

台灣北部護理人員職場暴力探討——橫斷性調查

鈕淑芬^{1,7*} 李作英^{2,7} 蔡瑞貞³ 邢世俊⁴ 吳淑靜⁵ 高靖秋⁶

摘要

背景

護理人員為醫療團隊中遭受職場暴力最高的群體，職場暴力會產生負向情緒，對身體、心理造成不良影響，而波及照護品質。

目的

探討護理人員遭受職場身體及精神暴力的盛行率、暴力來源、遭受暴力後之行動及服務機構防範暴力的措施。

方法

以橫斷式研究設計，分層抽樣調查台北市各層級醫療院所之護理人員，共計2,931位個案，有效問卷2,627份。

結果

研究對象有70.6%遭受到暴力，其中31.0%為身體暴力，66.0%是精神暴力。多重迴歸分析顯示已婚及工作年資一年以下之護理人員遭受身體暴力及精神暴力的風險較低，年齡大於50歲遭受精神暴力風險較低，大學暨以上教育程度遭受精神暴力風險增加。施暴者以「病人」最多；暴力事件發生後受暴者採取之行動以「告訴施暴者停止施暴」、「告訴朋友或家人」及「報告上級主管」最多；施暴者處置以口頭警告最多，其次是沒有受到任何處置。通報異常事件的比率只有2.3–6.8%，沒有通報或未告訴他人主因為「沒有用」、「不重要」及「害怕負面後果」。本研究對象認為可以減少工作場所暴力事件的措施主要有：實施安全措施、改善工作環境及辦理職場暴力教育訓練。

結論

暴力防範須從環境設施、管理、教育、政策面整體改善，以達有效預防暴力事件的產生，提升醫療院所的職場安全。

關鍵詞： 職場暴力、身體暴力、精神暴力、護理人員。

前言

職場暴力是全球醫療機構非常重視的職場安全議題，Spector、Zhou與Che (2014) 統合全球38個國家，共151,347名護理人員，發現約三分之一的護理人員曾遭到身體暴力、三分之二的人曾遭受精神暴力、四分之一的人曾受到性騷擾。護理人員身為民眾健康的守護者，在第一線與病人及家屬互動多，遭受暴力的盛行率也為醫療團隊中最高 (Phillips, 2016)，足見此議題的重要性。

國內某醫學中心研究調查顯示，高達83.9%之護理人員曾經歷職場暴力 (林、尹、黃，2012)，而明

等 (2016) 的系統性文獻研究，進一步指出6–74%的護理人員遭受肢體暴力，而精神暴力中，以言語暴力居多 (15.2–97.6%)，其次為職場霸凌 (11.6–47.6%) 及性騷擾 (33.7–34.9%)。護理人員遭受暴力後可能會產生壓力、抑鬱、倦怠和影響睡眠問題 (Hanson, Perrin, Moss, Laharnar, & Glass, 2015)，進而影響照護品質 (Hamdan & Hamra, 2015; Lanctôt & Guay, 2014)、降低對工作的熱忱及增加離職率 (Heponiemi, Kouvonen, Virtanen, Vänskä, & Elovainio, 2014)。

國內外研究指出，職場暴力發生原因可能為病人或家屬認為疾病診斷或預後不符合預期、對治療或檢查相關訊息不足與誤解 (Lin & Liu, 2005)、特殊需

接受刊載：107年7月3日

[https://doi.org/10.6224/JN.201812_65\(6\).07](https://doi.org/10.6224/JN.201812_65(6).07)

¹臺北醫學大學護理學院學士後護理學系助理教授 ²振興醫院護理部副主任暨國立臺北護理健康大學護理系兼任助理教授 ³衛生福利部雙和醫院護理部主任暨臺北醫學大學護理學院護理學系兼任助理教授 ⁴振興醫院醫療品質管理中心副主任暨國立臺北護理健康大學健康事業管理系兼任講師 ⁵振興醫院護理部督導長 ⁶臺北市立萬芳醫院社區副院長暨臺北醫學大學護理學院護理學系兼任助理教授

*通訊作者地址：鈕淑芬 11031 臺北市信義區吳興街250號 電話：(02) 27361661–3612；E-mail：niu@tmu.edu.tw

⁷同等貢獻為通訊作者

求未獲得滿足、處於過度擁擠環境(El-Gilany, El-Wehady, & Amr, 2010)、等待醫療時間過長、資源不足、社會經濟地位低下、持有危險物品或幫派活動等(Phillips, 2016),造成病人或家屬將不滿情緒轉嫁到護理人員身上,而出現對護理人員言語的攻擊,甚至是肢體的暴力。

國內對護理人員職場暴力研究多針對單一醫療院所作探討,未有針對不同醫療層級(醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所)之護理人員進行比較探討。本研究將台北市不同醫療層級(醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所)之護理人員進行分層抽樣,以探討其遭受身體層面、精神層面的職場暴力經歷,及工作場所對暴力處理措施,以提供醫療機構研擬減少職場暴力、營造安全工作環境之策略,並作為提供制訂政策之參考。

綜合上述本研究目的旨在探討:(一)護理人員遭受職場暴力的盛行率、暴力種類及來源,(二)護理人員遭受職場暴力之行動反應及未進行通報的原因,(三)服務機構防範暴力所使用的措施。

