

中国医患关系量表的开发与有效性验证^{*}

——曾卫龙^{1,2} 马绍壮^{2*} 苟莉^{2,3}

【摘要】 目的 编制开发符合中国情境的医患关系量表。方法 通过文献回顾和专家访谈编制了预测量表,对162名医生进行测试,对来自全国1 971名医生进行验证调查和实证检验,采用探索性因子分析、验证性因子分析等统计方法检验了量表的信效度。结果 中国医患关系量表包含“医患信任”和“以患者为中心的诊疗”两个因子,共10个条目。结论 中国医患关系量表具有较好的信度和效度,为我国进一步研究医方视角医患关系提供了有效的测评工具。

【关键词】 中国医患关系量表;医患关系;医患关系测量;量表开发

Development and Validation of Doctor-Patient Relationship Scale in China/ZENG Weilong, MA Shaozhuang, GOU Li./Chinese Health Quality Management, 2018, 25(6): 57-61

Abstract Objective To develop a scale of the doctor-patient relationship in China (DPR-C). Methods A scale was developed by literature reviews and expert interviews and tested among 162 doctors, then was validated and empirically examined with 1 971 doctors nationwide using exploratory factor analysis (EFA), confirmatory factor analysis (CFA) and other statistical methods, verified the reliability and validity of the scale. Results The DPR-C has totally 10 items, which includes two factors, “trust between doctor and patient” and “patient-centered treatment”. Conclusion The scale has satisfactory reliability and validity which can be used to measure the doctor-patient relationship from doctor’s perspective in China.

Key words Scale of Doctor-Patient Relationship in China (DPR-C); Doctor-Patient Relationship; Measurement on Doctor-Patient Relationship; Scale Development

First-author’s address Fourth Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Liuzhou, Guangxi, 545005, China

1 研究背景

医患关系是健康卫生领域的一个重要概念^[1]。医患关系不仅影响医护人员职业状态和职业发展的信心^[2-4],而且与患者满意度、依从性、治疗效果及健康状况也密切相关^[5-6]。近年来,我国医患矛盾持续激化,成为政府和社会高度关注的问题^[7],也引起了国际社会的关注^[8]。我国有关医患关系的核心期刊论文从1981年的40余篇,增长

到2013年的2 200篇以上,内容主要集中在医患关系现状、成因、措施3个方面^[9],但这些研究主要是定性研究,定量研究较少^[10]。

广义的医患关系是指医护人员与患者及家属为主体人群之间的关系,狭义的医患关系仅指医生与患者之间的关系^[11]。本研究将医患关系界定为医生视角中医生与患者的工作关系。医患不信任与沟通不良是医疗纠纷产生的根源^[12],也有研究指出医疗服务质量、医患沟通是医患关系的主要原因^[11]。薛羽

芯等^[13]对国内医患关系测量工具进行综述,认为信任、忠诚、尊重、沟通技巧、责任感等是医患关系的主要测量维度。狭义医患关系的核心维度为医患信任、医患沟通、医疗技术及服务意识^[14]。

国外学者从不同的视角开发了医患关系量表。Eveleigh R M等^[6]综合分析了19种医患关系量表,其中,16种量表是从患者视角测量,两种量表从观察员视角测量,仅1种量表(DDPRQ-10)从医生视角进行测量。关于医方视角的量表,

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2018.25.6.19

* 基金项目:四川省干部保健委员会科研课题(川干研2018-219)

曾卫龙^{1,2} 马绍壮^{2*} 苟莉^{2,3} 通信作者:马绍壮

1 广西医科大学第四附属医院 广西 柳州 545005 2 Instituto Universitario de Lisboa(ISCTE-IUL) Portugal Lisbon 1649-026

3 四川省人民医院 四川 成都 610072

主要代表为 Hahn S R^[15] 1996年在DDPRQ-30基础上设计的不良医患关系简洁量表DDPRQ-10,包含“医生主观经验”等3个维度。国内医患关系的测量大多数采用定性研究或者从不同角度进行自编问卷^[16],但使用标准不统一。杨慧等^[17]虽然在DDPRQ-10基础上进行了我国情景下量表设计,但是使用范围较局限,量表信度、效度有待进一步检验。马绍壮等^[14]认为有待开发适合中国背景下医患关系量表。因此,本研究从医方角度研发医患关系量表,为我国医患关系定量研究提供可靠的本土化量表,作为现有定性和质性研究的补充。

