

中国医务人员对不必要核磁共振检查需求的态度及影响因素分析

李京儒¹, 张新庆², 刘奇³, 李闪闪²

1. 奥塔哥大学生命伦理学中心, 新西兰达尼丁 9016

2. 北京协和医学院人文学院, 北京 100730

3. 北京大学医学部公共教学部, 北京 100191

摘要 一项针对全国9省份医务人员问卷调查结果揭示:超过80%的医务人员不会拒绝患者不必要核磁共振检查要求,揭示出医务人员在尊重患者自主性和坚持医生专业自主性方面存在伦理困惑。调查同时发现,医务人员合法权益保障情况、患者对医生的信任情况、执业环境和媒体营造的医患语境等因素与医务人员能否坚持专业自主性具有相关性。本文从伦理学角度对医务人员的困惑进行了分析,指出医生应该尊重患者的价值观,但尊重患者自主性并非没有边界,患者自主性更不能僭越医生专业自主性。结合伦理学论证和调查结果提出以下建议:1) 医务人员尊重患者自主性,首先应该做到充分告知医疗信息;2) 医患之间应该加强沟通,建立信任的医患关系;3) 有关部门应该重视保障医务人员合法权益,改善执业环境,同时加强对媒体的管理,营造和谐的医患语境。

关键词 医务人员;患者自主性;核磁共振检查;专业自主性

2017年10月,第68届世界医学会(World Medical Association, WMA)发布第7版《日内瓦宣言》,与2006版有诸多显著差异^[1-2]。新版增加了“我将尊重患者的自主性和尊严”,凸显了国际医疗界对患者自主性的重视;同时也强调“我将用良知和尊严,按照良好的医疗规范践行我的职业;我将继承医学职业的荣誉和崇高的传统。”那么,如何同时有效遵循“尊重患者自主性”

与“坚持医生专业自主性”?新版《日内瓦宣言》并没有给出解释。实际上,由于临床实践的复杂多变性和医院文化的差异性,医患双方对“尊重患者自主性”的理解是有一定偏差的,由此给医务人员特别是临床医生带来选择上的困惑。那么,何谓患者自主性?如何尊重患者自主性?如何积极应对医生专业自主性与尊重患者自主性之间冲突?为此,本研究组借助2017年8

收稿日期:2017-12-12;修回日期:2018-01-10

基金项目:北京协和医学院研究生教改项目(1002320173801)

作者简介:李京儒,博士研究生,研究方向为生命伦理学,电子信箱:lij3617@student.otago.ac.nz;张新庆(通信作者),教授,研究方向为生命伦理学、医疗卫生政策和生物技术哲学,电子信箱:zxqclx@qq.com

引用格式:李京儒,张新庆,刘奇,等.中国医务人员对不必要核磁共振检查需求的态度及影响因素分析[J].科技导报,2018,36(2):13-19;doi:10.3981/j.issn.1000-7857.2018.02.002

月在全国9省份开展的一项问卷调查结果,揭示这种让医务人员困惑的局面,并积极探索摆脱困境的途径。

1 患者自主性vs医生专业自主性

1.1 尊重患者自主性的涵义

自主性(autonomy)一词源自希腊语的 auto(自己)和 nomos(管理),可简化理解为自我管理,即人能够在一定的范围内管理自身生命^[9]。自我管理之所以值得尊重,是因为自我管理是人类运用选择的权力的方式,而选择就是显著的人类活动^[4]。尊重自主性的理论基础是康德和密尔的论证。康德认为,所有人都有能力决定自己的道德命运,破坏个人自主性就是将人当作手段,而非目的^[9]。密尔从效用论出发,认为自主性可以增加社会的最大功利^[6],因而社会应允许个体按照自己的信念行事,只要不会妨碍他人的自由^[7]。当代美国生命伦理学家 Beauchamp 认为,自主性是自主的行为,而不是自主的人;有些具有自主行为能力的人因受到疾病或消极情绪的影响而做出非自主的决定^[8]。尊重自主性就是尊重人的认知、决定和行动能力,主要体现在行为上的尊重,并尽可能消除会破坏或妨碍其自主行为的因素。

