

医患沟通障碍的心理解析：信息交换视角*

王丹旻 朱冬青

(北京市“学习与认知”重点实验室, 首都师范大学心理系, 北京 100048)

摘要 医患沟通指医生与患者之间信息交换的过程。基于信息交换视角, 通过建构医患沟通模型, 解读医患沟通障碍研究的被试获取、衡量指标和心理根源。其中, 获取医患研究对象的方式包括直接选取医患群体或医学生和非医学生, 以及通过启动的范式操纵医患角色; 衡量指标指患者的心理反应, 包括患者的心理感受、对医嘱的认知、对医嘱的遵从、健康恢复等; 心理根源可归为医患个体特征的作用差异和沟通需求的结构不匹配。未来研究需要进一步拓展研究视角, 丰富启动方法, 补充认知指标, 深化心理根源, 开发教育模式。

关键词 医患沟通障碍; 信息交换; 医患角色的操纵; 心理根源

分类号 R395

实施高质量的医疗服务离不开良好的医患关系, 而顺畅的医患沟通是建立良好医患关系的最根本的途径。然而, 现实中的医患沟通过程极为复杂, 这其中涉及众多要素以及不同要素之间的交互作用, 例如心理要素、生理要素、物理要素和经济要素。每一个因素都可能导致医患沟通障碍的出现, 从而引发一系列不良后果。因此, 如何使医生和患者进行更好的沟通, 如何避免沟通障碍等问题不仅受到了社会的重视, 同样受到了学界广泛而持久的关注。

早在 1984 年, Frankel 就阐述了对医患沟通过程的理解。他提出, 医患沟通是指医生与患者之间信息交换的过程, 而各种不同的心理因素以及因素间的交互作用会对该过程产生影响(Frankel, 1984)。由此, 本文提出信息交换视角的医患沟通模型(如图 1 所示), 将医患沟通视为医生向患者传递信息, 患者接受或向医生反馈信息的过程。在该模型中, 医生、患者、信息为三个核心要素, 其中医生和患者是医患沟通的主体, 信息是医患沟通的客体。基于上述模型可知, 科学有效地获取医生和患者这两类研究对象是探讨医患沟通障碍问题的研究基础; 患者在接受或反馈信息的过程

中所产生的心理反应代表着医患沟通的效果, 也是医患沟通障碍的衡量指标; 围绕该模型中医生、患者、信息三个核心要素, 医患个体特征的作用差异和沟通需求的结构不匹配都可能影响医患沟通的效果, 成为医患沟通障碍的心理根源。

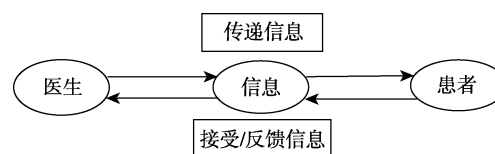


图 1 医患沟通模型：信息交换视角

基于此, 本文对医患沟通障碍的被试获取、衡量指标和心理根源进行解读。首先, 文章从获取医生和患者这两类沟通主体的角度, 回顾了医患沟通障碍研究中医患角色选取和操纵的最新方法; 其次, 文章关注了医患沟通障碍的衡量指标, 归纳了在医患沟通过程中患者反应、认知、行为、结果等不同层面的心理反应; 再次, 文章从医患个体特征的作用差异和沟通需求的结构不匹配这两个角度, 总结了医患沟通障碍可能的心理根源; 最后, 文章对该领域未来的研究方向提出了参考和建议。

1 被试获取：医患角色的选取与操纵

在信息交换视角的医患沟通模型中, 医生和

收稿日期: 2015-03-05

* 国家自然科学基金项目(71502117)。

通讯作者: 朱冬青, E-mail: zdq@cnu.edu.cn

患者是医患沟通的两大主体。通过科学有效的手段获取医生和患者这两类研究对象是研究医患沟通障碍问题的根本基础,并且获取医生和患者研究对象的可行性也会在一定程度上决定医患沟通障碍研究的难度。而以往研究通常采用三种方式获得医患的社会角色:直接选取真实的医患群体,选取医学院和非医学院的学生,通过启动的方式操纵一般人群的医患角色。其中,前两种方法采用自然取样的方式选取研究对象,后一种方法采用实验室的启动范式操纵研究对象。

首先,医患沟通领域中,最常见的选取研究对象的方法就是选取真实的医生和患者群体。此种取样的方法常见于三类研究主题:探讨衡量医患沟通效果的指标(李虹,赵守盈,叶浩生,2008; Cherry, Fletcher, & O'Sullivan, 2013; Fröjd, Lampic, Larsson, & von Essen, 2009; Kuzari, Biderman, & Cwikel, 2013; Masland, Kang, & Ma, 2011; Posner & Hamstra, 2013; Slatore et al., 2010),探讨影响医患沟通效果的因素(黄玉莲,尚鹤睿,2011;杨辰枝子,傅榕赓,2014; Basáñez, Blanco, Collazo, Berger, & Crano, 2013; Hagihara & Tarumi, 2006; Avery et al., 2006; Noordman, Verhaak, van Beljouw, & van Dulmen, 2010; Yanez, Stanton, & Maly, 2012)和验证某种提升沟通效果的途径是否有效(Aubin-Auger et al., 2013; Bernhard et al., 2012; Butow et al., 2014; Curtis et al., 2013; Edwards & Elwyn, 2004; Girgis et al., 2009; Hanna & Fins, 2006)。

其次,选取医学院和非医学院的学生也是一种较为常见的选取方法。虽然医学院学生和临床医生在临床经验和实践经历等方面存在较大差异,但由于医生群体与非医生群体认知方式的差异主要受大学教育的影响,因此,医学院的学生与临床医生的认知方式存在极大的相似性,且两者均与一般人群存在明显差异。如果研究主题与临床经验和实践经历无关,研究者可以选取医学院和非医学院的学生进行研究,比如研究主题为思维方式等(e.g., Clack, Allen, Cooper & Head, 2004; Draper & Louw, 2007)。除此之外,如果研究主题是检验某种沟通策略课程的教学效果,那么为了便于安排课程或者为了探究课程对没有临床经验的学生的影响,研究者有时也会选取医学院的学生而非真实的医生参与研究(丁璐,刘琦,肖远,孙红,2011; Liu et al., 2015; Yakeley, Shoenberg,