2 医患关系量表的编制

2.1 初始条目的形成

2.1.1 初始条目来源 问卷初始条目主要来源于文献和专家访谈,其中,中文文献主要以“医患关系、医患患者关系、护患关系、医疗纠纷”为关键词在中国知网数据库筛选核心期刊论文。以不良医患关系量表(DDPRQ)-10(医方视角)^[18]、医师信任患者量表^[19]、维克森林医生信任量表^[20]、PDRQ-15(患方视角)^[21]在国内的应用情况^[16,17,22-24]为参考量表,基于医患关系4个核心维度,遵从避免重复及相关原则,通过归纳、提炼和修改,得到“医患信任、医患沟通、医疗技术及服务意识”4个维度共23个条目。

2.1.2 初始条目筛选和确定 在上述条目基础上增加6条,征求北京、广东、江西、广西等三甲综合医院21名医学专家意见。包括内科医生6人,外科医生11人,中医医生1人,职能部门医生3人;科主任5人,一般临床医生16人;高级职称7人,中级职称11人,初级职称3人;专家平均年龄36.8岁,平均

从业年限11.6年。专家对29个条目提出修改意见和补增建议。综合专家意见,最终提取了20个条目形成初始问卷。

2.2 初始问卷的预试

2.2.1 量表设计及调查 初始问卷采取自评方式。为避免中立回答,确保态度区分明显,采用里克特6级计分法,1分~6分分别代表从“非常不同意”到“非常同意”6个层次,得分越高,代表医患关系越好。

2017年6月—7月将初始问卷在柳州市工人医院、柳州市妇幼保健院、江西省人民医院、南昌大学第一附属医院调查,共发放纸质问卷220份,剔除不合格问卷,回收有效问卷162份,有效回收率73.6%。

2.2.2 统计学分析 采用SPSS 20.0统计软件与AMOS 17.0软件进行数据统计分析。各条目之间大多数相关性均达到显著水平($P < 0.01$)。根据测验目的、性质和要求,为保证问卷有良好区分度,剔除了条目之间相关性不强或者相关系数低于0.4的两个条目^[25],剩余18个条目。

利用主成分分析方法对初始问卷进行探索性因子分析。问卷条目删除依据为:(1)因素负荷量小于0.4;(2)条目出现交叉负荷现象,即项目同时在两个因子上负荷量在0.4上;(3)每个因子的条目数小于3个;(4)不具有解释意义^[25-26]。同时,就条目的删减开展了第二次专家意见咨询,在21名专家中随机挑选10名进行,结合这10名专家的意见和上述删除标准进行删除,最终保留了10个条目。

预测问卷共提取了特征值在1以上的两个因子,分别为“医患信任”和“以患者为中心的诊疗”,累计方差贡献率为76.39%。Cronbach's α 系数分别为0.87、0.94,量表总

的Cronbach's α 系数为0.93,表明量表的内部一致性较好。采用验证性因子分析法对两个因子进行了分析,除了AGFI结果稍偏离标准,其余各项指标均达到标准^[27]。本研究把这一量表命名为中国医患关系量表(Doctor-patient Relationship in China,简称DPR-C)。

2.3 正式量表的验证

2.3.1 验证方法 在2017年9月在“中国住院医师规范化培训高峰论坛”上,对所有医生代表进行问卷调查。调查问卷包括本研究医患关系量表、Eisenberger R等提出的简易版组织支持感^[28-29]及Blau R等提出的职业承诺^[30-31]。

回收问卷2811份,为确保问卷数据真实有效,对答题时间超长(超过常规完成时间两倍以上)或过短(低于常规完成时间30%)的问卷进行剔除,共筛选出执业范围为临床、中医、口腔的医生填写问卷,最终有效问卷为1971份,有效回收率70.11%。

