

医生的困惑 与反思

——医患沟通与人性化服务

YISHENG DE KUNHUO YU FANSI

王亚峰 霍修鲁 于春亚 著

介绍各历史时期医疗活动的特点
分析当前医患关系现状及其原因
阐述构建和谐医患关系的方法与技巧
加强素质教育及人性化服务的重要性

 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

医生的困惑 与反思

——医生道德与人性化服务

陈仲雄 著

（京）新登字001号

中国
人民卫生出版社

人民卫生出版社
地址：北京市丰台区新街口



YISHENG DE
KUNHUO
YU FANSI

医生的困惑与反思

医患沟通与人性化服务

王亚峰 霍修鲁 于春亚 著

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目(CIP)数据

医生的困惑与反思: 医患沟通与人性化服务/王亚峰, 霍修鲁, 于春亚著.
—北京: 人民军医出版社, 2009.6

ISBN 978-7-5091-2674-5

I. 医… II. ①王…②霍…③于… III. ①医药卫生人员—人际关系学②卫生服务—研究 IV. R192 R197.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第070699号

策划编辑: 杨德胜 文字编辑: 杨善芝 责任审读: 余满松

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市100036信箱188分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010)51927290; (010)51927283

邮购电话: (010)51927252

策划编辑电话: (010)51927300-8065

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 三河市祥达印装厂 装订: 京兰装订有限公司

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 12.25 字数: 202千字

版、印次: 2009年6月第1版第1次印刷

印数: 0001~4500

定价: 28.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要



本书回顾了各个历史时期医学发展、医疗活动及医患关系的特点。针对当前医院及医疗工作的困境和医生思想上的困惑进行了深刻的分析和认真的反思。着眼于构建和谐医患关系,阐述了医患沟通的目的和意义、工具和内容、过程和技巧,对于提高医生的沟通意识和能力具有重要的指导意义。论述了医疗人性化服务的必要性及重要性,指出走出困境的根本措施之一是要加强医生职业素质教育。本书适于各级临床执业医师和医院管理者阅读,也可供医学院校作为选修教材参考使用。

前

言



医生与病人，是医疗活动的主要参与者。医生是人类健康的守护者，是医疗机构的员工、社会的成员。病人是正在患病或处于病患之中的人，即患病的人。医生应病人的要求采取各种可行的方法帮助其与疾病作斗争，力争恢复健康、维护生命。医患双方是同一个战壕里的战友。可是，日渐增多的医患矛盾，不仅影响了医患之间的相互信任，甚至影响了医疗活动的顺利进行。

长期以来，医生就像对待亲人一样对待病人，关心其生理和心理的健康，替病人拿主意、做决定。市场经济改变了社会 and 人类生活，改变了每一个人的生活方式和行为准则。人们的权利意识、心理需要发生了巨大的变化。许多病人认为我能为自己做主了，至少不要医生替我完全做主。传统的医患关系模式和思维方式遇到了挑战。那种认为“你的健康问题，在医院里就交给我好了，不要多问，治疗方案征求意见你也不懂”的思想导致医生与病人沟通不力，该讲的没讲，该征求意见的没征求，使病人作为主体的人的尊严、权利受到了伤害。与此同时，医生常被病人误解，使之感到冤枉、受气，以致产生消极情绪和防御心理等。于是，医患矛盾和纠纷开始滋生、发展直至激化。

20世纪中期以来，医学技术以前所未有的速度发展，许多医学难题相继被攻克，不断增强人类与疾病作斗争的能力。但是，医学技术的高速发展却在一定程度上导致了医学终极目标的模糊，陷入远离人文、技术至上的误区，造成了某些高技术、低情感的现象。医学必须回归人文，才能真正造福于人类。医生的工作是为人治病，必须面对“人”与“病”，不能只看病、不看人。医生在为病人服务时，要以医疗人性化的服务去尽量满足病人受尊重的需要、自主的需要和沟通的需要，以构建与时代相适应的、和谐的医患关系。

世界医学教育联合会《福冈宣言》指出：“所有医生必须学会交流和人际关系的技能。缺少共鸣（同情）与技术不够成熟一样，是无能的表现。”根据我国医疗卫生工作的实际情况，参照《医生宣言》，我们应当从医学教育入手，着力塑造具有较高沟通能力和较高专业素质的执业医师。

