



基于扎根理论的县级医院医患纠纷研究

黄善甲^{1,2}, 邵海亚^{1,3}

1. 南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166; 2. 盱眙县人民医院, 江苏 淮安 211700; 3. 南京医科大学健康江苏研究院, 江苏 南京 211166

摘要:针对县级医院存在医患纠纷处理难、赔偿高的现状,文章构建县级医院医患纠纷影响因素的概念模型。采用文献分析法及扎根理论对62篇文献进行质性分析,通过NVivo软件编码得到364个参考点;经过反复分析、比较和联系,凝练出个体认知差异、制度政策背景、医患资源策略三个核心范畴;从认知—制度—资源三个维度提出县级医院预防医患纠纷危机的五个策略。以此促进医院管理者未雨绸缪,提升及时识别并处理医院潜在危机的能力,降低发生医患纠纷的风险。

关键词:县级医院;医患纠纷;扎根理论;影响因素;预防

中图分类号:R197.3

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)03-253-007

doi:10.7655/NYDXBSS20220308

广义的医患纠纷是指医患之间的所有纠纷,包括患者因对治疗效果或非技术服务不满意而与医院发生的纠纷,医患双方就是否构成医疗事故或对构成医疗事故后的赔偿数额意见不一致导致的纠纷,患者医疗费未缴或医务人员被伤害导致的纠纷等。狭义的医患纠纷一般指医疗纠纷,即医患之间对医疗护理过程中产生的不良后果及其原因存在认知上的分歧。本文主要对广义的医患纠纷进行研究。

北京协和医学院公共卫生学院对全国136所医院医护人员遭遇医患纠纷情况调查显示,2017—2019年,医生遭遇医患纠纷的比例分别为28.96%、34.83%、32.57%,护士遭遇医患纠纷的比例分别为20.47%、24.77%、28.61%,总体呈上升趋势^[1]。2015年《中华人民共和国刑法修正案(九)》将“医闹”正式入刑,但惩治效果并不明显,医闹事件仍层出不穷^[2]。从兰州特大暴力伤医到武汉大学中南医院医生门诊被刺,多发、突发的恶性案例已严重影响医院的正常运行和社会的稳定,医患纠纷亟待解决。

县级医院是政府向县域居民提供基本医疗服务的载体,是三级卫生服务和城乡卫生服务体系的重要纽带。新一轮医药卫生体制改革要求县级医院成为医疗体系中的城乡纽带和县域龙头,发挥承

上启下的枢纽作用。随着《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构投诉管理办法》的发布实施,各级医院开始重视医疗纠纷的预防和处理,但县级医院在预防和处理医患纠纷上仍面临巨大挑战^[3]。当前,县域地区医疗体系基本健全,但县级医院质量管理薄弱,医疗资源利用效率、服务能力偏低,缺乏系统有效的纠纷处理路径,人民群众就医理念落后^[4]等问题依然存在。与省市三级甲等医院相比,县级医院主要服务于县域内百姓,县级医院的就诊患者医学常识、文化素养、法制意识相对匮乏,收入有限、较难承受大额医疗费用,医疗保险覆盖面或者报销额度不够。当治疗费用超过预期时,患者会认为医院“唯利是图”。如果治疗效果达不到预期,患者可能通过“医闹”来补偿自己的医疗费用。此外,患者的亲属多集中居住在县域内,“人情味”重,一旦出现医患纠纷,患者往往会聚集亲属找医院索赔,同时会在县域范围内导致效仿。县级医院管理能力差,缺乏安保力量、法治理念、医患沟通能力与知识,当出现严重医患纠纷时,除了拨打110外,没有太多的手段阻止事态恶化^[5]。为了息事宁人,医院大多会选择花钱消灾,导致县级医院陷入医患纠纷不断增多、纠纷赔偿额度逐年增大的困境^[6]。现将县级医院医患纠纷作为研究对象,从医院—患者—

基金项目:江苏省社会科学基金一般项目“新医改背景下社区卫生服务机构行动逻辑模型构建及其困局破解”(16ZHB006)

收稿日期:2022-05-05

作者简介:黄善甲(1991—),男,江苏淮安人,工程师,硕士研究生在读,研究方向为基层卫生服务、医院管理;邵海亚(1973—),男,江苏盐城人,研究员,博士,研究方向为基层卫生服务、医学教育,通信作者,shy@njmu.edu.cn。

