

# 村庄医患互动的权力平衡\*

## ——以湖南C市G村医生与患者的互动关系为例

● 管志利

(广西来宾市委党校, 广西 来宾 545007)

**摘要:**以湘南山区的一个村庄为个案,以该村的一个个体医生为主角,对村庄医生与患者之间的关系进行解剖,从权力平衡的角度发掘民间医患关系在社会转型时期的中国基层农村这一特定场域中运作的些许隐秘,从而折射出村庄医患关系存在的问题,并从中探寻医患之间良性互动的路径,维护与发展医患之间可靠的信任关系。

**关键词:**医患互动;权力;权力平衡

**中图分类号:**C93-05 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-4458(2010)02-0263-04

### 一、G村以及村庄里的医生

G村位于湖南C市(县级市)Y镇最东端,离C市区有一个半小时的汽车路程;其地形以山区和丘陵为主,是C市最贫困的乡镇之一。G村距Y镇集市有十八里山路,所以,在当地,G村人是地道的“山里人”。在这样的一个山村里,笔者对农民的日常生活、医疗情况进行了近两个月的访谈和观察。村里的主要医生是管医生,今年六十八岁,在湖南医士学校接受过系统和专业的医学教育,具有四十余年的临床经验。本文所涉及的访谈内容和个案,均采自他与村庄患者之间丰富而生动的互动案例。

### 二、医患互动理论与权力平衡

萨斯和霍伦德根据症状的严重程度,认为医患互动可以分为三种可能的模式,即主动-被动模式、指导合作模式和相互参与模式<sup>[1]</sup>。在主动-被动模式中,医生的权威性不会受到病人的怀疑,病人不会提出任何异议,适应于急症抢救治疗的情况;在指导-合作模式中,医生依然是权威的,但是病人可以提出疑问和寻求解释,这种模式常发生在病人患有急性、一般是感染性病患如流感或麻疹时;在相互参与模式中,医生与病人都具有大体相同的主动性和同等的权力,他们相互依存,共同参与医疗的决定与实施,这种模式常应用于慢性病患的管理中。笔者在调查中,发现管村的医患互动基本可以被包括进这三种模式中。布朗斯坦教授提出了医患关系的“传统模式”和“人道模式”的观点。人道模式体现尊重病人的意志,让病人主动地参与医疗过程,在作出医疗处置决定中有发言权,并承担责任,使病人的地位和自主权得到确立<sup>[2]</sup>。这在现代医患关系中,是很有积极意义的。

帕森斯认为,一个医生和他的患者之间的关系是基于医生帮助患者有效的处理健康问题这一基础之上的。他指出,病人与医生相遇而产生的双重关系是不平等的,类似于孩子-父母关系,医生在权力分配方面占有明显优势;但他又用教授-学生关系的类似情况,来说明这种不对称关系在任何治疗关系中都是必须的,医患双方都希望医生在整个交往过程中行使更大权力和权威<sup>[3]</sup>。帕森斯的病人角色概念为笔者理解村庄医疗场域的医患关系提供了一些基本的指南,而他的医生-病人关系理论为笔者分析村庄场域“医患”关系的权力平衡奠定了基础。

台湾学者成令方提出的“医用关系”强调医用之间有多重的知识交流,医疗专业者与使用者都是具有多重认同的主体,医生拥有专业知识而产生的权力,以及作为行动者的医疗使用者,在医用的权力关系中,寻求在医疗场域中充权自己,自我决定如何使用医疗资源;在“医用”关系的新视野下,患者身体的经验和感受比以前更加受到重视<sup>[4]</sup>。这样,在医患互动中,知识和权力成为两个基本核心。埃利亚斯也认为权力“不是一个人有而另一个人无的护身符”,他把权力看作是“人际关系——一切人的关系……的结构性特征”,<sup>[5]</sup>因而“权力平衡”在埃利亚斯那里就成为了人际关系的构成要素。所以,在村庄医疗场域中的“医患”关系中,权力平衡在本文的分析中的核心要素。

