

· 卫生管理 ·

住院肿瘤患者对医生的信任度及其影响因素的调查研究

陈武朝¹, 徐慧兰^{1△}, 梁英^{1,2}, 秦露露¹

(1. 中南大学公共卫生学院, 长沙 410078; 2. 湖南省肿瘤医院, 长沙 410013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.17.049

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)17-2234-04

信任是形成和谐医患关系的基本要素, 医患之间的不信任是产生医疗纠纷的根本原因^[1]。患者对医方的信任包含两个方面的内容: 医方的医疗技术水平、医方的职业道德水准。患者就医过程中对医生的信任度并不是一成不变的, 受到病情、医疗费用、看病期望、医方服务态度等多重因素的影响。由于患者拥有对医疗单位的自主选择权而且就医时处于弱势地位, 故其在选择某一家医疗单位作为卫生服务提供者时, 在某种程度上已经对该医院的医生存在预设性信任的心理。所以, 诸多医疗纠纷源于种种医疗或者非医疗的因素, 使患者的这种预设性信任心理机制被弱化或损坏, 而医方却无力修复和重建这种信任关系。本研究从 301 例住院肿瘤患者的心理学角度出发, 探讨其对医生的信任度及相关影响因素, 为医院管理和相关研究提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 研究对象为 2012 年 7 月 1 日至 9 月 30 日某三甲肿瘤医院的住院肿瘤患者。纳入标准: (1) 患者年龄在 18 岁及以上(1994 年 6 月 30 日以前出生)。(2) 患者已被确诊为肿瘤患者, 住院天数在 3 d 以上。排除标准: 病情危重、有意识或认知功能障碍的住院肿瘤患者。

1.2 研究内容与研究工具

1.2.1 一般情况 包括对被调查者的性别、年龄、民族、婚姻状况、宗教信仰、文化程度、职业、居住地、收入水平等社会学特征, 采用自编调查问卷对住院肿瘤患者进行调查。

1.2.2 肿瘤患者对医生的信任度 根据研究目的, 用“本次就医, 您觉得您信任医生吗?”这一条目测量住院肿瘤患者对医生的信任度, 问题备选为不信任、半信半疑、完全信任。

1.2.3 影响肿瘤患者对医生信任度的相关因素 包括住院肿瘤患者对医患关系的评价、医疗服务的满意度、看病期望、是否送过红包以及是否接受过心灵关怀等。其中, 患者的满意度是在参考国内陈平雁等^[2]研制的“住院患者满意度量表”的基础上, 结合研究目的及医院实际情况, 设置条目涉及患者对医护人员服务质量、医技水平和治疗效果以及医疗费用的满意度。备选项为很不满意、不满意、一般、比较满意、很满意, 评分依次为 1~5 分, 得分越高表示满意程度越高。

1.3 研究方法 对符合要求的研究对象分两阶段进行抽样, 首先是简单随机抽样, 从该三甲肿瘤医院的 34 个临床科室中随机抽取 9 个科室; 然后从 2012 年 7 月 1 日至 9 月 30 日在这 9 个科室对符合入选条件的肿瘤患者进行随机抽样, 直到每个科室抽满 35 例患者为止。

1.4 统计学处理 使用 Epidata3.1 建立数据库, 采用 SPSS20.0 软件进行数据分析。按照 $\alpha=0.05$ 的检验水准, 采

用统计描述、Kruskal-Wallis H 非参数检验比较不同人口学特征、就医满意度、对医患关系的评价等方面对住院肿瘤患者对医生信任度的差异是否有统计学意义。再将单因素分析中具有统计学意义的变量进行多因素 Ordinal 回归分析, 得出具有统计学意义的影响因素, 并计算 OR 值及 OR 值的 95% 可信区间得出因变量与自变量的关联强度。

