

國立臺灣大學 公共衛生學院 公共衛生碩士學位學程

碩士論文－實務實習成果報告

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis – Practicum Report



急診職場暴力之成因探討：多元利害關係人之不同觀點

A Study on the Factors associated with Workplace Violence

in Emergency Room: Different Perspectives from Multiple

Stakeholders

王俊麒

Chun-Chi Wang

校內單位指導教師：陳端容 教授

實習單位指導教師：高偉峰 部長

Advisor: Tuan-Jung Chen, Ph.D.

Preceptor: Wei-Feng Kao, Ph.D.

中華民國 104 年 2 月

February, 2015

# 國立臺灣大學碩士學位論文

## 口試委員會審定書

急診職場暴力之成因探討：多元利害關係人之不同觀點

**A Study on the Factors associated with Workplace**

**Violence in Emergency Room: Different Perspectives from**

**Multiple Stakeholders**

本論文係王俊麒君（學號 R01847030）在國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程完成之碩士學位論文，於民國 104 年 1 月 30 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

陳端宏

（簽名）

（指導教授）

高瑋峰

邱瓊瑩

## 致謝

完成這篇報告過程中讓我對自己有更多了解，這可能是我至今最重要的學習。

感謝端容老師的指導與不盡的包容和鼓勵、感謝高部長的微笑支持與實習單位夥伴們的熱情協助、感謝同學親友們的陪伴與理解。

感謝受訪者們的無私分享。他們聰明能幹、體貼溫暖、認份完成工作的同時卻對大環境時常感到無奈。希望未來我們能有更完善的制度、更充分的保護、更友善的眼神，用更快的速度。謹以此文代表我對各位的祝福。



## 中文摘要



### 研究背景與目的

醫院是發生職場暴力的高風險環境，急診室尤其如此。醫護人員若遭受急診暴力，除了身心受傷外，亦可能影響其醫療照護品質、或導致離職。衛福部將急診暴力列為目前台灣急診室的困境之一，社會大眾近年也對醫院職場暴力事件更加關注，為了瞭解事件、解決問題，本研究擬探討急診職場暴力事件的成因，以期防範並且制止。

### 研究方法

本研究搜尋新聞中的醫院職場暴力事件進行分析，並訪談暴力事件中的各個利害關係人，據此瞭解暴力發生的因子；另外觀察台灣醫院職場暴力之頻率及數量以瞭解嚴重程度；再從不同身份的受訪者中歸納其態度及行為，嘗試針對不同的類別角色提出適當的改善措施。

### 結果與結論

新聞中提到急診暴力的次數，自 2007 年開始巨幅上升，可能與當年所發生的暴力事件有關。此後一般民眾對急診暴力的認識大為提升，急診暴力這個詞彙也被新聞媒體廣為使用。

分析新聞及受訪者所描述的暴力事件共計 74 件，從中歸納高風險因子，發現男性、酒後或有酒癮、病人等均是施暴者方相當明顯的高風險因子，而大夜班及診療、急救、留觀等位置亦是環境方面的高風險因子；此外酒後或有酒癮的施暴者，在 74 件暴力事件中就佔了 32 件(43%)，是造成台灣急診暴力事件的最重要成因。

利害關係人中，即使是相同的職業角色，面對急診暴力時可能有完全相反的態度與行為，瞭解人員的類型並依其不同角色類型給予協助，應能有助於人員面對暴力，不致讓暴力事件進一步影響人員的服務品質與留任。

**關鍵詞：急診、職場暴力**

## 英文摘要



### **Background and Purpose**

Hospital is a high-risk workplace where the workplace violence occurs, especially in emergency room. Violence makes the staff physical and mental injuries, affects the quality of their medical care, and causes them to leave. Ministry of Health and Welfare pointed Emergency violence as one of Taiwan's current plight to the emergency room. In recent years, the public concerned the hospital workplace violence more. In order to solve the problem, this study is to investigate the factors of workplace violence in emergency room.

### **Study Methods**

In order to understand the factors of workplace violence in emergency room, this study searched the hospital workplace violence news and interviewed multiple stakeholders in violence events. In order to understand the severity in Taiwan, the study observed the frequency and quantity of Taiwan hospital workplace violence. In order to make appropriate recommendations for improvements, this study summarized the attitude and behavior of respondents from different categories of staff.

### **Results and Conclusions**

Since 2007, the number in news mentioned emergency violence rose obviously, and might be related to the violence that occurred in the relevant year. Public awareness on emergency violence rises greatly, and emergency violence, this vocabulary is also widely used by the news.

The violence events from news and the respondents totaled 74. The high risk factors includes: men, drink or alcohol addiction, and the emergency room patient. The high risk factors about the environment includes: at 0-8 A.M. and in the process of diagnosis, first aid, and stay in hospital for observation. In this study, drink or alcohol addiction

perpetrators caused 32 violence events (43%). The factor, drink or alcohol addiction, is the most important cause of emergency violence in Taiwan.

The same professional roles, stakeholders may have completely opposite attitude and behavior when they faced emergency violence. Understanding the type of staff and giving different assistance according to the types could help people face the violence and not affected about their quality of service and retention.

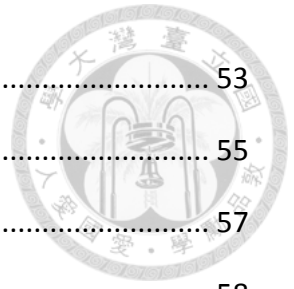
**Key words: emergency room, workplace violence**

## 目錄



圖目錄 .....	VII
表目錄 .....	VIII
第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景與重要性 .....	1
第二節 研究動機與目的 .....	4
第三節 實務實習單位 .....	5
第二章 文獻回顧 .....	8
第一節 職場暴力 .....	8
第二節 台灣急診暴力現況 .....	10
第三節 急診暴力危險因子 .....	11
第四節 急診暴力所造成影響 .....	13
第五節 急診暴力防範措施 .....	14
第六節 文獻小結 .....	15
第三章 研究方法 .....	16
第一節 研究設計 .....	16
第二節 新聞內容分析 .....	17
第三節 深度訪談利害關係人 .....	19
第四章 研究結果 .....	23
第一節 新聞數量分析 .....	23
第二節 事件成因分析 .....	27
第三節 角色及其行為分析 .....	39
第四節 新聞及受訪個案分析 .....	49
第五章 討論 .....	52
第一節 新聞媒體對暴力議題的關注 .....	52

第二節	事件重要成因及施暴者形象 .....	53
第三節	相關人員之角色行為及其對事件的看法 .....	55
第四節	研究限制 .....	57
第六章	結論與建議 .....	58
第一節	研究結論 .....	58
第二節	研究建議 .....	59
參考文獻	.....	62
附錄、研究受訪者說明及同意書	.....	65





## 圖目錄

圖 1、全國擾亂醫院急診秩序或妨礙醫療業務執行之案件數.....	10
圖 2、研究架構.....	16
圖 3、近十年五大媒體「醫療」相關新聞數量.....	23
圖 4、近十年五大媒體「醫療」相關新聞數量加總.....	24
圖 5、近十年五大媒體「醫療暴力」相關新聞數量.....	24
圖 6、新聞中的暴力事件數量.....	26



## 表目錄



表 1、醫療法修正事件簿 .....	2
表 2、受訪者資訊 .....	20
表 3、訪談大綱 .....	21
表 4、五大媒體報導「醫療暴力」相關新聞之類別分布 .....	26
表 5、事件內容分組 .....	27
表 6、施暴者年齡、性別及身份次數分布 .....	29
表 7、施暴者個人危險因子次數分布 .....	29
表 8、施暴者個人危險因子次數分布 .....	30
表 9、施暴者威脅手段次數分布 .....	30
表 10、受暴人員職業別、性別及人數次數分布 .....	31
表 11、受暴人員傷害程度次數分布 .....	32
表 12、事發時間及地點次數分布 .....	32
表 13、法律行動及醫院回應次數分布 .....	33
表 14、醫護人員行為分析 .....	39
表 15、警衛行為分析 .....	42
表 16、社工行為分析 .....	45

## 第一章 緒論

本章分三節，分別就研究背景與重要性、研究動機與目的、實務實習單位三部分說明。



### 第一節 研究背景與重要性

2014年1月14日，立法院三讀通過修正醫療法部分條文，其一是「對執勤中醫事人員強暴、脅迫，足以妨害執行醫療業務者，處3年以下有期徒刑、拘役或新台幣30萬元以下罰金」，此次修法讓各界鼓掌叫好，發生在醫院的暴力行為總算成為了「公訴罪」，日後被打的醫護人員再也不用糾結於是否要提告，會由警察來聲張正義。

但在專業法界人士的眼裡可能未必如此。台北大學法律系鄭逸哲教授即在自己的臉書專頁上公開表示：「醫療法新第106條第3項的適用範圍比既有的刑法第304條強制罪適用範圍小上加小，怎有能力擴大對醫事人員的保護？不要弱化對醫事人員的保護就很阿彌陀佛了！」（鄭逸哲，2014）

依據鄭教授的解釋，新修的醫療法雖提高了罰金的上限，實際卻限縮了刑法強制罪的適用範圍，此次修法無異疊床架屋。但在醫界人士眼裡卻非如此，時任衛福部長的邱文達醫師曾言：「這是我一生都在期待的事！」（楊毅，2013）醫勞盟理事長張志華醫師也說：「醫師不用再擔心若發生急診暴力事件，會被警方吃案或摸頭。」（蘋果日報，2014）」對新法成效的信賴可見一斑。

醫界人士何以獲得這麼大的鼓舞？討論醫療法的修正內容外，更重要的是此次修法的起因及其帶來的後續效應。2013年11月26日蘆竹鄉民代表王貴芬在加護病房護理長辦公室，掌摑未依其意思、在電話中告知病人病情的李姓護理師，此舉引發各界撻伐，不到兩個月後立法院即完成醫療法之修正，法律條文的背後，更




多的是台灣社會對醫療暴力議題的重視，已經到了不能忍受的程度。關於修法及這一連串事件的形成，以下表整理說明：

表 1、醫療法修正事件簿

時間	事件
2013.11.26	王貴芬掌摑李姓護理師
2013.11.27	立委蘇清泉盼速修法
	衛福部強力譴責暴力
2013.11.28	護理師全聯會倡修法
	醫療院所連線，齊反醫院暴力
	立院初審，欲遏阻醫院暴力事件
2013.12.02	邱文達盼修醫療法
2013.12.03	「一犬吠聲 眾犬咬人」，王貴芬遭起訴
2013.12.05	醫療暴力改公訴，賴清德支持
2014.01.14	立院三讀通過醫療法修正部分條文

台灣過去曾經發生更嚴重的醫院暴力事件，2007 年 70 盧姓男子以尖刀刺傷衛署基隆醫院急診主任，但該次事件是病人之親屬不滿醫療糾紛的判決結果，類似施暴者與醫師間的私人糾紛；而王貴芬事件引起台灣社會的高度重視，應有以下幾個原因：

- 一、掌摑對方，受傷雖不嚴重，但踐踏他人的職業尊嚴，引發醫界反彈
- 二、施暴原因非一般大眾所能接受，且位居鄉民代表，導致民眾更加反感
- 三、新聞媒體大力報導、民眾個人轉貼訊息，加速凝聚並形成社會共識
- 四、醫界及相關團體呼籲，促成醫療法的修正
- 五、順應社會的期待，司法及立法系統迅速起訴、修法



從此事件可看到台灣社會對醫療暴力的看法，也可看出尋求改變的急迫性。但對第一線的醫護人員而言，此次效應也可能只是曇花一現的激情。如前所言，醫療法的修正只是讓醫院人員、警察、民眾意識到醫療暴力的存在，或許會讓部分潛在施暴者不施加暴力，也讓醫院人員跟警察對醫療暴力更加警惕，但缺乏具體且深刻的懲罰，因此在事件之後，醫院人員仍舊暴露在暴力的危險中。

美國勞工局統計，2003年至2007年在私營企業中，遭受人為非致命的職場攻擊及暴力行為，以醫療及社會援助產業的勞工居多，每年約佔60%。其中，近3/4的攻擊事件是醫療機構的病人或住民所致（Bureau of Labor Statistics, 2010）。更有研究顯示，醫院急診室工作的醫護人員是最易遭受身體、言語等暴力攻擊的高危險群（Chapman & Combs, 2008）。

暴力事件對受暴人員的影響是全面且深遠的，嚴重影響急診醫護人員安全，且造成個人身、心及社會上的負向影響及創傷（唐景俠、劉淑樺，2003）；暴力事件的發生潛在威脅並危害個人的生命，所產生的身心不良後果，影響員工的士氣與留任，並導致醫療服務品質下降（Ray, 2007）。

暴力事件存在於目前的台灣醫療環境中，而急診室是醫院裡最危險的角落，台灣社會對解決醫院暴力事件亟具共識並充滿期待，正是尋求改善的時機。



## 第二節 研究動機與目的

台灣的急診近年來面臨的困境有：暴力事件、壅塞問題、醫療糾紛、人力不足（行政院衛生署，2012），除了暴力事件外，其他大多牽涉複雜的健保財務、醫院管理、醫病關係等難題，當中的資源分配尤其困難。反觀暴力事件，受暴力的對象多是以急診室為職場的員工，如醫師、護理師等，而這個議題主要牽涉的是醫病關係，當中包含民眾就醫認知、醫學常識，及其對醫護人員和醫療場所的觀感，較其他議題來得單純。

情感及道德面上社會大眾都了解，無論何時何地都不應對他人施暴，但近年來急診暴力事件卻仍然不斷發生，因此大眾也越來越重視，政府主管機關、各醫院、相關學協會、相關勞工團體、新聞媒體、許多民眾也都齊聲反對醫療暴力的行為，急診暴力就像酒駕肇事，儼然成為一個社會集體撻伐的行為，但卻未難真的消失。

再看急診暴力事件對急診室員工的影響，除了受暴對象身心受創外，暴力事件勢必會讓職場員工心生恐懼，排斥在該單位繼續服務。急診本來就是醫院人力缺乏、人員流動量較高的單位，暴力事件訊息透過媒體發送，對全國在急診室服務的人員而言皆是一個負面的宣傳，影響員工士氣。

故本研究希望了解台灣醫療暴力的現況，再進一步針對最易遭受攻擊的急診室，從各種角度觀察「急診職場暴力」的成因，嘗試描繪台灣的急診暴力事件樣貌。透過實務實習，了解急診科的日常運作情形，除歸納發生的成因以外，也可同時探討預防暴力、杜絕暴力，醫院可施行的各項措施。

本研究目的如下：

- 一、分析台灣目前急診職場暴力之成因
- 二、提出符合現況的改善建議



### 第三節 實務實習單位

配合當時在臺北醫學大學的兼任助理工作，實務實習單位便選在緊鄰工作地點的臺北醫學大學附設醫院—急診醫學科。

選擇在急診室實習的原因，一是就近觀察，了解急診室的人員、空間、規範、文化。例如急診室的醫護人員輪班方式、急診就醫流程、檢傷分級與候診時間、醫院對急診室的定位與期待、在地的急診暴力危險因子等；另一個原因是便於研究收案，本案深度訪談事件利害關係人中，即有部分受訪者來自實習單位或透過實習單位人員的介紹而認識，得以接受訪談。以下介紹實習單位：