2.3.2 样本信息 从人口统计分析得出,样本人群共来自我国31个省(市、区),男性占50.3%,女性49.7%;年龄31岁~50岁占76%,50岁以上占14%,30岁以下占10%;平均从业年限16.0年,标准差为9.1年。

2.3.3 样本量 在筛选出的1971份有效问卷中,按医院等级、隶属关系、基地类别、医院类别分成8个样本数据进行分析,各样本数据名称及样本量如下:三甲医院1723名医生;省部属医院455名医生;地市级医院1195名医生;县级及以下医院321名医生;第一批住培基地1145名医生,第一批基地以外的医院826名医生;综合医院1539名医生、非综合医院432名医生。

2.3.4 统计学分析 使用初始问卷的统计软件及分析步骤进行数据分析。首先,采用主成分分析法进行探索性因子分析,医患关系(DPR)10个条目的因子负荷为0.75-0.87(见表1),均大于0.7。共提取了特征值为1和2的两个因子,累计方差贡献率为69.3%。因子结构与初始量表一致。

2.3.5 信度分析 量表的10个条目整体内部一致性及因子“1”和“2”的(Cronbach's α)分别为0.90、0.88、0.90,表明量表的内部一致性较好。

2.3.6 效度分析 采用验证性因子分析法(CFA)对1971份医生样本的两个因子进行了效度分析,结果见图1。图1所示各条目因子负载均大于0.7,根据荣泰生^[27]提出的标准模型拟合度的评判标准,本研究的验证性因子分析结果各项指标均符合标准,表示模型拟合程度良好,说明量表结构效度较好。

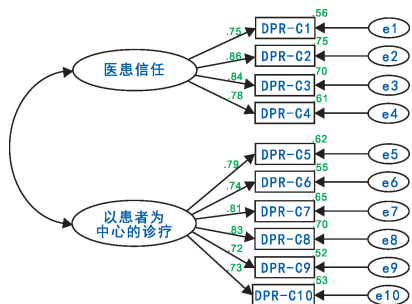


图1 中国医患关系(DPR-C)量表CFA效度分析

Clark L A 等^[32]认为, α 系数只是测量构念单一维度的必要条件,但是不能完全保证构念单一维度性,因此需要所有测量题目的内部相关系数强度适中,且均匀地分布在0.15~0.50。本量表测量题目的相关系数在0.34~0.73,均值为0.49,符合该要求。同时各条目之间的P值均小于0.01,同一维度下的题目的相关性明显高于另一维度题目的相关性,说明两个维度的独立性较好。

2.3.7 不同样本量的量表信度及

效度对比分析 为进一步验证本医患关系问卷的适用性,在10个不同类型医生样本中分析探索性及验证性因子及信度分析比较,结果见表2、表3。不同等级、隶属关系、基地类别、医院类别等医生所填写的医患关系问卷均具有良好的信度和效度,这表明该量表在我国使用具

有普遍适用性。

2.3.8 实证研究 Wallace J E 等^[33]实证研究表明,医患关系紧张是医师日常工作中压力大和满意度降低的主要原因。支持性医患互动关系能够显著影响医护人员的工作投入水平,医患关系互动越高,活力越高,奉献精神越好,更加专注工

表1 中国医患关系(DPR-C)量表的因子负荷表(旋转后)(N=1971)

项目	条目具体内容	成份	
		1	2
DPR-C 1	患者相信您会把他/她的诊疗需求放在首位	0.78	0.26
DPR-C 2	患者信任您给他/她制定的诊治方案	0.87	0.23
DPR-C 3	患者乐意遵循您所建议的治疗计划	0.85	0.24
DPR-C 4	患者相信您要求做的检查项目合理	0.80	0.26
DPR-C 5	您常常耐心地跟患者和家属反复进行沟通	0.75	0.31
DPR-C 6	您总是认真告知患者其诊疗可能会出现风险	0.77	0.22
DPR-C 7	您总是认真地帮助患者及家人	0.79	0.26
DPR-C 8	您经常比较多个方案后为患者提供最合理的诊治方案	0.82	0.26
DPR-C 9	您为您的专业技术能有效帮助患者感到自豪	0.76	0.20
DPR-C 10	您非常乐意接待患者的复诊	0.78	0.18

