

DOI:10.16781/j.0258-879x.2021.07.0797

• 学术园地 •

## 患者中心沟通方式对医疗满意度的影响：信息的视角

王 沛<sup>1</sup>, 刘思雨<sup>2</sup>, 陈宇杰<sup>2</sup>, 柏涌海<sup>3\*</sup>

1. 华东师范大学教育学部特殊教育系, 上海 200062

2. 上海师范大学心理学系, 上海 200234

3. 海军军医大学(第二军医大学)长征医院医学心理科, 上海 200003

**[摘要]** 医患互动中, 患者中心沟通方式强调对患者的关怀和患者对治疗决策的参与。由于知识经验的不同, 医患双方存在着巨大的信息不对称特征, 沟通过程中疾病信息和治疗信息的数量及质量关系着患者对沟通效果的满意度。医患沟通需要根据疾病的不同采取不同的沟通方式。此外, 风险信息的对称性也影响着患者治疗的满意度。今后还需要从医患间信息匹配、患者信息认知心理机制及沟通促进技术等方面开展研究。

**[关键词]** 患者中心沟通方式; 疾病信息; 治疗信息; 信息框架; 风险沟通

**[中图分类号]** R 192 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2021)07-0797-06

### Impact of patient-centered communication on medical service satisfaction: an information perspective

WANG Pei<sup>1</sup>, LIU Si-yu<sup>2</sup>, CHEN Yu-jie<sup>2</sup>, BAI Yong-hai<sup>3\*</sup>

1. Department of Special Education, Faculty of Education, East China Normal University, Shanghai 200062, China

2. Department of Psychology, Shanghai Normal University, Shanghai 200234, China

3. Department of Medical Psychology, Changzheng Hospital, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200003, China

**[Abstract]** In doctor-patient interaction, the patient-centered communication focuses on patient care and patient participation in treatment decision-making. There is a huge information asymmetry between doctors and patients with different backgrounds of knowledge and experience. The quantity and quality of disease information and treatment information are related to the communication satisfaction. Different doctor-patient communication patterns should be chosen according to different diseases. In addition, the symmetry of risk information also affects the patients' treatment satisfaction. Future researches are needed from the perspectives of doctor-patient information matching, patient information cognitive psychological mechanism and communication promotion technology.

**[Key words]** patient-centered communication; disease information; treatment information; information framework; risk communication

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2021, 42(7): 797-802]

近年来, 医疗问题逐渐成为社会的热点问题, 其中医患沟通在医患问题中占有重要比例。不良的医患互动会使医患关系每况愈下, 并带来许多消极现象<sup>[1]</sup>, 如医患纠纷事件频发<sup>[2]</sup>、医患间极端的冲突激增等<sup>[3]</sup>; 而高质量的医患沟通能够加快医疗问题的解决, 减少医患之间的摩擦。

随着我国医疗卫生事业的发展, 现代医学模式已从以医疗救治为中心转换为以患者本身为中心,

呈现出以“生物-心理-社会”三位一体为特征的新型医学模式。其中, 新的医患关系大多以“相互参与型”的形式出现<sup>[4]</sup>。医患沟通方式若要与这种形式相匹配, 厘清医师中心沟通方式和患者中心沟通方式极其重要。另外, 由于患者中心沟通方式在我国尚处于探索阶段, 尝试从信息视角对其影响因素进行梳理也是一项迫在眉睫的任务。因此, 了解医患沟通特别是医患沟通方式及医患间的信息需求