### 三、医患之间的知识交流与权力运作

在本文这一部分中,笔者想尝试探讨的是,村庄里的医生与前来看诊的人从开始接触到结束:问询,回答,对话,做身体的检查,写诊断书,开处方、治疗或转诊,这一连串的活动中,包含双方(医生与医疗使用者)之间的知识的交流和权力的运作。希望

\* 收稿日期:2009-11-06

作者简介:管志利(1976-),男,湖南衡阳市人,广西来宾市委党校助教主要从事社会学理论与方法,社会网络与农村医疗研究。

这方面的研究能为如何让村民得到更好的医疗资源与服务,提供某些启示。下面以G村主要医生管诚诊疗一个胃病患者的过程为例。

案例1:在笔者访谈管诚医生的暑假期间,他治疗过一位谭姓的女孩子(文中称她小谭),是C市郊区莲花村人,正读高三,经熟人介绍由她母亲带来医治。管诚医生与她母亲寒暄后,在诊疗过程中,与他们有一段对话:

管诚:你是什么事呢?

小谭:我的肚子总是觉得隐隐约约的疼。

小谭母亲:原来治了好多地方,都是治好一下,过段时间又疼了。你看,脸色嘴白(即苍白的)。听老刘(本村人)说你老人家有办法,就赶到这来了。

管诚:吃饭得进吗,吃得不多?

小谭:吃饭还是吃得,多,但就是饿得快,要不了好久就饿了。上到第四节课,肚子饿慌了,感到全身没一点力气,下课吃饭时两腿都是这样颤。恨不得马上就吃饭,吃完饭后就好多了。

管诚:晚上睡觉疼吗?

小谭:疼,昨晚还疼呢,在学校时就半夜肚子疼,疼得从梦里头醒来。断断续续的疼,歇一会又疼了,我就用手按着自己的肚子,也不晓得疼了好久,后来迷迷糊糊地睡着了。

管诚:你今天回去注意一下自己大便的颜色,要仔细看清楚,不要吃猪血、鸡血、猪肝,这些东西会使大便变黑,那就分不清是你吃东西变黑的,还是你的病让它变黑的。其他中草药、西药也暂时莫吃了。你听懂了吗?

小谭:听懂了。

管诚(面向小谭母亲):你治过很多地方了,应该也大概知道是什么病了,是胃病。对你讲清楚一点(管诚医生边说边拿来了一个自行车内胎做示范),就是这细仔子的胃里或者可能是肠道里的一层薄膜被磨掉了,边上往里面有点腐烂,现在我就是要把里面这层腐烂的薄膜修好。

小谭母亲:当然要治断根,我已经花了好多钱,总是复发。

管诚:不过这病你不能太急,要治疗好需要一段时间。

小谭母亲:大概要好久才可以治好?

管诚:至少需要一个半月的时间,隔两天来一次,大概15次到20次就可以了。打针要有点决心,因为需要打穴位。还要好长时间不能吃饭,只能吃面、吃稀饭。今天不能给你直接治胃病,孩子血压很低,要先给她打几支营养针,先调理一下。

小谭母亲:你老人家要怎么做就怎么做。

从这段医患之间的对话中,我们可以看出村庄医生在理解病情的方式上与患者是不同的。

小谭同学是随着胃疼的每次发作理解生病感受的,她最初是意识到异样的身体感觉(肚子疼痛甚至半夜疼醒)和功能上的改变(饿得快、饿起来时两腿颤抖),表明身体状况不妙了。另外,还意识到身体正常表现的改变——比如脸色变苍白。病情对小谭来说就是活生生的疼痛。而在管诚医生那里,小谭的病情则被视为像萨特所说的“一个由细菌所造成的或组织损伤的问题”,<sup>[6]</sup>管诚医生确实以比较容易让患者理解的方式指出了胃溃疡的解剖学事实,直接将小谭的病痛解释为一种疾病状态。图姆斯在保罗·萨特关于病情意义的四个层面划分<sup>①</sup>的基础上指出,明确认识到“疾病”与“疾病状态”的根本区别,对于展现医患双方共享的意义是至关重要的。

