

认知不对等：来自儿科诊室的医患关系研究

陈娟 赵宇佳

摘要

儿科诊室发生医疗纠纷的几率要比其他科室高出许多。以广东省佛山市妇幼保健院儿科门诊室为个案，医生和患者这两组群体存在明显的认知不对等：一、医生认为医疗信息的不对等导致双方矛盾的发生，病人则认为，医疗信息之外的情感需求才是医患矛盾加深的症结所在；二、医生认为医患沟通是医患双方行为，而病人则认为沟通是医生行为。对此，医生应将自己视作医患关系建立的主导者，重视医疗“理想序列结构”中的“开始”部分，重视社会情感的抚慰，而非一味输出医疗信息；在就诊过程中，一旦出现患者“闹”的情绪和行为时，应积极挖掘患者的真实需求点。

关键词

认知、不对等、医患关系

作者简介

陈娟，华南理工大学新闻与传播学院教授、硕士生导师。电邮：foxisfox@126.com。

赵宇佳，华南理工大学新闻与传播学院硕士研究生。

本文系广东省新媒体与品牌传播创新应用重点实验室项目《数字内容产业与社会发展研究》（项目编号：2013WSYS0002）的阶段成果。

Cognitive Asymmetry: Exploring the Doctor-patient Relationship in Pediatric Department

CHEN Juan, ZHAO Yujia

Abstract

The probability of medical disputes in pediatric ward is much higher than other offices. Taking the pediatric outpatient room in Maternal and Child Health Hospital of Foshan City as a case, we found that when it comes to the problem of the relationship, there is a sharp difference between the doctor and patient. There are two sort of asymmetry. One is that doctors believe it's the imbalance in access to medical information that contributes to the conflicts between them,

however patients see that the emotional needs in addition to the medical information caused the conflicts between them. The other is that doctors see the physician-patient communication as a mutual interaction of two parties; On the contrary patients see the communication as the doctors' behavior. It is suggested the doctor has to control the dynamic in the relationship with a patient, and they also have to attach greater importance to the first part of "the ideal sequence organization", and shift the focus from providing medical information to placating social emotions. In the treatment process, once the patient has the mood or behavior of "medical trouble", doctor has to find the real need of him or her.

Keywords

cognitive, asymmetry, doctor-patient relationship

Authors

Chen Juan is a professor at School of Journalism and Communication, South China University of Technology, master tutor. E-mail: foxifox@126.com

Zhao Yujia is a master student at School of Journalism and Communication, South China University of Technology.

This paper is part of Research of Digital Content Industry and the Society Development, funded by Guangdong Key Laboratory of Innovative Application of New Media and Brand Communication (Project Number: 2013WSYS0002).

国家卫计委最新公布的数据显示,我国每1000名儿童仅拥有0.53名儿科医生,仅是需求量的一半。2016年2月24日,国家卫生计生委和教育部联合表示:将采取多项措施,恢复儿科本科招生;将支持中国医科大学、重庆医科大学等八所高校举办儿科学本科专业,并将于今年7月起开始招收儿科学专业本科人才;到2020年,各省区市将至少有一所医学院开设本科儿科学专业。¹儿科为什么地位如此低下?从事儿科工作二十多年的合肥市二院儿科主任王秀丽医生认为,“风险高、难度大、收入低”是最主要的原因,比起成人,儿童的病情有许多不确定因素,也因此导致儿科医生承担着更大的风险。这里的“风险高”,直指医患关系。

2014年12月,美国儿科学会的期刊《儿科学》(Pediatrics)刊出中国医科大学盛京儿童医院许巍等撰写的文章《中国儿科医生面临危机:去留两难》,文章提到:如果孩子的健康状况恶化,家长很可能不分青红皂白地归罪于儿科医生——目前,儿科发生医疗纠纷的几率比其他科室高出许多,儿科医师更是时常受到侮辱,甚至遭受生命威胁(Xu,MD,Cheng,2014)。

“宁治十男子,不治一妇人,宁治十妇人,不治一小儿”。儿科自古被称之为

哑科,想从小孩嘴里问出病情较为困难,这也就是说,儿科的医患沟通较为困难。此外,由于孩子的服药剂量会随长大改变,虽然容易控制,但不容易操作,医学诊疗的效果也不确定,这些都会引发医患之间的矛盾。据《儿科学》2010年一项针对1300名儿科医生的问卷调查也显示,有一半以上的儿科医生(54%)每月至少出现误诊一次(转引自果壳网,时间不详)。通常而言,综合类医院的儿科医患纠纷都要较一般科室高出几倍(数据来源于课题组在佛山多家三甲医院的调研)。从这个意义上来说,儿科诊室的医患关系更值得引起我们的关注。

本研究从儿科诊室的实地调研入手,通过日记观察法、深度访谈和个案分析的研究方法,呈现医生、患者及其家长这两个群体眼中的医患关系,关注其立场、沟通方式,分析这两个群体之间出现医患关系紧张的主要原因,对目前国内儿科诊室的医患关系进行初步探讨,并尝试为儿科诊室紧张的医患关系指出一些操作方向。

