

# 马斯洛需求理论视域下的 医疗场所暴力成因及应对策略

丁建飞, 刘群英

安徽医科大学第二临床医学院, 安徽 合肥 230032

**摘要:** 医疗场所暴力是患者及家属对医疗活动不满而引发的, 是社会、医院、制度基于主客观因素, 不能满足患者的某种或某些需求而导致的一种私力救济行为。从马斯洛需求理论看, 医疗场所暴力源于医疗环境不能满足患者的低层次需求, 医疗体验不能满足患者的中低层次需求, 纠纷处理机制不能满足患者的需求代偿。基于此, 文章提出应对医疗场所暴力的策略: 从制度上保障医务人员的人格尊严和职业安全, 从文化上营造和谐文明安全的医疗生态环境, 从道德上强化医务人员的职业精神和医院社会责任。

**关键词:** 马斯洛需求理论; 医疗场所暴力; 医患关系; 医务人员

中图分类号: R197.3

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2018)03-188-005

doi: 10.7655/NYDXBSS20180305

医疗场所暴力, 指医务人员在各级卫生医疗机构如医院、社区卫生服务中心(点)或其他地点, 进行医疗活动的过程前、中、后受到辱骂、威胁或身体袭击, 从而造成对其安全、幸福和健康明确或含蓄的挑战。按照实施暴力行为的形式可以分为以侮辱、谩骂等骚扰性行为为主的心理暴力和以殴打、拘禁等攻击性行为为主的身体暴力<sup>[1]</sup>, 一般称为“医疗暴力”。依据实施暴力行为的目的可以将其分为索赔策略型和情感宣泄型两类, 两者常混合重叠, 相互转化<sup>[2]</sup>。近年来, 医患关系日益紧张, 医患纠纷呈暴力性倾向, 医疗暴力事件明显增多, 医疗暴力冲突持续升级, 恶性袭医伤医事件也频见于报端, 严重影响了社会秩序的稳定, 阻碍了和谐社会构建进程。虽然医疗体制改革过程中出现医患矛盾和医疗纠纷是无法回避的世界性难题, 由此暴露出来的诸如医疗保障制度不健全、部分媒体的负面报道、患者维权意识较高等问题也并非中国独有现象, 但频发的恶性医疗暴力事件却不得不引人深思。本文基于马斯洛需求理论, 对医疗暴力形成的原因进行挖掘, 并从制度、文化、道德上提出应对策略。

## 一、马斯洛需求理论的基本内容

20世纪以来, 国内外诸多专家学者在现代化管理的实践基础上, 基于人的需求提出了很多激励理论, 其中影响最大的是“人本主义心理学之父”亚伯拉罕·马斯洛提出的需求层次理论。该理论是人本主义心理学最为经典、最具有代表性的理论成果, 至今仍被学者广泛应用于管理学、教育学、宗教学、哲学以及社会学等多个领域。

### (一) 需求层次

马斯洛在其经典著作《动机与人格》一书中提出了需求层次理论, 并将人的需求分五个层次, 即生理需求, 安全需求, 归属与爱的需求, 尊重需求和自我实现需求<sup>[3]</sup>。生理需求是维持人的基本生存以及种族延续的最基本要求, 是一种原始需求; 安全需求是指人为了寻求一定的安全感, 希望能免于焦虑、恐惧和混乱的侵扰所产生的需求, 前两者需求是低层次的需求; 归属与爱的需求表现为个人对家人、朋友的需求, 是渴望获得家庭、集体和社会的认可而产生的一种需求; 自尊需求包括自我尊重和他

**基金项目:** 安徽省教育厅教学研究重大项目“大学生社会责任教育培养体系构建研究”(2016jyxm0523); 安徽医科大学思政研究会课题“医患生态视域下生命伦理教育现状研究”; 安徽省教育厅教学研究重点项目“学习动机理论视域下的农村订单定向免费医学生培养模式研究”(2017jyxm1431)

**收稿日期:** 2018-01-17

**作者简介:** 丁建飞(1982—), 男, 安徽肥东人, 硕士, 研究方向为医学生教育管理; 刘群英(1963—), 男, 安徽宿松人, 高级经济师, 研究方向为大学生思想政治教育, 通信作者。

人尊重,自尊需求的满足可以产生很多积极的情感,如自强、自信、赏识、支持、赞许等,从而获得个人威信和社会地位;位于结构最顶端的是自我实现的需求,指的是人有成长、发展、利用潜力的心理需求,具体表现为充分发挥内在潜能对个人远大理想和预期目标的实践过程并最终实现的一种动机倾向。马斯洛晚年对需求层次结构重新审视,认为除早期发现的五种需求类型外,介于自尊需求和自我实现需求之间还存在认知需求和审美需求两种基本类型,将五层结构拓展为七层。在学术界,学者们比较认同马斯洛早期的五层次理论研究,并在此基础上延伸出很多研究成果。