#### 一、臺北醫學大學附設醫院

##### (一) 臺北市信義區的醫療旗艦

臺北醫學大學附設醫院創立於 1976 年，為臺北醫學大學第一所附屬醫院，1994 年增建第二醫療大樓，2007 年完成第三醫療大樓，院區床數提升至近 800 床。醫院持續增設各項新穎設備並致力提升醫療品質，2010 年癌症醫院大樓啟用，員工人數超過 2 千人，為臺北市信義都心之醫療旗艦。

##### (二) 高科技醫療，整合性照護

北醫附設醫院提供包含內、外、婦、兒等 28 個醫療專科及神經內外科、整型外科、消化內外科、心臟內外科等 39 個醫療次專科於臨床服務。設立低侵襲性內視鏡微創手術中心、癌症中心、疼痛雷射光療中心、生殖醫學中心、健康管理中心、乳房健康管理中心、體重管理中心、美容醫學中心、產後護理之家、睡眠中心及血友病中心、國際病人中心等特色醫療。

除了完整的醫療分科，並引進先進設備，如：360 度斷層式螺旋刀 (Tomotherapy)、全自動機器人步態行走訓練機等，2010 年成立癌症醫院大樓及基因定序中心，讓癌症從篩檢、治療、追蹤、照護一次到位，邁向個人化治療時代。

##### (三) 榮獲最高榮耀，實踐「以病人為中心」

北醫附設醫院高標通過美國國際醫院評鑑 JCI 最高榮譽、第 21 屆國家品質獎、

衛生署 99 年度新制醫院評鑑特優醫院、行政院英語服務金質標章認證醫院、衛生署 HACCP 食品安全標章及多項 ISO 驗證，不斷提升醫療服務品質，實踐「以病人為中心」之核心價值。



#### (四) 投入國內外公益善舉，落實社會責任永續發展

北醫附設醫院積極走入社區，參與社會公益、國際醫療援助，體現社會責任，獲得臺北市政府綠色採購標竿企業、連續蟬聯《數位時代》雜誌 2010-2011 年「綠色品牌大調查」醫界榜首，並通過企業社會責任 AA1000:2008 暨 GRIG3 雙認證，為首批通過之醫療機構。並以「永續社會責任報告書」獲得「2010 臺灣企業永續報告獎」殊榮，為全國首家獲獎醫院。

## 二、急診醫學科

### (一) 簡介

本院成立於民國 65 年 8 月，當時病床規模僅有 220 床。於民國 82 年時成立急救醫學科，已具急診室的雛型。之後在醫護同仁的努力之下，急診病患之來診人數日益增加，因急診業務上之需要，乃於民國 88 年 1 月正式正名為「急診醫學科」。

由於社會結構的變遷，人民生活水準的提昇，病患對於醫療品質的需求，使得急診醫療益顯重要。本院陳振文院長非常重視急重症醫療，為能確保急診服務品質，延聘了多位優秀急診專科醫師加入，每班至少皆由 2 位具急診醫學專科醫師親自看診，定時巡查留觀病患，並優先替急診病患安排病房，由各專科醫師收治，24 小時全年無休，使病患能得到最好的照顧。

本院第三醫療大樓興建完成後，總床數逼近 900 床，本科亦於 103 年 1 月更新急診軟硬體提供足夠的空間及服務設備，以因應醫療環境的變遷及提供急診病患更完善的服務。

本科於民國 90 年通過台灣急診醫學會評鑑，成為急診醫學科專科醫師訓練醫院及二級創傷醫院，將致力於台灣北部急診醫學人力之培育養成工作。

本科目前為台北市緊急醫療網責任醫院的成員之一，由於病患疾病嚴重度及



醫療需求不斷的提高，本科將在醫護人員素質、作業流程、在職教育及急診醫學的研究領域內繼續努力，除提供急診病患最佳的醫療服務品質外，並為急診醫學的發展創造一個更好的環境。



本院急診醫學科提供 24 小時急症服務，全年無休。服務團隊包括以病人為中心的心臟內外科團隊、神經內外科團隊、胸腔內外科團隊、消化腸胃腹腔內外科團隊、腎臟泌尿科團隊、骨科手外科團隊、口腔外科及顏面外科團隊、婦產科團隊、兒科團隊、耳鼻喉科團隊、眼科團隊、加護中心照護團隊等堅強醫療團隊陣容為後盾，組成完整之急重症醫療搶救及照護團隊。皆由資深專科醫師負責，醫護工作人員本著視病猶親的服務熱忱，盡全力搶救及照護危急病患。

本科面積約 350 坪，分為內、外、兒科診療區及重症搶救區，同時有獨立外傷及骨科處置室，及病人留置觀察區，共 21 床，提供臨床服務及教學使用。

## (二) 急診之宗旨與範圍

1. 宗旨：負責臺北醫學大學附設醫院之急診業務，包括服務、教學、訓練與研究四大目標。不僅要完成緊急處理病患，成為服務大眾的急診中心，且要完成教學醫院的目標—教學、訓練與研究。
2. 範圍：急診業務包括—所有緊急狀況之處置。目前包括內科、外科、骨科、婦產科、小兒科、耳鼻喉科、眼科、泌尿科...等。

(三) 展望：希望成為台北市服務最好的急重症醫學中心及重度急救責任醫院，及最佳之急診醫學訓練及研究中心。

## 三、與研究目的之相關性

實習所在醫院為臺北醫學大學之附設單位，醫院運作以一校(臺北醫學大學)三院(本院及雙和、萬芳醫院)為基礎，有充分的人才也有營運各層級醫院的經驗，並且深根社區、不斷實現組織各個階段的願景，有充足的資源及改變的衝勁，故選擇在此實習。希望藉由實習期間的觀察，了解單位在面對如急診暴力這樣的社會議題，其目前處理方式、遭遇的困難，以及未來可能的改善作法。



## 第二章 文獻回顧

本章分六節，分別說明職場暴力、台灣急診暴力現況、急診暴力危險因子、急診暴力所造成影響、急診暴力防範措施、文獻小結。

### 第一節 職場暴力

#### 一、職場暴力定義

職場暴力是在職場裡受到任何的人身攻擊、情緒或言語的虐待、威脅、騷擾、或是脅迫行為所造成的身體或精神傷害(Cashmore, Indig, Hampton, Hegney, & Jalaludin, 2012)。

職場暴力是一種侵略行為甚或暴力犯罪，範圍可包括言語威脅、身體攻擊、甚至傷害性命(Gacki-Smith et al., 2009)。


#### 二、職場暴力分類

按加害人關係分類（美國職業安全衛生署）

- (一) 類型一（犯罪意圖）：由外侵入職場行使暴力進行搶劫或其他犯罪活動，或由現任/前任員工進入職場意圖犯罪
- (二) 類型二（顧客/客戶/病患）：顧客、客戶、病患、學生、見習生或其他雇主提供服務之對象，直接對員工行使暴力
- (三) 類型三（同事）：現任或前任員工、雇主或監督與管理者對同事、雇主或監督與管理者行使暴力
- (四) 類型四（私人關係）：某位不在該職場工作的人，與職場內員工認識或有私人關係，行使暴力

部分事業單位可能出現一種以上多重類型的職場暴力，如醫院急診室或便利商店

#### 三、急診職場暴力



醫療業的職場暴力發生遠比其他產業高出四倍(Whelan, 2008)。醫療院所中常發生暴力的單位為：精神科病房、急診室、候診區、老年醫學、門診、開刀房、內外科病房、安寧照護病房等單位及老年/長期照護機構 (Shields & Wilkins, 2009)

以醫院的權屬別來看，公家醫院的急診人員比其他私人等醫院更容易發生一種或一種以上的職場暴力。急診醫護人員比其他醫事人員更有可能發生職場身體暴力(Ayranci, 2005)。

性別探究職場暴力致命狀況，女性最常為「非致命」的暴力受害者，大部分的受害者是護理人員，身體被攻擊的方式常是遭病人毆打或踹踢，「男性」則常是「致命性」的職場攻擊暴力受害者(Ayranci, 2005)。



## 第二節 台灣急診暴力現況

### 一、衛生福利部（行政院衛生署，2012）

98年-102年5月為止急診暴力事件，各縣市衛生局回報全國擾亂醫院急診秩序或妨礙醫療業務執行之案件共計681件，各年度案件數如下：

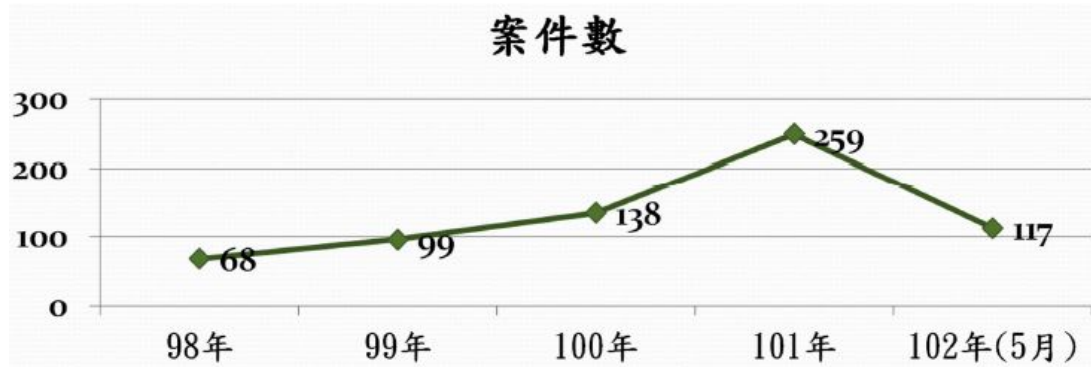


圖 1、全國擾亂醫院急診秩序或妨礙醫療業務執行之案件數

台灣的急診職場暴力統計，目前以各醫院向所在地衛生局通報的「擾亂醫院急診秩序或妨礙醫療業務執行」事件為主，但該資訊目前尚無定期公布全國的統計數據，故僅能從衛福部的宣導事項中了解現況。

### 二、台灣病人安全通報系統（台灣病人安全通報系統，2014）

根據最近一期醫策會病人安全通報系統資料，2013年台灣有1,603件通報的傷害行為事件（如言語衝突、身體攻擊、自殺/企圖自殺、自傷等事件）、及1,518件通報的治安事件（如偷竊、騷擾、誘拐、侵犯、病患失蹤、他殺事件）。

傷害行為事件發生的原因中，有90.6%與病人有關、33.2%與溝通有關；發生地點，有12.1%發生在急診室；身體攻擊的事件中，有42.6%造成輕度以上的傷害。

治安事件中，肢體衝突、恐嚇、騷擾類型佔整體的22.8%；整體受影響的對象裡，有20.6%包含員工；23.1%的治安事件發生在急診室。

然而上述資料為各院分別向醫策會通報，除可能有「未通報」的事件外，尚有醫療機構未加入此病安通報系統、醫院選擇案件通報、目前通報單之設計不足以釐清是否為職場暴力等情形，解釋能力受限。



### 第三節 急診暴力危險因子

事件成因之分析，國外資料與國內情形差異較大，例如攜帶槍枝、是否裝設金屬探測器等，且台灣醫護人力相較於他國更為吃緊，是否對於急診職場暴力事件的產生有更大的影響力值得再探討；此外本國相關研究，目前主題多是受暴力的護理人員之感受及影響，事件分析部分亦是參考國外文獻，較少針對事件發生成因的研究。

職場暴力之成因與危險因子，歸納如下 (Catlette, 2005; Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip, & Sangthong, 2008; Shields & Wilkins, 2009; 唐景俠、劉淑樺，2003; 楊春梅，2011)：

#### 一、社會文化因素

如社會手槍等武器持有增加、鄰近犯罪區域、整體經濟表現不良，失業率高等。

#### 二、病人及訪客（加害人）因素

如情緒反覆尤其是受到藥物或酒精影響、有尋藥的行為、有暴力攻擊史、反社會人格特質、診斷為精神疾病、受約束的病人、急性疼痛的病人、器質性腦症候群/失智症的病人、蓄意自殺的病人、低社經地位、罪犯或幫派份子、性格衝動、易怒、多疑、男性、年紀輕、承受壓力。

#### 三、組織及環境因素

如有毒的工作環境（高度權威管理型態、監督尺度不一、管理侵犯隱私，或組織環境僵硬且控制、人際間不開放）、缺乏保安及警察巡守、病人/檢傷區域開放、無門禁管制、缺少金屬探測器、病人壅塞、缺乏監視系統、病人對醫院政策不滿、人力不足、缺乏精神科醫師駐診、工作壓力、工作氣氛不佳、人員獨自工作、轉送病人時、沉默文化、缺乏機構的關注及系統支持、環境吵雜、缺乏暴力通報機制、訪客政策執行不良。

#### 四、人員因素

如缺乏人力、夜班工作、缺乏暴力史資訊、缺乏防暴訓練、工時過長、缺乏良

好人際關係、獨裁的態度、缺乏溝通技巧或溝通不良、病人/家屬缺乏資訊、年紀輕、資淺、能力或經驗不足、女性、士氣低落、缺乏主管支持、與同事意見不合、在急診照護精神科病人、照顧正處於入出院動態病人、照顧有失智症之病人、病人/訪客覺得漠不關心。





## 第四節 急診暴力所造成影響

急診工作人員遭受身體暴力攻擊後的傷害可能有擦傷、挫傷、咬傷、抓傷等，傷害往往使得受暴者必須就醫並需要精神上的治療，亦可能導致暫時無法工作(Gates, Ross, & McQueen, 2006)。人員在職場遭受暴力攻擊威脅，可能使有經驗的員工離開職場，導致成本增加，且無法留任或吸引新的人員進入臨床工作(Chapman & Styles, 2006)。

彙整急診職場暴力所造成的影響(Chapman & Styles, 2006; Gates et al., 2006; Ray, 2007; Whelan, 2008; 楊春梅，2011)：

### 一、對醫院

#### (一) 危及醫療品質

職場暴力影響醫院員工，導致工作士氣低落、壓力增加、對彼此的信任降低，可能使員工戰時無法工作，甚至想要離職，上述狀況皆有可能危及醫療品質。

#### (二) 增加營運成本

包括必須加強保全人員與設備，必須支付員工的醫療與心理治療費用與補償，員工請假需找人代班，員工離職需重新招募訓練新人，員工士氣低落影響工作效率與工作滿意度，也可能會有訴訟。

### 二、對員工

(一) 肢體暴力造成員工受傷。從割傷、擦傷等輕傷，到骨折、失去意識等重傷，甚至可能發生命案。

(二) 即使未受傷害，事件也往往對員工造成心理影響。生氣、害怕、挫折、焦慮、無助、羞愧、缺乏自信等情緒反應，有時會有創傷後壓力症候群、職業倦怠等。

(三) 暴力事件也有可能影響員工的工作情形，可能造成對病人的照護品質下降、照護上的專業錯誤增加、無法客觀面對病人、逃避並人及工作、對工作的熱誠下降，考慮離職、轉換跑道等。