一、文献回顾及问题提出

整体而言,目前国内学者对医患关系的研究整体还停留在一个较为宏观的视角,大致会从医生、患者、社会、政策、管理、体制等各个角度对医患关系展开解读。从文献来看,研究者多为一线医务工作人员或医务管理人员,对医患关系有着最直观的体会,往往认为医患关系的紧张与医务工作者在医学院所受教育、沟通能力、道德素养、社会发展、医疗模式的变化密切相关,并尝试从调整从业者心态、注重人文关怀及提升职业道德、改善沟通技能、引导媒体等多方面入手(周衍金,2014;黄伟、钱俊,2015;吴学东、温建芸、裴夫瑜、井远方,2012;李小艳等,2015)。这些研究者受专业限制²,一般都缺乏实践层面的深度挖掘和实证数据的支撑(姜鸿文,王凌云,孙少晶,2003)。这说明在现实工作中,一方面是越来越多的医生、患者、健康传播研究者和医学院教师都已意识到,有效的医患沟通是完成医疗方案的必经之路,但另一方面,现实却表现出“虽然我们谈了那么久的医患关系、医患沟通,这些年来我也处理了很多医疗纠纷事件,我们的各种大会小会也都在不断加强医患关系,但你真要问我什么是医患关系,医患关系中包含了什么,医患纠纷的处理流程是什么,我真不知道。”³换而言之,医患关系在中国虽已上升至战略问题,但战术是什么,未知。

北京大学某附属医院对临床医学专业学位研究生医患沟通现状和能力培养的一项研究突破了以往的窠臼,发现了医、患在信息分类选择上存在显著差异,肿瘤患者对于疾病信息的需求较高,选择很想知道的比例均在50%以上。但是研究生认为此类信息很重要的比例除去“有什么治疗方案可供选择”等4个条目外,其余均低于患者很

想知道的比例,这表明肿瘤患者与研究生之间的信息沟通存在一定的偏差,进而提出了一些改进措施如通过工作坊使得研究生更有自信的与患者及家属沟通,同时为其提供情感支持(陈扬霖、胡亚洲、张佩、沈琳,2015)。这方面的研究多通过欧美国家已经非常成熟的医患沟通技能评价表(SEGUE量表)来测量医学生的医患沟通能力,是当前医学院的医患沟通教育中普遍使用的手段(房佳蓉、胡冰、于昕,2014;周衡,2015;汪宇鹏、陈宝霞、黄静、崔鸣、高炜,2015),但SEGUE 量表是否能覆盖中国医患关系中的各种变量,囊括中国医患沟通中的所有问题?

较有意思的是,看似与医学完全不相关的语言学学者从语义学的视角出发,对医患会话进行了一些研究,认为医患沟通需要用到礼貌策略、模糊语言以及提问策略(梁雪清,2011)。李惠平在其研究中呈现了儿科医患之间复杂的角色关系、权势关系和其他外部因素对儿科医患会话的影响,认为儿科医患会话过程中的交际主体具有双重性,不同于普通医患会话的单一性,交际语言方面体态语使用较多,口语使用上在面对患儿时使用日常交际的交际语言。(李惠平,2013)

就医学伦理学而言,中外的医患关系都在从医生父权主义角色向患者自主性发展。这一发展过程在欧美社会是渐进的,在中国则几乎是一种突变,直接引发了医生权威的削减、医生及这一职业的去神圣化,以及医暴事件频发、医疗纠纷日渐严重等问题。但必须指出的是,只有清楚地认识到病人与自身之间的认知差异,医生才能真正完成角色调整,即从父权主义向着对患者的尊重发展。从这个意义上来说,国内的医患沟通研究尚未给当下的医患关系应对建立一个可操作的实践模型,也缺乏系统的顶层设计。

相比之下,上个世纪90年代之后,医患关系就已经成为国外健康传播研究的一个重要部分⁴。在国际医学教育组织(IIME)2002年4月发布的全球医学教育最基本要求(GMER)中,交流与沟通技能即已是其七大领域之一(Levsky, Singer, 2003)。受市场力量、科学进步、技术革新等各种因素的影响,欧美的医生们逐渐成为受过高度训练的技术专家,从而失去了原有的作为医疗关系基础的、基本的个人联系,维持健康有效的患者-医生关系就更加重要了,医患沟通(doctor-patient communication)技能也因而成为医务人员职业技能的重要组成部分,传播学者们已早早完成对此概念的建构。医患之间的良好沟通通常被视为建立医生与病人之间积极关系的核心要素,是整个治疗过程的灵魂。此间,沟通质量将深刻影响病人的满意(Begum,2014)。通常而言,患者会在一个较为沮丧的状态下进入医患关系,并希望通过互动的结果来让自己舒服一些,缓解自己的情绪和精神(Begum,2014)。在这一关系中,医护人员呈现出对感官系统和疾病进程、临床经验、医疗判断的相

关技能,当然,在很多案例中,同情和理解患者的需求也非常重要(British Medical Association Board of Medical Education,2004)。Szasz与Holldender、Siegler、Engel以及Pellegrino和Thomasma都在自己的文章中广泛涉猎过医患关系研究,并提出了种种带有关爱、同情的医患关系模式,但他们不曾提供对这种关系的解释和基本特征描述,从而无法完成具有可操作性的医患关系模型建构(Szasz, Holldender, 1956; Siegler, 1982; Engel, 1968; Pellegrino, Thomasma:1996)。因此,Michael Balint所著《医生、他的患者及所患疾病》的独特贡献在于,他和他的团队在小组活动中分析了筛选出的医患关系实例,在长达数年的研究中,识别出了医患关系的若干特征:基础缺陷、医生的使命职责、合资公司、医生作为一种药物、深层诊断、匿名共谋和保持沉默等,强调了将不幸患病的患者作为一个人来理解至关重要,但类似的研究并没有在国内出现过(Michael Balint,2000/2012:3-6)。在《聪明病人的医患关系指导手册:你这样说,医生才会听》(Intelligent Patient's Guide to the Doctor-Patient Relationship: Learning How to Talk So Your Doctor Will Listen)一书中,作者认为,从别人看我们的方式来审视自己,可以让我们明白哪里出了问题,并思考如何修复。对于医患双方来说,同样的问题,其理解和思考的角度都各自不同。一张长长的表格被列了出来(Korsch, Barbara, Harding, Caroline,1998:4-10)。

