



中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等院校医学人文系列规划教材

医患关系学

主 编 徐瑞容 何思忠



科学出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等院校医学人文系列规划教材

医患关系学

主 编 徐瑞容 何思忠

副主编 周 庆 季学磊 桑爱民

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

戴正庆 何思忠 季学磊 刘 俊

刘 苓 桑爱民 施琳玲 王晓荣

王信峰 吴 俊 徐瑞容 张 毅

周 庆

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本教材共有五个章节,重点介绍了医患关系的概念、医患沟通的基础知识及医患沟通的技巧。此外,还重点介绍了如何防范和处理医患纠纷。最后还介绍了医疗行为与法律的关系,并附录了常用的与医患关系相关的法律、法规、规章、制度。

本教材内容简洁、全面、丰富,可以作为医学院校临床医学、护理学等专业的教材,也可以作为临床医务工作者在处理医患关系、医患纠纷时的参考资料。

图书在版编目(CIP)数据

医患关系学 / 徐瑞容,何思忠主编. —北京:科学出版社,2018.1

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等院校医学人文系列规划教材

ISBN 978-7-03-055634-9

I. ①医… II. ①徐… ②何… III. ①医院-人间关系-医学院校-教材 IV. ①R197.322

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第292591号

责任编辑:王棵榭 胡治国 / 责任校对:郭瑞芝

责任印制:张欣秀 / 封面设计:陈敬

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京京华虎彩印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018年1月第一版 开本:787×1092 1/16

2018年1月第一次印刷 印张:12

字数:297 000

定价:39.80元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

232010

丛书编委会

主任委员 倪衡建

副主任委员 周逸萍

委员 (按姓氏汉语拼音为序)

曹 维	陈 燕	陈建荣	崔志明
戴正庆	何思忠	胡春花	季学磊
潘 闽	桑爱民	单 芳	邵春明
沈光宇	施 辉	王夏强	吴 菁
邢晓源	徐瑞容	杨 敏	郁晓燕
张 毅	张海峰	仲崇俊	周 峰
周 庆	周国雄		

前言

医患关系学作为“十二五”江苏省高等学校重点教材-医学人文学系列教材的一部分在南通大学各级领导的关怀下终于出版了。本教材是江苏高校品牌专业建设工程资助项目 (Top-notch Academic Programs Project of Jiangsu Higher Education Institutions, TAPP)。

我校临床医学等专业已经开设医患沟通课程数年,课程选用由王锦帆、尹梅主编的医患沟通教材。此教材注重基本理论、基本概念,并与临床实践相结合,内容丰富。但是,我校医患沟通课程学时有限,教材的大部分内容无法安排教学。故学校领导根据开设的课程组织参加教学的老师以及有关医院的医务人员自编了讲义。经过数年的教学实践不断完善,已基本上形成了注重基本理论和基本概念,又结合医院目前医患关系实际的临时教材。为了配合江苏省“十二五”教材规划,更契合国家医师资格考试大纲,我们在自编临时教材的基础上加以完善而完成了本教材的编写。参加本教材编写的人员包括临床一线的医师、医院参与处理医患纠纷的行政人员以及具有丰富教学经验的老师等。

本教材共有五章。第一章主要介绍了医患关系概念、医患行为与医患沟通的关系以及我国目前医患关系的现状。第二章介绍了医患沟通的基础知识及医患沟通障碍的原因。第三章介绍了医患沟通的技巧。医患沟通首先是人际沟通,医患沟通不仅是医与患之间的沟通,还包括与社会、媒体的沟通以及对患者的健康教育等。第四章介绍了医患纠纷的防范与处理。第五章介绍了医疗行为与法律关系。医患关系本质上是法律关系,任何医疗纠纷的最终解决必须按照法律、法规进行。最后还附有目前中国及世界上常用的与医患关系相关的法律、法规、规章、制度等。本章节为教学可选内容,可以作为学生课堂学习以外的参考资料,也可以作为临床医务工作者在处理医患关系、医患纠纷时的参考资料。

本教材在编写过程中主要参考了王锦帆、尹梅主编的《医患沟通学》,以及李功迎编写的《患者行为与医患沟通技巧》、陈一凡编写的《医患关系法律分析》、鲍勇编写的《医患关系现状与发展研究》、周毅编写的《人际交往与医患沟通》、卫生部统计信息中心编写的《中国医患关系调查研究》等书籍。在此一并表示感谢!也感谢科学出版社的各位编辑在组稿、审稿、出版及印刷过程中给予的指导和帮助。

由于作者才疏学浅,书中差错在所难免,诚请广大读者在使用过程中如发现问题和差错给予赐教,再版时加以纠正。

徐瑞容

2017年12月

目 录

第一章 医患关系概论	1
第一节 概述	1
第二节 医患行为与医患沟通	10
第三节 我国医患关系的现状及医患关系紧张的原因	27
第二章 医患沟通	33
第一节 医患沟通基本模式与意义	33
第二节 医患沟通的基本理念和原则	44
第三节 医患沟通的目标、作用与途径	49
第四节 医患沟通障碍原因	60
第三章 医患沟通技巧	67
第一节 人际沟通与医患沟通	67
第二节 医患沟通的机制与制度构建	73
第三节 医患沟通的语言沟通技巧	80
第四节 医患沟通的非语言性沟通技巧	84
第五节 特殊医患关系及处理	90
第四章 医患纠纷的防范与处理	93
第一节 医患纠纷的含义和分类	93
第二节 医患纠纷成因与防范	96
第三节 医患纠纷的处理路径与程序	99
第五章 医疗行为与法律关系	109
第一节 医疗行为的法律责任	109
第二节 医患的权利和义务	124
第三节 过错评判和责任认定	136
第四节 辩诉	140
第五节 医患法律体系	147
第六节 医患关系相关法律、法规	168
参考文献	183

