國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

博士論文

Institute of Health Policy and Management
College of Public Health
National Taiwan University
Doctoral Dissertation

以混合型研究法探討職場暴力與心理社會安全氛圍對護理人員心理健康及自評健康的影響

Workplace violence, psychosocial safety climate and their impacts on mental and self-rated health: A mixed-method study among nurses

邊立中

Li-Chung Pien

指導教授：鄭雅文博士

Advisor: Yawen Cheng, Sc.D.

中華民國 105 年 5 月

May, 2016

doi:10.6342/NTU201600369

國立臺灣大學博士學位論文
口試委員會審定書

以混合型研究法探討職場暴力與心理安全氛圍對護理工作人員心理健康及自評健康的影響

Workplace violence, psychosocial safety climate and their impact on mental and self-rated health: A mixed-method study among Nurses

本論文係邊立中君（D00848007）在國立臺灣大學健康政策與管理研究所完成之博士學位論文，於民國 105 年 05 月 27 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：

doi:10.6342/NTU201600369

致謝

五年了，終於完成了博士論文！

首先要感謝指導教授鄭雅文老師，在這五年中不厭其煩得和我討論研究並且給予許多書本以外的建議，讓我從公衛的門外漢，成為能夠站在講台侃侃而談職場健康與健康促進的學者。老師也讓我看到一位學者是如何的對自己研究投入熱情、對學生付出耐心及關心、對社會議題的參與及倡議，都是值得我學習目標；每次和老師的討論過程，總是能夠釐清自己研究的方向，藉由老師的引領著，使得我能夠往前邁進。

這本博士論文從口試到完成，要感謝老師、口試委員們的指導與建議，盧孳艷老師對護理職場議題的建議、提點，提供了許多實務面的建議，以及質性研究方法上的指導；鄒子廉處長全力支持問卷的發放及職場相關法規的指導；郭育良老師對研究結果與職場暴力預防實務面諸多指導；陳端容老師對於多階層分析及混合型研究設計，提供許多建議及方向；陳雅美老師對於量表信效度的驗證及結構方程式給予指導及分析上的建議都讓這篇論文更增深度與廣度。亦感謝許多護理界的朋友及師長，幫忙轉介訪談個案及問卷發放，順利完成收案。此外，本研究的 17 位質性訪談的受訪者，若沒有你們願意接受訪談，實難呈現出職場暴力現行制度與受害者經驗的現況，有各位的經驗與對政策方面的建議，相信對職場暴力實務面有更多改善的依據，未來能提供工作者更多的保護，在此對各位受訪者獻上最崇高的敬意與感謝。

博士生涯中，感謝 617 研究室夥伴持續的加油打氣，謝謝佩樺學姐、育慧學姐適時的鼓勵與建議，怡欣、翊華、恆豪、明叡、恭儀、婷豫在研究室會議中的指教與激盪。另外要特別感謝佳旃在酷暑中，陪我一起到台北市的醫院回收問卷；健管所 100 學年度的同學，進典大哥、介然、子穎、西平、宛霖、秋華、厚台、熏香、宏斌、錫杰、美芳、曉微，有你們一起努力與彼此激勵，真好。更感謝雅文老師除了教導訪談與分析注意的要點，更提供了行政方面的資源，協助我可以減少許多不必要的文書作業，以早日完成博士論文，這些都點滴在心頭。

最後，要感謝我的家人。謝謝邊老爸和邊老媽的支持和鼓勵，雖然邊爸爸在我讀博士的五年中，因為失智症的困擾，記憶力退化，但是他總是在旁邊提醒我要用功讀書、快點畢業，老媽則是看到我熬夜寫論文，不時的提醒我要注意自己的健康。感謝老婆陳雅慧在生活與精神上的支持，讓我在最後半年可以放下工作，在學校全力衝刺；感謝我兩個可愛的女兒子晴、子恩，你們總是可以溫暖我的心，讓我有往前邁進的動力與堅持下去的毅力。

五年，可以完成一篇博士論文；五年，可以經歷許多事情。五年，轉眼間就過了五年！博士班的學習不僅是知識，更是自我的探究與瞭解，也讓我對自己未來的方向更有目標；謝謝這五年來身邊的人、事、物與所有的一切，這五年是一生最難忘的回憶。

博士的畢業只是另一段學習與生活的開始，希望我能夠帶給家人開心、健康的未來！

doi:10.6342/NTU201600369

目錄

摘要 v

Abstract vii

第一節　研究背景 1

第二節　研究問題與目的 4

第一章　文獻探討 5

第一節　職場暴力的定義與監測現況 5

第二節　職場暴力之影響 14

第三節　安全氛圍(Safety Climate) 概念與發展 17

第四節　心理社會安全氛圍（PSC）概念、量表發展與對身心健康的影響 21

第五節　職場暴力的預防與職業安全衛生法的原則 27

第六節　國內職場暴力相關研究回顧 31

第二章　研究方法 39

第一節　分析架構 39

第二節　研究設計 41

第三節　研究倫理 58

第三章　職場暴力的發生經過與經驗 59

第一節　研究對象之社會人口、工作特質描述性統計分析 59

第二節　職場暴力來源、對職場暴力的態度與因應 63

第三節　職場暴力的申訴、處理經驗與障礙 74

第四節　經歷職場暴力護理人員對組織氛圍感受及身心健康之影響 81

第五節　護理人員對職場暴力現行制度與政策之建議 84

第六節　討論與結論 87

第四章　中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）信效度分析結果 93

第一節　研究對象之社會人口、工作特質描述性統計分析 93

第二節　中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）信度 95

第三節　中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）之效度 96

doi:10.6342/NTU201600369

第四節　討論 100
第五節　研究限制與建議 102
第五章　問卷調查量性分析研究結果 103
第一節　研究對象之社會人口、工作特質描述性統計分析 103
第二節　社會人口學特質、職場暴力對身心健康影響之迴歸分析 109
第三節　討論與研究限制 121
第六章　結論與建議 126
參考文獻 128
附錄 139
附錄 1：研究問卷 139

doi:10.6342/NTU201600369

圖表附錄

圖 1：職場社會心理危害概念架構(Stavroula & Aditya, 2010) 7
圖 2：邏輯斯迴歸分析架構 39
圖 3：多階層分析架構 40
圖 4：驗證性因素分析模式圖 97

表 1：NIOSH 的四種暴力來源類型 9
表 2：ILO 職場暴力來源類型 9
表 3：四種職場暴力類型內容描述 10
表 4：心理社會安全氛圍（Psychosocial Safety Climate, PSC）量表（26 題原始版） 24
表 5：國內職場暴力相關文獻與研究回顧 32
表 6：訪談大綱架構脈絡 44
表 7：心理社會安全氛圍（Psychosocial Safety Climate, PSC-12C）量表（12 題版本） ... 49
表 8：受訪者基本資料表 60
表 9：職場暴力發生歸因與職場暴力後就業狀況 61
表 10：組織氛圍感受及身心健康 81
表 11：中文版心理社會安全氛圍量表：調查對象之社會人口特質、工作特質：依性別區分 93
表 12：中文版心理社會安氛圍量表內在一致性信度 *Cronbach's α* 95
表 13：中文版心理社會安全氛圍量表專家建議修改 96
表 14：中文版心理社會安全氛圍量表驗證性因素分析（CFA）整體模式適配度 98
表 15：中文版心理社會安全氛圍量表收斂效度 98
表 16：中文版心理社會安全氛圍量表區別效度（信賴區間法） 99
表 17：多階層分析調查醫院護理人員樣本數：依性別區分 103
表 18：調查對象社會人口特質、職場特質、職場暴力與健康狀態之分佈：依性別區分 106
表 19：職場暴力主要來源 108
表 20：任一形式職場暴力之複邏輯斯迴歸分析(multiple logistic regression)：女性 109
表 21：生理健康與心理健康之複邏輯斯迴歸分析(multiple logistic regression)：女性 110
表 22：女性護理人員職場暴力、自評健康與心理健康之複邏輯斯迴歸分析 112
表 23：自評健康之複邏輯斯迴歸(logistic regression)分析：以年齡區分 113
表 24：心理健康之複邏輯斯迴歸(logistic regression)分析：以年齡區分 114
表 25：調查對象醫院內部一致性、心理社會安全氛圍分佈與等級 115
表 26：心理健康、職場暴力與心理社會安全氛圍之多階層分析：女性護理人員 119
表 27：自評健康、職場暴力與心理社會安全氛圍之多階層分析：女性護理人員 120

doi:10.6342/NTU201600369

摘要

目的：職場暴力已是許多國家重視的職場社會心理危害。在台灣，此問題也日益受到關注，政府並於2013年修訂並於2014年7月3日正式施行《職業安全衛生法》新增之不法侵害預防條款。工作者遭遇職場暴力後，除了身心健康受影響以外，亦可能面臨人際衝突、勞雇衝突與法律爭議；若處理職場暴力相關的流程與法規不完善或組織氛圍不佳，可能惡化其身心健康。在《職業安全衛生法》甫施行之際，本研究以護理人員為研究對象，探討護理職場的職場暴力現況與制度狀況。本研究目的有三：其一，以深度訪談瞭解遭受職場暴力之護理人員對於醫院通報申訴與處理流程之經驗與感受；其二，以護理人員為調查對象，檢視中文化「心理社會安全氛圍」量表之信效度；其三，以護理人員為調查對象，瞭解醫院層級的「心理社會安全氛圍」與自評健康與心理健康的相關。

方法：本研究採用混合研究方法，進行方式包括：(1)質性訪談：以最近一年曾經歷職場暴力的女性臨床護理人員共 17 人為訪談對象，瞭解其職場暴力經驗、以及通報申訴與醫院處理等制度經驗；(2) 建構並檢視中文版心理社會安全氛圍量表信效度：經過雙向翻譯與語意訪談確定題目，並招募 408 位臨床護理人員進行問卷調查，以檢視量表的信效度。(3) 量性調查：以標準化問卷進行調查，研究對象包括 75 家醫院的 1755 位護理人員及 75 位職業安全衛生管理人員份，採多階層分析探討職場社會心理安全氛圍與護理人員職場暴力經驗與身心健康之相關。

研究結果：在質性訪談方面，職場暴力對多數護理人員會造成身心健康的影響，遭受內部職場暴力的護理人員感受到企業組織氛圍較不佳，多數受訪者認為現行職場暴力處理及申訴的制度不透明也不便利，也未保護受害者。中文版心理社會安全氛圍量表量表信效度方面，研究結果顯示量表構念與原始量表一致，語意內容清晰，並具有良好的

doi:10.6342/NTU201600369

內在一致性度（Cronbach's α=.83）及良好的建構效度。在量性分析方面，在控制教育程度與年資之後，夜班及輪班者、高工作負荷者、低職場正義及低心理社會安全氛圍之護理人員，發生職場暴力的風險顯著高於其他護理人員；遭受職場暴力的女性護理人員自評健康不佳（OR=1.840）且負面心理健康問題風險較高（OR=1.507）；多階層分析控制職場暴力經驗、學歷、年資及工作職場特質後，相較於組織心理社會安全氛圍高的女性護理人員，處於組織心理社會安全氛圍低的女性護理人員有較高的自評健康不佳的風險（OR=1.771），但對心理健康則無顯著相關。

結論：本研究指出，遭受職場暴力的護理人員除了暴力事件本身影響之外，也普遍感受到現行制度不佳及未保護受害者，而造成更多的心理壓力；中文版心理社會安全氛圍量表有良好之信效度，可用來測量組織氛圍；不良的職場心理社會安全氛圍可能伴隨著身心健康風險，值得勞動主管機關、醫療機構經營者與護理工作者重視。

關鍵字：職場暴力、心理社會安全氛圍、多階層分析、心理健康、自評健康

doi:10.6342/NTU201600369

Abstract

Workplace violence has been recognized as a serious psychosocial work hazard in many countries. In addition to physical and mental health consequences, workers who experience workplace violence often encounter various forms of hardships, including interpersonal conflicts, employee-employer conflicts and/or legal dispute with employers or customer. Victims of workplace violence might experience further physical and meantl health impacts if their work environment failed to act supportively after the violent event or if the legal protection provision was fragmented. There were three study objectives: First, in-depth interviews with nurses who had experienced workplace violence were conducted to understand nurses' experiences in the notification and appealing processes and their perception of hospital's responses toward workplace violence. Secondly, a survey of nurses was conducted to examine the psychometric properties of the Chinese version of psychosocial safety climate (PSC-12C). Thirdly, a cross-sectional survey was conducted to examine the associations of organizational psychosocial safety climate and mental and self-rated health status among nurses.

Methods: Mixed-methods were used in this study. For the first objective, in-depth interviews were conducted with 17 female nurses. For the second objective, the PSC-12C was Translated and back-translated to ensure valid translation, following by a survey of 408 nurses to examine its internal consistency reliability, construct validity, convergent validity and discriminant validity. For the third objective, a cross-sectional survey of 1853 nurses and 75 occupational safety and health personnel from 75 hospitals was conducted. A standardized questionnaire was used to obtain information regarding the experiences of workplace violence over the previous 12 months. Organizational climate was measured by the PSC-12C and mental health status was measured by the Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5). Also obtained were

doi:10.6342/NTU201600369

participants' age, seniority, educational level, and work characteristics.

Results: Results from the the qualitative study showed that a majority of nurses experienced poor health after violent events. Those who suffered internal workplace violence reported poor organizational climate. Most of the interviewees perceived low levels of psychosocial safety climate, and considered their work organization not supportive and processes not transparent to workers in issues of workplace violence. The validity study showed that the PSC-12C had a Cronbach's α level of 0.83 and good construct validity, convergent validity and discriminant validity. Results from the survey study showed that night or rotating shifts, heavy workloads, low workplace justice and low PSC were found to be risk factors for workplace violence. After controlling for educational level and work characteristics, nurses who had experienced workplace violence over the previous 12 months were at a higher risk for poor mental health (OR=1.507) and poor self-rated health (OR=1.840). When further adjusted for the experience of workplace violence, lower PSC was associated with increased risks for poor self-rated health.

Conclusion: Study findings showed that nurses with workplace violence experiencemultiple hardships, and there is much room for imrprovement in the prevention of workplace violence and protection of affected workers. The PSC-12C was found to have good reliability and validity and can be applied to other studies. We suggest that organizational climate should be improved to prevent workplace violence and to promote workers' physical and mental health wellbeing.