政府3个维度分析县级医院医患纠纷的影响因素,构建理论架构,丰富县级医院医患纠纷研究,建立县级医院医患纠纷危机干预机制,以为医院管理者及时发现并处理医院潜在危机,降低风险提供理论依据。

一、扎根理论和研究方法

(一)扎根理论介绍

扎根理论主要用于质性研究,由格拉斯和斯特劳斯在1967年出版的《发现扎根理论:质性研究的策略》一书中首次提出^[7],主要适用于社会科学领域,针对那些无法用现有单一理论解释或者理论解释空白的领域^[8]。医疗领域是一个特殊的领域,包含医学、生物学、伦理学、教育学等理论,使用单一的理论难以对医患纠纷的现状和影响因素进行研究和解释,因此,选择扎根理论作为研究工具,围绕医患纠纷的影响因素搜集资料并进行3个级别的编码,即“开放式编码、轴心式编码和选择式编码”,对医患纠纷的现状及影响因素进行研究,由此构建理论模型。在编码的过程中进行持续比较,以不断修正和完善理论结果,直到理论饱和^[9]。开展理论饱和度和检验,检验资料中的范畴是否丰富,各范畴之间是否还存在其他重要关系。如果后续的资料体现出的各范畴关系与前面的一致,证明上述关系可靠;否则,还需要进一步研究分析^[10]。扎根理论的分析过程^[11]:①对原始资料进行初步概括,形成概念并提炼出副范畴;②通过深入挖掘范畴间的相互关系和影响过程,凝练主范畴;③在前期研究的基础上确定核心范畴(图1)。

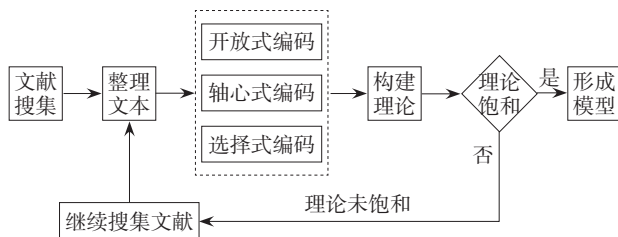


图1 扎根理论的研究流程

(二)数据来源

为了获取县级医院医患纠纷的资料,在中国知网数据库中进行文献检索,进入高级检索入口,检索条件以“医患纠纷”作为主题,并且全文中包含“‘县区’ or ‘县级’ or ‘县域’”,检索时间为“2012—2021年”,共检索出文献409篇。在“主要主题”项中选择“医患纠纷”,得到文献102篇,将会议征文、报纸等文章剔除,仅保留学术期刊和学位论文,最终获得93篇文献作为研究对象,随机抽取其中2/3即62篇作为开放式编码的数据源,剩余的31篇文献用于理论饱和度检验。

(三)数据编码及模型构建

通过执行分析软件NVivo11.0进行文献的质性分析,重点对文献进行查询、可视化等分析。按照扎根理论的研究流程,对样本文献进行三级编码,形成由最底层到最顶层的三级节点,概括出县级医院医患纠纷的影响因素。

1. 开放式编码

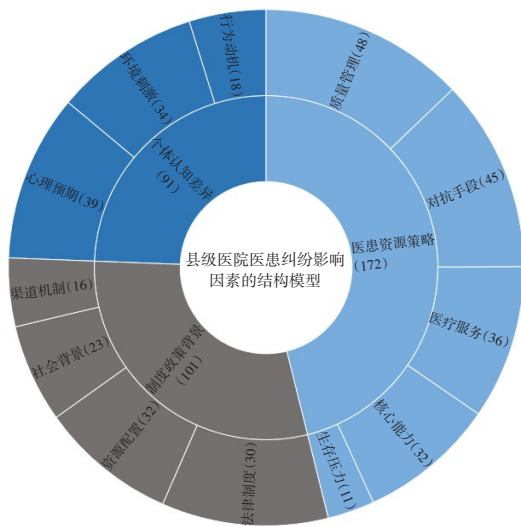
开放式编码是将搜集到的资料进行概念化和范畴化的过程,即用提炼出来的概念和范畴来反映资料的内涵。先将62篇文献导入NVivo软件进行逐句编码并分析,得到364个参考点,这些参考点位于最底层,是影响县级医院医患纠纷的直接因素。