## (二)基本观点

### 1. 低层次需求是高层次需求的基础

马斯洛需求层次认为,每个人都具有这五种需求,各需求之间形成金字塔,在顶端是自我实现的需求,最底端是生理需求和安全需求。生理需求和安全需求属于基本需求,是最迫切和最直接需要被满足的类型。在基本需求被满足的前提下,才能激励人不断进步,才会产生更高层次的成长性需求。

### 2. 需求层次间相互重叠、呈波浪式渐进

需求层次的顺序是相对的,并不是一成不变的,不同人的需求层次顺序也有可能不同。低一级的需求满足后才会产生高一级的需求,但并不是必须百分之百的完全满足才会产生新的需求。每种需求都是一种渐进式的演进过程,在同一时期存在着不同层次的需求,都有一种需求占据主导地位<sup>[3]</sup>。

### 3. 需求层次之间相互影响、相互制约

不同层次的需求在需求层次波浪形渐进发展过程中相互影响、相互制约。低级需求的满足才会产生高级需求,导致需求层次的不断提升,而高级需求如得以满足,会为低级需求的再次实现提升质量和高度。在需求的“不满足”到“满足”,再到“不满足”的螺旋式推进过程中促进了社会和个体人的发展。

## 二、基于马斯洛需求理论的 医疗暴力成因分析

从马斯洛需求理论看,不论是心理暴力还是身体暴力行为,都是患者及其家属对医疗活动不满而引发的,这种不满是由于社会、医院、制度基于主观或客观的因素,不能满足患者的某种需求或某些需求而导致的。每个患者因社会经历、个人素质、心理品质等不同,需求满足的阈值也不同。因此,在同一社会背景下,即使面对同样的医疗过程和医疗结果,不同患者的主观感受却不尽相同,这种差异会促使患者及其家属在缓解焦虑、释放悲伤情绪上采取不同的行为。

### (一)医疗环境不能满足患者的低层次需求

人的需求是不断变化的,在某些变化中可能会出现需求层次的倒退。当患者被疾病困扰时,生理需求和安全需求占据主导地位,而当前的医疗环境难以满足其低层次需求。

#### 1. 医学的局限性

疾病的痊愈是患者及其家属最迫切的生存需求,但医学不是万能的,生老病死是自然规律,即便使用相同的治疗手段、同样的药物治疗同一种疾病,也会因为个体差异出现不同的治疗效果。由于患者所具备的健康常识和医疗知识水平存在差异,对诊疗结果的期待和接受程度不尽相同,生存需求的峰值不一样,需求程度也产生了差异。在医生不能百分之百满足患者对于健康的需求时,患者也会因需求满足的自我感知度不同,在行为表现上有所差异。

#### 2. 医疗保障体系

当前我国实施的医疗保险制度虽然能减轻患者一定的经济负担,但需要个人承担的医疗费用依然不菲,不论医疗结果如何,在疾病治疗过程中不少家庭因病返贫。很多患者在患病之初就对医疗费用产生了深深的担忧,随着治疗的进展,这种担忧越来越强烈,对物质的需要也越来越迫切。

#### 3. 媒体负面报道

媒体作为医疗行为的第三方,对医生的行为进行监督,理应对医疗过程中的不和谐现象进行曝光,医生也应接受媒体的监督,从而纠正自己的行为。但一些媒体以个别现象代替一般情况,甚至扭曲事实,使患者质疑医生的品德,从而带着防备心理就医,依从性差,并对后期医疗行为的公正性产生质疑,患者安全需求难以在这样的舆论氛围中得到满足,易激发暴力事件。

