

我国医闹现象的总体特质与医务社工介入

俞开颜

苏州大学，江苏苏州，215000；

摘要：近年来，我国医闹事件频发，严重威胁医患关系与社会稳定。本文系统剖析医闹现象的总体特质，其成因涉及微观层面的医患个体、中观层面的信任缺失与沟通壁垒，以及宏观层面的社会文化与制度因素。针对上述问题，本文提出医务社会工作的介入路径，并强调通过专业队伍建设、建立评估监测体系完善、跨学科协作的优化对策，构建“预防-干预-修复”全周期机制，为推动医患关系从“零和博弈”转向“共生共赢”提供理论与实践参考。

关键词：医闹；医务社会工作；医患关系

DOI:10. 69979/3029-2808. 25. 06. 045

《“健康中国 2030”规划纲要》提出依法严厉打击涉医违法犯罪行为特别是伤害医务人员的暴力犯罪行为，保护医务人员安全。2024 年 7 月 19 日，温州医科大学附属第一医院暴力伤医致死案件引发广泛关注，也揭示了医患关系紧张的现实图景。在愈演愈烈的医闹事件背后，是广大群众对于建设平安医院的迫切需求，更是医务社工的可为空间。

1 我国医闹现象的总体特质

1.1 医闹现象特点

1.1.1 暴力手段极端性

医患关系呈现紧张的态势，相当数量的医患纠纷具有暴力化倾向^[1]。2025 年 3 月最高检工作报告显示，2024 年，检察机关起诉伤医扰医犯罪 141 人^[2]。从 2011 年到 2024 年，医闹事件几乎每年都有发生，且在多个地区都出现了极为恶劣的事件。尤其是在疫情期间，医闹事件进一步增多，2020 年 1 月，北京朝阳医院发生的菜刀砍击事件，以及武汉市第四医院发生的殴打医生事件，均显示出疫情防控期间医患关系的紧张与冲突愈演愈烈。

1.1.2 实施形式多样性

从暴力程度上区分，医闹事件总体分为四种表现形式：言语攻击、推搡、损毁公物等发泄行为；泼汽油、拉横幅等示威行为；医院设置灵堂、做法事等乱纪行为；暴力对抗、伤医杀医等犯罪行为，医闹的表现形式也逐渐多样化。随着互联网的普及与发展，“网络医闹”兴起，一些人通过编造不实信息，利用网络发布虚假言论抹黑医院和医务工作者，严重侵犯了医务人员的执业尊严，也降低诉讼维权的公信力。

1.1.3 医闹诱因集中性

医闹事件的诱发因素呈现显著集中性：在 2009—2018 年的 295 起伤医事件中（不包括港澳台地区），超半数案例源于患者对治疗方案、服务或疗效不满^[3]。其中，有近三成医闹事件是由医疗费用纠纷引发，高额或难以承担的治疗费用引发患方的经济焦虑，从而激化医患矛盾，典型案例包括南昌大学第二附属医院事件，裴某堂因质疑药费过高向医生注射农药。

1.1.4 时空分布规律性

在时间维度上，65.6% 的暴力事件爆发于患者死亡后 24 小时内，显示情绪宣泄的即时性特征。从空间层面，在 2009—2018 年十年内主流媒体报道的伤医事件（不含港澳台地区）中，有七成发生在三级医院，其中三甲医院占半数，近三成发生在急诊科。大医院往往拥有先进的医疗设备、人力与技术资源，代表着诊疗权威性与专业性，患者对权威的趋向性造成“大医院，挤破头；小医院，空荡荡”的局面，资源配置失衡加剧医疗行业乱象，进一步诱发医闹现象的产生。

1.1.5 发展路径趋同性

医闹行为普遍遵循“纠纷-僵持-爆发”三阶段模式：在初期阶段，患方通过投诉、协商表达诉求；当矛盾无法解决时，事件进展至中期，患方由理性的协商行为、转向威胁性言行，如孙文斌杀医案中家属中期多次辱骂医护人员；最后，当患方及其家属的情绪上升至顶峰时期，事件也随之进入爆发期，此时情绪失控的患方往往选择通过暴力或群体行为实现情绪释放。

1.2 医闹现象根由

1.2.1 微观层面：医生与患者个体角度

(1) 医生的职业认同与职业倦怠：医生的情感负担和压力直接影响其专业表现，进一步影响到医患关系稳

定。职业认同感高的医生，通常会更加重视患者的情感需求和心理支持，能够在治疗过程中建立良好的医患互动关系。然而，在现实中，随着患者的不断增多，医疗机构高负荷运作，医护人员长期处于高风险、高强度的工作状态，职业倦怠导致他们在与患者的沟通中缺乏足够的情感投入，加剧患者的焦虑和不满情绪。