表2 10个医生样本的累计贡献率、KMO、整体 Cronbach's α

序号	样本名称(数量)	累计贡献率(%)	KMO	Cronbach's α
1	初始问卷医生(162名)	76.39	0.94	0.93
2	全部医生(1971名)	69.30	0.91	0.90
3	三甲医院医生(1723名)	69.47	0.92	0.90
4	省部属医院医生(455名)	69.49	0.91	0.90
5	地市级医院医生(1195名)	69.27	0.91	0.90
6	县级及以下医院医生(321名)	69.52	0.91	0.90
7	第一批培训基地医生(1145名)	68.98	0.91	0.90
8	第一批基地以外的医生(826名)	69.86	0.91	0.90
9	综合医院医生(1539名)	69.60	0.92	0.90
10	非综合医院医生(432名)	67.89	0.90	0.90

表3 10个医生样本 DPR-C 正式问卷验证性分析拟合度对比

序号	样本名称(数量)	GFI	RMR	RMSEA	AGFI	NFI	CFI	IFI
1	初始问卷医生(162名)	0.911	0.030	0.098	0.865	0.940	0.964	0.964
2	全部医生(1971名)	0.964	0.016	0.070	0.942	0.969	0.972	0.972
3	三甲医院医生(1723名)	0.967	0.016	0.066	0.946	0.971	0.975	0.975
4	省部属医院医生(455名)	0.960	0.018	0.064	0.935	0.964	0.976	0.976
5	地市级医院医生(1195名)	0.956	0.018	0.076	0.930	0.962	0.967	0.967
6	县级及以下医院医生(321名)	0.951	0.018	0.069	0.920	0.955	0.972	0.972
7	第一批培训基地医生(1145名)	0.954	0.018	0.079	0.925	0.959	0.964	0.964
8	第一批基地以外的医生(826名)	0.961	0.016	0.071	0.937	0.964	0.971	0.971
9	综合医院医生(1539名)	0.966	0.016	0.067	0.945	0.971	0.974	0.974
10	非综合医院医生(432名)	0.938	0.020	0.087	0.900	0.941	0.954	0.954

作;抑制性医患互动关系为医护人员的重要压力源^[34]。医患关系满意度与护士职业认同之间存在正向关系^[35]。因此,可以推测医患关系也影响医生职业承诺,为此提出以下假设:

H1:医患关系与医务人员的职业承诺存在正向关系。

组织支持感与工作压力呈现负相关关系,员工组织支持感越高,工作压力越低^[36]。良好医患关系可以降低医务人员的工作压力,从而正向影响医务人员的组织支持感^[37]。因此,可以推测医患关系也影响医生组织支持感,为此提出以下假设:

H2:医患关系与医生组织支持感存在正向关系。

本研究对1971名医生中随机1004个样本进行Pearson相关性和回归分析。结果显示,医患关系与职业承诺、组织支持感均显著相关($P < 0.001$),相关系数分别为0.55和0.43, t 值分别为29.32和22.33,假设H1、H2均成立,这与林辰对医患关系与医师职业承诺和陈曦对医患关系与组织支持感的研究结论一致^[38-39]。

3 讨论

医患关系是基于社会经济和意识形态的医患双方医疗活动,且随之变化而不断调整的一种社会关系^[40]。国外虽已大规模开展了医患关系测量,但由于我国文化及医疗卫生体制的差异,国外设计的医患关系测量量表并不能完全适合我国国情。本研究结合我国实际情况,严格遵守问卷的开发程序,开发了医方视角的医患关系本土量表,并用全国范围内大样本验证了该量表,弥补了当前国内外主要从患者角度进行医患关系测量的不足。