### (二)医疗体验不能满足患者的中层次需求

#### 1. 医疗过程不能满足患者的情感需求

医生由于具备医学专业知识,对使用何种治疗方案和何种药物拥有话语权,而患者需要医生运用医学知识和专业技能帮助自己减轻病痛,并促进康复。由此,形成了医生占主导地位、患者占从属地位的诊疗关系,医患之间建立了一种信任关系。但这种信任关系是事前的、临时性的,患者受知识水平的限制,不得不信任医生,患者即便对治疗方案持不同意见,也不愿表达或不敢表达。医生在这种临时信任关系支配下,往往忽视患者参与诊疗过程的积极性,不和患者共同商量诊疗意见,并漠视患者由此产生的焦虑、彷徨等负性情绪体验,患者尊重的需求得不到满足。当诊疗结果不能达到预期时,患者积压的不愉悦体验迅速爆发,并将这种愤恨发泄在医生身上,从而引发医疗暴力。

## 2. 医生的角色功能不能满足患者的期待

在医疗活动中,患者期望医生能扮演除了治疗者以外的多种角色。如专业咨询者:患者期望医生能多和自己沟通和交流,将深奥的医学知识转化成通俗易懂的语言,使自己获得与自身疾病相关的医学信息,帮助自己了解如何进行健康维护和促进疾病康复;心理疏导者:因疾病困扰而产生的焦虑、自卑、绝望、抑郁等负面情绪会直接影响人的免疫力以及求生意志,患者及其家属希望医生能帮助自己消除这些负面情绪。这些角色期待是合理的,是符合现代医学模式的。但医生在治疗过程中,大多仅仅认真履行好治疗者的角色,没有和患者进行思想沟通,给予患者情感温暖,患者归属和爱的需求被忽视。当然,在我国医药卫生体制改革下,医疗费用从公益性医疗到部分由个人支付的过程中,一些患者对医生还存在一种角色期待——商者:希望自己购买的医疗服务能像其他消费行为一样,拥有赔偿、“退换货”等权利,甚至医生可以像商者一样,满足自己针对所购买服务的任何咨询及需求。在这种矛盾的角色期待中,患者在疾病治愈后,低层次的需求退居从属地位,中高层次需求再次占据主导地位时,治疗过程中带来不悦的情感体验,依然会让患者耿耿于怀。

### (三) 纠纷处理不能满足患者的需求代偿

当患者生理需求、安全需求等低层次需求长期得不到满足,归属与爱的需求以及自尊需求出现倒退,患者道德观在诊疗结果的刺激下会变得异常脆弱,容易将自己所遭受的痛苦归咎于医院和医务工作者,依靠语言暴力、心理暴力、肢体暴力等私人暴力行为对治疗的直接施行者采取极端方式报复,以达到情感宣泄或更快获得更多索赔的目的。从本质上看,医疗暴力实质上是一种私力救济行为。有调查显示<sup>[4]</sup>,在2002—2015年媒体报道的329起医疗暴力事件中,有相当一部分患者曾求助于正式的制度安排,并非一开始就采取这种私力救济行为。患者及其家属最终还是选择暴力维权,主要原因是现在的纠纷处理措施费时费力又不能有效回应患者的低层次需求。

依据《医疗事故处理条例》,应对医疗纠纷的制度化方式主要有:医患双方协商、行政部门调解、司法诉讼。对于行政部门调解,患者认为作为医院上级主管部门的卫生行政部门,和医院有着紧密联系,他们不能既当守门员又当裁判员,因而质疑调解的公正性,而第三方调解常被认为是在“和稀泥”,患者对此认可度低。对于司法诉讼:法院诉讼法定时间是6个月,还要进行医疗鉴定,一般的案件处理最快也要一年多<sup>[2]</sup>,患者认为耗力、耗财又耗时。此外,无论是行政调解还是司法诉讼,都需要

进行医疗事故鉴定,而患者认为鉴定的专家也是医生,同行相互袒护,会做出不公正的鉴定。鉴于此,患者更倾向于和医院进行协商,希望尽可能快地弥补自己的情感需求,获得尽可能多的赔偿以满足自己的物质需求。现实情况中,由于医患双方的信息不对称、医疗专业知识水平上的不同,医患双方在协商过程中,医方往往选择冷处理<sup>[5]</sup>。所谓冷处理,指的是在涉及双方或多方的事件中,其中至少有一方以上对事件回避、搪塞、推诿,企图低调处理或不处理,宁做传球手,不做主攻手。因此,患者和家属在对正式制度维权失望的情况下,要不选择忍气吞声,要不诉诸暴力,利用社会大众的潜在患者身份引起情感共鸣,利用媒体网络引起社会支持,给医方制造强大的舆论压力,从而实现治疗过程中患者弱势地位向医疗暴力中强势地位的扭转,达到迅速实现需求代偿的目的。