表一

医生的抱怨	病人的抱怨
病人只是在漫谈……	医生没有在听我……
病人从不按我说的做。	医生都不理解为啥我不能按他(她)所说的来做。
在我想出门的时候,她总是有很多事要谈。	突然想到一些很重要的事,难道我不能说么?
下回他能明白么?	医生打断了我。
病人抱怨的那些,我也无法控制。	关于停车这事,医生应该能做点啥。
我真地没法说我花在每个病人身上的时间是多长。	我等了那么久,恨不得寄账单给医生了(要医生付我费用)。
病人没啥好转的时候,就开始抱怨。	我已经来了三次,但还是感觉很糟糕。
病人觉得自己有资格这样那样的,根本不在乎我为她做的。	我付了钱!但他啥都没做。
病人不告诉我相关信息。	我不该告诉他这些!他应该告诉我!
病人要我阻止她的丈夫喝酒。	我很少让她和Ted说他喝酒的事
她对我有兴趣。	我不明白为啥我们不能成为朋友。
为啥病人非要在最后关头预约,然后抱怨等太久?	当我真需要医生的时候,我永远预约不到!
……	……

“医患关系”指医患双方以医疗过程中所发生的联系为纽带，以当时的社会经济和思想意识形态为背景缔结而成的一种反映当时经济、文化、道德、伦理、法律等内容的社会关系（陈自强,颜伟,孙梯业,陈燕凌,郭海涛,2005），我们可以很清楚地看到，在医患双方出现冲突时，不同国家、地区所呈现的问题并不一致，如在上表中出现的诸多医患冲突，绝大部分并不会出现在中国的诊室，因此，SEGUE量表在中国医患沟通研究中有其不足之处。当然，无论在哪个国家和地区，当病人的自主性不断得到提升后，“沟通已成为医生最重要的一项技能，可以通过病人的满意度、承诺、回忆，以及他们对医疗咨询和健康结果(受医患沟通影响很大)的理解体现出来（Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP,2007）”。所以，基于中国国情的背景，本研究略去了Korsch, Barbara与Harding, Caroline所列出的各种具体医患关系问题，但仍借助于他们的研究视角，从大量的访谈、观察日记入手，剥离出一家普通的地级市妇幼保健院儿科诊室中所遇到的各种医患关系问题，以及这些问题所呈现的各种沟通误区。

本研究所选择的佛山市妇幼保健院为一家国有非营利性三级甲等妇幼保健专科医院，儿科为广东省临床重点专科，也是佛山市小儿急重、疑难病症救治中心之一，目前每天出诊的医生约为21人，平均每月诊次25242，人均诊次1954.13。门诊分专家门诊和普通门诊，专家的预约门诊量约占80%，复诊比例较高，病人中以较多来自外地（非医院所在区）；普通门诊的病人则大部分来自医院所在区（禅城区）。据介绍，儿科医生收入在该院处于中等水平，由于该院的医务工作者收入分配与处方无关，而与其工作量、科室的收支结余及质量管理相关，因此，相比于综合性医院儿科医生⁵的地位、收入而言，该院儿科医生的经济压力并不大。此外，儿科门诊虽然纠纷层出不穷，但未出现过大型医闹事件（如多人冲击医院、烧纸之类）。

因此，本研究的研究问题包括：

Q1：在儿科诊室中，医生和患者眼中的问题分别有哪些？

Q2：患者如何看待医生眼中的医患问题？医生又如何看待患者眼中的医患问题？

Q3：出现医患问题时，医生的主要沟通方式是什么？是患者所希望的沟通方式么？

Q4：如果医生的沟通方式有误，那么，他们需要做什么样的改进？

二、研究方法

小组焦点座谈会

由于目前国内的医患关系研究对微观问题的关注度有限,因此,本研究并没有现成的或可供借鉴的医患关系问题表,因此,本研究从第一个研究问题入手,首先借助小组焦点座谈会的研究方法收集儿科诊室中,医生这一群体眼中的医患关系问题有哪些。在国内医患关系问题尚未进入微观化研究的当下,小组焦点座谈会是帮助研究者深入了解医生群体内心想法的最有效工具之一。

在本研究中,有8名医生被医院推荐参与了小组焦点座谈会,他们均为佛山市妇幼保健院儿科门诊医生,其中副高及以上职称3人,中级及中级以下职称5人。

观察法

通常而言,观察法指在日常生活条件下,通过被观察者的外部行为表现,从而了解其心理现象的规律和特征的一种研究方法。在本研究中,由于在小组焦点座谈会上,几名研究者不约而同地注意到:虽然都声称自己非常注重医患关系的处理,但几乎每个医生都不同程度地通过语言或非语言传播表达了“病人真的不懂”“跟他们说了也没用”的想法,因此,本研究又加入了观察法,希望可以借助这一研究方法,收集小组焦点座谈会上被遗漏的医生群体眼中的医患关系问题。