Morris, Sturgeon, & Majid, 2011)。

近期,一些研究者开始尝试通过角色启动的方法对一般人群进行操纵,以获得不同的医患角色。例如, Zikmund-Fisher, Sarr, Fagerlin 和 Ubel (2006)通过要求被试进行角色想象启动被试的患者角色、医生角色或者患者家属的角色。具体而言,启动被试的患者角色时,研究者要求被试想象自己患有严重的流感,且正在遭受一系列不舒服的症状,包括经常咳嗽、呼吸不畅等。启动被试的医生角色时,研究者向被试提供一系列医生的日常行为,要求被试想象自己每天都重复上述行为,包括按时到岗、听诊、观察检查结果、开药、开医嘱等。同样地,启动患者家属角色的想象情境包括亲人生病,陪伴亲人就诊,共同等待各类医疗结果等。此外,由于医生和患者存在情绪差异(Zikmund-Fisher et al., 2006),并且受到医生尊重对患者来说比对一般人更重要(Clucas & St Claire, 2010),所以研究者分别从这两个角度对医患角色的启动效果进行操作检查。目前,启动医患角色的方法主要用于探讨医生和患者的认知差异,例如,患者是否会做出比医生更保守的决策(Zikmund-Fisher et al., 2006),患者是否会对恢复状况形成与医生不同的预期(Clucas & St Claire, 2010)等,而此类研究一般不涉及临床经验或者实践操作的内容。

2 衡量指标:患者的心理反应

根据信息交换视角的医患沟通模型,医患沟通的效果可以体现为患者反应、认知、行为、结果等不同层面的心理反应。因此,患者的心理反应是衡量医患沟通障碍的指标,也是判断医患沟通障碍是否出现的重要依据。

2.1 反应指标:患者的心理感受

到目前为止,患者的满意度(Patient satisfaction)是衡量沟通效果的最普遍的指标(Cherry et al., 2013; Posner & Hamstra, 2013)。由于满意度所含范围较广,研究者会根据研究目的先将满意度分成不同的维度,然后再进行测量。例如,为了研究患者对医生的满意度与患者生理及心理健康之间的关系,Fröjd 等人(2009)采用医生照顾的满意度量表(Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care, CASC SF 4.0) (Brédart et al., 2001)和自编条目分别测量患者对医生照顾的满意度和对医

生咨询的满意度。为了探讨医生和患者对医患沟通效果的评价差异, Goldzweig 等人(2015)测量了患者对医生的认知支持、情感支持和与家庭成员的沟通这三个维度的满意度。而 Yanez 等人(2012)为了衡量“以患者为中心”沟通方法的效果, 就仅测量了患者对决策过程的满意度。值得注意的是, 满意度是患者对医生的主观印象, 并非医生行为的准确再现(Linn & Greenfield, 1982)。因此, 满意度通常只作为多项衡量医患沟通效果指标中的一项指标。

患者对医生的信任感和对医生的尊敬程度有时也作为衡量医患沟通效果的反应指标(Yakeley et al., 2011)。一般而言, 已有测量信任感和尊重程度的量表主要测量个体的稳定特质。然而, 患者对医生的信任感和尊重程度极易受情境的影响, 变化较大, 因此无法使用一般量表加以测量。为了获得更准确的数据, 研究者通常使用自编条目测量这两项指标。对信任感的测量通常包括患者对医生的能力、诊断的准确性和获得较好恢复这三个方面的评价。例如, “你对医生能力的信任程度”, “你对医生诊断结果的信任程度”, “你对获得较好恢复状况的信任程度”等(Kuzari et al., 2013)。

部分研究也会选取患者的情绪体验作为指标, 比如, 自信(Slatore et al., 2010)、抑郁或焦虑等(Little et al., 2001; Mello, Tan, Armstrong, Schwartz, & Hornik, 2013; Kostova, Caiata-Zufferey, & Schulz, 2014; Schenker, Stewart, Na, & Whooley, 2009)。由于情绪体验同样具有较强的情境依赖性, 研究者通常也使用自编条目进行测量, 例如: “你对治疗结果的担心程度”, “你在多大程度上害怕病情的恶化”等(Yanez et al., 2012)。同样地, 个体的情绪极易受到除医患沟通外其他因素的影响, 尤其是病情的变化和患者的恢复状况。因此, 情绪体验通常也仅作为参考指标出现。

由此可见, 患者较低的满意度、对医生较低的信任感和尊敬程度、诊疗和恢复过程中的负性情绪体验等, 都可作为医患沟通出现障碍的反应指标。

2.2 认知指标: 患者对医嘱的认知

医患沟通最直接的目的是通过医生的解释, 患者可以充分理解信息的含义, 例如治疗方案的含义。因此, 患者对医嘱的理解程度是衡量医患沟通效果最重要的认知指标(Heisler, Bouknight,

Hayward, Smith, & Kerr, 2002)。通常研究者采用自我报告的方式测量患者对医嘱的理解程度。举例而言, 研究者会请患者选择一个等级, 从而评估患者对医学检查和治疗的理解程度(Hagihara & Tarumi, 2006)。还有研究者会请患者报告对医嘱中相关药物说明书的理解程度, 以此测量医患沟通的效果(Masland et al., 2011)。

除了患者对医嘱的理解程度, 认知指标还包括医患双方对同一疾病风险认知的差异(Deveugele, Derese, & de Maeseneer, 2002)。一般而言, 一般性的风险偏好量表并不适宜测量个体对疾病的风险认知。因此, Deveugele (1998)在医生的风险认知恒定的情况下, 以风险的严重性和可控性为基础自编了 11 个条目测量患者对疾病的风险认知, 从而对医患双方的风险认知加以对比。条目包括, “你认为患病在多大程度上会影响你的生活”, “你认为自己在多大程度上可以改变患病状况”等。除了问卷测量法之外, 研究者还可以采用结构化访谈的方法测量风险认知, 从而获取更深层次的数据。例如, Berry (2004)通过结构化访谈法探讨不同条件下医患双方对疾病风险的认知差异, 而访谈的程序则是请医患双方分别从成因、释义和后果等不同角度对疾病风险进行阐释。

由此可见, 患者对医嘱的理解程度较低、医患双方对疾病风险的认知差异巨大等, 都是医患沟通出现障碍的认知指标。

2.3 行为指标: 患者对医嘱的遵从

行为指标主要指患者对医嘱遵从(Compliance)的程度。虽然患者对医嘱的遵从并非衡量医患沟通效果的直接指标, 但是该指标在医患沟通的研究中使用较为广泛。这是因为, 在医患沟通过程中, 如果患者获得了足够的信息, 或者医生对患者进行了有效的说服, 那么患者在随后的治疗过程中就会更加遵从医嘱。

研究者通常采用两种方式测量这一行为指标: 生理指标的对比和患者的自我报告。首先, 生理指标对比法是一种间接的方法。通常医生会针对患者的某些症状提出某些医嘱, 例如控制饮食或者减少某种食物的摄入。如果患者遵从了医嘱, 在某些方面进行了控制, 那么患者的体重或者血浆中某些物质的含量等生理指标就会发生变化。而研究者通过比较患者某些生理指标前后测的差异, 测量患者对医嘱的遵从程度(Aaron, 1988;

