

统。从粗放式经营向集群的集约式经营,是国内医学期刊数字化出版的发展目标。

4.5 借力推动数字化出版 国内目前传统的医学期刊社大部分拥有优质的稿源保证。数字出版时代,网络出版也好,数字化出版也好,他们买的仍然是内容^[12-13]。在保证内容竞争中占优的情况下,国内传统医学期刊在当今的数字化出版发展的格局中,一定要尽力争取与大型数据库、大型出版集团以及平台运营商的合作。在选择合作对象的时候,要遵循在数字化出版的环节中版权保护居于首位。其次在商业化的运作模式中,对于各个环节的人员或部门的利益一定要得到充分的保护。再次,选择的合作对象一定要有很高的技术水平,并且具有可持续发展的能力。最后,国内医学期刊发展水平参差不齐,绝对不能搞一刀切,要因时制宜,量力而行,切忌随波逐流。

参考文献:

- [1] 王旌,游苏宁,王云亭,等.强强联合:探索百年期刊数字化发展道路[J].编辑学报,2008,20(5):436-438.
- [2] Sox HC, Helfand M, Grimshaw J, et al. Comparative effectiveness research: challenges for medical journals[J]. Am J Manag Care, 2010, 51(3):191-194.
- [3] 杨柱星.我国医学期刊的现状与应对策略[J].中国科技期刊研究,2004,15(2):139-141.
- [4] 刘英佳,张彤,刘英虹.国内外医学期刊网络化建设现状·卫生管理·

及展望[J].天津科技,2009,36(6):106-107.

- [5] 胡国臣.数字化出版与现代出版业[J].出版发行研究,2005(10):61-64.
- [6] 刘畅.我国科技期刊数字化出版现状和问题分析[J].今传媒:学术版,2010(12):138-139.
- [7] 于光,钮文艳,殷国东.我国二次文献出版延时问题及其国内外对比分析[J].情报科学,2004,22(4):452-455.
- [8] 董益华,王金丽.内蒙古电力技术审稿流程的优化设计[J].内蒙古电力技术,2009,27(6):54-55,58.
- [9] 吴月红.我国科技期刊数字出版的SWOT分析[J].编辑学报,2010,22(3):202-204.
- [10] 付继娟,何戈,耿东锋.数字出版编辑人才培养问题及对策研究[J].编辑之友,2011(5):64-66.
- [11] 何红梅.论期刊数字化的现状及发展趋势[J].山东商业职业技术学院学报,2009,9(4):106-109.
- [12] 石峰.中国期刊数字化的现状和未来[J].编辑之友,2011(2):9-10.
- [13] Polk HC, Bowden T, Rikkers, et al. Consensus statement on submission and publication of manuscripts[J]. Surg Infect(Larchmt), 2001, 2(2):181-182.

(收稿日期:2013-09-11 修回日期:2013-11-03)

求医行为及其社会影响因素分析

李力¹,邱泽奇^{2Δ}

(1.北京大学中国社会科学调查中心 100871;2.北京大学社会学系 100871)

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)02-0230-03

求医行为是为应对和缓解病症而寻求医疗帮助的行为。求医行为的差异不仅反映个体的疾病和生理差异,还反映患者所处的文化、制度和生活环境差异,反映健康公平。了解求医行为有助于政府制定卫生服务规划,配置卫生资源,还有助于卫生服务提供方评估卫生服务满意度,提高卫生服务质量。本文拟在回顾求医行为概念的基础上,着重探讨影响求医行为的因素,特别是社会决定因素,为卫生提供参考。

1 求医行为的概念

1961年Mechanic等^[1]使用患病行为一词来描述当一个人觉得疼痛、不舒服、机体障碍等疾病症状时,他/她是如何感知、评估和处理的。求医行为是患病行为的主要体现,有观点认为求医行为就是患病行为^[2],但严格上看,患病行为的内涵和外延更广。

2 患者角色与求医行为

对求医行为的理解离不开对患者角色和医患关系的研究,感知到疾病、确认患者角色是求医的第一步。界定什么样的人 是患者,不仅是学术研究更是现实生活的需要。患者角色通常由医患双方共同确认,医生专业性强,有法律允许的行医资格,他们比患者更具权威,但是医生的权威并非牢不可破,现代社会随着患者的健康知识和权利意识的增长,医生的权威和信誉受到愈来愈多的挑战,从而影响到疾病感知、就诊选择、治疗决

策、患者依从性,乃至康复求医全过程。Suchman^[3]从这个角度建立了患病与医疗服务阶段模型,他将患病经历分为:感知症状、假定患者角色、寻求医疗服务、确认患者角色、治愈和康复5个阶段,用于分析患者择医、自我医疗、延迟治疗、不依从和中断等现象。该模型以时间为轴串起了个人层面的微观因素,但并未考察社会结构、卫生服务制度等宏观因素对求医行为的影响^[4]。