观察法的优点是在自然条件下进行,可以观察到真实的、自然的被观察者的活动,在本研究中,研究者也认为得到的材料基本属实。之所以说基本属实,是因为观察者在门诊室观察时,发现被观察者(医生)在被观察期间会更注重自己的医患关系处理,在看病时与病人交谈的语气也相对更温和。如某医生遇到熟人直接进入诊室要求加号时,要求他等到自己休息时间再来,这样既不占用其他病人的看病时间,也不拂熟人面子。当然,由于这些被观察到的现象并不具备可重复验证性,所以,研究者无法确认医生的这一处理方式是否因自己“被观察”所致⁶。

深度访谈

在本研究中,深度访谈的对象包括医生和患者,其中医生10名,患者30名。在前面的小组焦点座谈会上,研究者发现医生群体中,年长者(具有副高以上职称者)相对更愿意就医患关系问题提出各种看法⁷,但在实际观察到的医患沟通中,年轻一些(中级及中级以下职称者)的医生却以行动表示了更明显的沟通倾向,如同样是病人对医生提出质疑,年长的医生更倾向于告诉患者“我是医生,你必须信任我”,而资历较浅、年纪较轻的医生则更乐意向病人作出更多的解释。考虑到医院里的论资排辈现象可能会影响年轻医生们在小组焦点座谈会的发言,甚至阻碍他们

的观点，因此，根据观察所得，研究者又在儿科门诊完成了以年轻医生为主体的10个深度访谈。

30名患者访谈对象由研究人员根据就诊情况选取，同一个医生名下，最多选择三名患者进行深访，要求被访者对医患关系问题有一定的想法，所有的访谈均在医院内完成。深度访谈均采用“无结构式访问法”，这种无控制或半控制的访问比较开放，有利于我们这样一个缺乏前期数据的研究进行普遍摸底，打破西方在医患关系研究上的问题设置，从而奠定本文的实证基础。

三、研究结果

虽然Ten Have认为门诊会话的“理想序列结构”由6个步骤构成：开始、主诉、（口头或身体）检查、诊断、治疗或建议、结束（Have,时间不详,转引自刘兴兵,2009）。但从观察日记所记录的语料来看，佛山妇幼保健院儿科门诊的会话中普遍不存在第一环节，即开始的寒暄和自我介绍环节。在当下中国的语境下，第一环节的展开有利于医生观察病人及其家长，并调适出最佳的个体沟通方式，但在就诊人数的强大压力下，医生们已无力思考这个环节的必要性。缺乏对病人应有的差异化判断为医患纠纷埋下了伏笔，对所有的病人“一视同仁”显然无法应对需求越来越多样化的患者及其家长。

下面两张表分别罗列出了医生和患者眼中的主要医患关系问题，以及对方如何看待这些问题。相对于Korsch, Barbara与Harding, Caroline所列出的庞杂清单而言，佛山市妇幼保健院儿科门诊医生与病人眼中的医患关系问题并不多。

表二

医生关注的医患关系问题	病人如何看待？
病人太多，医生太少。	只想看病，医生少我也没办法。
孩子说不清楚自己的病情，家长的描述也未必准确。	我已经尽量表达清楚了，难道我还会撒谎？
家长过于紧张孩子的病情，并希望孩子的病立刻就好。	是家长都会紧张，但我知道治疗需要一个过程。
孩子的病情发展太快，如果医生没讲清楚可能的后续发展，就有可能招来病人投诉。	我的确不知道，但你难道不应该告诉我么？
病人有一定的医学常识，他们常常用来“更好地质问医生”。	有医学常识有错么？有异议并不表示我不需要医生。
病人：“来之前我百度了孩子的症状，我觉得他应该是……问题”。怒！	嘿嘿，嘿嘿。
社会对医生的信任度普遍下降。	生病了不是还得来医院？

儿科的医保少，很多儿童用药都是非医保的（自费用药），家长会质疑医生开药，并投诉至卫生局。	能用医保，我还是希望用医保。不能用的，你说下不行么？
加号（插队）。	谁没个熟人办事？别太过了。
科室环境嘈杂（孩子哭声），对大人本身就很烦躁的心情造成再次打击。	我是不喜欢医院环境，但这种环境，医院没有一点责任？
医生当然会出错。	医生怎么能出错呢？
药物过敏是很常见的事。	为什么就我孩子过敏？医生非开这种药！
病人已经看过医生了，觉得不放心又来我这，他就放心我？	我觉得之前那个医生不负责！
孩子发烧，不同的医生可能会开不同的药，因为引起这种症状的原因实在是太多了，医生只能给出尽可能正确的治疗方案。	同样的病，医生的处方不一样。
病人居然打电话给我们院长，要求我好好给他孩子看病。	不交代下，医生怎么会认真帮孩子看病？

对比患者所关注的医患关系问题，研究者发现，儿科医生和患者眼中的医患关系问题并不一致。

表三

患者关注的医患关系问题	医生如何看待？
排队排了好久。	病人多，我也没办法。
我孩子的病情非常严重。	才39度。
两分钟就看完了？	儿科门诊中有90%的病人其实不用来医院。
我带了很多资料（说了很多），医生都不看（听）。	他带的资料（描述的情况）与孩子病情没什么关系。
他说得太快了，我都没听清楚。	我说得很清楚了！而且我那么忙！
那个医生面无表情，还挺凶。	我的责任是看病，不是表演。
每次都只开两天的药，又要来复诊，我还要上班呢！	开两天药非常正常，孩子病情发展太快，有时候两天药都多了。复诊是怕病情发展快，出现意外。
感冒一个星期了还没好。	普通感冒根本不需要看医生，多喝温水，一周多可以自行恢复。
医生的熟人插队。	现在网上预约非常简单，干嘛要插队！我也很讨厌！
医生对自己的熟人就负责很多。	认识的人，可能会打个招呼，但看病哪分熟人不熟人啊！
这个医生的诊断和那个不大一样？	这也算正常，每个医生都有自己的判断。
医生会拿回扣开药么？尽开非医保的药。	有药商来找我们，我们也见，但目的是了解新药物。我们开药依据是病情，不是医保目录。