Key words: workplace violence, psychosocial safety climate, hierarchical linear and nonlinear modeling, mental health, self-rated health

doi:10.6342/NTU201600369

緒論

第一節　研究背景

因工作壓力、不當勞動狀況與職場社會心理危害而導致的身心健康問題逐漸受到國際關注，世界衛生組織（World Health Organization, WHO）2010 年發表一份關於職場社會心理危害的報告書，指出職場暴力屬於職場社會心理危害，並且對工作者的身心健康與工作組織造成重大的影響(Stavroula & Aditya, 2010)；職場暴力（workplace violence）儼然已成為現今新興的職場社會心理危害問題(李素幸, 莊侑哲, 謝正悅, & 蔡朋枝, 2008)，人們對職場中的暴力行為，不再只認為造成身體傷害才算是暴力行為，而已拓展至各種心理層面的暴力行為，許多先進國家及國際組織，也開始發展因應職場暴力的預防措施(Brun, 2007)。

在台灣，近年來職場暴力問題成為職場上最被關注的事件之一。依據勞動部勞動及職業安全衛生研究所公布之統計資料，2010年受僱者在最近12個月曾在工作時遭遇的暴力型態以言語暴力最為普遍，其次為心理暴力。依性別區分，可發現男性受僱者遭受言語暴力之盛行率6.80％、心理暴力3.39％、肢體暴力盛行率0.81％、性騷擾0.38％，有上述任一種形式職場暴力之盛行率為7.90%；女性受僱者之言語暴力盛行率為7.48％、心理暴力4.06％、肢體暴力盛行率0.48％、性騷擾1.70％，而有上述任一種形式暴力之盛行率為9.35%(徐儆暉 & 巫宇舜, 2010; 邊立中, 鄭雅文, 陳怡欣, & 陳秋蓉, 2014)。不同的性別與職業更是有不同的職場暴力風險，職場暴力的高風險職業族群男性為保安服務人員、體力勞動者，女性則為生物及醫學專業人員、財務及商業服務人員、客服人員、銷售人員，而其中生物及醫學專業人員更是高職場暴力的盛行率之族群。在生物及醫學專業職業族群，男女性的職場暴力盛行率分別為：言語暴力6.10%與11.49%、心理暴力3.66%與4.66%、肢體暴力2.44%與2.48%，以及性騷擾1.22%與2.17%，遠高於其他行職業工作者(邊立中 et al., 2014)。就近年報章媒體關於職場暴力的報導，也可以發現護理人員遭受職場暴力的相關報導的頻率，高於其他職業類別的工作者。

doi:10.6342/NTU201600369

台灣2013年修訂通過《職業安全衛生法》(以下簡稱「職安法」),於2014年7月3日施行,職安法包括預防職場暴力相關法規,職安法第6條第2項第3款闡明雇主應對「執行職務因他人行為遭受身體或精神不法侵害之預防」負責;亦即,應規劃與預防職場暴力之安全衛生措施。勞工對於職場暴力之申訴權益也明列於《職業安全衛生法》第39條第1項,「勞工自覺受到身體或精神遭受侵害,得向雇主、主管機關或勞動檢查機構申訴」;第2項,「主管機關或勞動檢查機構為確認前項雇主所採取之預防及處置措施,得實施調查。」。《職業安全衛生法》修訂後,台灣職場中職場暴力預防已有法令依據,由法規可看出政府開始重視職場暴力的預防。此外,勞動部職業安全衛生署於2014年訂立《執行職務遭受不法侵害預防指引》,提供事業單位作為建立、實施及維持暴力危害辨識、風險評估管理及暴力風險控制措施之參考(勞動部職業安全衛生署, 2014)。

職場暴力在台灣屬於新興職場健康議題,相關政策變化相當快速,但目前缺乏對於職場暴力預防政策與指引之相關研究,若能藉著本研究進一步瞭解員工面對職場暴力之實務經驗與感受,與職場暴力預防政策之間作對話與回應,應可以針對目前現行法規提出建議,使現行政策修訂時可以有實證資料作參照,有助於政府落實職場暴力預防措施。另一方面,雖然職場暴力法規可能隨時間變動而有所變化,但是本研究除了透過質性訪談呈現出目前職場暴力申訴處理制度的問題以外,也透過瞭解組織內的心理社會安全氛圍對於職場暴力與身心健康的影響,瞭解其作用機制,期待對組織企業文化的改變提供建議。

過去國外與台灣對於職場暴力的研究,大多數以量性調查為主,研究主題包括於職場暴力類型、盛行率調查、工作場所(例如在急診、精神科病房等外在環境等特質)及受害者個人因素(工作年資、職等),以及職場暴力對身心健康之負面影響等。目前《職業安全衛生法》包括對職場暴力之預防已有相關規範,促使各個職場訂立內部通報處理流程。但是目前仍缺乏從有職場暴力經驗之工作者的觀點,探討內部處理流程與通報處

doi:10.6342/NTU201600369

理實務相關之研究；大多數研究的觀點著重於個人層次的職場暴力經驗與相關因素，缺少以生態觀點探討組織因素對職場暴力及相關影響的研究。職場暴力除了探討個人因素以外，更應該以組織氣氛為觀點，探討組織環境之氛圍對職場暴力與身心健康的影響；組織心理社會安全氛圍層面為一個新興的研究主題，在研究調查中，缺乏具有良好信效度之量表，故建構心理社會安全氛圍量表之信效度為本研究目的之一。簡言之，目前的研究對於勞工處理職場暴力的經驗與模式、組織氛圍對職場暴力與身心健康的影響均不清楚，以致實務上對於職場暴力相關處理機制與流程，產生現行法令與實務狀況可能存有落差。

過去有關職場暴力研究大多以個人層級，僅探討職場暴力盛行率或個人相關因素與影響，本研究以生態觀點，探討組織層級的氛圍對於職場暴力與身心健康的影響。首先，以有職場暴力經驗的護理人員為對象，使用質性訪談的方式，呈現出遭受職場暴力的護理人員，面對現行政策制度規範的法規與流程所造成的壓力與感受，反映出現行政策制度與實務面的落差；之後，利用第一部份研究質性訪談的內容，加上英文版本的心理社會安全氛圍量表，重新修正符合台灣文化與語意之心理社會安全氛圍中文版量表；最後，運用多階層分析驗證組織氛圍對於職場暴力與身心健康之間的影響，研究結果將有助於釐清工作環境氛圍對於不良的社會危害因素（例如職場暴力）影響，以上為本研究相較於過往職場暴力研究的創新之處。

doi:10.6342/NTU201600369

第二節　研究問題與目的

本研究共有三個目的，透過混合研究方法的序列混合設計，將三個目的之間串連，以瞭解職場暴力與組織的心理安全氛圍對護理工作人員心理健康及自評健康的影響。首先透過半結構式問卷訪談，瞭解護理人員遭遇職場暴力與職場內部通報制度經驗，以呈現出目前職場暴力通報申訴制度實務面與政策面的落差，並詢問受訪者對於組織心理社會安全氛圍的感受；其次，利用研究第一部分的質性訪談，修訂與建構中文版心理社會安全氛圍量表信效度；最後，透過問卷調查，驗證組織層級的心理社會安全氛圍對於個體層級的職場暴力、心理健康及自評健康的影響；透過量性分析得到之結果與質性訪談萃取之資訊交互驗證，加強瞭解目前職場暴力相關預防及後續處理政策制度設計面遭遇之問題與組織因素的影響。

本研究之目的與問題如下：

一、瞭解職場暴力與組織安全社會氛圍及職場暴力內部因應處理之經驗：

護理人員對於職場暴力相關規範的看法以及職場內部因應處理經驗為何？

護理人員感受到之組織的心理社會安全氛圍與概念為何？

二、驗證心理社會安全氛圍中文版量表(psychosocial safety climate 12 Chinese version，PSC-12C)之信效度：

心理社會安全氛圍量表中文版是否適用於台灣的職場，其信效度為何？

三、探討心理社會安全氛圍對職場暴力與身心健康的影響：

組織層級的心理社會安全氛圍對於個體層級的職場暴力與身心健康的影響為何？

doi:10.6342/NTU201600369

第一章　文獻探討

本章中首先回顧國際與台灣職場暴力之現況，探討組織的心理社會安全氛圍的發展，以及職場暴力等行為如何影響工作者的身心健康，接下來文獻回顧將有幾個重要的概念與主題，包括：1.國際與台灣職場暴力之監測與現況，2.安全氛圍(safety climate) 概念與發展，3.心理社會安全氛圍（psychosocial safety climate，PSC）概念、量表發展與心理社會安全氛圍對身心健康的影響，4.現行法規中，職場暴力的預防與職業安全衛生法等的原則，5.最後探討目前國內職場暴力相關研究之回顧。

第一節　職場暴力的定義與監測現況

世界衛生組織（World Health Organization，WHO）將職場暴力認為是職場中社會心理危害的一種，會影響工作者的身心健康與工作組織的生產率、產品品質及組織氛圍等(Cox, Griffiths, & Rial-González, 2000; Estrada, Nilsson, Jerre, & Wikman, 2010; Pilch & Turska, 2014; Stavroula & Aditya, 2010; 邊立中 et al., 2014)，為先進國家職場安全健康定期監測的主題之一。

國際間不同社會、文化對職場暴力的認知有所差異；同時，每個國家內的企業組織及行業對於職場暴力的界定、通報機制以及對於行為可接受之程度有所不同，目前職場暴力的定義與分類未有國際間一致共識(Niedhammer, Sultan-Taieb, Chastang, Vermeylen, & Parent-Thirion, 2012; Parent-Thirion et al., 2012)。WHO於2010年提出的報告書中，Stavroula與Aditya兩位學者提出職場社會心理危害的理論概念，如圖1，其概念強調職場暴力的導因並非僅為個人與組織因素，首先需考量的是宏觀（macro）的社會文化脈絡因素，其會影響組織的工作管理與工作內容設計，工作組織內部的物理工作環境因素與心理工作環境因素會交互影響，例如不良的物理工作環境因素會影響工作者的心理狀況與

doi:10.6342/NTU201600369

心理健康，當工作者心理健康不佳會造成工作者對於環境的疏忽及工作環境的惡化；物理與心理的工作環境因素會透過兩個方式影響工作者的生理、心理與社會健康，一是不良的工作生理與心理因素的直接影響，例如不良的物理工作因素直接造成生理不適或傷害；另一個方式則是透過對工作者造成壓力，工作者調適壓力的經歷與反應，進而影響生理、心理與社會健康(Cox et al., 2000; Stavroula & Aditya, 2010)。當探討職場暴力對工作者身心健康的影響時，需透過宏觀、中觀乃至微觀三個層次來看職場暴力的問題(Stavroula & Aditya, 2010)；Einarsen等學者也提出，職場暴力影響個人健康的層面，需要考量宏觀（社會）、中觀（組織）及微觀（個人）三個層面，宏觀（macro）的文化及社會經濟因素包括了國家的社會文化、歷史、法律和經濟等因素，中觀的（meso）組織因素則包括管理方式、組織文化、組織對不良行為的容忍程度、內部支持系統等，都會影響個體是否會遭受到職場暴力等行為，微觀的（micro）個人因素則包括了個人人格特質、過去經驗、個人社會環境與人口學因素等，職場暴力除了影響受害者的身心反應，也影響企業組織，而此結果將再度反饋循環於整個社會與組織體系(Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2003)。

doi:10.6342/NTU201600369

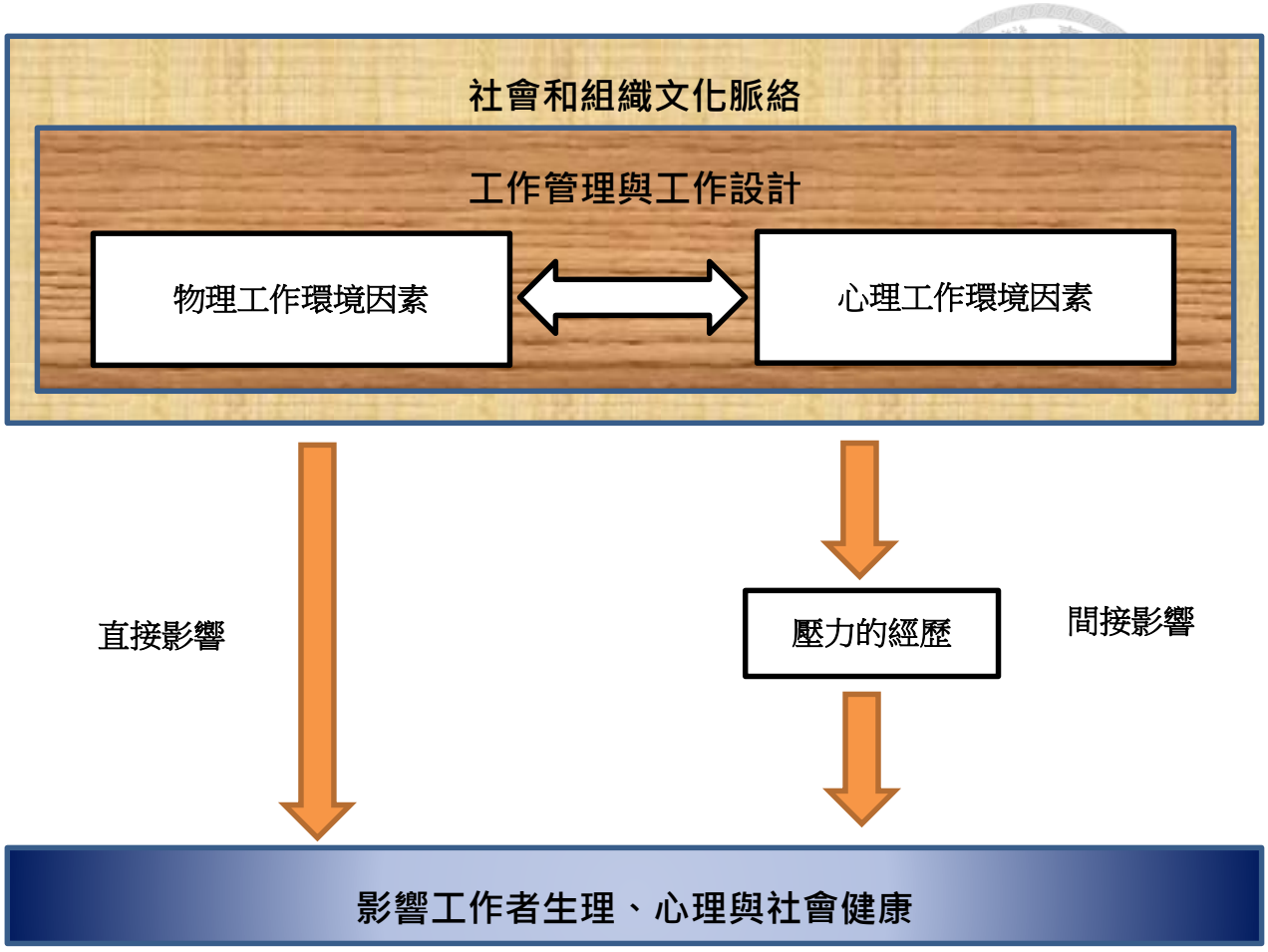

圖1：職場社會心理危害概念架構(Stavroula & Aditya, 2010)

國際勞工組織（International Labor Organization, ILO）、世界衛生組織（World Health Organization,WHO）、國際護理學會（International Council of Nurses,ICN）及國際公共服務（Public Services International,PSI）四個團體將職場暴力共同定義為：「於工作環境中，對工作人員虐待、威脅或攻擊，並影響其安全、安適或健康之行為，均可稱為職場暴力」。

"Incidents where staff are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work, including commuting to and from work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being or health" .(Martino, 2002)

職場暴力可分為身體層面和心理層面的暴力；暴力攻擊形式包括身體攻擊、言語侮辱、虐待、霸凌、性騷擾、歧視、威脅等等(Martino, 2002)。文獻中有關職場暴力常見的

doi:10.6342/NTU201600369

詞彙包括：「workplace aggression」、「workplace bullying」和「workplace violence」，學者定義workplace aggression是「由組織內部或外部的人，在工作相關情境中，造成生理和心理的傷害」，而workplace violence是「一種獨特的侵略形式，意圖造成身體傷害」，因此在這兩個概念下，並非所有的侵略行為都能被稱為暴力(Barling, Dupré, & Kelloway, 2009; Schat, Frone, & Kelloway, 2006)。在概念的定義上「workplace bullying」與「workplace violence」概念相似，但兩者的差異在於，workplace bullying發生於權力不對等的社會關係，亦即，加害者與被害者處於上對下的關係；而職場暴力（workplace violence）除了包括上司對下屬的欺凌之外，暴力來源大部分為接觸的對象/病患，或來自顧客、客戶以及陌生人，也可能來自權力對等的同事(Cashmore, Indig, Hampton, Hegney, & Jalaludin, 2012; Chirilă & Constantin, 2013; 馬淑清, 王秀紅, & 陳季員, 2011)；以上得知職場暴力（workplace violence）指的是職場上更廣泛的不良行為，「workplace aggression」與「workplace bullying」均涵蓋在workplace violence概念之中，故本研究對於職場上不適切的行為以「職場暴力」稱之。

美國國家職業安全衛生研究所(National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH)把暴力來源分為四類(NIOSH, 2006)，分別為犯罪暴力、顧客暴力、工作者間暴力及私人關係暴力，表1為NIOSH定義之暴力來源分類及內容描述。

doi:10.6342/NTU201600369

表 1：NIOSH 的四種暴力來源類型

類型	內容描述
犯罪暴力 Criminal intent	加害者通常是陌生人，與受害者沒有正式的同僱主或組織關係，這類暴力通常與犯罪有關連，其暴力行為包括搶劫、行竊、擅自闖入或恐怖攻擊，往往涉及高及他殺的風險。
顧客暴力 Customer/client	加害者與受害者有業務或服務的正式關係，包括顧客、病患、乘客、學生或其他被服務對象。暴力可能發生在工作場所，或工作者在其他場所執行職務的時候。
工作者間暴力 Worker-on-worker	加害者是組織中的僱員或前僱員，在工作場所中對同事作出威脅或攻擊，包括員工、督導、經理或僱主。此類型的暴力事件可能以一連串日益嚴重的敵意行為出現，常見動機為人際關係或工作相關的糾紛。
私人關係暴力 Personal relationship	加害者與受害者為私人關係，可能涉及現任或前任的配偶、情人、親戚、朋友或熟悉的人。常見動機為關係出現困難而進入職場騷擾、威脅、攻擊或殺害受害者。

註：資料來源：NIOSH(2006). Workplace violence prevention strategies and research needs. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health.