2 结果

2.1 基本情况 本次调查共回收 315 份问卷, 剔除 14 份无效问卷之后, 剩余 301 份有效问卷, 问卷有效回收率为 95.6%。调查对象男 121 例(40.2%), 女 180 例(59.8%)。年龄最小者 18 岁, 最大者 99 岁, 平均(43.96±13.72)岁, 年龄中位数为 44 岁。统计结果显示, 住院肿瘤患者在性别、年龄、民族、文化程度、居住地、宗教信仰、职业、医疗费用支付方式、平均月收入(元)等人口学特征方面对医生的信任度的差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 住院肿瘤患者对医患关系的评价与其对医生的信任度 2.3% 的患者不相信医生, 22.9% 的患者对医生半信半疑, 74.8% 的患者对医生完全信任。75.1% 的患者认为医患关系和谐, 87.4% 的患者对未来医患关系表示乐观。对医患关系的评价不同其对医生的信任度也不同, 差异有统计学意义($P<0.01$)。患者对医患关系现状和未来趋势评价越积极, 其对医生的信任度越高, 结果见表 1。

2.3 住院肿瘤患者的医疗服务满意度与其对医生的信任度 住院肿瘤患者对医护人员、医疗费用以及医技和效果的满意度不同, 其对医生的信任度也不同, 差异有统计学意义($P<0.05$)。患者对医护人员的服务态度、医疗费用以及医技和效果越感到满意, 其对医生就越信任, 结果见表 2。

2.4 其他相关因素与住院肿瘤患者对医生的信任度 住院肿瘤患者的送红包行为、看病期望与治疗效果的相符程度、是否接受过“心灵关怀”会影响其对医生的信任, 差异有统计学意义($P<0.05$)。与没送过红包的患者相比, 送过红包的患者对医生表示不信任所占的比例更高; 看病完全符合期望的患者对医生完全信任所占比例更高; 接受过“心灵关怀”的患者对医生完全信任所占比例更高, 结果见表 3。

2.5 影响住院肿瘤患者对医生信任度的多因素 Ordinal 回归分析 将住院肿瘤患者对医生的信任度分为不相信、半信半疑、完全信任作为应变量, 以接受过心灵关怀、看病期望、送过红包、对护士满意度、对医生满意度、对医技和效果满意度和对费用满意度作为自变量进行, 采用 Ordinal 回归分析。各变量赋值见表 4。Ordinal 回归分析结果显示, 影响患者对医生信任度的因素有自己或家人送过红包、看病期望与治疗效果相符程度、医患关系现状评价、对护士满意度、对医技和效果满意度, 见表 5。

表 1 医患关系的评价与对医生的信任度 (n=301)

项目	不相信		半信半疑		完全信任		合计		χ^2	P
	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)		
医患关系现状评价										
紧张	4	16.0	8	32.0	13	52.0	25	8.3	35.196	0.000
一般	1	2.0	25	50.0	24	48.0	50	16.6		
和谐	2	0.9	36	15.9	188	83.2	226	75.1		
未来医患关系评价										
乐观	3	1.1	49	18.6	211	80.2	263	87.4	34.858	0.000
悲观	4	10.5	20	52.6	14	36.8	38	12.6		

表 2 就医满意度与对医生的信任度 (n=301)

项目	不相信		半信半疑		完全信任		合计		χ^2	P
	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)		
对护士的服务态度满意度										
不满意	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	1.0	19.121	0.000
一般	0	0.0	9	75.0	3	25.0	12	4.0		
满意	6	2.1	59	20.6	221	77.3	286	95.0		
对医生的服务态度满意度										
不满意	2	28.6	3	42.9	2	28.6	7	2.3	19.984	0.000
一般	0	0.0	11	55.0	9	45.0	20	6.6		
满意	5	1.8	55	20.1	214	78.1	274	91.0		
对医技和效果满意度										
不满意	1	16.7	4	66.7	1	16.7	6	2.0	24.326	0.000
一般	1	3.4	14	48.3	14	48.3	29	9.6		
满意	5	1.9	51	19.2	210	78.9	266	88.4		
对医疗费用满意度										
不满意	4	5.3	25	32.9	47	61.8	76	25.2	10.041	0.007
一般	1	0.9	19	17.8	87	81.3	107	35.5		
满意	2	1.7	25	21.2	91	77.1	118	39.2		