**[收稿日期]** 2020-06-09 **[接受日期]** 2020-09-27

**[基金项目]** 国家社会科学基金重大招标项目(17ZDA327)。Supported by Major Bidding Project of National Social Science Fund (17ZDA327).

**[作者简介]** 王 沛, 博士, 教授, 博士生导师. E-mail: wangpei1970@163.com

\*通信作者( Corresponding author). Tel: 021-81885066, E-mail: baiyonghai179@126.com

是缓和医患关系的有力途径之一。

## 1 医患沟通的方式差异

1.1 以医师为中心 医患沟通是涉及医师、患者和信息三方面的复杂动态过程。医患沟通会对患者的满意度和依从性等产生影响,进而影响医疗实践结果和医患关系。在医疗实践中一直存在着以患者为中心还是以医师为中心两种沟通模式之争。Roter等<sup>[5]</sup>通过聚类分析揭示了医疗过程中存在的5种沟通交流模式:封闭的生物医学沟通方式(narrowly biomedical pattern)、开放的生物医学沟通方式(expanded biomedical pattern)、生物心理社会学沟通方式(biopsychosocial pattern)、社会心理沟通方式(psychosocial pattern)、消费主义沟通方式(consumerist pattern);医师经常会使用生物医学沟通方式,通常作为主导方对患者的病情给予治疗,即为医师中心沟通方式。

1.2 以患者为中心 传统的医师中心沟通方式被认为是一种家长式的沟通方式,现在已逐渐被放弃,取而代之的是一种相互参与的模式——患者自主,这种沟通方式被称为患者中心沟通方式。在这种沟通方式下通常患者认为自己是谈话的主导者,有着较大的话语权,能够表达自己的想法,这就是早期意义上的患者中心沟通方式。以患者为中心的沟通与改善健康结果有关,通过沟通可了解患者的观点和社会背景,对问题及其治疗达成一致的理

解,并让患者在他们希望的范围内参与选择<sup>[6]</sup>。不同的研究者对患者中心沟通方式有着不同的界定。Agha等<sup>[7]</sup>强调患者应该具有更多的发言权。Mazor等<sup>[8]</sup>认为患者中心沟通方式主要重视患者对医疗决策的参与程度。Street<sup>[9]</sup>综合了以往研究的界定和解释,认为患者中心沟通应当包括寻求患者的认知、尊重并信任患者、解释疾病和治疗方案、患者积极参与决策过程、互相商讨对医学问题的理解等内容。患者中心沟通方式总体上包括医师对患者心理、身体上的关怀和患者对治疗决策过程的参与。

## 2 医患沟通的文化差异

为了更好地理解两种不同的医患沟通方式在我国医学实践中的重要性,需要在不同文化差异下进行比较。不同文化差异下的人们因文化、所处环

境等的不同,对疾病和健康的认识会受到宗教、规范和价值观的影响。例如,集体主义导向的亚洲人比个人主义导向的美国人更容易在沟通中表现出较低的自信心和直接性。集体主义者更关注情境和副语言线索,而个人主义者更关注信息的具体内容而忽略副语言线索。Kim等<sup>[10]</sup>研究发现,不同文化背景的人群在沟通中的自信意愿和参与信念存在文化差异,与西方参与者相比,亚洲人对患者参与的积极信念较少,而且表现出更多的不自信。还有研究表明,亚洲裔美国人和墨西哥裔美国人患者在信息披露和参与决策方面的需求较美国白人患者少<sup>[11]</sup>。总之,与西方个人主义文化下的患者相比,集体主义文化下的患者更多地表现出对沟通氛围、情境和副语言线索的偏好,可能会更容易接受以患者为中心的沟通方式,但对信息的主动获取意愿较低、参与需求较少则可能会阻碍他们很好地适应这种沟通方式。因此,以信息的视角来探究患者中心沟通方式对国内患者医疗满意度的影响极为重要。

## 3 患者中心沟通方式中的信息需求

满意度是衡量医患沟通效果的主要指标<sup>[12]</sup>,常被用来衡量沟通效果的质量。由于医疗满意度包含的内容较广,不同的研究者会根据研究目的测量满意度的不同维度,例如Goldzweig等<sup>[13]</sup>将医疗沟通满意度分为医师的认知支持、情感支持和亲属沟通3个维度。