## 第五節 急診暴力防範措施




急診室職場暴力之預防措施(Peek-Asa et al., 2007)：

- 一、**訓練**：醫院針對職場暴力進行教育訓練，內容包含如易有暴力情形之病人特性、約束暴力病人的技巧、醫院的安全政策與程序等，且須要求訓練時間超過一小時。
- 二、**管理**：例如醫院的防暴計畫有依照指引、計畫包含員工病人訪者的安全、醫院有安全委員會且當中包含急診人員、通報暴力事件之管道及規範等。
- 三、**環境**：例如監視器、獨自工作空間、燈光充足、警報系統等。
- 四、**安全**：例如派駐保全人員，且有針對保全人員的訓練等。



## 第六節 文獻小結



台灣的醫療及急診暴力情形目前公開的數據不多，病安通報系統及衛生局所收的擾亂醫院急診秩序或妨礙醫療業務執行之案件是唯二可從中窺知一二的管道，但病安通報系統難以鎖定受暴者為員工的案例、衛生局所收的案件則是未能定期公布，主關機關方的資訊甚為有限。且此二管道是建立在醫院方主動通報的前提下，相較於真正發生的暴力事件數量，很有可能只是當中的冰山一角，實際發生數量及現況嚴重程度值得再探討。

暴力危險因子可分為社會文化、病人及訪客（加害人）、組織及環境、人員因素四項。其中社會文化部分，台灣因較少槍枝問題，暴力傷害程度應該較低，但須注意健保及醫療法規對醫院處理醫療暴力之影響；其他幾個部份，台灣與文獻中的其他國家差異應該較小。

造成影響的部分，對醫院是醫護品質下降及成本增加；對人員則是造成身心靈受創，進而影響工作，與對醫院造成的影響形成惡性循環。台灣在這部分的影響與文獻中其他國家應是相同的；而醫院急診室的暴力防範措施可從四個面向－訓練、管理、環境、安全來做強化，台灣的暴力事件普遍尚未造成嚴重的傷害事件，相較於其他動輒傷害性命的暴力事件，現況台灣應是較易於在不破壞醫病關係的情況下進行事件的防範及管控。



### 第三章 研究方法

本章分為三節，就研究設計、新聞分析、深度訪談利害關係人三個部分說明。

#### 第一節 研究設計

本研究欲了解台灣急診職場暴力事件的現況及成因、事件利害關係人對事件的看法及其因應，故透過分析新聞內容及深度訪談事件利害關係人兩個方式來完成資料蒐集與分析，如下圖。

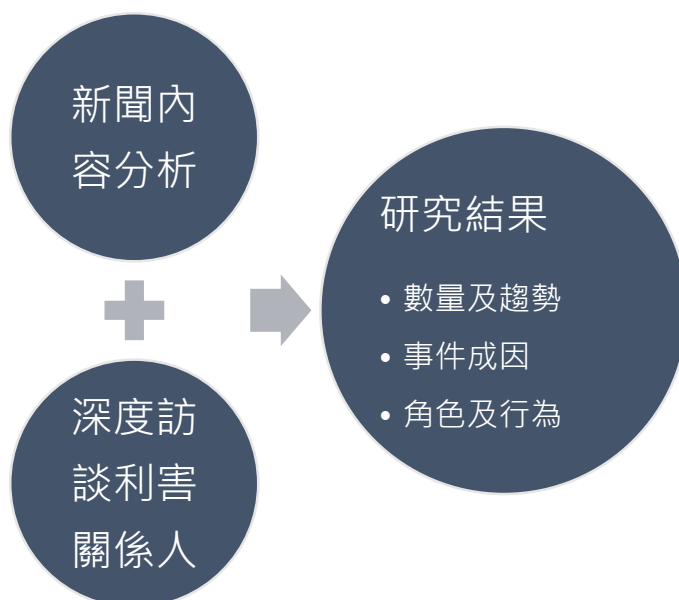


圖 2、研究架構



## 第二節 新聞內容分析

新聞媒體是現今民眾獲得資訊最普遍的方式，也是形成輿論、改變民眾行為的重要途徑。本研究欲透過分析近十年的相關新聞數量及內容，了解台灣急診職場暴力的現況及趨勢，並探討事件發生的成因，及其造成的影響。以下說明資料蒐集及分析方式：

### 一、資料蒐集

本研究使用五大新聞資料庫，蒐集近十年（2005-2014）的相關新聞，使用這些資料庫，除希望能夠描繪台灣現況外，也希望知道不同媒體對於相關新聞的重視程度、偏好等資訊。五大新聞資料庫如下：

- (一) 知識贏家（中國時報等）1994-
- (二) 聯合知識庫—全文報紙資料庫 1951-
- (三) 中央通訊社中英文新聞資料庫 1991-
- (四) 自由新聞網 2005-
- (五) 蘋果日報 2003-

新聞搜尋的目標有兩個，一是「醫療」相關新聞，透過計算其數量，觀察媒體對醫療相關議題的投入；二是「醫療暴力」相關新聞，亦計算其數量，觀察媒體對此議題的投入情形。搜尋關鍵詞如下：

- (一) 「醫療」相關新聞，關鍵詞為「醫療」
- (二) 「醫療暴力」相關新聞，關鍵詞為「急診暴力」或「醫療暴力」或「醫院暴力」

### 二、資料分析

#### (一) 新聞數量分析

透過搜尋關鍵詞符合的新聞，了解「醫療」及「醫療暴力」相關新聞在近十年的報導量及其所佔新聞比率。

#### (二) 新聞類別分析

觀察近十年的「醫療暴力」相關新聞，就其內容進行分類，以了解相關議題在

台灣的報導內容及呈現方式。

### (三) 事件內容分析

從「醫療暴力」相關新聞中找到實際發生的事件，觀察其發生過程、施暴者、受暴人員、施暴事由等內容，並與深度訪談受暴人員之事件一同分析與比較。





### 第三節 深度訪談利害關係人

醫院是一個開放的空間，一個發生在醫院的職場暴力事件，可能牽涉許多利害關係人，尤其是急診室。以受暴人員來說，都是醫院的員工，但也包含醫師、護理、醫事人員許多各種不同職業背景；而施暴者除病人及其親友外，也有可能

是員工，甚至也會有單純因私人理由來到醫院施行暴力者。此外，當暴力事件發生，醫院依其內部程序處理事件，社工、行政、部門管理者、甚至院長都有可能介入處理。

本研究欲透過訪談上述利害關係人，了解事件發生的始末，關係人的感受及因應，以釐清事件成因及角色行為，據此提出改善建議。以下說明資料蒐集及分析方式：

#### 一、資料蒐集

##### (一) 受訪者選取

本研究從報載的急診暴力事件中尋找受暴人員接受訪談，並輔以滾雪球方式增加受訪者，同時搭配立意抽樣方式，根據不同人員職業背景、是否身兼管理職、所描述的暴力事件類型來選取，以提供事件內容的多樣性，直至達到飽和。

本研究受訪者分為兩類：

1. 受暴人員
2. 部門主管或其他介入處理的人員

##### (二) 受訪者基本資料

本研究訪談事件當事人共 29 位，相關資訊如下：

1. 職業別：醫師 7 位 (24%)、護理 14 位 (48%)、警衛 4 位 (14%)、社工 3 位 (10%)、行政 1 位 (3%)
2. 管理職：身兼管理職 12 位 (41%)、非管理職 17 位 (59%)
3. 性別：男性 17 位 (59%)、女性 12 位 (41%)
4. 年齡：20-30 歲 9 位 (31%)、30-40 歲 12 位 (41%)、40-50 歲 5 位 (17%)、



50-60 歲 2 位 (7%)、60 歲以上 1 位 (3%)

5. 所在醫院層級：醫學中心 3 位 (10%)、區域醫院 25 位 (86%)、地區醫院 1 位 (3%)

6. 所在醫院位置：台北市 24 位 (83%)、新北市 3 位 (10%)、桃園縣 1 位 (3%)、台南市 1 位 (3%)

表列如下：

表 2、受訪者資訊

編號	職業別	管理職	性別	年齡	醫院層級	醫院位置
p01	護理	否	女	26	醫學中心	台北市
p02	護理	否	女	33	區域醫院	新北市
p03	醫師	否	男	37	區域醫院	桃園縣
p04	護理	否	男	28	醫學中心	台北市
p05	護理	否	男	30	區域醫院	台北市
p06	護理	是	女	43	區域醫院	台北市
p07	醫師	是	男	33	區域醫院	台北市
p08	醫師	是	男	39	區域醫院	台北市
p09	警衛	否	男	25	區域醫院	台北市
p10	警衛	否	男	29	區域醫院	台北市
p11	護理	是	女	36	區域醫院	新北市
p12	護理	否	男	27	地區醫院	台南市
p13	醫師	否	男	37	區域醫院	台北市
p14	護理	否	男	29	區域醫院	台北市
p15	護理	否	女	32	區域醫院	台北市
p16	護理	否	女	33	區域醫院	新北市
p17	醫師	是	男	56	區域醫院	台北市
p18	護理	是	女	40	區域醫院	台北市
p19	護理	否	女	33	區域醫院	台北市
p20	醫師	是	男	39	區域醫院	台北市
p21	行政	是	女	49	區域醫院	台北市
p22	護理	是	男	40	區域醫院	台北市
p23	醫師	是	男	55	區域醫院	台北市
p24	警衛	是	男	63	區域醫院	台北市
p25	社工	否	女	28	區域醫院	台北市
p26	社工	否	女	30	區域醫院	台北市



編號	職業別	管理職	性別	年齡	醫院層級	醫院位置
p27	護理	否	男	42	區域醫院	台北市
p28	社工	是	女	41	區域醫院	台北市
p29	警衛	否	男	41	醫學中心	台北市

### (三) 訪談內容

在徵得受訪者的同意後，期約時間地點進行訪談。若受訪者同意，原則上全程錄音，以利後續撰成逐字稿。訪談從以下幾個問題開始切入—「請問您是否有親身遭遇急診暴力？」「是否還有親眼見過其他印象深刻的案子？」「介入處理案件的概況？」藉由上述對不同關係人的提問，還原事件的客觀樣貌，並探知受暴人員對事件的真實感受。

針對不同類別的受訪對象，擬訂訪談大綱如下表：

表 3、訪談大綱

受暴人員	部門主管或其他介入處理的人員
1. 事發過程	1. 事發過程
2. 受暴者的感受	
3. 受暴者的後續行為	2. 受暴者的後續行為
4. 醫院的處置方式	3. 醫院的處置方式
5. 對改善急診暴力的建議	4. 對改善急診暴力的建議
	5. 醫院目前對於急診暴力的預防措施

### (四) 研究倫理

依國立台灣大學醫學院附設醫院之校附醫倫字第 1033701875 號函文，本研究符合簡易審查條件及研究倫理規範，通過審查（案號：201403085RINC）。在向受訪者說明主題、目的後，告知錄音的需要，徵求同意並簽署同意書（如附錄）。若受訪者基於個人因素欲退出，將尊重其意願，不使用當中得到的任何資料，不造成任何影響。



## 二、資料分析

### (一) 事件內容分析

從深度訪談利害關係人中拼湊事件的全貌，觀察其發生過程、施暴者、受暴人員、施暴事由等內容，並與「醫療暴力」相關新聞中的事件一同分析與比較。

### (二) 角色及其行為分析

本研究針對事件中的不同利害關係人，他們在事件中扮演不同的角色，例如常為受暴人員的醫師、護理師，居中協調的社工、行政主管，以及制止暴行的警衛等。不同角色對事件有不同的感受及因應方式，本研究欲了解各個利害關係人的想法與選擇。

#### 1. 角色類別

依據受訪者在暴力事件中的角色歸納，分為「直接面對暴力的醫護人員」、「協助制止暴力的警衛」、「協助雙方協調的社工」三類，據此分析各角色在面對暴力事件時的不同模式與作法。

#### 2. 分析面向

依據受訪者對暴力事件的回應，以「態度」、「影響」、「行為」、「策略」四個面向分析前項三類角色的差異。

#### 3. 類型歸納

針對各類角色在前項四個面向中的不同回應，優先尋找當中較為對比的部分，歸納出具代表性的角色類型，以針對不同的角色類型提出不同的改善建議。





## 第四章 研究結果

本章分四節，分別就新聞數量分析、事件成因分析、角色及其行為分析、新聞及受訪個案分析四個部分說明。

### 第一節 新聞數量分析

本節分析五大新聞資料庫(中央社、聯合報、自由時報、中國時報、蘋果日報)近十年(2005.01.01-2014.12.31)的「醫療」相關新聞，以及用「急診暴力」、「醫療暴力」、「醫院暴力」為關鍵字搜尋到的新聞，其各年之數量、趨勢及新聞類別。

#### 一、新聞數量及趨勢

##### (一) 「醫療」相關新聞

以「醫療」為關鍵詞搜尋，欲了解五大新聞媒體十年間對醫療議題的關注程度。中央社各年相關新聞報導量為 3,761-5,245 件，較其他報數量相對穩定，2005-2008 年呈下降趨勢，2010 年後逐年上升；聯合報各年相關新聞報導量為 6,308-8,054 件，數量最大且變動幅度小，報導量最為穩定，2005-2007 年呈下降趨勢，2010 年後亦逐年上升；自由時報各年相關新聞報導量為 1,398-4,336 件，2005-2009 年逐年上升，2010 年數量略減，之後繼續逐年上升，整體成長幅度相當大；中國時報各年相關新聞報導量為 3,676-6,819 件，2005-2009 年呈下降趨勢，之後逐年上升；蘋果日報各年相關新聞報導量為 1,484-5,039 件，2005-2009 年呈下降趨勢，2010 年後亦逐年上升。詳如右圖。

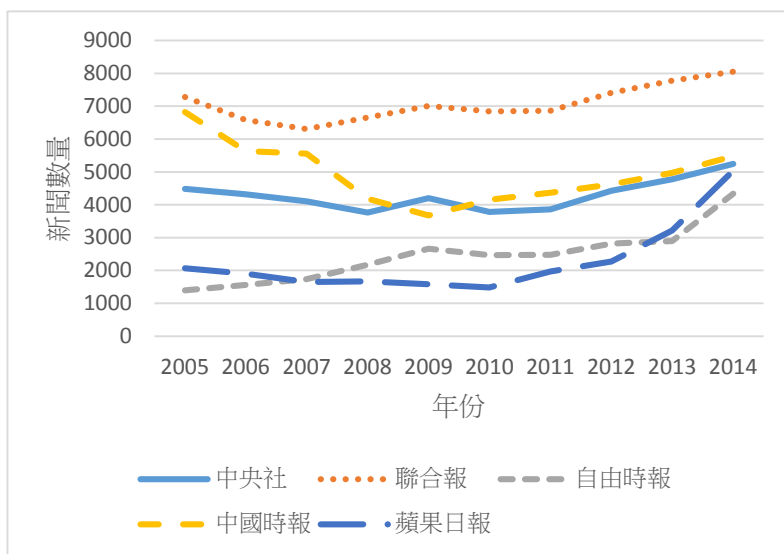


圖 3、近十年五大媒體「醫療」相關新聞數量

續觀察各大新聞媒體近十年報導「醫療」相關新聞的趨勢，可發現除自由時報報導量持續在成長外，其他媒體均呈現 2005-2007 年數量下降之趨勢，而 2010 年後，則是所有媒體的「醫療」相關新聞報導量均逐年成長。各大媒體加總後的趨勢詳如右圖。