笔者之所以要详细指出村庄场域的医生与患者在医患互动中对病情的不同理解,就是要说明医生和患者之间不同观点的差别并不仅是知识水平的问题,而且是医患间对疾病深刻理解上的区别,笔者相信,追求缩短这种区别对建立良好的医患关系十分关键。管诚医生由于处于与医院不同的空间,有足够的时间与患者进行面对面交流,在交流过程中关注了患者疾病体验的各个方面,比如睡觉、吃饭等方面,患者也由于具备一定的文化资本(高中学历),很好表达了自己这方面的体验,这为更好的走向图姆斯所说的疾病意义的“共享”提供了一定基础。

三天后又来到了管诚医生家,坐了一会儿,上次被诊疗过的小谭同学和她母亲就赶来了。当时管医生还在地里干活,他孙女把他叫了回来。我得以继续目睹管医生给人开药、打针的过程。管诚医生对小谭进行了穴位注射,注射胃腹部、背部、手腕部、腿部共九处穴位。这种注射疗法的确与村庄里其他医生不同,结合了经络学的疗法,管诚医生叫它“局部注射疗法”。他开药也与村里其他医生大都开西药不一样,他开出的药里有小包的中草药、西药混合粉末,也有需要熬的中草药。笔者在问到对管医生诊疗水平的看法时,小谭母亲对管诚的医生的诊疗感到很满意,她说,“管医生看病好认真,我觉得好可靠,你是什么问题,是怎么治,要注意什么,他都讲的一清二楚,她对我女讲一定要‘仗长’<sup>②</sup>就讲了好多道理。”不过她也有自己的担心,虽然管医生说出了一些用药办法,但她还是认为管医生开出的药用量少,认为药没有下足,对较少的药用量是否真的能起到管医生说的那般效果持怀疑态度,并提出了很多疑问。针对小谭母亲的这些疑问,管诚医生都仔细的做了回答。

我们可以看到,在医患二者的知识交流中:由于医方具有基于普同性或专业性的生物医学知识,患者(包括其家属)具有取自报章医疗版或民间偏方的大众皮毛知识,这使他们有了共同的语言和沟通的基础;也由于来自个人对三种主要的医疗体系(中医、西医、民间医疗)和信念的并存以及个人的身体经验的差异,其间的复杂性往往造成医用二者沟通的巨大困难,这直接或间接的造成了医用之间信任关系建构的艰难。

#### 四、“医患”之间信任关系的建立及医疗风险的控制

管诚医生的疾病治疗过程基本是在一个亲情人情网络中进行的(附注:外地有人来治疗也都是由村里人或先前治愈的病人介绍来的)。下面是管诚医生治疗一患者的生活故事:

1994年,邻村五星村有一年轻患者HXD,去深圳打工回家途中突然腹痛如绞,晕倒在车上,被抬到马路边上无人管。直到路过的本村人HWM发现才被送往C市人民医院,发现胃内大面积出血。家里为他花光了所有积蓄,一直不见好转,绝望之余,甚至连棺材都做好了。后来,由HWM介绍把他抬到管诚医生处求治,求治时面如金纸,脸色非常可怕。管诚医生对自己能否治疗这样的重症病人并没有把握,家里也都劝他不要治疗这样严重的病人,万一死在家里更担不起责任。但HXD家人的苦

① 保罗·萨特把病情意义划分为四个不同的层面:即感性的感觉经验、“生病”、“疾病”与“疾病状态”。前三个层面代表患者理解病情的方式;“疾病状态”则代表医生对病情的概念化。

② 当地俗语,“忌食”。

苦相求,也由于 HWM 是管诚的侄女婿,管诚医生最终答应尝试治疗,三个月后 HXD 竟然奇迹般痊愈,至今也没有复发。十几年来,HXD 很是感激管医生,说管医生是自己的救命恩人,称他“师父”。无论他离家多远,每逢过年的时候都要带很多礼物去拜年,从不间断。管诚感叹说,“这细伢子晓得感谢啊,像这样晓得感谢我的病人太少了,我治好了这么多人,不赖账就算是客气了。”