患者是医疗风险的直接承受者,只有患者本人最了解自身的习惯、偏好和价值取向,由此有权利做出医疗决定^[9],医务人员应该尊重患者的价值观。因此,尊重患者自主性就是尊重患者对治疗方案的知情权和选择权,它直接体现为知情同意。知情同意是有效的当且仅当满足下列条件:患者具备行为能力;医生充分告知信息;患者能够理解信息;患者自愿做出是否同意的决定^[8]。耶和華作证派教徒患者因宗教信仰原因而拒绝输血和手术的经典案例表明:对有些患者而言,个人的主观利益或信仰的价值比生命本身更加重要。面对这样的患者,以治病救人为天职的临床医生就面临一个伦理两难选择:尊重这名有行为能力患者的自主选择,还是违背患者意愿强行为其输血治疗?如果给这位耶和華作证派教徒输血而挽救生命,他可能一辈子都会受到背叛教义的折磨,输血带来的痛苦会远压倒带来的受益;当然,很多医生坚称,尊重患者的自主性不等于一味地顺从患者的要求。案例中不输血患者就必然会死亡是医生可以预见的后果,如果明知会产生这样的严重后果仍然答应患者的要求,就违背了医学治病救人的要求。推而广之,多数患者毕竟没有接受

过专业的临床训练,已有医学知识和判断可能是片面和错误的,医生需要依据病情做出独立的专业判断,有时需要违背患者明确表示的不合理建议,从而体现专业自主性,弘扬医师专业精神。所以需要知道,尊重患者自主性的边界究竟在哪里。

1.2 医生专业自主性

“专业”一词来自拉丁语 *professio*,意思是迫使人做出公开承诺或公开声明^[10]。专业具有以下3个特征:对某种特殊知识和技术的占有和应用;承认对服务的个体及整个社会的特殊义务和责任;有训练、承认、规范和解散专业成员的权利。专业自主性是指有权利在不受到影响的情况下做出与专业相关的决定,包括决定谁可以从事该专业,决定专业所做的工作,决定为何从事该专业的工作等。Ezekiel J. Emanuel 和 Steven D. Pearson 认为,医生专业自主性是以提高患者福祉为主要目的的,可以判定现实条件和决定提供何种照料^[11]的自由^[11]。Grumbach 称,是在未受外界强迫的情况下,为患者提供医疗照护的能力^[12]。Freidson 称,专业自主性是医生专业精神的基石^[13]。医学专业自主性有3层涵义:1) 医生作为个体具有个人的价值观和道德感,从而具有个人自主性;2) 医生作为医学专业人员,具有医学专业的自主性,要求他们有道德义务良好地运用自己的专业知识和义务;3) 也有学者认为,医学专业自主性还包括医生作为医生群体一员所具有的自主性,对患者和社会有集体义务^[14]。

简言之,医生的专业自主性可以被理解为:以提高患者福祉为前提,医生可以根据专业知识,在不受外界影响的情况下做出治疗或照料决定。影响医生专业自主性的外界因素有很多,例如医保政策^[14]、医生评价体系^[15]、医学消费主义倾向^[16]、互联网时代信息获取方式改变^[17]等。同时需要指出的是:近些年“尊重患者自主性”被提到了非常重要的位置,以至于忽视了尊重医生专业自主性的重要性。医生专业自主性和患者自主性同样值得尊重。当两者发生冲突的时候,患者的要求并不自然而然地压倒医生专业自主性。

1.3 尊重患者自主性的边界

以上论述引出新的问题:尊重患者自主性的边界到底在哪里?在何种范围内医生有义务尊重患者自主性?尊重患者自主性的提出具有其特殊的历史背景。“医学家长主义”在西方长期风行,医生在医患关系中占据主导地位,有权决定他们认为好的诊疗方案。20

世纪40—50年代,医学界提出尊重患者自主性的理念,希望尊重患者参与医疗决定的权利,具体以南希·克鲁珊(Nancy Cruzan)案和卡伦·坤兰(Karen Ann Quinlan)案为起点引发了一场患者拒绝治疗的权利和患者死亡权利的讨论。普通大众由于个体差异、价值观及偏好各不相同,所以并不存在适用于所有情况的最好决定,但尊重患者自主性并不意味着无条件满足患者所有需求。

一些医务工作者对尊重患者自主性原则存在误解,认为尊重患者自主性就是把所有的信息都告诉患者,然后由患者自己做决定。这种“价值中立性”学说将尊重患者自主性的涵义单纯理解为“自我管理”^[18]。但事实上,自主性不仅有消极自主性(禁止他人干涉个人决定),还有积极自主性,要求他人有义务帮助和促进自主性的提升。这意味着医生应该为患者提供能够帮助患者做出自主决定的相关信息,包括患者的病情、目前的治疗方案以及治疗方案的风险利弊。例如,有些患者在就诊之前就已经做了决定,而医生没有给出更多的医疗信息以帮助患者修改决定,使之更符合患者个人利益,那么患者决定便不能算是自主的。