第一章 医患关系概论

第一节 概 述

一、“医”“患”概念及医患关系定义

医患关系（doctor-patient relationship）是指在医疗服务过程中客观形成的、与医患双方利益有密切关联的社会群体和个体之间的互动关系。医患关系是伴随着医疗服务诞生的，患者就医的目的是为了获得医疗服务，医院及其医务人员为患者提供医疗服务，可见医患关系是基于医疗服务的供求而建立的。研究医患关系的目的是为了改善医患关系，消除医患之间不应有的摩擦和冲突。和谐的医患关系有助于医学更好地承担起救死扶伤、治病救人的崇高使命，使医学能更好地为人类健康事业造福。研究医患沟通是为建立和谐医患关系服务的，了解医患关系的内涵、研究医患沟通的规律、熟悉医患双方的社会角色和行为模式及各自的权利和义务，有助于医患沟通正确、顺利地开展。

医患关系学是研究医患之间关系的本质和规律的科学，以参与医患关系的医务人员和患者及与患者有直接利害关系的人群为研究对象。医患关系学的研究重点是指导和谐医患关系的构建，从而解决医患关系中存在的各种实际问题。

医患关系实际上就是“医”与“患”之间的关系。“医”包括医疗机构、医务人员；“患”包括患者、患者家属及除患者家属以外的患者的监护人（也称为患者方面）。

这里所称的“医”是指医疗单位及医务工作者。医疗单位不仅包括各级各类医院、卫生院、疗养院和门诊部，还包括各种诊所、卫生所、医务所等。医务工作者也是个广义的概念，主要是指各级各科医生，其次是护士，还包括医疗单位的管理人员。医生的服务态度、医术水平、负责精神等方面是引起医疗纠纷的主要原因；护士负责治疗的具体操作和护理工作，护士的粗心大意、操作失误、擅离职守等也是易导致医疗纠纷的原因；医疗单位的领导和管理者指挥不当、硬性规定医生使用或不使用某些药物或诊疗措施，或者管理工作不到位、医疗管理环节脱节等导致不应有的危害也是引起医疗纠纷的原因。

这里所称的“患”是指接受诊疗的患者，还包括与患者就诊、就医密切关联的家人、亲属，甚至包括与患者利益相连的社会大众，因为当发生医疗纠纷时按法律的规定，患者可以委托家人、亲友、律师等充当代理人，所以后者是广义上的患方。

二、医患关系的特征和内容

医患关系是医疗服务关系，也是一种特殊的人际关系，既有人际关系的所有共性，受人际关系因素的影响，也有其特殊的性质。医患关系之所以说是一种特殊的人际关系，是因为医务人员和患者在交往上有其特征性，表现为以下几个方面。

1. 密切相关性 医患关系具有明显的相互依赖性。作为特定的社会角色，没有疾病；没有患者就没有医生这样的社会职业，同样，没有医务人员的辛勤劳动，当生命出现问题而陷入险境时，生命的延续也是不可想象的。作为共抗病魔的战友，医患双方都无法离开对方而独立存在，双方具有密切相关性。



2. 积极交往性 与一般人际关系不同的是,医患之间的交往是由于患者出于维护、恢复自己身心健康的需要而主动建立起来的,医务人员在其中扮演了特定的社会角色。对患者而言,就医行为是一种积极、主动的求助行为。同时,出于职责,医务人员也会积极主动地进行临床诊疗。医患双方在活动中往往表现出交往的积极性。

3. 直接交往性 是指医患之间进行的是面对面、不需要通过中介环节和媒介的交往,这种交往的直接性使得医患双方有条件进行直接有效地沟通,信息的交流和反馈渠道畅通。

4. 定向交往性 医患交往的对象和目的是明确而具体的。在具体的临床诊疗活动中,每一个医务人员接待和诊疗的患者是特定的,双方交往的目的明确。医务人员是为了承担自己的医疗职责,帮助患者维护、恢复健康,从而实现自己的存在价值和经济利益;患者的目的则是为了获得医疗救助,重获身心健康。

5. 非个性交往性 医患之间的交往具有非个性交往的特点,每一方都有着自己特定的行为规范。医务人员在临床诊疗活动中代表的不是自己,而是一个特定的职业角色,作为一个职业角色,他们必须遵守特定的职业规范,有自己相应的权利和义务,所作所为应该尽可能少受到个人情绪和个性的影响。

6. 交往适度性 由于医务人员和患者在临床诊疗活动中都是作为特定群体的代表而出现,其相互交往具有相当稳定的规范,因此具有适度交往的特点。医患之间的交流、沟通既不会太深入也不会点到为止,太深或太浅的交往关系都可能给医患关系的后续发展带来隐患。

医患关系有狭义和广义之分。狭义的医患关系是指医生与患者的关系;广义的医患关系是指医院一方和患者的关系,医生与患者及其家属、患者所在单位、团体和与患者治疗费用有关的机构的关系。通常我们所说的医患关系往往是指狭义的医患关系,但在实际工作中特别是发生医疗纠纷时,广义的医患关系对医疗纠纷的发生与处理有着重要的影响,患者的父母、配偶、子女、亲戚、同事甚至所在单位等第三方的介入往往会对医患关系形成多元复杂的影响。