这里可以看到医患之间信任关系的建立透出一种“熟人社会”的逻辑。患者从熟人处得知管医生医术较高又态度认真,药价不高又疗效确切,所以普遍带有较高的心理预期;管医生也因为患者多是熟人或是熟人介绍而来,出于人情给人帮忙也会更多为患者着想,自己也不用太担心患者不肯付费或拖欠付费的后果(因为在 G 村治病,大多都是先治疗后付费,甚至赊账)。这样在管医生和患者之间通常建立了相当的信任关系。也有学者用博弈论的观点看待这种信任的产生,认为熟人关系可以省却非合作博弈中的很多心理过程,从而产生了合作博弈的结果<sup>[8]</sup>。

如果不是急病,管医生还常常先跟病人及其家属聊聊天家常话,然后才开始聊起病情。他尽量用日常生活语言解释病情,病人及其家属参与互动的重要程度丝毫不亚于治愈疾病本身,涉及病人隐私的疾病他还会让给自己帮忙的家人退出病房。管诚医生说,“在我这治病的人,聊得来的留到我这吃饭,是常有的事。”所以,他的诊所可以说是非常开放的,这与医院里的医疗空间与仪器设备制造出的“符号暴力”<sup>[9]</sup>的支配有着极大的不同。村庄医生在诊疗时没有医院医生诊疗时间上的紧迫性,因而能更多的参考患者的个人背景和隐微的知识,所给的医嘱可能会更加符合患者的个人状况。医患双方生活于同一空间,交往更为密切,医患关系比城镇医院更为稳定。因为这里呈现的是一个医生与一个病人的稳定性联系,而在城镇医院里则被分解为多个医生与病人的联系。从管医生的诊疗过程看来,他不仅医治疾病,也关心病人,在诊断治疗过程中重视心理、社会因素对疾病的影响,医患之间保持了较为密切、互信的关系,这相对加强了医患之间的情感交流。

笔者问管诚医生,为什么医院不敢也不会保证最终治愈的结果,他怎么会打包票治好。管诚医生解释道:

好多病人要求我治断根(彻底治好不复发),要求确实蛮高的,医院里不可能给你这样的保证。不过确实治好了,他们也就帮我宣传;况且我也想让病人在我这里一直治疗,他们的病可以好得彻底些,我也可以多赚点,所以病人有担心我就会保证,没有治好到时接着治,如果还是治不好,退还你的医药费用,你说哪个医院会这样保证啊。但是有些病人没有完成全部疗程就不来继续治了,有的病人治了十来天,胃暂时不疼了,认为治好了,就不接着治了,我也没办法,实在不听我的,不能强求啊。我收的医药费当然不能和医院比谁便宜,但你还是听听,看贵不贵,前些年治胃病一次性交清是 360 元,这两年 600 元,这个费用有人还嫌多,但再少我还赚什么呢,毕竟要治一个多月啊,治病不像卖小菜,赚得越多越好,但多少要让我赚一点吧。

这里似乎可以感受到管诚医生与患者间存在着一种相互制衡的权力,就是:患者需要从医生那得到好的治疗,而对专业知识知之甚少,在这种信息严重不对称的情况下,如其说是患者通过与医生讨价还价订立契约,倒不如说是他们基于对医生的信赖而将自己的重大事物托付给医生;同时,医生需要从病人那得

到经纪上的收入以及良好的评价声誉。所以,他们是相互依赖的关系,也由于相互依赖而各自屈从于对方施加于自己的许多约束。在 G 村医生与患者的互动关系中,虽然医生仍然把持着主要权力,但已经远不如前,而且与城镇医院空间里医生对患者的权力强势更无法相比。这是因为 G 村在医疗服务方面并不存在垄断的条件。G 村的三个个体开业医生,附近村庄的个体诊所、稍远的两个乡镇医院以及更远一点的县市医院的同时存在,给村民就医提供了较为广泛的并且可以获得的条件的选择。这在事实上加剧了 G 村医疗场域内的竞争,又造成进一步的商业化,“病人”变成了“客户”。这样的变化,加之村民受教育程度的提高,越来越老于世故的村民把医生赶下神坛,并要求医生担负起更多的责任和承担起更多风险。