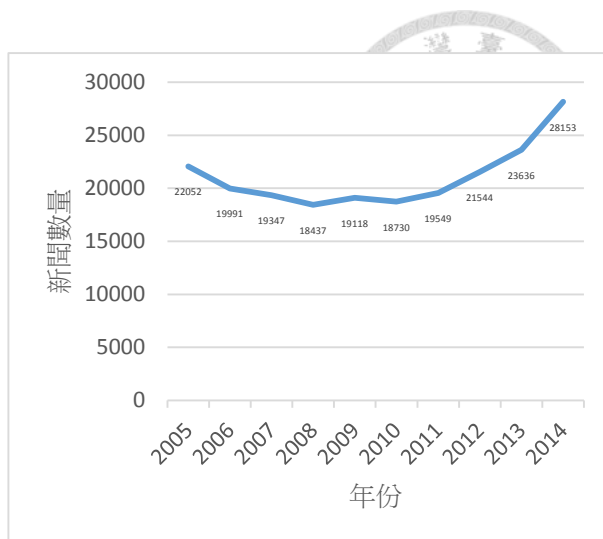


圖 4、近十年五大媒體「醫療」相關新聞數量加總

## (二) 「醫療暴力」相關新聞

以「急診暴力、醫療暴力、醫院暴力」三個關鍵詞搜尋，欲了解五大新聞媒體近十年對「醫療暴力」相關議題的關注程度。中央社 2005-2010 年共 2 件，2011 年開始報導量明顯上升，一年就有 9 件，最多的 2013 年甚至一年就有 28 件；其他四個媒體亦呈現相同情形，2005-2010 年最多 2 件，與各報當年「醫療」相關新聞件數比率趨近 0.00%，2011 年開始一年最少 3 件，佔該報當年（中國時報，2012 年）「醫療」相關新聞件數之 0.06%、最多則有 39 件，與該報當年（蘋果日報，2013 年）「醫療」相關新聞件數之比率高達 1.21%，100 則醫療相關新聞中至少 1 則涉及醫療暴力。各大報報導數量詳見右圖。

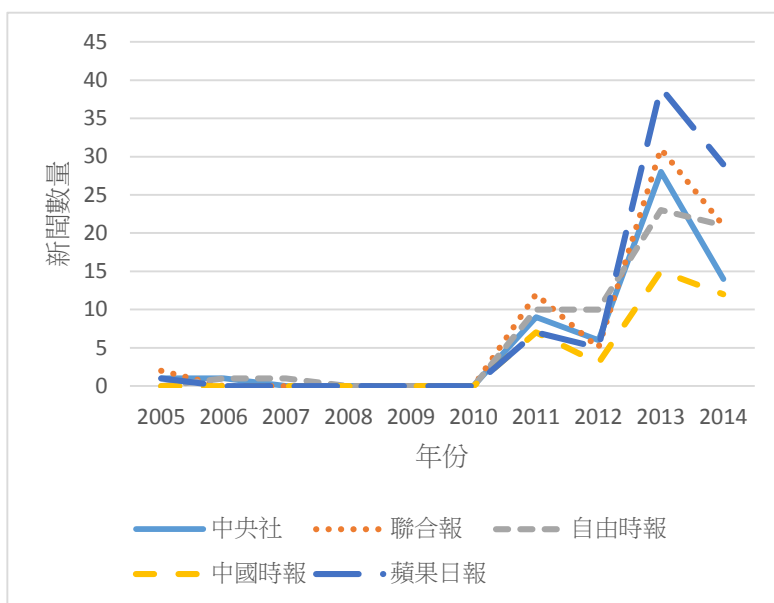


圖 5、近十年五大媒體「醫療暴力」相關新聞數量



整體而言，「醫療暴力」相關新聞的數量，2011 年突然開始大幅的成長，在此之前的各年加總不到 5 件，媒體開始對這個議題關注的時間點非常明確。

## 二、「醫療暴力」相關新聞之類別分布

進一步分析「醫療暴力」相關新聞之內容，將所有新聞分為以下五個類別進行討論。

### (一) 分類依據

#### 1. 急診暴力事件

新聞內容主題是描述暴力事件的發生，遭受暴力的是醫院的人員，地點在急診室（包含急診的警衛崗哨、大門、藥局、候診區、檢傷台、診療區、急救區、留院觀察病床等處）；對暴力事件的雙方，後續若有追蹤當事人現況之新聞，例如受暴人員提告、施暴者判刑等，亦歸於此類。

#### 2. 非急診之醫療暴力事件

分類依據同上，唯地點改為醫院中急診室以外的場所。

#### 3. 針對暴力防範宣導或討論

新聞內容主題是對醫療暴力事件進行防範宣導或討論，例如政府及醫院對預防暴力採取的措施、民間團體對杜絕暴力的呼籲、醫護人員及一般民眾對暴力頻傳的感受等；部分新聞可能同時提及某個特定的暴力事件，但由於非新聞主旨故歸於此類。

#### 4. 提及現況（非新聞重點）

新聞內容主題不是醫療暴力，只是在內容中提及醫療暴力現況而被搜尋出來。例如討論護理人力不足、住院醫師四大皆空、衛福部長在世界衛生組織的發言、病人及家屬感謝醫護人員等新聞，均有提及醫療暴力現況但並非主旨，即歸於此類。

#### 5. 非台灣之醫療暴力情形

新聞內容有描述暴力事件的發生，但並非發生在台灣，不是本研究欲觀察的新聞故歸於此類。



## (二) 類別分布情形

觀察五大新聞媒體報導各類別新聞之數量，結果如下表。

表 4、五大媒體報導「醫療暴力」相關新聞之類別分布

新聞類別	中央社	聯合報	自由時報	中國時報	蘋果日報	合計
急診暴力事件	13	17	16	8	21	75 <sub>(24%)</sub>
非急診之醫療暴力事件	3	8	7	7	9	34 <sub>(11%)</sub>
針對暴力防範宣導或討論	28	35	27	18	32	140 <sub>(45%)</sub>
提及現況（非新聞重點）	14	9	13	4	15	55 <sub>(18%)</sub>
非台灣之醫療暴力情形	1	2	3	0	4	10 <sub>(3%)</sub>
合計	59	71	66	37	81	314 <sub>(100%)</sub>

雖然各大媒體不一定有報導相同的暴力事件，但在其報導內容的類別分布仍大致相同。當中報導最多的是「針對暴力防範宣導或討論」，整體佔率為 45%，其報導的時間多緊接在暴力事件發生之後，常常一則「急診暴力事件」（佔 24%）或「非急診之醫療暴力事件」（佔 11%）新聞發布的同日或隔日，接續許多團體或醫護人員對醫療暴力的看法，或延伸其他相關議題的討論；另外「提及現況（非新聞重點）」整體佔率為 18%，佔總新聞量的為第三高，顯見醫療暴力已是對台灣醫療環境相當普遍的認知；最末是「非台灣之醫療暴力情形」，僅佔整體的 3%。

### 三、新聞中的暴力事件數量及趨勢

再從「急診暴力事件」及「非急診之醫療暴力事件」兩類新聞計算實際描述的案件數量，可看到近十年媒體有報導的醫療暴力事件共有 36 件，分別是 2007 年 1 件、2011 年 4 件、2012 年 3 件、2013 年 13 件、2014 年 15 件，數量趨勢與前段整體「醫療」及「醫療暴力事件」相關新聞的數量趨勢十分相似。2011 年開始，無論是新聞或事件，數量遠高於前面幾年，而之後的幾年數量也都維持且持續上升，詳見右圖。

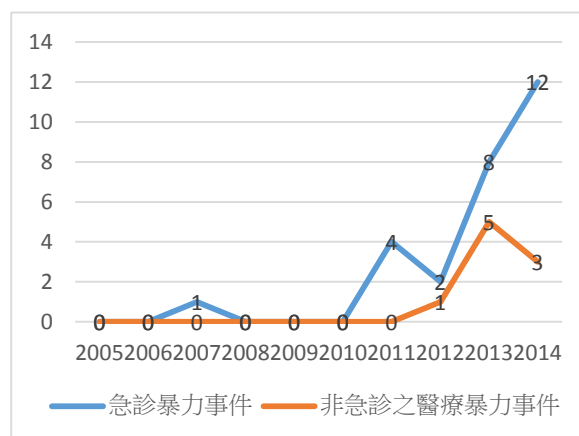


圖 6、新聞中的暴力事件數量



## 第二節 事件成因分析

本節從新聞內容及訪談者所描述的暴力事件中蒐集事件發生的具體情形，以分析台灣急診職場暴力事件發生的原因。所分析的案件中有 36 件取自新聞媒體(佔 49%，編號 nc01-36)，41 件取自當事人訪談 (55%，編號 c01-41)，當中有 3 個新聞中的暴力事件，本研究亦有訪談到遭受暴行的人員 (4%，bc01-03)，共計 74 件。以下針對事件內容分析及高風險因子做說明。

### 一、事件內容分析

#### (一) 事件內容分組

為了同時呈現並比較新聞及訪談中蒐集到的事件內容，故將事件中共通的因素歸納分組別及類別，詳如下表：

表 5、事件內容分組

組別	類別	事件因子	備註
1. 施暴者	年齡	20 歲以下	≤20 歲
		20-40 歲	>20 歲、≤40 歲
		40-60 歲	>40 歲、≤60 歲
		60 歲以上	>60 歲
	性別	男性	
		女性	
	身份	病人	
		病人之親友	
		其他	
	個人危險因子	酒醉或有酒癮	
		要求藥物或有藥癮	
		有精神疾病	
	施暴理由	不滿醫療處置	對醫療照護的執行有異議，例如：認為有醫療疏失、要求藥物遭拒絕
		不滿醫院服務	對醫療照護外、醫院人員的行為態度有異議，例如：等候過久、認為人員態度不佳
		意識不清或原因不明	現有資料無法確知其理由，或施暴者當下意識不清，例如：酒醉病

			人、不明原因拒絕治療的病人	
	威脅手段	使用器物威脅	欲以器物致人傷害，器物包含自行攜帶、或醫院內既有的裝置及物品	
		以人群威脅	言語威脅會找人來堵受暴人員、或人群直接包圍受暴人員	
		威脅會感染病菌	說自身有疾病，言語威脅人員不要碰他，例如：愛滋病	
		威脅事件上新聞	言語威脅人員照他的意思執行處置，若拒絕就會向媒體告發	
2. 受暴人員	職業別	醫師		
		護理		
		警衛		
		醫院其他人員		
	性別	男性		
		女性		
	人數 (本類別無複數事件因子)	1 人		
		2 人或 2 人以上		
	傷害程度 (本類別無複數事件因子)	僅言語暴力		
		物品設備受損		
有肢體暴力但無受傷				
有肢體暴力導致受傷				
3. 時間地點	事發時間 (本類別無複數事件因子)	白班	08:00-16:00	
		小夜班	16:00-24:00	
		大夜班	24:00-08:00	
	事發地點 (本類別無複數事件因子)	診療、急救、留觀	急診室的診療區、急救區、留院觀察病床等處，依照檢傷完畢之後病人及家屬的所在位置歸納	
		檢傷、候診、大門	急診室的檢傷台、候診區、急診大門等處，依照檢傷之前病人及家屬的所在位置歸納	
		醫院其他場所		
	4. 後續行動	法律行動 (本類別無複數事件因子)	是	警方有備案的事件，亦包含後續有提告者
			否	雖發生事件，但後來因受暴人員無意追究，故未備案也未提告者
		醫院回應	法律協助	

		關心輔導	
		制度或設備改善	



## (二) 事件內容次數分布

以下就事件內容之因子計算次數，(訪談+新聞)次數>(總合)者，表示其案件有上新聞也有接受訪談；部分事件因子由於新聞內容未提及，或訪談受訪者不確定細節或已經遺忘，故不計入。

### 1. 施暴者一年齡、性別及身份

表 6、施暴者年齡、性別及身份次數分布

年齡	訪談	新聞	總合	比率
20歲以下	0	2	2	4%
20-40歲	10	11	19	42%
40-60歲	10	10	20	44%
60歲以上	1	3	4	9%
性別	訪談	新聞	總合	比率
男性	25	27	49	78%
女性	6	8	14	22%
身份	訪談	新聞	總合	比率
病人	26	20	44	61%
病人之親友	11	18	28	39%

以二十歲為一個級距進行統計，發現結果集中於成年人，20歲以下及60歲以上僅佔約13%，20-40歲及40-60歲的數量分布平均，分別佔42-44%，訪談及新聞中的事件分布相近。

性別部分男性(78%)遠高於女性(22%)，訪談及新聞中的事件分布相近。

身份部分病人(61%)高過病人之親友(39%)，新聞中的事件施暴者為病人或為其親友之數量相近(20:18)，但訪談中的事件則是病人遠高過其親友(26:11)。

### 2. 施暴者一個人危險因子

表 7、施暴者個人危險因子次數分布

個人危險因子	訪談	新聞	總合	比率
--------	----	----	----	----



酒後或有酒癮	17	16	32	<b>73%</b>
要求藥物或有藥癮	5	1	6	<b>14%</b>
有精神疾病	2	5	6	<b>14%</b>

施暴者個人危險因子中，酒後或有酒癮者佔 73%最多，要求藥物或有藥癮及有精神病均僅佔 14%；訪談及新聞中的事件也都是酒後或有酒癮者最多，而訪談中的事件較多要求藥物或有藥癮，新聞中的事件則較多有精神疾病者。

### 3. 施暴者－施暴理由

表 8、施暴者個人危險因子次數分布

施暴理由	訪談	新聞	總合	比率
不滿醫療處置 (認為有醫療疏失、遭拒絕提供藥物等)	10	8	18	<b>24%</b>
不滿醫院服務 (等候過久、認為人員態度不佳等)	16	20	34	<b>46%</b>
意識不清或原因不明 (不願配合治療、受訪者不知施暴原因等)	13	10	22	<b>30%</b>

施暴理由部分，最多的是不滿醫院服務 (46%)，其次是意識不清或原因不明 (30%)，不滿醫療處置則是最少的 (24%)；與訪談中的事件相比，新聞針對不滿醫院服務報導的比率略高過其他二者。

### 4. 施暴者－威脅手段

表 9、施暴者威脅手段次數分布

威脅手段	訪談	新聞	總合	比率	案件
使用器物威脅	6	9	14	<b>67%</b>	c10 20 30 40, bc01
以人群威脅	3	3	5	<b>24%</b>	c04, bc03
威脅會感染病菌	1	0	1	<b>5%</b>	c03
威脅事件上新聞	1	0	1	<b>5%</b>	c41

