查治疗并遵医嘱、支付医疗费用及其他服务费用、尊重医护人员的劳动和人格尊严、遵守医疗机构的规章制度、不影响他人治疗、不将疾病传染给他人等(参见唐心怡、官翠玲,2018;周婷婷、金艾裙,2022)。前两者主要是针对医疗机构及其政府主管部门的心理契约,反映了医方对硬性执业条件和组织管理氛围的期待;后两者主要反映了对患方的心理契约,反映了医方对其工作对象的隐含要求和对医患间直接的人际互动模式的期待。但前两者与后两者并非相互脱离,而是相互交织、相互影响,它们的相互支撑构成了医方职业认同的重要支柱。后两者构成了本文探讨的主要内容。

为此,本文结合我国A市血液病医院儿童诊疗中心(B中心)的参与观察与深度访谈记录、医务人员的朋友圈和微信公众号文章等相关资料,展示医方行医实践中对医患关系的实际感知及其与内隐心理契约的比较,以及这种比较如何决定医方信任的基本走向。研究的伦理考量及背景信息可参阅前期论文(吕小康等,2021),此处不再赘述。同时,受限于儿童血液病的实际情况和未成年人研究及病患伦理的考虑,本文中的医方信任特指医方(包括医师、护师、技师或行政管理人员等)对患儿照料者(主要是父母)的信任,而不是医方对患者本身的信任。

二、医方心理契约的“感知—期望”对比与医方信任的演变

不论心理契约还是人际信任都是动态性的,都在实践中被感知。而能被归结为医方信任的外显态度和实际行为,通常都是基于实践感知与内在期望比较之后的结果。像儿童血液病这种需要长期住院治疗的疾病类型,一旦患儿进入病房,医患关系就成为一种具有法律约束力的治疗合作关系,医患之间要开展高密度、长时段的人际互动。这既包括医生与患者及其照料者的互动,对血液病这种需要高质量、长病程护理的病种而言更包括护士与后者的互动。同时,对低龄患儿来说,医患互动更多体现为照料者(兼治疗决策者)与医方之间的互动;他们之间的互动质量决定了医患关系层面的医方心理契约的实现程度,进而决定了医方信任的推进程度。可以说,医方信任的建立与分化正是通过心理契约的履行感知与内隐期望之间的动态对比而体现的。当心理契约的履行感知与医方的内隐期望相匹配、甚至超过医方的期待时,医方能达到满意,并产生积极情感,促使医方信任的提升,并由此坚定职业认同、感到行医的光荣。而当心理契约的履行感知未能满足医方的内隐期望时,医方即会感知到心理契约的违背,从而导致医方信任受损甚至中断。

虽然心理契约的内容通常是内隐的,但它总会通过一定的方式得到外在表达。研究过程中,我们发现医方关于行医与护理的内隐期待有多种表达方式,但大体可归结为两大途径。一是在直接的医患沟通或内部交流中体现。这又可分为戈夫曼(2022)意义上的“前台行为”与“后台行为”。前台行为主要体现为诊疗、查房、护理时对患方的公开交流、指导、批评、建议等言行表现,以及附着于这些言行的可直接体察的态度,甚至这些言行或态度后的内隐观点。例如,M005医生对患儿父亲提出护理要求并给予情感支持。

M005 医生:“尽量在家吃饭,不要在外面吃饭,有一点细菌就会感染,戴上口罩,防止呼吸道感

染,因为一旦感染,血象下降特别快。”患儿父亲流着泪说道:“这是我的小儿子,他妈妈生他的时候都37岁了,不容易啊!”M005 安慰患儿父亲:“孩子的情况现在没有那么差,甚至比我们这一般的患儿还好一些,也别太担心了。”

后台行为是在医生办公室的内部交流与谈话,会涉及查房结果、病情发展和病人及家属处置等不宜公开的内容。这些内容通过参与观察或访谈而发现。例如,医生们在交班晨会中商讨应对“潜在医闹者”的对策。

M010 医生在晨会时汇报:“每次和她谈话,她问的最后一个问题和第一个问题都是一样的。她对医生和其他患儿家长都不信任!周五本来安排了她家孩子上化疗,结果找不到人了,我给她打电话,她说,她琢磨着没有病床就不做了!”