其次,从医生专业自主性出发。医学是一门垄断性学科,医学的专业知识不能轻易被公众所了解,专业知识的垄断要求医生有义务为患者提供专业的建议和指导^[14]。一味地听从患者要求而不给出专业建议违背了医生专业自主性的要求。另一方面,医生作为个体同时具有个人自主性,这意味着患者不能将个人价值观强加在医生身上,违背医生自主性,强迫医生满足不合理要求。

最后,尊重患者自主性并非没有边界,所以尊重患者个人自主决定的最低限度是不会给他人造成严重伤害。每个个体虽然是相对独立的,但仍然是社会的一份子。如果患者的选择对公众健康不利,甚至造成威胁,其他人就有道义限制这些人的选择。

所以,尊重患者自主性要以患者自主决定为前提,而医生有道德义务为患者提供可以帮助患者做出自主决定的医疗信息,但不能对患者的价值取向进行评判。当患者的决定明显不具备自主性,或者患者决定可能对他人造成伤害,或者患者的要求明显违背医生专业自主性,或者患者的要求明显违背相关的法律法规或医疗行业准则,医生有权利拒绝患者的要求。

2 医务人员对患者不必须核磁共振检查需求的差异性认识

2.1 被调查者基本信息

2017年9月,受中国科协的委托,课题组对北京、辽宁、陕西、宁夏、河南、广东、江苏、四川和广西9省份45家医院的医护人员、医技人员、管理人员和患者进行了问卷调查,旨在考查医务人员工作满意度、医患关系、专业精神、执业环境等方面的内容。医患问卷合计发放16425份,回收有效问卷为14715份,总回收率为89.6%;其中发放医务人员问卷13015份,有效回收11771份,回收率为90.4%;发放患者问卷3410份,有效回收2944份,回收率为86.3%。

被调查男性医务人员占29.9%,女性占70.1%。在学历分布方面,大专及以下的占21.4%,大学本科占58.8%,研究生占19.8%;初级职称的占42.9%,中级职称的占35.3%,高级职称占16.3%,未定级的占5.5%。被调查的医生占45.2%,护士占39.3%,医技和药剂人员占9.3%、管理人员占6.3%。27.2%的被调查医务人员来自国家卫计委直属或省属三甲综合医院,39.1%来自市(区)属综合医院,其他来自县人民医院(17.0%)、中医医院(9.1%)和民营医院(7.7%)。

2.2 医患双方差异性回答及其诱因

医务人员问卷中设计了如下问题:当患者坚持要做在医生看来没有必要的核磁共振时,医生会不会为患者开出检查单(表1)。调查显示:69.9%的医务人员会同意患者的不必要检查需求,但同时会向患者说明自己并不愿意这样做,13.9%选择直接开具检查单但不会做解释,只有不到两成(16.2%)的医务人员表明不会为患者开不必要的核磁共振检查单。年龄在44~54岁的医务人员中,18.5%的人选择拒绝患者不必要检查,而年龄在25~34岁的仅占15.5%。大专学历及以下医务人员中选择“不会开具检查”的比例为17.2%。75.8%的研究生学历以上医务人员选择“会同意,但表明不愿开具检查单的态度”,这一比例高于另外两个群体(70.1%和64.0%)。

不同类型医务人员对患者不必要核磁共振检查的态度不尽相同。医生群体选择“会,但不会解释”的比例仅为9.9%,远低于护士(17.6%)、医技人员(15.6%)和管理人员(17.2%)。医生具有处方权,这意味着他们更容易遭遇患者的不必要检查需求,并且必须对此做出

表1 不同类型医务人员对患者不必要核磁共振检查要求的差异性回答($n=11771$)
Table 1 Medical personnel's attitudes toward unnecessary MRI investigation

医务人员类型	患者坚持要做核磁共振时医生选择						χ^2	P
	会		会,但我会告诉他,自己并不愿这样做		不会			
	n	%	n	%	n	%		
医生	524	9.9	3990	75.1	802	15.1	183.054	<0.001
护士	813	17.6	2964	64.1	849	18.4		
医技人员	170	15.6	776	71.3	143	13.1		