从上面两张表可以看出,医生眼中的医患关系障碍主要集中于医学问题,他们更倾向于认为,自己的工作“诊断病情”,病人“挑刺”是因为他们不理解医学规律,而自己在看病的短短几分钟内,又比较难向病人解释清楚医学问题,因此,医疗信息的不对等导致双方矛盾的发生。有意思的是,专家们更倾向于认为医患双方的矛盾来自患者本身,他们普遍对自己在门诊过程中的表现满意——这种满意来源于他们对自己医术的自信,而普通儿科医生虽然也认为医患双方的矛盾源于病人对医生医术的怀疑、不遵医嘱等,但在实际门诊过程中,他们也会适度地“照顾病人脸色”,即注意到与病人的情感沟通问题。不过,虽然专家与普通医生的医患沟通有着明显差异,但病人对他们的评价却不存在明显不同,一名儿科主任更是以其独断的诊断风格而受众多患者追捧,大有“我不需要沟通”之势。

在表三中,我们可以很清楚地看到,除了怀疑医生开药拿回扣之外,患者所关注的焦点集中在看病的沟通(传播)问题上,即情感需求,大致可以表达为“医生你为什么不能好好说话?”患者对医患沟通的理解更多地停留在“医生你说吧”,但对于自己的“表达内容”、“表达技巧”则鲜有思考。从数据上来看,患者对医生这一职业的信任度非常高,为96.67%,即30个被访患者中只有一个人认为医生不可信,但问及“是否满意医生在本次门诊的表现”时,满意度下滑至63.33%。这里,我们可以把96.67%理解为患者进入医院后对医疗信息(求医)的渴望程度,而63.33%则代表患者在医疗信息之外的情感需求并没有很好地获得满足。

医患之间的理性沟通在整个疾病诊疗中起着非常重要的作用。本研究显示,当医生将“看病”这一过程更多集中于“病情诊断”而患者在求“心理安慰”时,双方的沟通就会出现偏差,这也就是本研究所提出的认知不对等。这种认知不对等还表现为:医生认为医患沟通是需要医患双方共同努力,但在当前的实际诊疗过程中,医患沟通基本只能是依托医生展开的一项独立工作。通常而言,医患沟通的三个主要目标是创造良好的人际关系、促进信息交流、敦促病人作出决策(Arora,2003),因此,需要医生与患者两个群体的共同努力。深访显示,在强大的工作压力下,虽然医生们希望“家长们能理解”,但数据却显示,“在询问过医生之后,病人通常只能记住被告知的50%内容。而且,这50%的内容,也只有50%能被准确无误地记住(Weir K., 2012:36-38)”,病人的遗忘性加之中国患者群体的隐蔽、分散、不定期出现等各种对医患沟通而言较为不利的特征,使得医生群体虽然不情不愿,但依然被送上了医患沟通中的主导者位置。医生群体的专业性、有组织性,以及在医疗关系中所处的主导地位,都使得他们更可能成为一个行动共同

体，来承担现阶段医患双方沟通的主要职责。因此，医患之间的认知不对等，现阶段应由医生来负主要责任，而双方沟通的内容则要落脚于患者提出的种种问题——虽然医生眼中的医患关系问题也非常重要，但他们必须先解决患者眼中的问题。

一旦发生医患冲突，几乎所有的儿科门诊医生都选择交给部门主任/医务部门处理，他们通常认为自己无法、也没有精力来处理医患冲突，院方也视处理医患矛盾为己任，一旦发生医患纠纷事件，他们会抱着积极的态度，迅速介入，以期“大事化小、小事化了”。对医患沟通而言较为不利的一个因素还在于：一旦医生发现患者的表现较为激烈，他（她）更倾向于认为这个患者/患者家属“很危险”，这种认知也是医生放弃与患者继续沟通的原因。然而，病人较为激烈的合理诉求与医闹的界限在哪？医生面对的何种医患问题已上升至法律层面？这些都需要在随后的研究加以拓展。

四、结果讨论

本文分别归纳了医患儿科诊室中的医生和患者眼中的医患关系问题，发现这两个群体眼中的该问题存在两组明显的认知不对等：一、医生多从医学角度出发，认为是医疗信息的不对等导致双方矛盾的发生，而抱着求医心态的病人则认为，医疗信息之外的情感需求没有很好地获得满足才是医患矛盾加深的症结所在；二、医生认为医患沟通是医患双方行为，而病人则认为沟通是医生层面的单方面行为。从当前现实来看，儿科医生在日常门诊中更注重医学诊断，即寻找生理症状，特别是一些无法直接观察到的疾病症状，再结合病人的陈述，综合各种信息完成对病情的判断。然而，当来自社会的巨大压力已使得病人把对医生的诉苦演绎为情感宣泄的出口时，医生也必须将自己作为处方，有技巧地呈现于病人面前。20世纪30年代，哈佛医学院学生，埃尔福莱得·瑞哈特（Alfred Reinhart）用逐渐走向死亡的历程记录了自己患SBE后的病程和心路历程，其中最让人瞠目结舌的是医生的记录和瑞哈特作为病人所记录的信息和体验之间的差距。从这个意义上来说，医生对患者群体需求的认知不对等是导致医患之间矛盾出现的潜在因素，当然，矛盾的爆发还需要其他导火索（比如有人插队，发现医生开了较多的自费药，等等）。