## 三、马斯洛需求理论视角下 医疗暴力预防策略

医疗暴力行为的频繁发生使医务人员丧失了工作的热情,越来越多的人不愿意从事医生这个职业,医生渴望安定的环境,此时医生的安全需求占据主导地位,医生采取防御性医疗以求自保。表现为:不愿做高风险手术,担心惹祸上身,动辄转院;治疗中注意收集有利证据,过多使用医疗辅助手段;选择治疗方案时,优先考虑医疗责任风险,其次才是患者的利益等。这在一定程度上又加重了患者的经济负担,从而引起患者对低层次需求的更多关注。与此同时,医生自我实现的高层次需求变为从属地位,职业道德修养淡化,社会责任意识缺失,加上与职业高风险不匹配的低收入,引起医生对自身低层次需求的更多关注,从而引起医德失范行为。医患双方这种低层次需求互为因果的恶性循环,使原本紧张的医患关系进一步恶化,最终损害的是医患双方的共同利益。从本质上看,满足医患双方的低层次需求,引导低层次需求向高层次需求的转化,是应对当下医疗暴力、预防医患纠纷的根本所在。

### (一) 从制度上保障医务人员的人格尊严和职业安全

在医疗暴力中,对于性质恶劣,危害医务人员人身安全的行为,不论医者是否存在医疗过错,都是对医生情感的漠视,生命的亵渎,都应该受到法律制裁,体现法律的公平正义。虽然自2012年卫生部、公安部联合发出《关于维护医疗机构秩序的通告》以来,几乎每年都会联合其他部门下发专项文件,要求维护医疗秩序,严禁患者及其家属侮辱、殴打、甚至杀害医护人员,但收效甚微,医疗暴力事件

仍未得到有效遏制<sup>[6]</sup>。除医生被杀害外,患者及家属采取的其他医疗暴力方式几乎零成本,罚治取代了法制,医务人员频发呼吁“医疗暴力零容忍”。在当前建设法治中国的背景下,应建章立制并加以完善,标本兼治,让医患双方重拾信心,实现从不敢使用医疗暴力到无需使用医疗暴力的过渡。

一是要凸显法律的约束力:如出台反医疗暴力法,对医疗暴力的不同方式、具体行为予以界定,对造成恶劣后果的要追究法律责任;同时优化政府的社会管理职能,建立医院保卫部门和辖区公安机关联动机制,严厉打击恶性暴力袭医等行为,让法律的威慑作用使患者及家属不敢使用暴力。二是彰显调解机制的公信力:由政府主导,依托第三方成立由法律、医学、公安等领域专家和普通民众代表组织的专门调解机构,畅通渠道,快速有效、公平公正处理医患纠纷,在调解无果的情况下,再诉诸法律渠道,让患者不必使用暴力。三是强化保险制度的保障力:加强城镇居民基本医疗保险投入,进一步降低患者的支付比重,打消患者因高额医疗费用导致低层次需求难以保障的担忧;建立医疗纠纷保险制度,在确定医方承担医疗纠纷责任后,由保险公司进行相应的经济赔偿,既可以降低医疗机构尤其是基层医疗机构的成本风险,又能保障患者的经济补偿及时到位,使患者无须使用暴力。

(二)从文化上营造和谐文明安全的医疗生态环境

文化的主要功能在于它给人们预设和构造了一个令人神往的理想世界,让人充满激情、动力和希望,从而在获得社会价值的同时,能实现自我超越和升华。文化具有引领社会、激励约束、涵养熏陶等功能<sup>[7]</sup>。和谐文明安全的医疗生态环境可以让医务人员的归属与爱的需求、自尊的需求得到充分满足,因此,全社会形成一种尊重医生、尊重生命、尊重法律的良好文化氛围至关重要。

推进法治文化建设:结合普法教育活动,加强法治宣传力度,重点对医患双方进行《中华人民共和国执业医师法》、《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》等医药卫生领域相关法律法规的宣传,提高公民法律素养,使得医患矛盾发生时,医患双方养成运用法律武器的自觉,通过正规途径主张自己的诉求,满足自己的需求。开展生命伦理教育:倡导生命文化涵养,提高公众生命素养,使社会大众尊重医生的生存价值和生命价值,给予医生应有的尊重;将生命伦理教育纳入到医学生在校教育培养的课程体系中,通过课堂理论教学、临床实践教学等形式,从“准”医生开始,就树立将患者利益放在首位,极力维护患者生命的尊严和