方 法

一、研究設計、對象與步驟

本研究採橫斷性研究調查,對象為台北市各醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所之護理人員,由台北市護理師護士公會依照各層級醫院執業登記護理人數,以10:1比例分配研究個案數,各醫療院所依分配研究個案數,以便利取樣收納符合收案條件之護理人員,選樣條件為:具護理師/護士證照、工作需與病患及家屬接觸,護理工作年資至少6個月以上。調查期間自2014年7月1日至12月31日,問卷填答前由各醫療院所專人說明研究目的,並說明以不記名方式自願填答,填寫問卷約需20-30分鐘,問卷可攜回填寫,填答過程中若中途決定退出,可隨時終止,若回答問卷問題後有不舒服之回溯情境,請告知研究者,將安排醫師及心理師追蹤輔導;問卷填寫完畢直接放入護理師公會之文件袋,密封後交由護理部一併寄回護理師公會。

二、研究工具

國際勞工局(International Labor Office, ILO)、國際護理協會(International Council of Nurses, ICN)、世界衛生組織(World Health Organization, WHO)及

國際公共服務(Public Services International, PSI)四個全球性團體組織對職場暴力共同定義為:於工作環境中,對工作人員虐待、威脅、攻擊之事件,並影響到他們的安全、安適或健康之行為,包括身體暴力及精神暴力(ILO/ICN/WHO/PSI, 2002)。本研究運用中文版之「護理人員職場暴力問卷調查工具」,問卷翻譯自上述四個全球性團體組織所聯合設計發展的職場暴力量表「Workplace Violence in the Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire」(ILO/ICN/WHO/PSI, 2003),經外語教師及具美國護理博士學位各一位進行專家雙次翻譯(double translation)而完成,問卷經五位護理專家做效度鑑定,內容效度指標(content validity index)為.88(Pai & Lee, 2011)。原始研究問卷分五部份:個人因素(年齡、性別、教育、職稱、工作年資)及環境境遇(輪班與服務機構屬性)、身體層面暴力(如身體遭受襲擊等)、精神層面暴力(如言語辱罵、威脅/滋擾、性騷擾、種族歧視)、工作場所暴力措施,及開放式問題收集研究對象對工作場所暴力的看法,問卷第一至四部份填答方式皆為選項鉤選。Pai和Lee(2011)將原始問卷之種族歧視(racial harassment)題項刪除,以符合台灣護理職場現況,本研究亦刪除該問項。本問卷身體層面暴力意指使用毆打、踢、擲、刺傷、射傷、推、咬傷及捏傷等暴力,造成身體及心理(因身體受攻擊產生)受到傷害;精神層面暴力則指使用言語、權勢、肢體動作威脅他人,包含言語辱罵(使用言語羞辱、貶低,使自尊心及價值感嚴重受到打擊)、威嚇/滋擾(使用粗暴的肢體動作或言語,使人感受到威脅、不安或害怕)、性騷擾(任何非自主的身體接觸或性行為,使人感受到威脅、難堪或不安)。

三、統計分析

本研究採用SPSS for window 19.0統計套裝軟體,進行統計分析。描述性統計以次數分配及百分率進行描述類別變項,以平均值及標準差描述連續性變項;推論性統計以卡方檢定、*t*-test及單變項邏輯迴歸分析個人基本資料與暴力關係,單變項達顯著項目納入多元邏輯迴歸分析。

四、研究對象之權益維護

本研究經過新光醫院之醫學倫理暨人體試驗委員會審核通過(編號:20140503R),為維護研究對象之

權益，在收案前提供研究對象書面資料及由各醫院專人說明研究主題、研究目的、研究內容、研究進行時間及基本權利之保護，並向研究對象說明其資料採匿名處理，完全保密，僅作為學術研究之使用，若研究對象決定退出研究，研究者將完全尊重，保證不會損害其權益。在確保研究對象充分獲得並理解相關訊息後，由其自行決定是否參與研究，同意參與者須簽署研究書面同意書。

結 果

共發出2,931份問卷調查，回收有效樣本2,627份，回收率為89.6%。問卷中「有關工作場所暴力的看法」為開放式問項，因填答率低，未納入分析。

一、個人及工作職場資料

研究對象之性別以女性居多占95.6%，年齡以20–30歲居多占47.1%，其次為31–40歲占34.3%，平均年齡 33.6 ± 8.9 歲；婚姻狀況以單身居多占60.9%，教育程度以大學居多占62.1%，職稱以護理師／護士居多占87.8%，護理工作年資以1–5年居多占30.5%，其次依序為6–10年（20.8%）及11–15年（15.8%），工作性質以全職者為主占90.1%，70.8%個人需參與輪班。分析各醫療層級護理人員遭受暴力情形，將精神專科醫院獨立分析，身體暴力以精神專科醫院最高占54.3%，其次為醫學中心占33.6%，精神暴力以精神專科醫院最高占80.8%，其次為醫學中心占69.5%。卡方檢定個人基本資料及有無遭受身體及精神暴力，於不同年齡層、婚姻狀況、教育程度及工作年資達顯著性差異（表一）。經由多元邏輯迴歸分析顯示，年齡大於50歲遭受精神暴力風險較低（ $OR = 0.37$, 95% CI [0.67, 0.20]），已婚護理人員遭受身體暴力的風險（ $OR = 0.73$, 95% CI [0.59, 0.90]）及精神暴力的風險較低（ $OR = 0.74$, 95% CI [0.60, 0.92]），工作年資一年以下遭受身體暴力風險（ $OR = 0.50$, 95% CI [0.27, 0.93]）及精神暴力風險（ $OR = 0.38$, 95% CI [0.21, 0.67]）較低，教育程度於大學（ $OR = 1.20$, 95% CI [1.01, 1.45]）及研究所以以上（ $OR = 1.17$, 95% CI [2.27, 1.05]）遭受精神暴力風險增加（表二）。