3 卫生服务与求医行为

在Suchman模型的基础上,Andersen等^[5]提出了卫生服务利用模型,认为是否利用卫生服务以及利用的程度受一系列因素影响,首先是预置因素,如个人的社会人口学特征和健康信念;其次是确保获得卫生服务的能力因素,如个人的经济资源和所在社区的卫生服务可及性;最后是需要因素,主要是个人感知到的和医生诊断出的疾病。预置因素通常不易改变,比如一个社会的人口年龄结构和性别构成,由此可以预见一定时期内卫生服务利用的潜在趋势。能力因素相对可以改变,比如家庭收入和医疗保险覆盖。需要因素既包括疾病类型、严重程度等客观因素,也包括患者感知到的治疗需求和心理疏导等主观因素。该模型的操作性较好,尽管有其不足,对三类因素缺乏清晰的界定,也未交代它们彼此之间是什么关系,但是仍然得到了广泛应用。Andersen模型的意义在于它指出了求医行

为除受到疾病和个人因素影响之外,还受到一系列复杂社会因素的影响,让对求医行为的理解向前迈进了一步。

4 求医行为的影响因素

4.1 求医需要 求医需要是求医行为的直接动机,它不仅包括消解病痛、维护健康的需要,还包括寻求帮助、解除忧虑、获得关心和尊重等需要。阎萍分析 2000 年我国城乡老年人口状况一次性抽样调查数据发现,无论对农村还是城市老年人,求医需要都是决定是否求医和求医次数的主要因素,总体上,健康状况越差,求医越多^[6]。显示健康状况与求医行为呈此消彼长的关系,但并不能说人群的求医需要得到了恰当的满足,因为有相同求医需要的人不一定获得了相同的卫生服务,如何让卫生服务被公平地分配和利用是卫生政策的主要目标之一,这就必须考虑求医需要之外的其他因素对求医行为的作用。

4.2 年龄和性别 年龄和性别会影响求医需要,通常儿童和老人的求医需要较多,不同年龄段利用最多的卫生服务也不尽相同。不过除生理属性之外,年龄和性别还有社会属性,会通过求医需要之外的其他渠道影响求医行为。例如赵文晓等^[7]对济南某社区居民就医行为的调查显示,20 岁以下和 60 岁以上人群患病后去大医院就诊的比例(27.3%和 12.2%)高于 20~60 岁人群(3.0%);20~60 岁人群中近 2/3 选择去药店买药,超过 1/6 选择去私人诊所就诊,两项数据均高于其他年龄段。既反映了少儿和老人的求医需要较高,也反映出他们得到家庭的重视,获得了更多的卫生资源投入。

一般认为女性的求医需要高于男性,卫生服务利用也多于男性,但是考虑到性别的社会建构差异,尤其是对女性的性别歧视,女性利用卫生服务的障碍可能大于男性。Johansson 等^[8]针对越南结核防控服务利用情况的访谈发现,女性推迟服务利用的主要原因是害怕疾病带来歧视和污名,乃至被家人和社会排斥,而男性主要担心诊疗成本,若家中妻子与丈夫患同样的病,获得照料和求医机会更多的还是丈夫。孟加拉的一项调查也显示,生病时男性求医的可能性是女性的 1.73 倍,到合格医生处就诊的可能性是女性的 1.64 倍^[9]。说明性别的社会属性对求医行为的影响有可能大过求医需要,在实施卫生政策、开展卫生项目时如果不注意这种影响力,就有可能导致政策和项目的失败。

4.3 照管人的影响 相比其他年龄段,未成年人的求医行为受到其照管人这一特殊因素的影响。未成年人生病时通常由照管人帮他们做出求医决策,照管人的身份(父母、祖父母、其他亲属、保姆等),照管人的健康认知和求医倾向将直接影响未成年人的求医行为。Roy 等^[10]调查了 1 606 户有儿童的美国家庭,发现照管人的健康信念对儿童卫生服务利用有显著影响,受调查的照管人中 40%认为家庭治疗比处方药有效,22%认为除非是急症,宁愿让孩子在家治疗也不愿去看医生。照管人的影响力并非止于童年,Crane 等^[11]的研究证明成人的求医行为为儿时患病经历影响,在考虑了症状数量、疾病严重程度、焦虑和抑郁程度之后,儿时父母照顾下的患病经历越多则成年后越能感知到疾病对日常生活的影响,拒绝求医的倾向也越小,说明求医行为中有习得的成分,习得的不仅有个人应对疾病的方式,还有个人对自身健康的认知。这也进一步提示要改善未成年人的求医机会,促进未成年人的健康,有必要从教育他们的照管人做起,特别是提高父母们的健康认知。

