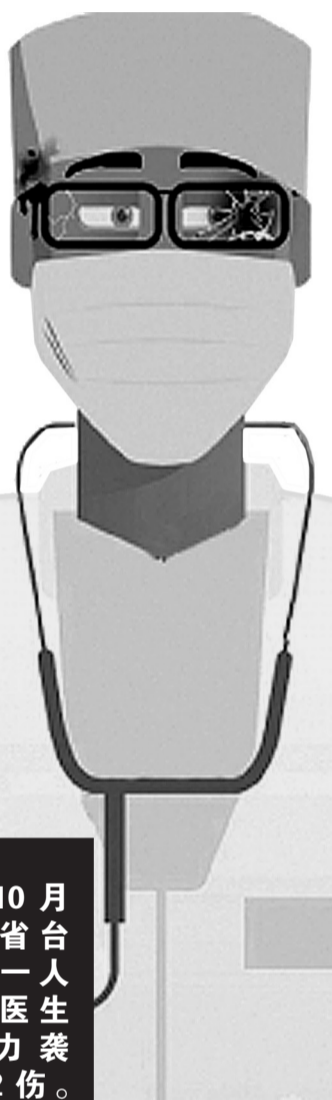


三大主因致恶性伤医
凶手中近四成性格内向 近三成有精神病史

医生遭袭 施暴者低学历多



2013年10月25日，浙江省台州市温岭第一人生民医院3名医生被患者暴力袭击，致1死2伤。恶性暴力伤医事件，再度引起全国范围内对医患关系的关注。

在今年8月，一份由中国医院协会牵头组织的《医院场所暴力伤医情况调查》报告出炉。记者29日采访了参与调查的中国医院协会医疗法制专业委员会常务副主任委员郑雪倩，她通过调查中的数据告诉记者，暴力伤医事件中，多数为低学历，误会所引发的伤医事件屡见不鲜，处在医疗第一线的医护人员，很大程度的在替尚不完善的医疗体系承受误解。

●数据

十年恶性伤医案共40起

《医院场所暴力伤医情况调查》的调查对象包括全国三级、二级综合医院与专科医院、医务人员和患者，共发放问卷32400份，覆盖30个省份的316家医院，实际回收有效问卷16908份。调查还对近10年(2003到

2012年)来媒体报道的40例医院场所恶性伤医典型案例进行了剖析。

调查显示，医务人员遭受谩骂和威胁很普遍，2012年有96%的医院发生过医务人员遭受谩骂和威胁的事件。医务人员躯体受到攻击、造成明

显损伤事件的次数逐年增加，发生医院的比例从2008年的47.7%上升到2012年的63.7%。

从2003年开始，我国医院场所的恶性伤医事件呈上升趋势，到2012年达到最高峰，仅一年就达到11次。

●特点

施暴者中贫困者占55%

在对施暴者的分析中，调查发现，多数施暴者受教育程度低。在11个恶性暴力伤医事件中，除了37%学历不详者，27%为初中文化程度、18%为小学文化程度、9%为高中文化程度，另有9%为技校毕业。

郑雪倩告诉记者，受教育程度较低的患者，对医疗知识掌握不够，“有些患者，不太了解医疗风险，觉得只要是治病就一定得治好。一些正常的医疗风险，医生有义务告诉患者，可有些患者却接受不了。有的患者觉得，做一个手术，怎么还会危及生命呢？这样引发一些本可以

避免的矛盾。”

数据还显示，施暴者中多数家庭比较贫困，贫困比例达到55%。而施暴者职业范围，无业者多达37%，农民为18%。郑雪倩分析：“家庭相对贫困，对医疗费用承受力低，对治疗效果要求更高，更容易产生不满。”施暴者的另一个特点是家庭多有不幸福，其中包括本人离异、父母离异、被骗婚、童年不幸、未婚等情况。郑雪倩认为：“对一个孤独、生活中存在不幸的患者来说，当医生向他解释病情后，他不但很难找到人倾诉，还容易产生不良联想。一

些医疗风险，他如果自己不能理解，又无法找人沟通，容易走极端。”对施暴者的精神调查显示，近四成为性格内向、孤僻、偏执，还有近三成有精神病史。

据报道，“温岭杀医案”中的犯罪嫌疑人连某某来自农村，家境贫困。连某某本人初中毕业后外出打工，性格内向、未婚、朋友不多，他64岁的父亲至今仍一个人在广西打工。今年8月，连某某被上海市精神卫生中心诊断出有“持久的妄想症障碍”，并接受住院治疗，10月15日才出院。

●起因

三大主因诱发直接施暴

40起恶性暴力伤医事件中，有11起的起因来自怀疑或误解，8起的起因为患者死亡，7起的起因为久病不愈。在2012年的11起恶性暴力伤医事件中，除1起原因不详，只有3起与医院医疗纠纷有关，7起与医院没有发生医疗纠纷。