威脅手段中最常見的是使用器物威脅 (67%)，以人群威脅次之 (24%)，威脅會感染病菌及讓事件上新聞的較少，各僅有 1 件。





威脅方式說明：

- (1) 使用器物的種類：a.院內取得的器物，如點滴架（c30、bc01）；b.自行攜帶的器物，如鋁棒（c10）、美工刀（c20）、手槍（c40）。
  - (2) 人群威脅的方式：a.包圍問話（c04）；b.揚言堵人（bc03）。
  - (3) 威脅會感染病菌：咬人並宣稱有愛滋病（c03）。
  - (4) 威脅事件上新聞：宣稱急診醫師誤診（c41）。
5. 受暴人員－職業別、性別及人數

表 10、受暴人員職業別、性別及人數次數分布

職業別	訪談	新聞	總合	比率
醫師	13	14	26	35%
護理	20	21	38	51%
警衛	4	5	8	11%
醫院其他人員	1	2	3	4%
性別	訪談	新聞	總合	比率
男性	17	6	21	29%
女性	10	10	20	28%
皆有	2	6	7	10%
未說明	11	13	24	33%
人數	訪談	新聞	總合	比率
1人	31	27	56	82%
2人或2人以上	5	8	12	18%

受暴人員職業別部分，最多遭受暴力威脅的是護理人員（51%），其次是醫師（35%）、警衛（11%）、醫院其他人員（4%），訪談及新聞中的事件分布相近。

性別部分，男、女數量相近分佔 29%、28%，男女皆有佔 10%，許多事件由於未提及受暴人員性別，故未說明其性別（33%）；相較於新聞中的事件，訪談中有較多的受暴人員為男性。

受暴人數部分，最多的事件受暴人員僅有 1 人佔 82%，超過 1 人者佔 18%，訪談及新聞中的事件分布相近。



## 6. 受暴人員－傷害程度

表 11、受暴人員傷害程度次數分布

傷害程度	訪談	新聞	總合	比率
僅言語暴力	10	5	14	19%
物品設備受損	1	3	4	5%
有肢體暴力但無受傷	20	10	30	41%
有肢體暴力導致受傷	7	20	25	34%

傷害程度部分，有肢體暴力但無受傷的最多（41%），肢體暴力導致受傷者次之（34%），致物品設備受損佔 5%，僅有言語暴力的佔 19%；新聞中的事件，導致受傷的比率遠高過訪談中的事件，而在受訪者談及的事件中，其實更多的是言語暴力及沒有造成受傷的肢體暴行。

## 7. 時間地點－事發時間及地點

表 12、事發時間及地點次數分布

事發時間	訪談	新聞	總合	比率
白班	8	5	12	24%
小夜班	5	6	11	22%
大夜班	12	17	27	54%
事發地點	訪談	新聞	總合	比率
診療、急救、留觀	20	23	42	66%
檢傷、候診、大門	9	4	12	19%
醫院其他場所	2	9	10	16%

事發時間部分，依照醫院三班制值班時間統計，發現最常發生事件的時間是大夜班（24:00-08:00），佔 54%，其他兩個時段差距不大；訪談中的事件發生在白班的比率較新聞高、發生在大夜班的比率較新聞低，但差距不大。

事發地點部分，發生在診療、急救、留觀的事件最多（66%），其次是檢傷、候診、大門（19%）及醫院其他場所（16%）；訪談中的事件有較高比率發生在檢傷、候診、大門，而新聞中的事件則囊括較多發生在醫院其他場所的事件。

## 8. 後續行動－法律行動及醫院回應



表 13、法律行動及醫院回應次數分布

法律行動	訪談	新聞	總合	比率
有	13	24	35	61%
無	20	2	22	39%
醫院回應	訪談	新聞	總合	比率
法律協助	5	4	7	35%
關心輔導	4	3	6	30%
制度或設備改善	5	5	7	35%

法律行動部分，61%的事件有採取法律行動，39%的事件沒有；此項在訪談及新聞中的比率相差極大，訪談中的事件超過一半沒有採取行動，新聞中的事件卻反過來僅有 2 件沒有採取行動。

醫院回應部分各項佔比相當平均，法律協助佔 35%、制度或設備改善佔 35%、關心輔導佔 30%。此因子在訪談受訪者時，由於受訪者可能非受暴當事人，或印象不深刻、不知道醫院的作法等原因，導致資訊蒐集不易；另外新聞多描述事件本身，也較少談及醫院後續的處置，因此因子整體而言資訊過少，各分項總合均未滿 10 件，難具代表性。

## 二、高風險因子及事件樣貌

依照前段結果，選擇比率較高的因子視同高風險因子，配合訪談中的事件內容據以說明常見事件樣貌。

### (一) 高風險因子

#### 1. 施暴者

- (1) 年齡：20-40 歲（42%）、40-60 歲（44%）
- (2) 性別：男性（78%）
- (3) 身份：病人（61%）
- (4) 個人危險因子：酒後或有酒癮（73%）、要求藥物或有藥癮（14%）、有精神疾病（14%）
- (5) 施暴理由：不滿醫院服務（46%）、意識不清或原因不明（30%）、不滿醫療



處置 (24%)

(6) 威脅手段：使用器物威脅 (67%)

## 2. 受暴人員

(1) 職業別：護理 (51%)、醫師 (35%)

(2) 人數：1 人 (82%)

## 3. 時間地點

(1) 事發時間：大夜班 (54%)

(2) 事發地點：診療、急救、留觀 (66%)

## (二) 常見事件樣貌

### 1. 施暴者

成年男性由於體型力量優勢，在以女性護理人員為主的醫療照護環境中，是既存的暴力威脅。

*「醫生看到他頭上有像玻璃瓶打出的傷口、有碎片，看傷口時人變得躁動想下床，他很壯，我們攔不住他...保全來了三個都被打，最後三個人一起制伏他」---bc01、p01*

病人是暴力威脅最直接的來源，且由於醫護人員必須施行醫療照護，難以保持安全距離，面對突發的暴行只能承受。

*「他把自己手上點滴扯掉，袋子也拿掉，拿尖尖的那個往我們逼近，喊說你們來啊！你們都來啊！我們往內科那邊退，全部人被逼到牆角，那時又繼續叫他不要這樣，趕快回去怕他跌倒，他就忽然揮一拳過來打到我這邊（胸頸），那時就突然覺得很委屈」---bc01、p01*

*「請他在那邊休息，可是他就坐不住，整個人躺在地上，我請他不要這樣讓他坐好，可是他坐不了，倒在我們自動門旁，我就去幫忙扶著拉他，拉他的時候他就直接踹我，他就用腳踹我肚子，所有現場的人都嚇到，動作*



很大，所以警衛就直接把他帶出去」---c02、p02

「幫她打點滴手就在那邊揮，雖然有把她壓住，後來點滴打上了就一直吵著要下床，我們幫他扶到床上便盆椅，我在她左手邊，要幫她扶回床上時候她手就朝我左臉打下去，眼鏡就飛到那邊去，我下意識就把她壓住，我那時候沒什麼反應，把病人用回床上後就去撿我的眼鏡」---c14、p14

酒醉或有酒癮的病人是暴力事件的重要來源，酒醉、路倒的人時常被救護車送來急診，不一定需要看病，可能也不想看病，但在這段酒醉失去理智、放縱自己的時期，時常有意無意地，對照護他的醫護人員施加暴行。

「我覺得時代演變過來，現在病人過程中，往往暴力行為都是喝完酒後行為，不管醫療有沒有問題，因為他喝了酒，甚至拿點滴架在耍」---c30、p21

「半夜，酒鬼，酒鬼真是很討厭，尤其是急診室，他們常是暴力的來源...他好像就是路倒、喝醉、119 送來，躺了一陣子突然半夜醒過來，有點酒醒但還是茫茫，喝得爛醉打點滴要他醒，他是在跟隔壁床吵架，在那大吼大叫」---c05、p03

「喝醉酒叫救護車沒其他人陪，警察沒有跟來，走進來就開始『一么』髒話亂丟名片，過年又很多病人，我是檢傷的人員，我說這邊是醫院還有其他人在看診你沒事的話可以在旁邊不需要就診就請你出去，他說你他媽的什麼態度？你在外面會被我打死！我說你現在是在恐嚇我還怎樣，他就不停地講髒話，我就往牆壁捶了一拳，他就安靜了。我覺得他只是借酒裝瘋而已」---c07、p05

另外兩個個人危險因子，要求藥物或有藥癮及有精神疾病的病人，雖然發生暴



力的次數不若酒醉病人那麼高，但由於也會導致病人不理智的行為，急診現場若有這樣的病人前來就醫，亦須特別注意。

「他假裝他在抽筋，說他很不舒服趕快幫他打針，要求幫他打安眠藥，但病歷紀錄就是成癮，他媽媽陪她來說要幫他打針，我們看就知道他假的，會想辦法測試證明給他媽媽看。累犯我們很熟，吸毒犯有區域性的。走回去他就衝來k我一拳，手打到我肩膀，因為我有躲，他還一直要打我，後來是駐衛警把他拉走」---c29、p20

施暴理由中最多的是不滿醫院服務，其中最常見的是等候時間過久，再來就是其他形形色色、因溝通不良產生的不滿。

「骨折病檢傷說要止痛，因為是管制藥物，通常我們會覺得是成癮病人要斟酌用藥。那個病人檢傷四級，所以他就診順序不會太快，病人不耐等候，走進看診間說為何還沒輪到他，我們請他稍後，病人不開心，走過來做勢要打醫生，旁邊護理人員看到就上來制止，他可能看到人多就更激動，就推了醫師」---c27、p19

「他要帶他媽媽去門診看，先問我同事，我同事不知道，我就問他說你要給哪位醫師看，他就覺得我的態度不好，說我咄咄逼人一直問他哪位醫師，我就閉嘴不說話讓他去」---c18、p15

意識不清導致暴力的情形也常發生，酒醉的病人多在這樣情況下施暴，真正施暴的理由，當事人酒醒後也回答不出來。

「那個病人酒醉，姊姊帶來但他不想，問他要什麼協助，很客氣的問，他就說 其實我很想打你，他還說可不可以，我就說當然不行啊，如果你不要做什麼處理就睡覺就好，他就開始揮拳了要打人。喝酒你根本不能預期他，還追著我跑咧！沒有被他打到，他那種已經醉的人走路不穩根本



不用擔心」---c39、p23

也有些暴力事件，引發的理由是嚴肅的醫療爭議問題，施暴者多為一時氣憤，但意識相當清楚。

「前兩天有個case他甲狀腺機能亢進、很容易激動，他不是酒後但也是跟醫師有言語衝突，他病情不了解，其實他父親已經心肺功能衰竭、血色素低，醫師給他輸血，呼吸困難加劇，他認為是輸血造成的，就一直要責怪醫師給他輸血，然後對醫療有批評言語衝突」---c31、p21

另外面對要求藥物或有藥癮的病人，醫師拒絕給藥，雖亦屬醫療處置的爭議，但醫師判斷病人只是想要藥物而已，同前段個人危險因子一要求藥物或有藥癮所述，這時常成為病人施暴的原因。

暴力事件時常伴隨不同程度的威脅手段，並形成不同程度的傷害。使用器物是最常見也最容易導致受傷的威脅手段。

「他就拿一支球棒進來，我們當下都沒有看到，我以為他是要借輪椅要幹嘛，還走過去問他大哥請問有什麼事嗎？我沒認出來，他戴安全帽。他就抓著口罩往下壓，抓完之後就開扁啊」---c10、p09

「前面停車場，他就拿著診斷書書要打麻藥，基本上是毒癮成癮，可能在外面打不起就進來打，有醫師跟他講不行打，他就拿槍出來，到外面廣場對空開槍」---c40、p27

## 2. 受暴人員

護理及醫師都是遭受暴力事件的高風險群，因其必須面對病人，病人也對他們相當熟悉，對其醫療照護有所期待，因此前段所述施暴理由一不滿醫院服務、不滿醫療處置等情，甚至意識不清導致的暴力，受暴人員常為護理師及醫師。

受暴人員人數多為 1 人，施暴者多先針對某一對象施暴，其他人為制止其暴

行或居中協調，因此亦成為受暴者。

### 3. 時間地點

大夜班是最常發生暴力事件的時段，一方面人力較少，另一方面同前所述個人危險因子—酒後或有酒癮的病人，絕大多數是在晚上喝酒，然後半夜就被送到急診來。

地點以診療、急救、留觀，也就是病人檢傷完畢後的各個位置，有較多的暴力事件，在這些區域，病人與其親友除了面對護理師外，也會接觸到醫師、醫院其他人員，可能面對診療、檢查，以及不管是要留院還是要出院，動輒數小時的等候，暴力事件變得更容易發生。







### 第三節 角色及其行為分析

本節就事件中的不同角色分析其行為。有直接面對暴力的醫護人員、協助制止暴力的警衛、協助雙方協調的社工三種角色，優先找出每個角色中對比較強烈的兩個類型，就其不同角色立場，從四個面向加以探討，分別為面對事件的態度、事件對其的影響、當下採取的行為、以及未來因應的策略。

#### 一、直接面對暴力－醫護人員

表 14、醫護人員行為分析

醫護人員	類型 1 理解並接受	類型 2 悲憤並拒絕
態度	暴力是必然的內在職業風險	醫療不是服務業，不應委屈應對
影響	以同理心原諒對方	對現況感到沮喪及憤怒、工作熱誠下降
行為	忍耐不追究暴行	對病人嚴厲、對工作不積極
策略	更加小心、預防或避免暴力再發生	轉換跑道／憑專業樹立權威

#### (一) 類型 1：理解並接受

態度：暴力是必然的內在職業風險

影響：以同理心原諒對方

行為：忍耐不追究暴行

策略：更加小心，預防或避免暴力再發生

訪談過程中，許多醫護人員表示工作中時常遇到暴力的情形，言語暴力最多，可能是罵人或恐嚇，但只要他們要求的事情能夠解決，當引發暴力的因子消失，就不需要繼續對醫護人員劍拔弩張的。失控的病人跟親友都常會有，情緒上來難免口出惡言，甚至動手，但這是醫院工作必然的內在職業風險。

「要幫她扶回床上的時候她手就朝我左臉打下去，眼鏡就飛到那邊去，我下意識就把她壓住，我那時候沒什麼反應，把病人用回床上後去撿我

的眼鏡，像他這種意識不清的倒是不會去責怪她，家屬也有馬上跟我道歉，雖然臉有被刮破，但就算了」---c14、p14

「我那時還在上班中，當下只是覺得是不是自己不夠小心...我覺得下班我整個情緒跟精神緊繃度是完全不一樣，下班後我覺得那不是我的事情了(因此下班時遭暴行時想要提告)，而且他當時踹到我頭去撞到很不舒服...但上班中我必須很快處理我的情緒，我沒有辦法只顧我自己，上下班時的嚴謹度我自己覺得不太一樣，上班我覺得要先處理手上的工作(因此無法追究)」---c02、c03、p02 (1人對2個事件的比較及討論)