二、職場暴力遭受情形

研究對象有70.6%在過去一年內曾遭受到身體或精神暴力，其中31.0%遭受身體暴力，18.3%有受

傷，被襲擊後多數沒有請假在家休息，只有5.3%請假在家休息。高達66.0%個案有遭受精神暴力的經驗，遭受精神暴力的類別中，62.5%為言語辱罵，43.2%威嚇／滋擾、15.3%性騷擾、13.5%為其他騷擾。不論身體或精神暴力，施暴者皆以「病人」最多占39.7–78.5%，其次為「病人家屬」占14.5–38.5%；遭遇暴力事件地點機構內占79.0–95.2%；相關單位63.8–81.4%有採取行動調查，以管理層級／雇主介入調查為多數占51.6–84.1%；施暴者處置口頭警告占24.0–38.8%，其次為無任何處置占13.2–36.7%；暴力事件發生後採取之行動或反應以「告訴施暴者停止施暴」占12.4–19.9%、「告訴朋友或家人」占14.2–19.2%及「報告上級主管」占13.5–16.1%為最多；暴力事件發生後，沒有通報或告訴他人原因中，34.0–42.3%認為沒有用，18.9–27.3%認為不重要，18.0–20.3%害怕負面後果產生（表三）。受到暴力事件後，雇主或主管提供諮商輔導協助占54.1–82.6%，給予機會談論／報告占57.6–88%，其他支持占44.2–65.0%（表四）。

三、工作場所對暴力措施的防範

78.5%機構有建置暴力事件通報的具體措施，66.5%在執行護理業務時遭受暴力攻擊需做通報（填寫事故報告單或通報系統），建議執行通報以管理層級／雇主為主占94%；服務機構防範暴力事件措施，以「實施安全措施」最多占22.7%，其次是「改善工作環境」15.3%，「辦理職場暴力教育訓練」11.5%（表五）。

討 論

一、護理人員遭受高的職場暴力經驗

本研究結果發現高達七成的護理人員曾遭受職場暴力，且遭受精神暴力的比率為身體暴力的兩倍，此研究結果與di Martino（2003）指出有54–75.8%的護理人員曾經歷過至少一種暴力事件相同，也與Spector等人（2014）研究，護理人員職場精神暴力（67.2%）幾乎為身體暴力（36.4%）兩倍之結果一致。本研究對象遭受精神暴力多為言語辱罵，其次為威嚇／滋擾；南韓最常發生的精神暴力為言語辱罵（63.8%）及威嚇／威脅（41.6%），與本研究發現相近（Park, Cho, & Hong, 2015），顯示護理人員職場暴力存在之現況並不因民情文化或工作環境不同而有所差異，由此可見，預防護理人員遭受職場暴力為全球性的重要議題。

表一
個人與職場基本資料 ($N = 2,627$)

變 項	總人數 ($n, \%$)	遭受身體暴力 ($n, \%$)		χ^2	遭受精神暴力 ($n, \%$)		χ^2
		有 ($n = 815$)	無 ($n = 1,812$)		有 ($n = 1,735$)	無 ($n = 892$)	
年齡 (歲)				9.26*			39.62***
20-30	1,237 (47.1)	405 (32.7)	832 (67.3)		830 (67.1)	407 (32.9)	
31-40	902 (34.3)	284 (31.5)	618 (68.5)		631 (70.0)	271 (30.0)	
41-50	372 (14.2)	101 (27.2)	271 (72.8)		224 (60.2)	148 (39.8)	
> 50	116 (4.4)	25 (21.6)	91 (78.4)		50 (43.1)	66 (56.9)	
婚姻				11.30**			15.12**
單身	1,599 (60.9)	535 (33.5)	1,064 (66.5)		1,094 (68.4)	505 (31.6)	
已婚	978 (37.2)	267 (27.3)	711 (72.7)		609 (62.3)	369 (37.7)	
分居/離婚	50 (1.9)	13 (26.0)	37 (74.0)		32 (64.0)	18 (36.0)	
教育				6.10*			14.22***
研究所 (含) 以上	164 (6.2)	52 (31.7)	112 (68.3)		117 (71.3)	47 (28.7)	
大學	1,631 (62.1)	532 (32.6)	1,099 (67.4)		1,110 (68.1)	521 (31.9)	
專科/職校	832 (31.7)	231 (27.8)	601 (72.2)		508 (61.1)	324 (38.9)	
職稱				11.27**			0.34
護理長 (含) 以上	165 (6.3)	32 (19.4)	133 (80.6)		106 (64.2)	59 (35.8)	
副護理長	78 (3.0)	25 (32.1)	53 (67.9)		51 (65.4)	27 (34.6)	
專科護理師	77 (2.9)	23 (29.9)	54 (70.1)		52 (67.5)	25 (32.5)	
護理師/護士	2,307 (87.8)	735 (31.9)	1,572 (68.1)		1,526 (66.1)	781 (33.9)	
工作年資 (年)				26.12***			54.64***
< 1	187 (7.1)	43 (23.0)	144 (77.0)		94 (50.3)	93 (49.7)	
1-5	800 (30.5)	251 (31.4)	549 (68.6)		545 (68.1)	255 (31.9)	
6-10	547 (20.8)	208 (38.0)	339 (62.0)		397 (72.6)	150 (27.4)	
11-15	414 (15.8)	135 (32.6)	279 (67.4)		292 (70.5)	122 (29.5)	
16-20	310 (11.8)	83 (26.8)	227 (73.2)		202 (65.2)	108 (34.8)	
> 21	369 (14.0)	95 (25.7)	274 (74.3)		205 (55.6)	164 (44.4)	
工作性質				0.01			3.26
全職	2,368 (90.1)	734 (31.0)	1,634 (69.0)		1,577 (66.6)	791 (33.4)	
部份工時	259 (9.9)	81 (31.3)	178 (68.7)		158 (61.0)	101 (39.0)	
醫療層級				108.54***			72.90***
醫學中心	1,060 (40.4)	356 (33.6)	704 (66.4)		737 (69.5)	323 (30.5)	
區域醫院	681 (25.9)	176 (25.8)	505 (74.2)		444 (65.2)	237 (34.8)	
地區	313 (11.9)	77 (24.6)	236 (75.4)		179 (57.2)	134 (42.8)	
診所	297 (11.4)	56 (18.9)	241 (81.1)		152 (51.2)	145 (48.8)	
精神專科	276 (10.5)	150 (54.3)	126 (45.7)		223 (80.8)	53 (19.2)	