医患关系包含医疗技术关系和非医疗技术关系两方面的内容。

医患关系的医疗技术关系是指在实际医疗过程中医务人员按诊疗规范或技术规范提供给患者服务所形成的相互关系,医务人员按照规范实施医疗行为,而且间接规范患方在被实施医疗行为时应该遵守的配合行为。它对医疗效果起着重要的作用。

非医疗技术关系是指在医疗过程中,医生与患者由于社会、心理、经济等方面的影响,形成的道德、利益、价值、法律、文化及人际等方面的关系,是医患关系中最基本、最重要的方面,在医疗过程中对医疗效果有着无形的作用。

三、医患关系的本质及模式

(一) 医患关系的本质

医患关系是一个历史久远的话题,也是一个亟待解决的问题,说其历史久远是因为医患关系早在远古时代就伴随社会分工而存在,说其亟待解决是因为医患纠纷已成为影响我国社会稳定的重要因素。

医患关系是医者为救助患者而提供医疗服务所形成的一种服务关系,或者说是因为医



疗服务而在医患主体之间形成的医疗服务关系，人们常说的医患关系就是医疗服务关系，但医疗服务关系是一种特殊性质的社会服务，不同于一般的消费服务，因为它直接涉及人们的健康和生命。当人们运用法律、道德、利益、价值、文化、技术、人际等关系来确认和调整医疗服务关系时，则分别形成医患法律关系、医患道德关系、医患价值关系、医患文化关系、医患技术关系和医患人际关系等社会关系。

医患关系种类繁多，什么才是医患关系的本质？对比人们有不同的观点。在目前的商品经济时代，有很多普通老百姓认为，医患关系就是经济关系，是患者支付金钱来换取医生的服务。在市场经济不断发展、医疗改革未能完善的大背景下，各种越来越多的医疗费用大半都压在患者的头上，医疗费用的支出直接与患者的个人利益挂钩，经济利益是连接医患之间的纽带，因此医患关系也是一种经济关系。也有人认为，医患关系是一种信托关系，患者在求医的同时把自己的生命和健康交予了医方，将医生看作生命和健康的守护者，医方必须接受患者的托付，发挥人道主义精神，尽能力实现患方的托付。上述两个观点均不全面并有失偏颇：把医患关系当作一种经济关系就可能忽视医患关系中的人道主义性质，导致医患关系的异化；把医患关系当作一种信托关系是过于理想化，目前的医疗体制还需要患者支付部分医疗费用，目前的医疗技术水平还不能满足人们的医疗要求，一旦医方不能使患者满意，患者就有可能怀疑医生是否恪守职责、是否有精湛的医疗技术、是否全心全意为患者服务，从而引发医患纠纷。

那么哪种医患关系才是医患关系的本质呢？医疗服务关系本质上是医患法律关系。为什么这样说呢？在未经法律确认前，医患关系只是明确了医患主体的概貌、医疗服务中的基本服务及其产生的基本关系。当医者不具备相应医疗能力时，当双方为特定利益的界分发生冲突时，当一方主体权益受到对方的侵犯时，当双方为医患关系是否成立发生争执时，均无法判断对错以解决纠纷，以致运行中的医患关系极易被否定。当医患关系成为医患法律关系时，医疗服务关系以法律形式被确认和调整，基于法律事实形成法律上的权利和义务关系，从而明确规定了医疗服务关系的主体、客体、内容和成立条件，使医疗服务关系更为精致和实用。所以，医患关系的本质是医患法律关系。

从原生与派生的角度，可以将医患关系分为原生形态的医患关系和派生形态的医患关系两大基本类型。其中原生形态的医患关系就是医疗服务关系；派生形态的医患关系则是人们运用法律、技术、道德、利益、价值、文化、人际等制约因素来确认和调整医疗服务关系而分别形成的医患法律关系、医患技术关系、医患道德关系、医患文化关系、医患人际关系等。法律是综合汲取与生命规律相适应的技术、道德、价值、利益、文化、人际等内在要求而得以最终确定的关系制约因素，因此，派生形态的医患关系主要是指医患法律关系。

将医患关系看成一种法律关系，注重患者和医务人员的独立性和地位平等性，强调双方的责任、权利及行为规范模式。任何超越法规允许范围的行为都要受到舆论的谴责及法律的制裁。一些高技术临床应用项目如性别鉴定、人工授精、器官移植等不仅直接涉及医患关系，还涉及法律问题，必须通过法律来调节。另一方面，由于医患关系的特性，患者在治疗和行为决策上很难做到独立和自愿，医生也没有自主选择治疗或者放弃治疗的权利，加上临床工作者个体差异和患者情况可能随时发生变化，相关卫生法律的制定和修订及执行都面临较大的困难。目前还没有一部有关医患关系的专门法律，在司法部门审理医患纠纷的实践中，依据不一，有时用《医疗事故处理办法》、《中华人民共和国消费者权益



保护法》处理,甚至用《中华人民共和国合同法》简称《合同法》来处理。法律条款虽然很多,但其应用得不统一,实际形成了无法可依、执行更难的局面。目前,医疗服务方面的法律正在不断地完善和修订中,作为医务人员应紧跟法律改革的步伐,不断提高自己的法律意识,依法办事,依法行医。

(二) 医患关系模式

医患关系模式是指在医学实践活动中医患双方互动的行为方式。它是根据在诊疗计划制定和执行过程中医务人员和患者之间的关系来确定和划分的。目前被世界医学界广泛接受的医患关系模式是 1956 年由美国学者萨斯(Szas)和荷兰德(Hollander)提出的萨斯-荷兰德模式和罗伯特·维奇(Robert Veatch)提出的维奇模式。