该量表包含“医患信任”和“以患者为中心的诊疗”两个维度。医患信任包含医生重视患者诊疗需求,医生制定的诊治方案和检查项目合理性方面的信任以及患者遵循治疗计划的意愿,这反映了当前我国医患信任中的核心要素。以患者为中心的诊疗包括医生对诊疗风险的告知,寻求并提供最佳诊治方案,与患者及家属的反复沟通,帮助患者及家属,接待患者复诊的意愿和职业自豪感。这全面地反映了医生诊疗动机(职业自豪感、使命感),诊疗态度和意愿以及关键的诊疗行为(如风险告知、医患沟通、帮助患者和诊疗方案)。通过本研究,一方面有助于更好地开展我国医患关系研究,了解医生对医患关系及患者信任感知,针对性提高医患信任,帮助医生获得职业成就感及提高患者满意度;另一方面有助于引导医生提高医患信任和患者为中心的诊疗能力,改善日益紧张的医患关系。此外,本量表有助于医学院校、医院、政府部门开展以胜任力为导向的医生能力学历教育和培训,从医教协同、医学人文等角度帮助医生提高服务意识和能力。

虽然本研究有较大的理论价值和实践意义,但还存在不足,如样本可能尚未覆盖基层医生,在今后的研究中可以继续扩大这部分样本进行研究。

说明:该论文是在 ISCTE-IUL 与南方医科大学合作举办的公共卫生政策与管理博士学位项目的指导下完成。

参考文献

[1] Ridd M, Shaw A, Lewis G, et al. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives[J]. British Journal of General Practice the Journal of the Royal College of General Practitioners, 2009, 59(561): e116-e133.

[2] Baker R, Rd M A, Gray D P, et al. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors [J]. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2003, 21(1): 27-32.

[3] Moreno-Jiménez B, Gálvez-Herrer M, Rodríguez-Carvajal R, et al. A study of physicians' intention to quit: the role of burnout, commitment and difficult doctor-patient interactions [J]. Psicothema, 2012, 24(2): 263-270.

[4] 舒麟渊, 盛露露, 高婧, 等. 急诊医患沟通现状及满意度调查分析 [J]. 中国卫生质量管理, 2017, 24(1): 59-61.

[5] Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study [J]. Social Science & Medicine, 2007, 64(7): 1373-1383.

[6] Eveleigh R M, Muskens E, Van R H, et al. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used [J]. Journal of Clinical Epidemiology, 2012, 65(1): 10-15.

[7] Lancet. Violence against doctors: Why China? Why now? What next? [J]. Lancet, 2014, 383(9922): 1013.

[8] Pan Y, Yang X H, He J P, et al. To be or not to be a doctor, that is the question: a review of serious incidents of violence against doctors in China from 2003-2013 [J]. Journal of Public Health, 2015, 23(2): 111-116.

[9] 李春英, 张巍巍. 国内医患关系研究论文分析 [J]. 医学与哲学(A), 2015, 36(6): 48-51.

[10] 陈倩雯, 郑红娥. 国内外医患关系研究述评 [J]. 医学与哲学(A), 2014, 35(3): 44-48.

[11] 傅兴华, 肖水源, 唐友云. 我国医患关系研究现状 [J]. 中国社会医学杂志, 2010, 27(4): 197-198.

[12] Hu Y, Zhang Z. Patient education - A route to improved patient experience in Chinese hospitals? [J]. Patient Education & Counseling, 2015, 98(12): 1651-1652.

[13] 薛羽芯, 梁立波, 高力军, 等. 医患关系测量工具开发的文献研究 [J]. 中国医院管理, 2018, 38(2): 69-71.

[14] Ma S, Xu X, Trigo V, et al. Doctor-patient relationships (DPR) in China [J]. Journal of Health Organization & Management, 2017, 31(1): 110-121.

[15] Hahn S R, Kroenke K, Spitzer

R L, et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment [J]. Journal of General Internal Medicine, 1996, 11(1): 1-8.

[16] 孙江洁, 张利萍, 沐鹏锟, 等. 医方和患方对医患关系评价的认知差异[J]. 中国心理卫生杂志, 2016, 30(7): 486-491.

[17] 杨 慧, 王洪奇. 医患关系量表PDRQ-15中文译本的信度和效度评价[J]. 中国医学伦理学, 2011, 24(3): 350-353.

[18] Hahn S R. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship[J]. Annals of Internal Medicine, 2001, 134(9 Pt2): 897.