王亚峰 霍修鲁 于春亚

2008年11月15日

目 录

引 论

- 一、医生 / 1
- 二、病人 / 2
- 三、医患关系与医生的困惑 / 3

第1章 人类早期的医疗经验与医生职业的形成

第一节 人类的早期文明与医疗经验的积累 / 11

- 一、经验医疗的萌芽 / 11
- 二、社会分工促进医疗经验的积累 / 13
- 三、远古时代的医学模式与医患关系 / 15

第二节 古代社会的医疗状况与医患关系 / 17

- 一、古代社会的医学和医疗状况 / 18
- 二、古代社会的医学模式与医患关系 / 25

第2章 近代社会医疗活动的演变与医患关系的变化

第一节 人文主义思想对医学和医疗活动的影响 / 29

- 一、人文主义基本思想及其传播 / 29
- 二、人文主义思想对医学和医疗活动的影响 / 31

第二节 实验医学的兴起对医疗活动的影响 / 34

- 一、实验医学的兴起 / 34
- 二、诊断技术的发明 / 38
- 三、治疗技术的发明 / 40

第三节 近代医学发展对医患关系的影响 / 42

- 一、近代医学的生物学模式 / 43
- 二、医疗服务模式的转变 / 45
- 三、医患关系的变化 / 47

第3章 现代医学的发展与医患关系的新变化

第一节 现代医学的发展促进医疗活动的变化 / 51

- 一、现代社会和科技发展对医学的影响 / 52
- 二、医学科学技术进步对医疗活动的促进 / 58
- 三、现代医学模式和医疗服务模式的转变 / 60

第二节 现代社会医患关系的发展和演变 / 70

- 一、医患人际关系和心理关系 / 70
- 二、医患技术关系和经济利益关系 / 86
- 三、医患道德关系和法律关系 / 88

第三节 医患关系的新趋势 / 92

- 一、医患关系的环境 / 92
- 二、医患关系的新变化 / 94

第4章 医患沟通艺术

第一节 医患沟通的内涵和意义 / 99

- 一、医患沟通的内涵 / 99
- 二、医患沟通的方式 / 100
- 三、医患沟通的重要意义 / 103

第二节 医患沟通的目的和原则 / 106

- 一、医患沟通的目的 / 106
- 二、医患沟通的原则 / 108
- 三、医患沟通的基础与障碍 / 109

第三节 医患沟通语言 / 112

- 一、医疗语言 / 113

二、病人的语言 / 123

第四节 医患沟通的艺术 / 127

一、倾听的艺术 / 127

二、语言艺术 / 131

三、医患沟通的个体策略和艺术 / 137

第5章 医疗人性化服务与构建和谐的医患关系

第一节 医疗人性化服务 / 143

一、医疗人性化服务的内涵与特点 / 143

二、医疗人性化服务兴起的必然性 / 150

第二节 医疗人性化服务的重要意义 / 152

一、医疗人性化服务的伦理意义 / 152

二、医疗人性化服务的现实意义 / 153

第三节 医疗人性化服务存在的问题与对策 / 153

一、医疗人性化服务存在的问题 / 154

二、医疗人性化服务的对策 / 156

第6章 医生的职业素质

第一节 医生的职业角色 / 161

一、医生的职业能力需求 / 161

二、社会对医生角色的期望 / 165

第二节 医生的职业能力与职业素质 / 168

一、医生的职业素质 / 168

二、医师宣言与医生职业精神 / 175

第三节 医生职业素质的培养与提高 / 182

一、医生职业素质的培养 / 182

二、医生职业素质的提高 / 184

引 论

医院是社会的子系统,在社会环境中生存和发展,承担着防病治病、维护人类健康的社会职能。医生是医院的重要组成人员,在医院这个系统中生存和发展,奉献自己的知识和技能,换取自己的生活所需。

长期以来,医学的作用太有限了,以至于人们对医学的不满和批评,主要集中于医学的落后和无能。可是,人们患病以后还是要求助于医生。在漫长的时期,虽然医学和医生的水平不能令人满意,但没有高昂的医疗花费,医生的收入也很少,更没有什么特权。因此,人们对医生也没有太多的指责和抱怨,充其量只是抱怨医学欠发达。

但自近代以来,特别是进入20世纪以来,各种实验诊断技术的发明和应用,使得临床诊断能力大为提高;以青霉素的发现、器官移植、基因工程为代表的治疗技术的革命,使得临床治疗的水平也大大提高。人们对医学科学水平的评价日益高涨,由此对医疗和医生也抱有过高的期望。但对迅速增长的医疗费用却缺乏必要的心理、经济与保健制度上的准备,面对医生权威的日益提高和医疗费用的增长。在新的医学条件下,人们新的矛盾心态逐渐萌生。对医生的怀疑、戒备和种种非理性的认识和行为也在蔓延;医患矛盾、医患纠纷日趋增多,甚至成为社会关注的热点问题。