二是通过以微信公众号为代表的医院自媒体或医护人员的微信朋友圈或微博短文而体现,是近年来随着多数医院愈发重视媒体运营和品牌建设而出现的新型表达方式。这种形式在一定程度上弥补了传统传播方式的不足,从一些故事讲述和宣传策略上还体现出较为明显的叙事医学(narrative medicine)特征。这是一种“受阅读、写作、听故事和讲故事的理论和实践影响的临床实践”(卡伦,2015, p. vi)。叙事医学已在国内外医学界得到不同程度的实践,B 中心所在的医院也高度重视它的应用,设有专门的公众号不定期讲述医患相关故事。同时,B 中心的主治医生之一(M009)本身还是该医院医务处的负责人,具有医生和行政管理者的双重身份,她本人经常在微信朋友圈撰写或转发行医经历与感悟。这也为我们观察医护人员针对患者的隐含心理契约提供了一个有效的窗口。

和同事们一起给春节期间还要继续做治疗的小宝贝们送去礼物,当小美女眼中露出笑容时,当刚刚做完腰穿只能平躺的小弟弟对着小美女说“谢谢姐姐”时,心都醉了。感谢我们的儿科医生护士老师们,也感谢孩子的家长们对于我们的信任、理解和配合。过去的一年中,感谢社会各界人士对于儿童血液的关注支持!(M009,2022/02/16)

但不论透过哪种外在表达方式(前台行为、后台行为或医院自媒体的叙事)观察医方心理契约,总能发现信任居于医方心理契约的核心。不仅对医方而言如此,对患方而言也是如此。不过,医患双方对于信任的理解和要求并不相同。也就是说,对方是否可信,患方和医方有着不同的判断方式。患方对医方的信任,主要围绕是否具备足够的诊疗技能这类“医术”方面的信任,以及是否尽心尽力、是否将患者自身的健康权益及经济利益置于首位这类“医德”方面的信任这两大内容,且通常随医护的个人行为而发生高度变化。例如,外地患者慕名(医术或医德)而来,指名就医的行为并不鲜见。

M001 主任:“北京来的一个患儿,高危的,在全国知名的医院基本都看过了,上海、南京什么的大医院都去过了,治疗的效果不怎么好,下周一来我们这里的门诊,点名要求找 003G 医生给看一看。”

而医方对患方的信任,则主要围绕职业自主、诊断权威、人格尊严、执业安全方面的尊重与保障。这里带有较少的个体特殊性,体现出对患方的普遍期待和泛化要求。这其实正与他们的心理契约的内容高度吻合。

M001 主任:“我到郑州开会,参加了‘如何做一个合格的病人’白血病患者义诊活动。活动请了几位专家与患者面对面交流,交流的主题就是‘如何学会与医生沟通,不要把压力全部放在医生身上’。有 300 多白血病患者与家长参与,患者群体很强大。郑州、山东等地都组织了‘医患面对面’的这种白血病义诊活动,很多白血病患者当初治疗时走了很多弯路,花了很多冤枉钱,却没有得到很好的医治。所以,我想我们可以申请院领导批准,也在所里五楼会议厅办一次这种‘医患面对面’活动。”

“做一个合格的病人”这种对患方行为与态度的积极期待,构成了医护人员持续执业的重要动力。在访谈时,有一位医生用极朴素的语言道出了他们对患方的信任期待:“只有他们信任我们,我

们也信任他们,我们才能更加放心大胆地医治他们,给他们出治疗方案的时候,也不用担心这个,担心那个了。”(M002)“信任我们”其实是医生对医患关系所抱有的核心期待,是绝大多数医护人员心理契约中的核心内容。这与他们对中国患方信任的普遍性低感知水平有关。有一次,M004 医生查房后回到办公室就感叹:“感觉患者总是以怀疑的眼光对待我们说的话!”另一位医生 M007 回应道:“大多数患者还是信任医生的吧?”但她的话立马引来了 M003 医生的反驳:“在中国,我觉得大多数患者其实是不信任医生的!”这些医生之间的内部交流,反映了他们对患方信任的低期待和不一致。为此,他们也会主动地通过一些方式来唤起病患和公众给予自己应有的信任和尊重。