國際勞工組織（International Labour Organization，ILO）則將職場暴力分為來源內部及外部兩種暴力(Chappell & Di Martino, 2006)，表2為ILO定義之暴力來源分類及內容描述。

表 2：ILO 職場暴力來源類型

類型	內容描述
內部職場暴力 Internal workplace violence	發生在同事或上司及下屬之間，包括管理者及指導者。此種暴力可能包括一系列的玩笑、惡作劇、霸凌、騷擾、攻擊和侮辱等，受害者通常是年輕、新人或在職場中相對弱勢。這類型的暴力常發生在高壓力以滿足生產目標或工作保障度低的層級結構組織內。
外部職場暴力 External workplace violence	發生在勞工及其他第三方之間，包括在工作場所出現的陌生人、顧客、病人。若勞工工作的地方持有高額現金或貴重物品、安全性較差、只有少數員工時，較容易遭遇陌生人以獲取利益為目的的暴力及犯罪行為。另一種外部職場暴力的施暴者是尋求服務的顧客、病人或他們的訪客，若勞工的工作性質需要與人大量面對面接觸、非固定工作場所執行職務、處理不可預知的事件等，則有較高的風險。

註：資料來源：Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). Violence at work: International Labour Organization.

doi:10.6342/NTU201600369

NIOSH的暴力分類中包含私人關係的暴力，此種暴力因加害者與受害者有關係上的特殊性，不全屬於工作領域，因此不納入本研究討論的暴力來源之討論範疇。此外，犯罪暴力及顧客暴力，加害者均來自組織外的第三方，受害者的工作性質多屬需要接觸金錢、財物或面對人群，在預防策略上有相似性，故本研究採用較簡潔的分類方法，使用國際勞工組織的分類為主要探討職場暴力來源之依據。

職場暴力的種類與形式，在多數研究或調查主要可分為四大類，分別為：言語暴力、肢體暴力、心理暴力及性騷擾(Martino, 2002; Parent-Thirion et al., 2012; 林洺秀 & 郭智宇, 2013; 邊立中 et al., 2014)。現實中不同形式的暴力行為並非完全獨立，受害者常會同時或連續受到多種暴力侵害(Kauppinen & Tuomola, 2008)，例如受害者遭遇職場霸凌（心理暴力）時，可能同時伴隨言語的辱罵或嘲諷(Baron & Neuman, 1996; Chappell & Di Martino, 2006; ILO/ICN/WHO/PSI, 2002; Kauppinen & Tuomola, 2008)。各種暴力行為內容描述如表3。

表 3：四種職場暴力類型內容描述

類型	內容描述
言語暴力	以直接或間接方式，以口頭和文字對受害者造成傷害。包括攻擊性的語言、罵髒話、貶低別人的意見、侮辱受害者或相關的人事物、口頭威脅、散佈謠言等。
肢體暴力	物理性的暴力行為，使用身體或武器，對另一個人或團體使用武力，導致對方身體或心理傷害。例如毆打、踢、推、捏、拉扯、刺傷、射擊、搶劫等。
心理暴力	非物理性的暴力行為，通常不是孤立事件，常透過一連串小事件的累積，造成受害者重覆性或破壞性的影響。常見的形式如霸凌及滋擾，透過重覆及持續性的惡意行為，企圖報復、侮辱或損害個人或團體，且常因權力不對等造成受害者不敢或無法有效反抗。包括與性無關的騷擾、心理壓力/恐怖、尋找替罪羔羊及其他心理和精神上的騷擾和敵意行為。
性騷擾	以任何含有性要求或性意味不受歡迎的形式、違反意願、單方面的言語、肢體和心理行為，導致受害者感到被威脅、侮辱、尷尬或被貶低。包括盯視、不必要的身體接觸、重覆地針對與性相關的身體、外觀和生活方式作評論、施加性要求或個人關係的壓力及基於性別的恐嚇和威脅行為等。

doi:10.6342/NTU201600369

先進國家如美國、英國和歐盟內部的國家等，很早就開始職場暴力的固定調查和研究，更持續監測以瞭解職場暴力的趨勢。歐洲工作狀況調查（European Working Conditions Survey, EWCS）每5年進行一次，為歐盟為了解歐盟國家內部工作條件和就業狀況所做的調查，從1990年以來實施迄今已經有5波的調查資料（最近一次為2015年）。美國勞工統計局（Bureau of Labor statistics, BLS）每年都會進行勞工職業傷害、疾病和受傷的調查，掌握勞工受傷的嚴重度和傷害原因；英國除了每年的勞動調查瞭解勞工傷病原因，更有兩年一次的英國犯罪調查報告 (British Crime Survey, BCS)，特別針對職場暴力及因暴力損失的工作天數進行調查(Walby, Allen, & Simmons, 2004)；其他國家如加拿大及澳洲也有類似的研究調查(Canada, 2015)。國際組織如聯合國(United Nations, UN)、國際勞工組織(International Labor Organization, ILO)、世界衛生組織(World Health Organization, WHO)等，亦對職場暴力訂立公約、建立管理模式、提出規範及指引(ILO, ICN, WHO, & PSI, 2002; International Labour Organization, 2005)；台灣則是由勞動部勞動及職業安全衛生研究所每三年進行一次工作環境安全衛生狀況認知調查，從2010年起的「工作環境安全衛生狀況認知調查」，加入了職場暴力的測量題目，詢問受訪者過去12個月是否有職場暴力之經驗，並將職場暴力分為肢體暴力、言語暴力、心理暴力與性騷擾等四種，2010及2013的調查均有上述四種形式職場暴力盛行率之相關問卷題目。

美國的調查顯示，在2009年一年間約有0.4%的工作者曾在工作場所受到各種形式的非致命性暴力攻擊(Harrell, 2011)。荷蘭的調查發現，約有24%的工作者在過去一年間曾遭受到任何一種形式的職場暴力(Venema & Klauw, 2012)。2010年進行的第五次歐盟工作狀況調查（European Working Conditions Survey, EWCS）顯示，11%的勞工曾在過去一個月內遭受語言暴力；在過去一年內，4%的勞工曾被霸凌，2%的勞工曾遭遇肢體暴力，1%的勞工曾被性騷擾；女性遭遇性騷擾的比例是男性的三倍(Parent-Thirion et al., 2012)。香港的研究調查顯示，職場暴力每年盛行率由1998年的0.26人/每千人，上升到2007年的0.39人/每千人(Lo, Chappell, Kwok, & Wu, 2012)；該調查亦指出，職場暴力以非肢體形式居多，佔所有職場暴力事件的30.4%，包括叫罵、言語威脅、干擾電話、言語騷擾、丟擲物

doi:10.6342/NTU201600369

品、盯梢他人等；肢體暴力盛行率較低，佔所有職場暴力事件的12.6%，形式包括人身攻擊、推擠毆打、性騷擾或性侵害行為、謀殺等(Lo et al., 2012)。從上述資料可發現，職場暴力確實為重要的職場問題。但值得注意的是，跨國家或文化族群的比較必須謹慎，因為除了測量方法的差異之外，不同國家對於職場暴力行為的認知程度，以及職場暴力問題的通報認定制度，都可能影響職場暴力的盛行率數據。芬蘭的職場暴力研究指出，不良的物理工作環境也會造成心理層面的工作環境不佳，物理與心理的工作環境是相輔相成並且相互影響，在不良的工作環境與組織氣氛之中，產生職場暴力的風險性更高，女性相較於男性有較高遭受職場暴力的風險(Salin, 2015)。

有關職場暴力的高危險職業族群，美國的調查顯示警察等執法人員、醫療從業人員、教師、運輸業者、銷售業員工是職場暴力的高危險職業族群(Bureau of Labor Statistics, 2006; Harrell, 2011)；丹麥的調查亦顯示，需要與客戶或消費者頻繁互動的工作、位於高犯罪率地區的工作，以及需管理貴重財物的工作，為發生職場暴力的高危險族群(Bureau of Labor Statistics, 2006; Pedersen & Christiansen, 2005)。2010年第5次歐盟工作狀況調查(European Working Condition Survey)顯示，健康照顧業的職場暴力風險最高，其次為教育業(Parent-Thirion et al., 2012)。挪威2011年工作狀況調查亦指出，健康照顧工作者、護理人員、物理治療師、社工人員和社會教育者為易遭遇職場暴力的職業群體，而旅館、餐飲等場所工作的服務業工作者較容易有性騷擾問題(Langeland, 2012)。台灣2010年全國受僱者調查資料顯示，男性受僱者中，保安服務工作人員的言語、心理與肢體暴力盛行率最高；而在女性受僱者中，言語暴力最普遍的職業族群為財務與商務服務人員、醫療照顧人員以及顧客服務人員；心理暴力最普遍的族群為財務與商務服務人員；肢體暴力最普遍的族群為醫療照顧人員，而性騷擾最普遍的族群為個人服務業工作者、財務與商務服務助理人員、醫療照顧人員，以及顧客服務人員，不論在男性或女性，醫療照護人員均為各種職場暴力的高風險族群(邊立中 et al., 2014)。一篇護理人員職場暴力系統性文獻回顧指出，護理人員一年期間職場暴力盛行率，肢體暴力6-74%、言語暴力15.2-97.6%、職場霸凌11.6-47.6%、性騷擾33.7-34.9%，職場暴力盛行率因工作場所、

doi:10.6342/NTU201600369

科別而不同，常見的施暴者依序為病患、家屬/訪客及醫院同事；實務上，40-80%遭受職場暴力的工作者未向管理者通報，原因依序為自認為不需要協助、自己能處理以及認為通報無用等因素(明金蓮 et al., 2016)。由以上得知護理人員為高職場暴力風險職業族群，故本研究選取護理人員為研究之對象。

doi:10.6342/NTU201600369

第二節　職場暴力之影響

職場暴力除了影響個人身心健康、人際關係與工作表現，也間接影響工作者的組織，甚至外溢到社會層面，導致組織及社會巨大的經濟與福利損失，例如醫療支出等，以下將詳述之。

過去的研究指出，職場暴力對工作者身心健康有負面的影響；例如，個人自信心及自尊心下降(Boden, Biddle et al. 2001)、害怕與恐懼的反應(Schat & Kelloway, 2000)，而職場暴力受害者相較於一般工作者有較多的身體不適問題與較差的生理健康、心理健康，包括焦慮、憂鬱、壓力疾病、睡眠狀況不佳、睡眠障礙、消化道症狀等問題(Alexy & Hutchins, 2006; Aytac et al., 2011; Choi, Jung, Kim, & Park, 2010; Christiansen & Nielsen, 2010; Couto, Lawoko, & Svanstrom, 2009; Hansen et al., 2006; ILO, 2014; Lallukka, Rahkonen, & Lahelma, 2011; C. Mayhew & D. Chappell, 2007; Niedhammer et al., 2011; Park, Nakata, Swanson, & Chun, 2013; Schat & Kelloway, 2000; Takaki et al., 2010; Vie, Glaso, & Einarsen, 2011; Willness, 2007; 明金蓮 et al., 2016)。一些研究並指出，嚴重的職場暴力可能導致「創傷後症候群」（post-traumatic stress disorders，PTSD）(Alexy & Hutchins, 2006; Hansen et al., 2006; Willness, 2007)。職場暴力不僅影響個人身心健康，當員工處於有職場暴力的環境中，更容易感知危險和有焦慮的感受、憂鬱和身心壓力；職場暴力也可能造成壓力感增加、工作滿意度低落，產生職業倦怠與離職傾向(Estryn-Behar et al., 2008; Lo, Chappell, Kwok, & Wu, 2011; Wang et al., 2006; Willness, 2007)；職場暴力對機構與護理專業也會造成負面的影響(明金蓮 et al., 2016)。職場暴力主要可分為言語暴力、肢體暴力、心理暴力及性騷擾(Martino, 2002; Parent-Thirion et al., 2012; 林洺秀 & 郭智宇, 2013; 邊立中 et al., 2014)；四種不同形式之職場暴力行為，對身心健康影響程度有所差異，某些研究指出心理暴力（包括威脅、恐嚇、歧視、排擠、霸凌、騷擾等）相較其他三種暴力類型（言語、肢體、性騷擾），對工作者身心健康之影響更為顯著，因為相較於較為外顯的言語暴力、較屬突發性質的肢體暴力，或是較屬個人行為的性騷擾問題，心理暴力可

doi:10.6342/NTU201600369

能與組織氛圍或職場文化較有關連，屬長期存在的職場壓力問題，因此對工作者身心健康者的影響較為顯著(Claire Mayhew & Duncan Chappell, 2007; 邊立中 et al., 2014)。學者Yawen Cheng研究中指出，面對不良職場風險因素時，年紀較大的工作者相較於年輕工作者受到的衝擊較小，並且在年紀大的工作者中，健康工人效應也較為顯著，進而低估職場不良風險因素對身心健康的影響(Yawen Cheng & Chen, 2014)。護理職場中，職場暴力主要來源為病人與家屬，次要職場暴力來源為來自於護理同儕的人際互動，其中包含同事、行政、護理管理者及資深護理人員(Gerald A Farrell, Bobrowski, & Bobrowski, 2006; Hader, 2008; S. L. Johnson & Rea, 2009; Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip, & Sangthong, 2008; 李選, 白香菊, & 顏文娟, 2010; 陳柑伴, 楊秀芬, 陳慧蘭, & 楊美賞, 2010)；相較於來自病患的外部職場暴力，受到內部職場暴力的護理人員，會更擔心同事間人際相處，並且感受到更多的工作壓力，不良的人際關係與互動，會造成護理人員有更高的離職想法與傾向(Gerald A Farrell, 1997; Landstrom, Biordi, & Gillies, 1989; 陳國瑚, 陳麗如, & 蘇喜, 2006; 蔡曉婷, 韓錦樺, 陳麗芳, & 周汎澔, 2014)；LeBlanc與Kelloway在2002年的研究指出，相比起外部暴力，勞工遭遇內部暴力後必須繼續與加害者接觸，更容易影響勞工的個人情感和身心安適(LeBlanc & Kelloway, 2002)；Hutchinson, Vickers, Wilkes與Jackson等學者指出，組織內部人際衝突、組織氛圍不佳及不良工作設計等不良因素，經過累積容易造成的內部的職場暴力(Hutchinson, Vickers, Wilkes, & Jackson, 2009)。

