



一般論文

看誰在說話？ 醫療糾紛的新聞報導分析*

邱玉蟬**

智慧藏

* 本文為國科會專題計畫 NSC-93-2413-H-182-005 部分研究成果。作者感謝兩位匿名
評審與編輯委員會對本文提出的寶貴修改建議。

** 邱玉蟬為台灣大學生物產業傳播暨發展學系助理教授，E-Mail: ychiu@ntu.edu.tw



摘要

本研究分析新聞報導醫療糾紛事件，以及誰代表病人與被指控醫師／醫院的消息來源。就指控方式而言，報導最多的新聞為抬棺抗議（約四分之一）、法律訴訟（19.28%），與召開記者會（19%）。來自醫院／醫師的消息來源主要為醫院公關部門、醫師當事人及醫院行政主管。代表病人則有親友、病人與民意代表。病人一方必須製造動態的媒體策略（如抬棺抗議），或藉助有權勢民意代表，博取媒體注意力。醫院一方則是運用組織的資源在媒體發聲。

關鍵詞：新聞分析、消息來源、醫療糾紛

智慧藏

醫療糾紛是醫病關係最糟糕的狀況。病人與家屬會對醫師提起告訴，固然有很多因素，但最主要的原因通常是對於醫師的溝通極不滿意（Hickson et al., 1994；Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel, 1997；Hickson et al., 2002）。

根據後續文獻探討一節，不論是從官方或是民間的統計都顯示，台灣的醫療糾紛案件愈來愈多，申請醫事鑑定的案件近二十年來增加了三倍以上。與國外狀況不大相同的是，台灣的媒體也在病人與醫師／醫院之間的醫療糾紛中，扮演著一個角色。媒體變成病人用以對抗醫院的一個管道與工具（游宗憲，2003）。相較於美國及日本，醫療糾紛事件幾乎不可能成為新聞，台灣卻是層出不窮（張耀懋，2000）。在這樣的一種情況下，不禁令人好奇，新聞報導如何呈現醫療糾紛事件？

雖然媒體上的醫病關係並不同於社會上的醫病關係，它卻是醫病關係與醫病角色局部放大的「特寫」。而這個媒體局部放大的形象，某種程度決定了閱聽人注意、了解、記得醫生與病人角色裡被新聞所強調的面向，甚至影響民眾對醫師的評價和與醫生互動，或者醫師對病人的評價（Entman, 1993）。醫療在媒體上的呈現，會改變人們對於自己的認知以及他們與醫療專業的關係（Lupton & McLean, 1998）。媒體是社會化的工具之一，藉由閱讀報紙、收看電視，影響人們對專業角色的態度與期望（Atkin & Arkin, 1990；Malmshemer, 1988；Pfau, Mullen, & Garrow, 1995）。媒介不僅能夠建構人們的健康與生病經驗，也可能是醫病關係的中介者，從新聞報導所得的醫師印象，可能形塑民眾對醫師的期望與態度（Lupton & McLean, 1998；Entwistle & Sheldon, 1999）。當他們就醫時，這些內在的期望與態度，可能會影響他們對醫師的信任、與醫師的關係以及溝通（Lederer & Rogers, 2000；Waitzkin, 1984）。

因此，醫療糾紛的新聞報導是否影響病人與醫師的互動關係？在了解這個問題之前，我們必須先探討醫療糾紛如何被報導？什麼樣的醫療糾紛事件被報導？過去的研究指出，在醫病關係的新聞中，醫師比病人有更多的機會成為新聞消息來源，主宰了媒體的發言權（Chiu, 2006.06

)。那麼，誰在建構醫療糾紛新聞的論述？病人與醫師實際的發言狀況如何？什麼情境下，病人有機會可以成為消息來源？新聞中誰在為病人與醫師發言？從這樣的角度出發，本研究將探討新聞如何再現醫療糾紛事件以及在醫療糾紛新聞裡消息來源的分布。以下的文獻探討，分別討論目前台灣醫療糾紛的狀況與申訴管道、過去醫療糾紛相關新聞的研究，以及醫療新聞與消息來源。

壹、文獻探討

一、台灣的醫療糾紛狀況與申訴管道現況

在台灣，「醫療糾紛」一詞，不論是在媒體上出現或是在一般的討論，通常泛指介於醫師／醫療院所與病人之間的任何衝突與糾紛，例如醫德、醫療費用、態度以及醫療傷害責任歸屬的問題。然而醫療傷害可能是有過失的傷害，包括人員的過失與管理的過失，也可能是無過失的傷害，例如併發症與醫療意外（楊秀儀，2002）。但是醫療引起的傷害究竟是有過失或無過失，並不容易區辨，也因而經常在病人與醫師間產生爭議。本研究討論的醫療糾紛即限於此類，是指病人與醫師／醫院之間對於醫療傷害責任歸屬的爭議。

從官方統計數字與民間團體的申訴案件都可以發現，醫療糾紛事件愈來愈多。醫療糾紛增加的原因，除了醫療科技進步，治療愈趨複雜，相對地醫師處置的危險性升高外，也和病患權益意識的提升、醫師與病人的社會地位改變、民眾對醫療服務的失望有關（Annandale, 1989；陳春山，1995）。根據行政院衛生署（2007）的統計，委託衛生署醫事審議委員會進行鑑定的醫療糾紛案件，從1987年的145件，逐年增加到2003年463件，2006年則為419件。發生的科別則以外科居多，內科其次，依序為婦產科、兒科、耳鼻喉科、牙科、精神科及其他。提出醫事鑑定的地區，則以大都會較多，台北市最多、台中市、高雄市次之，且北部縣市所提出的鑑定案件比南部多。醫療改革基金會（後稱「醫改

會」) (2007a) 的統計也顯示了類似的趨勢，六年來的醫療糾紛諮詢案件為 1450 件，其中 2006 年一年就增加為 471 件。科別則以外科最多，依次為內科、婦產科、牙科、急診、小兒科等。醫改會的資料顯示，北部佔了 58.3% 最多，其次是南部、中部、東部與離島。

至於醫療糾紛的分類，各項統計與研究並沒有一致的區分方式。不過，大多包含診斷相關、麻醉與注射相關、產科相關、手術相關、治療過程相關、用藥不當、未得病人同意、醫療過程不滿意等 (陳榮基，1993；行政院衛生署，2007)。

一般說來，對醫療診治有疑義，病人大多會先向該醫院申訴。不過，目前醫院的醫療糾紛處理與申訴制度相當紊亂，並沒有一致的窗口與路徑。根據醫改會 (2007b) 調查全台 90 家區域級以上醫療院所發現，各醫院醫療糾紛處理機制非常分歧。負責處理醫療糾紛申訴的單位包括社會服務部門、法務部門、公共關係部門、院長秘書室、客戶服務部門等，回覆時間則從三天、一週到不一定，參與處理的人員從社會工作者、公共關係部門人員、秘書、護理人員都有。