3.1 疾病信息需求和治疗信息需求 实际的医疗环境中,医师所提供的信息往往是不充足的。一方面,医师往往低估患者对于信息的需求量,对信息的传达十分有限;另一方面,就医人数过多导致医师往往提供简化的疾病信息和治疗信息。如果医师对药物信息的交代较为简略,患者对于多种药物相互作用发生不良反应的风险感知就较少,加之患者又不会自行调整药物剂量,从而导致治疗效果不理想。

现有医患沟通的信息主要包括疾病信息和治疗信息,患者对其得到的信息往往是不满意的,医师更多的是传达出疾病有关的信息,而患者更愿意知道的是治疗有关信息。Banach等<sup>[14]</sup>对甲状腺疾病患者的调查发现,60%的患者缺乏甲状腺相关疾病的信息。Husson等<sup>[15]</sup>对癌症患者的调查显示,近30%的患者很少接收过疾病相关信息,而疾病

信息能够帮助患者摆脱焦虑情绪、理性面对疾病,促使患者接受治疗。Morley 和 Goldfarb<sup>[16]</sup>研究发现,癌症患者对于治疗相关信息需求较高,但对相关决策的接受率较低,在治疗信息中超过 60% 的患者想要得到有关治疗方案和备选方案相关信息,但很少有医师告知患者辅助治疗和备选方案有关信息。Sawka 等<sup>[17]</sup>也发现,癌症患者的治疗信息需求远远没有得到满足,包括治疗的备选方案、治疗的长期负面影响、治疗过程中症状的监测等。Jucks 等<sup>[18]</sup>研究发现,由于自身知识水平的限制,患者对医师给出的解释无法理解,导致即便医师提供了许多有关疾病的专业信息,患者对医患沟通的满意度还是不高。目前的研究缺乏这 2 类信息的数量差异对于满意度的影响。此外,患者也可能会根据自己患病的严重程度而对不同信息的选择有所偏好<sup>[19]</sup>。

**3.2 需求信息的不对称效应** 医患双方由于知识经验的不同存在巨大的信息不对称性,而这种信息不对称特征往往是造成纠纷的主要原因。世界贸易组织(World Trade Organization, WTO)将信息不对称定义为不能达成平等交易基础上的交易双方所获得信息量的差异。Blomqvist 和 Léger<sup>[20]</sup>在有关医院绩效和信息不对称的研究中发现,医患之间由于存在医疗成本信息、医疗质量信息和信息需求的不对称,使得医师无法准确评估患者的信息需求,在这样的情况下医师往往倾向于自己决定患者的信息需求,由此引发医患矛盾。以往的研究发现,医师需要给患者提供的信息数量存在争议。Basáñez 等<sup>[21]</sup>发现,当医师对患病原因和检查结果进行详细解释并对患者表达出更多的关怀时,患者对沟通的满意度较高。而 Schinkel 等<sup>[22]</sup>发现,少数民族裔患者的医疗咨询参与度较低、对医师提供信息的数量需求较小,较少的信息量即能使其获得较高的沟通满意度。

患者中心沟通方式更加注重患者对医疗选择的自主权,而医患信息不对称阻碍了患者的选择。信息不对称不但导致患者对疾病信息的认识不清,而且医师传达的信息数量过多或过少都会造成患者无法抓住关键并配合医师治疗;患者不被满足的信息需求也可能导致焦虑、抑郁和不遵医嘱等问题的发生。Costantini 等<sup>[23]</sup>发现,约有 1/3 的患者认为家属隐瞒了疾病信息来保护他们。此外, Li 等<sup>[24]</sup>认为,信息需求量较大的患者有可能遭受了更多的治疗