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

本研究結果發現，大學及研究所學歷遭受精神暴力危險因子較專科/職校學歷者高，此與Jiao等(2015)研究結果一致，其可能原因為具較高教育程度的護理人員，往往有較強的維護自我權利意識和自信心，較不擔心暴力通報會降低其他同仁對其評價，不會將暴力行為視為他們工作中「必然」的一部分，故通報率較多，此可能導致學歷較高者精神暴力發生率較高之結果。本研究發現年齡大於50歲及工

作年資一年以下之護理人員遭受精神暴力風險較低；Privitera、Weisman、Cerulli、Tu與Groman(2005)指出，工作經驗是避免遭受暴力的保護因素，50歲以上之護理人員社會歷練及工作經驗較豐富，能辨識暴力潛在危險情境而避免之，故遭受精神暴力風險較低；Lin與Liu(2005)指出暴力與照顧之病人疾病嚴重度有關，Magnavita與Heponiemi(2011)研究發現新進護理人員所照顧之病人疾病嚴重度及困難度較單

表二
多元邏輯迴歸分析個人基本資料與暴力

	身體暴力			精神暴力		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
年齡 (歲)						
20-30	1.00	--		1.00	--	
31-40	0.83	[0.63, 1.10]	.19	0.94	[0.70, 1.28]	.72
41-50	0.78	[0.49, 1.27]	.31	0.67	[0.42, 1.05]	.09
> 50	0.63	[0.30, 1.14]	.16	0.37	[0.67, 0.20]	< .01
婚姻						
單身	1.00	--		1.00	--	
已婚	0.73	[0.59, 0.90]	< .01	0.74	[0.60, 0.92]	< .01
分居／離婚	0.77	[0.40, 1.49]	.44	0.99	[0.53, 1.85]	.98
教育						
專科／職校	1.00	--		1.00	--	
大學	1.17	[0.97, 1.43]	.09	1.20	[1.01, 1.45]	.04
研究所以上	1.22	[0.84, 1.79]	.29	1.17	[2.27, 1.05]	.02
工作年資 (年)						
< 1	0.50	[0.27, 0.93]	.03	0.38	[0.21, 0.67]	< .01
1-5	0.78	[0.46, 1.32]	.35	0.81	[0.49, 1.34]	.41
6-10	1.23	[0.75, 2.02]	.40	1.13	[0.71, 1.81]	.61
11-15	1.16	[0.72, 1.87]	.53	1.14	[0.73, 1.79]	.57
16-20	0.92	[0.59, 1.41]	.69	0.99	[0.67, 1.47]	.96
> 21	1.00	--		1.00	--	

註：OR = odds ratio；CI = confidences interval。

純，因此在照護之衝突情境較少，且資淺護理人員易對同事的恫嚇和侮辱感到自責，認為是自己沒做好被指責，不認為此是暴力行為，因此產生年資一年以下之護理人員有較低的精神暴力發生率。

二、施暴者以病人為最多

本研究暴力的施暴者以病人為最多，其次為家屬，與國內外研究結果一致 (Duncan et al., 2001; Lin & Liu, 2005; Park et al., 2015; Spector et al., 2014)。Phillips (2016) 指出暴力與施暴者接觸時間具高相關性，護理人員於醫療體系中24小時提供病人照護，與病人及其家屬接觸時間最多、互動最頻繁。Kwok 等人 (2006) 指出服務對象為高危險群，如：藥癮、酒癮或有暴力傾向者，在互動過程中發生衝突機率相對較高。