雖然在醫改會的調查中，多數醫院指出參與醫療糾紛協商的人員包含有決策權的院長或副院長層級，不過，病人這邊的實際經驗卻不是如此。病人通常只能見到公關、社工等安撫多過於協調的角色，病人無法感受到醫院的誠意 (朱柔若、林東龍，2003；邱玉蟬，2006；醫改會，2007b)。至於各縣市衛生調解委員會的介入協調，或者是醫療糾紛的法律訴訟，病人也認為都傾向醫院一方。醫療糾紛事件最後會採取訴訟手段的比例，約只有一到兩成 (林恆慶、陳楚杰、許銘恭，2003)。

過去的研究指出，超過 40% 遭遇醫療糾紛的病人與家屬，會向民意代表陳情，也有少數的人抬棺抗議 (劉斐文，1983；鄭志忠，2003；陳忠五，2004)。

醫療糾紛導致抬棺抗議，是醫病關係徹底毀壞的狀況。醫病「不」溝通可能是先前的引信。過去的研究指出，醫師與病人的溝通不僅時間短，品質也差，醫師沒有仔細問診，病人也沒有提供足夠的資訊；病人

少有機會參與醫療的決策過程，也鮮少挑戰醫師的權威（張苙雲，1998；鄭麗寶，1990；梁繼權、吳英璋、李蘭，1991；Kleinman, 1980）。

台灣社會裡，醫師與病人處於一種相當弔詭的關係。醫師擁有高度的社會聲望與尊貴的職業地位；病人一方面對醫師表現尊崇，但是私底下卻可能我行我素，不服從醫囑，又不願意正面與醫師衝突或表現不同意（陳君愷，1991；張苙雲，1998）。在這樣的醫病關係裡，以及在醫療專業的控制下，病人的醫療決策參與不僅被動，也被壓抑（林怡欣，2000）。因此，一旦發生醫療傷害，不論是過失或是意外，一直處於隱形與沉默的病人，在溝通不良的關係中，以及無力挑戰醫療專業的狀況下，非常可能採取激烈的抬棺抗議來對抗醫療權威。

另外，也有些人轉而尋求媒體的幫助，希望藉由對醫療糾紛事件的報導，諸如民眾或民意代表所召開的記者會、抬棺抗議等，逼醫院或醫師面對問題。邱玉蟬（2006）訪談曾有醫療糾紛經驗的病人與家屬，發現大多數的病人與家屬不管是否付諸行動，都曾經想過要找媒體，企求將醫療糾紛事件曝光。無論有意或無意，媒體已變成醫病雙方角力的一個戰場。因此，本研究將探討誰在醫療糾紛新聞報導中發言。

二、消息來源與媒介的接近使用

新聞是一個各方人士權力角力的重要競技場，彼此競爭媒體的注意力，在新聞中發言，搶奪定義議題與問題的機會，企圖影響閱聽眾的觀點，甚至是公共政策（Hilgartner & Bosk, 1988；Shoemaker & Reese, 1991；Wolfsfeld, 1991）。誰有機會接近使用媒體，在媒體中發聲，是影響新聞報導對真實建構的重要因素。「消息來源為社會行動的競爭者，彼此競爭在媒介論域中爭取言說論述的主控權。這些競爭者各自透過組織文化動員資源與人力，建構符合組織框架的言說內容，試圖接近媒介，以爭取其接納論點，成為新聞框架的核心與基本立場」（臧國仁，1999：160）。消息來源的組織規模、財力、與其他消息來源間的競合關係與公信力，決定了在這場媒體角力戰中，最後勝出的人選（Schlesinger, 1990

；臧國仁，1999）。缺乏資源者，爲了接近使用媒介，必須發展出各種能夠吸引媒體的策略，例如某些社會失序行爲，以增加媒體曝光率（翁秀琪，1996；臧國仁，1999）。

在健康照護領域裡，過去幾十年來隨著消費意識的提高，新聞報導也開始出現挑戰醫師權威的論述，來再現醫療議題（Lupton & McLean, 1998）。很多相關的人會影響媒體關於醫療照護的報導，包括記者、編輯、政治人物、保險公司、病人團體，或是醫師團體等，都有不同的理由企求媒體傳播有利於他們的報導（Entwistle & Sheldon, 1999；Barker-Plummer, 2002）。接近使用媒體，在媒體上發聲，是讓自己的觀點能夠在公眾論述中被聽見的重要方式之一（Barker-Plummer, 2002）。

但並不是每個人有相等機會在媒體中發聲。要成爲有新聞價值的消息來源，需要資源與技巧。消息來源發動媒體策略的能力，是區辨消息來源權力高低的指標；很多時候消息來源發動媒體策略的能力愈高，權力卻愈低。也就是說，社會權力低的消息來源對於吸引媒體的報導的努力，必須在量上下功夫，也必須在質上做變化，才能有機會在新聞報導中佔有一席之地（翁秀琪，1996）。例如，翁秀琪的研究就發現婦運團體的媒體策略，以遊行、示威效果最好，其次是發動國代質詢、連署、要求釋憲，再來才是座談會、公聽會及記者會。同時，上述這些行動式的動態媒體策略，比文字式的靜態媒體策略（例如提供背景資料、發佈新聞稿）效果要好。吳芳如（2002）研究核四的議題中消息來源媒體策略的運用也發現，儘管社運團體在媒體策略上比其他組織更有創意、方式鮮明而具體，譬如在核四的議題上，最常運用座談會、聽證會與記者會，其次是示威、陳情、表演行動劇，但往往叫好不叫座，曝光率有限；反之，民意代表、政黨消息來源與政府官員最能近用媒體，報導最多，他們最常運用的媒體策略是接受媒體採訪，其次是座談會、聽證會、記者會。

不同的組織團體甚至個人，是否能在媒體「現身」，似乎面臨不同挑戰。政府官員與民意代表握有政策制定權，不需付出太多努力就可以

站上媒介舞台，反之，民間社運團體卻要付出相當代價，爭取發言空間。社會菁英與有權勢位置的人都常被報導與引述，但是低社會階層、教育程度低的人在新聞報導中則少有機會發言（Teo, 2000），除非這些人犯了罪，或是身為被害人、目擊者等（Bell, 1991: 194）。

類似的狀況，也發生在醫療領域。擁有醫療專業知識的機構、組織與專家是媒體醫藥新聞最主要的消息來源。過去的研究發現，醫療新聞中，消息來源大多是比較有聲望的機構（Conrad, 1999）。大多數的情況下，醫師在新聞中所呈現的是醫藥專家（Kirkman, 2001；Fisher, Gandy, & Janus, 1981；Lupton & McLean, 1998）。Lupton & McLean（1998）分析澳洲報紙與雜誌的醫療報導發現，絕大多數的消息來源是醫師，佔了一半以上。醫學會理事長、專科醫師、管理者等較具權威的人物更是受到媒體青睞。