是否要原諒對方，醫護人員時常也很掙扎，許多醫護人員表示至少要一個道歉，道歉代表願意溝通，受暴的醫護人員也才容易以同理心原諒對方、不再追究。


「同仁推病人做心導管回來，病人孫女就是很緊張地問爺爺怎樣，但在緊急推病人，護理師請他等下再說，孫女就突然甩他一巴掌，他覺得他問的問題沒有得到答案。隔天家人就來道歉，同仁當天安排驗傷，後來社工主任陪他備案。再來家屬釋出善意，開會討論最後決定原諒他。那個人自己也有來道歉，說因為在準備博士生當下壓力很大，後續就是做和解的動作」---c25、p18

施暴者意識不清的情形，受暴人員較能夠忍耐並且原諒不追究，因為覺得跟喝醉酒的或根本不知道自己在哪的病人計較沒有意義，也不想花時間再追究。

「我是覺得不會要去告啦(酒醉病人)，告這種人也沒什麼用；不會不想做急診，急診本來就這樣一定會遇到的事情」---c15、p14

面對職場暴力，有遭受過暴力威脅的醫護人員變得更加小心，盡量保持距離，希望未來能預防或避免。

「以後只要看到酒醉、有酒味的人就會比較特別注意，先問他是不是要



我幫他量血壓或其他，假如他不要或是明顯感到他很混亂，我就會喔你說不要那我就不要，假如他擋在門口我就會請警衛人員幫忙，我也會告訴我同事要注意，這種狀況大家都嚇到，所以就會警惕；目前還不會影響到大家的工作意願」---c02、p02

## (二) 類型 2：悲憤並拒絕

態度：醫療不是服務業，不應委屈應對

影響：對現況感到沮喪及憤怒、工作熱誠下降

行為：對病人嚴厲、對工作不積極

策略：轉換跑道／憑專業樹立權威

部分醫護人員感覺已經受夠了現況，認為內外有許多因素導致醫護人員不能憑專業知能獲得敬重，反而需要像一般服務業一樣盡力討好病人。

「無解。社會風氣變這樣，大家覺得越來越像服務業，設備再怎樣，教育就是這樣沒辦法，廉價阿！」---p05（對現況的抒發，非針對特定事件）

對暴力事件感到憤怒，但也同時感覺無力、悲傷，連帶工作熱誠也被影響，甚至產生離職的念頭。

「覺得這些人要這樣濫用資源，會覺得自己的護理熱誠很容易被這些人磨滅，覺得我想照顧的不是這樣的，不想浪費精力在這些人身上；當然會影響工作意願，我們也是人生父母養為什麼要這樣被人糟蹋」---p05（對提問的看法，非針對特定事件）

「剛受傷的頭一個禮拜是最想放棄的時候，是很認真想說要不就不做了，就是很認真想要休息，同時也在想那要做什麼，會繼續做是考量很多限制因素...變得比較沒動力，變得比較消極，就沒幹勁了；我（考到專科護理師後會）考慮不要再走第一線」---bc02、p04



原來的態度無法得到病人友善的對待，變成對病人更加嚴厲，有些病人因此會比較聽話，但有的就會發生爭執；部分受訪者認為，對病人嚴厲是有可能獲得較多尊重，但必須建立在其專業能力之下，病人才會真的尊重你。

「他說你他媽的什麼態度？你在外面會被我打死！我說你現在是在恐嚇我還怎樣，他就不停地講髒話，我就往牆壁捶了一拳，他就安靜了。我覺得他只是借酒裝瘋而已」---c07、p05

「(對病人兇比較好?)我可以認同這件事，可是認同之前，你要把專業擺第一，如果妳專業度不夠，你對病人強勢，他會反告你，比如說妳檢傷五級啪啦啪啦我跟你講很多，但是我們有一二級病人在急救在等待，這不是單單兇就好，中間過程溝通可能需要訓練，跟他平常的專業判斷要能讓病人心服口服」---p11 (對提問的看法，非針對特定事件)

## 二、協助制止暴力－警衛

表 15、警衛行為分析

警衛	類型 1 熱血制止	類型 2 安全第一
態度	應阻止暴力，自己受傷比醫護人員受傷好	主要責任是通報，制止暴力僅是協助醫護人員
影響	能及時處理，但可能受傷	無法及時遏止暴力，與醫療單位的期待有落差
行為	在自身判斷傷害不大的範圍內，盡力而為	事件發生時保持距離，盡量在安全的情況下提供協助
策略	特別敏感，比較能夠預先察覺暴力並制止	希望醫療單位了解他們還有很多其他工作，不要過多期待

### (一) 類型 1：熱血制止

態度：應阻止暴力，自己受傷比醫護人員受傷好

影響：能及時處理，但可能受傷

行為：在自身判斷傷害不大的範圍內，盡力而為



策略：特別敏感，比較能夠預先察覺暴力並制止

受訪的警衛從老到少、60多歲到20多歲皆有。部分年輕的警衛自知身強體壯，暴力事件發生時會想挺身一搏，也因為跟急診部門同仁關係良好，願意擋在醫護人員的前面承受暴力並試圖制止。

「可是站在我們的立場，我們會覺得說我們能擋就要盡量擋下來。危險嗎？很危險啊。不知道耶。就是我覺得我們受傷會比他們受傷來得好啊！對我不知道，你要說使命感嗎？總是要有人擋吧」---p09（對提問的看法，非針對特定事件）

制止暴力的行動仍然經過判斷，盡量確保自身傷害最小，也會互相支援，非一味地阻擋犧牲。

「他拿刀衝出來，我就馬上把他搶下來，一樣是酒醉的。那次是在急診外面，看到刀就搶下來就對了。我的意思是說，沒有什麼薪水能夠換到我們承擔這個風險，所以我們也會自己會去判斷，沒有說一群人拿著一堆武器衝進來我們還去擋」---p10（描述其他危急情形，因資訊過少故本研究未收錄此案）

能夠積極預防暴力事件的發生。例如酒醉路倒病人進急診，警衛便會一直跟著，直到大致確認安定下來為止。或是裡面有人大吼大叫，很快就衝進去提供協助。

「119只要聽到聲音我們就會出去看，停好我們就會看是什麼狀況。通常酒醉、路倒、奇奇怪怪的人，我們都會先問119，其實就會知道這個人有問題，進來檢傷我們就會跟在旁邊，我們不會等他進去吵鬧之後才動作。酒醉其實很難預測，基本上我們都會跟在護士旁邊，他們有時也是會直接叫我們進去」---p09（對提問的看法，非針對特定事件）

## （二）類型 2：安全第一



態度：主要責任是通報，制止暴力僅是協助醫護人員

影響：無法及時遏止暴力，與醫療單位的期待有落差

行為：事件發生時保持距離，盡量在安全的情況下提供協助

策略：希望醫療單位了解他們還有很多其他工作，不要過多期待

警衛的主要責任是事件通報，要做醫院的眼線，時時注意周遭動態。暴力事件發生時也是通報其他警衛、相關單位及警察，並從旁協助醫護人員，這是受訪的所有警衛一致的看法。

「急診目前是三個警衛，兩個 stand by，這兩個要關診間門、關燈關門、開門拿病歷找病歷，做事情人都分散出去了，所以相對急診警衛的通報特別重要。喝醉酒來囉，兇殺案來囉，只要他不鬧安安靜靜乖乖就比較不會注意，吵鬧事件一定要過來，每個人都有對講機隨時通報，通報就都下去了」---p24（對提問的看法，非針對特定事件）

但醫護人員對警衛的工作，與警衛自己所知道的往往有落差。暴力事件發生時醫護人員第一個就會找警衛，並且希望警衛能夠擺平那位施暴者，但實際上警衛不是保鏢，也沒受過相關的訓練，有些年齡比大部分醫師還長，對抗暴力事件相當吃力，且由於現今警衛工作多為外包，警衛實非醫院員工，亦缺乏相對的職業保障。

「這件事當初事情嚴重性也不曉得，就是一通電話打來要支援，沒有把嚴重性講清楚，去的人不夠，護士法律常識也不夠，什麼事就是來啊，有些都是怕事，所以都推給警衛，我們在這裡上班根本沒什麼保障。... 各個點人太少，你既然叫我們來我們就義務先幫忙沒關係，久而久之變成應該的，好像變成責任制。他們沒搞清楚說協助，只是從旁協助，不是我們一來就丟給我們，幫沒關係，有時候幫還好像很不滿意。其實我們照程序來講，真的也是通報，我們只要通報跟疏散而已」---bc01、p29

「主要和解原因，有個重點是，今天我們保全在醫院裡面維持醫院的安全



秩序，那在這個門裡面的責任是我們的，但是走出這個門其他的責任其實不應該繼續由我們來擔負 所以不管說去外面提告啦，很多，我們不打算繼續擔付這些責任」---c10、p10

「(事件發生後)我們在醫院待了兩個小時，醫院沒有人來啦！我們自己去警局嗎？醫院這邊也沒有人一起去，最後就我們兩個(保全同事)去啊，保全公司也沒有去，就我們自己同事去關心一下。因為其實醫院就是覺得保全啊、清潔啊類似的工作，是屬於外包的，他不屬於醫院體制內的人，對他來說今天有事你們自己去，當然他會跟你講說他會提供一些協助給你，但就到這邊而已，變成責任我們要自己去扛，沒有這種道理」---c10、p10

### 三、協助雙方協調—社工

表 16、社工行為分析

社工	類型 1 視為本務，用心經營	類型 2 視為外務，無奈承做
態度	以協調者身份介入，能有效安撫當事人情緒	認為事件協調非社工本務，感覺無奈
影響	解決事件有成就感，但有角色衝突的問題	
行為	聽命行事，代表醫院與對方溝通	
策略	善用社工資源，加強談判及協調能力，發展個人職場價值	繼續協助，但希望由其他單位專門負責

#### (一) 類型 1—視為本務，用心經營

態度：以協調者身份介入，能有效安撫當事人情緒

影響：解決事件有成就感，但有角色衝突的問題

行為：聽命行事，代表醫院與對方溝通

策略：善用社工資源，加強談判及協調能力，發展個人職場價值

暴力事件通常發生在至少一方在盛怒的情況下，套用在醫院急診室裡，憤怒施



暴的就是病人及其親友，對象常為提供醫療照護的醫師、護理師，而一方施暴通常會使雙方都陷入失控的狀態，難以自行平息，此時若有第三方能介入協調，將兩人分開，發怒的對象離開了，自然就達到安撫的效果。

「做法上來看，這樣處理對第一線是好的，他們沒時間處理，我們把當事人帶離空間，他會緩和一點，他也會感受被尊重，所以才被 call 去處理這些事情」---p25 (對提問的看法，非針對特定事件)

「因為我不是當事人，他再怎麼氣會有限度，他會因為我態度，我永遠不會生氣，他罵完之後還會跟我道歉，說我不是罵你，十個有八個會說我不是罵你」---p28 (對提問的看法，非針對特定事件)

社工的本務是資源協調及關懷、幫助弱勢者，有充足的與人接觸經驗，社工在協助事件協調這個任務上能發揮極大的功能。但在介入事件、引導協調的過程中，社工常須代表醫院與對方談判，與其以關懷為本的社工本職衝突。

「醫院社工單位是幫病人家屬解決問題、讓他恢復社會功能，或增強他能力去適應社會，可是你現在把我放進去幫醫院談判，當然會有角色衝突的問題。我自己都覺得嚴重很混淆，我自己要區分好。」---p28 (對提問的看法，非針對特定事件)

代表醫院處理問題，從小一點的付費爭議，大一點的暴力事件，再進一步可能處理醫療糾紛，對醫院的重要性不言而喻。若能將危機處理當作自身本務來經營，亦能夠發展成個人的職場價值。

「講難聽一點這就是不可替代性。你從另一個角度，沒有人告訴他(案件事實)，因為上面的人不認為他們成熟到可以處理，所以我不在他們就另外找我講，不敢叫下面的人去做，這種不好培育，另一角度就是不可替代性，這種很矛盾吧！一定要傳承，但傳承好壞不一定，有人不適





合」---p28 (對提問的看法，非針對特定事件)

(二) 類型 2—視為外務，無奈承做

態度：認為事件協調非社工本務，感覺無奈

影響：解決事件有成就感，但有角色衝突的問題

行為：聽命行事，代表醫院與對方溝通

策略：繼續協助，但希望由其他單位專門負責

同前段所述，社工本務與暴力事件協調的工作有落差，且會有角色衝突的狀況，因此部分受訪者認為醫院社工的工作內容不應涵蓋事件協調這部分，醫院內部有其他單位更適合處理，例如院長室、公關等。

「會希望有一個專責的，全院的專責的，不只是急診的部分。類似院長室或秘書公關，因為民眾會覺得社工為什麼要做這些事情，他要找的是院長室秘書室，他們可能覺得感受會好一點」---p25 (對提問的看法，非針對特定事件)

「公關這樣的角色很適合，不過目前他們都接比較讚美的部分，負面的就會轉來給我們。很多民眾我們去的時候，他會說社工來幹什麼，干你什麼事啊，你去幫忙那些弱勢阿！我必須跟他解釋就醫的溝通協調我們可以幫忙：意見反應時候總機小姐轉來，甚至會想要我跟對方講我是院長室的，民眾在感受上會有差距」---p26 (對提問的看法，非針對特定事件)

社工平時常處理的案件是連結資源並提供幫助，但暴力事件介入協調裡，須面對的均是盛怒的病人或親友，很少感謝都是責備，社工時常需要替醫院或醫護人員道歉；此外社工訓練亦未針對危機管理進行，這項工作似乎不是非社工不可。

「其他醫院社工不一定會做這些事情，跟急診的接觸通常是病人沒有家屬，擔心錢的問題。我們就會提供服務，溝通請看護，如何連結社工基

金去付擔。我覺得臨床比較有趣啊，病房社工就是幫他連結資源，解決  
會是開心的」--p25（對提問的看法，非針對特定事件）





## 第四節 新聞及受訪個案分析

本研究中有 3 個暴力事件，事件透過新聞媒體揭露，本研究亦循線訪談到了事件中的受暴人員，本節針對這些暴力事件中，媒體報導與當事人描述的事件內容及重點，其中的不同之處進行分析。

### 一、某醫學中心，酒醉男子打傷急診護理人員及警衛

#### (一) 事件概述

酒醉男子到院時意識不清，護理人員打針時開始躁動，勒傷護理人員後持點滴架做勢欲打人，三警衛陸續抵達現場壓制病人，但與護理師等四人均有受傷。事件後該醫學中心設立防暴區以區隔高風險病人，並協助護理人員及警衛提告。

#### (二) 各方看法

##### 1. 新聞內容

報導重點放在事件描述及醫院處置上，本案的事件描述與受訪者自己對事件的描述差異不大，雖然各自提及不同的細節，但其中並無不一致的狀況；相較於其他暴力事件的報導，本事件新聞中有特別提及醫院的後續處置（設置防報區），甚至以防暴區為新聞標題進行報導。