1. 萨斯-荷兰德模式 此模式以医患互动、医患双方地位、主动性的将医患关系分为以下三种基本类型。

(1) 主动-被动型:此类型是一种传统的医患模式。在这种模式中,医务人员处于主动地位,患者处于被动地位,医务人员完全把握诊疗活动的主动权、决策权,怎样诊疗由医务人员说了算,医务人员是绝对权威,患者完全服从医务人员的安排。这种模式相当于生活中父母与婴儿的关系。这种模式的优点是可以发挥医务人员的技术优势,缺点是缺少患者的个人意愿,可能会影响疗效并为医患关系埋下隐患。这种模式一般应用于无自主能力的患者,如危重、急诊、休克等意识丧失患者及婴幼儿、精神病和智力障碍患者。

(2) 指导-合作型:在这种医患关系模式中患者被看作是有意识、有思想的人,有一定的主动性,可有限度、有条件地表达自己的意愿,医务人员也愿意调动患者的主动性,医患关系比较融洽。但患者的主动性应该是主动配合医务人员,接受医务人员的解释与指导并执行医务人员的诊治方案。患者被要求与医务人员合作,医务人员仍然具有权威性,居于主动地位。这种模式因为存在互动成分,所以能充分发挥医患双方的积极性,有利于提高诊疗效果,减少差错;有利于建立相互合作的医患关系,但医患双方权利仍存在不平等性。这种模式相当于生活中父母与青少年的关系。目前临床上医患关系多属于这种模式。

(3) 共同参与型:在这种模式中,医患双方具有同等的主动性,医患双方共同参与诊疗计划的决策、制订和实施。在诊疗实施过程中,医务人员不但要对患者在诊疗上提出建议和指导,而且还要不断接受患者的体验和感受等反馈信息,进一步改进诊疗计划。此模式相当于生活中成人与成人的关系,有助于医患双方的理解和沟通,可以融洽彼此的关系,提高诊疗水平。这种模式一般运用于慢性病患者,更适用于有一定医学知识的患者。

2. 维奇模式

(1) 纯技术模式:又称为工程模式。在这种模式中,医务人员就是纯科学家,只管技术不管其他,医务人员将所有与疾病、健康有关的事实提供给患者,让患者接受这些事实,然后根据这些事实解决相应的问题。这是一种把患者当成生物体变量的生物医学阶段的医患关系模式。

(2) 权威模式:又称为教士模式。在这种模式中,医务人员充当家长的角色,具有巨大的权威性,医务人员不仅有为患者做出医学决定的权利,而且具有做出道德决定的权利,一切均由医务人员决定,患者丧失了自主权,处于完全被动的地位。这种模式不利于调动患者的主观能动性。

上述两种模式类似于萨斯-荷兰德模式中的“主动-被动型”。



(3) 契约模式：在这种模式中，尽管医患双方彼此不完全平等，但相互之间有一些共同的利益，分享道德权利时遇到的责任，同时对做出的各种决定及行为负责。

这种模式类似于萨斯-荷兰德模式中的“共同参与型”。

临床实践证明，上述医患关系模式都有其相应的使用范围，医务人员应根据每个患者所患疾病的不同、心理状态上的差别、文化知识的差异等灵活地选择相应的模式。不管应用哪种模式，都应该充分发挥医患双方的积极性，加强医患沟通，共同制订医患双方都满意的诊疗方案，才能达到最佳诊疗效果。

我国医疗行业过去长期处于“以医为尊”的状态。在医疗过程中，医方习惯把自己放在主体的地位，一切医生说了算，治疗不用和患者商量，患者完全处于被动的无条件服从地位。随着社会的发展，人们的文化知识不断丰富，法律意识普遍提高，越来越看重自己的权益和地位，这就要求医务人员充分认识医学模式的转变，重新定位医患关系，以适应社会进步和医疗市场竞争的需要。因此，医务人员要改变观念，把患者放在一种平等的地位上看待，把患者作为战友、作为朋友才能有助于构建新型的良好医患关系，这是作为现代医务人员应追求的理想模式。

四、医患关系的影响因素

医患关系的影响因素众多而复杂，来源于社会、医院、医务人员、患者及家属等各个方面，也可分为经济、法律、道德、文化、心理等各个层次。

(一) 社会因素

我国的医患关系经历了古代医患协商、医乃仁术的道德繁盛时期，到中华人民共和国成立初期的医患关系仍相当和谐。20 世纪 80 年代医疗改革以来医患冲突日益凸显，直至今日伴随市场化进程，医患矛盾进一步深化且有加剧的趋势。

1. 现代化过程对医患关系的影响 现代化过程也使得社会体制的变化影响着医患关系的变迁，主要体现在 3 个方面。

(1) 社会人口流动：城市化加剧了人口流动，由过去的熟人社会转变为现今的陌生人世界，最大的变化是个体更多地以理性算计替代了情感，每个行动者带着脑袋而不是心灵在行动，人与人之间建立的是短期关系，人与人之间的相处更多的是计算个人得失，为了实现个人目标，包括医患关系更是如此。我国城市和农村社会生活方式的巨大差异便是证据。

(2) 医疗职业化：伴随医疗技术的进步和专业化程度的提高，医生更多地依赖于医学手段来诊断和治疗，忽视了患者的情感需要和信心的建立，只重视医疗技术关系，忽视医患关系中更为重要的信任关系的建立。同时，因为技术门槛的提高，患者也无法判断医生的诊治是否达到了最初的需要。医疗职业化带来医患之间的去沟通化，也带来了治疗的非连续性和高诊疗费。