職場暴力除了對工作者個人的影響之外，也對工作組織帶來負面影響，包括職場中社會人際關係惡化、工作士氣低落、工作任務延遲與增加業務疏失，並導致企業失去重要的員工與顧客、增加企業因管理疏失對員工的賠償，以及增加企業因處理職場暴力增加的管理費用，甚至可能衍生更多的職場暴力行為(Couto et al., 2009; Demir & Rodwell, 2012; Hansen et al., 2006; Lo et al., 2012; Roche, Diers, Duffield, & Catling-Paull, 2010)。組織內部職場暴力問題，導致員工離職、生產力下降以外，若有法律上的糾紛，更可能會增加與招聘和培訓相關的成本、組織的公眾形象受損等，甚至是管理層面的疏忽時，更可能涉及對企業內工作者的賠償與訴訟等法律費用(Hoel, Sparks, & Cooper, 2001; Milczarek,

doi:10.6342/NTU201600369

2010)，此均會造成企業有形與無形的成本因職場暴力的行為而增加。

職場暴力不僅是個人層級的影響，更會擴散至整個組織乃至整個社會層面(Heames & Harvey, 2006; Steffgen, 2008)。此外，暴力的環境使工作者有更高身心健康不佳的風險(Pien, Chen, Chen, Liang, & Cheng, 2015; Spector, Coulter, Stockwell, & Matz, 2007)；男性與女性對不良環境風險因素的感受性有所差異，相較於男性，女性更容易成為職場暴力的受害者並且對於負面周遭環境的影響更為敏感(Clark et al., 2008; Hoel & Cooper, 2000; Pien et al., 2015; Salin, 2015)；職場暴力對社會層面也會造成的影響，或者是因職場暴力受傷住院則會增加醫療及住院費用等個人與社會成本(Hoel et al., 2001)。據估計，英國因暴力與工作壓力造成的健康問題和事故成本，佔全國每年生產總值(GDP)的0.5-3.5%(Hoel et al., 2001)。由以上得知，職場暴力並非僅是個人的問題，更會影響企業組織與社會層面，甚至會衍生其他層面的問題。在台灣，醫療大部份由全民健康保險給付，因此職場暴力造成工作者的健康問題，除了生產力損失外，個人所產生的額外醫療費用及住院支出更是全民共同承擔。因此，職場暴力不僅是個人工作層面的問題，更是一個重要的公共衛生與職業安全健康的議題。

過去諸多研究在職場暴力對身心健康影響雖有著墨，但較少直接傾聽第一線受害者的經驗過程，並以生態觀點探究工作職場氛圍對於職場暴力產生，驗證職場暴力與健康之間的影響；因此相較於以往職場暴力研究，本研究透過混合研究的方式，深度質性訪談瞭解職場暴力受害者制度經驗過程，發展測量組織氣候之中文版心理社會安全氛圍量表，瞭解組織氣氛對於職場暴力與健康之間的影響，提供更多政策與研究上的依據。

doi:10.6342/NTU201600369

第三節　安全氛圍(Safety Climate) 概念與發展

安全文化指的是組織內的成員對於內部工作人員或外部民眾生命安全的價值觀、態度及信念(Davies, Nutley, & Mannion, 2000)。安全氛圍（safety climate）的概念為安全文化（safety culture）中衍生而出，由於安全文化的概念包括有多個面向，並且概念複雜不易測量，Sexton等學者建議測量組織內成員所感受到的安全氛圍作為安全文化的代理變項(Sexton et al., 2006)。

安全氛圍(Safety Climate)的概念最早由Zohar於1980年提出，其將安全氛圍定義為員工對於整體組織安全態度與知覺，著重在工作者個體對於組織整體的感受，尤其一個組織中強調與安全相關之訊息，安全氛圍是由組織領導與工作者共享的管理政策（有形與無形的政策）、程序或執行的系統(Dov. Zohar, 1980; Dov Zohar & Luria, 2004)。之後也有許多學者對於安全氛圍提出相關的定義，例如Brown與Holmes將安全氛圍定義為工作者對於環境中安全事項整體的感受(Brown & Holmes, 1986)；Díaz與Cabrera認為安全氛圍的定義是「工作環境中的個體所分享的整體感受，在日常的突發事件中完成工作之有效的行為指導原則。」該定義強調安全氛圍係員工對組織工作環境的整體知覺，並且對於職場中安全氛圍的感受會影響員工是否會採取安全行為(Díaz & Cabrera, 1997)；Cooper則主張安全氛圍，指的是管理與工作者對其職場內安全文化(safety culture) 的知覺感受，其包括了安全態度及安全行為模式，安全氛圍大部分是關於勞工對工作環境中，環境安全的重要性及工作安全的流程被實施的感受(Cooper, 1998)。Hahn與Murphy對安全氛圍定義：組織中的員工分享有關他們所處作業環境中對於安全的知覺，並且對於每天執行的作業提供相關的資訊(Hahn & Murphy, 2008)。

許多關於安全文化或氛圍的理論與研究指出，工作場所中物理的安全文化與氛圍，會影響工作者是否容易受到傷害、產生意外事件和錯誤(Dov. Zohar, 1980)；組織中之工作者會因為組織對於安全氛圍的政策與作為，影響工作者對於職場中安全氛圍的認知與感

doi:10.6342/NTU201600369

受，安全氛圍強調組織政策與相關安全行為的作用效果(Niskanen, 1994)；Hinze等學者指出管理階級對工作場所安全的承諾與關心，會影響員工對於安全議題重視與員工對於安全措施支持的程度(Hinze, Pedersen, & Fredley, 1998)。Niskanen指出安全氛圍包括有4個向度，分別是：組織內部對安全的態度（attitude towards safety in the organization）、對工作要求的改變（changes in work demands）、對工作的評價（appreciation of the work）、安全是否為工作生產流程的一部分（safety as a part of productive work）等層面(Niskanen, 1994)。

Neal等學者研究指出，一般組織內部的氛圍會影響「安全氛圍」及「安全表現」，同時當組織內部對「安全」這個觀念產生重視並養成對安全重視的組織氛圍時（此稱為安全氛圍），安全氛圍會影響內部工作者是否採取符合安全的規定與程序，工作者對安全相關的表現、知識與動機也會受到此氛圍的影響(A. Neal, Griffin, & Hart, 2000)；研究指出，安全氛圍的確能為組織帶來正面的益處，例如組織內部安全氛圍較高時，管理者較為注重與工作內容、流程、產出方面的安全，並且工作者也會對工作流程與環境安全認知與實踐有正向的提升，顯示出安全氛圍與工作中安全的要求與結果有正相關，並且也會減少職場上意外事件的產生(Andrew Neal & Griffin, 2002)；Neal及Griffin認為組織氛圍的面向主要內涵包括：組織政策、程序及操作實務，並在一個5年追蹤調查的研究中發現到，組織內部管理者對安全氛圍的注重與營造，會提升之後員工對於維護安全的動機以及增加員工採取並遵守安全相關規範的行為，而公司內部也會彼此影響，塑造正向的組織之間環境安全氛圍(Andrew Neal & Griffin, 2006)。Guldenmund認為安全氛圍可視為安全行為的指標，安全行為的表現會受到安全氛圍影響，組織文化的特色將會影響到增加或減少風險的態度及行為(Guldenmund, 2000)。一項應用多階層分析的研究結果表示，組織層級安全氛圍對於個體的安全行為的影響，其影響機制為透過組織內部的各個次團體（工作者形成之次團體）產生中介作用，而組織內各個次團體之間對於安全氛圍的差異，也會造成其中的工作者採取安全行為的不同，當次團體有較高的安全氛圍時，個體層級的工作者則會更願意採取安全的流程與行為(Dov Zohar & Luria, 2005)。

doi:10.6342/NTU201600369

Zohar與Luria以社會認知理論來解釋安全氛圍所扮演的角色，氛圍指的是員工面對組織內發生的事情時，所詮釋與解讀所處的環境與感受，並且Zohar與Luria研究顯示，當工作場所有良好的安全氛圍時，可降低意外與事故的發生率，意即當工作場所有比較好的安全氛圍代表組織管理者與工作者，會較為著重在安全的議題、流程與程序上，進而減少工作場所意外與事故的發生，例如當安全的目標與生產或時間壓力有所衝突時，若組織仍以安全為優先考量時，則該組織有高的安全氛圍(Dov Zohar & Luria, 2004)。Rodrigues等學者針對家俱工作者的研究顯示出，安全氛圍在不同的組織層級有不同的作用，包括了組織、團體及個人等；組織層級的安全氛圍會由於組織大小不同而有所差異，規模較大的組織公司相對於小的組織公司，同仁與管理者之間有較高的安全氛圍，並且安全氛圍會影響工作時的安全與生產等流程，而安全氛圍能反映出工作中的安全狀況(Rodrigues, Arezes, & Leão, 2015)。許多學者認為，安全氛圍指的是監測工作環境安全的狀況與表現，並且有良好的安全氛圍的組織中，其會對職場中的傷害早先一步進行介入措施，並且設定管理方案來降低不安全狀況的產生。學者指出安全氛圍大致上可以分為四個主要領域：組織員工對決策高層、管理階層、安全實務、及風險的知覺，但是此四個領域概念過於廣泛，在討論安全氛圍時仍有許多層面需考量，例如承諾、行動、態度、期望、經驗、環境、及情境等(吳聰智 & 康自立, 2002)。安全氛圍是一種組織氣氛的呈現，而良好的安全氛圍對工作組織內之工作者有較好的身體健康與安全行為的呈現(Dov Zohar & Luria, 2005)，提升工作中對於風險的感知、有效降低事故傷害的發生及身體損傷(Silva, Lima, & Baptista, 2004; 白文元, 2010; 李再長, 朱祐民, & 江學華, 2005; 李再長 & 黃訓道, 2007; 周幸生, 熊道芬, & 陳玉枝, 2008; 馬綾聲, 2008; 郭建志, 曹常成, & 楊婷如, 2014)。

組織藉由社會化的過程形成了組織內部的安全氛圍，社會化的過程中組織成員逐漸具有相似的安全認知系統、價值與信念，透過集體行為形成職場中安全的規範；組織領導者會影響安全氛圍的形成，安全氛圍的感受會影響員工工作之安全意願以及是否採取

doi:10.6342/NTU201600369

安全行為(郭建志 et al., 2014)。但是國內的研究卻指出，在新聞產業中，過度提高安全氛圍會降低績效；其指的是若是過度強調工作與流程的安全，將有可能對新聞採訪績效產生負面的影響，但是安全氛圍能夠提升媒體採訪的安全，減少或避免新聞從業人員產生不良危害(王正慧 & 黃同圳, 2010)。研究指出，透過主管與組織的管理行為，可以提昇工作組織與員工內的安全氛圍與安全績效(吳聰智 & 鍾瑞國, 2004; 李再長 et al., 2005; 李再長 & 黃訓道, 2007)。國內針對航站中運務人員的調查研究顯示，運務部門的安全氛圍會直接正向顯著影響運務人員的安全知識、安全動機、安全順從及安全參與，並有效的提升運務人員在安全上的表現(許悅玲, 葉文健, 陳楊正光, & 曹湘雲, 2008)。

由上述可得知，職場安全氛圍是多層級的概念，組織高層對於安全氛圍的重視與實踐，會影響組織內部團體以致於工作者個體採取的安全行為，進而保障工作者的健康與安全。過往對於職場大多以「安全氛圍」或是以安全行為為出發點，著重探討工作者身體安全，欠缺心理層面的保護，故學者Dollard於2007年提出社會心理安全氛圍（psychosocial safety climate, PSC）的概念，強調除了行為安全外，更加上了心理層面的保護概念(M. Dollard, 2007)，PSC的概念與發展，於下一節詳述。

doi:10.6342/NTU201600369

第四節　心理社會安全氛圍（PSC）概念、量表發展與對身心健康的影響

從Zohar於1980年提出職場安全氛圍（safety climate）概念以來，許多在工作場所安全行為、流程及程序的研究與概念蓬勃發展，使得工作組織內部的安全氛圍/文化影響了工作環境，使得工作行為、流程與產出的過程更注重安全(Maureen F Dollard & Karasek, 2010)；近年來社會工作環境快速的變遷，職場上的危害議題除了環境與生理以外，職場社會心理危害逐漸成為關注的議題(Brun, 2007; 王佳雯, 鄭雅文, 李論昇, & 徐儆暉, 2010; 李素幸 et al., 2008)，在工作職場環境中對於心理層面的防護、安全與健康的機制與概念之建構，則是職業衛生安全常被忽略的一個部分(Caruso, 2013; M. F. Dollard, 2007; J. V. Johnson, 2008; Karasek, 2008)。學者Maureen提出，職場安全氛圍的建構缺乏了針對心理層面健康與安全的考量；應該針對心理或社會層面的危害訂立相關的政策、實務面與流程面的規範，以避免工作者遭受事故或長期暴露於職場心理壓力風險中(Maureen F Dollard & Karasek, 2010)。

為彌補安全氛圍缺乏建構心理層面危害預防的部分，學者Maureen Dollard提出了心理社會安全氛圍的概念(M. Dollard, 2007)，而Dollard與Bakker回顧安全氛圍的文獻中發現，安全氛圍聚焦在工作場所的氛圍、工作系統（制度）、環境與身體健康，而工作相關壓力的文獻則是聚焦於心理社會風險因素與心理健康的關係，而PSC成為則是連結了工作場所中環境與心理兩個脈絡層面(Maureen F Dollard & Bakker, 2010)。

心理社會安全氛圍（psychosocial safety climate, PSC）是工作場所中，管理者與組織對於員工心理健康和安全的議題上，其政策、實務與流程的考量與實踐態度(M. Dollard, 2007; Maureen F Dollard & Karasek, 2010)。PSC重視組織內管理階層對於工作環境中，社會心理危害與心理社會安適，所提供的組織承諾、資源投入與參與、組織溝通及對組織內社會心理危害議題的關注(Hall, Dollard, & Coward, 2010)；組織中，心理社會安全的層面涉及到工作者有可以免除心理及社會因素風險與危害的自由，當組織有比較低的心理

doi:10.6342/NTU201600369

社會安全氛圍時，會造成不良的工作內容或環境，引起更多對工作者健康有害的心理社會風險因素，使得工作者更容易在工作中遭受到心理和社會層面的傷害(Maureen F Dollard, Le Blanc, & Cotton, 2008)。

心理社會安全氛圍在研究與實務上可視為組織層級的氣氛。研究指出心理社會安全氛圍可視為工作的組織（meso-level）中對於工作者（micro-level）所能提供的資源與協助(Hall, Dollard, Winefield, Dormann, & Bakker, 2013)；一項於護理人員進行的研究發現，心理社會安全氛圍為工作相關壓力根本的原因（cause of the causes），不良的組織心理社會安全氛圍會造成工作者的工作壓力增加、情緒耗竭以及產生更多不良的組織與工作氛圍(M. F. Dollard, T. Opie, et al., 2012)。Dollard與Bakker研究指出，心理社會安全氛圍會透過直接與間接的方式影響個體工作負荷（工作壓力與情緒負荷的層面），並且調節情緒負荷與情緒耗竭之間的關係，當組織與技能透過心理社會安全氛圍與工作控制之技能裁量權（skill discretion）的關係，使得組織內部的工作者有較高的工作投入及減少個體心理健康的問題（例如：心理困擾、情緒耗竭等）(Maureen F Dollard & Bakker, 2010)；Dollard指出在職場中的社會心理危害因素有許多種類，職場暴力合併了生理與心理層面的影響，造成生理、心理和社會等層面的危害。面對職場暴力的議題，不應只聚焦於個人特質等因素，透過生態的觀點，瞭解組織內的心理社會安全氛圍則對工作者身心健康層面的影響為何。心理社會安全氛圍在研究與實務上被認為是上游管理階層與組織是否關注並實踐對內部的員工心理健康照護與和實踐的關係的感受與氣氛，屬於組織層面的概念(Maureen F Dollard & Karasek, 2010; Mohd Awang Idris & Dollard, 2011)。

目前心理社會安全氛圍的測量最廣泛使用的量表為學者Dollard於2010年所提出，心理社會安全氛圍量表（PSC-12）共有12題，分為4個向度（dimention），分別為：組織參與（Organization Participation, OP）、組織溝通（Organization Communication, OC）、管理者對此議題的重視（Management Priority, MP）、管理層的承諾（Management Commitment, MC），每個向度各3題，內在一致信度介於.81 到 .89之間，使用5點計分的

doi:10.6342/NTU201600369

李克特計分方式（5-point Likert scale），計分方式為：1分完全不同意、2分不同意、3分沒意見、4分同意、5分完全同意，每個次量表分數先行加總，最後將4個次量表的分數加總則代表該組織為該次量表的整體的心理社會安全氛圍，詳細題目如表7（第56頁）(Hall et al., 2010)。