一、医 生

医生是指受过中等以上医学教育或具有同等能力、经国家卫生部门审查合格的负医疗责任的医务工作者,是对掌握医药卫生知识,从事疾病预防和治疗的专业人员的统称。

医生是人类生命和健康的守护者,古今中外备受人们尊崇。西方人认为医生是博学多才的智者。我国民间称医生为“大夫”、“郎中”,人们对医生以高官相称,足见对医生的尊敬。范仲淹提出的“不为良相,则为良医”的理想,成为许多仁人志士的追求。孙中山、鲁迅、郭沫若最初都是抱着悬壶济世的信念留洋学医,后因不满当时政府的腐败无能和社会黑暗才奋起革命。

医学的社会功能是防病治病、救死扶伤、维护和增进人类的健康,这一功能需要靠医生的辛勤劳动才能实现。离开了医生的辛勤劳动,要想实现医学的社会功

能，卓有成效的防病治病、救死扶伤、维护和增进人类的健康，无疑是空中楼阁、海市蜃楼。

今天的医生已经成为受人非议的职业，人们对医生职业的评价常常因时而异：SARS流行的时候，医生成为最受尊敬的人，多少赞歌、报告文学、新闻纪实歌颂着白衣天使。而就在此之前，医生还被一些人怨、骂；而在此之后，医生又依然成为灰色收入、态度恶劣等负面评价的代名词。2008年5月汶川地震时，医生被人们赞誉为白衣天使、救死扶伤……可同样，简单的一起事件也可以让这些词改换成红包、医疗事故等负面评价。

当然，从本质上讲，这不是医生的错。医生是医疗环节上直接面对大众的一环，从某种程度上说，他们成为了医疗环节所有错误的最后承受者。

不仅如此，人们对中医和西医的评价也不尽相同。不管中医西医的争论还要持续多久，但有一点是可以看得到的：中医是越老越值钱。从某种程度上来说，西医是个体力活，尤其是外科医生上了岁数就不一定干得动了。而中医则不断沉淀、不断积累，越是须发皆白，越能给人以信任感。

二、病人

病人，是“由于某些原因引起生理、心理的异常变化或阳性体征的出现，进而导致个体行为的变化且得到社会承认的人”。简言之，是指正在患病或处于病患之中的人，即患病的人——患者。这个定义是美国社会学家帕森斯（T.Parsons）1951年在其所著的《社会制度》一书中提出来的，帕森斯认为“病人角色”的概念包括四个要点。

1. 病人可以从其常态时的社会角色中解脱出来 疾病可以使人免于去执行其平日的角色行为，免于去承担其平日所要承担的社会义务。例如，一个学生若是成为病人角色，他便可以不去上学；一个工人则可以不去上班。当然，这与疾病的严重程度有关。越是严重的疾病，越是更多地解除原有的角色行为和社会责任。通常，这种解除需要经过医生的证明。

2. 病人对于其陷入疾病状态是没有责任的 一个人得病通常是自己不能控制的。对于疾病状态的出现，病人是无法负责的，他是不能自行控制的，是非意志的产物。不能责怪病人，你为什么会患病。社会所应要求病人的乃是尽可能快地使其从疾病状态中恢复过来。

3. 病人应该力图使自己痊愈 病人应该认识到生病是不符合社会对每个人的期

望的。社会希望他的成员健康,能承担社会角色、社会责任。从社会责任中解脱出来,只应是暂时的,应该力图重新恢复健康。也就是说,病人有恢复健康的义务。

4. 病人应该寻求在技术上可靠的帮助 病人通常应该找医生诊治,并且应该和医生合作。归纳起来,病人有从常态社会职责中解脱出来的权利,同时又有积极寻求医疗以便早日恢复其社会职责的义务。

显然,帕森斯的提法是简单化的,人们可以从不同方面对它提出批评和补充。例如,轻病、慢性病等不一定要解除其常态的社会责任;一个有意违反操作规程,有意违反交通规则而导致创伤的病人,不能不对其自身导致的伤残行为负责;一个人想治疗其疾病,但在客观上未必能办到,社会经济条件、医疗发展水平等都有可能使某些病人康复的义务无法履行。