(3) 医院科层化：患者认为好的医生及医疗设备都在大型医院里，为了得到更为专业的诊疗，喜欢到大型医院就诊，即使是感冒也愿意到大医院排队等候，出现社区医院门庭冷落、大医院人满为患的现象。为了适应这样的医疗需求，大型医院越来越大，分科越来越细，医生由在社区为患者提供医疗服务转为在大的医疗机构服务，过去由一名医生能够解决的问题，在现代化医院中要分科诊断和治疗，使得医生对患者的责任分散化。患者不



仅要适应医院的组织运转规则，同时还要面对医院中所遇到的各种分科沟通与协调问题。

2. 社会制度对医患关系的影响

(1) 社会规范环境：医患关系不仅是医生和患者之间的问题，而且是一个社会问题。医患之间的互不信任实际上反映的是现代社会人际关系紧张，整个社会都存在信任危机。民众对医生的不信任与对其他掌握“特殊资源”的行业的从业人员（如教师、公务员等）的不信任实际上是共通的。换言之，医患关系问题的存在并不是患者对某家医院、某个医生不信任，而是人际信任广泛缺失的体现。

(2) 社会经济环境：我国医疗卫生机构总诊疗人次逐年上升，2016 年全国医疗机构诊疗已达 79 亿人次。看病贵、看病难的根本原因是医疗资源的紧张，反映的是国家对于卫生经费投入的不足。第三次国家卫生服务调查结果显示，自 1978 年以来我国卫生总费用占政府财政支出的比例不断下降，从 1982 年的 39% 下降到 2004 年的 17%；居民个人支出在卫生总费用中的比例不断上升，居民个人现金支出占卫生总费用的比例从 1978 年的 20.43% 快速上升为 2001 年的 59.97%，虽然从 2002 年开始出现回落，降至 2007 年的 45.16%，但是比例仍过高。2007 年国家卫生总费用仅占国内生产总值（GDP）的 4.81%，虽然 2011 年全国卫生总费用占 GDP 的比例上升到 5.2%，2016 年医疗卫生支出占政府财政支出的比例为 7%，但远低于发达国家水平甚至低于多数发展中国家的水平。

3. 医患关系问题的政府责任

(1) 国家对医院特别是公立医院投入不足：目前我国医疗卫生系统特别是医院绝大部分是公立性质的。由于国家对医疗卫生系统的投入有限，医院的各项支出、医疗设备的购入、医院基础建设的费用等都要靠医院自身的经营收入，导致医院不得不追求经济效益，医院明里暗里鼓励医生给患者多检查、多用药成为常态。

(2) 政府对医生的劳动价值没有给予适当的承认：医生的职业教育时间长（同样是大学本科，其他专业是 4 年而学医是 5 年），投入大，临床工作强度非常大，风险也高，值班、夜班很多，节假日无法正常休息。医生在工作后为了保持知识的更新必须持续投入大量的时间和经济成本进行继续学习，这跟其他行业有很大的不同。而医生的收入并不比其他行业高，通过正当途径得不到相应的劳动回报，转而寻求灰色收入，由此产生和助长了医疗行业风气不正，医生收红包、拿药品回扣等现象。

(3) 医疗保障制度不健全，患者因病致贫的风险高：目前的社会保障体制下，患者个人需支付高昂的医疗费用，而商业保险制度还没能全面覆盖，导致患者对费用不满意，也是医患冲突发生的重要原因。

4. 媒体和社会舆论的“污名化” “一个群体将人性的低劣强加在另一个群体之上并加以维持的动态过程，它是将群体的偏向负面的特征刻板印象化，并由此掩盖其他特征”，这是社会学家埃利亚斯对于污名化的界定。在我国医患关系的发展中，媒体和社会舆论对医方形象宣传所起的这种“污名化”效应不可小觑。媒体通过大量对医疗纠纷负面事件的报道给医生贴上了唯利是图、职业道德沦丧的标签，将医患之间的对立冲突夸大成为医患关系的主要面。这实际上是一种对医疗职业和医患关系的“污名化”。大多数普通民众并没有医患纠纷的经历，但是由于长期依赖形成的刻板印象，将整个医生群体“妖魔化”。

5. 医学教育与医学实践 我国长期以来医疗教育模式存在缺陷，不利于医学高素质人才的培养。在现行体制下，很多医务人员还没有实现医学模式观点的改变，仍以过去的生物医学模式来看待患者。医学教育历来强调核心医学知识的训练，而对于人文医学、社会



科学和行为科学的知识不够关注,对医生业务素质 and 职业道德素质的培养严重缺乏,导致很多医学生不重视自身人文素质的学习和养成。在走上工作岗位之后,与患者接触时只看疾病不看人,不知道如何与患者进行沟通和交流,法律意识淡薄。

(二) 道德与法律因素

道德与法律是社会规范最主要的两种形式,法律是社会规范的底线,道德是对人们更高的要求。

道德是一种社会意识形态,它是人们共同生活及其行为的准则与规范。道德是人性本能的体现,更是后天养成的合乎行为规范和准则的东西,它是社会生活环境中的意识形态之一,是做人做事的底线,要求我们在生活中自觉地进行自我约束。由于道德的驱使才建立了人类的和谐社会,因为道德的要求才有了社会群众团体组织,道德使人们自尊自重自爱,营造人与人的生活空间,一个不懂得道德和没有道德的人是可怕的。

法律是全体国民意志的体现,是国家的统治工具。法律由享有立法权的立法机关(全国人民代表大会和全国人民代表大会常务委员会行使国家立法权)依照法定程序制定、修改并颁布,并由国家强制力保证实施,是以规定当事人权利和义务为内容的、对全体社会成员具有普遍约束力的一种特殊行为规范(社会规范)。