##### 2. 受訪者—護理人員

該護理師為事件中第一個受暴人員，因此在描述事件時有提到許多新聞未提及的細節，內容與新聞報導一致；事件描述外，受訪者提到了當下的心情，像是恐懼、委屈，以及後來同僚的支持與醫院的協助。此事件對該受訪者影響不大，他認為急診的危險與其他單位差不多，而他因為對急診的性質及內容很有興趣，對工作仍舊充滿熱情。

##### 3. 受訪者—警衛

本案訪談到其中第二位到場、也遭受暴力的警衛，他表示本案警衛接到護理人員呼叫後陸續到場，但因施暴者相當壯碩，到場時第一個警衛已經被打倒，後來他也受傷，最後三個警衛都到了才合力制伏施暴者。他對呼叫警衛的護理人員相當不



滿，認為沒在第一時間說清現場狀況，導致前往的警衛人力不足；另外認為警衛只是協助處理，醫護人員卻要求他們制伏施暴者，只是幫忙卻被視為該負責，對此亦相當不滿。

### (三) 小結

本案件中新聞報導與受訪者描述的內容一致，醫院透過媒體宣布其防暴措施，影有助於民眾對其觀感；而本案兩位受訪者由於角色不同，醫院的協助及其對事件的看法也因此有異（詳見本章第三節）。

## 二、某地區醫院檢傷人員遭威脅後報警，立委質疑有議員涉入關說

### (一) 事件概述

檢傷護理人員支援急救故不在檢傷台，其他病人的家屬不耐等候故在外咆哮，護理人員向其解釋，該家屬繼續咆哮且做勢打人；數小時後該家屬在檢傷台講電話，電話中大聲說要找人來堵該護理人員，護理人員故而報警。本案後來因為立委指控有議員涉入關說而鬧上新聞版面，醫院主管出面說明並無關說。

### (二) 各方看法

#### 1. 新聞內容

本案件由於是立委揭露而上了新聞版面，因此焦點均在議員是否有關說上，對事件的描述甚少，雖其事件內容與受訪者所言大致相同，但事件相關的其他內容，如施暴者後續、受暴者感受、醫院措施、提告結果等均未提及（該案件醫院決議受暴人員不接受採訪，由主管一致對外發言）。

#### 2. 受訪者－護理人員

受訪者在被威脅的當下感覺十分不舒服，解釋也沒有用，雖然施暴者看起來就是在做做樣子，但後來提到要帶人來堵時心裡還是有點緊張。另外感覺這個案件雖受重視，但自己跟醫院似乎只是配角，投注在身上的關注並不是關心，還須為此避開媒體頗為困擾。

### (三) 小結

本案件中新聞報導與受訪者描述的內容一致，但新聞主題落在議員的個人操守上，後續的報導只讓受暴人員及所屬醫院感到困擾。

### 三、某醫學中心住院病人因其看護費用問題，攻擊早上打卡的護理人員

#### (一) 事件概述

住院病人與其看護有費用上的糾紛，兩位護理人員（其中一人為孕婦）居中協調，當中一位護理人員（本案的受暴人員）卻被病人指控在幫人討債而有口角。之後每天該病人不斷挑釁護理人員說要單挑，護理人員拒絕。數天之後該護理人員早上打卡，病人出現又再挑釁，護理人員不理他但突然被攻擊，被打兩拳後至急診室躲避。之後該護理人員又收到紙條，要求其報警不然就要繼續揍他。

#### (二) 各方看法

##### 1. 新聞內容

本案新聞內容與受暴人員的描述有些許的差別，例如部分媒體說病人有推懷孕護理人員的行為，其實並未發生；另外關於威脅挑釁的內容雖有媒體提及，但醫院方及當事人並未對媒體說明這件事，應有醫院其他人員私下向媒體透露；施暴者有精神疾病，可能與其暴行有關。

##### 2. 受訪者－護理人員

受訪的事件當事人說新聞內容都是掰出來的，他們沒有向媒體說那些事情。事件對他造成很大的影響，頭一週非常想不幹了，但許多現實因素的考量所以會做下去。他認為施暴者百般挑釁要打架，最後自己出手，可能是有所圖，不管是要錢還是要坐牢，但應該不是精神病的關係。事件後醫院對他提供許多幫助，像是休假療養、慰問、協助提告等。

#### (三) 小結

本案事發緣由較複雜，而記者在無法採訪事件當事人的人狀態下（也可能是不願詳細調查）可能轉而報導杜撰的施暴過程，且亦無法就受暴者感受進行報導。

## 第五章 討論

本章就前章研究結果進行討論，分新聞媒體對暴力議題的關注、事件重要成因及施暴者形像、利害關係人之角色行為及其對事件的看法、研究限制共四節



### 第一節 新聞媒體對暴力議題的關注

本研究資料蒐集期間的 2005-2010 年期間，五大新聞媒體，共六年的時間，「醫療暴力」相關新聞僅有屈指可數的 7 則，相較於每年至少 18,000 則「醫療」相關新聞的報導，新聞媒體對暴力議題的關注趨近於零，實際暴力事件也僅有 2007 年的 1 件，該事件雖使受暴人員受到極大的傷害（頸部神經遭砍斷），施暴者以殺人未遂罪判刑三年，但亦未使媒體開始關注此議題。

2011 年開始，除了「醫療」相關新聞逐年增加，「醫療暴力」相關新聞及實際暴力事件也呈現巨幅的成長，新聞數量從 2010 年的 0 則躍升至 45 則，實際發生的事件則從 0 件提升到 4 件，均為急診暴力，此後截至 2014 年底，再沒有出現過 0 件/則的狀況，推論 2011 年應有特殊的事件造成這個結果。

再看 2011 年的 4 件急診暴力事件：一、3 月，林憶直醫師及兩位護士遭酒醉黃男及其 4 位友人圍毆；二、7 月，路倒老翁情緒激動腳踢醫師下巴；三、7 月疑有精神病男子要求藥物遭拒，突然對蔡醫師及護理師；四、8 月酒醉水電工不願接受治療打破急診室玻璃、也想攻擊急診室人員。

當中最受關注的是第一案，該案施暴者有兩位未成年人，審判結果吸引媒體關注，最後受暴人員林醫師等因被告道歉且有意改過，故選擇和解（8 月）。除審判情形獲得媒體青睞外，林醫師也在急診醫學會年度研討會中分享自身受暴經驗，並透過媒體表示擬申請釋憲，讓醫師可拒絕幫曾施暴行者看病（6 月），雖然最後沒有實行，但該案從 3 月發生到 8 月和解，長達半年時間的媒體曝光，成功提高了社會大眾對此議題的認識與討論，也讓急診暴力一詞成為日後報導的慣用詞彙。

## 第二節 事件重要成因及施暴者形象




相較國外（例如美國）的急診暴力事件，台灣因無開放槍枝合法化的問題，暴力事件造成的傷害相對較輕；而相較於中國大陸，台灣的醫療水平及醫護人員社經地位均高，民眾普遍對醫護人員仍是相當敬重。上述二項理由，加上台灣的醫療相關法規，讓急診暴力事件在台灣，傷害不致太過嚴重，施暴理由也顯得單純。

本研究從新聞與訪談蒐集 74 件暴力事件，歸納出高風險因子，在此列出各分項的第一位：一、施暴者：年齡在 20-60 歲、男性、病人、酒後或有酒癮、不滿醫院服務、使用器物威脅；二、受暴人員：護理、1 人；3.時間地點：大夜班、發生在診療、急救、留觀區。

上述高風險因子中，最值得注意的是「酒後或有酒癮」，佔個人危險因子中的 73%，是三個個人危險因子中最常出現的（其餘二者為要求藥物或有藥癮、有精神病）。更重要的是，在所蒐集的 74 件暴力事件中，施暴者有喝酒的比率高達 43%（32 件），代表每 100 件的暴力事件中，就有 43 件是酒後發生的，。喝酒的影響，從注意力無法集中到喪失神智程度不等，而其行動難以預期，急診人員不能拒絕也無法控制，暴行難以避免，又佔近半數的比率，可稱為台灣急診職場暴力最重要的成因。

本研究受訪者亦有關於酒醉病人數量居高不下的個人見解：一、酒醉路倒就被送來急診，但其實他不需來；二、來了就不能不收，在急診睡一覺也很舒服；三、許多是遊民，有錢就喝酒、喝醉就送進來睡覺，且有地域性，常來的遊民醫護人員其實都認識。

綜上，發現酒後或有酒癮的的遊民幾乎同時契合其他所有高風險因子（20-60 歲、男性、病人、意識不清或原因不明、會對護理人員行暴、大夜班、事件發生在留觀區），且亦符合多位受訪者對酒醉引發暴力事件的病人的看法，因此若要解決急診暴力問題，遊民及長期酗酒是不可避免的課題。



除了因酒醉意識不清導致暴力行為的病人外，施暴理由中最多的是不滿醫院服務，這部分可透過人員的宣導、訓練等方式改善。本研究雖未針對受暴人員的言語、行動進行分析，但許多受訪者都有提到，爭執是雙向的，人員面對暴力威脅若能採取適當的應對，便有機會抑制暴力行為的發生。





### 第三節 相關人員之角色行為及其對事件的看法

本研究依受訪者的職業，將個人的職業角色分成三組，再將每組之態度行為歸納成相對照的兩個類別，目的在使複雜且矛盾的角色態度行為便於分析。

醫護人員部分，類型 1—理解並接受。該類型能夠對暴力行為逆來順受，願意體諒並原諒對方，所採取的策略只是更加小心。這部分的受訪者大多對現況滿意，視暴力事件為工作的一部分，但其遭遇的暴行其實並沒有對其造成什麼傷害，雖然小心再小心，但若遇到真正重大的傷害或侮辱，超過其所能忍耐，會有什麼樣的反應難以預期；類型 2—悲憤並拒絕。該類型已對職場暴力現況露出疲態，這也同時影響了他的工作熱誠及對病人的態度，採取策略可能是轉換跑道或更加精進專業能力以樹立權威。這部分的受訪者應有遭遇暴力事件且受其影響甚深，憤怒的同時對現況感到失望，相較於類型 1 的醫護人員，可能更無法忍受暴力的挑釁。

警衛部分，類型 1—熱血制止。該類型因身強體壯、與醫護人員有革命情誼，故願意承擔較多的風險去制止暴力事件，為了避免暴力事件產生，在面對陌生的人及情況時，可能比較敏感主動，會積極察覺暴力的危險因子。但由於承擔較多風險，受傷的可能性也較高；類型 2—安全第一。該類型恪守外包商對其的要求，暴力事件若發生，重點在通報，並在安全情況下給予適當的協助。但這樣的行為模式與醫護人員的期待恐怕落差甚大，醫護人員的工作是對病人的醫療及照護，制止暴行對其來說肯定是別人的責任，但其實警衛也有巡樓、出入管制、事件通報等工作，尤其外包警衛的薪資、福利及保障遠遜於醫院正職人員，要求必須代替醫護人員承擔傷害並不合理。

社工部分，類型 1—視為本務，用心經營。該類型已從事件協調中獲得成就感，且有意願繼續深入，磨練其協調及談判的能力，希望以此發展個人職場價值，形成個人工作上的不可取代性。所以雖然面對非社工本務的工作、雖然也有角色衝突的問題，但願意嘗試克服，繼續代表醫院與對方溝通；類型 2—視為外務，無奈承做。該類型比較喜歡社工本務的工作，因此對這個醫院交付、但與社工無關的任務感到

無奈，雖然能夠繼續協助，但還是希望能有更適合的人或單位，接手這項工作。畢竟這項工作要面對罵聲（社工面對的是感謝），工作內容是道歉與談判（社工的工作內容是幫助），雖說皆是需要頻繁與人接觸、交談的工作，但實際上差異甚大。



## 第四節 研究限制



### 一、新聞內容分析

- (一) 用關鍵詞「醫療」及「急診暴力、醫療暴力、醫院暴力」所蒐集到的新聞，不能完全涵蓋本研究欲探討的內容。例如 c10 男子手持鋁棒毆打警衛事件，雖然是發生在急診室且有上新聞，但用上述三個有暴力的關鍵詞搜尋卻未找到。
- (二) 成因分析中，新聞中的事件可能沒有報導到欲蒐集的資訊，資訊不完整，僅能分析現有的部分。

### 二、深度訪談利害關係人

- (一) 採滾雪球方式找到受訪者，樣本及抽樣方式不若量性研究具外推性，受訪者所在醫院層級、地區、受到暴力的傷害程度等難以完整。
- (二) 深度訪談中，受訪者記得的內容可能缺少部分資訊，故僅能分析現有的部分。
- (三) 雖是訪談利害關係人，但缺少施暴者及警方的個人資訊及看法，資訊無法全面。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 研究結論



#### 一、 媒體新聞在醫療暴力議題中的角色

本研究發現，近十年新聞媒體對醫療暴力事件的關注，是從 2011 年才開始大幅提升，新聞數量從 2010 年的 0 則躍升到 45 則，之後幾年最少也有 29 則，數量逐年提升。探討 2011 年媒體開始注意這個議題的原因，發現當年 3 月林憶直醫師遭受暴力攻擊，之後林醫師的審判、經驗分享及表示要申請釋憲等行動均獲得媒體大力關注，讓此話題延燒 6 個月之久。雖無證據顯示其後幾年的報導與林醫師此次的行動有關，但這 6 個月期間該事件確實透過媒體傳播，在全國民眾心中留下拒絕急診暴力的印象。


#### 二、 必須關注的急診職場暴力成因

本研究從新聞事件及訪談的事件中歸納急診職場暴力事發成因，最後篩出施暴者高風險因子有 20-60 歲、男性、病人、酒後或有酒癮、不滿醫院服務、使用器物威脅；受暴人員高風險因子有：護理、單 1 人；時間地點高風險因子有：大夜班、及診療、急救、留觀區域。其中酒後或有酒癮在個人危險因子中佔 73% 最高，所收事件中也有 43% 的施暴者是酒後施暴，無疑是現今急診暴力最重要的成因。

值得注意的是，許多受訪者提及醫院附近的遊民問題，而遊民即是符合多項高風險因子的可能施暴者，因此若要解決急診暴力問題，遊民及長期酗酒是不可避免的課題。

#### 三、 事件相關人員之角色行為及重要性

醫護人員部分，類型 1—理解並接受。該類型的醫護人員能夠承受目前的急診暴力現況，能夠原諒施暴者，遭受暴力後會更加小心；類型 2—悲憤並拒絕。該類型的醫護人員已經受夠暴力現況，失去工作熱誠、對病人嚴厲，可能考慮離職，但若繼續待下去會希望自己能夠更專業以樹立權威。醫護人員是醫院營運的主要人物，但無論是何種類型，皆存無法承受或離職的可能性。



警衛部分，類型 1—熱血制止。該類型警衛由於身強體壯、與醫護人員有革命情誼，願意自行承擔風險，為他人挺身而出面對施暴者；類型 2—安全第一。該類型警衛恪守警衛本務，通報為先，在確保自身安全下提供協助，但此做法與醫護人員的期待有落差。希望外包人員出生入死絕非正確的期待，但適當的訓練、加強對外包商對員工的保障，並協調與醫護人員間的認知落差，是醫院應負的責任。