现在,“病人”这个词是指一个求医的人或正被施予医疗的人。虽然有某种病患通常导致一个人寻求医疗帮助,但并非所有生病的人都能成为病人,也并非所有病人都必定是生病的。因此,病人的概念实质上乃是一个社会性的概念,“病人”正是需要用求医行为来加以定义的。从传统的观点来看,即病人就是患有疾病的人。其实这种看法是不能成立的。因为,几乎每一个人身上都可以找到一种或几种在医学上称为“疾病”或“异常”的情况(例如疣、痔、屈光不正等),但通常并不称他们为“病人”。一个产妇住在妇产科医院,虽然她是正常分娩,并无任何疾病或异常,但她仍是那个妇产科医院的“病人”。一个“诈病者”,因为某种社会心理性原因伪装有病(例如制造假体温升高的记录等)到医院看病,他当然地被统计入那个医院的病人数目中去,但他并无医学诊断意义上的疾病。可以看出,在社会生活和卫生统计中,是不是把一个人看成病人,并不是根据他有没有病,而是根据他是否有求医行为。一个人有痔疮,这是一种慢性疾患,俗话说“十男九痔”,但大部分有痔的人仍在正常的工作着和学习着,并不因此而成为病人。但一旦他的痔疮发作,去医院里诊治,他就自然被列为该医院的门诊病人或住院病人了。诈病者也有求医行为,虽然他的求医动机与一般病人不同,但在求医这一点上却与其他病人没有差别,正是这一点使他列入了该医院病人的统计之中。

三、医患关系与医生的困惑

1. 医患关系的内涵及其类型 医患关系是医疗活动中最重要、最基本的人际关系,著名医史学家西格里斯(Sigrist)指出:“医学的目的是社会的,它的目的不仅仅是治疗疾病,使某个个体康复;它的目的是使人调整以适应他的环境,作为一个有用的

社会成员。每一种医学行为始终涉及两类当事人,即医生和病人,或是更广泛地医学团体和社会,医学无非是这两群人之间多方面的关系。”医患关系有广义和狭义之分:狭义的医患关系是特指医生与患者之间的关系。广义的医患关系的“医”,不仅指医生、护士、医技人员,还包括医疗管理和后勤人员,乃至医疗群体。“患”,不仅指患者,还包括患者的家属和亲友。广义的医患关系,是指以医生为中心的群体与以病人为中心的群体在诊疗疾病和预防保健中所建立的一种相互关系。医患关系的类型主要有以下几种模式。

(1) 帕森斯模式:医患关系的形成,源于疾病的存在。疾病的诊断、治疗和预防,离不开医学技术。病人患病后求医,正是为了求得医生所掌握的医疗技术帮助,由此才形成了医生和病人之间的互动关系。帕森斯将医患关系与亲子关系进行比较,认为两者具有相似之处。病人或孩子受一个被社会认为有合法权利的人(医生或父亲)的社会控制;虽然父母或医生必须表现出某种程度的感情中立,但都充满了感情色彩;两种关系都把注意力集中在相似的目标上,即在一段时间内使孩子或病人变成能力健全的社会成员。帕森斯认为疾病是对社会正常行为的偏离,必须由医生对其进行社会控制。突出了医患关系的不对称性,有助于理解医患之间的技术关系。但并不适用于所有性质的疾病,比如说患慢性病的病人,以及医学专业分工越来越细的今天。

(2) 萨斯—霍伦德模式:美国医生萨斯和霍伦德认为,被帕森斯所忽视的生理症状恰恰是医患关系中最重要影响因素,为此提出了包含三种类型的医患关系模式。

①主动—被动模式。这是一种历史悠久的医患关系模式,在这种模式中医生是主动的,病人是被动的,其实是一种不平等的医患关系。特点是病人到医院就医,请求医生给予诊治,病人不能发挥积极主动作用;而医生则掌握医疗技术,以主导者自居,故有学者称之为“父权主义模型”。主要适用于休克、昏迷的病人。②指导—合作模式。在这种医患关系模式中,病人被看作是有意识、有思想的人,病人有一定的主动性,医生注意调动病人的主动性,医患关系比较融洽。但这种主动性是有条件的,是以病人主动配合医生行动、执行医生的意志为前提的。病人要主动述说病情,及时反映诊治中的情况变化,积极配合各项检查和治疗。但病人对医生的诊疗措施不能提出异议,也不能反对;医生仍然具有权威性,仍居于主导地位。虽比前一种模式前进了一大步,有利于提高诊断和治疗的效果,有利于防止或及时纠正医疗中的差错,但它仍然不够完善、不够理想。③共同参与模式。这种模式中,病人不是处于被动地位,而是主动与医生合作,主动参与诊断和治疗活动,提供各种情况帮助医生做出正确的诊