(2) 患者的认知水平与依从性：“医生和患者对于疾病的认知不同，健康的理念，还有性格存在一些差异（WBL20241114）”。患者医疗知识的匮乏将其在治疗消费的数量与方式选择上的主动权让渡给医生：无论医生如何诊断、开具何种药方，患者只能信任与接受。这种权利的“丧失”无疑不带来一种恐慌：患者担心医生利用这方面优势，采用“小题大做”的治疗模式一次来为私人或就职的机构牟利。“这时候他会质疑医生的处方，觉得他住了很久了，一点效果都没有（XHR20241110）。”专业能力与认知水平差异造成医患间信息不对称，当患者失去了对医生的信任，对治疗方案缺乏了解或产生误解自然难以维系医疗服务的良性运转。

(3) 情绪发泄与矛盾转嫁：在本研究所收集到近十年间30起伤医事件中，43.8%的案例显示患方存在经济困境或家庭矛盾前置，如田春生杀医案中凶手因离婚与债务压力迁怒医生，也就是说，部分医闹的根由非医源性，而是患者根源于其他矛盾的情绪转嫁给医方。在生病尤其是长期住院期间，患者的情感需求往往超出了单纯的医学治疗范畴，情绪波动和不满情绪的积累容易转化为医闹行为。

1.2.2 中观层面：医患互动角度

(1) 医患信任缺失：根据本研究问卷数据处理可知，“您善于倾听，愿意与患者讨论治疗问题”与“对当下医患纠纷管理的发展及走势持积极乐观态度”呈相关关系，信任患者并且能够与患者良好沟通的医生对医患关系的态度更为乐观。

“现在很多患者会拿一些网上的知识去质疑你，解释了她们也听不懂，但是你不解释她们觉得你在故意隐瞒，就想多开点药赚钱（QMJ20241203）。”由于医患双方的身份差异与知识鸿沟，医生并不信任患者能够精准表达其病理特征、服从医疗安排，较大的沟通成本与试错压力使其不愿与患者讨论治疗问题。在当前“以药养医，利益挂钩”的医疗格局下，一些医生认为是“没必要说”的常识，却被患者误认为是医生“不耐烦说”的傲慢与失职，甚至是“故意隐瞒”的趋利行为。

(2) 医患沟通不畅：“有的时候他们当场就会觉得医生没有耐心，或者说语气上面不对他胃口，可能就

点着他了（GJ20241129）。”医生掌握大量医学知识，是专业领域“专家”，却不是表达上的“专家”。医患双方缺少合理沟通的基础、权力地位不平等、缺乏共同的“生活世界”^[5]，在加之现有医疗资源的不均衡分配，高诊疗效率的实现以剥夺患者表达需求和情感的机会为代价，医患互动呈现片面化和冷漠化。

1.2.3 宏观层面：社会文化与制度因素

(1) 患者利益表达途径不畅：“有的人可能觉得闹一闹，他才能收获点什么（GJ20241129）。”医患纠纷一般可以通过协商、调解、诉讼三种途径进行解决。在具体维权过程中，医疗机构和医护人员有着专门处理纠纷的部门与相对正规的处理流程，总体处于优势地位，但是患者大多为个体，不断牵扯纠纷严重影响着正常生活。现有的医疗纠纷调解机制和司法程序冗长且难以有效落实，这使得患者在医疗纠纷处理中感到不公，情绪在冲突中得到放大，容易通过极端方式寻求“正义”。

(2) 媒体宣传与公众情绪放大：媒体语言影响了医患的心理感受和价值判断。当前媒体对医方报道的情感取向两极分化明显，医生形象呈现“脸谱化”和“类型化”。一方面，影视创作与大众媒体对医疗行业过度美化与神圣化使公众对医生产生不切实际的期待，而患者在实际服务中对充分服务与高度耐心的期望无法得到满足，这一落差加剧患者情绪不满。另一方面，媒体往往放大医闹事件的负面情绪，采用冲突叙事，降低医院和医务人员的公信力，加剧患者的抵触情绪和对诊疗程序的质疑。

(3) 社会资源的分配与医疗资源不均：由于我国医疗卫生资源总体匮乏和优质资源分布不均，医疗市场的供给不能满足人民群众增长的需求。“比如床位不足，分配到的房间晒不到太阳，（患者）就会要求换房，没有得到满足就会有所怨言（WBL20241114）”。在医疗资源短缺的背景下，医疗资源的分配不均，尤其是城乡差距较大。患者面临长时间的等待和较低质量的医疗服务，容易导致不满情绪的积累，最终引发医闹事件。