三、遭受職場暴力事件後的反應及通報

本研究護理人員遭受暴力事件後的行為反應，以「告訴施暴者停止施暴」及「告訴朋友或家人」為最

多，與其他研究結果相同 (Hesketh et al., 2003; Spector et al., 2014)。當研究對象在遭受暴力第一時間會要求施暴者停止施暴，事件後，受暴者會找朋友或家人宣洩感受。Lancôt 與 Guay (2014) 指出員工對職場暴力事件的反應方式，取決於襲擊的嚴重度和事件的累積效應。本研究護理人員遭受各類型暴力後，報告上級主管的比率有13.5-16.1%，通報異常事件的比率更低，只有2.3-6.8%，低於Duncan等人 (2001) 調查加拿大護理人員，遭受暴力後有30%左右的通報率。未通報的原因，護理人員指出為「沒有用」、「不重要」和「害怕產生負面效果」，當病人因疾病因素產生意識不清或無法控制自己的行為，而對護理人員產生暴力攻擊，若受暴傷害不嚴重，護理人員多採姑息態度，認為通報不會改變任何事情，且害怕遭主管貼上標籤、失去工作，加上工作繁忙、通報流程繁瑣，因此未採取通報的行動，此為可能造成通報比率偏低的因素。J. Blando、Ridenour、Hartley 和 Casteel (2015) 指出缺乏通報行動及對暴力消極觀念，會影響暴力防範成效，因此建議應該簡化通報

表三
過去一年內遭受暴力的情況(複選;人數/百分比)

變項	精神暴力(n = 1,735)				
	身體暴力 (n = 815)	言語辱罵 (n = 1,641)	威嚇/滋擾 (n = 1,136)	性騷擾 (n = 403)	其他騷擾 (n = 354)
施暴的對象					
病人	678 (78.5)	1,293 (43.2)	910 (44.8)	408 (56.5)	295 (39.7)
家屬	125 (14.5)	1,083 (36.2)	782 (38.5)	136 (18.8)	201 (27.1)
護理同仁	24 (2.8)	160 (5.3)	75 (3.7)	16 (2.2)	43 (5.8)
非護理的同事	12 (1.4)	177 (5.9)	58 (2.9)	45 (6.2)	33 (4.4)
主管	0 (0)	151 (5.0)	105 (5.1)	11 (1.5)	30 (4.0)
其他	24 (2.8)	131 (4.4)	102 (5.0)	106 (14.7)	141 (19.0)
遭遇的身體暴力事件發生地點					
機構內	716 (88.4)	1,673 (95.2)	1,201 (93.2)	511 (83.0)	445 (79.0)
工作場所外	94 (11.6)	85 (4.8)	87 (6.8)	105 (17.0)	118 (21.0)
有單位介入調查					
管理層級/屋主	531 (81.2)	881 (84.1)	748 (80.9)	159 (51.6)	158 (54.9)
警察	51 (7.8)	48 (4.6)	74 (8.0)	52 (16.9)	46 (16.0)
公會	6 (0.9)	20 (1.9)	21 (2.3)	27 (8.8)	12 (4.2)
其他	66 (10.1)	98 (9.4)	82 (8.9)	70 (22.7)	72 (25.0)
施暴者受到的處置					
口頭警告	316 (38.8)	584 (35.6)	406 (35.7)	126 (31.3)	85 (24.0)
無受到任何處置	285 (35.0)	602 (36.7)	289 (25.4)	53 (13.2)	79 (22.3)
不清楚	80 (9.8)	250 (15.2)	165 (14.5)	83 (20.6)	79 (22.3)
本案未持續被關注	29 (3.6)	92 (5.6)	133 (11.7)	36 (8.9)	50 (14.1)
通報警察處理	36 (4.4)	54 (3.3)	83 (7.3)	67 (16.6)	35 (9.9)
遭到起訴	4 (0.5)	9 (0.5)	9 (0.8)	8 (2.0)	5 (1.4)
其他	65 (8.0)	50 (3.0)	51 (4.5)	30 (7.4)	21 (5.9)
暴力發生後的行動或反應					
告訴施暴者停止施暴	365 (19.9)	696 (13.6)	590 (14.4)	378 (15.1)	264 (12.4)
告訴朋友或家人	293 (16.0)	985 (19.2)	712 (17.4)	355 (14.2)	307 (14.4)
產生自我防衛心理	219 (12.0)	701 (13.7)	558 (13.7)	338 (13.5)	261 (12.3)
報告上級主管	268 (14.6)	693 (13.5)	656 (16.1)	387 (15.5)	312 (14.7)
告訴某位同事	228 (12.5)	909 (17.7)	649 (15.9)	314 (12.5)	265 (12.5)
未採取任何行動	125 (6.8)	291 (5.7)	204 (5.0)	119 (4.8)	175 (8.2)
填寫事件/事故報告單	125 (6.8)	141 (2.8)	149 (3.6)	82 (3.3)	61 (2.9)
尋求協會協助	44 (2.4)	105 (2.0)	99 (2.4)	64 (2.6)	64 (3.0)
試著裝作從未發生過	63 (3.4)	303 (5.9)	169 (4.1)	103 (4.1)	92 (4.3)
尋求諮商	27 (1.5)	128 (2.5)	105 (2.6)	78 (3.1)	74 (3.5)
告發/檢舉	24 (1.3)	81 (1.6)	92 (2.3)	116 (4.6)	81 (3.8)
申請索賠	7 (0.4)	15 (0.3)	12 (0.3)	21 (0.8)	17 (0.8)
轉調其他職務	4 (0.2)	18 (0.4)	15 (0.4)	12 (0.5)	5 (0.2)
尋求公會協助	2 (0.1)	19 (0.4)	21 (0.5)	23 (0.9)	22 (1.0)
其他	36 (2.0)	37 (0.7)	54 (1.3)	112 (4.5)	125 (5.9)
沒有進行通報或告訴他人原因					
沒有用	284 (34.0)	775 (40.9)	636 (42.3)	407 (35.6)	403 (36.8)
不重要	228 (27.3)	441 (23.3)	319 (21.2)	216 (18.9)	242 (22.1)
害怕負面後果產生	150 (18.0)	369 (19.5)	305 (20.3)	231 (20.2)	212 (19.3)
不知向誰通報	34 (4.1)	119 (6.3)	96 (6.4)	86 (7.5)	85 (7.8)
感到羞恥	31 (3.7)	60 (3.2)	41 (2.7)	85 (7.4)	44 (4.0)
有罪惡感	17 (2.0)	33 (1.7)	29 (1.9)	19 (1.7)	18 (1.6)
其他	91 (10.9)	96 (5.1)	78 (5.2)	99 (8.7)	92 (8.4)