其中,主治大夫 M009 医生作为医务处的负责人,更是有意识地、积极地利用其微信朋友圈表达了医生群体的这种职业期待。其叙事模式通常是先介绍医院内或是相关同行的日常工作事迹,并借此呼唤患者和社会对医务人员的尊重与体谅。例如,在医护人员成功挽救了一位高热 40℃、血红蛋白仅 3.7g(正常儿童参考值为 110~160g/L)、出现溶血危象症状的少年后,她及时在朋友圈发布信息,称赞“这个病例除了得益于我们医生的临床思维和诊疗经验,更不可或缺我们护士姐妹(兄弟)的专业呵护,同时更珍贵和难得的是患者和家长的信任与配合,这个最难能可贵。当然他们也因为这一份毫无保留的信任回报转危为安。”并紧接着提出了自己的期望:“我的非医疗的朋友们,信任你的医生、护士、医疗机构,最大受益者就是你自己。”(M009,2017/08/29)在这里,她用最直白的语言表达了医方眼中的信任观:只有真正信任医护,才是对患者自己好。这与诸多研究中的信任具有降低合作成本、促进双方互惠的理论观点不谋而合。

从 M009 医生的叙事内容中可发现,在医患心理契约中,医方最为重视的条款便是“患者和家长的信任与配合”。“信任你的医生、护士、医疗机构”是医方对患方责任义务的内隐期望,而内隐期望能否实现,即“感知—期望”的匹配程度决定了医方信任的进一步演变方向。此外,M009 医生还充分利用其医务处岗位的信息聚合优势,不断地通过微信朋友圈进行“摆事实、讲道理”的科普与劝诫。例如,在描绘自己医院的同事在火车站候车时为突发心脏疾患而晕倒的乘客进行胸外按压急救、送上救护车而耽误自己乘车的事迹后,她会适时地提醒:

不需要大家歌颂与赞扬,这是我们自己选择的职业,只是希望大家对医护人员、对各个行业的服务人员(护工、保姆、清洁工、保洁员、服务员、售票员、乘务员、空姐……)客气多些,尊重多些,理解多些,因为没有他们,你一天都过不了、过不好!(M009,2018/02/14)

在冬季的流感高峰期,她又会在朋友圈及时提醒:

友情提示:冬季到来,各医院儿科已超负荷运作,各位好友:如果你们的亲朋好友带孩子看病,请控制好急躁情绪,不要对医护人员、怒目相向、恶语相伤,因为她们已经在超负荷地工作,没有时间吃饭、上厕所,加班加点,彻夜不眠,不求感谢,只求理解。医护人员不是超人,但她们会恪守天职,尽最大努力帮助前来就诊的孩子们,不求点赞只求转发!(M009,2017/11/28)

可以看到,医务人员反复呼唤患者对自身职业的“平视”而非“仰视”或“鄙视”,从而获取与自身职业付出相匹配的社会认可的急切心态。这正是他们基于对自身执业处境的实际感知而不断反思自身的职业认同的过程,也是不断强化和重塑医方信任并及时呼吁与之相应的患方信任回报的过程。

但无论医方如何进行辩解和宣传,不可否认患方的就医期望与医方的内隐期望之间总是存在前述的固有矛盾。很多时候,治疗效果或者说是完全的“治愈”是多数患方群体的最大期望。另一方面,医生所接受的医学教育及其执业经历已经使其明了医学并不能治愈一切疾病,也不能治愈每一位患者。为此,他们更期望患方不要抱有盲目的、不切实际的幻想,并根据病情的发展而实时地调整自身的就医期望,从而使医患双方达到一种“通达的理解”和切合实际的信任。当两者之间的冲突不可调和或出现波动时,就容易影响医方心理契约的履行感知,从而影响医方信任的达成。