表 3 其他相关因素与肿瘤患者对医生的信任度

项目	不相信		半信半疑		完全信任		合计		χ^2	P
	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)		
自己或家人是否送过红包										
是	2	3.3	27	45.0	31	51.7	60	19.9	20.429	0.000
否	5	2.1	42	17.4	19	80.5	241	80.1		
看病期望与效果相符程度										
完全符合	1	2.6	1	2.6	37	94.9	39	13.0	17.268	0.000
基本符合	2	0.9	57	24.8	171	74.3	230	76.4		
不符合	4	12.5	11	34.4	17	53.1	32	10.6		
是否接受过“心灵关怀”										
是	2	1.2	31	18.6	134	80.2	167	55.5	6.270	0.012
否	5	3.7	38	28.4	91	67.9	134	44.5		

表 4 Ordinal 回归分析的变量赋值

影响因素(变量名)	定义赋值
应变量(Y)	1=不相信,2=半信半疑,3=完全信任
接受过心灵关怀(X1)	1=是,2=否
看病期望与治疗效果相符程度(X2)	1=完全符合期望,2=基本符合期望,3=不符合期望
自己或家人送过红包(X3)	1=是,2=否
医患关系现状评价(X4)	1=紧张,2=一般,3=和谐
对护士满意度(X5)	1=不满意,2=一般,3=满意
对医生满意度(X6)	1=不满意,2=一般,3=满意
对医技满意度(X7)	1=不满意,2=一般,3=满意
对费用满意度(X8)	1=不满意,2=一般,3=满意

表 5 Ordinal 回归分析结果

变量	<i>b</i>	SE	χ^2	<i>P</i>	OR	OR 的 95% CI
接受过心灵关怀	-0.095	0.321	0.088	0.766	0.909	0.484~1.706
自己或家人送过红包	1.381	0.347	15.846	0.000	3.979	2.016~7.854
看病期望与治疗效果相符程度	-0.867	0.350	6.137	0.013	0.420	0.212~0.834
医患关系现状评价	0.776	0.215	12.990	0.000	2.172	1.425~3.312
对医生服务满意度	0.105	0.445	0.056	0.814	1.110	0.465~2.654
对护士服务满意度	1.107	0.462	5.729	0.017	3.024	1.222~7.485
对医技和效果满意度	0.978	0.443	4.876	0.027	2.659	1.116~6.335
对费用满意度	0.026	0.198	0.017	0.896	1.026	0.696~1.514

3 讨 论

3.1 医患信任问题的研究状况 国外的 Hillen 等^[3]在 2012 年以定性研究方法强调肿瘤患者信任肿瘤医生的重要性,他认为建立医患互信联盟的关键是提高肿瘤医生的沟通技能。而国内多数学者立足于社会学、伦理学、心理学等理论视野,多以不信任或信任危机为起点,实证研究和正面研究较少,而且研究大多缺乏针对性和系统性。冷明祥^[4]历时 4 个月开展的“医患关系暨医德现状调研”结果显示,患者对医护人员表示信任的仅为 48.21%;王华伟等^[5]对浙江省天台县 266 例患者的调查结果显示,仅 43% 的患者认为周边的人信任医务人员,仅 25% 的患者认为医患之间相互信任。而梁立智等^[6]在 2008 年对全国十个城市的调查结果显示,88.5% 的患者信任医务人员。杜治政等^[7]在 2008~2009 年对全国十个城市 4 000 例住院患者问卷调查的研究报告显示,住院患者认为医生非常可信和基本可信的占 81.9%,认为医生对患者的健康很负责或比较负责的占 82.4%。本研究选择住院肿瘤患者这一特定人群作为研究对象,结果发现,74.8% 的住院肿瘤患者对医生完全信任,75.1% 的患者认为医患关系和谐,87.4% 的患者对未来医患关系表示乐观。