表四

受到暴力事件後，雇主或主管提供協助（複選；人數／百分比）

變項	精神暴力 (n = 1,735)				
	身體暴力 (n = 815)	言語辱罵 (n = 1,641)	威嚇／滋擾 (n = 1,136)	性騷擾 (n = 403)	其他騷擾 (n = 354)
主管提供諮商輔導協助	673 (82.6)	1,042 (63.5)	862 (75.9)	218 (54.1)	232 (65.5)
給予機會談論／報告	717 (88.0)	1,126 (68.6)	948 (83.5)	232 (57.6)	260 (73.4)
主管提供其他支持	516 (63.3)	725 (44.2)	600 (52.8)	253 (62.8)	230 (65.0)

表五

暴力事件發生後服務機構所採用的防範措施（複選；N = 2,627）

項目	n	%
實施安全措施（如：守衛、警報系統、行動式電話系統）	1,794	22.7
改善工作環境（照明設備、噪音、溫度，食物取得、清潔、隱私）	1,206	15.3
辦理職場暴力教育訓練	912	11.5
簽訂病人協議書（如：控制及約束步驟、運送、用藥、活動規劃、資訊取得）	691	8.7
進行病人篩選（以記錄及事件先瞭解病人的攻擊性行為）	614	7.8
設置公眾限制區	540	6.8
裝置特殊設備（提供手機／警報設備）或更換衣物（如：有顏色的制服和穿長褲）	430	5.4
減少獨自工作的時間	412	5.2
限制工作場所金錢交易（如：病人費）	337	4.3
投入資源於人力資源發展（職場晉升訓練、資遣、績效獎勵及健康工作環境的提升）	329	4.2
實施員工工作簽到程序（尤其是居家照護人員）	239	3.0
擴編人事	172	2.2
改變輪班／輪值（如改變工作時數）	174	2.2
其他	15	0.2
以上均無	41	0.5

流程，鼓勵通報，當護理人員通報遭受任何類型的暴力事件，醫院皆應表達慰問及重視之意，提供醫療、心理諮商、甚至是法律上的協助，以強化受暴者對提報異常是有助益的認知。

四、性騷擾事件仍值得關注

護理人員在醫療機構中人數最多，且以女性為主，工作性質常需接觸男性病人、家屬及同仁，本調查護理人員職場性騷擾事件的盛行率為15.3%，世界各地區性騷擾事件的盛行率不盡相同。Spector等人（2014）統合全球38個國家性騷擾事件盛行率平均為25%，英美地區是身體暴力和性騷擾通報最高地區，亞洲地區偏低，亞洲地區婦女對性行為的態度明顯較趨保守（Kennedy & Gorzalka, 2002）；區域差異可能反映了暴力文化的敏感性，亦會影響性騷擾通報率。本研究性騷擾發生後只有2.3%護理人員有填寫事件通報，性騷擾對象以病人為多，Nielsen等人（2017）指

出當病人有認知能力受損，例如失智、腦損傷等，會降低病人自我控制和理解其行為後果的能力，護理人員通常不認為病人的行為有騷擾的意圖，不同專業科別對暴力的看法有很大差異，例如，精神科護理人員可能會將性騷擾行為歸因於患者的疾病狀況，多數不會進行異常通報（J. D. Blando, O'Hagan, Casteel, Nocera, & Peek-Asa, 2013）。國內2005年立法通過《性騷擾防治法》，這些法規條文，彰顯出我國對於防治性犯罪與促進「性別平權」的重視，醫療院所多配合政令宣導及設立申訴單位，且將性別平等列為員工繼續教育議題，讓醫療同仁逐漸意識到此議題的重要，性騷擾比率可能因而降低。衛生福利部已將暴力事件通報列入醫療機構評鑑項目中，但多數通報的狀況以身體暴力及財務的受損為主，身體的傷害易顯見，財務的受損可以彌補，但心理的創傷難以顯現嚴重度，因此，心理層面暴力，仍是需重視的防治重點。

五、對職場防範暴力事件的措施

本研究對象認為可以減少工作場所暴力事件的措施，前三項分別為：實施安全措施（守衛、警報系統、行動式電話系統）、改善工作環境（照明設備、噪音、溫度、清潔、隱私），及辦理職場暴力教育訓練。若醫療機構是以利潤為導向的管理模式、缺乏管理責任、過度注重客戶服務，亦會影響暴力防範成效（J. Blando et al., 2015）。在硬體方面宜做改善，如：安裝圍欄、攝影機、金屬探测器和保全警衛系統，並定期檢視安全措施是否充足；此外須檢視管理制度，例如是否有足夠的人力配置，減少擁擠和等待時間，可有效降低暴力發生（Phillips, 2016）。為了遏止醫療暴力行為，我國修法增、修訂醫療法第24條、第106條等維護醫療人員權益、保障醫療環境之條文，這些政策即在能夠提供醫護人員一個安全、安心的工作環境。