三、“感知—期望”的不匹配与医方信任的中断

医患信任的结成是一个动态过程,是患者反复验证就医体验、医生反复验证应诊体验,即医患之间反复测试以进行信任评价的过程。在住院病房中,医方信任的建立与分化通过心理契约的履行感知与其内隐期望进行不断的对比而实现,一旦知觉到“感知—期望”的不匹配,就会引发医务人员的不满意、失望、愤怒、倦怠等负性情感,导致医方信任受损甚至中断。

由于医患之间不可避免地存在关于疾病与治疗相关的信息、知识、经验、技能的多方面不对称,医方对患方的内隐期望与患方的就医期望之间总是会存在不同程度的剪刀差。要促成信任的正向演变,关键在于双方能否对彼此的期望分歧形成相对通达的理解,并努力找到调和与缩小期望差距的方法。一旦分歧无法调和,信任受损的情况便随之产生了。尽管医方会通过前台行为、后台行为或医院自媒体的叙事医学展示自身的内隐期望、倡导医患互信的氛围,努力地强调自身的专业、敬业等“可信性”行为。但是,这种“利益劝导”型的信任逻辑也暗藏着一种强迫性的要求,即医方信任潜藏着某种“从医得信、不从则不得信”(吕小康等,2021)的“高压姿态”。总体来说,心理契约视角下医方信任的确立蕴含着四个方面的内隐期望:一是期望患方展示出高度的治疗依从性;二是期望患方主动提升自身的护理技能与就医素养;三是期望患方做到“通情达理”;四是期望患方在医患沟通时,避免陷于“过度信任”或“极不信任”两种信任极端。

患方对此也有深切的体察。我们访问过多位家长同样的问题:“您觉得在这个长期的医患关系中,医生对病人有哪些期望?”一位母亲回答:“我第一个疗程来的时候,大夫就告诉我们应该做什么护理。(但)无论做多仔细、多干净,大夫觉得都不够,他就这么跟我说的。他觉得你可以更细致、更加干净,就觉得你总有做得不到位的地方。”(P-003Q-M)我们同时还总向家长提问一个问题:“您觉得在医生的眼中,什么样的患者算是合格的好患者?什么样的患者能够得到医生的信任?”另一位母亲(P-002N-M)的回答很具有代表性:

我认为就是通情达理的患者。首先你和医生应该是平等、信任的,也不只是限于和医生之间,应该是在社会交往中,你和任何一个人交往都应该遵循一个平等、信任的原则,然后在此基础上才会有下一步的交往。……不要觉得我是交钱了,我是来买服务的,我就应该怎样怎样,那实际上也是不对的。……然后我觉得就是细化到具体的行为上,不要去闹事啊,要尊重医生,该交流交流,做好自己的本分就行了呗。

B中心的医护人员传递给这位母亲的内隐期望是做一位“通情达理”的患者。但患者怎么做才算是“通情达理”呢?这就需要患者自己的领悟。可见,医方心理契约也不只是一种单向期望,而是经由医患之间反复的、多方位的互动传递给患方,被患方感知加工,进而得到个性化的诠释。但是,P-002N-M同时也感到对医方某些内隐期望的一丝不理解。在接受访谈时,她也坦承:

我感觉医生是不是期望患者尽量知道得少一些?有一次我曾经跟 M006 大夫交流过这个问题,有些时候她就说不知道。我问:是不是因为您太忙没有时间说呢,还是什么原因?她说:有的时候不愿意你们知道得太多。比如我是在这个情况下,让你用这个药,但是有的患者就认为:哦,那就说是到了 38 度了就应该吃这个药。她说我都是综合分析的,你在这个情况下我是这么说的。但是如果换了一种情况,患者还是照旧那样做呢?他可能就会说:“哎,那是大夫说的啊!”……但是事实上……从我个人的角度,其实我是希望大夫……跟你说清楚该怎么怎么治。