相對於醫師在新聞中的吃重角色，病人及其親友僅佔所有新聞消息來源的 4%。當病人成為消息來源時，通常他會是醫療疏失的受害人，或者是對醫師滿心感謝的病人（Lupton & McLean, 1998）。Fisher et al.（1981）分析心臟病的報導也有類似的發現，主要的消息來源為專業醫療人員（66.4%），病人僅佔少數（16.5%）。可見醫師掌控了絕大多數的新聞論述（Lupton & McLean, 1998）。

台灣的研究也指出醫師與醫療權力機構為主要醫療新聞消息來源的狀況。不論是正面或負面醫病關係的新聞報導，如果計數每一則新聞醫師與病人的發言人數，來檢視誰是新聞論述的主要掌控者，醫師通常在一則新聞中的發言人數多過於病人（Chiu, 2006.06）。不過，雖然醫師比病人有較多的機會成為消息來源，但在負面醫病關係的讀者投書上，報紙刊載病人的投書多過於醫師的投書，儘管兩者投書刊載的數量差異並不大。在疾病的報導中，具有醫療專業權威的醫師或官方衛生機構，通常會是新聞的主要論述者（徐美苓、丁志音，2004）。簡佳偉（2005）以北城醫院新生兒打錯針事件與仁愛醫院邱姓女童轉診事件為例，進一步分析醫療糾紛報導的框架，發現兩個事件引用消息來源最多的是醫

學界專業人士，包括醫師、護理人員以及醫學院教授、研究人員等，其次是中央或地方政府官員。換言之，醫界人士與政府官員是這兩個事件主要的議題界定者，遠超過引用病患家屬與親友的比例。

就接近使用大眾傳播媒體而言，尤其是新聞媒體，誰能夠為記者所偏好，誰就能被訪問、被直接引述以及被描述在新聞報導中，這個人的意見將因此比較能夠影響大眾（van Dijk, 1996）。也就是說，透過接近使用媒體，掌控優勢的族群某種程度得以控制公眾論述。媒體的接近使用，是少數族群能夠參與公眾論述，進而定義他們自身情況的一個關鍵。不過，除非藉由抗議行為，否則少數族群其實少有機會接近使用媒體，但是這類的報導又容易形成對少數族群的刻板印象與偏見（van Dijk, 1996）。的確，游宗憲（2003）的研究指出，所有醫療糾紛事件中，抬棺、灑冥紙的自力救濟報導最多（36%），其餘依次為訴訟（28%）、記者會（14%）、協調（6%）。然而，媒體的報導也不見得有利於民眾或病人的形象。邱玉蟬（2007）探討醫療糾紛抬棺抗議新聞的醫病形象建構發現，媒體的報導重點著墨於抬棺抗爭的過程與現場，強調衝突與抗爭，也描繪情緒激動與憤怒的家屬。病人與家屬被再現的方式並不利於他們的形象，例如指出這些抬棺抗議的病人及家屬具有特殊、少數族群、或是邊緣化的屬性。對於病人的引述，主要呈現的是一種委屈、冤枉、可憐的宣洩與哭訴。反之，對醫院或醫師的引述，則內容相當一致與理性，主要為說明、解釋與澄清醫療糾紛事件。因此，從這個分析病人與醫師消息來源引述的研究可以發現，抬棺抗議新聞對於醫病形象再現的處理並不相同。

綜合上述，和醫師比起來，病人（常人）比較沒有機會在媒體上發聲。新聞媒體傾向於讓醫療提供者定義大部分的論述，而不是消費者。一般來說，由於缺乏社會經濟力量，個人難以有組織、有體系的接近使用媒體，例如舉辦記者會、發布新聞稿，以及以公共關係部門與媒體聯繫（Fedler, 1973）。易言之，倘若民眾（病人）無法提供媒體有興趣的素材，或借重權勢人物的力量，不容易在媒體上發聲（Gans, 1980）。

相反地，醫院因為有較多的資源和媒體互動，比較容易接近使用媒體。醫院公共關係部門最主要的任務之一，便是和媒體建立關係，創造對該醫院有利的新聞，並吸引適當的媒體報導等（Kotler & Clark, 1987；Morton, 1996）。一項針對地區級以上的醫院研究發現，六成以上醫院平時就和媒體維持互動關係，九成醫院認為平時和媒體維持良好互動，將來對危機處理會有正面效益（林雅齡，2004）。另外，陳珮嘉（2000）針對台北市各級醫院的研究指出，等級愈高的醫院，愈常設有獨立的公共關係部門。陳珮嘉的研究也發現，不同等級的醫院對於媒體關係的投入有所差異，醫學中心與區域醫院對媒體關係的投入，較其他公共關係業務多；地區醫院與中醫醫院則對媒體關係的投入比其他業務少。在醫療糾紛的處理上，區域醫院對於病患申訴的案例與醫療糾紛的事件，花費了較多的時間與人力。因此，報紙刊載各級醫院醫療糾紛新聞的多寡，也可能會因為各級醫院對醫療糾紛與媒體關係投入的心力不同，而產生差異。

綜觀上述討論，本研究的研究問題如下：

(1) 在這個初探研究中，將先了解報紙如何報導醫療糾紛新聞？也就是描述並分析醫療糾紛新聞，包括醫療糾紛發生的地區、醫院的層級、科別、指控的理由、病人傷害的程度等。如前所述，不同層級的醫院對於媒體關係的投入可能有所不同，過去文獻也指出，抬棺抗議的醫療糾紛事件會有區域上的差異，因此，本研究將描述並分析瞭解醫療糾紛新聞的分布。

(2) 病人指控醫療疏失的方式為何？換言之，事件是在何種狀況下被揭露出來？這個分析的主要目的，是希望藉此了解病人接近使用媒體的策略。因此，本文也將同時探討新聞報導是否刊載抬棺抗議新聞（動態的媒體策略），多過於其他指控方式的醫療糾紛？不同層級的醫院爆出醫療糾紛新聞時，其受指控的方式是否會有所不同？