直接回应,这使得他们对这个问题有更多的实践经验,也让他们的选择更为谨慎。同样,在“会同意,但表明不愿开具检查单的态度”这一选项上,医生群体选择比例为75.1%,高于其他群体的比例。

当问及“当患者坚持要做在医生看来没有必要的核磁共振时,医生该不该为患者开出检查单?”时,72.5%被调查患者称“不应该”,27.5%的病人选择了“应该”。七成患者认为医生在这种情况下不应该开出检查单。而相近比例的医生此时选择进行必要的解释,若患者仍然坚持进行检查,就会顺从患者的意愿,没有显示出足够的专业自主性。出现截然相反的选择有来自医患双方复杂诱因。首先,患者对医学知识的了解并不全面,不少处于焦虑之中的患者无法听进去医生的合理解释,本能地认为先进的核磁共振能更加全面地检查出潜在的问题。但是,被调查的患者并非处于焦虑状态,能够冷静思考,并在医生的协助下综合考量,因而认为医生应当拒绝患者的要求。其次,由于患者不信任而诱发医生不得不顺从患者的不合理要求。患者主观强烈要求检查,说明了对医生的不够信任。有时医生为了避免医患矛盾,进行自我保护,不得不同意进行检查。信任是医患之间进行良好沟通与协作的基础,缺乏信任的医患关系会给医患双方造成伤害。

2.3 从业环境对医务人员态度的影响

医生合法权益保障状况、医患信任程度、执业环境优劣等因素均会影响到医生的专业自主性。对自身合法权益保障的认知状况不同的医务人员对患者不必要核磁共振检查要求的态度间总体存在显著性差异($\chi^2=26.912, P<0.001$)。那些称合法权益保障情况为“好”的人中,21.4%会坚定地拒绝患者不必要核磁共振需求,而认为保障状况“差”的人中仅有14.4%做出同样的选

择。可见,当医生未能得到执业权益保障更容易放弃专业判断,反之亦然。根据医务人员对患者信任程度的不同认知进行分组,不同组别的医务人员对患者不必要核磁共振检查要求的态度间总体存在显著性差异($\chi^2=65.474, P<0.001$)。那些称患者“不信任”的医务人员中18.6%选择了“会开具检查单且不会解释”,仅有14.9%选择“不会开具检查单”;那些称患者“信任”的医务人员中19%选择了“不会开具检查单”。当医务人员认为患者信任自己时更愿意坚持自己的专业判断。然而现在很多患者对医生不信任,一是媒体报道带有指向性,二是现在很多医疗剧让大家普遍对现代医学有着过高的期待。

对医疗执业环境的总体状况认知不同的医务人员对患者不必要核磁共振检查要求的态度间总体存在显著性差异($\chi^2=52.596, P<0.001$)。结果发现,认为执业环境好的人中22.3%坚持“不会开具检查单”,而认为执业环境差的人中仅有14.1%做出同样的选择。认为执业环境差的人中72.1%选择“会同意,但表明不愿开具检查单的态度”,这一比例高于选择“一般”(67.9%)和“好”(62.5%)的水平。这说明执业环境越好,医务人员越会坚持自己的专业判断,反之亦然。根据医务人员对大众媒体报道医疗纠纷事件时偏袒患方的程度的认知不同进行分组,不同组别的人对患者不必要核磁共振检查要求的态度间总体存在显著性差异($\chi^2=107.527, P<0.001$)。那些称大众媒体报道偶尔偏袒患方的人中,20.4%坚持“不会开具检查单”,而认为大众媒体报道总是偏袒患方的人中,仅占14.4%。这说明大众媒体在报道医疗纠纷事件时能否采取公正态度,一定程度上影响医务人员对不必要检查需求的态度。

表2 影响医务人员专业自主性的从业环境因素($n=11771$)
Table 2 Factors affecting medical personnel's professional autonomy