这位母亲的困惑正好诠释了医方内隐期望与患方就医期望之间的剪刀差如何影响医患信任的缔结。这可能概括为医学科学训练与病患主体认知之间的“一般和特殊的矛盾”,即“医生对疾病的

解释总要‘适用’于不止一个人。一个发现、理论或方法想要在临床上有用,就必须能够普遍适用。但患者并不担心某个解释只适用于自己的疾病,相反,他们认为只适用于自己的疾病解释反而更有价值,并希望医务工作者也认识到这些独特的现象对他们的重要性,用于他们疾病的解释只适用于他们。”(卡伦,2015,p.37)这种固有的矛盾其实很难从根本消除,它构成了医患间关于病因的解释、治疗方案的沟通、治疗效果的预期等多方面的思维差异。

除对“通情达理”患者的内隐期待,医方心理契约中的另外一条重要内容是他们期望患者在医患沟通时避免陷于两种信任极端。一是基于“医学(医生)万能论”的“过度信任”,即对当前医学的水平 and 医生的水平有过高的期待,认为什么病都能治好且该治好,同时认为治疗决策应完全依赖于医生,把“我又不懂医,你看着办呗!”挂在嘴上而规避自身的配合义务和护理责任。二是极不信任,治疗决策完全以自我为中心,不愿意信任大夫的治疗方案,甚至无端怀疑医方的道德水准。在参与观察中,我们感受到多数医生常感知到的是来自患者的“怀疑眼光”,觉得“大多数患者”一开始对自己其实不够信任。有一天,M004 医生查房回到办公室感叹:“感觉患者总是以怀疑的眼光对待我们说的话!”而 M003 医生随即附和道:“我觉得大多数患者其实是不信任医生的!”这里其实包含了许多无奈、失望等负性情绪,这是造成医患隔阂、猜疑和疏离的重要心理因素。

在 B 中心,M003 医生素以人际沟通能力强、擅于化解医患冲突而著称,经常专门负责与“刺头”“难缠”类患儿与家属的谈话。即便如此,她对于医患关系的现状也有着诸多不满,也积累了不少的怨气与失望心态,并体现在办公室的日常对话中,与其他医生形成一种负面情绪的反馈循环。某次交班晨会后 M005 医生说道:“××(患儿)妈妈昨天吃了三次榴莲,满屋子全是臭味。护士告诫她医院不允许吃味道太大的东西,她还不愿意了,质问护士难道爱吃的东西也不让吃吗?”M003 医生随即提醒:“要小心点这个妈妈。她一来就事很多,哪的人呀?”M010 医生说:“××(省份)人,原来在××医院看病。”M004 医生随即讽刺道:“××人应该很厚道的呀!”言下之意,该妈妈配不上××人应当有的“厚道样”。血液病的治疗与护理过程是漫长的,随着治疗与护理变成病房中的日常行为,患方的诸多生活习惯也会暴露于治疗空间中,而这些生活习惯未能满足医院管理的要求,这些潜在的、本质上非治疗性的细微冲突也可能塑造出医方眼中“不守规矩、不遵医嘱、不合作”的患方,医护人员获得的积极情绪也随之减少,并在未来的医患互动中制造出更多的权力争夺与权益防御姿态,从而制造出更多的怨恨与不信任,甚至出现利用地域刻板印象进行嘲讽的倾向。

某次查房时,一位家长直接质疑了 M010 的治疗能力,查房回来后她愤愤不平地回到办公室诉苦:“那人态度极其恶劣,质问我你到底有没有经验?你没有经验还在这里工作?你们就会抽血!”其实,抽血本是血液病治疗初期例行且惯常的检查,是正当且必要的检验程序,但由于医患的信息不对称、资源不对等以及患方面临的经济压力、生活压力等多种因素往往会提高患方对“抽血”的风险感知水平,对频繁抽血检查的不理解从而变成了对医生经验与能力的不信任。与此同时,医方则频繁陷于心理契约被违背的感知怪圈,觉得自己“做得越多、错得越多”,“救死扶伤”的行医理想逐渐被不时出现的恶意与冲突所淡化。这对医生的情感和自尊都会造成严重的损害,医生往往快速地撤回对患方的原有信任,并将以往医疗纠纷、医疗暴力、薪酬福利、工作强度和职业安全感的多重抱怨集中投射到与某一病人(家长)的不满中,使得医患关系出现裂痕,且很难在后续的互动中得到修复。