(3) 醫療糾紛新聞中，病人和醫師的發言狀態為何？在新聞報導的場域中，醫病雙方各由誰來發言？

貳、研究方法

一、新聞樣本

本研究分析 2001 年 1 月 1 日至 2004 年 12 月 31 日的報紙新聞，以有電子資料查詢功能的報紙為限。分析的五家報紙包括《中國時報》、《聯合報》、《蘋果日報》、《中時晚報》與《聯合晚報》。^[1]本研究使用中時電子報（包括《中國時報》與《中時晚報》）與聯合知識庫（包括《聯合報》與《聯合晚報》）兩個電子報紙資料庫以及壹蘋果網絡（主要為《蘋果日報》電子版），分別以七個關鍵字「醫療糾紛」、「醫病糾紛」、「醫病衝突」、「醫療疏失」、「醫療失誤」、「病人安全」、「醫療錯誤」搜尋含關鍵字的新聞報導。本研究只分析新聞報導，排除了社論與讀者投書，共得 382 則新聞。本研究排除 SARS 新聞，同時也排除北城醫療疏失事件與屏東崇愛診所給錯藥事件，因為這兩個事件很明顯一開始時就已確定是醫療疏失，並不是一般醫療責任歸屬的糾紛。刪除上述新聞後，共得 363 則新聞。

二、主要變項的編碼方式與定義

（一）醫療糾紛發生的地區

分成北部、中部、南部、東部與離島。

（二）醫院層級

是指被病人指控醫療疏失的醫師所任職醫院的層級或被病人指控醫療疏失的醫院層級。依現有醫院層級分成醫學中心、區域／地區醫院、診所三個等級。

（三）指控疏失的理由

過去的研究與統計，對於指控疏失並沒有一致的分類，因此，本研究綜合過去的分類，並符合實際新聞分析的便利，將指控的疏失的理由區分為醫療疏失（包括誤診、延誤處置、用藥不當，以及因為治療、手

術造成後遺症或死亡等)、未告知醫療的風險、竄改病歷、照護不當、未具專業證照。

(四) 指控醫療糾紛的方式

因為過去相關研究並沒有類似對於醫療糾紛指控方式的分析,因此本研究先歸納出新聞中病人指控醫院或醫師的各種方式,確定編碼適宜後,再進行正式編碼。新聞中病人指控醫院/醫師醫療疏失的方式,包括抬棺抗議(如灑冥紙、扔雞蛋、綁白條等)、法律訴訟、召開記者會、檢調與衛生單位調查、自傷或傷人的暴力手段。

(五) 消息來源

是指在新聞報導中被直接引述或間接引述的個人或團體。分成代表病人與代表醫師/醫院的消息來源。本研究排除非代表病人或醫院/醫師的消息來源,原因是在醫療糾紛裡,非代表病人或醫院醫師的消息來源本來就少,同時,本研究的重點僅在於了解醫病雙方的消息來源,因此並未計數其他的消息來源。

1. 代表病人的消息來源

新聞中表達病人立場的間接或直接引述。代表病人的消息來源的編碼包括病人、家屬、民意代表。

2. 代表醫師的消息來源

新聞中代表醫師/醫院的間接或直接引述,包括醫院公關、被指控的醫師當事人、醫院負責人與主管、其他醫護人員。

三、主要變項的信度檢測

分析單位為一則新聞,分析的主要變項為醫療糾紛發生的科別、醫院層級、地區、病人提出指控的方式、消息來源。本研究並從樣本中隨機抽出 50 則新聞檢驗兩位編碼員的信度。主要變項的編碼員信度相當高,介於 0.79-1.0 間,不一致的編碼則在討論後達成共識(見表 1)。

表 1：主要變項的編碼員信度

主要的變項名稱	編碼員信度
糾紛發生的地區	1.0
糾紛發生的醫院層級	1.0
糾紛發生的科別	0.97
病人指控的對象	0.79
指控疏失的理由	0.86
醫療傷害的類型	0.88
指控的方式	0.92
消息來源：代表醫師／醫院一方	0.86
消息來源：代表病人一方	1.0

參、結果與分析

首先簡述新聞樣本的分布以及醫療糾紛新聞所刊載的版面分布。在 363 則新聞中，《聯合報》124 則（34.16%），《中時》122 則（33.61%），《蘋果》53 則（14.60%），《聯晚》40 則（11.02%），《中晚》24 則（6.61%）。至於版面分布，地方版刊載的醫療糾紛新聞最多（44.63%），綜合版／社會版居次（21.79%），其次為焦點／要聞版 9.09%，版面不明的則有 24.52%。^[2]

一、研究問題一

描述並分析新聞報導醫療糾紛發生的醫院層級、地區、科別、指控的理由，與醫療傷害的程度。

（一）新聞報導醫療糾紛發生的醫院地區、醫院層級與科別

醫療糾紛的報導集中在北部的醫院較多，佔 51.52%，其次是南部 29.48%，中部 9.92%、東部與離島 9.09%。至於醫院的層級則以區域

與地區醫院最多（50.96%），醫學中心次之（24.24%），診所佔 14.88%，層級不明的醫院則為 9.92%（見表 2）。

表 2：新聞報導發生醫療糾紛之醫療院所地區、醫院層級與科別

分項	百分比	次數
地區		
北部	51.52	87
南部	29.48	107
中部	9.92	36
東部與離島	9.09	33
（地區）總計	100.00	363
層級		
區域／地區醫院	50.96	185
醫學中心	24.24	88
診所	14.88	54
不明	9.92	36
（層級）總計	100.00	363
科別		
外科	24.52	89
婦產科	17.91	65
急診	10.74	39
內科	6.89	25
診所	3.58	13
整型美容	2.75	10
其他	9.64	35
無法辨別科別	23.97	87
（科別）總計	100.00	363

（二）新聞報導醫療糾紛發生的科別

新聞報導醫療糾紛發生的科別以外科居多（24.52%），婦產科其次（17.91%），其餘依次為急診 10.74%、內科 6.89%、診所（無法判別科別）3.58%、整型美容科 2.75%、其他的科別則有 9.64%、從新聞中無法辨別科別為 23.97%（見表 2）。

（三）醫療糾紛新聞中病人指控的對象

新聞報導中，病人與家屬指控醫療疏失的對象，分別是醫院 61.71%、醫師 38.29%（見表 3）。

表 3：醫療糾紛新聞中病人指控醫療疏失的對象（複選題）

指控對象	百分比	次數
醫院	61.71	253
醫師	38.29	157
總計	100.00	410

（四）醫療糾紛新聞中病人指控醫療錯誤的理由

醫療糾紛新聞中病人指控醫院／醫師的理由，因為治療造成後遺症或死亡為 49.64%，誤診或延誤處置 21.65%、用藥不當 6.08%，其次是未告知醫療的風險 5.35%、竄改或偽造病歷 4.87%、照護不當 2.92%、未具專業證照 1.46%、其他 4.38%。也有 3.65%的新聞報導，並未說明病人的指控理由（見表 4）。

表 4：醫療糾紛新聞中病人指控醫療錯誤的理由（複選題）

指控理由	百分比	次數
治療後遺症或死亡	49.64	204
誤診或延誤處置	21.65	89
用藥不當	6.08	25

表 4 (續)