选项		患者坚持要做核磁共振时医生选择						χ^2	P
		会		会,但我会告诉他,自己并不愿这样做		不会			
		n	%	n	%	n	%		
在执业中,您的合法权益得到保障的状况	差	506	14.9	2401	70.7	491	14.4	26.912	<0.001
	一般	1019	13.5	5286	70.0	1242	16.5		
	好	109	13.2	540	65.4	177	21.4		
患者对您的信任程度	不信任	260	18.6	927	66.5	208	14.9	65.474	<0.001
	一般	931	14.1	4668	70.9	983	14.9		
	信任	443	11.7	2632	69.4	719	19.0		
执业环境状况	差	868	13.8	4528	72.1	888	14.1	52.596	<0.001
	一般	690	13.8	3385	67.9	910	18.3		
	好	76	15.1	314	62.5	112	22.3		
大众媒体报道医疗纠纷事件时偏袒患方的程度	偶尔	285	19.3	893	60.3	302	20.4	107.527	<0.001
	有时	419	13.9	2038	67.6	558	18.5		
	总是	930	12.8	5296	72.8	1050	14.4		

3 结论

3.1 尊重患者自主性,充分告知是关键

从医生专业自主性的角度分析,医生有义务凭借专业知识技能判断患者是否有必要接受核磁共振检查,帮助患者做出更合适的决定。如果已经判断患者没有核磁共振检查的适应症,而且不必要的检查会给患者带去身体伤害,医务人员却不向患者说明情况,直接答应患者要求,这就违背了医务人员的道德准则,违反医学专业自主性的要求。

从尊重患者自主性角度,医生应该判断患者的要求是否是自主行为,即患者是否有能力理解和分析接受不必要核磁共振检查可能带来的利弊,然后针对患者的知识水平和理解能力,告知核磁共振检查花费不菲,造成资源浪费,而且并不能提供有效的诊疗信息,对判断疾病并无帮助,会带给健康身体伤害等。如果医务人员在不给出任何解释的情况下直接答应患者的不合理检查需求,这实际违背了尊重患者自主性原则。

3.2 加强医患沟通、互信,尊重医生专业自主性

调查显示多数医生会表明自己不愿意开核磁共振检查单的态度,但拒绝患者要求的医务人员占比非常小。这说明能够坚持医生专业自主性的医务人员比较少,一部分医务人员在尊重患者自主性方面存在困惑。与此形成对比的是,患者问卷结果反映出患者其

实并不支持医务人员开具非必要检查单据。这从侧面显示出大部分患者可以理性地看待不必要检查需求,如果医生能够有针对性地给予相应的解释和回答,也许这些患者就会选择放弃不必要检查的需求。

医生在执业的过程中,首先要获取患者的信任,坦诚充分的沟通是关键。医生应该向患者及其家属交待病情,介绍可供选择的治疗方案,不同治疗方案的风险利弊,告知疾病的预后。更重要的是,医生应该试图了解患者的感受和想法,从患者角度出发,根据患者价值观和受益推荐首选治疗方案。患者足够信任医生,自然会听取医生的建议,不去做不必要的检查;医生相信患者,自然也会竭尽全力,合理地进行检查和治疗,充分发挥专业自主性,避免没有必要的检查,以免增加患者的经济负担,减少医疗资源的浪费。

3.3 加强医务人员合法权益保障,改善医疗执业环境

近些年来,各种医闹、伤医案件层出不穷,很多医务人员对执业环境和个人合法权益保障表现出负面情绪。问卷调查结果显示,合法权益保障情况、患者对医生的信任情况、执业环境和媒体报道都是影响医生发挥专业自主性的重要因素。建议有关部门重视对医务人员权益的保障,为医务人员营造良好的执业环境。个别媒体在报道医患关系类新闻时,故意歪曲真相制造热点,破坏和谐的医患关系,加剧医患双方的不理解

和矛盾,建议有关部门加强对新闻媒体的管理,对违背新闻伦理和相关法律的媒体记者和负责人追究责任。

参考文献(References)