4.4 经济状况 经济状况是决定求医能力的重要因素,在医疗保险不足或根本没有医疗保险的人群中尤其如此。曾莉等^[12]研究了山东省 232 名农村性病患者的经济状况与求医行

为关系,发现首诊时带多少钱与首诊机构的级别正相关,去私人诊所时预期花费最少,带钱也最少,去省市级医院预期花费最高,带钱也最多,提示低收入可能阻碍患者去正规医院就诊。说明经济状况对求医行为有较强的约束,疾病风险分担机制不健全,自费用超过患者的承受能力,是造成健康筹资不公平和增大因病致贫风险的主要原因。内蒙古的一项调查也显示,在疑似患有结核时低收入组农民的求医意愿(88%)低于高收入组农民(95%),而且前者比后者更有可能在村级就诊(60%比 39%)^[13]。显示低收入者对求医的成本尤为敏感,不去求医的可能性更大,受到健康损害的可能性也更大。可见在制定卫生服务相关政策和措施时,须考虑不同人群的经济承受能力,减少健康筹资的不公平。

4.5 医疗保险 医疗保险有利于促进卫生服务利用,这一点在贝鲁特的一项研究中有所证实,有医疗保险的妇女寻求生殖健康服务的可能性高于没有保险者[OR=1.6,CI%(1.07~2.51)]^[14]。说明拥有医疗保险能够增强患者的求医能力,降低卫生服务利用的障碍。医疗保险的作用大小与社会环境及卫生服务提供条件等有关,台湾一项对癫痫患者求医行为的研究显示,在实施全民健保制度之前,接受中医等传统医疗方法的患者占全部受访者的近 1/5,实施全民健保之后这一比例减少了一半,同时推迟首诊时间的患者比例也下降了;近 2/3 的患者认为全民健保对他们的求医决定有着积极影响,因为除了少许挂号费和最多 20 美元的共付费用之外,全民健保让他们几乎可以免费地利用常规药物治疗^[15]。在卫生服务可及且质量可靠的条件下,社会医疗保险会易于被接受,也易于发挥促进求医的作用。

4.6 医患关系和服务满意度 求医离不开医患之间的互动,患者对医患关系和服务满意度的认知往往影响他/她的求医决策和求医全过程。Bogart 等^[16]分别对低收入者、低收入 HIV 感染者和无家可归者这 3 个人群进行了研究,考察了患者对卫生服务提供者的印象与求医行为的关系,结果显示患者对医生的负面刻板印象越多,则生病时越少求医,对所获得的卫生服务的满意度越低,也越不容易谨遵医嘱。近年来,由于糟糕的医患关系而导致的医疗纠纷乃至严重事件已经屡见不鲜,除了客观上的医疗技术和质量之外,医务人员的态度、与患者的沟通也是患者求医时考虑的重要因素,增进沟通减少彼此的信息不对称,建立良好的医患关系,不仅有助于患者做出求医决策也有助于提升医疗服务效果。

4.7 交通距离 在医疗保障等制度软环境之外,居住地、卫生服务设施等硬环境对求医行为的影响同样明显,其中交通便捷程度和到医疗服务机构的距离一般决定了患者求医的半径。20 世纪 90 年代柬埔寨经历了国家卫生体制改革,Yanagisawa 等^[17]研究了改革以后人们的求医行为,发现随着村庄到卫生服务中心的距离增加,村民对卫生服务的利用逐渐减少,距离在 1 公里以内服务利用率为 25%,1 到 2 公里利用率为 10%以上,超过 2 公里利用率降到 10%以下,超过 10 公里则无人利用。从求医选择上看,患者一般倾向选择距离近交通好的地方求医。吴兴华等^[18]调查了广西城乡 1 400 户居民的求医行为偏好,结果 40%以上的被访者在选择医疗机构时首要考虑“离家近”,甚至超过了“医术高”(25%)。无法就近求医可能是由于求医能力不足,例如支付不起交通费用,也可能是由于客观环境限制,例如居住地区偏远而附近没有医疗设施。要扫除这一障碍,需具体问题具体分析,建设和改善医疗基础设施是其中一个手段。

5 小 结

综上所述,求医行为不单是生了病找医生,它背后有着复杂的生理、心理和社会动因。上面提到的求医行为的影响因素,一部分与疾病特征有关,如疾病类型、严重程度以及由此产生的求医需要;一部分与患者特征有关,如年龄、性别、生活经历、经济状况;还有一部分与卫生服务的特征有关,如医患关系和服务满意度、医疗保障制度、卫生服务可及性等。这说明求医行为既有社会生物属性也有社会文化属性,而后者与卫生服务利用和健康产出的公平性息息相关。由于每个人的求医能力不同,哪怕面对相似的症状和患病程度,人们的求医行为仍会表现出差异,这种能力上的不平等可以源自居住地的城乡差别、男女性别差异、家庭财富多寡、就业和收入差距、有无医疗保险等等,而能力的不平等是实现求医机会公平的最大障碍。缩小求医能力的不平等只能是一个系统的社会工程,不是单改善就医条件能够达成的。