人类沟通有两大维度：信息交换和社会情感。受惯习影响，专家们（拥有副高以上职称的医生）更认可医生的核心理念是“看病”，而非提供情感慰藉。但由于“儿科门诊中有90%的病人其实不用来医院⁸”，父母或祖父母带小患者来医院的目的是更多是“图个安心”，因此，社会情感这一需求就变得强烈起来，但在“理想序

列结构”中省略掉“开始”环节后，儿科医生们已失去了评判病人需求的基础。当专家们斩钉截铁地说“就这么处理”，家长们通常会认为自己在求诊过程中获得了足够的信息（尤其当孩子病情比较严重时），这时，即便他们在情感上没有获得相应的慰藉，这也可能是他们能接受的沟通；而如果门诊医生只是个“小医生”（患者原话），家长带孩子来医院只是为“图个安心”，而医生又恰恰把关注点集中在提供医疗信息上时，家长们就会认为这样的沟通没有达到自己的需求。

不可否认，由于孩子的特殊性，儿科诊室已成为沟通焦虑（Communication Apprehension, CA）症的高发地。所谓沟通焦虑，是指一个人“与他人沟通中，由于恐惧或焦虑而影响了沟通（McCroskey, J. C., 1977）”。目前，沟通焦虑已是欧美传播学领域中研究最多的内容之一（Biggers & Masterson, 1984），这类研究可以帮助我们更好地理解儿科门诊中出现的种种矛盾。由于“儿科门诊中有90%的病人其实不用来医院”，我们可以认为，在普通医院的儿科门诊，除了一定的医疗信息，大部分带着“恐惧或焦虑”的家长们更需要的是情感慰藉，这已成为他们进入儿科门诊的主要诉求。在美国，严格遵循“理想序列结构”的医生们通常都能够察觉家长们的这些需求，严格的训练也使得他们会以谦逊的态度来对待病人所经历痛苦，他们更倾向于在门诊过程中用更宽裕的时间去了解病人所经受的遭遇，并在左右权衡这些信息后作出诊断，给出治疗方案。而在中国，强大就诊人数压力下努力保持对病人“一视同仁”的医生几乎无法做到。而一旦觉得自己诉求没有获得满足，家长们就会理所当然地认为，和医生的沟通（看病）并不成功。“当沟通成为医患关系中最突出的问题时，沟通焦虑通常会带来负面作用。（Steve Booth-Butterfield, Rebecca Chory & William Beynon, 1997）”那么，负面到何种程度？

在佛山市妇幼保健院，一旦出现医患纠纷，科室主任会出面协调，随后，医院医务处也会介入，这也是目前各大医院较为常见的应对医患纠纷的模式，其目的是保护医生，以及维护其他患者正常的就医环境。家长表示，“我不知道别人是怎么想的，但对我来说，来医院首先是看病，那些重病患者也许会觉得已经这样了，所以来敲诈医院？我想，没有人会利用自己的孩子做这样的事，为了那点赔偿？所以，我的目的就是给孩子看病。”在家长比较理性的情况下，即便他们认为医生在情感慰藉上做的不够甚至很不够，只要他们获得了充足的医疗信息，释缓了自己的“恐惧或焦虑”，纠纷就不会发生。而在极度的“沟通焦虑”下，如与医生沟通（看病）的诉求未能完成，家长们就会转为“闹”。必须注意，这时的“闹”是一种常见的中国式手段，部分非理性的家长会通过这种手段表达自己的不满，并

希望把与医生的交流拉回正常的沟通⁹，但其目的仍然是“看病”。这时，如果当事医生迅速意识到家长的需求，不将这种“闹”视作对自己的一种威胁与对立，并积极进行补救，沟通通常能持续下去，纠纷也能顺利解决。

而一旦医生感觉自己受到了威胁¹⁰，并将矛盾移交组织，就会有两种结果：一、家长在科室主任/医务处（更权威的人士）获得了自己期待的沟通；二、没有完成沟通。此时，家长们希望通过中国式“闹”来完成沟通的渠道被堵死。一旦患者家长“看病”的诉求已无法获得满足，其沟通目的就会发生骤变，“索要赔偿”似乎成了最后的选择。医闹的出现也顺理成章——当个人/家庭面对医院（很多家长觉得卫生部门也是医院的后台）这一相对强势的组织时，他们会深感自己的渺小。在当下中国社会的语境下，要想达到自己的目的，聚众则成为最优选择。

医患之间的认知不对等问题如何解决？首先，儿科门诊医生应将自己视作医患关系建立的主导者，而不是一个简单的医疗信息提供者；应重视“理想序列结构”中的“开始”部分，并由此切入患者的基本需求，关注重心相应地从医疗信息的给予切换至社会情感的抚慰；其次，在就诊过程中，一旦患者出现“闹”的情绪和行为时，则应在其他同事的配合下，找出患者的真实需求点，而非将责任直接推至院方。很明显，在医患双方的沟通中，出现的人越多，沟通就越混乱；最后，医生还需要在日常的诊疗中学会判断什么是无法完成的沟通，并迅速交由医院医务部门处理。不可否认，当前还有一些患者所关注的医患问题并非医生个人可以解决，如就诊的时间长度、环境、患者的基本医学素养等等，这些都需要组织/医院乃至全社会的介入。