2. 轴心式编码

用NVivo软件对文献信息进行编码,对文献中的相关语句进行提炼和概括,得到48个三级节点,如将“医学上未攻克的难题仍然很多”概括为“医学的局限性”,将“认为花钱了就应治好病,达不到效果,就把责任归为医院”概括为“患者高期望值”等;将得到的概念归到对应的范畴,得到二级节点12个,如将“患者高期望值”“医学的局限性”等归到“心理预期”范畴,将“维权意识增强”“法制意识淡薄”等归到“法律制度”范畴;对12个二级节点进行总结归纳,根据既往研究,患者的心理预期、外在环境、医患双方的行为选择等都是由于认知不同,进而容易产生纠纷^[11-12],政府投入、医疗保障、法制建设进程等归属于法律制度、医疗政策和社会背景^[13],资源构成解决问题的基础,医患双方拥有的资源也是影响纠纷产生的重要因素^[14],最终得到3个一级节点,即个体认知差异^[12]、制度政策背景和医患资源策略^[14]。一级节点是分析二级节点后得出的,位于最顶层,是影响县级医院医患纠纷的宏观因素。使用NVivo软件的层次图表,对节点编码的数量进行可视化分析,得到医患纠纷影响因素的结构模型,该模型为环状层次图,扇形区域面积大小反映编码参考点的数量,较大的区域表示编码参考点较多,参考点数量可体现某一因素在所有因素中的影响力大小(图2)。

3. 选择式编码及模型构建

选择式编码是在前两级编码的基础上,以构建模型为目的,选择核心范畴的过程^[15]。选择式编码将零散的概念进行整合,是形成理论模型的重要步骤。通过反复分析确定县级医院医患纠纷的影响因素及其作用路径为核心范畴。将12个二级节点进行组合匹配,发掘出3种内在联系,其中医患双方和医患纠纷第三方调解机构的认知差异是医患纠纷产生的内在动因,法制不健全、资源配置不均等问题是医患纠纷产生的外在环境,医患双方所拥有的资源策略是医患纠纷发展的干扰因素。本文将



括号内为编码参考点的数量。

图2 县级医院医患纠纷影响因素的结构模型

该理论模型称为医患纠纷的三维归因模型。

4. 理论饱和度检验

对剩余31篇文献进行编码和概括,未发现新的一级节点,且已有节点之间也未出现新的关联,即理论饱和。故确定三个核心影响因素:个体认知差异、制度政策背景、医患资源策略。各级节点及编码参考点数见表1。

二、模型诠释及结果

通过NVivo编码并构建三维归因模型,形成包含三个维度的理论框架,但医患纠纷影响因素的逻辑关系尚不明确。通过重点研究节点串联及医患纠纷影响因素的逻辑,县级医院医患纠纷的影响因素及其作用路径见图3。

(一) 内在动因:个体认知差异

个体认知差异是指个体因接受教育程度、经

表1 县级医院医患纠纷影响因素各级节点及编码参考点数量

一级节点	二级节点	三级节点
个体认知差异(91)	心理预期(39)	患者期望过高(20),医学发展局限(5),民众理念滞后(2),医学常识匮乏(12)
	环境刺激(34)	患方缺乏理性(6),强烈被剥夺感(5),满意程度较低(11),纠纷处理不满(5),从众行为参照(7)
制度政策背景(101)	行为动机(18)	患方过度维权(6),医闹借机牟利(9),医方花钱消灾(3)
	法律制度(30)	法制意识淡薄(17),维权意识增强(6),司法程序滞后(7)
	社会背景(23)	媒体推波助澜(12),以药养医严重(3),不满医疗保险政策(8)
医患资源策略(172)	资源配置(32)	财政投入不足(8),医疗保障不全(18),资源分布不均(6)
	渠道机制(16)	官僚主义作风(2),投诉渠道不畅(11),处理标准不一(1),第三方不作为(2)
	核心能力(32)	基础设施薄弱(5),专业技术不强(21),人才流失严重(6)
	生存压力(11)	疲于应对检查考核(4),工作强度较大(5),工资收入较低(2)
	医疗服务(36)	服务理念落后(26),人文关怀缺失(6),首诊配合度低(4)
	质量管理(48)	轻视诊疗流程(6),漠视技术规范(5),忽视关键环节(3),轻视医患沟通(17),未尽告知义务(8),责任意识不强(9)
	对抗手段(45)	网络信息发展(5),亲属关系网络(7),职业医闹介入(3),媒体舆论施压(6),网民过度解读(4),负面经验示范(6),言语行动冲突(14)