結論與建議

本研究結果呈現高達七成護理人員於近一年內曾遭受職場暴力，且精神暴力為身體暴力的兩倍，施暴者以病人最多，施暴者受到處置以口頭警告及無任何處置為多，近八成機構有建置通報具體措施，但護理人員多數認為「沒有用」、「不重要」及「害怕負面後果」，而致通報比率低。

職場暴力會對護理人員產生身體或心理的負面影響，增加工作不滿意與離職率，甚而影響照護環境，故需做暴力防範。全面性的暴力防範建議如下：（一）增加醫護人員與病人、家屬間的溝通頻率，並提供醫療作業流程的說明，或等候時間相關資訊的取得；（二）成立專責處理小組，建置員工關懷機制，提供醫療、精神、法律上的協助，並且提供宣洩情緒的管道及空間；（三）建立暴力事件的通報與處理機制，簡化通報流程，縮短通報時間及手續，鼓勵任何類型的暴力事件通報，期能分析根本原因，檢討暴力預防機制的適用性。同時，對於通報後的處置結果，醫院能有具體的回應，才能提高通報比率；（四）教育員工學習預防及暴力事件的因應、溝通及應對技巧，加強法律觀，以知悉自己的權益；（五）貫徹執行暴力零容忍的政策，宣導反暴力的政策；（六）宣導民眾正確尊重醫療人員，尊重醫療專業，對於醫療過程有質疑或不滿意時，可循正常管道反應或申訴，不可對醫療人員施以暴力；（七）持續於院內推動保全規範，及提供依單位而異的緊急應變措

施。藉由以上方法，結合醫療院所工作人員對暴力「零容忍」的主動參與，及院方政策的支持及推動，逐步減少暴力事件的發生，以提升醫療院所的職場安全。

誌謝

本研究預算由台北市護理師護士公會提供；感謝台北市各醫療院所協助問卷分發及台北市護理師護士公會會員填答問卷，在此一併致謝。

參考文獻

- 性騷擾防治法。總統華總一義字第09800015961號令修正（2009，1月23日）。[Sexual Harassment Prevention Act, President Order Hua-Zong-Yi-Yi-Tzu-09800015961 amended. (2009, January 23).]
- 明金蓮、黃惠美、洪曉佩、曾麗華、黃美淑、江淑華、董貞吟（2016）。以系統性文獻回顧探討護理人員職場暴力現況與影響。《台灣公共衛生雜誌》，35（2），116–135。[Ming, J. L., Huang, H. M., Hong, S. P., Tseng, L. H., Huang, M. S., Chiang, S. H., & Tung, C. Y. (2016). A systematic review of workplace violence in nursing. *Taiwan Journal of Public Health*, 35(2), 116–135.] <https://doi.org/10.6288/TJPH201635104045>
- 林小玲、尹祚芊、黃惠美（2012）。某醫學中心護理工作職場暴力評估之研究。《榮總護理》，29（2），176–186。[Lin, S. L., Yin, J. C., & Huang, H. M. (2012). The evaluation of nursing workplace violence in a medical center. *VGH Nursing*, 29(2), 176–186.] <https://doi.org/10.6142/VGHN.29.2.176>
- 醫療法。總統華總一義字第10700007771號令修正（2018，1月24日）。[Medical Care Act, President Order Hua-Zong-Yi-Yi-Tzu-10700007771 amended. (2018, January 24).]
- Blando, J., Ridenour, M., Hartley, D., & Casteel, C. (2015). Barriers to effective implementation of programs for the prevention of workplace violence in hospitals. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1), 5.
- Blando, J. D., O'Hagan, E., Casteel, C., Nocera, M.-A., & Peek-Asa, C. (2013). Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management*,

- 21(3), 491–498. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01416.x>
- di Martino, V. (2003). Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. *ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf
- Duncan, S. M., Hyndamn, K., Estabrooks, C. A., Hesketh, K., Humphrey, C. K., Wong, J. S., ... Giovannetti, P. (2001). Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *The Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 32(4), 57–78.
- El-Gilany, A.-H., El-Wehady, A., & Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 716–734. <https://doi.org/10.1177/0886260509334395>
- Hamdan, M., & Hamra, A. A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: A cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 13(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0018-2>
- Hanson, G. C., Perrin, N. A., Moss, H., Laharnar, N., & Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1340-7>
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Virtanen, M., Vänskä, J., & Elovainio, M. (2014). The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: The buffering effect of job control. *BMC Health Services Research*, 14(1), 19. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-19>
- Hesketh, K. L., Duncan, S. M., Estabrooks, C. A., Reimer, M. A., Giovannetti, P., Hyndman, K., & Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63(3), 311–321. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00142-2](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00142-2)
- International Labor Office, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International. (2002). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector* (Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector). Geneva, Switzerland: International Labour Office. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1&ua=1
- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International. (2003). *Workplace violence in the health sector- Country case studies research instruments: Survey questionnaire* (English) (Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector). Geneva, Switzerland: International Labour Office. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf
- Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., ... Hao, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: A cross-sectional survey. *BMJ Open*, 5(3), e006719. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006719>
- Kennedy, M. A., & Gorzalka, B. B. (2002). Asian and non-Asian attitudes toward rape, sexual harassment, and sexuality. *Sex Roles*, 46(7-8), 227–238. <https://doi.org/10.1023/A:1020145815129>
- Kwok, R. P., Law, Y. K., Li, K. E., Ng, Y. C., Cheung, M. H., Fung, V. K., ... Leung, W.-C. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12(1), 6–9.
- Lancôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Lin, Y.-H., & Liu, H.-E. (2005). The impact of workplace violence on nurses in south Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 773–778. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.11.010>
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 203–210. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x
- Nielsen, M. B. D., Kjær, S., Aldrich, P. T., Madsen, I. E. H., Friberg, M. K., Rugulies, R., & Folker, A. P. (2017). Sexual harassment in care work—Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.018>
- Pai, H. C., & Lee, S. (2011). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical*