随着市场经济的发展,“道德滑坡”是人们不断议论的话题,其在医疗服务中也会对医患关系造成重要的影响。少数医生过分看重自身利益,缺乏全心全意为人民服务的精神,对工作不认真负责,对患者缺乏同情心、态度冷漠,对某些疑难杂症相互推诿,甚至延误诊治,把“救死扶伤”的医训置之度外,把眼前的患者当成盈利的“人质”,个别医生甚至暗示患者及家属送礼和酬谢等。这些现象尽管出现在少数医务人员身上,却直接影响到了整体医务人员的外界形象,威胁到医患关系。

也有少数患者存在道德方面的问题。如部分患者不遵守医院规范,诊治稍有不如意就责怪、刁难医生和护理人员,甚至谩骂、殴打医务人员,严重伤害了医务人员的自尊心并影响他们工作的积极性。部分患者故意制造医疗纠纷以便获得经济补偿,导致“医闹”这一“职业”的出现。个别患者误认为有钱就能办到一切事情,自以为是,就诊时强令医生做某种检测或开某种药,或出于个人目的要求医生开诊断书、证明等,达不到目的就无理取闹。这些行为都干扰了正常的医疗工作,严重影响到医患关系。

法律是对社会和谐最低层次的要求,只有在法律方面保证了医患的基本权利,才能实现医患和谐发展,避免医患矛盾。实现医患之间最低程度上的共处,前提条件是满足医患关系法律层面的和谐。目前,我国还没有一部专门用于调整医患关系的、权威性的医事专门法律。立法上的缺失导致实践中法律应用的随意化,医患关系中出现的重要问题往往无法可依。没有明确的法律限制医患双方的行为,最严重的后果可能就是“无法无天”,置患者利益于不顾的违规医疗行为及患者伤害医务人员的行为层出不穷。其次,医患双方法律意识薄弱,不懂得用法律来保护自己的合法权益,发生医疗纠纷后怕“烦琐”的维权过程而往往“私了”,结果往往是使事态恶化演变成闹剧或悲剧、惨剧。此外,执法监督的不足也让法律变成了一纸空文,无法为医患关系提供可靠的保障。因此,加强立法工作,尽快制定和完善新的医疗法、医院管理条例、医疗事故处理条例等,以规范医患双方的行为,做到有法可依,违法必究,惩处医患双方的违法行为,这对维护社会的安定团结、促进和谐文明的医患关系的形成,都具有现实意义。



（三）心理因素

求医行为是患者因为自身健康问题而向医疗专业人士寻求帮助的行为，产生于自身的需要，心理因素对医患关系也有重要的影响。医患矛盾反映在心理层面上，表现为医患双方心理上存在的“不满足状态”，医患之间出现心理上的矛盾主要体现在以下几方面的“信任危机”。

1. 认识方面 从患者方面来说，对自己疾病的预期、对医务人员的看法等，都对医患关系起着潜移默化的影响。患者对医疗效果期望过高，往往是患方造成医患关系紧张的原因之一。医方可以有意识地让患者本人及家属多掌握一些医学方面的知识，使患者及其家属更加科学、理性地看待医疗过程，把自己的期望值定在一个适度的水平。受媒体、社会的影响，部分患者对医务人员存在一些错误的认识，认为花费高、就医难是医院、医生造成的，把医务人员看成“白眼狼”，把医院看成罪魁祸首，这些偏见都会对医患关系造成破坏。

从医生方面来说，部分医生受传统医学模式的影响，过分看重技术，把自己的地位看得很高，忽视了情感、思想、意识等心理因素的影响，存在医患之间心理、思想、情感交流的障碍，造成了医患之间出现不同程度的隔膜。执业环境恶劣是医务人员对医患关系认知的一个共识，多数医务人员对我国大环境下的医患关系和本院医患关系的评价更偏于负面。不断出现的“医闹”、伤人事件更恶化了患者在医务人员心中的印象。医患双方互不信任，互相设防，过度医疗与自卫性医疗行为频繁发生，更加剧了这种恶性循环。

2. 情感方面 从患方来看，患者由于疾病痛苦，情绪方面必然会产生变化，如反应强度大、情绪活动稳定性差、反复无常等，有些患者得病后变得易激惹，情感脆弱易受伤害，有时甚至为一些微不足道的小事毫无道理地激动不已，或气愤争吵，或悲伤哭泣。此外，患者到医院看病，因为就医不便利、医疗费用高、医生服务态度不好等原因，大都带着一肚子气，心境低落，情绪压抑，情感需要找发泄对象。这种“移情”可能会表现为对医务人员的“无礼”甚至“攻击”，从而影响医患关系的良性发展。

从医方来看，因为职业风险高、压力大等原因，我国医务人员也存在较多的情绪问题，如果医护人员将自己的不良情绪带到医护过程中，使患者受到伤害，也会影响医患关系。

可以看出，医患双方都有情绪的“易激发”状态，如果有一方不能调整或控制好自己的情绪，相互间便可能产生矛盾和冲突，从而影响良好医患关系的形成。情商是一种准确地察觉、表达、掌控自己的情绪及理解别人的情绪的能力，这种能力的培养和训练对提高医务人员的整体素质、改善医患关系十分重要。