痛苦。

#### 4 患者中心沟通方式中的信息传递

由于医患沟通的特殊性,具有较大知识经验差异的医患双方只能进行较为有限的信息互动。有关母婴手术的沟通和决策研究发现,在持续 1 h 的医患沟通中,85% 的咨询时间是由医师背诵疾病有关情况、治疗风险和益处的信息<sup>[25]</sup>。医师在沟通中往往低估了患者的信息需求,没有意识到需要给患者提供更为个体化的信息,从而导致沟通不畅。此外,由于看诊时间和就诊人数的限制,医师往往简化患者需要了解的有关信息,仅提供部分信息和不同的治疗方案信息,患者往往未能在短时间内了解全部信息就需要做出决策,从而导致医患沟通的满意度较低。由此可以看出,目前的医患沟通中的信息传递存在着较大的问题。

**4.1 治疗信息传递** 医患沟通中患者会收到医师传递出的各种信息,由于这些信息的表达方式不同,患者有着不同的满意度。Stortenbeker 等<sup>[26]</sup>调查了 18 例医患会谈的语言使用情况,发现直接和间接的语言表达产生的沟通效果不同,无论患者的病症是否可以找到医学解释,随着医师使用直接负面信息的增多患者会变得越来越焦虑。患者在沟通中需要做出医疗决策,而他们对医疗的满意度取决于不同的风险表述方式。患者想要了解治疗的可能风险,但专业医务人员担心提供治疗的风险信息会对患者坚持治疗产生潜在的负面影响,因此会避免提供充分的治疗信息。另外,提供关于治疗的不良反应信息也可能无意识中提高了患者不良反应的发生率,即产生反安慰剂效应(nocebo 效应)。反安慰剂效应解释了很多患者将自己体验到的不良反应归因于药物影响。患者往往将自己体验到的特定症状归结为药物所致,但药物造成的多是非特定的症状<sup>[27]</sup>。患者在听到不良反应信息时往往会产生对药物的负面预期,而后者导致患者有更多的机会体验到不良反应。因此,在医师传达治疗风险信息时需要借助框架效应。

**4.2 信息传递的框架效应** 框架效应是一种认知偏见,指的是人们根据信息的呈现形式而做出不同的反应。也就是说,人们通常不是纯粹理性和客观地评价信息,而是会受到信息呈现方式的影响,当正框架和负框架对比出现时信息的决策结果有着

偏好变化。Webster等<sup>[28]</sup>给被试服用安慰剂药片,同时将药物可能的不良反应信息通过正向或负向的描述告知被试,结果发现在正框架下将不良反应归因于药物导致的被试较少;此外还发现不良反应的总数量和严重程度在不同框架之间没有区别,表明正框架主要影响反安慰剂效应。当患者被告知经历不良反应表明药物在体内发挥了作用,有助于缓解身体上的疼痛(正框架),即正框架下将不良反应归因于治疗效果,此时患者报告的不良反应强度较低,表明正框架可能通过安慰剂效应增强了有不良反应的药物的治疗效果。

4.3 风险信息的传递 风险信息沟通不良容易引起患者的巨大恐慌和焦虑情绪,不利于患者对治疗方案的决策和治疗的实施。人们对医疗决策中的风险信息往往持有规避态度,厌恶不确定的风险信息。患者对风险的厌恶往往意味着对治疗效果的质疑,不愿意持续接受治疗,最终导致医患关系紧张。

以往风险信息沟通的研究集中在风险信息的呈现方式对风险感知的影响方面,其中风险概率的不同表达形式是研究的焦点。Cuite等<sup>[29]</sup>关于风险信息的研究发现,风险概率的数字格式影响人们对风险的感知,百分比和频率格式的信息比分数形式的信息更能让不同受教育程度的人群感知到风险信息的准确性。McCaffery等<sup>[30]</sup>研究发现,图表信息对于风险信息的传递效果好于数字信息,无论受教育程度如何,人们都更容易理解图表信息。患者理解并使用概率信息是做出治疗决策的关键。患者对风险的感知和医师实际提供的风险信息存在差异<sup>[31]</sup>,这可能与双方的知识背景有关:医师的医疗专业知识经验较多,采用自上而下的加工方式,主要关注患者最终的决定;患者的医疗专业知识经验较少,采用自下而上的加工方式,更重视自身的主观感受。患者对风险的感知往往源于身边可见的案例,采用启发式策略<sup>[32]</sup>。医师将治疗中可能出现的所有风险完全告知患者,而患者由于认知能力有限不能完全感知所有信息,冗长繁杂的风险信息使得患者无法找到关键性的信息,造成沟通不畅<sup>[33]</sup>。此外,患者对于威胁性信息的感知导致他们产生焦虑情绪,进而引发对信息的大量需求。