- [1] World Medical Association. WMA Declaration of Geneva[EB/OL]. [2017-10-05]. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva>.
- [2] 赵丽, 鲁春丽. 2017版《日内瓦宣言》的修订及其意义分析[J]. 中国医学伦理学, 2017, 30(11): 1456-1459.
Zhao Li, Lu Chunli. The revision and significance of 2017 declaration of Geneva[J]. Chinese Medicine Ethics, 2017, 30(11): 1456-1459.
- [3] Stanford Encyclopedia of Philosophy. Autonomy in moral and political philosophy[EB/OL]. (2003-08-27) [2017-12-08]. <https://stanford.library.sydney.edu.au/archives/spr2008/entries/autonomy-moral/>.
- [4] Pellegrino E D. Patient and physician autonomy: Conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship[J]. Journal of Contemporary Health Law and Policy, 1994, 10: 47.
- [5] Immanuel K. Foundations of the metaphysics of morals[EB/OL]. [2017-12-08]. <https://pdfs.semanticscholar.org/14c6/e7a43b3107754620f8cb3aa55d4f5f9410fd.pdf>.
- [6] 庄晓平. 西方生命伦理学自主原则“自主”之涵义辨析——从比彻姆、德沃金和奥尼尔的观点看[J]. 哲学研究, 2014(2): 93-98.
Zhuang Xiaoping. Concept discrimination on “autonomy” from the western bioethical principle of autonomy: From the perspectives of Beauchamp, Dworkin and Oneill [J]. Philosophical Researches, 2014(2): 93-98.
- [7] O’Neill O. Paternalism and partial autonomy[J]. Journal of Medical Ethics, 1984, 10(4): 173-178.
- [8] Beauchamp T L, Childress J F. Principles of biomedical ethics [M]. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- [9] 郑林娟. 允许(Permission)作为一种程序原则是否可行——恩格尔哈特生命伦理思想研究[D]. 济南: 山东大学, 2012.
Zheng Linjuan. Is the permission possible as the procedural principle—On Tristram Engelhardt’s bioethics [D]. Jinan: Shandong University, 2012.
- [10] Albert R J, Clarence H B, Kelly A E. Professionalism[EB/OL]. (2016-02-18)[2017-12-07]. <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/profes.html>.
- [11] Emanuel E J, Pearson S D. Physician autonomy and health care reform[J]. JAMA, 2012, 307(4): 367-368.
- [12] Grumbach K, Bodenheimer T. Reins or fences: A physician’s view of cost containment[J]. Health Affairs, 1990, 9(4): 120-126.
- [13] Nicholson S, Raval D. Professionalism: What it means to doctors today[J]. British Journal of Hospital Medicine, 2009, 70(8): 470-474.
- [14] Jochemsen H, Have H T. The autonomy of the health professional: An introduction[J]. Theoretical Medicine and Bioethics, 2000, 21(5): 405-408.
- [15] Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care[J]. The International Journal of Health Planning and Management, 2001, 16(4): 297-310.
- [16] Tyssen R, Palmer K S, Solberg I B, et al. Physicians’ perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States[J]. BMC Health Services Research, 2013, 13(1): 516.
- [17] Walter Z, Lopez M S. Physician acceptance of information technologies: Role of perceived threat to professional autonomy[J]. Decision Support Systems, 2008, 46(1): 206-215.
- [18] 邱仁宗. 第八届世界生命伦理学大会关于医学专业精神和医患关系研讨内容综述[J]. 中国医学伦理学, 2007, 20(2): 22.
Qiu Renzong. Summary on medical professionalism and doctor-patient relationship in bioethics 8th world conference[J]. Chinese Medical Ethics, 2007, 20(2): 22.

Medical personnel's attitudes toward request of unnecessary MRI investigation request and relevant factors

LI Jingru¹, ZHANG Xinqing², LIU Qi³, LI Shanshan²

1. Bioethics Centre, Division of Health Sciences, University of Otago, Dunedin 9016, New Zealand

2. School of Humanities and Social Sciences, Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

3. School of Foundational Education, Health Science Center, Peking University, Beijing 100191, China

Abstract A recent survey reveals that more than 80% of medical personnel would order unnecessary MRI investigation in response to patient's request. The survey result reflects that health care practitioners may face a dilemma of how to balance between "respecting patient's autonomy" and "insisting on professional autonomy". The survey also reveals that an adequate protection for medical personnel's legal rights and interests, the trust-based doctor-patient relationship, the better operating environment and the harmonious public opinion context may encourage medical personnel to stick to their professional decision. This paper analyses the ethical confusions implied by the survey result and argues that the physicians have duty to respect patient's values. However, it is also shown that the patient's autonomy should be respected only under certain conditions and protecting patient's autonomy shall not become the argument for violating physician's professional autonomy. Based on further ethical analysis and empirical study, this paper proposes that: 1. Physicians have moral responsibility to fully disclose all relevant medical information to patients. 2. Improving the communication between doctors and patients is essential for a trust-based doctor-patient partnership. 3. To create a harmonious doctor-patient relationship, it is necessary to provide an adequate protection for physician's legal rights and interests, improve the operating environment and strengthen the regulation of the press.

Keywords medical practitioner; patient's autonomy; MRI investigation; medical professionalism ●



(责任编辑 田恬)