括号内为编码参考点数量。

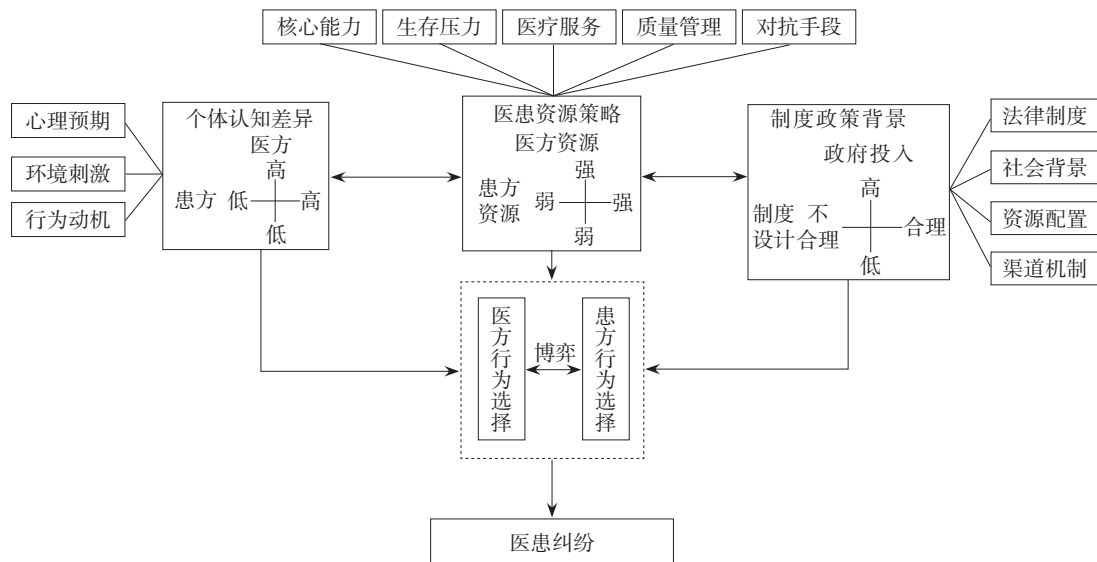


图3 县级医院医患纠纷的影响因素及其作用路径

历、性别等差异而导致的认知不同。个体认知由行为产生,又反作用于行为,即个体认知会指导人对行为的选择^[16]。在医疗服务中,医患双方对医患纠纷的成因认知有差异,对医疗风险的把握、心理预期也不尽相同^[12],最终反映在纠纷的行为选择上。因此,个体认知差异是医患纠纷产生的内在动因。随着生活水平的提高,人民群众对健康的需求也显著提高,但受限于目前的医疗水平,很多疾病并不能被治愈^[17]。县域患者掌握的医学知识较少,就医期望值较高^[18]。一旦治疗效果达不到患者预期,医患纠纷就此发生。随着网络的发展,患者维权意识不断提高,维权的途径也越来越多,有些患者在产生纠纷时会失去理性,通过多方投诉、聚众闹事等行为给医院施压。县级医院管理层承受各方压力,为了降低负面影响通常默认“大闹大解决、小闹小解决”。“医闹”的成本较低,通过“医闹”反而可以获得“天价赔偿”,致使医患双方很难进行理性沟通,进而引发医患纠纷^[19]。

(二)外在环境:制度政策背景

制度政策背景节点包含法律制度、社会背景、资源配置、渠道机制4个二级节点、13个三级节点。对社会自然人而言,每个自然人的行为选择通常都是在由制度和政策构成的社会环境下进行的,制度和政策能够决定自然人行为选择的边界和范围。随着普法宣传不断推进,患者维权意识不断提升。医患纠纷处理部门通常是医院的上级主管部门或医院内设部门,与发生纠纷的科室归属同一个系统或单位,难以客观公正地行使监督职能。具备中立优势的第三方鉴定机构发展尚不完善,投诉渠道不畅使患者不愿依法维权。相比“大闹大解决、小闹小解决”,依法维权带来的收益较小^[20]。这些问题均催生了突破制度边界的行为选择,形成了医患纠纷激化的外在环境。