指控理由	百分比	次數
未詳盡告知風險	5.35	22
竄改、偽造病歷	4.87	20
照護不當	2.92	12
未具專業認證	1.46	6
其他	4.38	18
未說明	3.65	15
總計	100.00	411

(五) 醫療糾紛新聞中醫療傷害的類型

至於醫療糾紛新聞中的醫療傷害，則以病人死亡最多 59.62%，其次是不可逆的損傷 17.07%、可彌補的傷害 13.28%、植物人 4.88%、其他 1.08%，至於未說明的有 4.07%（見表 5）。

表 5：醫療糾紛新聞中的醫療傷害（複選題）

醫療傷害	百分比	次數
病人死亡	59.62	220
不可逆的身體損傷	17.07	63
可彌補的傷害	13.28	49
植物人	4.88	18
其他	1.08	4
未說明	4.07	15
總計	100.00	369

二、研究問題二

醫療糾紛新聞報導中病人指控醫療疏失的方式有哪些？不同層級的醫院被指控醫療糾紛的方式是否會有所不同？

這個分析的目的是希望了解，新聞報導中的醫療糾紛，大多是在哪一種情境下被提出來？藉由分析病人指控醫療疏失的方式，間接呈現病人接近使用媒體的機會與其所使用的媒體策略。病人指控醫師醫療糾紛的方式，最多為抬棺抗議（26.72%），其次是提出法律訴訟（19.28%），與召開記者會（19.01%），再者則是向衛生與其他單位陳情與檢警介入調查（14.05%），或施行暴力（2.48%），也有 18.46% 無法從新聞中得知他們指控的方式（見表 6）。為了統計上分析的便利，以下的分析合併抬棺抗議與暴力手段為一類。接下來，進一步分析新聞報導中，醫療糾紛的指控方式是否因地區與醫院層級而有所差異。

表 6：醫療糾紛新聞報導病人所指控醫療疏失的方式

指控方式	百分比	次數
抬棺抗議	26.72	97
法律訴訟	19.28	70
記者會	19.01	69
陳情／檢警調查	14.05	51
暴力手段	2.48	9
未說明	18.46	67
總計	100.00	363

（一）醫療糾紛新聞報導病人指控醫療疏失的方式與醫院地區的關係

醫療糾紛新聞報導中，北部的醫院被指控醫療疏失的方式以記者會（28.88%）和法律訴訟（22.46%）較多，抬棺抗議新聞（8.56%）較少；反之，中、南、東部醫院則以抬棺抗議居多（分別為 38.89%、57.01%、45.45%），次為法律訴訟（分別為 19.44%、12.15%、24.24%）與記者會（分別為 19.44%、5.61%、6.06%）。卡方檢定達顯著水準（ $\chi^2(12) = 99.8307, p < 0.001$ ），顯示醫療糾紛新聞中，醫院所在地區與被指控方式有差異（見表 7）。

表 7：新聞報導病人指控醫療疏失的方式與醫院所在地區的關係

指控方式	醫院所在地區			
	北% (N)	中% (N)	南% (N)	東% (N)
抬棺抗議／暴力	8.56 (16)	38.89 (14)	57.01 (61)	45.45 (15)
法律訴訟	22.46 (42)	19.44 (7)	12.15 (13)	24.24 (8)
記者會	28.88 (54)	19.44 (7)	5.61 (6)	6.06 (2)
陳情／檢警調查	13.90 (26)	11.11 (4)	15.89 (17)	12.12 (4)
未說明	26.20 (49)	11.11 (4)	9.35 (10)	12.12 (4)

* $\chi^2(12) = 99.8307, p < 0.001$

(二) 新聞報導病人指控醫療疏失的方式與醫院層級的關係

從醫院層級來看，醫學中心被指控的方式最多為法律訴訟（27.27%）與記者會（20.45%），其次為陳情／檢警調查（13.64%），抬棺抗議新聞最少（9.09%）。區域與地區醫院則以抬棺抗議佔多數（42.70%），記者會居次（18.38%），法律訴訟（13.51%）及陳情／檢警調查（9.73%）較少（見表 8）。卡方檢定達顯著水準（ $\chi^2(12) = 51.3153, p < 0.001$ ），顯示醫療糾紛新聞中，醫院層級和被指控方式有差異（見表 8）。

表 8：新聞報導病人指控醫療疏失的方式與醫院層級的關係

控訴方式	醫院層級			
	醫學中心 % (N)	區域／地區 醫院 % (N)	診所 % (N)	不明 % (N)
抬棺抗議／暴力	9.09 (8)	42.70 (79)	25.93 (14)	13.89 (5)
法律訴訟	27.27 (24)	13.51 (25)	22.22 (12)	25.00 (9)
記者會	20.45 (18)	18.38 (34)	20.37 (11)	16.67 (6)
陳情／檢警調查	13.64 (12)	9.73 (18)	22.22 (12)	25.00 (9)
未說明	29.55 (26)	15.68 (29)	9.26 (5)	19.44 (7)

* $\chi^2(12) = 51.3153, p < 0.001$

三、研究問題三

醫療糾紛新聞中，病人和醫師的發言狀態為何？在新聞報導的場域中，醫病雙方各由誰來發言？

分析誰有機會能夠在醫療糾紛新聞發言，是瞭解媒體再現與建構醫病權力關係的重要途徑之一。在新聞當中，醫師及其代表出現的人數為 300 人。最常代表醫師回應病人指控的人是醫院公關人員（46.33%），其次是被指控的醫師當事人（28.67%），主管或醫院的負責人佔 22%，其他醫護人員則有 1.67%（見表 9）。

表 9：代表醫院／醫師的消息來源（複選題）

代表醫院／醫師	百分比	次數
公關部門	46.33	139
當事人（醫師）	28.67	86
醫療單位主管	22.00	66
非當事人	1.67	5
表示不願回應	1.33	4
總計	100.00	300

註：次數是計算每一則新聞中，代表醫師／醫院發言的不同身分是否出現。

在醫療糾紛新聞報導中，病人與其代表成為消息來源的人數為 373 人。最主要為病人發言的人是病人家屬（72.12%），其次為病人本身（14.75%），再者為民意代表如立法委員、縣市議員、鄉鎮代表等（13.14%）（見表 10）。民意代表是僅次於病人與家屬在新聞中被直接或間接引述最多的人。

為能更清晰瞭解消息來源出現與指控方式之間的關係，表 11 呈現病人代表與醫院／醫師代表在不同指控方式中所出現的頻率。從表 11 中可以發現，在抬棺抗議與記者會新聞上，病人與家屬確實有比較高的機會成為消息來源（分別為 23.64%、33.83%與 30.91%、18.96%），民

意代表則出現在記者會新聞較多（65.31%）。醫院的主管與公共關係部門人員出現在抬棺抗議新聞的比例，較其他指控方式的新聞高（42.45%），醫師則多出現在記者會新聞（26.74%）。