PSC量表最初發展時，學者Dollard於2007年回顧文獻後，統整出共26題並於78位受訪者做前測(M. F. Dollard & Kang, 2007)，此時量表共分為4個次量表，其向度分別為：管理者支持與承諾（Management support and commitment）10題、管理者對此議題的重視（Management Priority）5題、組織溝通（Organization Communication）6題、組織參加及參與（Organizational participation and involvement）5題，PSC量表使用5點計分的李克特計分方式（5-point Likert scale），計分方式為：1分完全不同意、2分不同意、3分沒意見、4分同意、5分完全同意，每個次量表分數先行加總，最後將4個次量表的分數加總則代表該組織為該次量表的整體的心理社會安全氛圍(M. F. Dollard & Kang, 2007) ，如表4。

doi:10.6342/NTU201600369

表 4：心理社會安全氛圍（Psychosocial Safety Climate, PSC）量表（26 題原始版）

向度	題號	題目
Management support and commitment	1	In my workplace management acts quickly to correct problems/issues that contribute to employees'psychosocial health
	2	In my workplace managers/supervisors show an interest in my psychological well-being
	3	Management is genuinely concerned about workers' psychological well-being
	4	Management acts decisively when a concern of an employees' psychological status is raised
	5	In my workplace management turn a blind eye to issues concerning mployees'psychological well-being (reversed)
	6	There is good attitude to employees' psychological health at my workplace
	7	I feel that the management at my workplace is concerned about my general welfare
	8	Employees' psychological health is taken seriously at my workplace
	9	The senior leaders at my workplace listen to me and care about my concern
	10	Senior management show support for stress prevention through involvement and commitment
Management priority	11	Psychological well-being of staff is a priority for this organization
	12	Management clearly considers the psychological health of employees to be of great importance
	13	I believe that employee psychological wellbeing is not assigned a high priority (reversed)
	14	Management considers employee psychological health to be equally as important as productivity
	15	Management/leadership will never compromise workers'psychological health for productivity
Organizational communication	16	There is good communication here about psychological safety issues which affect me
	17	Information about workplace psychological well-being is always brought to my attention by my manager/supervisor
	18	My manager/supervisor does not always inform me of current concerns and issues (reversed)
	19	Management operates an open door policy on psychological health issues
	20	I know the proper channels to report my concerns
	21	I am comfortable talking with colleagues about workplace conditions which might have an impact on my psychological health
Organizational participation and involvement	22	Participation and consultation in occupational health and safety occurs with employees', unions and health and safety representatives in my workplace
	23	My contributions to resolving occupational health and safety concerns in the organization are listened to

doi:10.6342/NTU201600369

表 4：心理社會安全氛圍（Psychosocial Safety Climate, PSC）量表（26 題原始版）

向度	題號	題目
	24	I am involved in informing management of the important issues that affect workplace psychological health
	25	Employees are encouraged to become involved in psychological safety and health matters
	26	In my organization, the prevention of stress involves all levels of the organization

註：1.題目向度：1-10 題 Management support and commitment，11-15 Management Priority ，16-21 Organization Communication，22-26 Organization Participation

2.計分方式：1 分完全不同意、2 分不同意、3 分沒意見、4 分同意、5 分完全同意，總分加總計算其職場心理社會安全氛圍之分數

3.引用自：Dollard, M. F., & Kang, S. (2007). Psychosocial safety climate measure. . Adelaide: Work & Stress Research Group, University of South Australia.

由於26題的題目過多，Hall、Dollard與Coward等學者於2010年使用探索性驗證分析（EFA），選取各次量表中較有代表性的題目，最後向度為：組織參與（Organization Participation）、組織溝通（Organization Communication）、管理者對此議題的重視（Management Priority）、管理層的承諾（Management Commitment），共4個次量表各剩下3題，其內在一致性（Cronbach's α）可達到.81到.95之間；之後將縮減題目的PSC量表12題，進行驗證性因素分析（CFA），驗證縮減後的題目仍能符合原始次量表中的向度（構念），並且相較於26題的問卷，12題的問卷更能符合理論模型（模型適配度更佳）(Hall et al., 2010)。正式施測時，則從AWBQ2009調查（Australian Workplace Barometer Questionnaire）中，選取500位工作者（398位受僱者，102位自雇自營）進行調查分析，結果均顯示出量表有良好之信效度；自2010以來，組織的PSC之測量以Hall與Dollard改良之PSC-12為主要使用的測量問卷。

由於PSC是屬於組織層級對於個體社會心理危害的關注與資源的投入，透過此影響工作者的工作安全與身心健康，所以研究PSC大多採用多階層(hierarchical linear modeling，簡稱為HLM)的統計分析方式，以瞭解組織層級的PSC對於個體層級的受僱者之以影響為何。一項於馬來西亞來自於不同組織56個工作團隊共427人所做的研究發現，團隊的PSC

doi:10.6342/NTU201600369

與工作投入與工作技能學習的意願成現正相關，證實正向的PSC對於工作狀況與結果均有正向的影響(Mohd Awang Idris, Dollard, & Tuckey, 2015)；另外一項對於23個不同的警察單位，進行兩波調查（間隔14個月），發現PSC可以有效減緩工作者團體間的情緒壓力負擔與降低工作壓力(Maureen F Dollard, Tuckey, & Dormann, 2012)。此外，還有其他研究證明當組織有較高的PSC時，內部的工作者有較好的工作環境(Mohd Awang Idris & Dollard, 2011)、較低的工作負荷與壓力與憂鬱症狀的產生(Tessa S Bailey, Maureen F Dollard, & Penny AM Richards, 2015; Hall et al., 2013)、較好的身心健康狀態(Maureen F Dollard & Neser, 2013; Mohd Awang Idris, Dollard, Coward, & Dormann, 2012)、較低的職業潰乏感（burn out）、工作疲倦感恢復得較快(Garrick et al., 2014)、較高的工作投入(Garrick et al., 2014; Mohd Awang Idris et al., 2015)、獲得較充足的工作資源與較安全的工作環境(T. S. Bailey, M. F. Dollard, & P. A. Richards, 2015; Mohd A Idris, Dollard, & Winefield, 2011)、有效的減少工作中物理與心理因素等危害（例如職場暴力等行為）(Bailey, Dollard, McLinton, & Richards, 2015)、較低的職場霸凌與創傷後壓力症候群（post-traumatic stress disorder，PTSD）的產生(Bond, Tuckey, & Dollard, 2010)。

由以上文獻可以發現，PSC是結合了安全氛圍與預防職場中社會心理危害的概念，當組織心理安全氛圍的程度較高時，內部的工作者除了有較好的工作環境，更避免了社會心理因素危害所造成工作者健康損耗。

doi:10.6342/NTU201600369

第五節　職場暴力的預防與職業安全衛生法的原則

現行台灣關於職場暴力其他相關法律，包括有：《民法》、《社會秩序維護法》、《刑法》、《勞動基準法》、《性別工作平等法》、《性騷擾防治法》、《就業服務法》及《醫療法》等，職場中不同的侵犯行為將有不同對照的法律條文可因應；《民法》第483條之1規定，「受僱人服勞務，其生命、身體、健康有受危害之虞者，僱用人應按其情形為必要之預防」。《勞動基準法》第12條規定，若勞工對雇主或同事實施暴行或有重大侮辱之行為者，雇主可不經預告中止其勞動契約；第14條規定，若雇主或其代理人對勞工實施暴行或有重大侮辱之行為者，勞工可無須預告即得中止勞動契約且獲得資遣費。若職場上有肢體暴力造成傷害，則可以依《刑法》或《民法》對施暴者處以傷害罪或公然侮辱罪等不同程度之法律責任；若施暴者行為在公眾場所發生且有影響他人安全之虞時，可以《社會秩序維護法》處理。若是騷擾、暴力等行為是發生在醫療職場中，則有特別法可適用，例如《醫療法》規定，任何人不得滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務之執行，違者可處以罰鍰，並於2014年1月29日修法公告醫院暴力加重為公訴罪。行為若是涉及性別或性騷擾等職場暴力行為，則《性別工作平等法》、《性騷擾防治法》及《就業服務法》有其相關規範，包括：雇主不得對求職者或受僱者有性別歧視，違者可處以罰鍰；針對職場性騷擾之預防，雇主應依法設置性騷擾防治措施、申訴機制以及懲戒辦法，並應鼓勵員工參與相關訓練；雇主得知性騷擾問題時，必須採取立即有效的糾正及補救措施，否則需負擔法律責任等。

由以上描述可知，職場暴力現行並未有單一法律規範，而是由不同的機關依據不同的觀點與層面做規劃，並非針對職場暴力設計法律規範與流程，以致於法律的實用性與實務面較為繁瑣，職場暴力受害者面對不同的職場暴力行為，其後續的通報、調查機制也不相同，也由於法律的繁複，可能造成實務使用上有所衝突或抵觸，而職場暴力受害者在不友善與不便利的系統中尋求協助，可能因制度面的問題，造成更大的身心壓力。

doi:10.6342/NTU201600369

《職業安全衛生法》（以下簡稱職安法）於2013年修訂通過，採二階段施行方式，擴大保障所有工作者，大部分條文定自2014年7月3日施行，除第 7～9、11、13～15、31條條文定自2015年1月1日施行。由於近年來醫療業及服務業頻傳出職場暴力事件，嚴重影響勞工工作權與身心健康，故職安法新增第6條第2項第3款：「雇主對執行職務因他人行為遭受身體或精神不法侵害之預防，應妥為規劃並採取必要之安全衛生措施」，職業安全衛生設施規則第324- 3條，要求雇主應採取暴力預防措施並作成執行紀錄並留存三年，職安法第5條更將職場暴力視為雇主之一般責任(General Duty)，明確指出職場暴力之預防應為雇主負擔的責任。修訂內容說明中指出「鑑於近年醫療業及服務業迭傳勞工遭暴力威脅、毆打或傷害事件，引起勞工身心受創，爰增訂第三款，要求雇主對於勞工因執行職務因他人行為可能遭受身體或精神不法侵害行為應採取預防之必要措施，例如危害評估、作業場所動線規劃、保全監錄管制、緊急應變、溝通訓練及消除歧視、建構相互尊重之行為規範等措施。」同時，職安法施行細則第十一條，明定雇主應辦理之事項至少應包含下列事項：(1)危害認知及評估; (2)作業場所之配置（如通道、設備或擺設、監視器及警報系統等）; (3)工作適性安排; (4)行為規範之建構（如制定政策或相關管理規章以利遵循）; (5)危害預防及溝通技巧之訓練; (6)事件之處理程序（如申訴受理或因應事件發生之通報、調查、處理及紀錄等程序）; (7)成效評估及改善; (8)其他有關安全衛生事項（如員工協助、心理諮商專業人員參與及內、外部資源之提供等）。(勞動部職業安全衛生署, 2015)；《職安法》中關於職場安全保護：「雇主對雇用之勞工應預防職業災害及採取必要的安全措施、應對勞工實施教育訓練、應與勞工代表訂定適合的安全守則、工作場所發生危險時勞工可退避至安全場所而雇主不得對勞工予以不當處分；以及勞工身體或精神遭受侵害可向雇主申訴，若雇主有違反之情形，勞工得向主管機關或勞動檢查機構申訴」。

勞動部職安署雖然修訂《職安法》以期能減少職場暴力，但是由於法規於2014年才施行，相關稽核、處理、罰則等細項仍未臻完備，目前政府提供之資源以宣導為主，主要分為針對勞工或事業單位兩大面向。勞工資源的方面，例如勞動部勞工抒壓健康網設

doi:10.6342/NTU201600369

有如何處理職場霸凌網頁 (http://tp2-pp005.24drs.com/web2013/contentlist_c6.aspx?ProgId=1010015)，教導勞工認識職場暴力、處理職場暴力之因應方式、讓自己不要成為職場上施暴的行為者以及建立友善職場等；行政院勞委會職訓局出版的「ejob快樂人工作人專刊No.113」(http://file.ejob.gov.tw/happy/career/No_113/113c.html)，內容內容針對職場霸凌類型、個人預防與因應方式提供建議；台北市衛生局社區心理衛生中心也針對醫療工作人員舉辦了數場的「如何因應及避免醫療職場暴力事件」系列演講(http://mental.health.gov.tw/upFiles/3ec64afc-2ffb-4e4e-aad9-300101afa6b2.doc)，目的為希望第一線醫護人員面對職場暴力當下或是危機處理後，能夠察覺自身的壓力以及導入正確的資源因應，以期減少職場暴力的負面效應，減少因職場暴力行為而造成醫護職場人力耗損的窘境。由以上可瞭解到政府職安部門對於個人遭受職場暴力時，工作者除了能夠辨別勞動職場中職場暴力等風險因素，並能夠調整自身的因應方式，減少職場暴力的負面影響，然而對於社會與職場上資源的介紹與描述，則較為缺乏。

2014年職業安全衛生署已研訂職場暴力預防指引(勞動部職業安全衛生署, 2014)，以提供事業單位對於職場暴力危害辨識、風險評估管理及暴力風險控制措施等參考之依據；政府認為企業預防職場暴力，企業組織政策面應該包括：對職場暴力採取「零容忍」原則、規劃及落實安全衛生措施、針對職場暴力制訂標準處置流程與機制、提供職場暴力教育訓練使勞工充權與鼓勵勞工參與；企業組織設計面應該包括：專責部門負責統籌規劃職場暴力之預防與處理、推動組織內全體同仁參與；在規劃/實施面應該包括：職場內危害辨識及評估、作業場所之配置、工作適性安排、行為規範之建構、危害預防及溝通技巧之訓練、事件之處理程序、成效評估及改善與其他有關安全衛生事項。

目前事業單位針對職場暴力的職業安全衛生教育訓練主題，較少有教導工作者勞工相關權益、遇到職場暴力或霸凌問題如何因應，以致於當工作者面臨職場暴力通報、申訴時，往往因為對規範不熟悉、流程不便利與保護機制不足，可能面臨更大的身心壓

doi:10.6342/NTU201600369

力。近幾年新聞媒體報導的職場暴力案例增多，引起社會關注，但是政府勞動部門對此議題的宣導或指導仍有限制，對申訴案件雖有受理，但仍不普遍；《職安法》從2014年實施迄今，對於企業職場暴力預防機制查核，大多限於紙本作業之查閱，例如有無職場暴力處理流程或企業內部之標準作業等，可能造成職場暴力的預防及處理方式未落實於工作職場中。本研究透過了解受害者其制度經驗，以經歷此制度經驗者的觀點，對目前實施之政策指出政策缺失與提供實務面之建議。

doi:10.6342/NTU201600369

第六節　國內職場暴力相關研究回顧

回顧國內有關職場暴力的文獻，以「職場暴力」、「職場霸凌」為關鍵字搜尋結果，發現台灣過去在職場暴力相關研究，僅有一項使用大型調查資料庫進行跨行職業分析的研究(邊立中 et al., 2014)外，其餘多數研究大多著重於暴力類型、盛行率調查及受害者個人因素等流行病學調查，並集中在特定職業別如護理及社工等醫療工作領域(C.-C. Chen, Chen, & Liu, 2013; W.-C. Chen, Huang, Hwang, & Chen, 2010; W. C. Chen, Hwu, Kung, Chiu, & Wang, 2008; Lu, Wang, & Liu, 2007; Luo, 1996; Pai & Lee, 2011; Shiao et al., 2010; Zeng et al., 2013; 李選 et al., 2010; 林小玲, 尹祚芊, & 黃惠美, 2012; 蔡曉婷 et al., 2011; 蔡曉婷 et al., 2014)。國內職場暴力研究之結果大致可以分為以下幾類，全國職場暴力盛行率(邊立中 et al., 2014)、護理職場暴力盛行率(W.-C. Chen et al., 2010; W. C. Chen et al., 2008; W. C. Chen, Hwu, & Wang, 2009; Lu et al., 2007; Luo, 1996; Pai & Lee, 2011; Shiao et al., 2010; 李選 et al., 2010; 林小玲 et al., 2012; 蔡曉婷 et al., 2014)、遭受職場暴力後之反應(W.-C. Chen et al., 2010; W. C. Chen et al., 2008; Lu et al., 2007; Pai & Lee, 2011; Shiao et al., 2010; 林小玲 et al., 2012; 陳柑伴 et al., 2010; 邊立中 et al., 2014)、職場暴力與離職傾向(蔡曉婷 et al., 2014)、職場暴力來源(W.-C. Chen et al., 2010; Luo, 1996; 李選 et al., 2010)、調查是否有職場暴力通報機制(李選 et al., 2010)、職場暴力的個人風險因素(W.-C. Chen et al., 2010; Luo, 1996; Pai & Lee, 2011; Shiao et al., 2010)、職場暴力的工作環境因素(W.-C. Chen et al., 2010; W. C. Chen et al., 2008; Luo, 1996; Shiao et al., 2010; 陳柑伴 et al., 2010; 蔡曉婷 et al., 2011; 邊立中 et al., 2014)、職場暴力的因應方式或策略(陳柑伴 et al., 2010; 蔡曉婷 et al., 2011)、未上呈書面報告之因素(W. C. Chen et al., 2009; Luo, 1996; 陳柑伴 et al., 2010)、遭受職場暴力後反應的保護因素(Lu et al., 2007)。以下就與本研究主題高度相關的國內文獻進行細部討論（如下表 5）：