社工部分，類型 1—視為本務，用心經營。該類型已從事件協調中獲得成就感，且有意願繼續深入，希望以此發展個人職場價值。所以雖然面對非社工本務的工作，也有角色衝突的問題，但願意嘗試克服，繼續代表醫院與對方溝通；類型 2—視為外務，無奈承做。該類型比較喜歡社工本務的工作，因此對這個醫院交付、但與社工無關的任務感到無奈，雖然能夠繼續協助，但還是希望能有更適合的人或單位，接手這項工作。負責協調的人員在事件中有其重要性，但不是非社工不可，社工所學與此仍有落差，另找專責單位應也能夠達成任務。

## 第二節 研究建議

### 一、對政府及相關單位的建議

#### (一) 透過媒體宣導正確的就醫態度

訪談過程中，屢有受訪者提到民眾就醫素質的問題，但從相關新聞的討論情形來看，大部分的民眾顯然對醫療暴力也是深惡痛絕（例如王貴芬事件），但看來仍有例外。與民眾溝通是一個持續的過程，不論運用何種媒體、花多少時間，溝通必須一直進行，所希望的效果才能逐漸顯現。

#### (二) 醫療院所酒精飲品使用規範

酒精除了導致酒駕釀禍外，也是導致暴力事件的重要因素，主管機關可考慮規範醫院酒後禁止探病並禁止院內飲酒，這樣的法令或許難以檢查、施行不易，但若能時時宣導，變成民眾的生活常識，即使未嚴格取締，讓醫院喝酒等於違法的觀念深植人心，也是有機會達到效果。

#### (三) 加強醫院外包管理



主管機關可要求醫院加強外包管理，像警衛工作具有危險性，應要求外包商提供危險加給，並比照醫院對員工的服務提供法律協助等。

## 二、對醫院的建議

### (一) 逆向思考，擺脫服務業思維

醫療的確是為病人提供服務，不過服務別人，不需要卑微。院內員工倘若被病人暴力相向醫院卻要求隱忍，對員工是很大的傷害，對施暴的病人而言，也不會認為這是間好醫院。現今醫院大多追求數量及利潤，卻往往忽視員工這項資產，時代在改變，醫療是個高度專業的服務業，以客為尊的形象不是醫療業該追求的，不如堅持專業至上，讓病人相信，能照顧好員工的醫院，就能照顧好病人。

### (二) 由醫院主導暴力事件處理

現今暴力事件發生時，醫院通常會詢問受暴人員是否要提告？醫院會提供相關的法律協助，相較於要求人員忍氣吞聲，這已是很大的進步。只是對受暴人員而言，需要的恐怕不是協助，而是主導。就像醫院面對醫療糾紛時，基本上不會是糾紛纏身的醫護人員來主導整個過程，醫院會另外派人負責。協助或主導，牽涉的是責任歸屬，不能主導整個流程的醫院，或許對協助他人的準備也尚未充足。

### (三) 建立急診室對酒醉病人的應對機制


酒醉的人於急診室引發的暴力事件頻繁發生，就其設定防範機制有其必要—

#### 1. 出入管制

警衛與檢傷人員之間配合，對要進入急診室且疑酒醉的訪客行酒精檢測，若有失控的情形便能及早與其他醫護人員及病人隔離。此舉雖亦可能誘發暴力事件，但至少酒測之時人員即有防範，也能避免暴力影響到其他病人的照護，和施行照護同仁的安危。

#### 2. 專區管控

若酒醉者為病人，則可在檢傷台先行確認為酒醉，在他身上予一明顯標示，讓同仁能辨識須特別照護者（暴力高風險），並在急診設一專區容納這些病人，讓醫



護人員施行醫療照護、病人留院觀察皆在這個區域，位置須鄰近警衛、便於支援。從酒醉病人出入急診室的頻率來看，此區應會容納大量酒醉、意識不清、難以行動的病人，通常睡醒即可出院，若有酒醉但病情過重者則應另外安置，避免暴力事件對其造成重大傷害。

### 3. 人員調派與應對原則

對應前二項管控機制，最重要的工作將落在檢傷的護理人員及警衛身上，可考慮就此調整人員屬性，例如盡量由男性護理人員做檢傷；亦可提高收容酒醉病人時的安全準備，例如疑有酒醉者進入急診時，即要求警衛陪同進行酒測，若酒醉者為病人，也請警衛陪同完成檢傷，當酒醉病人身體看來無立即的危險，而警衛尚未趕到時，則可等待支援，避免在一人獨自缺乏支援的情況下接觸病人。

#### (四) 增加外包人員的要求及保障

外包人員雖非醫院聘請的員工，但醫院仍可透過合約的限制，增加對外包人員的要求及保障。大部分的外包警衛簽約，不會要求警衛去制伏危險人物，因此醫院人員不應對此有錯誤的期待，此事也須向基層前線人員傳達。與其希望內部同仁制伏施暴者，不如熟悉躲藏路線及地點，避免接觸施暴者，等待警方。

#### (五) 培養危機處理的專責單位

社工雖有良好的溝通技能，但事件協調可能不是他期待的工作內容。醫院可培養一個危機處理的專責單位，從小事繳費問題到大事醫療糾紛均能處理，能夠從小事的交涉中累積經驗，進而處理更大的案子如暴力事件，單位層級與名稱越高，對象越覺得自己受到尊重，例如院長室、院長秘書等。

## 參考文獻



### 一、中文文獻

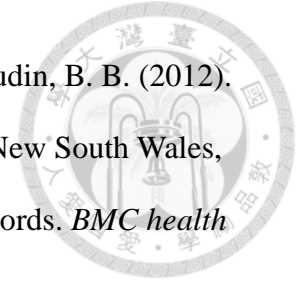
- 台灣病人安全通報系統：台灣病人安全通報系統 2013 年年報，2014。取自  
<http://www.tpr.org.tw/index03.php?getid=year>
- 行政院衛生署：「急診困境—暴力事件、醫療糾紛、人力不足等問題及解決方案」書面報告，2012。取自  
[http://www.mohw.gov.tw/CHT/CLU/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=721&fod\\_list\\_no=3712&doc\\_no=29016](http://www.mohw.gov.tw/CHT/CLU/DM1_P.aspx?f_list_no=721&fod_list_no=3712&doc_no=29016)
- 唐景俠、劉淑樺：急診暴力的認知及因應。《護理雜誌》，50(5)，65-68，2003。
- 楊春梅：急診室護理人員職場暴力與防範策略之探討，2011。
- 楊毅：新聞—王娘娘條款 醫療暴力改公訴罪。中時電子報，2013。取自  
<http://www.chinatimes.com/newspapers/20131203000377-260102>
- 臺北醫學大學附設醫院：臺北醫學大學附設醫院簡介，2014。取自  
[http://www.tmuh.org.tw/tmuh\\_web/about.php](http://www.tmuh.org.tw/tmuh_web/about.php)
- 臺北醫學大學附設醫院急診醫學科：臺北醫學大學附設醫院急診醫學科簡介，2014。取自 [http://www.tmuh.org.tw/tmuh\\_web/ER/ER.php](http://www.tmuh.org.tw/tmuh_web/ER/ER.php)
- 鄭逸哲：臉書—啥也沒修的「修法」鬧劇——簡評醫療法新第 106 條「王貴芬條款」，個人臉書專頁，2014，取自  
<https://www.facebook.com/yatche.cheng/posts/770268289667302>
- 蘋果日報：新聞—王貴芬條款 擱醫護關三年，蘋果日報，2014。取自  
<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20140115/35579901/>

### 二、英文文獻

- Ayranci, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med*, 28(3), 361-365.



Cashmore, A. W., Indig, D., Hampton, S. E., Hegney, D. G., & Jalaludin, B. B. (2012). Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. *BMC health services research*, 12(1), 245.



Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31(6), 519-525.

Chapman, R., & Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing*, 14(4), 245-249.

Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 39(7/8), 340-349.

Gates, D. M., Ross, C. S., & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *J Emerg Med*, 31(3), 331-337.

Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip, T. W., & Sangthong, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *Journal of occupational health*, 50(2), 201-207.

Peek-Asa, C., Casteel, C., Allareddy, V., Nocera, M., Goldmacher, S., OHagan, E., . . . Harrison, R. (2007). Workplace violence prevention programs in hospital emergency departments. *Journal of occupational and environmental medicine*, 49(7), 756-763.

Ray, M. M. (2007). The dark side of the job: violence in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 33(3), 257-261.

Shields, M., & Wilkins, K. (2009). *Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients*: Statistics Canada.

Whelan, T. (2008). The escalating trend of violence toward nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 34(2), 130-133.



### 三、新聞資料庫

蘋果日報，2015。取自 <http://search.appledaily.com.tw/appledaily/search/>

中央通訊社中英文新聞資料庫，2015。取自 <http://apiphoto.cna.com.tw:8810/>

知識贏家，2015。取自 [http://kmw.chinatimes.com/kmw\\_v2/main.aspx](http://kmw.chinatimes.com/kmw_v2/main.aspx)

聯合知識庫，2015。取自 <http://udndata.com/library/>

自由時報，2015。取自 <http://news.ltn.com.tw/search>

# 國立台灣大學醫學院附設醫院 研究受訪者說明及同意書



您被邀請參與此研究，這份表格提供您本研究之相關資訊，本研究已取得研究倫理委員會審查通過，研究主持人或其授權人員將會為您說明研究內容並回答您的任何疑問，請您經過慎重考慮後方予簽名。您須簽署同意書後才能參與本研究。

**中文計畫名稱:** 急診職場暴力之成因探討：多元利害關係人之不同觀點

**英文計畫名稱:** A Study on the Factors associated with Workplace Violence in Emergency Room: Different Perspectives from Multiple Stakeholders

**執行單位:** 台大公衛學院

**委託單位/藥廠:** 無

**經費來源:** 無

**主要主持人:** 陳端容

**職稱:** 教授

**電話:** 02-33668066

**協同主持人:** 王俊麒

**職稱:** 研究生

**電話:** 0928-523780

**※二十四小時緊急聯絡人:** 王俊麒

**電話:** 0928-523780

**受訪者姓名:**

**性別:**            **出生日期:**

**通訊地址:**

**聯絡電話:**

**法定代理人、輔助人或有同意權人之姓名:**

**與受訪者關係:**

**性別:**            **出生日期:**

**身分證字號:**

**通訊地址:**

**聯絡電話:**



### 一、研究目的：

透過急診職場暴力受暴對象及急診主管的質性訪談，分析台灣急診暴力之成因，據此提出改善或避免之方法。

### 二、受訪者之參加條件：

負責本研究的人員會幫您做評估，並與您討論參加本研究所必需的條件。您必須在進入研究前簽署本受試者說明及同意書。

#### 納入條件：

您必須符合以下所有條件方能參加本研究：

1. 受到急診職場暴力對待的醫院職員
2. 部門內曾發生職場暴力的急診主管

#### 排除條件：

若有下列任何情況者，不能參加本研究：

1. 導致受訪者無法合作的狀況，如篩選後不適合、不簽署受試者同意書等。

### 三、研究方法、程序及受訪者應配合之事項：

整個研究期間大約 1 年，預計收錄 10-50 人參加。

每次訪談所需時間約 30 分鐘，為確保收集資料之完整性，若您同意，將在訪談過程中全程進行錄音。□同意 □不同意

請您遵照研究人員的指示，配合回答或填寫相關問題。在進行調查時務必請您放輕鬆，不要有任何壓力。您的回答不會對您的權益產生任何影響。

訪談內容是根據文獻查證，編寫之半結構性之訪談大綱，問題如下：

#### 對受暴職員

1. 事件紀錄 => 事發成因探討
2. 受暴者的感受（如是否不想再做急診）
3. 受暴者的後續行為（如診療行為改變，抑或提告）
4. 醫院的後續處置（如協助提告）
5. 對於改善急診暴力的建議

#### 對急診室主管

1. 事件紀錄 => 事發成因探討
2. 受暴者的後續行為（如診療行為改變，抑或提告）
3. 醫院的後續處置（如協助提告）
4. 醫院目前對於急診暴力的預防措施
- 5.



#### 四、研究材料之保存期限及運用規劃：

所得資料將僅運用在此研究，相關資料將保存在台大公衛學院致研究完成即銷毀。

#### 五、可預見之風險及補救措施：

訪談進行中若感到身心不適，可隨時要求協助、尋求說明。您也可隨時提出退出本研究，我們將尊重您的意願。

#### 六、研究預期效益：

本研究藉由探究多元關係人對急診職場暴力之成因描述，理解台灣急診職場暴力之現況，以就此提出因應暴力之有效改善建議。

#### 七、機密性：

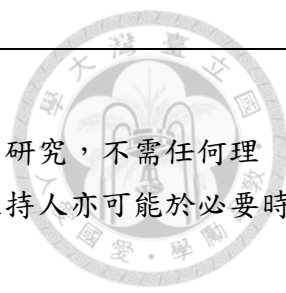
臺大醫院將依法把任何可辨識您的身分之記錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開。如果發表試驗/研究結果，您的身分仍將保密。

#### 八、損害補償：

- (一) 如依本研究進行因而發生不良反應或損害，本院願意提供必要的協助。
- (二) 除前項協助外，本研究不提供其他形式之補償。若您不願意接受這樣的風險，請勿參加本研究。
- (三) 您不會因為簽署本同意書，而喪失在法律上應有的權利。

#### 九、受訪者權利：

- (一) 研究過程中，與您的健康或是疾病有關，可能影響您繼續接受本研究的任何重大發現，都將即時提供給您。
- (二) 本研究已經過本院研究倫理委員會審查，並已獲得核准。本院研究倫理委員會委員由醫事專業人員、法律專家、社會工作人員及其他社會公正人士所組成，每月開會一次，審查內容包含試驗之利益及風險評估、受訪者照護及隱私保護等。如果您在研究過程中對研究工作性質產生疑問，對身為受訪者之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之研究倫理委員會聯絡請求諮詢，其電話號碼為：02-2312-3456 轉 63155。
- (三) 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與在台大公衛學院的王俊麒研究生聯絡(24小時聯繫電話：0928-523780)。  
本同意書一式2份，主持人或其授權人員已將同意書副本交給您，並已完整說明本研究之性質與目的。收案者已回答您有關本研究的問題。
- (四) 本研究不會衍生專利權或其他商業利益。



## 十、研究之退出與中止：

您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤銷同意，退出研究，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後醫師對您的醫療照顧。研究主持人亦可能於必要時中止該研究之進行。

在您退出後，即不再繼續收集資料，若需繼續使用已收集之資料，將於退出時徵詢您的同意才會使用，且使用收集資料期間，將繼續維護您的隱私及個人資料的機密性。

## 十一、簽名

- (一) 主要主持人、協同主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

主要主持人/協同主持人簽名：

日期：           年       月       日

- (二) 受訪者已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，業經計畫主持人詳細予以解釋。本人同意接受研究計畫的自願受訪者。

受訪者簽名：

日期：           年       月       日