## 5 患者中心沟通方式基于信息视角的研究方向

以往对于患者信息需求的研究大多集中在对

患者的满意度调查上,缺乏对不同疾病患者信息需求的深入研究。对信息的认知往往是决定患者是否遵医嘱的关键因素,目前患者信息认知的相关研究还较少,未来可从以下几方面展开。

5.1 医患间信息的匹配 以往研究中通常将患者的个人特征、背景知识对沟通的影响作为研究的重点,衡量医患沟通效果的标准大多是患者报告的对其生活质量的影响、对医师的满意度等<sup>[34]</sup>。这样进行的医患沟通研究往往是单向的,大多数研究仅将医师或患者作为研究的重点,没有对两者之间的信息需求做出匹配。医患沟通中,不同类型的患者有着不同程度的信息需求,医师应对不同类型的患者采取不同的沟通方式。Dekkers等<sup>[35]</sup>运用访谈和内容分析的方法探讨了骨科医师通过评估患者的知识、自主性和人际行为,根据对患者能力的感知量身定制了适合患者的沟通方式,从而提升了患者的满意度。在未来的研究中需要进一步探讨医患之间的信息匹配程度对医患沟通的影响,同时关注医患双方在沟通过程中的相互影响。

5.2 信息认知的心理机制 以往的研究探讨了沟通障碍可能的心理机制,但对沟通信息还缺乏深入分析,对造成患者认知差异的心理机制的认识尚不明确,如医患之间的社会距离、医患双方的认知方式差异、医患间的认知匹配等。在医患沟通中参与度较低的患者,当匹配到一个提供较少信息量的医师并将医患沟通变成以医师为中心、较为匹配的沟通时,其对沟通结果较为满意。也就是说,患者参与程度与感知到的参与程度之间信息需求相匹配,能使得患者的满意度增加、依从性上升、焦虑程度下降。因此,医患间的认知匹配是影响医患满意度的因素之一。未来研究需要深入分析沟通障碍中的心理变量,并找到变量之间互相作用的边界条件,加强对其关系的深入探讨。

5.3 沟通信息的干预技术 医患沟通的最终目标是帮助双方达成较为妥当的决定,其中医患双方的沟通技巧是研究的重点,研究者将沟通与促进技术相结合可进一步促进医患关系的和谐发展。在医患沟通中,双方都掌握一定的沟通技能才能获得较好的沟通体验,其中对医师沟通信息技能的培训是重点。沟通促进技术旨在帮助医师提高疾病信息共享能力和共情能力,促进技术的培训分为对医学

生的课程培训和医师在工作岗位上的短期培训。现有的促进模式虽然在小范围内具有一定的成效,但还远远不能满足人们的期望,未来应该研究并构建一套完整的医疗沟通模式,以满足医患双方的需要。