参与观察中发现的一个 7 岁患儿 P 的案例很能说明医方在失去对患方的信任后的行为模式。因为 P 总翻白眼,其母亲反映“有的时候睡着睡着就突然眼睛翻上去了,就剩下白眼球,持续 20 多秒都是白眼球”。同时,母亲总质疑并不配合值班医生的查房工作。为此,M002 主任与 P 的父母在办公室进行了正式的沟通,向其说明“翻白眼”的问题已请市儿童医院的专科医生会诊,没有发现器质性问题,也不认为目前是个重要的问题;要确认是否有问题,肉眼无法判断,还需要去儿童医院做核

磁检查。但孩子目前血象指标太低,不建议转院。但是父母的重点仍在于纠结翻白眼的成因,并认为这是B中心的医生进行骨穿或腰穿时没操作好造成的“后遗症”,或者是“吓着了”。父亲称:“是不是骨穿、腰穿的时候伤到眼睛了?因为骨穿之前孩子没有翻白眼的问题啊!也可能她骨穿的时候害怕了玩命地折腾,我就使劲地按着她了,我想是不是孩子吓着了?”此时,M002已明显失去了对这一父母的信任,开始驳斥和训诫,语气强硬地说了以下几段话:

如果你们非要揪着翻白眼这件事,那就必须去做核磁检查,你不能指望一个医生用眼睛就给你确诊了。只是现在看来眼睛不是要命的事,她翻白眼不是器质性的问题,不是神经上的问题,那就有可能是精神上的问题了。所以你也别总是暗示她这个事,总在她旁边提眼睛的事,你越是暗示她,可能她越严重。

我们是专科医院,在血液病方面肯定是最强的。但是在看眼睛、泌尿方面肯定没有综合性的儿童医院强,你也可以转到儿童医院血液科,在那里你可以随时请神经科、泌尿科的医生来看看孩子。

还有一个事,我们这值班的医生、护士都是经过认证的,都是正规医学院毕业的,不要质疑我们任何一位医生的资历,医生查房你要配合,人家的工作经验哪怕只有一年也比你强!

在这里,医生已开始明显地不信任患方,并再三强调患者可以转院,以把患者“推出去”作为排除风险的最终措施。而察觉到医方明显不满的父亲态度变软,表态“还是别转来转去了,转到儿童医院还是要把各项检查重新做一遍,还是折腾孩子”。在后续的访谈中,我们发现患方内心仍倾向于认为翻白眼是医方的过失操作造成的,但权衡后仍选择继续留在医院求治。医方也继续进行施治,但其实已经实施一连串的风险防御行为:请外院专家会诊;在开放办公室内正式约谈;强调并规劝患儿可以转院,先是委婉透露出“不愿意继续收治”的言辞,直至语气强硬地训斥患方。但是,在这个案例中,医患信任的中断并未带来治疗关系的终止,而是双方均带着隔阂与对立的情绪继续维持现有关系。这其实反映了许多医患关系维系的两难:医方需要防备潜在的医疗纠纷或医闹,但依据相关法规不能强行要求转院;而患方则要全方面考虑转院的风险与退出治疗的成本。于是,“不情愿、低信任”遂成为后续医患互动的基调。这也是医患双方在冲突与博弈之后的妥协与让步。

四、系统完善医方心理契约的构建途径以提升医方信任

完善医方心理契约的构建当然不仅只限于探讨医方对患方的内隐期望,还应关注医方对医疗机构的管理期待和对整体执业环境的期待。但良好的医患关系和来自患者的认可和宽容是医方对抗职业压力的重要因素。反过来,如果医方频繁感知到来自患方的质疑甚至攻击,则会加速医方的情绪耗竭和心理契约的破裂。医护们常自称执业环境具有“苦、忙、穷、险、累”的特征,虽然这一描述具有自我嘲讽与调侃的意味,但这种感知仍易导致医方的防御心理与消极心态,造成医方的职业倦怠。而这种对自身职业的内隐期望逐渐破灭的恶果,自然会转嫁到医疗服务的所有对象即整个患方群体上,从而造成医患信任流失的恶性循环。