我们干个体的就怕遇到医疗事故,医院出了事情不会全落到个人头上,我们出了事只有自己扛着,推不掉的,所以当然要很小心。我有一次打针出了事,现在大家都晓得,因为给一个细伢子打吊瓶时我有事出去了,告诉细伢子的妈妈自己拔针管,结果他妈妈在旁边睡着了,针管里进了空气,孩子死了。这下出大事了,他妈妈要死要活的,也搭靠我家和病人家沾点亲戚关系,就只让我做了赔偿而没去告我。不说给病人家属造成的伤害,我这次在经济上也损失好大,欠了不少钱,好长一段时间病人都不敢找我了,病人不信任了还怎么看病呢?(管孝云医生)

彼得·什托姆普卡曾把信任定义为:相信他人未来的可能行动的赌博<sup>[10]</sup>。对 G 村的个体开业医生而言,村民作为患者来到他的诊所的事实本身就隐含的表明对他的信任,并唤起他的一种责任感。

我从医 40 多年没有出过医疗事故。十几年前有一次危险,太阳村(邻村)有一个年轻人牙疼,要我给他打针,因为明天还要犁田。虽然治牙疼是我的强项,但一般牙疼的时候,不能立即在牙齿上下针,要调理几天才行。他坚持说没关系,说我身体这么壮,不会出事,出了事也不怪你,我看看他的牙也不会有太大危险,就给他打了。打了之后,以为没事了,坐了一会儿,他突然晕倒了,当时急得我啊,赶忙急救,刺人中,刺脚心,幸好他很快就醒过来了,没出事故,也幸亏家里人帮忙。之后我就坚持原则,不能打就是不能打。我们本地的个体医生,怎么也不能坑蒙熟悉的病人。(管诚医生)

当然很多时候村民就医是因为需要而不是基于信任的选择去村里医生那儿,比如很多村民说,有时明知道某医生水平并不怎么样,但因为病情急切,也为了暂时缓解下痛苦,加上某医生对人态度很好,也就就近去了他那儿治疗。这可能可以解释为什么竞争性的村庄个体诊所比公立性的镇、县、市医院服务更好的部分原因。这里病人对村庄内就医对象的选择,可以用实践的紧迫性来解释。孙立平认为,对实践的紧迫性讲得最好是布迪厄,并在布迪厄的基础上指出,实践状态中加入一个“紧迫性”的因素,很多问题会呈现出一种新的状态,这个状态就是“实践的增量”<sup>[11]</sup>。也就是说,在病人动态的就医实践中,受时间和空间的限制,出现了一个紧迫性的问题,病人就不会基于完全理性的权衡去选择最佳就医对象。

① 符号暴力就是:在一个社会行动者本身合谋的基础上,施加在他身上的暴力。布迪厄把社会行动者不领会施加在他身上的暴力,反而认可了这种暴力的现象称为“误识”。

我曾经看过管诚医生严厉训斥一个看上去40岁出头的男性患者,患者因为没有按照管医生的嘱咐服药和忌食,治疗期间还偷偷喝酒,甚至私自决定撕下了敷在伤口上的药布,导致病情多次反复。这种场景在管医生这里,事实上颇为常见,因为村庄事实上是一个熟人社会,来这治病的基本都是抬头不见低头见的老熟人,用那男病人的话说,“管医生是好人,他和我们是好多年的熟人了啊,骂我是为我好,随我去的话才是真的害了我自己”,这里,医生与患者共同的生活世界为他们的共同理解提供了起点,患者对管医生所扮演的职业角色及其医德的信任成了他们正常互动的前提;但这种现象在城镇医院里却是少见的,因为随着仪器的应用,医院医生诊断疾病更多的依赖客观的检测指标,导致医生与病人之间的关系出现了“物化”的趋势,形成了一个医生只对某一种疾病或病人的某一部位的病变负责,而不对整个病人负责的情况,从而使医患关系主要表现出一种市场化的交换关系,因而很少出现上述病人与医生之间如此深层的互动。