Basáñez et al., 2013)。然而,某些疾病的生理指标变化不明显且变化的周期长。在这种情况下,研究者则倾向于选择自我报告的方法。自我报告法中,研究者首先向患者提供一张医嘱列表,然后请患者评价自己在每项行为指标上的遵从程度。由于被试的自我报告可能会有偏差,所以研究者在使用该方法时应尽量将医嘱提供的行为罗列详细,从而提升患者报告的准确性(Hagihara & Tarumi, 2006; Wang, Briskie, Hu, Majewski, & Inglehart, 2010)。值得注意的是,影响患者是否遵从医嘱的其他原因还有很多,例如患者的经济条件。因此,患者遵从医嘱的行为指标通常只作为多种沟通指标之一。

由此可见,患者遵从医嘱的行为意愿较低,或许说明医患沟通并不顺畅。

2.4 结果指标: 患者的健康恢复

如果医患沟通有效,医生可以提升患者恢复健康的自信,并增加患者对疾病的控制感,从而说服患者遵从医嘱,更快更好地恢复健康。因此,患者治疗后的健康恢复情况有时也作为衡量医患沟通效果的指标之一(Goldzweig et al., 2015)。研究者通常采用自我报告的方法测量个体的身体状况和生活质量等指标。例如, Yanez 等人(2012)选用 36 条目的医疗结果研究简表(The Medical Outcomes Study Short Form, MOS SF-36) (Pippalla, 1999)和 6 条目的乳腺癌预防症状自评量表(The Breast Cancer Prevention Trial Symptom Checklist, BCPT) (Stanton, Bernaards, & Ganz, 2005)测量患者的生理感受和社会心理功能。此外,研究者有时也会使用生理仪器测量患者的健康恢复情况(Basáñez et al., 2013)。

但是,影响个体生理状况的因素很多,包括个体自身的特质,其他生活事件的影响等。由于上述因素很难控制,因此,患者的健康恢复这一结果指标应用的范围也较为有限。例如,有研究者发现,医患沟通并不会影响癌症患者治疗后的健康恢复和生活质量(Avery et al., 2006)。研究者对此的解释为,癌症属于慢性疾病,治疗时间长,影响患者健康恢复的因素也较多,沟通的作用则相对降低。因此,只有当所患疾病属于短时间内可以痊愈的类型时,患者的健康恢复状况才有可能作为医患沟通效果的指标之一。

由此可见,医患沟通障碍也可能表现为对患

者的健康恢复产生负性影响。

3 心理根源: 个体特征与沟通需求

在信息交换视角的医患沟通模型中,围绕医生、患者、信息三个核心要素,我们可以从医患个体特征的作用差异和沟通需求的结构不匹配两个角度分析医患沟通障碍的心理根源。其中,个体特征的作用差异主要关注医患自身固有特征的影响,包括人口统计学特征、认知加工和知识经验的差异、人格和情绪特征;沟通需求的结构不匹配主要指在沟通过程中,医生的给予与患者的需求之间不匹配,包括信息结构不匹配和心理结构不匹配。

3.1 个体特征的作用差异

3.1.1 人口统计学特征

(1)性别特征

医生的性别会显著影响患者的满意度。研究者发现,相比男医生,患者对女医生的满意度更高(Bertakis, Franks, & Azari, 2003)。一个可能的原因是女医生会更关注患者心理的不适感,而男医生则倾向于关注患者的生理指标(Bertakis, 2009; Shin et al., 2015); 另一个可能的原因是女医生更关注病人的心理需求,提供更多缓解压力、调节情绪的信息,给予更多的社会支持(Jefferson, Bloor, Birks, Hewitt, & Bland, 2013)。

而且,医患不同的性别组合可能会对医患沟通的效果产生不同的作用。医患性别相同时,医患沟通方式会很友好,医生会关注患者的生理指标和心理需求。尤其当医患均为女性时,医患沟通最充分,既包括生理和心理信息的交流,也包括语言和非语言的交流(Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter, & Kidd, 2009)。这与 Adams 等人(2008)的研究结果相一致,即女医生更关注女患者的细节信息和情感信息。相较同性组合,异性组合的医患沟通并不理想。男医生面对女患者时,双方地位差异明显,医生表现出更少的以病人为中心的沟通方式,而患者则表现出更多的顺从行为;女医生面对男患者时,双方均表现强势,医生的表达方式也较为强烈。因此,医患的性别组合或许会成为加大医患沟通难度的因素之一。

(2)经济条件或受教育水平

患者的经济条件或受教育水平会显著影响医患沟通的效果。当患者的经济条件有限或受教育

水平较低时, 医患沟通的效果往往不尽如人意(Willems, de Maesschalck, Deveugele, Derese, & de Maeseneer, 2005)。主要原因可能是, 经济条件有限的患者表达能力有限, 因此, 他们在沟通过程中较少提问、较少参与。这会使医生产生错误的认知, 认为他们不需也不愿了解细节信息或参与决策, 从而忽视了他们这方面的需求, 最终导致患者的满意度降低(Verlinde, de Laender, de Maesschalck, Deveugele, & Willems, 2012)。

患者的经济条件或受教育水平不同, 他们所期待的沟通方式也不同。以中国患者为被试的研究显示, 受教育水平较高或者经济状况较好的患者希望医生可以告知所有真实的信息; 而受教育水平较低或者经济状况较差的患者则希望医生在提供负性消息时可以更加委婉, 或者经由家属向患者传达类似的信息(Li et al., 2012)。

此外, 受教育水平不同的患者对参与医疗决策也有不同的理解。受教育水平较高的患者认为, 参与医疗决策意味着医生需要告知患者必要的信息, 与患者进行讨论, 并共同选择治疗方案; 受教育水平较低的患者则认为, 参与医疗决策只需要患者对医生选择的最终方案表明可行或不可行的态度, 而不需要参与其他方面的讨论。这说明, 受教育程度较高的患者显然对参与医疗决策的要求更高(Smith, Dixon, Trevena, Nutbeam, & McCaffery, 2009)。因此, 当医生给予患者较多参与决策的机会时, 相比受教育水平较低的患者, 受教育水平较高的患者的满意度会显著提升(Smith et al., 2009)。

(3)文化 与 种族

就文化而言, 不同文化背景的医生关注的指标存在差异, 例如, 罗马尼亚的医生注重心理变化; 波兰的医生关注生理指标(van den Brink-Muinen, Maarroos, & Tähepõld, 2008)。并且, 不同文化背景、不同地域的群体交流习惯不同, 使用的词汇也不同(Braman & Gomez, 2004; de Haes & Koedoot, 2003)。

就种族而言, 已有元分析的研究发现, 医生与少数种族的患者沟通时, 表现出更少的情感因素; 而白种患者在与医生沟通时, 表现出更多的自信(Schouten & Meeuwesen, 2006)。也有研究发现, 白种患者或黄种患者更易导致不良的沟通(Schenker et al., 2009)。上述现象虽不能全部归因于种族偏见, 但种族偏见在医患沟通中确实存在(Braman & Gomez, 2004)。