2 医闹现象的医务社工介入

2.1 医务社工介入有效手段

在传统医学-生物的观点下，患者并当做一个“病”的存在，而非“人”的存在，导致了“患者的主体性被消解”^[6]。医务社会工作的核心在于通过专业方法弥合医患关系的结构性张力，构建预防与化解医闹的综合性机制。

(1) 情绪疏导与个体赋能：缓解医患对立心理：

医务社工通过支持性小组活动，帮助患者释放因疾病、经济压力或治疗预期落差产生的焦虑情绪。针对术后患者，可开展“疼痛叙事”小组，引导患者通过表达缓解对医疗过程的抵触感。针对医护人员，则可利用减压工作坊、团队建设活动及心理督导，缓解其高压工作环境下的负面情绪积累。

(2) 信息桥梁与沟通重构：打破医患互动壁垒：医务社工发挥“翻译者”作用，一方面通过健康教育讲座、治疗流程可视化手册等方式，帮助患者理解医学的局限性与治疗方案的科学性；另一方面，借助“医患联席会”等形式，将患者诉求转化为可操作的医疗建议反馈至医护团队，缓和医生与患者之间的对立，促进医患共识的形成。

(3) 信任修复与制度嵌入：构建长效预防机制：在纠纷萌芽期，社工可在患者入院时同步开展需求评估与政策宣导，明确双方权责边界；在冲突爆发后，则作为独立第三方参与调解，通过非对抗性协商平衡医患利益。此外，医务社工可联动医疗纠纷调解委员会，将“情绪-认知-行为”干预模型嵌入调解流程，在协商中引入“反思性对话”，促使双方跳出对立叙事，转向合作性解决方案。

(4) 资源整合与系统支持：强化服务可持续性：医务社工需突破单一调解角色，整合社会资源。在预防阶段，社工通过志愿者培训与社区健康宣教，提升公众医疗认知水平，从源头减少因误解引发的冲突。医闹事件发生后，可根据不同成因采取不同行动：针对经济型医闹，链接慈善基金、医疗救助项目等缓解患者负担；针对“网络医闹”，联合法律顾问与媒体开展舆情管理。

2.2 医务社工介入优化对策

医务社工的介入路径需以系统性思维贯穿“预防-干预-修复”全周期，通过情感支持、信息平衡与制度创新，推动医患关系从“零和博弈”转向“共生共赢”。

(1) 加强专业队伍建设：一是优化人才准入与培养机制，建立严格的职业资格认证体系。高校应与社会工作机构、医疗机构合作，引入“以案代训”模式，通过典型案例解析、临床实习等环节强化学生的实务能力。二是开展分层分类培训，针对不同层级的医务社工设计

差异化培训内容。三是完善激励机制，完善职称晋升制度与绩效考核体系，回应当前医务社工面临职业认同度低、薪酬待遇不匹配等问题。

(2) 建立评估监测体系：医务社工服务需构建涵盖“过程-结果-影响”的多维评估框架。过程评估可通过服务记录、督导反馈等方式追踪介入流程的规范性；结果评估量化患者情绪改善、医患信任度提升等指标；影响评估则需结合医疗机构纠纷发生率、患者复诊率等长期数据进行动态分析。同时，制定统一的服务标准与操作指南，如《医务社工纠纷调解流程规范》，确保服务的规范性与可复制性。

(3) 强化跨学科协作：在队伍建设方面，可通过定向培养、岗位轮换等方式，吸纳具有医学背景的转岗医护人员加入社工队伍，建立医务社工与医护人员定期沟通机制，如联合查房、病例讨论会等，促进医学与社会工作视角的融合，弥补现有队伍的专业短板。此外，加强与法律、心理学等领域的跨学科合作，构建“社工+医生+法律顾问”的复合型调解团队，提升纠纷处理的专业性与权威性。

参考文献

- [1] 汤啸天, 杨雯. 医患纠纷宜采用和落实“预防在先、化解在早”的治理方针[J]. 卫生法学, 2025, 33(01): 25-34.
- [2] 最高人民法院: 《最高检工作报告》, 载最高人民法院, https://www.spp.gov.cn/spp/2025zgjgzb/202503/t20250308_688233.shtml, 2025 年 4 月 2 日访问。
- [3] 李江梅、万思成、赵家琦: 《10 年来媒体报道的 29 5 起伤医事件的背后》, 载彭拜新闻网, https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward.5368741, 2025 年 4 月 1 日访问。
- [4] 严予若, 万晓莉, 陈锡建. 沟通实践与当代医患关系重构——一个哈贝马斯的视角[J]. 清华大学学报(哲学社会科学版), 2017, 32(03): 171-177+202.
- [5] 田润锋. 哈贝马斯的生活世界理论[J]. 人民论坛, 2014(23): 200-202.