[19] Thom D H, Wong S T, Guzman D, et al. Physician trust in the patient: development and validation of a new measure [J]. Annals of Family Medicine, 2011, 9(2): 148-154.

[20] Hall M A, Zheng B, Dugan E, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers [J]. Medical Care Research & Review, 2002, 59(3): 293-318.

[21] Cm F C, Van O P, Van Marwijk H W, et al. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation [J]. General Hospital Psychiatry, 2004, 26(26): 115-120.

[22] 董恩宏, 鲍 勇. 维克森林医师信任量表中文修订版的信效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(3): 171-175.

[23] 董照伦, 陈长香. 医师信任患者量表中文版的效度和信度初步研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2016, 30(7): 481-485.

[24] 周常春, 徐 雪. 近年来国内外医患信任研究综述[J]. 昆明理工大学学报: 社会科学版, 2015, 15(1): 8-14.

[25] 吴明隆. SPSS 统计应用实务 [M]. 科学出版社, 2003.

[26] 马绍壮, 朱益宏, 张文红. 中国大学毕业生就业能力维度结构与测量[J]. 人口与经济, 2012(4): 34-42.

[27] 荣泰生. AMOS 与研究方法 [M]. 2版. 重庆: 重庆大学出版社, 2010.

[28] 孙健敏, 陆欣欣, 孙嘉卿. 组织支持感与工作投入的曲线关系及其边界条件[J]. 管理科学, 2015(2): 93-102.

[29] Eisenberger R, Stinglhamber F, Hutchison S, et al. Perceived organizational support [J]. Journal of Applied Psychology, 1986, 71(3): 500-507.

[30] 裴 艳, 刘晓虹, 陶 红. 护士职业承诺结构的研究[J]. 心理科学, 2007, 30(6): 1484-1485.

[31] Blau G. Testing for a four-dimensional structure of occupational commitment [J]. Journal of Occupational & Organizational Psychology, 2003, 76(4): 469-488.

[32] Clark L A, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development [J]. Psychological Assessment, 1995, 7(3): 309-319.

[33] Wallace J E, Lemaire J. On physician well being—you'll get by with a little help from your friends [J]. Social Science & Medicine, 2007, 64(12): 2565-2577.

[34] 孟德昕, 迟沫涵, 岳凤莲, 等. 公

立医院医患互动关系对医护人员工作投入影响研究[J]. 中国医院管理, 2014, 34(6): 41-43.

[35] 李炜龙. 医患关系满意度、工作倦怠和护士职业认同的关系研究[D]. 河南大学, 2013.

[36] Asad N, Khan S. Relationship Between Job-Stress and Burnout: Organizational Support and Creativity as Predictor Variables [J]. Pakistan Journal of Psychological Research, 2003, 18(3-4): 139-149.

[37] 张 侗, 杨 星, 王 峥. 贵州省社会办医卫生技术人员工作满意度因子分析[J]. 中国卫生质量管理, 2017, 24(3): 56-58.

[38] 林 辰. 医护人员的情绪劳动、职业承诺与医患关系的实证研究[D]. 华中师范大学, 2013.

[39] 陈 曦. 医务人员的医患关系、组织支持感与工作投入的关系研究[D]. 广西大学, 2016.

[40] Camanho G L. The difficult doctor-patient relationship [J]. Revista Brasileira De Ortopedia, 2013, 48(6): 469-470.

通信作者:

马绍壮: The Associate Professor of Instituto Universitario de Lisboa (ISCTE-IUL)
E-mail: ma.shaozhuang@iscte-iul.pt

收稿日期: 2018-03-21

修回日期: 2018-06-21

责任编辑: 黄海凤

十八项核心制度之手术分级管理制度

定义

指为保障患者安全,按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同,对手术进行分级管理的制度。

基本要求

1. 按照手术风险性和难易程度不同,手术分为四级。具体要求按照国家有关规定执行。
2. 医疗机构应当建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。
3. 医疗机构应当建立手术分级授权管理机制,建立手术医师技术档案。
4. 医疗机构应当对手术医师能力进行定期评估,根据评估结果对手术权限进行动态调整。