以上研究结果表明,近年来患者对医生的信任度相比 2001 年和 2005 年都有明显提高,说明医患关系的主流趋于良好。这很可能与近年来政府加大了对医疗行业的监管有关,特别是 2009 年医改方案《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台后,几乎覆盖全民的医保让人民群众得到了切实的实惠,公立医院在管理体制过程中更重视以人为

本,不当的用药检查和医疗行为在很大程度上得到规范,患者对医疗行业的认同感和满意度有所提高。提示今后在发生医疗纠纷案件后,社会公众应当理性看待,不要把个案的负面效应放大而忽视医疗界光明的一面。同时,政府相关部门应该适度加强对媒体的监督和管理,减少或杜绝某些媒体为吸引眼球而罔顾事实真相进行报道。

3.2 影响住院肿瘤患者对医生信任度的相关因素 住院肿瘤患者对医生的信任是一个复杂的临床心理活动过程,本研究发现这种心理活动受到送红包、看病期望与治疗效果相符程度、医患关系现状评价以及就医满意度的影响。

其中有送过红包经历的患者(OR=3.979)对医生信任度更低,在控制了其他因素后,自己或家人送过红包的患者不信任医生的风险是没有送红包的患者的 3.979 倍。原因很可能是患者的这种送红包心理并不是发自内心的,很可能是觉得“如果我不送红包,医生就不会尽心”。杜治政等^[7]的调查研究也发现 95.4% 的住院患者送红包都有所求于医生,纯属于感谢的只占 4.7%,想通过此种行为换取本来属于正当的要求。因此,基于这种心理的患者一旦送了红包后如果发现医生的治疗效果与患者或其家属的看病期望不相符,患者就很可能采取过激行为,造成严重的后果。可见,良好的医德医风对促进医患信任和医患和谐起着重要作用。宋言东等^[8]通过博弈模型论证了医疗制度在形成医患信任中的作用,他发现医方的治疗能力结合医疗制度的有效运行可以使患者做出信任决策。刘俊香等^[9]认为传统的道德信任、人格信任固然重要,但公平、可及、高效的医药卫生制度才是保障医患信任的基础和关键。

从以上分析中可以看出自 2012 年 9 月 1 日卫生部出台医患双方签订“拒收红包协议”的规定后,将会给基于这种“不放心”心理的患者吃下一颗定心丸,今后送红包的现象可能将会大大减少。

看病期望方面,患者普遍对医疗服务期望过高,往往难以接受人才两空的结局^[10]。本研究的 Ordinal 回归分析中,OR=0.420 提示看病期望与治疗结果完全符合是患者信任医生较强的保护因素,患者的看病期望与治疗结果越符合,其对医生越信任。这表明住院患者最大的愿望是其健康利益能够得到保障,提示医院管理者应重视对患者的治疗效果,将其健康利益放在首位,并在住院治疗前尽可能与患者在疾病本身及预后方面达成共识。另外,本研究发现社会上形成的良好的医患关系氛围对住院患者住院过程中对医生的信任度会产生积极影响,可见营造和谐的医患关系氛围对医患互信将产生促进作用。

医疗服务满意度方面,本研究发现住院肿瘤患者对医护人员、医疗费用以及医技和效果的满意度所占比例越高,其对医生的信任度也越高。患者对医技和效果的满意度和对护士的满意度更能影响其对医生的信任度。这可能是由于住院肿瘤患者大部分时间接触和沟通的对象为护士,护士的服务态度对患者满意度的影响最大相关。江淑蓉等也认为良好的护患沟通能够增强医患之间的信任,促进疾病早日康复^[11]。提示住院肿瘤患者渴望得到医护人员的关心和帮助以及获得满意的治疗效果的心理特征。王华伟等^[5]的研究发现,患者对医务人员最不满意的方面是医生与患者的交流不够。国外的研究也表明,当肿瘤患者体会到医护人员拥有高超的技术、诚信的品格和良好的沟通能力时,他们会更加信任医生^[12]。可见,医护人员在上岗前接受专业的医患沟通培训、掌握医患沟通的技巧将有助于提升患者对医生的信任度。