在“温岭杀医案”中，犯罪嫌疑人连某某在接受鼻内镜下鼻腔微创手术后，仍感觉不适。多家医院多次会诊后，一致认为手术良好、无需再手术，当地卫生局也认为此事不算医疗事故，但连某某始终认为多家医院在串通一气骗他。

郑雪倩表示：“如果被鉴定为医疗事故，有医疗纠纷，医院承担责任，很正常。但有的时候，患者期待与诊疗结果有误差，即使在正常范围内，患者也可能产生不满。有些重病无法治愈，患者也会心生怨念。”

■影响

近四成医生想转行

频繁发生的恶性暴力伤医事件，不可避免地会对一线医务人员产生影响。

在调查中，六成医务人员认为当前执业环境较差，近四成有过转行念头，16%的医务人员表示“坚决不同意孩子学医或从医”。

对此，郑雪倩说：“那些行凶的人应该想想，医疗资源本来就有限，伤害了医生，谁再给我们老百姓看病？医生的孩子不愿意当医生，普通人孩子也怕了，以后谁来给我们看病？”

■结论

医生成体系缺陷替罪羊

“不可否认，医生中确实有个别脾气不好、态度不好的人存在。但是我们研究暴力伤医事件后发现，解决医患纠纷，不仅仅是患者、医生和医院的事，而是整个医疗体系的事，比如资源分配不合理、医院安保不受重视、保险救济制度不完善等等，需要全社会参与进来，才能得到根本、妥善的解决。”

在接受记者采访时，郑雪倩多次强调，医生和患者虽然是医患纠纷的中心，但解决医患纠纷要靠从国家到社会的集体努力，才能让医生避免成为体系缺陷的替罪羊。

■样本

10分钟威胁致医二代转行

“如果没有那10分钟，我想还是会继续做医生，我真的非常热爱这个行业。”今年29岁的小夏出身于医生世家，在2010年经历过一次患者持刀威胁事件后，他选择从一家北京著名的三甲医院离开。

事发时，正值午夜时分，还在读博士的小夏在夜班急诊值班。一位醉酒男子因被啤酒瓶砸伤，被几名青年送来就诊。小夏按照正常程序为伤者进行了诊疗，指出无需住院，但一名陪同人员强烈要求住院治疗。

“他当时就掏出一把菜刀，拍在

我面前，吼道‘你说，到底住还是不能住！’”无奈的小夏，只能采取缓和的办法，让情绪过激者去找其他科室协调一下，并最终避免了悲剧发生。事后，虽然全院对这个事情也做了讨论，但院方能做的也仅仅是给予心理安慰。在认真分析了整个行业的安危程度后，博士毕业，小夏选择离开了这个行业。

按照平均水平，一个从医十年的医生，至少要接触5万人次左右的患者。小夏说，这5万人次，意味着医生面对患者的高密度和不确定性。

◆建议

医疗资源应合理有序分配

“谁都会生病，我跟大家一样，到医院看病的时候，也会遇到一些不愉快，挂号难、等候时间长、问诊时间短、医药费高等等都会遇到”。郑雪倩说，这些其实都跟医疗资源的不平衡有关。

“在欧美发达国家，看病，往往先去社区医院，有需要再转诊。而在我国，大家看病普遍都选三甲大医院，造成大医院人满为患。医生劳动强度大，每个病人的问诊时间甚至只有5分钟。如果社区医院也能分配到好医生，也能有权限开出好药，大家就没必要去挤大医院。这样资源合理有序分配，社区医院和大医院的医生都有更多的时间，与患者交流，这就会减少很多矛盾。”

郑雪倩介绍，在我国，医院被定义为一个内部场所，而非公共场所，所以只有极少数医院有警察驻守，多数只有保安。而在港台地区，

欧美国家，医院是公共场所，长期有警察驻守，保证秩序和安全。

“医院，尤其是门诊部，怎么可能不是公共场所呢？现在谁都可以进门诊部，有暴力分子进来，不仅侵害了医生，也会直接或间接侵害到其他患者。所以必须重视医疗场所的安全。”

我国目前还没有医疗方面的专门法律，这让医生和患者，都对自己的权利、义务不明确。“我在国外考察，看见医生的诊室墙上，医生、患者有什么权利义务，写得清清楚楚，而且，普法宣传也做得好，大家都有法可依。”

郑雪倩还认为，“现在，一方面，患者对一些医疗风险不了解，另一方面，针对风险的保险和救济机制不完善，很容易让患者孤单无助，迁怒于医生。”她建议建立完善的保险、救济、保障体制，让患者的压力更小。