人格的完整,时刻关注患者的心理体验和情感需求的意识,由此在全社会形成尊重生命、珍惜生命、关爱生命的良好氛围。强化医疗知识宣传:医疗机构可以通过开设医学知识大讲堂、常见病预防与保健讲座等活动,主动加强医学知识的普及和宣传,既可以促进患者主动追求健康,转变被动治疗模式,又可以使公众认识到医学的局限性和难以预料性,理性对待不涉及道德层面的医疗损害,增强对医务人员的专业认同、情感认同。打造高品质媒体文化:坚持正面宣传为主,积极弘扬社会正能量,利用电视、网络、报刊、广播以及自媒体等手段对医疗机构中的先进人物、先进典型予以大力宣传和表彰,扩大医疗机构及医务人员的影响力,营造良好的舆论环境;通过播放反医疗暴力宣传片,普及反医疗暴力知识,以舆论宣传提高人们反医疗暴力意识。

(三)从道德上强化医务人员的职业精神和医院社会责任

医患信任危机是医疗暴力行为的重要诱因,而医生职业道德的提升又是重建医患信任的关键。医生应不断加强自身道德修养,不断实现其自我价值和社会价值,在构建和谐医患关系过程中满足自我实现的需求。在医德提升过程中,尤其注重医学人文精神和社会责任的融入。

一是加强医学人文精神的系统化培育。医学院校要将医学人文精神培育融入到通识课程体系中,采取案例教学、分组讨论、典型激励等教学形式,传播医学人文精神;医疗机构要将医学人文精神纳入到医生的职业再教育过程中,开设医学人文讲堂、医患沟通方法和技巧培训、医患纠纷案例讨论等,通过培育手段的多样化、培育形式的新颖化,增强培育效果。二是强化医院社会责任和医生职业责任。医疗行业具有特殊性,其医疗实践活动本身就是一种道德实践行为,既是职业责任的体现,又是社会责任的彰显,直接反映了医务人员的职业道德水准。卫生行政部门应进一步完善社会责任内容,细化相应的指标体系,对医院履行社会责任情况进行考评并通报,增强医院社会责任意识;医院应定期开展社会责任实践活动,如参加医疗救援、救助弱势群体、提供公共卫生服务、应对公共卫生事件等,并将医生社会责任的履行情况和医生的职称晋升、交流培训等挂钩,督促医生在实践中强化职业责任和社会责任。

#### 参考文献

- [1] 王玲. 医院人文管理视角下医疗暴力问题探讨[D]. 遵义:遵义医学院,2017
- [2] 徐昕,卢荣荣. 暴力与不信任——转型中国的医疗暴力研究:2000—2006[J]. 民事程序法研究,2008(1):224-

- 281
- [3] 马斯洛. 动机与人格[M]. 3版. 北京:中国人民大学出版社,2013:61-67
- [4] 姚泽麟,赵皓玥,卢思佳. 医疗领域的暴力维权及其治理——基于2002—2015年媒体报道的内容分析[J]. 社会建设,2017,4(1):49-63,30
- [5] 张功震. 化解患方暴力维权之探索[J]. 医学与哲学(A),2017,38(11):57-60
- [6] 姜海婷,胡丹,陈家应. 多维视角下暴力伤医事件与应对策略——健康江苏建设与发展研究院首次圆桌沙龙侧记[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2017,17(2):117-118
- [7] 宫福清,何奇,戴艳军. 大学文化与学生医学人文精神的养成[J]. 教育科学,2012,28(2):86-89

## The cause and coping strategies of medical workplace violence under the perspective of Maslow's hierarchy of needs

Ding Jianfei, Liu Qunying

The Second Clinical Medical College of Anhui Medical University, Hefei 230032, China

**Abstract:** Medical workplace violence is caused by the dissatisfaction of patients and their families about medical activities. It is a private remedy when society, hospitals and systems cannot satisfy patients' certain needs for subjective factors. Under Maslow's need theory, medical workplace violence is derived from the medical environment cannot meet with the low-level need of patients, medical experience cannot satisfy the patients' need in moderate level and dispute settlement systems cannot satisfy the patients' need. In this way, strategies to cope with medical workplace violence should be put forward, to safeguard the dignity and occupational security of medical personnel systematically, to create a harmonious, civilized and safe medical ecological environment culturally, and to strengthen the professional spirit of medical personnel and the responsibility of hospitals morally.

**Key words:** Maslow's demand theory; medical workplace violence; doctor-patient relationship; medical staff