doi:10.6342/NTU201600369

表 5：國內職場暴力相關文獻與研究回顧

序號	研究主題類別	篇名	作者(年代)	研究類型、對象、樣本數	分析層級	研究結果摘要	知識發現與限制	研究特色
1	職場暴力與健康相關生活品質	The relationship of health-related quality of life to workplace physical violence against nurses by psychiatric patients	(W.-C. Chen et al., 2010)	➢12 個月長期追蹤調查研究設計 ➢使用網路調查 ➢病患健康相關生活品質以 WHOQOL-BREF 測量 ➢暴力事件則抓取通報系統之案件 ➢收案共 860 個病患	➢探討個體層級，被暴力攻擊的職場暴力危險因子	➢12 個月內共通報有 129 件病患暴力攻擊事件 ➢病患暴力事件攻擊後 7 天內，病患 HRQoL 的心理、社會層面有較低的分數 ➢已婚、短期雇用、擔心暴力攻擊的心態等，為被暴力攻擊的危險因子 ➢精神病患的心理層面分數是預測是否產生暴力事件的重要因子	➢以通報系統抓取暴力案件，有可能因人員或外在因素而有低報之狀況，影響研究推估 有暴力行為的病患，HRQoL 測量間距不一，並有可能重複測量，會影響研究推估	➢分析產生職場暴力者（病患）的特殊性 ➢可使用 12 個月長期追蹤調查，瞭解病患（施暴者）HRQoL 之變化
2	職場暴力與健康	職場暴力盛行率與受雇者健康狀況之相關	(邊立中 et al., 2014)	➢橫斷式調查，2010 年「工作環境安全衛生調查認知調查」之男女性受僱者 ➢男性 9509 名，女性 7777 名 ➢職場暴力現況描述性統	➢個人遭受到職場暴力對健康的影響 ➢個體層級之分析	➢高職場暴力工作特質有：夜班輪班工作、長工時、高工作負荷、高體力負荷、工作缺乏保障，以及職場正義低落。 ➢曾遭受職場暴力的受僱者睡眠品質不佳、自評健康不佳、有情緒困擾問題及工作不滿意的風險顯著高於未曾遭受職場暴力的受僱者 ➢言語暴力盛行率最高 ➢「心理暴力」與受僱者健康問題之相關最強。	➢討論職場暴力對個人健康的影響。 ➢暴力行為分為肢體暴力、言語暴力、心理暴力及性騷擾四類。 ➢職場暴力的測量較為粗糙，僅分為有無。 ➢	➢使用大型資料庫，樣本具全國代表性，並有跨行職業的比較

doi:10.6342/NTU201600369

表 5：國內職場暴力相關文獻與研究回顧

序號	研究主題類別	篇名	作者(年代)	研究類型、對象、樣本數	分析層級	研究結果摘要	知識發現與限制	研究特色
				計 ➢分析各行業別職場暴力盛行率				
3	護理職場霸凌與離職傾向	護理職場霸凌與離職傾向及其相關因素探討－以南部某醫學中心為例	(蔡曉婷 et al., 2014)	➢採橫斷式、相關性研究設計 ➢負向行為量表—修正版（Negative Acts Questionnaire-Revises, NAQ-R）、離職傾向量表 ➢某醫學中心 708 位護理人員	➢個人遭受職場霸凌對離職的傾向 ➢個體層級的分析	➢85%的護理人員在過去六個月中曾遭受過不同程度的職場霸凌 ➢離職傾向與霸凌總分呈中度正相關 (r=.39, p<.05) ➢霸凌相較於其他因子，為離職傾向最重要的預測因子	➢負向行為量表—修正版（NAQ-R）測量護理職場霸凌，但是量表中文版信效度未有交代 ➢樣本僅限於一家醫學中心，研究外推性不佳 ➢測量時間為 6 個月，相較於其他研究，時間較短 ➢量表程度化為偶爾霸凌及嚴重霸凌，但是分析時不一致	➢明確指出職場霸凌與離職傾向之間的關係
4	護理職場暴力調查	某醫學中心護理工作職場暴力評估之研究	(林小玲 et al., 2012)	➢橫斷式調查 ➢台北某醫學中心護理人員 ➢共 174 位	➢個體遭受職場暴力的感受 ➢個體職場暴力的調適策略 ➢個體層級分析	➢83.9%護理人員曾遭受過職場暴力。 ➢職場暴力的類型以：「言語直接攻擊」最多 ➢職場暴力主要來源為病人/病人家屬，其次為同事 ➢遭遇職場暴力之感受：憤怒生氣、傷心難過、委屈想哭 ➢大部分護理人員會告知單位主管 ➢調適策略以與同事、家人、好友討論最多	➢暴力的分類較為粗糙，項目描述不清。 ➢問卷信效度未有清楚交代。 ➢暴力因應與反應僅用量性呈現，未納全部反應。 ➢收案樣本數太少，未有問卷回收率。	➢呈現出遭受暴力後之反應與因應方式 ➢外部職場暴力來源主要為病患/家屬 ➢內部職場暴力來源為同事居多

doi:10.6342/NTU201600369

表 5：國內職場暴力相關文獻與研究回顧

序號	研究主題類別	篇名	作者(年代)	研究類型、對象、樣本數	分析層級	研究結果摘要	知識發現與限制	研究特色
5	臨床護理人員職場暴力因素	Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan	(Pai & Lee, 2011)	➢橫斷式研究設計 ➢郵寄 700 份問卷，545 位護理人員回覆，521 份有效問卷	➢個體層級的職場暴力盛行率與危險因素	➢言語暴力盛行率最高（51.4%） ➢言語暴力的危險因子：年紀較輕、焦慮程度高 ➢霸凌與焦慮程度有正相關 ➢夜班工作遭遇性騷擾風險較高 ➢教育程度較低者，有較高肢體暴力之風險 ➢受到職場暴力有較高 PTSD 之風險 ➢心理層面暴力盛行率高於肢體暴力	➢暴力行為分為肢體暴力、精神層面暴力（言語暴力、霸凌/騷擾及性騷擾），此分類較為粗糙 ➢焦慮應該為暴力導致之果，並非是原因，此分類不合常理 ➢暴力與焦慮之測量未交代量表信效度	➢探討受害者心理層面之反應（PTSD）
6	職場暴力經驗及其相關因素	台灣護理人員職場暴力經驗及其相關因素研究	(李選 et al., 2010)	➢橫斷式研究設計 ➢台灣護理學會舉辦的研習會之學員為選樣對象，採方便取樣，發出紙本問卷 1,000 份，回收有效問卷 525 份	➢個體層級的職場暴力盛行率 ➢組織層級僅提到是否有職場暴力通報機制	➢ 56% 護理人員於職場中曾經歷「精神暴力」事件；經歷「身體暴力」事件者則有 19.6%。 ➢「語言暴力」發生的機率最高。 ➢暴力事件發生相關因子包含年齡、性別、教育、工作年資、輪班。 ➢護理人員指出主要施暴者依序是病患、其家屬（親戚）與工作同儕。 ➢198 位（37.7%）護理人員表示工作機構有建置暴力事件通報的具體機制。	➢可呈現護理人員遭遇之內部與外部暴力 ➢可討論暴力事件相關之因素 ➢暴力分為身體暴力與精神層面暴力，此分類較為粗糙 ➢樣本收集為參與研討會之對象，但是分析資料時卻將每個當作來自不同的醫院或單位，研究推論可能有高估之情況。 ➢研究工具量表信效度未有交代	➢樣本較為多樣化（受訪者來自許多不同的醫院或醫療機構） ➢若能多加質性資料，可補足量性不足之處（例如受暴之情境與頻率） ➢研究樣本來自的機構可能有重複性，過度高度推估有通報機制的機構數量。
7	護理職場暴力	Assaults against nurses of general and	(Shiao et al., 2010)	➢橫斷式研究設計 ➢842 名護理	➢個體層級，過去 6 個月職	➢過去 6 個月，有 28.1%受訪者表示經歷過肢體或言語的攻擊 ➢性騷擾或言語攻擊是有威脅感與暴力	➢著重於討論職場暴力受害者的生活品質（以 SF-36 測量），未	➢可分析職場暴力對身心健康之影響

doi:10.6342/NTU201600369

表 5：國內職場暴力相關文獻與研究回顧

序號	研究主題類別	篇名	作者(年代)	研究類型、對象、樣本數	分析層級	研究結果摘要	知識發現與限制	研究特色
		psychiatric hospitals in Taiwan		人員樣本，375 位綜合醫院，467 為來自精神科醫院	場暴力盛行率與對身心健康的影響	攻擊的危險因子 ➢感受到暴力攻擊危險的護理人員，有較低的一般健康、心理健康與活力感受 ➢感受到暴力攻擊危險的護理人員，工作心理負荷較高、低工作控制與得到較低的工作場所支持 ➢曾經遭受過暴力攻擊、精神科醫院工作者相較於一般醫院，感受到潛在攻擊威脅感較高	探討制度設計造成工作者職場暴力之成因及心理問題。 ➢研究樣本仍距焦於醫療院所護理人員。 ➢暴力分別為性暴力與非性暴力，分類較為粗糙	➢可探討不同工作醫院特性（環境特性）職場暴力之影響
8	職場暴力後心理健康	醫院護理人員遭受職場暴力後情緒反應及調適處理	(陳柑伴 et al., 2010)	➢橫斷式研究設計 ➢南部某醫院直接照護病人之護理人員 880 位為對象 ➢結構式問卷匿名方式收集資料，有效回收率為 89.8%。	➢不同工作部門（環境），造成遭受職場暴力後，情緒反應有所差異	➢遭受職場暴力後生氣是最常見情緒反應。 ➢未婚之護理人員遭受職場暴力後較已婚者情緒反應得分顯著較高 ➢外科及內科病房的護理人員遭受暴力後較服務於急診者情緒反應得分顯著較高。 ➢護理人員遭受源自病人（含親友）暴力其情緒反應得分顯著低於源自醫護同仁及低於源自病人及醫護同仁兩者皆有者。 ➢ 645 位護理人員認為遭受職場暴力後， 85.7%調適方法為找同事訴苦、其次 47.7%為向家人訴苦 ➢遭受暴力之護理人員僅 8.1% 有上呈書面報告。	➢研究對象與場域較為侷限，影響研究的外推性。 ➢對於無建立書面報告之原因，可增加一些質性訪談，可讓研究呈現此層面較為完整之觀點。	➢區分職場暴力為內部與外部兩種暴力來源，並做比較

doi:10.6342/NTU201600369

表 5：國內職場暴力相關文獻與研究回顧

序號	研究主題類別	篇名	作者(年代)	研究類型、對象、樣本數	分析層級	研究結果摘要	知識發現與限制	研究特色
9	精神科醫院的職場暴力	Hospital staff responses to workplace violence in a psychiatric hospital in Taiwan	(W. C. Chen et al., 2009)	➢橫斷式研究設計 ➢精神科醫院工作的護理人員、護理助理及病房醫師共 222 人	➢個體層級的分析，職場暴力盛行率 ➢個體提出書面報告的原因	➢一年之中，78 人遭受過肢體暴力、11 人遭受過言語暴力、35 人遭受過騷擾行為、21 人遭受過性騷擾。 ➢僅有 31%遭受過肢體暴力者與低於 10%遭受其他種類暴力者有正式書面報告 ➢性騷擾是最多呈上書面報告，許多未上呈報告的工作人員認為此狀況並不嚴重到需要呈上報告	➢本研究著重於病患對工作人員的暴力事件，是否呈上報告 ➢資料分析以量性為主，許多未呈上報告的原因缺乏質性訪談的佐證，如能增加質性訪談，可增加研究的豐富性。	➢可瞭解為何受職場暴力者，未有呈上報告的原因。 ➢研究建議，職場暴力應該有通報機制，並非以受暴者主觀判定是否需呈上報告
10	精神科醫院職場暴力危險因子	Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan	(W. C. Chen et al., 2008)	➢橫斷式研究設計 ➢調查精神科病房醫師與護理人員共 231 人，問卷回收 222 人	➢探討職場暴力盛行率及對心理健康的影響 ➢病患為職場暴力主要來源，分析以個體為單位	➢職場暴力分為肢體暴力、言語暴力、霸凌/騷擾與性騷擾，以言語暴力 50.9%盛行率最高 ➢有肢體暴力經驗的護理人員，焦慮程度較高 ➢遭受到職場暴力的工作者有較高比率的 PTSD ➢病患為最多各種暴力行為的攻擊者	➢探討精神科病患所產生的職場暴力事件，以及各種職場暴力後情緒層面的影響 ➢病患的風險因素並未明確描述 ➢內部職場暴力與外部職場暴力，未明確區分	➢瞭解精神科工作人員最常遭受到職場暴力的種類，並且此職場暴力大多為外部（病患）因素所導致
11	遭受職場暴力後之反應	Psychiatric nurses' reactions to assault upon them by inpatients: a survey in Taiwan	(Lu et al., 2007)	➢橫斷式研究設計 ➢2 間精神科醫院共 106 位護理人員	➢個人遭受到職場暴力的反應，未討論組織層級與因素	➢84%的受訪者表示遭受過精神科病患的暴力行為 ➢肢體常見反應：被攻擊的地方有酸痛感 ➢情緒上常見反應：憤怒 ➢社交層面常見反應：害怕攻擊的病患 ➢年紀愈大、社會支持越高者，其遭受暴力攻擊後的反應較為減輕	➢對於暴力行為的測量較為粗糙，缺乏更具體的描述，例如：種類、頻率、暴力攻擊嚴重度；不同的嚴重度有可能會影響受害者有不同的反應與因應，此在這研究中未有解答。	➢探討職場暴力受害者反應與緩解被攻擊後的相關因素

doi:10.6342/NTU201600369

表 5：國內職場暴力相關文獻與研究回顧

序號	研究主題類別	篇名	作者(年代)	研究類型、對象、樣本數	分析層級	研究結果摘要	知識發現與限制	研究特色
12	女性職場暴力之經驗	Sexual harassment in the Chinese workplace. Attitudes toward and experiences of sexual harassment among workers in Taiwan	(Luo, 1996)	➢橫斷式研究設計，採問卷調查的方法 ➢研究在台北工做的男性和女性，其性騷擾的經驗 ➢男性 493 位，女性 415 位	➢討論個體層級的性騷擾經驗與騷擾對象來源為何	➢25%的工作者經歷過職場性騷擾；女性為 36%，男性為 13% ➢最常遭受到的性騷擾類型是黃色笑話/言語，其次是不必要的肢體接觸，和不必要的要求約會。 ➢主要性騷擾的對象為同事與異性 ➢大部分遭受性騷擾的個案將原因歸納為對此行為的不敏感 ➢最常見的性騷擾因素為：1.被害者的原因，2.以生物之間的相處模式，3.權力/操作因素，來解釋性騷擾發生的原因	➢以職場性騷擾為主題進行探討，測量工具未能反應現實之職場環境、工作氣氛造成的影響，為本研究可補強之處。 ➢男性與女性職場工作與角色不同，未分開做統計與討論，之後研究可補強性別差異的討論。	➢將性騷擾歸因成幾種可成產生的因素並做探討，距焦在性騷擾，並做深入探討
13	職場霸凌之因應	護理職場霸凌的因應方式	(蔡曉婷 et al., 2011)	➢文獻探討、分析護理職場霸凌發生原因、結果與建議	➢個體層級的職場霸凌因素、種類與因應策略	➢指出護理職場霸凌發生原因： ➢霸凌者本身心理因素 ➢從環境學習而來 ➢職場內部非正式團體的產生 ➢女性、教育程度相對偏低、資淺、年輕、需輪班者較容易被霸凌 ➢護理職場霸凌的種類： ➢言語霸凌、關係霸凌、肢體霸凌、性霸凌、反擊性霸凌、網路霸凌 ➢霸凌的因應策略： ➢抑制霸凌前置因素的發生 ➢端正護理職場霸凌的行為 ➢改善護理職場霸凌導致的後果	➢未對職場暴力與霸凌做完整之區分，論述不夠詳細 ➢未對國內政策或國外之措施作詳細的比較與分析	➢職場霸凌的原因與結果，並提出因應策略之建議 ➢提出霸凌的護理人員之型態特質

doi:10.6342/NTU201600369

綜觀過去職場暴力研究可以發現，對於職場暴力的問題，大多數研究多為片段式單一問題探討，許多研究著重於職場暴力之盛行率、工作場所對職場暴力盛行率之影響、職場暴力負面影響等研究主題為主，分析層面多以個體層級為主，質性研究也少有以職場暴力受害者的觀點，深入探討職場暴力產生前後勞雇關係、勞工與服務對象之關係、職場暴力的申訴流程、單位組織內部的社會安全氛圍、受害者經歷職場暴力後的身心影響、申訴歷程與現行政策制度等層面；同時，過往職場暴力量性研究亦缺乏探討組織氛圍對於職場暴力與身心健康的影響。