2018年,国家医疗保障局挂牌成立,通过完善医疗保障制度、开展药品耗材专项整治,医疗费用开始逐渐下降。但县级医院仍面临着县级政府对医疗卫生事业投入不足、补偿比例较低、资源配置不平衡、分级诊疗实施困难等困境。部分县级医院患者减少、医疗成本增加,医务人员的收入没有保障,可能发生过度检查治疗等行为,使医患关系偏离了正常的轨道。一旦医疗意外发生,患者情绪集中爆发,更有甚者暴力伤医,使医患关系更加恶化^[21]。

一直以来,无论是传统媒体还是网络媒体,都积极围绕医患关系开展相关报道。其中,对天价医疗费用、红包回扣等现象的报道在一定程度上确实对医德医风建设起到积极的推进作用,但有些媒体工作者缺乏自律,为了利益和扩大自己的影响力,

对医患纠纷进行恶意炒作^[22]。错误的舆论会引导民众对医患纠纷产生错误判断,降低医院和医务人员的公信力。同时,司法程序滞后、医患纠纷处理机制不健全导致医患纠纷处理无依据、处理时间长,医患矛盾更加尖锐。

(三)干扰因素:医患资源策略

医患资源策略节点包含核心能力、生存压力、医疗服务、质量管理、对抗手段5个二级节点、22个三级节点。医患双方的资源是解决纠纷的基础,可在一定程度上左右医患纠纷的发展及处理结果。目前,县级医院的核心竞争力较弱,基础设施较差,卫生人员数量不足且医护比例失衡,人员配置较难达到国家要求的标准^[23]。部分医务人员在日常诊疗过程中没有严格执行操作流程、诊疗规范和核心制度,引发诸如侵犯患者知情同意权、隐私权,输液错误等问题^[24],加剧了医患纠纷的发生。

患者的对抗手段主要包括:首先,患者在医患关系中所处的弱势地位是其与医院对抗的最直接工具,患者运用其弱势条件进行表演性抗争,容易让医院在医患纠纷处理中陷入被动。其次,县级医院患者和家属多为当地居民,具有地方影响力或易在地方上形成“医闹”群体。患者大多受教育水平不高,医学常识和法律意识淡薄,一旦出现医患纠纷,患者及其家属往往会聚集起来向医院索赔,当赔偿要求没有得到满足时,纠纷容易升级为“医闹”^[25]。最后,在自媒体时代,任何一件事经过发酵都容易成为热点,医患纠纷更是大家关注的热点话题。自媒体具有传播速度快、影响范围大的特点,成为患者与医院对抗的有效手段。通过表演性的悲情演绎,患者往往能迫使医院尽快满足其期望^[26],这种舆论施压是医患纠纷处理结果向患方倾斜的关键因素。

三、结论与对策

既往研究通过案例分析或实地调研,关注医方面面临的压力及患者的健康需求^[27-28]。本研究通过开放式编码、轴心式编码和选择式编码,对县级医院医患纠纷的影响因素进行研究,构建医患纠纷的三维归因模型,发现县级医院医患纠纷的影响因素主要为个体认知差异、制度政策背景、医患资源策略,得出以下结论:①医患双方的个体认知差异是医患纠纷产生的内在动因,信息不对称容易导致医患双方不能平等地看待医患纠纷。较低的满意度、强烈的剥夺感成为引发医患纠纷最直接的心理因素。医院管理层为了医院声誉可能向患者妥协,花钱消灾。②法制不健全、资源配置不均、维权渠道不畅等问题是医患纠纷的制度诱因。③医患双方的资源策略能够影响医患纠纷的发展走向,医患纠纷极

易引起社会关注,患者的弱势地位也容易得到共情与关注,县级医院受自身条件限制在医患纠纷中容易处于不利地位。

基于以上结论,医患纠纷的预防应从认知、制度、资源三重维度出发,构建医务人员培训、患者就医教育、政府持续保障、负面舆情监管、院方主动干预“五位一体”的县级医院医患纠纷危机预防机制。