表 10：代表病人的消息來源（複選題）

代表病人	百分比	次數
病患親友	72.12	269
病患本人	14.75	55
立委或民代	13.14	49
總計	100.00	373

註：次數是計算每一則新聞中，代表病人發言的不同身分是否出現。

表 11：不同消息來源在各種指控方式中出現的分布

控訴方式	代表醫師的消息來源			代表病人的消息來源		
	% (N)			% (N)		
	當事人 醫師	醫療單 位主管	公關 部門	病患 本人	病患 親友	立委或 民代
抬棺抗議／暴力	17.44 (15)	37.88 (25)	42.45 (59)	23.64 (13)	33.83 (91)	14.29 (7)
法律訴訟	25.58 (22)	10.61 (7)	17.27 (24)	30.91 (17)	17.10 (46)	14.29 (7)
記者會	26.74 (23)	21.21 (14)	12.95 (18)	30.91 (17)	18.96 (51)	65.31 (32)
陳情／檢警調查	10.47 (9)	10.61 (7)	10.79 (15)	1.82 (1)	13.38 (36)	4.08 (2)
未說明	19.77 (17)	19.70 (13)	16.55 (23)	12.73 (7)	16.73 (45)	2.04 (1)
總計	100 (86)	100 (66)	100 (139)	100 (55)	100 (269)	100 (49)
χ^2	12.34*	6.18	20.51***	18.12**	12.20*	81.20***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

肆、結論與討論

不論是衛生署的醫事鑑定統計或是醫改會的諮詢統計，雖然都不一定能夠真正反映台灣所發生的醫療糾紛事件，但是至少這些統計資料是我們得以獲悉醫療糾紛狀況的一扇窗。因此，如果比較報紙所刊登的醫療糾紛新聞和醫療糾紛案件的統計，我們可以發現報紙的報導，其實和實際醫療糾紛事件的統計結果差異並不大。不論是科別或是發生的地區與醫院層級，都呈現相當類似的分布；科別以外科系較多，包括外科、婦產科等，其次是急診及內科；地區部分，以北部最多，其次是南部、中部與東部離島地區。

整體來說，醫療糾紛新聞中指控醫療疏失的方式，以抬棺抗議的新聞居多，其次為法律訴訟與召開記者會的方式。雖然我們無法推估實際上抬棺抗議的醫療糾紛被媒體報導的比例，不過應該可以推測絕大多數的醫療糾紛並非以這樣的方式提出。醫改會（2007a）的統計資料也顯示，會採取自力救濟方式如抬棺抗議等，只有 2%，會找媒體爆料、控訴的也只有 1%。

抬棺抗議新聞佔如此高的比例，也許是因為媒體考量衝突事件的新聞價值（李利國、黃淑敏，1995），這類新聞比較容易獲得媒體青睞。同時也顯示，病人採取動態的媒體策略，確實較容易成功。在整體醫療糾紛新聞中，抬棺抗議新聞佔多數的情況，可能也反映出病人必須以這樣的媒體策略比較能「接近使用媒體」，透過媒體發聲。病人及其家屬因為缺乏接觸新聞媒體的資源與能力，通常必須運用衝突與戲劇性的故事——包括自殺或傷害，才能吸引媒體注意（Gans, 1980）。此外，病人、家屬與民意代表也在這些動態的媒體策略（如抬棺抗議、記者會情境）新聞中，有較多的機會成為消息來源。

召開記者會的方式，也相當常見於醫療糾紛的新聞。而這些記者會大多由民意代表陪同病人與家屬召開，指控醫師的醫療疏失。民意代表不僅比較瞭解聯繫媒體記者的管道與媒體運作方式，同時，他們所召開

的記者會，媒體也比較可能會給予相當的關注。醫療糾紛新聞中，高比例的抬棺抗議與記者會新聞，多少已顯露出醫病關係中的病人，終究是處於弱勢權力位置的訊息。在新聞報導這個競爭的舞台上，不同的消息來源立身於原本社會中不同的權力位置，很多時候消息來源發動策略登上媒體舞台的能力愈高，卻更加凸顯出他們在社會中權力的低落（翁秀琪，1996）。

此外，醫療糾紛新聞報導中，指控醫療疏失的方式，有明顯的地區差異。北部的醫院以記者會最多；反之，中、南、東部醫院則以抬棺抗議居多，尤其是南部，一半以上的醫療糾紛新聞皆屬此類，這和過去的新聞分析研究吻合（游宗憲，2003）。這種現象有可能是南部本來就發生比較多的抬棺抗議事件（侯宜伶，2000；張修維，2000；郭惠旻，2002），因此被報導的次數也多，但這亦推演出不同的觀察角度：南部醫院的醫療糾紛處理機制與病人、家屬之間的溝通協調比較不順暢，因此民眾必須藉由媒體來對醫院施壓？或者相對於其他新聞，南部的地方新聞取向比較偏好這類有畫面、相對也較聳動的議題？這些問題都有待未來的研究深入探討。

從醫院層級來看，醫學中心被指控的方式最多為法律訴訟；區域與地區醫院則以抬棺抗議佔大多數。病人通常在與醫院溝通協商無效和得不到滿意答覆時，比較可能採取非體制內的作法——抬棺抗議或找民意代表開記者會。醫學中心不僅有比較豐富的資源處理醫療糾紛，也可能比較擅於維繫媒體關係，是否因此避免了抬棺抗議事件的發生或相關新聞報導，則有待後續研究釐清。

那麼，究竟是誰在醫療糾紛新聞中主宰新聞的論述？如果計算人數的話，病人與其代表在新聞中成為消息來源的數量，似乎比醫師與其代表要多一些，可能是因為這類事件主要是由病人主動發起，因此，病人的發言會比被指控的醫師與醫院多一些，甚者，醫院與醫師對這類新聞有時也無回應。這個發現和澳洲的研究有類似之處——當病人成為消息來源時，通常他是醫療疏失的受害人（Lupton & McLean, 1998）。一般

民眾除非有驚天動地的舉止，或者受害，否則很難成為新聞報導所引述的對象。

醫療糾紛新聞中，代表醫院或醫師的消息來源主要是公關部門，其次是當事人，再者為醫院的行政主管。病人的代表則主要為親友、病人與民意代表。從這兩方的消息來源結構可以發現，醫院與醫師方面主要為組織的力量，這一方的人都是在醫療機構中，都具有相當的醫療專業知識，同時也擁有相當多的資源，可以在媒體上發言；病人方面則主要靠個人的力量，他們大多沒有受過醫療專業訓練，而他們的語言也通常不是醫療專業用語。如前所述，可能因為缺乏接近使用媒體的管道與資源，病人和家屬因此必須藉由民意代表的社會權力以接近使用媒體。