回顧各節文獻發現，現行職場暴力包括多重制度法令交疊以及缺乏組織氛圍對職場暴力與身心健康影響的實證資料，可能使得職場暴力受害者尋求協助的過程中常常飽受挫折與身心壓力，因此本研究奠基過去研究者的成果補充現有文獻之不足，分別從量性與質性資料剖析護理人員，經歷職場暴力後面臨的制度過程與組織氣候氛圍對工作者的影響。質性訪談以職場暴力被害者的觀點檢視職場暴力預防的政策制度設計與相關流程，是否能夠幫助並保護受害者、瞭解職場暴力對受訪者身心健康的影響，以及對組織內心理社會安全氛圍的感受為何；同時國內缺乏良好的工具以測量組織的心理社會氣候氛圍，建構中文版心理社會安全氛圍量表之信效度有助於未來相關研究與概念的發展；最後，以護理人員為研究對象，探討醫療場域中心理社會安全氛圍是否會影響職場暴力、自評健康及心理健康之間的關係，有助於政府擬定職場暴力相關預防政策之實證依據。

doi:10.6342/NTU201600369

第二章　研究方法

第一節　分析架構

本研究架構修訂自 Dollard 等學者提出之架構(M. Dollard et al., 2012)。分析個體職場暴力對自評健康與心理健康影響時，分析架構如圖 2，架構中顯示職場暴力會影響自評健康與心理健康，而控制變項包括教育程度、臨床年資、夜班及輪班、職場心理社會特質（工作負荷、工作控制及職場正義）與個人感受到的職場心理社會安全氛圍等。多階層分析方面如圖 3，架構中顯示心理社會安全氛圍會影響工作者的身心健康。心理社會安全氛圍會影響職場暴力的產生，以及影響自評健康與心理健康。整體而言，職場的社會心理安全氛圍等因素會影響整個組織，進而造成工作者產生職場暴力，職場暴力的行為會受到組織與個人的特質而對職場暴力產生不同的身心健康影響。

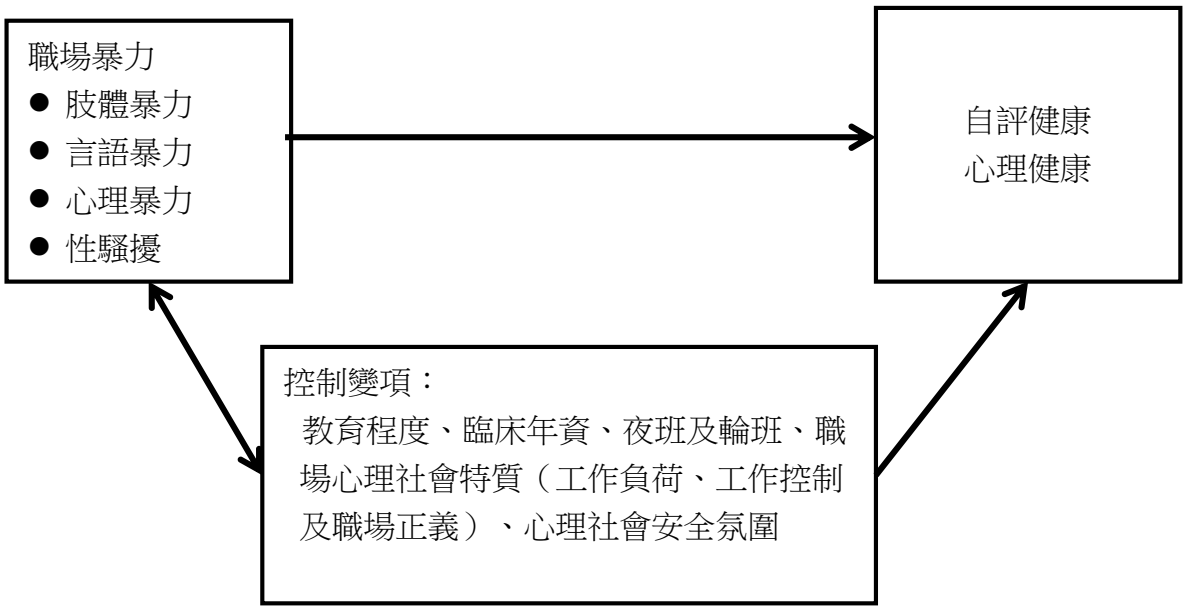

圖 2：邏輯斯迴歸分析架構

doi:10.6342/NTU201600369

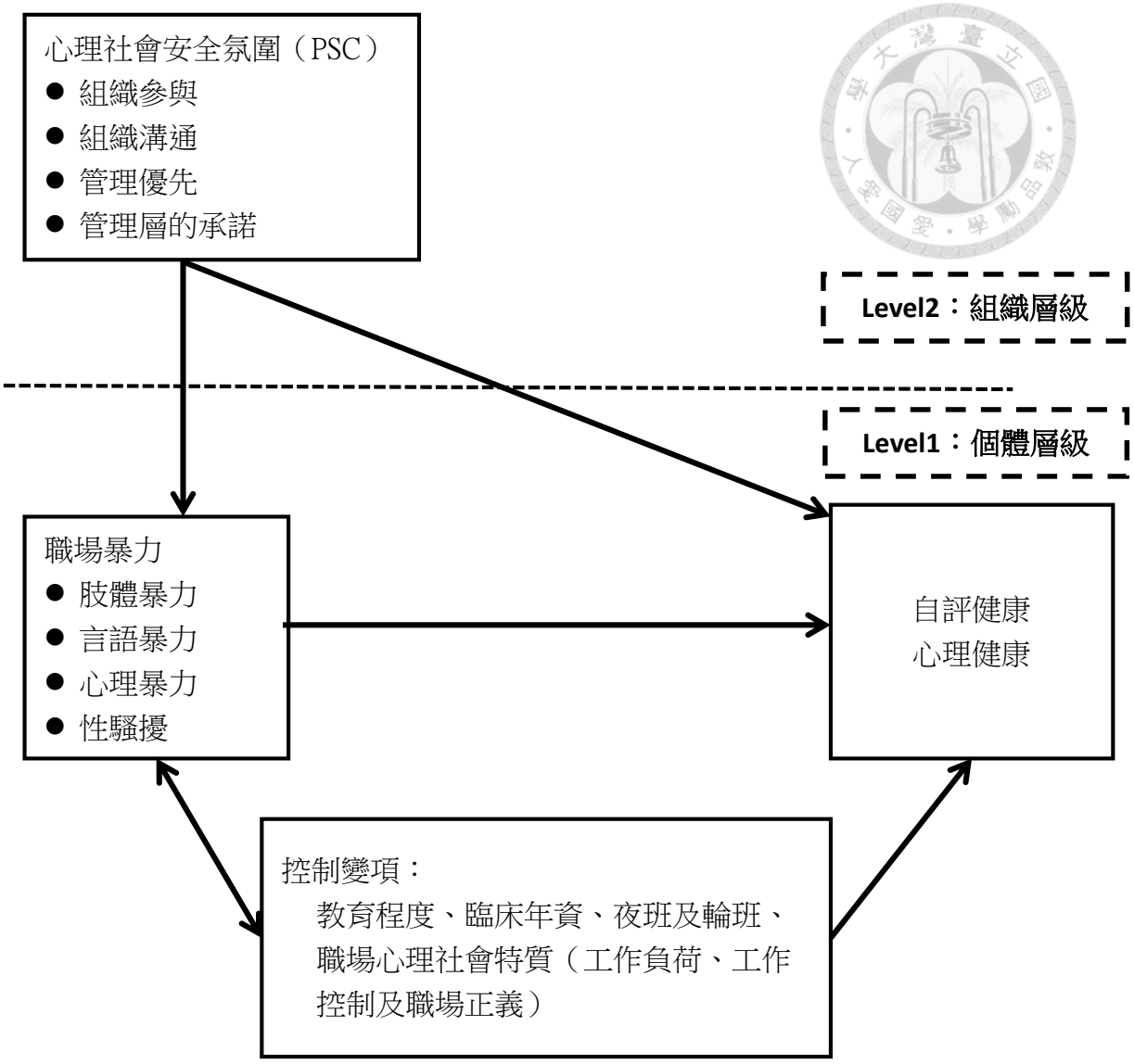

圖 3：多階層分析架構

doi:10.6342/NTU201600369

第二節　研究設計

本研究因應不同的研究目的，採用混合研究（mixed-methods research）的研究方式。混合研究是指在一個單一研究或多個研究中，同時或依序採用質性和量性的方法，以形成研究問題、蒐集資料、分析資料或詮釋結果，此研究方法目的為互相彌補質性與量性研究法之間的不足，量性研究透過嚴謹的假設、適當的取樣進行相關性或因果關係的探討，質性研究則對研究對象做更進一步的質化探究，兩者之間方法與目的雖有不同，透過彼此不同面向的交疊、理解，進而豐富、精緻對現象探究的結果(Creswell, Fetters, & Ivankova, 2004; 宋曜廷 & 潘佩妤, 2010)。混合研究法設計的原則包括：1.研究設計可以隨研究進程需要臨時改變，2.根據不同研究目的與問題選擇適當的混合搭配方法，3.指出需要同時使用量性與質性兩者混合研究方法的原因(Creswell & Clark, 2007)。

學者 Teddlie 與 Tashakkori 依照研究執行的順序將混合研究設計分為：1.平行混合設計（parallel mixed designs）：質和量的部分在同一時間點執行，或是執行的時間有所重疊，以回答同一研究問題不同的面向；2.序列混合設計（sequential mixed designs）：不同研究方法在執行上時間具有順序性，上一個研究方法的結果會影響到下一個研究方法要探討的問題或如何進行(Teddlie & Tashakkori, 2009)。而學者 Creswell 與 Clark 更將續列研究設計質性與量性資料收集先後進行方式的不同，分為解釋式研究設計(先量性後質性)與探索式設計(先質性後量性)，量表之發展多使用探索式研究設計(Creswell & Clark, 2007; 宋曜廷 & 潘佩妤, 2010)

因此，本研究採用混合研究方法中的序列混合設計，先進行質性訪談，再進行中文版量表之建構，最後再進行量性調查。詳細進行方式包括：(1)質性深度訪談：採用半結構式問卷，以最近一年經歷過職場暴力之臨床護理人員為訪談對象，共訪談 17 人並且訪談內容達飽和，瞭解其遭受職場暴力其職場暴力發生前後勞雇/服務對象/人際關係、處理

doi:10.6342/NTU201600369

申訴等制度經驗以及對組織的心理社會安全氛圍題目之感受，組織的心理社會安全氛圍以中文版心理社會安全氛圍量表測量。訪談目的是為了探究醫療產業工作者在發生職場暴力後的經驗、對組織內心理社會安全氛圍的感受及身心健康影響的問題，此訪談內容並非著重受訪者語意或語言表達之呈現，因此本研究訪談內容以重點摘要的方式而非逐字稿來記錄；(2)心理社會安全氛圍量表之中文版量表（PSC-12C）信效度之建構：首先進行雙向翻譯以確保翻譯的語意及品質，為確保受試者對於問卷題意能清楚理解，並確保回答選項的適切性，於前驅研究（pilot study）中選取 20 位醫護人員進行訪談，瞭解其對題目的認知與反應，之後以 408 位醫護人員發放問卷調查，計算其內在一致信度（Cronbach's α）與建構效度（construct validity）；(3)量性調查：運用已驗證信效度之 PSC-12C 量表，調查職場安全氛圍對受僱者職場暴力與身心健康的影響；透過私人網絡以及和台北市、新北市及高雄市勞檢處合作進行問卷發放，以方便取樣方式選取 75 家醫院，每間醫院至少選取 20 名醫護人員，共發放 1928 份問卷（1853 份護理人員，75 份職安人員），回收 1830 份（1755 份護理人員，職安人員 75 份）。

一、 質性訪談

（一） 研究對象及過程

質性訪談選取從2014年迄今有經歷過職場暴力並經過申訴處理之護理人員共17位，採方便取樣，藉由半結構問卷，進行面對面訪談。招募方式為透過人際網絡與社群網站（FaceBook、PTT）；本研究由遭受過職場暴力並有過申訴處理者填寫網路聯絡方式後，由研究者聯絡有意願之受訪者，說明訪談的緣由、目的與方式，最後致電邀訪並約定訪談時間與地點，每次訪談約90-180分鐘左右。訪談後研究者告知受訪者訪者，若有資訊上之不明確則再進行第二次訪談，以釐清先前資料之不足。

doi:10.6342/NTU201600369

使用半結構式問卷，由研究者進行面對面訪談，首先由研究者向受訪者介紹身份，接著詳細說明研究目的、研究過程、研究參與者的權利，並說明本研究將確保個人資料保密，說明完畢請受訪者簽署「國立台灣大學醫學院附設醫院研究受訪者說明及同意書」。接著詢問受訪者是否同意錄音，若不願意則完全尊重，改採手寫紀錄訪談摘要，訪談結束後給予300元之訪談費。受訪者納入條件包括如下：在醫院服務，年齡介於18歲到65歲，曾在2014年迄今因執行工作業務或在工作場所中發生職場暴力之護理人員，職場暴力類型可包括肢體暴力（如毆打、踢、推、捏、拉扯等)、言語暴力(如辱罵、言語騷擾、冷嘲熱諷等)、心理暴力(如威脅、恐嚇、歧視、排擠、霸凌、騷擾等)以及性騷擾；排除條件則為無遭受過職場暴力經驗、有遭受職場暴力經驗無申訴處理或有職場暴力申訴處理經驗但不願意接受訪談之醫護人員。選取2014年迄今曾有職場暴力經驗的工作者，主要原因為2013年修訂通過《職業安全衛生法》其醫療院所制度設計可能會有所改變，故希望透過訪談檢視政策機制能瞭解現行制度是否能有效幫助工作者。