3.1.2 认知和经验特征

(1)认知加工的差异

一般而言, 医患双方对医疗信息认知方式的差异是破坏医患沟通最直接的原因。通过对比医学院的学生和非医学院的学生, 研究者详细地揭示了二者认知方式的巨大差异(Clack et al., 2004)。就知觉模式(Mode of perception)而言, 医生表现为直觉认知(Intuitive perception), 关注概括性的问题, 强调抽象、概括, 倾向问“为什么”; 而患者表现为感觉认知(Sensing perception), 关注细节性的问题, 强调清晰、详细, 倾向问“是什么”和“怎么样”。就决策过程(Decision processing)而言, 医生采用思维判断(Thinking judgment), 重视客观证据与信息传递; 患者采用情感判断(Feeling judgment), 重视主观感受与和谐气氛。因此, 医生关注生理指标, 重视提供客观准确的信息; 而患者关注心理感受, 对情绪体验更敏感。就决策倾向而言, 医生以判断倾向(Judging orientation)为主, 关注最终的选择和决定, 不喜欢繁杂的程序, 喜欢果断地进行决策。患者以知觉倾向(Perceiving orientation)为主, 关注决策的过程和程序, 喜欢在最后一刻完成决定。因此, 医生不喜欢较长的描述, 更多关注医疗决策的最终选择; 患者则更关注医疗决策的选择过程。

另外, 医生和患者往往采用不同的策略加工医疗信息, 且患者更可能出现认知偏差, 从而影响医患沟通的效果。已有元分析的研究发现, 在加工概率风险时, 患者更多采用启发式策略, 而医生并不使用启发式策略。当加工 40%与 60%的概率信息时, 患者会将风险概括为较大、较小或很大、很小; 而医生会使用中等、中等偏上、中等偏下等词语形容此类概率风险。当加工 15%以下与 75%以上的概率信息时, 患者通常将 15%以下的风险信息加工为治疗方案“绝对”没有风险, “绝对”会成功; 而将 75%以上的风险信息加工为“绝对”存在风险, “绝对”会失败。相比患者, 医生对概率风险的理解更加客观, 并不会忽视 15%以下风险的失败率和 75%以上风险的成功率(Wills & Holmes-Rovner, 2003)。

(2)知识经验的差异

医患双方知识经验的差异主要表现为对疾病信息、诊断信息、药物信息和其他信息等了解程度的差异。疾病信息是指关于疾病的历史, 危害

性等;诊断信息是指诊断手段和诊断标准等,药物信息是指治疗不同阶段的用药和药物的副作用等;其他信息则包括治疗中的相关术语等(Talen, Grampp, Tucker, & Schultz, 2008)。

已有正面的研究证据显示,医患双方关于疾病的知识差异越小,患者的焦虑水平越低。研究者推测可能存在两个原因:一是当对不严重的疾病有深入了解时,患者的焦虑水平较低;二是医患双方的知识经验差异较小,医患沟通的效果更好(Lim et al., 2011)。也有反面的研究发现,医患双方知识经验的巨大差异极易造成双方对术语的理解偏差,从而导致医患沟通障碍。一方面,患者对很多医学术语并不能正确的认识和理解,包括骨科的大多数医疗术语(Bagley, Hunter, & Bacarese-Hamilton, 2011);另一方面,医生对75%的医疗术语都没有给予相应的解释,也没有意识到自己需要进行解释(Bourquin, Stiefel, Mast, Bonvin, & Berney, 2015)。

其他沟通领域的研究者也证实了知识经验的差异会通过沟通方式与沟通层次对沟通效果产生影响。具体而言,知识经验丰富的个体更倾向于以整体的方式,更上位的层次进行沟通;而知识经验贫乏的个体更倾向于以局部的方式,更下位的层次进行沟通(Humphris, 2002; Kroshus, Baugh, Hawrilenko, & Daneshvar, 2015)。

3.1.3 人格和情绪特征

已有研究者探讨了医生的大五人格对长期保持的医患关系的预测力。结果发现,医生大五人格中的开放性和责任感可以显著预测患者一年后的满意感,即医生的开放性越高,责任感越强,患者的满意度越高(Duberstein, Meldrum, Fiscella, Shields, & Epstein, 2007)。而患者的人格对医患沟通的作用主要体现为内控型或自我效能感更强的患者参与医患沟通或进行医疗决策的意愿更高(Braman & Gomez, 2004)。

此外,患者的情绪也会对医患沟通产生影响。相比低抑郁情绪的个体,高抑郁情绪的个体加入医患沟通的意愿更低,同时表现为更少进行医疗决策,比如表达观点、提问、提出意见的次数偏少(Beverly et al., 2012)。

3.2 沟通需求的结构不匹配

3.2.1 信息需求结构不匹配

(1)信息数量

在医患沟通的过程中,医生提供的信息数量

不能满足患者的需要。研究者发现,医生分享的信息增多可以加深患者对药物疗效以及选择某一治疗方案原因的理解(Masland et al., 2011)。此外,是否对患病原因和诊断结果进行了详细的解释也会影响患者的满意度及其对医嘱的遵从程度(Basáñez et al., 2013; Wang et al., 2010)。然而,研究者却发现,在评估交换信息是否充足时,医生的评估往往高于患者,即医生会低估患者所需的信息量(Heisig et al., 2014; Palmer et al., 2014)。而且,急救的时间压力和就诊人数过多的工作压力都使得医生更愿意采用“以医生为中心”的沟通方式。这种方式会简化信息,仅向患者提供部分信息和部分备选方案(Gregory, Peters, & Slovic, 2011)。

(2)信息类型

就信息类型而言,医生提供和关注的信息与患者的需要并不匹配。已有研究发现,越来越多的医疗工作者开始将最新的临床发现传达给患者(Nelson, Reyna, Fagerlin, Lipkus, & Peters, 2008)。然而,医学研究结果通常以数据形式呈现,医生产理解这些数据信息尚且困难,更遑论普通患者(Reyna & Brainerd, 2007)。况且,有些患者计算能力较低,这些数据信息不仅无法科学引导患者,反而容易误导患者(Reyna, Nelson, Han, & Dieckmann, 2009)。

此外,研究者发现,当医生同时关注患者的生理信息和心理感受,并且能有效缓解患者的心理焦虑时,患者的满意度会更高,沟通效果会更好(Bertakis, 2009)。然而,纵向分析却显示,医生更多以任务为导向,更少关注患者的心理感受(Bensing et al., 2006; Finset, 2014)。并且,研究者通过实际观察也发现,大部分医生会忽略患者的心理变化(Kenny et al., 2010)。

(3)信息传达方式

患者往往期待医生的信息传达方式能够更加积极有效。Deledda, Moretti, Rimondini 和 Zimmermann (2013)发现,医生沟通时的语调更友善、医生回答患者问题时的态度更温和、医生提供积极信息时更多使用缓解气氛的幽默用词等,都可能提升医患沟通的效果。特别是对女性而言,这种友善的沟通方式和丰富的情绪调节技巧可以显著提升医生与女患者沟通的效果(Kafetsios, Anagnostopoulos, Lempesis, & Valindra, 2014)。