在B中心不到10平方米的医生值班室内,我们常能从医护之间以及我们与医护之间的闲聊中察觉医方的期望,以及这种期望未能满足时的无奈与倦怠。如M006医生本身很年轻,刚工作不久,喜欢聊关于护肤品的话题,对工作强度曾经有过这样的感慨:“我这白班加夜班,连续工作24小时了,早上没吃饭,有时候下班了才意识到自己一天没去厕所,连口水都顾不上喝。我今天从早上8点到下午5点始终在说话,一直说、说、说,脑袋都是胀的、晕的,就中午吃饭歇了一会儿。”另一位年轻医生M005平时非常和气,几乎每次晨会都会点一杯咖啡,有一次说:“我们休息不好,科研压力也很重,也得申请课题,也要评职称,要是能发几篇SCI论文就更好了。……白天没时间做科研,只能晚上多熬夜做。其实医生就是

一个单纯看病的医生多好!”“累”几乎成了所有儿科医生的口头语,但单纯的累不会完全耗竭他们的全部职业动力,只是当累而不能得到相应的回报时,心理契约的破坏才会发生。

M011 医生:“我以前做过心脏支架,典型的心绞痛症状。去医院做心电图时人家说我,你还是医生呢,回去看看书吧,再不治疗你肯定就要丧失劳动能力了。”M002 医生:“你这么年轻,没看出来呀,你回老家可以去档案室什么的,找个清闲的活儿干。”M011 医生:“老家医院档案室这种轻松的部门都是很难进的,我回去后这种部门每月 2000 多块钱,也就勉强能养家。”

医生不再是“单纯看病的医生”,他们花费在应对管理要求、防范医患纠纷、满足治疗外的职称晋升要求等其他事情上的时间越多,直接与患儿及家属互动的就会越少,得到来自患方的认可与信任也就相应越少。因此,合理的工作时间、匹配的薪资福利、安全的执业环境,成为诸多医护人员共同的内隐期望——其实,这也为完善医方心理契约的构建途径提供了线索和依据。

确实如此,人际信任总是嵌套在制度信任中,个体行为总受特定社会制度的影响。最近关于医患信任的研究指出,医疗制度因素超越文化因素和人际因素,是塑造中国患者信任的最重要变量(池上新,2022);但是,患者对具体医生的医术、医德又缺乏信任,而且制度信任还会促进民众对医生抽象层面和具体层面的信任反差,甚至有时会将体制层面和组织管理层面的问题归结为医务人员的素质和技能欠缺等个体层面问题,使得医务人员实际上成为制度或管理问题的“替罪羊”(Yang et al, 2021)。如此,系统完善医方心理契约的构建途径就需要整体的、系统的体系化改进为人际层面的努力进行全面赋能。这已经远远超出了单个医生、治疗团队和医疗机构自身努力的水平,而是一种全方位的优化与重建。

不论是医方信任,还是患方信任,都是一种稀缺的、易损而难建的心理资源。只有从各方面都做出切实的努力,呵护医方的情感认同,巩固医方的心理契约,维系医方的从业初心,从而能让患方和整个社会全面受益。本文所谓的“医方视角”,正是在这个意义上提出。它本质上是互动互惠的视角,有利于医患双方对彼此信任的提升和医患共同体的最终达成。

参考文献:

- [美]欧文·戈夫曼,2022:《日常生活中的自我呈现》,冯钢译,北京:北京大学出版社。
- 池上新,2022:《制度抑或文化:中国患者信任的影响因素及其演变趋势》,《社会学研究》第 2 期。
- 金艾裙、张慧潇,2021:《医患心理契约违背及重塑路径研究》,《锦州医科大学学报(社会科学版)》第 1 期。
- 吕小康、王丛、汪新建、郭琴,2021:《多重不确定风险及其应对——儿童血液病病房中的医患信任研究》,《社会学研究》第 6 期。
- 唐心怡、官翠玲,2018:《医患心理契约期望感知差异与医患关系研究》,《当代经济》第 3 期。
- 汪新建、王丛、吕小康,2016:《人际医患信任的概念内涵、正向演变与影响因素》,《心理科学》第 5 期。
- 王少群,2012:《医患心理契约违背与心理契约维护的研究》,《医院管理论坛》第 1 期。
- 杨同卫、苏永刚,2015:《论“拒红包协议”对医患心理契约的调节作用——患者角度的考察》,《山东社会科学》第 10 期。
- 殷婷,2021:《基于心理契约理论的泰州地区三级医院医生职业倦怠应对分析》,《心理月刊》第 16 期。
- 郑寒君、汪文新、陈芸、田怀谷、陈美林、江舜杰,2021:《基于医务人员视角的医患心理契约及其影响因素研究》,《中国医院》第 6 期。
- 周婷婷、金艾裙,2022:《基于心理契约的和谐医患关系建构》,《锦州医科大学学报(社会科学版)》第 2 期。
- Chang, P. C., T. Wu & J. Du, 2020, “Psychological contract violation and patient’s antisocial behaviour: A moderated mediation model of patient trust and doctor-patient communication”, *International Journal of Conflict Management*, Vol. 31, No. 4, pp. 647 – 664.

Koomson, S. 2021, "Psychological contract breach as a stressor in the physician's job commitment-extra-role behaviour relationship", *Journal of Psychological Perspective*, Vol. 3, pp. 67 – 76.

Levine, E. E., T. B. Bitterly & T. R. Cohen, et al., 2018, "Who is trustworthy? Predicting trustworthy intentions and behavior", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 115, No. 3, pp. 468 – 494.

Yang, Q., I. F. Young & J. Wan, et al., 2021, "Culturally grounded scapegoating in response to illness and the COVID – 19 pandemic", *Frontiers in Psychology*, Vol. 12, E632641.

Zhang, X., X. Chen & C. Chen, et al., 2022, "The influence mechanism of psychological contract on primary medical staff's turnover intention in the context of COVID – 19 pandemic in China", *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 37, pp. 2936 – 2948.

(责任编辑: 蒋永华)

The Transition of Medical Worker's Trust in Patients from the Perspective of Psychological Contract: A Participatory Observational Study Conducted in a Children's Blood Disease Center

WANG Xinjian, WANG Cong

Abstract: The psychological contract of medical workers is the implicit expectation of medical personnel on their rights and obligations based on their roles in the medical institution, including their expectations of the medical institution and government departments, and expectations of patients and their deputies. In the inpatient ward, the establishment and differentiation of the medical workers' trust in patients are achieved through the constant comparison of the fulfillment perception of the psychological contract and their implicit expectations. If doctors or nurses perceive a mismatch between their perceptions and expectations, it will trigger negative emotions such as disappointment, anger, burnout, etc., resulting in damage or even interruption of trust in medical staff. On the contrary, respect and recognition from patients can strengthen the professional identity of medical staff, buffer their dissatisfaction caused by work intensity and management pressure, and reduce the occurrence of job burnout. The formation of medical trust is premised on the all-around satisfaction of the psychological contract of medical workers, which requires not only satisfaction at the interpersonal level, but also insurance at the institutional level.

Keywords: psychological contract; medical worker's trust in patients; doctor-patient trust; doctor-patient relationship

About the authors: WANG Xinjian, PhD in Law, is Professor at School of Humanities and Social Sciences, Fuzhou University (Fuzhou 350158), and Professor and PhD Supervisor at Department of Social Psychology, Zhou Enlai School of Government, Nankai University (Tianjin 300350); WANG Cong is Lecturer at Department of Psychology, School of Law, Tianjin University of Commerce (Tianjin 300133).