断。有的时候,病人还可以和医生商讨治疗措施,共同做出决定。在诊疗活动中,医生能认真听取病人的意见,采纳其中合理的成分。医患之间有近似平等的权利和地位,可以发挥医患双方的积极性。这种模型对于消除医患之间的隔阂,建立真诚、相互信任的医患关系,对于各种诊疗措施的顺利实施和提高医疗质量是非常必要和有益的。大多数慢性病病人的诊疗适用这种模式。

(3) 维奇模式:美国学者罗伯特·维奇提出了三种医患关系模型。①工程模式。即纯技术模式,在这种模式中医生仅仅充当应用科学家或技术员的角色,根据科学理论和技术从事医疗工作。医生把所有与疾病、健康有关的事实提供给病人,让病人接受这些事实,然后医生根据这些事实解决相应的问题。这种模式要求医生摒弃各种价值观,完全成为一个技术操作者。例如,一个信仰罗马天主教的医生,根据他的宗教信仰认为人工流产就等于杀人,但按照工程模式,他只能根据病人的要求去做人工流产术,而不能受宗教价值观念的影响。②教士模式。亦称权威模式,在这种模式中,医生充当家长式的角色,具有很大的权威性。医生不仅具有为病人做出医学决定的权力,而且具有做出道德决定的权力,病人完全丧失自主权。例如,对绝育手术,既是一种医学决定,更是一种道德决定,一般理解应由病人自己做出决定。可在教士模式的医患关系中,一切都是由医生做出决定。③契约模式。这种模式是指医患关系中的非法律性的有关双方责任和利益的约定。医患双方虽然感到不是完全平等的关系,但双方都感到相互之间有一些共同的利益,可以分享道德权利和责任,同时对做出的各种决定负责。在医疗活动中,未经病人允许,医生不能采取重大的医疗措施。相对于前面两种模式而言,契约模式是比较令人满意的。

以上各种医患关系模型,概括和反映了不同时代、不同国家和地区的医患关系。各有其优缺点,各自适合于不同的情况和不同的病人。不能笼统地说哪一种好、哪一种不好,把它们用于最适合的情况和病人那就是最好。

2. 医患关系对医疗活动的影响

(1) 遵医行为:病人的遵医行为也叫病人的依从行为,是指病人为了预防、治疗疾病而与医嘱保持一致的行为。这是病人行为最重要的一个方面,经常会影响疗效和病人疾病的好转。特别是门诊病人,医嘱主要依靠病人自觉执行,如按时服药、治疗、调节饮食和生活。住院病人按照医生的诊断和据此提出的用药、治疗、饮食及生活方面的要求进行治疗,疾病才有可能治愈。为了治疗疾病、恢复健康,在一般情况下,病人都能够表现出遵医行为。如果病人不能遵照医嘱服药,医生的医术再高超、诊断再正确、药物效果再好,也难以产生预期的医疗效果。

不论什么疗效卓著的良药,都必须把药吃进去才能起到治疗作用。然而,把药吃下去,乃是病人的自主行为。医生能够决定的只是病人该吃什么药、该怎样吃;然而,药吃不吃、吃多少,甚至病人去不去药房拿药,都不是医生可以决定的。纵然医生在医嘱中对药物的名称、用量和用法,做了明确的说明,病人仍然可以按照他自己的意愿吃药或不吃药,按时吃或不按时吃,吃多一些或吃少一些等。因此,对于是否遵从医嘱,就是一个关系到疗效,甚至关系到病人的生死存亡的重要问题。

判断病人行为是否与医嘱一致,有时是非常困难的。调查表明,用询问的方式,只有30%左右的病人会承认其有不依从行为。医务人员通常用于判别病人依从性的方法主要有:①根据疗效或不良反应进行判断。有一部分病人在服用药物后会出现疗效或某些不良反应。②监视就诊情况。此法主要适用于门诊病人。③药片记数或测量血药水平。计算药片的方法简便易行,但一般只适用于住院病人或病人家属的配合,且不能告诉病人记数的目的,否则其可靠性就会下降。④临床观察。此法只适用于住院病人,而且要花费一定的人力和时间,有些医院采取病人服药时短期监视,有一定效果。