此外,医生有时在与患者沟通时会使用模糊

限制语,即将不易表达的信息说得不确定,从而避免武断。例如,“应该会更好”,“可能因为……也可能因为……”(阳雨君,2013)。这往往会降低患者对医生的信任感以及患者对治疗方案的准确理解(隆娟,王茜,吴卉,2012)。可喜的是,信息传达方式已经开始受到医生的重视,医生的表现也更加令人满意(Finset,2014)。

3.2.2 心理需求结构不匹配

(1)情感需求

患者在就医过程中往往具有强烈的情感需求,希望获得社会支持和精神尊重。研究者发现,患者社会支持的需求体现在四个方面:理解患者目前的情绪,理解患者知晓病情后可能的情绪,理解患者情绪对其健康的影响,以及理解如何减弱患者的不良情绪(Finset,2012)。尤其是当获得罹患绝症的信息或接受风险性极高的手术信息时,患者的心理状态通常会出现巨大变化,从而引发过度焦虑,甚至身心疾病(Li et al.,2012)。此时,他们更迫切地希望获得医生的社会支持(Kutzsche, Partridge, Leuthner, & Lantos, 2013)。

研究也证明,医生提供的社会支持越多,患者的生活质量越高,体验到的痛苦和抑郁也越少(Kostova et al.,2014)。此外,如果医生专注倾听的时间越多,对患者消极情绪的积极应对越多(例如,情绪上的安慰或提供数据缓解患者的焦虑),对患者的心理感受关注越多,那么患者高估风险的可能性就会降低(Deveugele et al.,2002),满意度会上升(Adams, Cimino, Arnold, & Anderson, 2012; Mazzi et al.,2013),医患双方的矛盾也会有所减少(Roberts & Aruguete,2000)。另外,医生对患者越尊重,患者遵从医嘱的程度越高(Clucas & St Claire,2010)。

但是,医生通常对此不够重视,往往容易忽视患者的上述情感需求(Lin, Hsu, & Chong, 2008; Quigley et al.,2014)。

(2)决策需求

患者另一个重要的心理需求是参与医疗决策。参与医疗决策是指参与决定最终的治疗方案,以及掌握决策的主动权(Mira, Guilabert, Pérez-Jover, & Lorenzo,2014)。一般而言,患者参与决策的程度越高,满意度则越高,且生理和心理功能的恢复也越好(Arora,2003; Fröjd et al.,2009; Yanez et al.,2012)。然而,患者却普遍认为参与医疗决策的

程度远未达到自身预期(Zhang et al.,2011),而医生对患者参与医疗决策的重要性评估显著低于患者(Hagihara & Tarumi,2006)。这说明,医生对患者参与医疗决策的重视不够,并未充分考虑患者参与决策的需求。

(3)权势(Power)差距

在医患沟通的过程中,不同类型的患者希望与医生保持不同的权势差距。医患之间的权势(Power)差距指医生对患者的影响远大于患者对医生的影响,即权势不平衡(Gabel,2012)。以往研究发现,医患双方权势差距越大,患者对医生的信任感越强(Hillen, Onderwater, van Zwieten, de Haes, & Smets,2012)。另有研究者发现,对关节炎患者而言,医患权势差异越小,患者生理疼痛的水平越低,体验到的抑郁情绪越少(Kostova et al.,2014)。同样地,对老年患者而言,医患双方权势差距越大,他们的满意度越低,甚至导致其生活质量越差(Ko, Nelson-Becker, Park, & Shin,2013)。因此,医患之间的权势差距对医患沟通可能产生微妙的影响,其作用方式有待进一步明晰。

4 未来发展方向

以往医患沟通领域的研究获得了颇多具有启发意义的结果。未来研究可以尝试从以下几个方面进一步推进医患沟通研究领域的发展。

4.1 医生研究视角的拓展

回顾以往医患沟通领域的研究可知,绝大多数的研究都是从患者的视角审视和探索医患沟通领域的问题。举例而言,以往研究在探讨医患沟通障碍的心理根源时,相比医生,研究者更加重视患者的背景特征、心理特征、认知特征等对医患沟通的影响,对医患沟通效果衡量指标的选择则几乎完全局限于患者的心理反应。这说明,以往研究较少从医生的角度探讨医患沟通的问题,也就是对医生在医患沟通过程中所发挥的作用重视不够。然而,基于信息交换视角,医生作为医患沟通过程中的两大主体之一,在很大程度上会影响医患沟通的过程和结果,因此,医生的作用不容忽视。已有研究已经开始尝试从医生和患者两个方面探讨医患沟通障碍的影响因素。例如,已有研究者尝试使用 Roter 互动分析系统(Roter Interaction Analysis System, RIAS)同时从医生和患者两个角度衡量医患沟通的效果(Roter & Larson,2002)。比

如,医生询问的问题、提供的信息、是否有建立关系的行为,以及患者询问的问题、提供的信息以及是否有建立关系的行为。此后,陆续有研究者使用上述系统(Butalid, Bensing, & Verhaak, 2014; Mira et al., 2014)或使用其中的几个部分,比如,社会支持和医生非语言沟通行为(Shin et al., 2015),作为医患沟通效果的衡量指标。因此,未来的研究可以在关注患者影响的同时,加强从医生的角度进行探讨,并进一步关注医患双方在医患沟通过程中的交互影响。

4.2 医患角色启动方法的丰富

一般而言,绝大多数医患沟通的研究通过自然选取(选取真实的医患群体,或选取医学院和非医学院的学生)和启动操纵(通过启动操纵一般人群的医患角色)的方法获得研究对象。值得注意的是,自然选取的方法存在诸多缺点,比如,取样的便捷性差,干扰因素多,个体参与实验的意愿低等。因此,不涉及实践经历的研究可以通过启动的范式操纵普遍人群的医患角色,避免上述不足。然而,我们发现,目前医患角色的启动范式较为单一,研究者大多通过要求被试想象特定角色的感受和行为操纵被试的社会角色(Clucas & St Claire, 2010; Zikmund-Fisher et al., 2006)。因此,未来研究可以进一步发展更具有生态效度且更方便操纵的启动方法,同时未来研究也需关注社会角色启动后的操作检查,进而丰富和完善医患沟通领域获得研究对象的途径。

4.3 认知指标的补充

通过回顾医患沟通障碍的衡量指标可知,相比反应指标、行为指标和结果指标,认知指标与医患沟通效果的关系有待进一步补充。例如,除了理解程度和风险认知之外,患者的归因也可能是重要的认知指标。在众多医患纠纷中,相比医生,患者或患者家属更多地将治疗效果不佳归因为医生的过错和不负责任,而这种敌意归因极易导致患者的负性情绪以及医患之间的心理对立,甚至激发患者的极端报复行为(黄玉莲, 尚鹤睿, 2011)。因此,患者对治疗结果的归因方式或许也是医患沟通障碍的衡量指标之一。然而,现有研究较少探讨医患沟通对患者归因的影响,几乎没有研究将归因作为认知指标加以阐述。因此,未来的研究可以尝试从归因的角度分析医患沟通障碍,并进一步探讨患者的归因偏差和医患的归因