(一)综合提高医务人员业务能力

医务人员应认真学习医疗行业相关法律知识,院方也要重视法律方面的教育培训。可以通过定期邀请医事法学、医患沟通等相关领域的专家开展课程、讲座等,将人文教育、法制教育和危机防范作为医护人员业务培训的常规内容,对医务人员日常的行医作出明确规范及监管,增强医务人员的安全意识和危机意识,不断提高处理医患关系的综合能力^[29]。县级医院应做好医患纠纷记录并进行分类,作为后期制定预防方案的重要参考。医院可以根据各科室的既往医患纠纷数据建立相关指标,分类汇总分析;还可以将每一次的医患纠纷作为案例进行全院讨论和应急演练,提升医务人员预防纠纷的意识,让医务人员学会评估各类患者。讨论和演练应从可能发生的最坏状况出发,查找平时工作中的安全隐患,以制定最适宜的解决方案,不断提高医务人员的危机管理和处理能力,使其能够及时识别危机,在危机来临时泰然面对、巧妙化解。危机过后,要从危机中总结经验教训,不断提高医务人员的医患沟通能力,有效防止类似危机再度发生^[30]。

(二)加强患方就医教育

医患纠纷不是一方促成的。患者医学知识、法律知识的欠缺是医患纠纷的重要导火索。在医学知识层面,应加强对患者的医学知识宣教。医方要进行充分、有效地沟通,认真对待每一位患者及其家属,及时进行健康教育^[31],让患者对自身病情有透彻地认知,也有利于医方后续开展其他相关医疗工作。在法律知识层面,近几年政府相继出台《关于严重危害正常医疗秩序的失信行为责任人实施联合惩戒合作备忘录》等一系列与患方息息相关的法律法规,患方在就医过程中应遵纪守法。政府可以联合学校、医疗机构、主流媒体等共同开展大众普法教育,增强社会大众的就医法律意识^[32]。

(三)增加卫生资源投入

县级公立医院作为承上启下的枢纽,改革成败关系到能否解决全国数亿县域百姓“看病难、看病贵”问题。县级医院服务能力的提升离不开政府的扶持,政府可以推动省市级三级甲等医院积极开展对县医院的帮扶工作,将对口支援落到实处^[33]。同时,应持续推进县级公立医院改革,加大对县级公立医院的投入,合理配置医疗卫生资源,通过实行

分级诊疗制度使县级医院的职能和分工更加明确,不断提升县级公立医院的 service 能力和水平,强化县级公立医院的龙头地位和纽带功能^[34],切实改善紧张的医患关系,减少医患纠纷的发生。

(四)开展网络负面舆情预警与防控

在网络媒体环境中,医院的负面舆情如果处理不当很容易发酵。负面舆情出现的原因和处理都比较复杂,但爆发前都会有征兆^[35]。医院可以通过留意投诉信息、监测热门信息传播渠道、与主流媒体保持合作交流来建立网络舆情预警机制,分析医患纠纷的原因和性质并归类,对可能导致负面影响的网络舆情进行预警,提前做好准备。医院宣传部门可以借助网络媒体进行健康知识普及、对优秀医务人员进行宣传,增进患者对医疗行业和医务人员的了解,增进医患信任,缓解医患矛盾。同时,应及时发现并处理网络舆情,对于一般咨询类舆情,可以跟帖回复,保持与患者的沟通,营造和谐的医患关系。此外,政府有关部门应加大对传播假新闻行为的处罚力度,提高传播虚假消息的成本,通过建立相关法律法规来约束媒体^[36],倡导社会大众理性、文明上网,拒绝猎奇心态,营造一个良好的网络氛围。

(五)建立健全各类医患纠纷管理组织体系

医院应成立医患纠纷管理部门,配备专职或兼职人员,明确其预防、评估、处置、总结与研究危机的责任,对医患纠纷扎口管理。医院管理者应该改变“走一步、看一步”的消极处理方式,变被动为主动,坚持“预防为主,处理其次”的原则,根据县级医院的特点完善医患纠纷处理制度、流程和应急预案,对可能发生医患纠纷的风险源进行排查,将苗头消灭在萌芽状态。管理部门应及时对患者的意见、建议及医患纠纷投诉事件进行登记、处理、反馈和分析,防止矛盾升级;应对反复出现的小问题引起足够重视,分析医院的管理制度、流程等是否存在偏差,不断总结并对偏差进行及时纠正,有效消除潜在的危机,不断提升医院的服务能力和管理能力。同时,医院应加强对不良事件的管理,鼓励医务人员主动上报工作失误和遇到的突发问题,引导他们对不良事件进行分析和总结,从错误中吸取教训,以有效保障患者安全、消除安全隐患^[37];病案是医方处理医患纠纷的重要凭证,应加强病案管理,对病案管理进行规范化培训,注重过程管理,加强监督、检查,避免错误、虚假病案^[38]。