3. 动机方面 动机是指促使人们从事某种活动的念头，在心理学上一般被认为涉及行为的发端、方向、强度和持续性，动机直接引起行为。行医过程中，医患双方动机应该是相同的，即共同战胜疾病，而不应该有动机冲突。但在实际过程中，由于种种因素的影响，医患双方的动机并非单纯唯一。如医务人员在治疗患者时要考虑收入、名声等，甚至部分医院为了利益会给医务人员定接诊和住院指标；患者在治疗同时也看重人格和隐私权，并希望花最少的钱达到最好的效果，极个别患者甚至会有借医疗纠纷敲诈医务人员、医疗机构的行为。医疗行为背后动机的多样性必然导致医疗目标的偏离与差异，最终影响医患关系的构建。

4. 人格方面 人格是指一个人与社会环境相互作用表现出的一种独特的行为模式、思



想模式和情绪反应的特征，也是一个人区别于他人的特征之一。在心理学中，还经常运用“个性”一词表达人格的概念。人格包括两部分：性格与气质。性格是一个人稳定个性的心理特征，表现在人对现实的态度和相应的行为方式上，性格从本质上表现了人的特征。性格可分为人类天生的共同个性与个体在后天环境与学习影响下所形成的独特个性。而气质就好像是给人格打上了一种色彩、一个标记，是人的心理活动和行为模式方面的特点，赋予性格光泽。同样是热爱劳动的人，可是气质不同的人表现就不同：有的人表现为动作迅速，但粗糙一些，这可能是胆汁质的人；有的人很细致，但动作缓慢，可能是黏液质的人。人格是人的性格、气质、能力等特征的总和，也指个人的道德品质。

医患任何一方的某个个体存在性格上的缺陷或双方存在性格、观念上的差异时，都会影响到医患双方关系的稳定和良性发展，因此，医患关系需要双方的努力经营，避免因为某个个体存在性格上的缺陷或双方存在性格、观念上的差异而影响医患关系。在交往过程中，双方共同点越多，互相理解的程度就越深，交流目的就越容易达到。如在交流时可以分享共同的爱好、兴趣等话题，无疑会增加患者对医务人员的好感。另外也可以就一些患者碰到的疾病、生活问题，结合医务人员自身的感受、经验和处理方式对患者进行辅导和沟通。这样患者不会认为医护人员是一位严厉、“铁石心肠”的医务工作者，而是一位“知音”、同甘共苦的朋友。另外，在交往中应尽量避免相异之处。医患双方并非由生活中接触、互相选择发展而来，双方在价值观、文化、人格等方面必定存在差异，医患交往中，如果遇到与自己价值观不一致的情况，应尽量避免触及双方差异，更不应因为双方这些方面的不同而产生敌视和抵触情绪。

（四）医院管理因素

医院面对的是患者的健康和生命，能不能为患者提供精准的治疗是最为关键的一环。医院管理的核心就是完善医疗护理制度，为患者提供精准的医疗技术服务。医院管理首先要发扬治病救人的理念，打造治病救人的优良医疗团队，在满足患者的治疗需求上下功夫。对医院的管理者来讲，只有从理性层面上认识到这个核心目标，时刻围绕工作核心来加强管理，少做形式主义文章，才能切实提高医院的知名度和患者满意度。

有句话叫“细节决定成败”，医院管理方面，也应该在细节上下足功夫。要让患者从走进医院大门起就能看到医护人员面带笑容的问候、感受到热情的关怀，诊疗过程中医护人员轻柔的话语、体贴的动作甚至一些家长里短的穿插使用也能感动深受疾病折磨的患者，并给医院带来良好的口碑。

此外，管理的核心是人，好的管理能充分调动和发挥人的积极性并提高工作效率。医院的管理，要切实做到以人为本，管理服务既要对患者人性化，又要对医务人员充分关怀，才能使医院稳定、有效地运转。咨询台的设置、病床的高度及挂号门诊的窗口都应该尽可能提高患者就诊过程中的舒适度。医务人员的情绪和心理状况，直接影响到提供服务质量的 好坏，作为医患关系的另一方——医务人员，却经常在医院管理人性化中被忽视。对医生、护理人员的及时问候、关心都能鼓舞医务人员投身到为患者的疾病诊治与保持健康的事业中来。

（徐瑞容 王信峰）



第二节 医患行为与医患沟通

一、患者心理与行为

(一) 患者角色

患者是一种特殊的社会角色,是从常态社会人群中分离出来、处于病患状态并有求医要求和医疗行为的社会角色。当一个人被确诊患有疾病时就具有了患者身份,在心理和行为上也就产生了变化。尽管人与人的职业、地位、信仰、生活习惯、文化程度各有不同,所患疾病和病情也不尽相同,但患者角色相同。

1. 患者的特征 患者无须承担正常社会角色的责任和义务;社会必须承认患者无法随心所欲地好转;患者必须寻求医疗帮助并配合治疗。社会对患者角色也有一定的期望,如及时求医治疗、如实反映病情、遵从医嘱、与医务人员相互尊重、遵守医院的规章制度、注意个人卫生、防止疾病的传播、积极配合治疗、促进身体的康复、负担相应的医疗费用等。患者也和其他社会角色一样,产生各种各样的需要,如需要恢复生理、心理的正常功能,需要良好的医疗条件以确保自身的安全,需要被尊重和平等地对待,需要保持社会的联系、交往和情感交流,需要被接纳,需要各种信息特别是自身疾病的信息等。

2. 患者角色的转换 当一个人患病后就要从原有的社会角色转换为患者角色,或者在康复时由患者角色转换为健康人的社会角色,这就是患者角色转换。如果能快速进入患者角色或健康人角色,称为患者角色适应;反之则称为角色适应困难。