差异对医患矛盾的激化作用。

4.4 心理根源的深化

以往研究基于信息交换视角从多个角度探讨了医患沟通障碍可能的心理根源,但仍然有众多具有重要意义的心理要素的影响尚待深入分析。比如,患者的先验态度、过往经历、医患之间的心理距离、认知方式的差异等。尽管已有研究初步显示,患者之前不愉快的医患沟通经历会使个体对医患沟通产生负性预期,导致患者与医生的对立并影响沟通效果(傅忠宇, 2007),但不愉快的医患沟通经历究竟通过何种途径发挥作用尚待进一步明晰。同样地,虽然 Clack 等人(2004)较为全面地总结了医生和患者群体认知风格的差异,但并未有研究对上述差异的心理机制、边界条件、干预手段等方面进行深入的探讨。因此,未来研究需要拓宽研究变量的范围,发现更多有价值有意义的心理变量。同时,未来研究也需要加强对心理要素作用机制的探讨。

4.5 教育模式的开发

随着医患沟通领域基础研究的发展,研究者开始思考如何将有价值的研究成果应用于实际的医患沟通工作,并开发出可提升医患沟通效果的教育模式。现有模式包含多种教育内容和多样的教育形式。其中,教育内容包括提升医生的沟通能力(Butow et al., 2014; Curtis et al., 2013)、提升医生体察患者情感的能力(Aubin-Auger et al., 2013; Girgis et al., 2009)、以患者为中心的沟通模式(Butow et al., 2014; Edwards & Elwyn, 2004);而教育形式包括理论教学、医患沟通情境模拟、医患沟通实例分析等(Aubin-Auger et al., 2013; Butow et al., 2014; Hanna & Fins, 2006)。虽然现有的教育模式具有一定的实效,但这远未达到人们的预期。已有研究发现,目前短期教育的模式并不能长期改变医生惯有的沟通模式,而只有将医患沟通教育渗透到医生的实际工作中,教育的效果才有可能稳定(Edwards & Elwyn, 2004)。可见,目前对医患沟通教育模式的研究尚缺乏系统性和理论性。因此,未来研究可以从理论的角度思考如何建立一整套相对完善并长期有效的医患沟通教育模式,从而更好地服务于医患沟通的实际工作。

参考文献

丁璐, 刘琦, 肖远, 孙红. (2011). 医学生情绪智力团体培

- 训效果研究. *中国健康心理学杂志*, 19, 87-89.
- 傅忠宇. (2007). 构建和谐医患关系的对策思考. *医学与社会*, 20(7), 11-12.
- 黄玉莲, 尚鹤睿. (2011). 影响医患沟通的心理因素分析及对策研究. *医学与社会*, 24(4), 79-81.
- 李虹, 赵守盈, 叶浩生. (2008). 癌症患者满意度测评: 层面理论的应用. *应用心理学*, 14, 232-237.
- 隆娟, 王茜, 吴卉. (2012). 中国当代医学语言的研究现状与发展方向. *中国医学伦理学*, 25, 390-393.
- 杨辰枝子, 傅榕赓. (2014). 中医门诊医患会话中的沟通障碍点与策略研究. *武汉理工大学学报(社会科学版)*, 27, 933-938.
- 阳雨君. (2013). 医生语言与医患关系. *华夏医学*, 26, 165-167.
- Aaron, M. (1988). Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with Asthma. *Medical Care*, 26, 1119-1128.
- Adams, A., Buckingham, C. D., Lindenmeyer, A., McKinlay, J. B., Link, C., Marceau, L., & Arber, S. (2008). The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness*, 30, 1-18.
- Adams, K., Cimino, J. E. W., Arnold, R. M., & Anderson, W. G. (2012). Why should I talk about emotion? Communication patterns associated with physician discussion of patient expressions of negative emotion in hospital admission encounters. *Patient Education and Counseling*, 89, 44-50.
- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57, 791-806.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Le Bel, J., Bombeke, K., Baruch, D., Youssefian, A.,... van Royen, P. (2013). From qualitative data to GP training on CRC screening. *Journal of Cancer Education*, 28, 439-443.
- Avery, K. N. L., Metcalfe, C., Nicklin, J., Barham, C. P., Alderson, D., Donovan, J. L., & Blazeby, J. M. (2006). Satisfaction with care: An independent outcome measure in surgical oncology. *Annals of Surgical Oncology*, 13, 817-822.
- Bagley, C. H. M., Hunter, A. R., & Bacarese-Hamilton, I. A. (2011). Patients' misunderstanding of common orthopaedic terminology: The need for clarity. *The Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 93, 401-404.
- Basáñez, T., Blanco, L., Collazo, J. L., Berger, D. E., & Crano, W. D. (2013). Ethnic groups' perception of physicians' attentiveness: Implications for health and obesity. *Psychology, Health & Medicine*, 18, 37-46.
- Bensing, J. M., Tromp, F., van Dulmen, S., van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., & Schellevis, F. G. (2006). Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: A study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice*, 7, 62.
- Bernhard, J., Butow, P., Aldridge, J., Juraskova, I., Ribi, K., & Brown, R. (2012). Communication about standard treatment options and clinical trials: Can we teach doctors new skills to improve patient outcomes?. *Psycho-Oncology*, 21, 1265-1274.
- Berry, D. C. (2004). Interpreting information about medication side effects: Differences in risk perception and intention to comply when medicines are prescribed for adults or young children. *Psychology, Health & Medicine*, 9, 227-234.
- Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76, 356-360.
- Bertakis, K. D., Franks, P., & Azari, R. (2003). Effects of physician gender on patient satisfaction. *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*, 58(2), 69-75.
- Beverly, E. A., Ganda, O. P., Ritholz, M. D., Lee, Y., Brooks, K. M., Lewis-Schroeder, N. F.,... Weinger, K. (2012). Look who's (not) talking diabetic patients' willingness to discuss self-care with physicians. *Diabetes Care*, 35, 1466-1472.
- Bourquin, C., Stiefel, F., Mast, M. S., Bonvin, R., & Berney, A. (2015). Well, you have hepatic metastases: Use of technical language by medical students in simulated patient interviews. *Patient Education and Counseling*, 98, 323-330.
- Braman, A. C., & Gomez, R. G. (2004). Patient personality predicts preference for relationships with doctors. *Personality and Individual Differences*, 37, 815-826.
- Brédart, A., Razavi, D., Robertson, C., Batel-Copel, L., Larsson, G., Lichosik, D.,... de Haes, J. C. J. M. (2001). A comprehensive assessment of satisfaction with care: Preliminary psychometric analysis in French, Polish, Swedish and Italian oncology patients. *Patient Education and Counseling*, 43, 243-253.
- Butalid, L., Bensing, J. M., & Verhaak, P. F. M. (2014). Talking about psychosocial problems: An observational study on changes in doctor-patient communication in general practice between 1977 and 2008. *Patient Education and Counseling*, 94, 314-321.
- Butow, P., Brown, R., Aldridge, J., Juraskova, I., Zoller, P., Boyle, F., ... Bernhard, J. (2014). Can consultation skills training change doctors' behaviour to increase involvement of patients in making decisions about standard treatment and clinical trials: A randomized controlled trial. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, doi:

- 10.1111/hex.12229.
- Cherry, M. G., Fletcher, I., & O'Sullivan, H. (2013). The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. *Patient Education and Counseling*, 93, 177–187.
- Clack, G. B., Allen, J., Cooper, D., & Head, J. O. (2004). Personality differences between doctors and their patients: Implications for the teaching of communication skills. *Medical Education*, 38, 177–186.
- Lucas, C., & St Claire, L. (2010). The effect of feeling respected and the patient role on patient outcomes. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2, 298–322.
- Curtis, R. J., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z.,... Engelberg, R. (2013). Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: A randomized trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 310, 2271–2281.
- de Haes, H., & Koedoot, N. (2003). Patient centered decision making in palliative cancer treatment: A world of paradoxes. *Patient Education and Counseling*, 50, 43–49.
- Deledda, G., Moretti, F., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2013). How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling*, 90, 297–306.
- Deveugele, M. (1998). Communication between general practitioners and patients: An observational study with specific attention for the perceptions of general practitioners. *Patient Education and Counseling*, 34, S66–S67.
- Deveugele, M., Derese, A., & de Maeseneer, J. (2002). Is GP-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support? *Social Science & Medicine*, 55, 1245–1253.
- Draper, C., & Louw, G. (2007). What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. *Medical Teacher*, 29(5), e100–e107.
- Duberstein, P., Meldrum, S., Fiscella, K., Shields, C. G., & Epstein, R. M. (2007). Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling*, 65, 270–274.
- Edwards, A., & Elwyn, G. (2004). Involving patients in decision making and communicating risk: A longitudinal evaluation of doctors' attitudes and confidence during a randomized trial. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10, 431–437.
- Finset, A. (2012). "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 88, 359–363.
- Finset, A. (2014). 50 years of research on the effect of physician communication behavior on health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 96, 1–2.
- Frankel, R. M. (1984). From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes*, 7, 135–170.
- Fröjd, C., Lampic, C., Larsson, G., & von Essen, L. (2009). Is satisfaction with doctors' care related to health-related quality of life, anxiety and depression among patients with carcinoid tumours? A longitudinal report. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 107–116.
- Gabel, S. (2012). Power, leadership and transformation: The doctor's potential for influence. *Medical education*, 46, 1152–1160.
- Girgis, A., Cockburn, J., Butow, P., Bowman, D., Schofield, P., Stojanovski, E.,... Turner, J. (2009). Improving patient emotional functioning and psychological morbidity: Evaluation of a consultation skills training program for oncologists. *Patient Education and Counseling*, 77, 456–462.
- Goldzweig, G., Abramovitch, A., Brenner, B., Perry, S., Peretz, T., & Baider, L. (2015). Expectations and level of satisfaction of patients and their physicians: Concordance and discrepancies. *Psychosomatics*, 56, 521–529.
- Gregory, R., Peters, E., & Slovic, P. (2011). Making decisions about prescription drugs: A study of doctor-patient communication. *Health, Risk & Society*, 13, 347–371.
- Hagihara, A., & Tarumi, K. (2006). Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 143–150.
- Hanna, M., & Fins, J. J. (2006). Viewpoint: Power and communication: Why simulation training ought to be complemented by experiential and humanist learning. *Academic Medicine*, 81, 265–270.
- Heisig, S. R., Shedden-Mora, M. C., von Blanckenburg, P., Schuricht, F., Rief, W., Albert, U. S., & Nestoriuc, Y. (2014). Informing women with breast cancer about endocrine therapy: Effects on knowledge and adherence. *Psycho-Oncology*, 24, 130–137.
- Heisler, M., Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M., & Kerr, E. A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 243–252.
- Hillen, M. A., Onderwater, A. T., van Zwieten, M. C. B., de Haes, H. C. J. M., & Smets, E. M. A. (2012). Disentangling cancer patients' trust in their oncologist: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 21, 392–399.
- Humphris, G. M. (2002). Communication skills knowledge,

- understanding and OSCE performance in medical trainees: A multivariate prospective study using structural equation modelling. *Medical Education*, 36, 842–852.
- Jefferson, L., Bloor, K., Birks, Y., Hewitt, C., & Bland, M. (2013). Effect of physicians' gender on communication and consultation length: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18, 242–248.
- Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2014). Doctors' emotion regulation and patient satisfaction: A social-functional perspective. *Health Communication*, 29, 205–214.
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., van der Weijden, T., LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., & Campbell, C. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*, 70, 763–768.
- Ko, E., Nelson-Becker, H., Park, Y., & Shin, M. (2013). End-of-life decision making in older Korean adults: Concerns, preferences, and expectations. *Educational Gerontology*, 39(2), 71–81.
- Kostova, Z., Caiata-Zufferey, M., & Schulz, P. J. (2014). The impact of social support on the acceptance process among RA patients: A qualitative study. *Psychology & Health*, 29, 1283–1302.
- Kroshus, E., Baugh, C. M., Hawrilenko, M. J., & Daneshvar, D. H. (2015). Determinants of coach communication about concussion safety in US collegiate sport. *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 532–541.
- Kutzsche, S., Partridge, J. C., Leuthner, S. R., & Lantos, J. D. (2013). When life-sustaining treatment is withdrawn and the patient doesn't die. *Pediatrics*, 132, 893–897.
- Kuzari, D., Biderman, A., & Cwikel, J. (2013). Attitudes of women with breast cancer regarding the doctor-patient relationship. *European Journal of Cancer Care*, 22, 589–596.
- Li, J., Yuan, X. L., Gao, X. H., Yang, X. M., Jing, P., & Yu, S. Y. (2012). Whether, when, and who to disclose bad news to patients with cancer: A survey in 150 pairs of hospitalized patients with cancer and family members in China. *Psycho-Oncology*, 21, 778–784.
- Lim, L., Chow, P., Wong, C. -Y., Chung, A., Chan, Y. -H., Wong, W. -K., & Soo, K. -C. (2011). Doctor-patient communication, knowledge, and question prompt lists in reducing preoperative anxiety – A randomized control study. *Asian Journal of Surgery*, 34, 175–180.
- Lin, C. S., Hsu, M. Y. F., & Chong, C. F. (2008). Differences between emergency patients and their doctors in the perception of physician empathy: Implications for medical education. *Education for Health*, 21(2), 144.
- Linn, L. S., & Greenfield, S. (1982). Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill. *Medical Care*, 20, 425–431.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C.,... Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ: British Medical Journal*, 323, 908–911.
- Liu, X. C., Rohrer, W., Luo, A. J., Fang, Z., He, T. H., & Xie, W. Z. (2015). Doctor-patient communication skills training in mainland China: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 98, 3–14.
- Masland, M. C., Kang, S. H., & Ma, Y. F. (2011). Association between limited English proficiency and understanding prescription labels among five ethnic groups in California. *Ethnicity & Health*, 16, 125–144.
- Mazzi, M. A., Bensing, J., Rimondini, M., Fletcher, I., van Vliet, L., Zimmermann, C., & Deveugele, M. (2013). How do lay people assess the quality of physicians' communicative responses to patients' emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 90, 347–353.
- Mello, S., Tan, A. S. L., Armstrong, K., Schwartz, J. S., & Hornik, R. C. (2013). Anxiety and depression among cancer survivors: The role of engagement with sources of emotional support information. *Health Communication*, 28, 389–396.
- Mira, J. J., Guilbert, M., Pérez-Jover, V., & Lorenzo, S. (2014). Barriers for an effective communication around clinical decision making: An analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 17, 826–839.
- Nelson, W., Reyna, V. F., Fagerlin, A., Lipkus, I., & Peters, E. (2008). Clinical implications of numeracy: Theory and practice. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 261–274.
- Noordman, J., Verhaak, P., van Beljouw, I., & van Dulmen, S. (2010). Consulting room computers and their effect on general practitioner-patient communication. *Family Practice*, 27, 644–651.
- Palmer, S. C., de Berardis, G., Craig, J. C., Tong, A., Tonelli, M., Pellegrini, F.,... Strippoli, G. F. M. (2014). Patient satisfaction with in-centre haemodialysis care: An international survey. *BMJ Open*, 4(5), e005020.
- Pippalla, R. S. (1999). SF-36 physical and mental health summary scales: Their relationships with clinical outcomes and life satisfaction. *Quality of Life Research*, 8, 619.
- Posner, G. D., & Hamstra, S. J. (2013). Too much small talk? Medical students' pelvic examination skills falter with pleasant patients. *Medical Education*, 47, 1209–1214.
- Quigley, D. D., Elliott, M. N., Farley, D. O., Burkhart, Q.,