更進一步來看，本研究發現消息來源的出現和指控方式有相當的關連。民意代表大多出現在記者會新聞中，病人與親友則是抬棺抗議、法律訴訟與記者會都有，顯示病人在主動出擊的媒體策略中，比較有機會在新聞中發言。至於醫院一方，公關人員與醫院高層主管出現在抬棺抗議新聞最多。從這個結果來看，如果病人的目的是要藉由媒體的報導要求醫院出面，似乎動態的媒體策略比較有效果。不過，值得深思的是，醫療糾紛新聞的出現，並且以抬棺抗議新聞居多，所代表的意義為何？病人與家屬冀望媒體報導的原因之一，是欲藉此討回公道與正義，換言之，醫療糾紛報導（尤其是抬棺抗議與記者會）所顯露的可能是，病人（民眾）對於醫療糾紛處理制度的無力感受，因此才要借力使力，亦即運用社會失序媒體策略、向民代陳情召開記者會等，讓自己的聲音可以在媒體上出現。

如果醫療傷害的申訴與仲裁制度較能為病人接受，是否還會有如此多的醫療糾紛新聞？病人與家屬是否還會主動發動媒體策略，吸引媒體報導？民眾是否還需要找民意代表代介入？長久以來，台灣的醫療糾紛處理制度，一直備受批評。例如，衛生署只被動接受法院的鑑定案件，且需六個月以上的時間處理；匿名鑑定也有醫醫相護之嫌，衛生行政單位不強制介入，而醫師公會與衛生局雖有行政懲戒權，但難主動介入。

反觀，英國公醫制度的醫療糾紛處理則有既定程序：接受投訴與申訴，有行政介入，有具名的醫療糾紛鑑定專家制度，並且有來自保險公司與衛生部的醫療糾紛補償金，醫師公會對於確實有疏失的醫師，也有權力廢止職業執照等（葛謹，2008）。很明顯地，台灣的醫療糾紛處理程序還有相當大的進步空間，未來必須提升醫療糾紛處理的公信力，建立一個能夠確保病人權益，以及公平公正的醫療傷害賠償責任與處理的制度（陳榮基，1991；楊秀儀，2002）。

此外，值得注意的是，在這些醫療糾紛被報導後（特別是抬棺抗議與記者會），如何影響到該糾紛後續的協調與訴訟過程？未來研究或許可以以個案研究方式，深入了解病人及家屬、民意代表、醫療機構與媒體之間的互動關係，進而了解這些互動關係如何影響到媒體的醫療糾紛新聞報導，以及報導後的互動發展。病人與家屬冀望發動媒體策略，希望事件在媒體曝光，但是媒體揭露後，真的有助於糾紛的解決嗎？

本研究僅分析醫療傷害責任歸屬爭議的醫療糾紛新聞，研究發現無法推及醫德、態度、醫療費用等其他類型的醫療糾紛，另外也排除了近年來幾件顯著的醫療糾紛事件，這些事件的呈現與消息來源的分布，也許會有不同的面貌。本研究同時只分析幾家主要報紙的報導，也未收集電子媒體的新聞，因此，研究發現只侷限在所分析的幾家報紙報導。

智慧藏

註釋

- [1] 初步篩選新聞後，《民生報》僅有十則醫療糾紛報導，考量該報性質與其他報紙不同，因此加以排除。
- [2] 從壹蘋果網絡查閱《蘋果日報》新聞時，無法判斷所刊載的版面，其他報紙則有 36 則新聞無法得知所刊載的版面。



參考書目

- 朱柔若、林東龍（2003）。〈醫療公道如何討？台灣醫療糾紛處理機制弊病之探索〉，《醫事法學》，11：31-61。
- 行政院衛生署（2007）。【歷年醫事審議委員會醫療糾紛鑑定案件統計】。未出版之統計數據。
- 吳芳如（2002）。《消息來源、新聞框架與媒體真實之建構：以政黨輪替後之核四爭議案為例》。世新大學傳播研究所碩士論文。
- 李利國、黃淑敏（1995）。《當代新聞採訪與寫作》。台北：周知文化。（原書 Brook, B. S., Kennedy, G., Moen, D. R., & Ranly, D. [1994]. *News Reporting & Writing*. New York: Bedford/St. Martins.）
- 林怡欣（2000）。《醫病互動關係中著身體自主權—以女性乳癌病患為例》。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 林恆慶、陳楚杰、許銘恭（2003）。〈病人安全相關議題之探討〉，《醫院》，36：69-77。
- 林雅齡（2004）。《影響醫院面臨危機時採取形象修復策略的相關因素探討》。台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文。
- 邱玉蟬（2006）。《醫病關係與醫療糾紛關連初探：病人觀點的研究》（國科會專題研究計畫，NSC94-2412-H182-001）。桃園：長庚大學醫務管理學系。
- 邱玉蟬（2007）。〈醫病形象的媒體建構：醫療糾紛抬棺抗議新聞分析〉，《新聞學研究》，93：41-81。
- 侯宜伶（2000）。《台灣醫學中心級醫院醫療糾紛風險管理之實證研究》。長庚大學管理學研究所碩士論文。
- 徐美苓、丁志音（2004）。〈小病微恙的真實再現：以「感冒」的新聞論述為例〉，《新聞學研究》，79：197-242。
- 翁秀琪（1996）。〈消息來源策略研究探討中時、聯合對婦運團體推動「民法親屬編」修法的報導〉，《新聞學研究》，52：121-148。

- 張苙雲（1998）。《醫療與社會：醫療社會學的探索》。台北：巨流。
- 張修維（2000）。《醫療機構醫病爭議調處經驗之質性研究—以台南地區為例》。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 張耀懋（2000）。〈媒體在藥害及醫療糾紛事件中的角色：日、美、英等與國內事件之比較〉，《醫事法學》，8：60-87。
- 梁繼權、吳英璋、李蘭（1991）。〈病人向醫師權威挑戰的態度與行為之先驅研究〉，《中華家醫誌》，1：109-18。
- 郭惠旻（2002）。《醫院醫療爭議調解代表之實務經驗研究》。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 陳君愷（1991）。《日治時期台灣醫生社會地位之研究》。師範大學歷史研究所碩士論文。
- 陳忠五（2004）。〈醫療糾紛的現象與問題〉，《台灣本土法學雜誌》，55：1-4。
- 陳春山（1995）。〈誰點燃醫療糾紛導火線？醫療糾紛的起源與型態〉，《法律與你》，88：8-13。
- 陳珮嘉（2000）。《台北市各級醫院公共關係之現況初探》。台北醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 陳榮基（1991）。《醫療糾紛處理制度之研究—改進現行醫療糾紛處理程序》（行政院衛生署委託計畫）。台北：行政院衛生署。
- 陳榮基（1993）。《台灣醫療糾紛現況與處理》。台北：健康世界。
- 游宗憲（2003）。《台灣醫療糾紛中病患採用自力救濟行為探討》。長庚大學醫務管理研究所碩士論文。
- 楊秀儀（2002）。〈論醫療糾紛之定義、成因及規責原則〉，《台灣本土法學雜誌》，39：121-131。
- 葛謹（2008）。〈英國醫療糾紛處理制度：對改進我國制度之啓示〉，《臺灣醫界》，51：40-45。
- 臧國仁（1999）。《新聞媒體與消息來源：媒體框架與真實建構之論述》。台北：三民書局。