### [参 考 文 献]

- [1] 孙连荣,王沛.和谐医患关系的心理机制及其促进技术[J].心理科学进展,2019,27:951-964.
- [2] 吴昊坦.地位不对称性与医患不和谐:医学人类学的视角[J].中山大学研究生学刊(人文社会科学版),2017,38:97-106.
- [3] 贾晓莉,周洪柱,赵越,郑莉丽,魏琪,郑雪倩.2003年—2012年全国医院场所暴力伤医情况调查研究[J].中国医院,2014,18:1-3.
- [4] 李妍,李楠,赵燕,杨凤娟,刘海霞,李晓玲.石家庄市三甲医院临床护士护患沟通能力现状分析[J].河北医科大学学报,2017,38:854-858.
- [5] ROTER D L, STEWART M, PUTNAM S M, LIPKIN Jr M, STILES W, INUI T S. Communication patterns of primary care physicians[J]. JAMA, 1997, 277: 350-356.
- [6] EPSTEIN R M, DUBERSTEIN P R, FENTON J J, FISCELLA K, HOERGER M, TANCREDI D J, et al. Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: the VOICE randomized clinical trial[J]. JAMA Oncol, 2017, 3: 92-100.
- [7] AGHA Z, SCHAPIRA R M, LAUD P W, MCNUTT G, ROTER D L. Patient satisfaction with physician-patient communication during telemedicine[J]. Telemedicine J E Health, 2009, 15: 830-839.
- [8] MAZOR K M, STREET R L Jr, SUE V M, WILLIAMS A E, RABIN B A, ARORA N K. Assessing patients' experiences with communication across the cancer care continuum[J]. Patient Educ Couns, 2016, 99: 1343-1348.
- [9] STREET R L Jr. The many "disguises" of patient-centered communication: problems of conceptualization and measurement[J]. Patient Educ Couns, 2017, 100: 2131-2134.
- [10] KIM M S, KLINGLE R S, SHARKEY W F, PARK H S, SMITH D H, CAI D. A test of a cultural model of patients' motivation for verbal communication in patient-doctor interactions[J]. Communication Monogr, 2000, 67: 262-283.
- [11] BLACKHALL L J, MURPHY ST, FRANK G, MICHEL V, AZEN S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy[J]. JAMA, 1995, 274: 820-825.
- [12] POSNER G D, HAMSTRA S J. Too much small talk? Medical students' pelvic examination skills falter with pleasant patients[J]. Med Educ, 2013, 47: 1209-1214.
- [13] GOLDZWEIG C L, ORSHANSKY G, PAIGE N M, TOWFIGH A A, HAGGSTROM D A, MIAKE-LYE I, et al. Electronic patient portals: evidence on health outcomes, satisfaction, efficiency, and attitudes: a systematic review[J]. Ann Intern Med, 2013, 159: 677-687.
- [14] BANACH R, BARTÈS B, FARNELL K, RIMMELE H, SHEY J, SINGER S, et al. Results of the Thyroid Cancer Alliance international patient/survivor survey: psychosocial/informational support needs, treatment side effects and international differences in care[J]. Hormones (Athens), 2013, 12: 428-438.
- [15] HUSSON O, MOLS F, ORANJE W A, HAAK H R, NIEUWLAAT W A, NETEA-MAIER R T, et al. Unmet information needs and impact of cancer in (long-term) thyroid cancer survivors: results of the PROFILES registry[J]. Psychooncology, 2014, 23: 946-952.
- [16] MORLEY S, GOLDFARB M. Support needs and survivorship concerns of thyroid cancer patients[J]. Thyroid, 2015, 25: 649-656.
- [17] SAWKA A M, BRIERLEY J D, TSANG R W, ROTSTEIN L, EZZAT S, GOLDSTEIN D P. Unmet information needs of low-risk thyroid cancer survivors[J]. Thyroid, 2016, 26: 474-475.
- [18] JUCCS R, PAUS E, BROMME R. Patients' medical knowledge and health counseling: what kind of information helps to make communication patient-centered?[J]. Patient Educ Couns, 2012, 88: 177-183.
- [19] 李晚莲.基于信息不对称视域医患矛盾风险及防控[J].湘潭大学学报(哲学社会科学版),2015,39:47-50.
- [20] BLOMQVIST A, LÉGER P T. Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize[J]. J Health Econ, 2005, 24: 775-793.
- [21] BASÁÑEZ T, BLANCO L, COLLAZO J L, BERGER D E, CRANO W D. Ethnic groups' perception of physicians' attentiveness: implications for health and obesity[J]. Psychol Health Med, 2013, 18: 37-46.
- [22] SCHINKEL S, SCHOUTEN B C, STREET R L Jr, VAN DEN PUTTE B, VAN WEERT J C. Enhancing health communication outcomes among ethnic minority patients: the effects of the match between participation preferences and perceptions and doctor-patient concordance[J]. J Health Commun, 2016, 21: 1251-1259.
- [23] COSTANTINI A, GRASSI L, PICARDI A, BRUNETTI S, CARUSO R, NANNI M G, et al. Awareness of cancer, satisfaction with care, emotional distress, and adjustment to illness: an Italian multicenter study[J]. Psychooncology, 2015, 24: 1088-1096.
- [24] LI W W, LAM W W, AU A H, YE M, LAW W L, POON J, et al. Interpreting differences in patterns of supportive care needs between patients with breast cancer and patients with colorectal cancer[J]. Psychooncology,