Nursing, 20(9-10), 1405-1412. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03650.x>

Park, M., Cho, S. H., & Hong, H. J. (2015). Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 87-95. <https://doi.org/10.1111/jnu.12112>

Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 374(17), 1661-1669. [https://doi.org/10.1056/](https://doi.org/10.1056/NEJMra1501998)

NEJMra1501998

Privitera, M., Weisman, R., Cerulli, C., Tu, X., & Groman, A. (2005). Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine*, 55(6), 480-486. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqi110>

Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>

引用格式 鈕淑芬、李作英、蔡瑞貞、邢世俊、吳淑靜、高靖秋 (2018) · 台灣北部護理人員職場暴力探討一橫斷性調查 · *護理雜誌* , 65 (6) , 44-54 。 [Niu, S. F., Lee, T. Y., Tsai, J. C., Hsing, S. C., Wu, S. C., & Kao, C. C. (2018). Workplace violence against nurses in Northern Taiwan: A cross-sectional study. *The Journal of Nursing*, 65(6), 44-54.] [https://doi.org/10.6224/JN.201812_65\(6\).07](https://doi.org/10.6224/JN.201812_65(6).07)

Workplace Violence Against Nurses in Northern Taiwan: A Cross-Sectional Study

Shu-Fen NIU^{1,7*} • Tso-Ying LEE^{2,7} • Jui-Chen TSAI³ • Shih-Chun HSING⁴
Shu-Ching WU⁵ • Ching-Chiu KAO⁶

ABSTRACT

Background: Nurses comprise a group in the healthcare team that is exposed to the highest levels of workplace violence. This not only causes negative emotions in nurses and adversely impacts the institution and the body and spirit of the nurses but also affects the quality of nursing care.

Purpose: The aim of this study was to determine the prevalence of physical and psychological workplace violence experienced by the nursing staff and to identify the perpetrators of violence, the reactions of the victims, and the policies developed by employers to prevent violence.

Method: This cross-sectional study was conducted using a stratified sampling method across different levels of healthcare institutions on the nursing personnel registered with the Taipei Nurses Association. The number of subjects was allocated according to hospital level. A total of 2,931 subjects were recruited, of whom 2,627 participated in this study.

Results: Over two-thirds (70.6%) of participants had experienced workplace violence, of whom 31.0% had experienced physical violence and 66.0% had experienced psychological violence. A multiple logistic regression analysis showed that nurses who were married, who had less than one year of work experience, or were over 50 years of age were at lower risk of physical and psychological violence. Those who had a university education or higher faced a higher risk of psychological violence. The most common perpetrators were identified as patients. The aftermath reactions from the victims were varied, with the most prevalent being “telling the perpetrator to stop the violence”, “telling friends or family,” and “reporting the incident to a senior staff member”. The perpetrators were mostly dealt with using a verbal warning, while the second-most common strategy was taking no action. Only 2.3%–6.8% of the victims notified the authorities about the violence because of the following primary reasons: “useless,” “not important,” and “fear of negative consequences.” The major strategies that were adopted by employers to prevent violence included “security measures,” “improvement of surroundings,” and “training.”

Conclusion: Prevention of violence must be improved comprehensively using the strategies of physical facilities, management, education, and policies.

Key Words: workplace violence, physical violence, psychological violence, nurses.

Accepted for publication: July 3, 2018

¹PhD, RN, Assistant Professor, Post-Baccalaureate Program in Nursing, College of Nursing, Taipei Medical University; ²PhD, RN, Associate Director, Department of Nursing, Cheng Hsin General Hospital, and Adjunct Assistant Professor, School of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences; ³MSN, RN, Director, Department of Nursing, Taipei Medical University - Shuang Ho Hospital, Ministry of Health and Welfare, and Adjunct Assistant Professor, School of Nursing, Taipei Medical University; ⁴MS, Associate Director, Center for Healthcare Quality Management, Cheng Hsin General Hospital, and Adjunct Lecture, Department of Health Care Management, National Taipei University of Nursing and Health Sciences; ⁵MSN, RN, Supervisor, Department of Nursing, Cheng Hsin General Hospital; ⁶MS, RN, Vice Superintendent, Department of Preventive and Community Medicine, Taipei Municipal Wanfang Hospital, and Adjunct Assistant Professor, School of Nursing, Taipei Medical University.

*Address correspondence to: Shu-Fen NIU, No. 250, Wu-Hsing St., Xinyi District, Taipei City 11031, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (2) 2736-1661 ext. 3612; E-mail: niu@tmu.edu.tw

⁷Contributed equally as corresponding author.