乔恩·威特指出,“我们占据的地位塑造了我们的认识,甚至决定了我们的感觉”,“个人生活与社会结构是缠绕在一起的”。<sup>[12]</sup>管诚医生的这种已经渗透了浓烈道德因素的训斥病人的行为,可以看作布迪厄所谓“惯习”的外化,这种惯习是在G村特定医疗场域形成的,又把村庄医疗场域建构成了一个充满意义的小世界。“惯习是社会性地体现在身体中的,在它所居留的那个场域里。它感到轻松自在,‘就像在自己家一样’,直接能体会到场域里充满意义和利益”。<sup>[13]</sup>村庄医生因其所处地位与医院医生的差异,性情倾向也自然出现了差异,出现不同的观念、行为和机会也就变成可以理解的了。

## 五、结语

在村庄医疗场域中病人要寻求的帮助直接是医生,病人要与医生配合,遵守医生的建议。医生总是愿意尽自己的一切能力和客观条件来给予患者明确的诊断和治疗,并由此实现自己的职业目标和经济目的。这样医生与病人的取向一致而使医患关系大体达到平衡的可能,出现不协调因素时,二者出于面对病人的疾病这一最高利益时由患者或医生的让步而达到一种平衡。

如果村庄医生也像城镇医院医生一样固守医疗威权,倾向把医用者安置在无知,需要保护的位置上,医生不愿意多提供资讯,告知患者及其家属,使得他们经常处于黑暗中,对自己的病

况没有足够的资讯。再加上,医疗检查本身就夹杂着对患者监控的“规训权力”(福柯语),这就必然恶化医患关系的权力不平衡状况。在医疗过程中,如何扣紧医生的义务,如何提高病人的参与层次,强化病人知情同意的权利,以及致力于医生与患者关系的实质对等性,对患者这一弱者进行救济等问题,就成为调整村庄医患关系的主要内容。

当前医患关系紧张和医疗纠纷频发,是社会转型、制度磨合、道德失范、利益冲突等多种因素造成的,但实质上是信任危机,而信任危机始于沟通不畅。由于医生在医患沟通中占主导地位,一定要让病人自主自如地叙述自己的病情、症状和心理感受,通过简要复述患者叙述和解释病因的方法来形成医患之间共同的认识,以达到对疾病意义的共享。因为人有病不是光吃药,还需要解释,解释在一定程度上能帮人治病,药物和解释一起,作用于患者。通过倾听和解释,通过各种形式给予患者广泛的权利,促进医患之间的深层交流,保护患者对医生的信任关系。不仅可以满足了患者诉说的渴望,培育了患者对医生的感情,而且可以使患者在治疗过程中更加明白,治得更加安心,为构建和谐温馨医患关系打下坚固的基石,确立良好的起点。□

## 参考文献:

- [1]威廉·科克汉姆.医学社会学[M].杨辉,张拓红,等译.北京:华夏出版社,2000.165.
- [2]李东临,李志宏.现代医患关系的初步探讨[M].山东医科大学学报(社会科学版),1999(1).
- [3]威廉·科克汉姆.医学社会学[M].杨辉,张拓红,等译.北京:华夏出版社,2001.143.
- [4]成令方.医“用”关系的知识与权力[M].台湾社会学,2002(3):1-61.
- [5]诺贝特·埃利亚斯.论文明、权力与知识——诺贝特·埃利亚斯文选[M].刘佳林,译.南京大学出版社,2005.111.
- [6][7]图姆斯.病患的意义——医生和病人不同观点的现象学探讨[M].邱鸿钟,陈蓉霞,李剑,译.青岛出版社,2000.39,39.
- [8]王进.中国社会[M].北京:中央编译出版社,2006.50-51.
- [9]布迪厄,华康德.实践与反思——反思社会学导引[M].北京:中央编译出版社,1998.221-222.
- [10]彼得·什托姆普卡.信任——一种社会学理论[M].程胜利,译.北京:中华书局,2005.32.
- [11]孙志国,等.信任的危机:中国当代社会热点问题十三讲[M].孙立平.关于市场转型的实践社会学研究[M].北京:团结出版社,2003.100.
- [12]乔恩·威特.社会学的邀请[M].林聚任,等译.北京:北京大学出版社,2008.23.
- [13]布迪厄,华康德.实践与反思——反思社会学导引[M].李猛,李康,译.北京:中央编译出版社,1998.173.