- 2013, 22: 792-798.
- [25] ARNAUD A, GRENIER J, BOUSTANY R, KIRSCHER S, MEGE A, DE RAUGLAUDRE G, et al. Role of supportive care in improving the quality of life and reducing unscheduled hospital care in patients with metastatic breast cancer[J]. *Support Care Cancer*, 2021, 29: 3735-3742.
- [26] STORTENBEKER IA, HOUWEN J, LUCASSEN P L B J, STAPPERS H W, ASSENDELFT W J J, VAN DULMEN S, et al. Quantifying positive communication: doctor's language and patient anxiety in primary care consultations[J]. *Patient Educ Couns*, 2018, 101: 1577-1584.
- [27] WELLS R E, KAPTCHUK T J. To tell the truth, the whole truth, may do patients harm: the problem of the nocebo effect for informed consent[J]. *Am J Bioeth*, 2012, 12: 22-29.
- [28] WEBSTER R K, WEINMAN J, RUBIN G J. Positively framed risk information in patient information leaflets reduces side effect reporting: a double-blind randomized controlled trial[J]. *Ann Behav Med*, 2018, 52: 920-929.
- [29] CUI TE C L, WEINSTEIN N D, EMMONS K, COLDITZ G. A test of numeric formats for communicating risk probabilities[J]. *Med Decis Making*, 2008, 28: 377-384.
- [30] MCCAFFERY K J, DIXON A, HAYEN A, JANSEN J, SMITH S, SIMPSON J M. The influence of graphic display format on the interpretations of quantitative risk information among adults with lower education and literacy: a randomized experimental study[J]. *Med Decis Making*, 2012, 32: 532-544.
- [31] GALESIC M, GARCIA-RETAMERO R. Statistical numeracy for health: a cross-cultural comparison with probabilistic national samples[J]. *Arch Intern Med*, 2010, 170: 462-468.
- [32] 王丹旻, 朱冬青. 医患沟通障碍的心理解析: 信息交换视角[J]. *心理科学进展*, 2015, 23: 2129-2141.
- [33] KASS N E, CHAISSON L, TAYLOR H A, LOHSE J. Length and complexity of US and international HIV consent forms from federal HIV network trials[J]. *J Gen Intern Med*, 2011, 26: 1324-1328.
- [34] LORUSSO D, BRI A E, COSTANTINI A, DI MAIO M, ROSTI G, MANCUSO A. Patients' perception of chemotherapy side effects: expectations, doctor-patient communication and impact on quality of life—an Italian survey[J/OL]. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2017, 26: e12618. DOI: 10.1111/ECC.12618.
- [35] DEKKERS T, MELLES M, MATHIJSSSEN N M C, VEHMEIJER S B W, DE RIDDER H. Tailoring the orthopaedic consultation: how perceived patient characteristics influence surgeons' communication[J]. *Patient Educ Couns*, 2018, 101: 428-438.

[本文编辑] 尹 茶