医患纠纷研究是一个多学科、多领域交叉融合的综合性问题。本研究运用扎根理论方法,对检索到的文献进行质性分析,但资料仅从中国知网数据库检索搜集,相关文献的选取有一定的局限性,对反映医患纠纷研究的总体情况存在偏倚。

参考文献

- [1] 刘丹,吴依诺,张春瑜,等. 公立医院医护人员经历医患纠纷的现状与趋势研究[J]. 中国研究型医院,2020,7(1):15-21,121
- [2] 姚明,许院生. “医闹”入刑的司法裁判实证研究[J]. 医学与社会,2019,32(12):131-135
- [3] 李俊. 县级公立医院管理中存在的问题与路径探讨[J]. 江苏卫生事业管理,2018,29(11):1225-1226,1290
- [4] 邹晓旭,韩健,李雪佳,等. 我国县域分级医疗服务体系构建现状研究[J]. 中国医院管理,2015,35(7):14-17
- [5] 胡晨. 县域二级医院医疗纠纷处理困境及治理路径研究——以河南省Z县为例[D]. 上海:华东师范大学,2017
- [6] 马晨凯. 医闹问题的困境与应对——基于法经济学的思考[D]. 重庆:西南政法大学,2019
- [7] GLASER B G, STRAUSS A L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research [J]. Nurs Res, 1967, 3(2). DOI:10.1097/00006199-196807000-00014
- [8] 徐伟. 基于服务失当的公立医院医疗纠纷形成机理及治理策略研究[D]. 哈尔滨:哈尔滨工业大学,2017
- [9] 卢芸芝,李浩,卓丽军,等. 基于扎根理论的区域医联体医疗资源整合障碍因素及对策研究[J]. 中国医院,2021,25(4):1-5
- [10] 薛雯蔚,陈凯,张长丽,等. 地方性本科院校应用化学专业创新创业人才培养模型建构——基于扎根理论的多个案研究[J]. 化学教育(中英文),2020,41(8):91-100
- [11] 王超,郭娜. 包容性旅游减贫中政府服务的影响因素与理论机制——基于扎根理论的探索[J]. 四川师范大学学报(社会科学版),2020,47(4):59-64
- [12] 郭晓鹤,吴晓倩,徐玲,等. 石家庄市某医院医患双方对医疗纠纷认知的调查[J]. 医学与社会,2019,32(2):93-96
- [13] 孟强,张懿敏,刘牧云,等. 基于AHP-SWOT方法的暴力伤医事件防控策略研究[J]. 医学与社会,2021,34(12):69-74
- [14] 王英伟. 医闹行为的归因模型构建及干预路径选择——基于扎根理论的多案例研究[J]. 公共行政评论,2018,11(6):68-86,211
- [15] 任相伟,孙丽文,邢丽云. 基于扎根理论的资源型企业绿色转型两阶段演化过程研究——以河北钢铁集团为例[J]. 科技进步与对策,2022,39(2):70-78
- [16] 邓胜利,赵海平. 基于认知失调理论的偏差信息搜寻行为与认知的作用机理研究[J]. 情报科学,2019,37(1):9-15
- [17] 江隆福,曾伟芳. 医学科学能力的局限性与仁爱的无限制性[J]. 医学与哲学,2020,41(3):64-70
- [18] 从紫薇,杨阳,黄锦玲,等. 县(区)域医疗中心在家庭医生签约服务发展中的角色和作用——基于价值链和利益相关者分析[J]. 中国全科医学,2019,22(33):4133-4137
- [19] 涂旭东. 对构建和谐医患关系的理性思考[J]. 中国卫生产业,2018,15(23):75-76
- [20] 管欣,张哲薇,陈张蕾,等. 政府规制下的医患纠纷演化博弈模型[J]. 系统工程理论与实践,2019,39(12):3151-3162
- [21] 史华伟,李娟,申刚磊,等. 无锡市医患双方医患关系认知研究[J]. 医学与社会,2019,32(5):72-75
- [22] 王韵桥,蒋筱,罗利,等. 从如何约束社会舆论各参与主体探讨和谐医患关系的建立[J]. 中国社会医学杂志,2019,36(3):234-236
- [23] 陈红,方鹏骞. 湖北省县级公立医院卫生人力资源配置现状分析[J]. 医学与社会,2016,29(7):76-78
- [24] 李桂芝. 基层医疗机构医疗纠纷发生及防范策略研究[J]. 现代临床医学,2019,45(5):361-363
- [25] 林秋云. 县级医院医疗纠纷状况分析及对策研究——以某县S医院为例[D]. 福州:福建医科大学,2018
- [26] 张晶. 扭曲的赋权:中国城市公立医院的医患权力关系——以纠纷解决与处理为例[J]. 东南大学学报(哲学社会科学版),2019,21(3):106-114,148
- [27] 伍开莲,李敏. 危机管理视野下医患纠纷现状与对策探析——以口腔专科医院为例[J]. 管理观察,2019(23):176-178
- [28] 谢明道,石应康,邓绍平. “医闹”成因与对策[J]. 中国医院,2012,16(5):17-20
- [29] 杜莹,赵金萍. 在医学生中开展涉医暴力危机管理教育的实践探索[J]. 中国医学伦理学,2018,31(3):317-320
- [30] 赵金萍,耿文慧,王晶晶. 医患起冲突,如何应对才能缩减危机[N]. 健康报,2017-06-09(5)
- [31] 毛瑛,谢涛,宁伟. 医疗服务质量对患者医患关系感知的影响——基于患者满意度的中介效应分析[J]. 西安交通大学学报(社会科学版),2020,40(6):119-127
- [32] 杨润,张艺凡,钱莱,等. 全方位多角度防范医疗纠纷发生探讨[J]. 中国医院,2020,24(8):30-33
- [33] 迟东英. 谈影响县医院医疗服务能力提升现存问题及对策[J]. 现代医院管理,2020,18(1):21-23
- [34] 袁波英,林凯,董恒进. 县域医共体建设对县级公立医院运行的影响——以浙江省为例[J]. 中国医院管理,2020,40(2):26-29
- [35] 张晨. 新媒体环境下减少涉医网络舆情危机发生和影响的思考[J]. 江苏卫生事业管理,2018,29(12):1474-1475
- [36] 明朝. 网络媒体介入背景下医患冲突演化博弈及治理策略研究[J]. 郑州大学学报(哲学社会科学版),2019,