- 劉斐文 (1983)。《消基會醫療申訴處理之分析研究》。台灣大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 鄭志忠 (2003)。《醫療糾紛案件處理之探討：以台灣醫療改革基金會收案對象為例》。台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文。
- 鄭麗寶 (1990)。《醫療過程中人際互動的社會學分析》。台灣大學社會研究所碩士論文。
- 簡佳偉 (2005)。《醫療糾紛新聞報導的框架與比較：以北城醫院新生兒打錯針事件與仁愛醫院邱姓女童轉診事件為例》。政治大學新聞研究所碩士論文。
- 醫改會 (2007a)。〈醫療糾紛知多少？從個案經驗學習避免及自保之道〉，《醫改雙月刊》，19：2。
- 醫改會 (2007b)。〈醫糾諮詢服務：各醫院申訴管道〉。上網日期：2008年1月8日，取自 http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=565
- Annandale, E. (1989). The malpractice crisis and doctor-patient relationship. *Sociology of Health and Illness*, 11(1), 1-23.
- Atkin, C., & Arkin, E. B. (1990). Issues and initiatives in communicating health information to the public. In C. Atkin & L. Wallack (Eds.), *Mass communication and public health*. Newbury Park: Sage.
- Barker-Plummer, B. (2002). Producing public voice: Resource mobilization and media access in the national organization for women. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 79(1), 188-205.
- Bell, A. (1991). *The language of news media*. Oxford: Blackwell.
- Chiu, Y. C. (2006.06). *Voices, power, and the news media: Who constructs the picture of doctor-patient relationship in Taiwan*. Paper presented at the International Communication Association 56th Annual Conference, Dresden, Germany.
- Conrad, P. (1999). Uses of expertise: Sources, quotes, and voice in the

- reporting of genetics in the news. *Public Understanding of Science*, 8(4), 285-302.
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51-58.
- Entwistle, V. & Sheldon, T. (1999). The picture of health? Media coverage of the health service. In B. Franklin (Ed.), *Social policy, the media and misrepresentation*. London: Routledge.
- Fedler, F. (1973). The media and minority groups: A study of adequacy of access. *Journalism Quarterly*, 50(1), 109-117.
- Fisher, J., Gandy, O. H. Jr., & Janus, N. Z. (1981). The role of popular media in defining sickness & health. In E. G. McAnancy, J. Schnitman & N. Januns (Eds.), *Communication and social structure: Critical studies in mass media research*. New York: Praeger.
- Gans, J. H. (1980). Sources and journalists. In J. H. Gans (Ed.), *Deciding what's news: A study of CBS evening news, NBC nightly news, Newsweek, and Time*. New York: Vintage Books.
- Hickson, G. B., Clayton, E. W., Entman, S. S., Miller, C. S., Githens, P. B., & Whetten-Goldstein, K., et al. (1994). Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA*, 272(20), 1583-1587.
- Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J., & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *JAMA*, 287(22), 2951-2957.
- Hilgartner, S., & Bosk, C. L. (1988). The rise and fall of social problems: A public arenas model. *American Journal of Sociology*, 94(1), 53-78.
- Kirkman, A. (2001). Productive readings: The portrayal of health "experts" in women's magazines. *Qualitative Health Research*, 11(6), 751-765.
- Kleinman, A. (1980). *Patient and healer in the context of culture*. Berkeley:

University of California Press.

Kotler, P., & Clark, R. N. (1987). *Marketing for health care organizations*. New Hersey: Prentice Hall.

Lederer, S. E., & Rogers, N. (2000). Media. In P. John & C. Roger (Eds.), *Medicine in the twentieth century*. Amesterdam: Harwood Academic Publishers.

Levinson W., Roter D. L., Mullooly J. P., Dull V. T., & Frankel R. M. (1997). Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553-559.

Lupton, D. & McLean, J. (1998). Representing doctors: Discourses and images in the Australian press. *Social Science and Medicine*, 46(8), 947-958.

Malmsheimer, R. (1988). *Doctors only: The evolving image of the American physician*. New York: Greenwood Press.

Morton, L. P. (1996). Do public relations managers and technicians value news releases differently? *Public Relations Review*, 22(4), 355-368.

Pfau, M., Mullen, L. J., & Garrow, K. (1995). The influence of television viewing on public perceptions of physicians. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 39, 441-458.

Schlesinger, P. (1990). Rethinking the sociology of journalism: Source strategy and the limits of media centrism. In M. Ferguson (Ed.), *Public communication and the new imperatives*. London: Sage.

Shoemaker, P. J., & Reese. S. D. (1991). *Mediating the message: Theories of influence on mass media content*. NY: Longman.

Teo, P. (2000). Racism in the news: A critical discourse analysis of news reporting in two Australian newspapers. *Discourse & Society*, 11(7), 7-49.

- van Dijk, T. (1996). Discourse, power and access. In C. Coulthard (Ed.), *Texts and practices: Readings in critical discourse analysis*. London & New York: Routledge.
- Waitzkin, H. (1984). Doctor-patient relationship: Clinical implication of social scientific research. *JAMA*, 252(17), 2441-2446.
- Wolfsfeld, G. (1991). Media, protest, and political violence: Transactional analysis. *Journalism Monograph*, 127, 1-61.





Who Talks in the News? A News Coverage Analysis of Medical Dispute

Yu-chan Chiu*

Abstract

This study analyzed the news coverage of medical dispute to examine (1) in what ways that patients could have their stories reported in the news, and (2) who as news sources represented patients and accused doctors, respectively. The results indicated the top three stories of medical dispute were coffin-lifting, litigation and news conference. In addition, news sources who represented patients were patients, their family and the legislators; and the news sources who speak on behalf of the accused physicians were public relation personnel, people in hospitals management level, and physicians themselves. This study showed that patients and their family have to employ dynamic media strategies to attract the media's attention. Unlike physicians/hospitals who had institutional resources, patients and their family had to rely on powerful persons, for examples, legislators, to voice their complaints.

Keywords: news analysis, news source, medical dispute

* Yu-chan Chiu is Assistant Professor at the Department of Bio-Industry Communication and Development, National Taiwan University, Taiwan.