(2)不遵医行为:病人不遵照医生开的处方或医嘱进行治疗的行为,称为不遵医行为。国外近年进行的大量研究证明,不遵医行为的发生率相当高,有时达到很危险的程度,这是医疗实践中很需要注意的一个实际课题。萨克特(R. N.Dodell)等总结了185例研究资料,结果表明仅约一半的病人在较长时间能坚持按医嘱服药,短期医嘱在执行1~2天之后,遵医率就大为降低。这些客观研究充分说明,病人不遵医嘱的现象是很常见的,医生和护士都应该充分估计到这一点,并要设法提高遵医率,以保证可靠的疗效。

关于导致不遵医行为的有关因素,有关学者研究报道指出,影响遵医行为的因素主要有以下三个方面:①病人对医生的满意程度。有30%~60%的病人,对他们从医生那里得到的信息和劝告不满意,这时易出现不遵医嘱的现象。医生的服务态度和服务质量越好,病人对医生的信任和尊重程度越高,遵医率也越高。②病人对医嘱内容理解不清,记忆不清。尤其是同时服用多种药物,每种药物的服法、剂量又不一致时,更易出现服错药物、服错药量、漏服药次或药物等现象。老年人、文化水平不高的人尤甚。斯瓦茨等(D.Schwartz et al)于1962年发现,178名60岁以上的门诊病人,59%服药不对。尼利(E.Neely)1968年发现有3/5的老年病人服药不对。戴维斯(M.S.Davis)1971年发现9%~64%的病人误解了药物标签上的文字说明。盖洛韦(S.P.Galloway)等1971年在贫民区中的调查研究发现,80%的人不能正确地解释医

师、药师认为很容易理解的标签。③治疗方式的特点和复杂程度。一般来说,要求病人行为改变的项目越多,遵从率越低。医嘱内容越复杂,越不容易得到完全的遵从。例如,老年病人同时服用五种以上的药物,很少有不出错的。

在现代医学条件下,医患关系包含了心理、伦理、法律、经济等多方面的内容。医患关系是否和谐,直接涉及各项诊疗活动能否顺利进行,涉及医患双方的利益,当然也会直接或间接的影响到社会的稳定与和谐。

3. 医患关系的现状与医生的困惑 医患关系伴随着疾病和医疗服务而出现,只要有医疗服务活动,就存在医患关系,不是和谐的医患关系,就是紧张的医患关系。那么,医患之间究竟是一种什么样的关系?广义上讲,既包括病人通过交费就诊的法律行为而产生的与其医院之间的权利义务关系,也包括我国行政法中强制医疗情况下的医患关系。前者占医患关系中的绝大多数,后者仅针对吸毒等特殊人群,人们一般谈论的包括现在谈论的都是前一种。

医患之间存在着一定的对立性。病人及家属的理想化期待与非理想化的现实之间往往存在一定的差距。尽管医患双方的主观愿望都希望病人赶快好起来,但医学仍然对很多疾病束手无策,心脑血管疾病、恶性肿瘤等仍然严重威胁着人类的健康和生命。由于生命的有限性和医学的局限性,医生总会遇到难以解决的问题和无法避免的意外。但医患之间应该有更多的共同之处。因为,医患都有一个共同的目标,那就是要战胜疾病,减少痛苦,保障健康和生命安全。从这个层面上讲,医患关系应该是一种维持生命的协作关系、伙伴关系。

但近年来,医患失信,双方往往以对立面的形象出现在世人面前。在各大医疗机构中,病人就诊时随时记录甚至携带录音笔、小型摄像机的现象也时有发生,为的是保留证据,防范可能发生的医疗纠纷。个别失去理性的病人和家属在医院内外打横幅、打人毁物、散发传单、贴大小字报。随着医患纠纷的增多和程度的升级,以帮患者或家属向医院讨要钱财的新兴职业——“医闹”在各地悄然出现。他们混迹在医院门口,得知有病人或家属和医院发生纠纷时,就主动上前帮助其向医院讨要“说法”,以此换取“辛苦费”。这种现象出现在两三年前,开始,“医闹”主要以城区的无业游民为主,这些人大部分都有犯罪前科,医护人员对他们都有一种恐惧感。后来,一些城郊甚至有些外地民工也加入到了这一行为。他们假装成病人的亲属,帮助病人和医院讨价还价;组织一些老年人围堵医院大门、侮辱医护人员;为了尽快拿到钱或是拿到更多的补偿,他们还采取恐吓殴打医护人员、砸毁医疗设施等手段,迫使院方为“息事宁人”而“自觉”拿出钱来,以便从中提取一定比例的“辛苦费”。