- 52(5):30-36
- [37] 司文洁,杨顺心,马丹丹,等. 医院管理不良事件上报系统的建立与运行情况分析[J]. 中国医院,2019,23(8):45-47
- [38] 王姗姗,韩爽. 精细化管理模式提高医院病案管理的应用分析[J]. 中国现代医药杂志,2020,22(10):88-90
- (本文编辑:姜 鑫)

Research on doctor-patient disputes in county hospitals based on grounded theory

HUANG Shan-jia^{1,2}, SHAO Hai-ya^{1,3}

1. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166; 2. Xuyi County People's Hospital, Huai'an 211700; 3. Institute of Healthy Jiangsu Development, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: In view of the current situation of difficult handling and high compensation of doctor-patient disputes in county-level hospitals, this paper constructs a conceptual model of the influencing factors of doctor-patient disputes in county-level hospitals. A total of 62 articles were qualitatively analyzed by the literature analysis method and the grounded theory, and 364 reference points were obtained through NVivo software coding. After repeated analysis, comparison and linkage, three core categories are condensed, i.e. individual cognitive differences; institutional policy background and doctor-patient resource strategy to build a conceptual model of the influencing factors of doctor-patient disputes in county hospitals. From the three dimensions of cognition, system and resources, this paper put forward five strategies for county hospitals to prevent the crisis of doctor-patient disputes, in order to promote hospital managers to plan ahead, improve the ability to timely identify and deal with the potential crisis of the hospital, and reduce the risk of doctor-patient disputes.

Key words: county hospital; doctor-patient dispute; grounded theory; influencing factor; prevention