综上所述,作者认为今后关于医患信任问题的研究应侧重于医患信任量表的研制、新医改方案出台以来医患信任和医患关系状况的变化情况以及医患信任的形成机制等方面。另外,医方在诊疗活动过程中应把握好患者的心理特点,将人文关怀融入到医疗服务中,不断提高患者就医满意度,为提高患者对医生的信任度、构建和谐医患关系继续努力。

(志谢:本文从调查问卷设计、调查研究、数据整理与统计

分析,再到论文的撰写与修改,系多人合力的结果,特此感谢导师徐慧兰教授、秦露露博士以及梁英同学的指导与帮助!)

参考文献:

- [1] 左国庆,廖于. 医患关系的信任机制探讨[J]. 重庆医学, 2004,33(6):948-949.
- [2] 陈平雁,黄浙明. 病人满意度的调查与评价[J]. 中国医院管理,1999,19(7):403-406.
- [3] Hillen MA, van Zwieten MC, de Haes HC, et al. Disentangling cancer patients' trust in their oncologist: a qualitative study[J]. Psychooncol, 2012, 21(4):392-399.
- [4] 冷明祥. 市场经济条件下医患关系暨医德现状调查分析[J]. 南京医科大学学报:社会科学版, 2002, 1(2): 135-139.
- [5] 王华伟,许慧婷. 天台县部分医院医患关系的调查和分析[J]. 重庆医学, 2006, 35(14):1330-1332.
- [6] 梁益智,王晓燕,鲁杨,等. 医患关系调查中医患信任问题的伦理探究[J]. 中国医学伦理学, 2008, 21(5):37-38.
- [7] 杜治政,赵明杰,孔祥金,等. 中国医师专业精神的病人一般观点——全国 10 城市 4 000 名住院患者问卷调查研究报告之一[J]. 医学与哲学, 2011, 32(3B):2-9.
- [8] 宋言东,蒋秀莲. 医患信任危机与医疗制度[J]. 中国卫生事业管理, 2011(4):268-269.
- [9] 刘俊香,莎仁高娃,李晶,等. 新医改背景下医患信任的主导:道德信任与制度信任[J]. 医学与哲学, 2011, 32(11): 30-32.
- [10] 修燕,王军. 医患关系现状及影响因素探析[J]. 重庆医学, 2013, 42(8):955-956.
- [11] 江淑蓉. 护患沟通是融洽护患关系的桥梁[J]. 重庆医学, 2007, 36(22):2349-2350.
- [12] Hillen MA, de Haes HC, Smets EM. Cancer patients' trust in their physician review[J]. Psychooncol, 2011, 20(3): 227-241.

(收稿日期:2013-11-08 修回日期:2014-01-26)

• 卫生管理 •

重庆市社区健康教育人员工作培训和具体开展情况分析*

陈艳¹,张滨^{1△},石玥¹,吴宗辉²,张巧英²,胡晓琳²,游莉²,程杰²

(1. 重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016;2. 西南大学校医院,重庆 400715)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.17.050

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)17-2237-04

社区健康教育是以社区为健康教育的基本单位,以社区人群为教育对象,以促进社区居民健康为目标的有组织、有计划、有评价的健康教育活动与过程。提高社区健康教育水平是全面建设小康社会、提高百姓健康水平的重要方法,而要提高社

区健康教育水平并保证社区健康教育的质量,提高社区卫生服务机构的健康意识和社区卫生服务人员的服务素质刻不容缓^[1-2]。为了解重庆市健康教育人员的培训和工作情况,本文针对社区健康教育人员和社区居民健康教育展开情况,探讨

* 基金项目:重庆市科委资助项目(cstc2011cx-rkx10012);重庆市北碚区科委资助项目(2010-10)。 作者简介:陈艳(1987-),硕士,主要从事社区卫生与健康教育研究。 △ 通讯作者,E-mail:zhangbin_127@163.com。