常见的患者角色适应困难表现为以下几种。

(1) 患者角色冲突:个体在适应患者角色的过程中不愿放弃原来的角色行为,从而与其常态下的各种角色发生心理冲突和行为矛盾。常见的角色冲突原因是工作繁忙或家庭责任重而不能安心治疗,多见于承担社会或家庭责任较多、事业心比较强的人群。实际上,当一个人从其他角色进入患者角色时,其他角色应该处于从属地位,如果一个人不能很好地进入患者角色而是继续原来的角色则对治疗和健康的恢复不利。

(2) 患者角色缺失:虽然医生已经做出了正确的诊断,患者仍然没有意识到或根本不承认自己患病了,实际上未进入患者角色,没有转变患者角色的心理活动和行为模式。一部分患者因为缺乏医学知识没有认识到自己已经患病;一部分患者因为突然患病缺乏心理准备而不相信自己已经患病;还有一部分患者因为经济困难害怕花钱而不愿意进入患者角色;部分患传染病、性病、精神疾病的患者由于存在耻辱感,担心患病会影响自己的工作、学习或家庭的和谐而不愿意承认自己患病。患者角色缺失的后果是贻误治疗时机,使病情恶化。

(3) 患者角色强化:即在患者进入患者角色后表现出对疾病状态的过分认同,或患者从患者角色转换为常态角色时仍沉浸在患者角色中不能自拔。患者过分关注自身的疾病,过度依赖医护人员,怀疑自身的能力,小病大养,安于患者角色状态,希望继续得到别人的照顾和关心。对疾病已经好转或痊愈不愿承认,不愿重返社会担当社会角色。有些患者是因为继发性获益所致,如患病可以获得更多关照或者赔偿,有些患者主要是心理问题,希望继续作为一个患者,使其从生活或工作的压力中得到解脱。

(4) 患者角色消退:是指患者进入患者角色后由于某种原因忽视或放弃患者角色而回到社会常态角色,承担相应健康角色的责任和义务。原因多为家庭、工作中遇到突发事件,



如亲人突然生病、工作单位考评、晋升等。这种变化对疾病的治疗和康复不利。

(5) 角色恐怖：患者对疾病缺乏正确的认识，过多地考虑疾病的后果，担心疾病严重，治疗效果不好或预后不佳，影响将来的工作和生活，对自身健康过度悲观，产生恐怖心理，称为角色恐怖。这种心理会导致有病乱投医或拒绝治疗的行为。

(6) 患者角色行为异常：患者虽然承认自己患有疾病，但因受疾病的折磨而感到沮丧、悲观，这些不良心境的影响导致行为异常，如拒绝住院、不配合治疗、对医护人员有攻击行为等，甚至自残、自杀。这种行为常有可能导致严重的后果。

(7) 患者角色假冒：是为了逃避社会责任和义务，或为了获得某些利益，谎称自己有病而假冒患者角色。此类患者为数不多，但会给临床医疗工作带来很大的干扰。

(二) 患者心理行为特征

疾病不仅可以改变一个人正常的生活模式，而且可以改变患者的心理和行为。在疾病状态下，患者会出现和健康人不同的心理行为特征，我们称之为患者的一般心理行为特征，表现为以下方面。

1. 否认 当患者生病后，常表现出怀疑和否认自己患病的事实，尤其是在诊断为癌症等预后不良的患者中这样的情况比较常见。这是患者危害情境下的一种自我保护意识的体现，可以用来缓冲突然而来的打击，避免过分震惊，不至于精神崩溃，从而获得心理上的暂时安慰，维持心理平衡。所以否认心理在一定程度上有利于心理健康和疾病的恢复，但过分的否认事实也可能延误疾病的治疗。

2. 焦虑 当患者患病时可出现担心、紧张、恐惧等情绪改变。焦虑可表现为精神焦虑和躯体焦虑，担心、紧张、疲惫、恐惧等为精神焦虑；心慌气急、出汗手抖、胸闷胸痛、暖气恶心、腹胀便秘、坐立不安、尿频尿急甚至晕厥等为躯体焦虑。

3. 怀疑 患者患病后常变得敏感，对别人的言行过于关注，如听到别人小声说话或避开自己说话就怀疑是在谈论自己的病情，对别人的安慰劝解也将信将疑。这种情绪有可能影响患者对客观事物包括自我病情的判断。

4. 抑郁 抑郁是一种负性的消极情绪，表现为压抑、沮丧、少言寡欲，兴趣降低、情绪低落，甚至出现放弃治疗的想法。最极端的表现悲观厌世、有自杀倾向。常发生在患有慢性疾病、预后不良或面临生命危险的患者身上。

5. 依赖 患者患病后会产生依赖心理，变得顺从、被动，处理事情犹豫不决、行为幼稚，希望得到他人的关注、关心和支持，往往对日常生活也信心不足，事事依赖别人去做。过度的依赖心理不利于患者疾病康复过程中患者主观能动性的发挥。

6. 情绪不稳定 在疾病状态下患者会感到痛苦和心理压力，就医过程的不顺利、医患之间的冲突及一些检查 and 治疗的副作用使患者感到不适、疼痛等都会导致患者情绪不稳定，甚至容易冲动和愤怒。这种情绪往往会影响患者的治疗过程从而影响到治疗的最终结果。

7. 孤独 主要体现在住院患者，当他们离开熟悉的环境和亲友后很容易产生孤独感，特别是无陪护病房、监护病房及无菌病房中的患者，没有亲友的陪护，患者更容易感到住院生活的单调和乏味。

8. 不同科室的患者心理行为特征 焦虑、抑郁、恐惧、孤独、敌对等负性情绪状态，如同临床上常见的发热、腹泻、恶心、呕吐等症状一样，为各科疾病患者所共有，并非某