现有的求医行为理论主要源于对欧美人群的研究,国内在借鉴的基础上对本土居民的求医行为也进行了不少调查,但是尚未形成能与之对话的理论。建构适合分析我国人群求医行为的模型,探索其影响因素,对于完善卫生体制改革和改善健康公平有重要意义。

参考文献:

- [1] Mechanic D, Volkart E. Stress, illness behavior and the sick role[J]. *Am Sociol Rev*, 1961, 26(1): 51-58.
- [2] 李智英, 成守珍, 郭丽. 居民求医行为及其影响因素的研究现状[J]. *现代临床护理*, 2010, 9(11): 66-69.
- [3] Suchman EA. Stages of illness and medical care[J]. *J Health Hum Behav*, 1965, 6(3): 114-128.
- [4] Young JT. Illness behaviour: a selective review and synthesis[J]. *Sociol Health Illn*, 2004, 26(1): 1-31.
- [5] Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the U. S.: realized and potential[J]. *Med Care*, 1978, 16(7): 533-546.
- [6] 阎萍. 我国老年人的求医行为分析[J]. *人口与发展*, 2008, 14(6): 92-98.
- [7] 赵文晓, 陈莉军, 刘艳丽. 居民就医行为与社区卫生服务中心利用情况的调查[J]. *护理研究*, 2009, 23(8): 2058-2059.
- [8] Johansson E, Long NH, Diwan VK, et al. Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam[J]. *Health Policy*, 2000, 52(1): 33-51.

- [9] Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M, et al. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh[J]. *Soc Sci Med*, 2000, 51(3): 361-371.
- [10] Roy LC, Torrez D, Dale JC. Ethnicity, traditional health beliefs, and Health-Seeking behavior: guardians' attitudes regarding their children's medical treatment[J]. *J Pediatr Health Care*, 2004, 18(1): 22-29.
- [11] Crane C, Martin M. Adult illness behaviour: the impact of childhood experience[J]. *Pers Individ Dif*, 2002, 32(5): 785-798.
- [12] 曾莉, 袁长海, 邱玉会, 等. 农村性病患者社会经济学特征及求医行为[J]. *中国卫生事业管理*, 2007, 23(2): 114-115.
- [13] Zhang T, Liu X, Bromley H, et al. Perceptions of tuberculosis and health seeking behaviour in rural Inner Mongolia, China[J]. *Health Policy*, 2007, 81(2/3): 155-165.
- [14] El-Kak F, Khawaja M, Salem M, et al. Care-seeking behavior of women with reproductive health problems from low-income areas of Beirut[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2009, 104(1): 60-63.
- [15] Kuan YC, Yen DJ, Yiu CH, et al. Treatment-seeking behavior of People with epilepsy in Taiwan: a preliminary study[J]. *Epilepsy Behav*, 2011, 22(2): 308-312.
- [16] Bogart LM, Bird ST, Walt LC, et al. Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behavior, and adherence to treatment [J]. *Soc Sci Med*, 2004, 58(6): 1049-1058.
- [17] Yanagisawa S, Mey V, Wakai S. Comparison of health-seeking behaviour between poor and better-off people after health sector reform in Cambodia [J]. *Public Health*, 2004, 118(1): 21-30.
- [18] 吴兴华, 杨进, 董柏青, 等. 广西城乡居民求医行为偏好研究[J]. *实用预防医学*, 2009, 16(6): 1715-1718.

(收稿日期: 2013-08-19 修回日期: 2013-10-14)

重庆市医疗纠纷非诉讼处理机制的问卷调查分析与思考

张兆辉, 蒲 川[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)02-0232-03

近年来,医疗纠纷的种类及数量明显增多,暴力冲突等恶性事件时有发生。各级政府和卫生行政部门采取各种措施加以防范与处理,但随着社会变革和人们维权意识的提高,医患

纠纷的数量、规模、频率居高不下。为此,我国很多地市相继成立了一些医疗纠纷专业调解机构,人民调解、仲裁机构和社会组织也积极加入到医疗纠纷调解实践中来,人民法院十分重视

作者简介:张兆辉(1984-),在读硕士研究生,主要从事社会医学与卫生事业管理的研究。 [△] 通讯作者, Tel: 13320336327; E-mail: 260780996@qq.com.