需要指出的是，在当前医疗背景下，让医生个体来解决医患关系紧张问题不仅不合理，也不现实。本研究仅从医生和患者之间的认知差异出发，探讨当前医患之间亟待解决的沟通问题，并指明了医患沟通的基本方向。然而，在整个医患关系研究中，我们还应该关注患者的基本医学素养、暴力伤医、医学局限性等各种涉及医患关系的问题。对患者来说，提升医学认知的医疗信息搜索系统也亟待建立，如无权威机构公布的各类疾病的最新进展信息¹¹，患者们自然会在百度推广上乱寻医。而这些，都将是传播学界与医学界共同的方向。

（责任编辑：张萌）

注释 [Notes]

1. 注释即作数据来源于国家卫生计生委于2016年2月24日召开新闻发布会的讲话稿件，检索于中国网http://www.china.com.cn/zhibo/2016-02/23/content_37853778.htm。

2. 国内鲜少有研究健康传播的学者介入此领域。
3. 这段叙述来自访谈。
4. 其他还包括病人的依从性与满意度、病人的焦虑与沟通以及医生期望违背 (expectancy violation theory) 后如何获得病人的依从和满意, 参见Steve Booth-Butterfield, Rebecca Chory & William Beynon (1997), Communication apprehension and health communication and behaviors, *Communication Quarterly*, 45(3), 235-250.
5. 通常而言, 综合性医院的儿科医生收入会低于全院医生的平均值, 且工作强度也非常大。
6. 研究者也私下询问了自己私交较好的儿科诊室医生, 其答复是: 或让熟人插队, 或让熟人等到自己的休息时间再来, 都比较常见。因此, 无法辨识是否因“被观察”而导致医生让熟人等到休息时间再来。
7. 这可能是因为他们认为自己遇到的医患关系问题更多, 更有经验。
8. 这一观点来自佛山市妇幼保健院儿科门诊的某主任医师。
9. 如让医生对自己和颜悦色、耐心, 让医生停止熟人先就医, 等等。
10. 这里使用的“威胁”一词来自医生自己感知, 但研究者在实地调研中则更多地认为这种感知来自他们对医患纠纷的刻板成见, 如各种袭医事件的报道, ——事实上, 佛山市妇幼保健院儿科门诊没有出现过大的医疗纠纷, 但医生们在说起医闹时仍战战兢兢。这说明, 尽管发生的医疗事件在医院的实际工作中大多都得到了较好的处理, 但之于医生, 仍是极大的心理伤害。更奇怪的是, 这种伤害似乎与事件是否得到妥善处理都没有相关性, 即无论医闹事件是否得到了妥善处理, 医生都深感伤害。
11. 如美国卫生署的官网上可以查到每种疾病的最新研究进展, 这对病人评判医生的医疗方案有极大的帮助。

引用文献 [Reference]

陈扬霖, 胡亚洲, 张佩, 沈琳(2015). 卓越医生培养视角下临床医学专业学位研究生医患沟通现状和能力培养——以北京大学某附属医院为例. 《中国高等教育》, (8), 118-119.

[Chen, Yanglin, Hu, Yazhou, Zhang, Pei, Shen, Lin (eds) (2015). The situation and the capacity-training of the doctor-patient communication in clinical medicine master students from the perspective of the excellent talent training program of the Ministry of Education——for instance of an affiliated hospital of Peking University. *China Higher Medical education*, (8), 118-119.]

陈自强, 颜伟, 孙梯业, 陈燕凌, 郭海涛(2005). 浅谈医患关系的现状与对策. 《中国全科医学》, 2 (4), 333-335.

[Chen, Ziqiang, Yan, Wei, Sun, Tiye, Chen, Yanling, Guo, Haitao(eds.) (2005). A discussion of the doctor-patient relationship reality and how to improve it risk expansion in crisis communication. *China General Practice*, 2 (4), 333-335.]