- Skootsky, S. A., & Hays, R. D. (2014). Specialties differ in which aspects of doctor communication predict overall physician ratings. *Journal of General Internal Medicine*, 29, 447–454.
- Reyna, V. F., & Brainerd, C. J. (2007). The importance of mathematics in health and human judgment: Numeracy, risk communication, and medical decision making. *Learning and Individual Differences*, 17, 147–159.
- Reyna, V. F., Nelson, W. L., Han, P. K., & Dieckmann, N. F. (2009). How numeracy influences risk comprehension and medical decision making. *Psychological Bulletin*, 135, 943–973.
- Roberts, C. A., & Aruguete, M. S. (2000). Task and socioemotional behaviors of physicians: A test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician-patient encounters. *Social Science & Medicine*, 50, 309–315.
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46, 243–251.
- Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., & Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 76, 348–355.
- Schenker, Y., Stewart, A., Na, B., & Whooley, M. A. (2009). Depressive symptoms and perceived doctor-patient communication in the Heart and Soul study. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 550–556.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21–34.
- Shin, D. W., Roter, D. L., Roh, Y. K., Hahm, S. K., Cho, B., & Park, H. -K. (2015). Physician gender and patient centered communication: The moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. *Patient Education and Counseling*, 98, 55–60.
- Slatore, C. G., Cecere, L. M., Reinke, L. F., Ganzini, L., Udris, E. M., Moss, B. R., ... Au, D. H. (2010). Patient-clinician communication: Associations with important health outcomes among veterans with COPD. *Chest*, 138, 628–634.
- Smith, S. K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D., & McCaffery, K. J. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine*, 69, 1805–1812.
- Stanton, A. L., Bernaards, C. A., & Ganz, P. A. (2005). The BCPT symptom scales: A measure of physical symptoms for women diagnosed with or at risk for breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 97, 448–456.
- Talen, M. R., Grampp, K., Tucker, A., & Schultz, J. (2008). What physicians want from their patients: Identifying what makes good patient communication. *Families, Systems, & Health*, 26, 58–66.
- van den Brink-Muinen, A., Maarroos, H. -I., & Tähepöld, H. (2008). Communication style in primary health care in Europe. *Health Education*, 108, 384–396.
- Verlinde, E., de Laender, N., de Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, 11, 12.
- Wang, S. J., Briskie, D., Hu, J. C. C., Majewski, R., & Inglehart, M. R. (2010). Illustrated information for parent education: Parent and patient responses. *Pediatric Dentistry*, 32, 295–303.
- Willems, S., de Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & de Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56, 139–146.
- Wills, C. E., & Holmes-Rovner, M. (2003). Patient comprehension of information for shared treatment decision making: State of the art and future directions. *Patient Education and Counseling*, 50, 285–290.
- Yakeley, J., Shoenberg, P., Morris, R., Sturgeon, D., & Majid, S. (2011). Psychodynamic approaches to teaching medical students about the doctor-patient relationship: Randomised controlled trial. *The Psychiatrist*, 35, 308–313.
- Yanez, B., Stanton, A. L., & Maly, R. C. (2012). Breast cancer treatment decision making among Latinas and non-Latina whites: A communication model predicting decisional outcomes and quality of life. *Health Psychology*, 31, 552–561.
- Zhang, Y. H., Su, H. X., Shang, L., Li, D., Wang, R., Zhang, R. Q., & Xu, Y. Y. (2011). Preferences and perceived involvement in treatment decision making among Chinese patients with chronic hepatitis. *Medical Decision Making*, 31, 245–253.
- Zikmund-Fisher, B. J., Sarr, B., Fagerlin, A., & Ubel, P. A. (2006). A matter of perspective: Choosing for others differs from choosing for yourself in making treatment decisions. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 618–622.

The Psychological Analysis of Doctor-patient Miscommunication: The Information Exchange Perspective

WANG Danyang; ZHU Dongqing

(Beijing key lab of Learning and Cognition, Department of Psychology, Capital Normal University, Beijing 100048, China)

Abstract: Doctor-patient communication is the process of exchanging information between the two. Based on this, we provide a deeper understanding of doctor-patient miscommunication by establishing a doctor-patient communication model. First, we specify three major sources of these special participants, including real doctors and patients from hospital, medical and nonmedical undergraduates from college, and participants who act as doctors or patients. Next, the indicators of doctor-patient miscommunication are summarized, which are reflected in patients' feelings, perceptions of doctors' advice, compliance to doctors' advice and recovery. Then we review the underpinnings of doctor-patient miscommunication, which is rooted in individual characteristics and communication demands. Finally, we encourage future research to expand research perspective, develop other priming methods and add some new cognitive indicators. On this basis, future research should also take the psychological roots further and develop educational models.

Key words: doctor-patient miscommunication; information exchange; manipulation of doctor and patient roles; psychological roots