房佳蓉, 胡冰, 于昕(2014). 应用SEGUE量表对临床实习生医患沟通技能评估的探索. 《中国医学

- 教育探索》,(12), 1209-1214.
- [Fang, Jiarong, Hu, Bing, Yu, xin(2014). Exploration of the application of SEGUE framework in assessment on doctor-patient communication skills of clinical internship. *Chinese Journal of Medical Education Research*, (12),1209-1214.]
- 果壳网(时间不详).儿科的误诊率这么高, 真的是医生不负责任么? 检索http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MTg1MjI3MzY2MQ==&mid=403199924&idx=1&sn=6dda2b9159adc32a8f57ab9f2e6d0ff7#wechat_redirect.
- [Guokr.com(n. d).Is it true that the doctor is irresponsible and it leads the high pediatric misdiagnosis rate? Retrieved from http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MTg1MjI3MzY2MQ==&mid=403199924&idx=1&sn=6dda2b9159adc32a8f57ab9f2e6d0ff7#wechat_redirect.]
- 黄伟,钱俊(2015).儿科医师医患沟通能力培养的实践探讨.《中国医院管理》,413(12),73-74.
- [Huang, Wei, Qian, Jun(2015), A Research on the practice of cultivating the doctor-patient communication skills of pediatricians. *Chinese Hospital Management*, 413(12) ,73-74.]
- 姜鸿文,王凌云,孙少晶(2013).医患期望及沟通能力研究:基于深度访谈与问卷调查.《新闻大学》,119(3),90-95.
- [Jiang, Hongwen, Wang, Lingyun, Sun, Shaojing. (2013). The study about vision of doctor-patient relationship and their communication skills: based on depth interview and questionnaire investigation. *Journalism Bimonthly*, 119, 90-95.]
- 李慧平(2013).《儿科医患会话研究》.吉林大学2013年硕士学位论文,VI.吉林.
- [Li,Huiping(2013). *Study of pediatric doctor-patient conversation*. Master dissertation, Graduate School of Jilin University in 2013. Changchun. VI. Jilin.]
- 刘兴兵(2009). 医患门诊互动中的目的与权势.《外语学刊》,149(4),73-76.
- [Liu, Xingbing(2009). Goal and power in outpatient medical interviews. *Foreign Language Research*,149(4),73-76.]
- 梁雪清(2011).医患对话中医生语言的语用分析.《华夏医学》,6,723-725.
- [Liang,Xueqing(2011). The pragmatic analysis in the pediatrician speech of the doctor-patient communication. *Acta Medicine Sinica*, 6,723-725.]
- 李小艳(2015).患者及家属视角下关于医学生医患沟通能力不足的分析及改进措施的探讨.《教育教学论坛》,(50),216-218.
- [Li, Xiaoyan(2015).The analysis about the lack of doctor-patient communication skills and the improveme-nt measures of the clinical students from the perspective of the patient and the family members. *Education Teaching forum*, December vol. 50,216-218.]
- 迈克•布林特(2012).《医生、他的患者、及所患疾病》(魏镜译).北京:人民卫生出版社.(原著出版于2000年).
- [Michael Balint (2012). *The doctor, his patient and the illness*. Beijing: People's Medical Publishing House. 3-6(Original work published 2000).]

如何解决儿科医生短缺困境(2016).检索于http://china.cnr.cn/yxw/20160228/t20160228_521490404.shtml.

[How to find a way out of the pediatrician shortage dilemma (n. d.). (2016)Retrieved from http://china.c.cn/yxw/20160228/t20160228_521490404.shtml.]

吴学东,温建芸,裴夫瑜,井远方(2012).浅谈儿科临床教学中医患沟通能力的培养.《教育教学论坛》,11,187-189.

[Wu, Xuedong, Jing, Wen, Jianyun, Pei, Fuyu, Wang, Jing, Yuanfang(2012). Discussion of the development of the doctor-patient communication in pediatric clinical teaching. *Education Teaching forum*, 11,187-189.]

周衡(2015).应用SEGUE量表评价脑血管病临床见习课中医患沟通技能培养的效果.《中国卒中杂志》,12(10),1054-1056.

[Zhou, Heng(2015). Effect of training Physician-patient communicating skills in cerebrovascular disease clinical clerkship with the evaluation of SEGUE framework application. *Chinese Journal of Stroke*, 12(10),1054-1056.]

周衍金(2014).构建和谐医患关系探讨.《中医药管理杂志》,(3),433-444.

[Zhou, Yanjing(2014). Discussion of the harmonious doctor- patient relationship well structured. *Journal of Traditional Chinese Medicine Management*, (3),433-444.]

汪宇鹏,陈宝霞,黄静,高炜(2015).在案例教学法中应用SEGUE量表进行医学生沟通能力培养的指导和评估.《继续医学教育》,(2),17-19.

[Wang, Yupeng, Chen,Baoxia, Huangjing, Gaowei(2015). Using the SEGUE framework to assess medical students communication ability in case-based learning. *Continuing Medical Education*, (2). 17-19.]

Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social science & medicine*, 57(5), 791-806.

Biggers, T., & Masterson, J. T. (1984). Communication apprehension as a personality trait: An emotional defense of a concept. *Communications Monographs*, 51(4), 381-390.

Brinkman, W. B., Geraghty, S. R., Lanphear, B. P., Khoury, J. C., del Rey, J. A. G., DeWitt, T. G., & Britto, M. T. (2007). Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(1), 44-49.

British Medical Association. (2004). Communication skills education for doctors: an update. *London: BMA*, 118.

Engel, G. L. (1968). A Life Setting Conducive to Illness The Giving-Up—Given-Up Complex. *Annals of Internal Medicine*, 69(2), 293-300.

Levsky, J. M., & Singer, R. H. (2003). Fluorescence in situ hybridization: past, present and future. *Journal of cell science*, 116(14), 2833-2838.

- McCroskey, J. C. (1977). Oral communication apprehension: A summary of recent theory and research. *Human communication research*, 4(1), 78-96.
- Korsch, B. M., & Harding, C. (1998). *The intelligent patient's guide to the doctor-patient relationship: learning how to talk so your doctor will listen*. Oxford University Press.
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1996). *The Christian virtues in medical practice*. Georgetown University Press.
- Siegler M.(1982) Confidentiality in Medicine--a Decrepit Concept. *New England Journal of Medicine*, 307(24).1518-1521.
- Booth-Butterfield, S., Chory, R., & Beynon, W. (1997). Communication apprehension and health communication and behaviors. *Communication Quarterly*, 45(3), 235-250.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585-592.
- Begum, T. (2014). Doctor Patient Communication: A Review. *Journal of Bangladesh College of Physicians & Surgeons*, 32(2), 84-88.
- Xu, W., & Zhang, S. C. (2014). Chinese pediatricians face a crisis: should they stay or leave? *Pediatrics*, 134(6), 1045-1047.
- Weir, K. (2012). Improving patient-physician communication. *Monitor on Psychology*, 43(10), 36-38.