（二） 訪談大綱

本研究質性深入訪談所擬定之訪談大綱，目的為瞭解醫療場域之護理人員其遭受職場暴力之感受，以及其職場暴力發生前後勞雇/服務對象/人際關係、處理申訴等制度經驗，感受到組織的社會心理安全氛圍為何，訪談大綱內容摘要如下頁表 6 說明。

doi:10.6342/NTU201600369

表 6：訪談大綱架構脈絡

架構項目	訪談大綱內容摘要
組織因素	詢問對於職場暴力申訴資訊、管道之建置是否清楚、對於職安法是否知悉。
個人因素	訪談個案基本資料，包括教育程度、行業別、職稱、個人工作職場特質
勞動環境（雇主、勞工、服務對象）	工作史與職場暴力發生過程 內部暴力/外部暴力 職場暴力的頻率/嚴重程度 職場暴力發生前後的勞雇/服務對象/人際關係與工作狀況的改變
職業暴力通報流程	職場內部職場暴力的申訴、處理之經驗
身心健康影響	目前身心健康狀況

質性訪談以半結構式問卷進行面對面訪談，以訪談過程之重點摘要文稿為基礎材料，輔以訪談錄音檔，將訪談內容記錄及分類，再依據研究問題為主軸進行資料分析，最後以重點歸納方式進行論述。內容著重於兩大部分，其一為瞭解醫療場域之職場暴力受害者其遭受職場暴力之感受，以及職場暴力發生前後勞雇/服務對象/人際關係、處理申訴等制度經驗；其二為瞭解受訪者感受到組織的社會心理安全氛圍為何與職場暴力對身心健康的影響。說明如下：

1. 受訪者在發生職場暴力之後處理申訴的制度經驗

(1) 您曾經做過什麼樣的工作？做多久？以前您有遭遇過職場暴力嗎？

(2) 發生職場暴力的時候，您是做什麼工作？負責什麼工作內容？

(3) 職場暴力是怎麼發生的（時間、地點與發生經過）？

(4) 發生職場暴力事件，主要暴力的來源是誰（病患/家屬、同事或長官）？

(5) 發生職場暴力事件，您覺得主要的原因是什麼（因果歸因）？您覺得誰要應該負主要的責任（責任歸屬）？

doi:10.6342/NTU201600369

(6) 這樣的事，在您的服務的機關是不是也發生過？您覺得應該怎麼預防（對預防的看法）？

(7) 職場暴力發生之後的勞雇/服務對象/人際關係與工作狀況

I. 職場暴力之後，主管對這件事的反應如何？有沒有主動提供協助？勞雇關係有沒有改變？

II. 職場暴力之後，同事對這件事的看法如何？有沒有主動提供協助？

III. 職場暴力之後，有影響你跟病患/家屬/同事接觸的時間或方式嗎？是否會換人接觸病患/家屬/同事？

IV. 職場暴力後，有回去工作嗎？決定回去工作或不回去工作的原因是什麼？多久回去工作？是回到原來單位，還是轉作別的單位工作？回去工作之後的狀況如何？

V. 您個人對於遭受到職場暴力的申訴處理的經驗感受如何？

VI. 職業安全衛生法規定預防職場暴力是雇主的責任，請問您知道嗎？醫院勞安/職安部門對協助您處理職場暴力行為，有幫助嗎？

2. 心理社會安全氛圍（以PSC-12C測量）

(1) 在我的工作場所，高階管理者對於影響員工社會心理健康的議題，會迅速處理並加以改正

(2) 當員工的心理狀態可能出現問題時，高階管理人員會做果斷的處理

(3) 高階管理人員會透過參與和承諾，表達他們對於壓力預防工作的支持

(4) 在我的職場，員工心理健康是組織的優先考量

(5) 高階管理人員清楚地認為，員工的心理健康非常重要

(6) 高階管理人員認為，員工的心理健康與生產績效同樣重要

(7) 在我的工作場所中，對於會影響我心理安全的議題，有良好的溝通管道

(8) 我的主管會提供我有關職場心理健康的相關訊息

doi:10.6342/NTU201600369

(9) 我在組織內提出解決職業健康與安全的意見會被被採納

(10) 在我的職場中，員工、工會和健康暨安全代表都有參與心理健康與安全事務並提供意見

(11) 員工參與心理安全與健康事務的行為是被鼓勵的

(12) 在我的職場中，壓力預防措施適用於各級員工

3. 工作者的身心健康：職場暴力後的心情感受如何？有沒有下列的問題？ (1-5題引用自BSRS-5)

(1) 睡眠困難，例如難以入睡、易醒或早醒？

(2) 感覺緊張不安？

(3) 覺得容易苦惱或生氣？

(4) 感覺鬱悶、心情低落？

(5) 覺得比不上別人。

(6) 您自覺目前健康狀況如何？（分為：很好、好、普通、不好、很不好）

4. 您目前自己覺得所經歷過職場暴力處理流程，主要遇到的困難在哪裡？對目前申訴處理的流程或政策制度，有沒有什麼建議？

（三） 質性資料分析方法

本研究的質性訪談資料分析採取模板式(Template Analysis Style)分析，模版式分析為依照研究者預建的分類系統，然後半開放性地對文字資料進行歸類，有需要時再調整原分類系統，之後以詮釋方式說明文字資料中的關聯性，再回到文字資料中去驗證，最後提出報告(張芬芬, 2010)。本研究首先依據個案傷病類型及訪談日期給予分類編碼後，再依據研究初始所擬定之訪談大綱所包含的項目分類整理；並由受訪者的回答中找出不同

doi:10.6342/NTU201600369

的概念，分為不同的次主題，若其他受訪者提及相同概念，即列入同一個分析主軸所屬的項目，將受訪者的回答做詳細的歸納分析。

二、 中文版心理社會安全氛圍量表信效度之建構

本研究申請通過台大醫院人體試驗委員會同意執行，案號201508080RIND。中文版心理社會安全氛圍量表（PSC-12C）以任職於醫院之全職護理人員408人為研究對象進行問卷信效度之調查。本研究對於原始量表之題目首先進行雙向翻譯，參照文獻提出之翻譯流程，並做內容效度之測試，以確保翻譯的語意及品質(吳淑芳, 2006)。在進行量性問卷信效度調查前，前驅研究（pilot study）時研究者首先對護理人員進行題目語意的訪談，瞭解其對題目的認知與反應以確保受試者對於問卷題意能清楚理解，並確保回答選項的適切性。基於方便性，研究者選取任職於台北市、台中市醫院的全職醫療人員共20人，作為訪談對象，根據訪談對象所提供的意見及想法，研究者對於題意或答案選項不明確處進行修正。量表信效度之研究中，以方便取樣選取408位護理人員進行信效度之檢驗，所測得結果以SAS9.4及AMOS統計軟體進行分析，以下為信效度之描述：

（一） 信度（內在一致信度）：以 SPSS 22.0 作為分析工具，測量 PSC-12C 量表及各次量表之內在一致性 Cronbach's α。一般 Cronbach's α 係數的可接受範圍在 0.70-0.90 之間，也有學者建議 0.30-0.70 也尚可接受(盧成皆 & 林京芬, 1998)。

（二） 題目語意：本研究取得原作者同意後，採用來回翻譯法（forward and backward translation），由一位精通中文及英文之翻譯者著手將量表翻譯為中文，再由另一位精通中文、英文之語言學家將此中文版量表譯為英文，比對此版本與原量表之間的差異，量表翻譯結果如表 7（56 頁）。確認兩版本之語意相當性後，再詢問 20 位臨床護理人員對此翻譯題目之語意及詢問內容是否清楚，並做相關修

doi:10.6342/NTU201600369

改。

（三） 效度（建構效度）：本研究先以 AMOS 20.0 統計軟體使用驗證性因素分析（Confirmatory factor analysis，CFA），根據原量表理論與文獻基礎來驗證是否能代表一個變數（潛在變數），確認中文版之量表是否符合原量表的因素結構；若 CFA 模型適配度不佳，表示中文版不符合原始英文版量表之構念。之後則使用 SPSS22.0 統計軟體進行探索性因素分析法（Exploratory factor analysis，EFA）進行中文版心理社會安全氛圍量表（PSC）建構效度之檢定，分別將整體量表 12 題的題項檢定，瞭解各題項之因素負荷量（Factor loading）及該次量表之屬性分析，首先以 KMO（Kaiser-Meyer-Olikin Value）及芭萊特球型檢定（Bartlett's test of sphericity）分別來了解因素抽取的適當性，本研究採用主成分分析法（Principal Component Analysis）來做為因素的萃取，以最大轉軸方式（Varimax）做為因素的萃取並輔以特徵值（Eigenvalue）大於 1 的數值，建立中文版量表之理論構面，並探討中文版量表之構面題目與原始量表構念題目之差異。最後，將探索性因素分析所得之新的因素構面，再使用 CFA 驗證其因素結構與資料是否能符合 EFA 所得之構面，以確定中文版心理社會安全氛圍量表各個次量表之結構面。

doi:10.6342/NTU201600369

表 7：心理社會安全氛圍（Psychosocial Safety Climate, PSC-12C）量表（12 題版本）

題號	題目原文	中文翻譯
1	In my workplace senior management acts quickly to correct problems/issues that affect employees' psychological health	在我的工作場所，高階管理者對於影響員工社會心理健康的議題，會迅速處理並加以改正
2	Senior management acts decisively when a concern of an employee's' psychological status is raised	當員工的心理狀態可能出現問題時，高階管理人員會做果斷的處理
3	Senior management show support for stress prevention through involvement and commitment	高階管理人員會透過參與和承諾，表達他們對於壓力預防工作的支持
4	Psychological well-being of staff is a priority for this organization	在我的職場，員工心理健康是組織的優先考量
5	Senior management clearly considers the psychological health of employees to be of great importance	高階管理人員清楚地認為，員工的心理健康非常重要
6	Senior management considers employee psychological health to be as important as productivity	高階管理人員認為，員工的心理健康與生產績效同樣重要
7	There is good communication here about psychological safety issues which affect me	在我的工作場所中，對於會影響我心理安全的議題，有良好的溝通管道
8	Information about workplace psychological well-being is always brought to my attention by my manager/supervisor	我的主管會提供我有關職場心理健康的相關訊息
9	My contributions to resolving occupational health and safety concerns in the organization are listened to	我在組織內提出解決職業健康與安全的意見會被被採納
10	Participation and consultation in psychological health and safety occurs with employees', unions and health and safety representatives in my workplace	在我的職場中，員工、工會和健康暨安全代表都有參與心理健康與安全事務並提供意見
11	Employees are encouraged to become involved in psychological safety and health matters	員工參與心理安全與健康事務的行為是被鼓勵的
12	In my organization, the prevention of stress involves all levels of the organization	在我的職場中，壓力預防措施適用於各級員工

- 題目向度：1-3 題 Management Commitment，4-6 Management Priority ，7-9 Organization Communication ，10-12 Organization Participation
- 計分方式：1 分完全不同意、2 分不同意、3 分沒意見、4 分同意、5 分完全同意，總分加總計算其職場心理社會安全氛圍之分數

doi:10.6342/NTU201600369

三、　量性分析（心理社會安全氛圍對職場暴力與工作者身心健康的影響）

（一）　研究架構：

依據研究目的及文獻回顧的結果發現，容易產生職場暴力不良職場特質為：夜班輪班工作、較長工時、高工作負荷、高體力負荷、工作缺乏保障等因素。少有研究檢視職場暴力與身心健康之間的關係是否受到職場中心理社會安全氛圍的影響，故本研究欲探討職場暴力對工作者身心健康的影響，是否會受到組織心理社會安全氛圍的不同而有差異；研究透過私人網絡以及和台北市、新北市及高雄市勞檢處合作進行問卷發放，以方便取樣方式選取75家醫院，每間醫院至少選取20名醫護人員。

由於研究調查組織與個人屬於巢狀結構的資料型態，故使用HLM的統計方式。研究中利用已經建構信效度之心理社會安氛圍量表作為測量組織層級（Group Level）的工具，以醫院工作之護理人員為收案對象發放問卷，瞭解該醫療工作場域的護理人員對該組織心理社會安全氛圍之現況之感受，並計算該組織內職場心理健康安全氛圍的感受當作組織層級（Group Level）之變項；文獻指出當以調查樣本之感受整合為團體氛圍的構念前，需先瞭解其內部成員對於氛圍感受的一致信度（within-group interrater reliability），並計算Rwg作為團體內在一致信度的指標(James, Demaree, & Wolf, 1993)。Zohar指出某一特定全體的個人對某一組織特性看法的相似性其共識(agreement)程度可使用Rwg做計算，實務上認為$Rwg_{(j)}$> 0.70表示可以接受個別的分數整合成群體分數，故當整合（aggregate）該單位整體對於其工作場所之心理社會安全氛圍前，會先進行Rwg的計算，當Rwg(j)> 0.70後再整合其平均分數作為Group Level的分數(James, Demaree, & Wolf, 1984; James et al., 1993; D. Zohar, 2000)。

個人層級（Individual Level）收集的資料則包括了，職場暴力經驗（包括：是否遭

doi:10.6342/NTU201600369

受職場暴力、職場暴力來源、職場暴力發生頻率、職場暴力嚴重程度）、個人身心健康狀況、是否有慢性病、年齡、職等、教育程度、年資、夜班輪班、每日工時與工作心理社會特質（包括：工作控制、工作心理負荷、工作體力負荷、職場正義）等。本研究使用中文版工作特質量表(Chinese version of Karasek's Job Content Questionnaire，C-JCQ)測量工作心理社會特質，其中包括：工作控制(九題)、工作心理負荷(七題)、工作體力負荷（一題）、職場正義(九題)，測量說明如下，所有題目均為1-4分計分，1分表示很不同意，4分表示很同意，可參照文獻(Y. Cheng, Huang, Li, & Hsu, 2011; Y. Cheng, Luh, & Guo, 2003)。職場暴力經驗之題目參考台灣、紐西蘭與歐盟相關職場暴力研究調查(Bentley, Forsyth, Tappin, & Catley, 2011; Parent-Thirion et al., 2012; 林小玲 et al., 2012; 林洺秀 & 郭智宇, 2013; 邊立中 et al., 2014)，本研究職場暴力測量的部分，詢問受訪者在最近12個月，本身是否曾經在工作時遭遇到下列狀況：肢體暴力（如毆打、踢、推、捏、拉扯等)、言語暴力(如辱罵、言語騷擾、冷嘲熱諷等)、心理暴力(如威脅、恐嚇、歧視、排擠、霸凌、騷擾等)以及性騷擾(如不當的性暗示與行為)；其目的為呈現出過去12個月受訪者實際經歷過之狀況；言語暴力、性騷擾與心理暴力相較於肢體暴力有可能受到主觀認知的影響，但是問題之形式與內容仍能呈現出工作者實際上職場暴力的經歷(Vie et al., 2011; 邊立中 et al., 2014)；研究分析架構如圖2。

（二） 研究問題與假說：

1. 研究問題：組織的心理社會安全氛圍，對職場暴力與身心健康的影響為何？
2. 研究假說：職場暴力對於心理健康與自評健康的影響程度，會受到組織的心理社會安全氛圍的不同所調節。

（三） 研究樣本與收案對象

根據Scherbaum與Ferreter提出研究組織與個人使用HLM統計方式時，中度的

doi:10.6342/NTU201600369

effect size (效應值)其樣本數的需求，組織（Level2）樣本數為40個時，組織內個人（Level1）至少需要10個個案數，統計之檢力（Power）可以達.80(Scherbaum & Ferreter, 2009)；本研究問卷發放除了透過個人人際管道以外，更透過台北市、新北市及高雄市勞檢處協助發放問卷；本研究問卷總共發放75家醫院1928份問卷（1853份護理人員，75份職安人員），回收1830份（1755份護理人員，職安人員75份）。此外，本研究為避免填答之護理人員同質性過高，無法呈現醫院整體的組織心理社會安全氛圍，故以相同的問卷題目，增加醫院職安部門人員之填答者，目的是希望能以職安部門管理者的觀點呈現感受到組織的心理社會安全氛圍為何。

納入條件：

（護理人員）於醫院中任職，全職護理人員，願意參加問卷調查者。

（職安部門人員）於醫院中職安部門任職願意參加問卷調查者。

排除條件：

（護理人員）工作非全職之護理人員，不願意參與問卷調查者。

（職安部門人員）於醫院中職安部門任職，不願意參加問卷調查者。

為防止受訪者對於某些問題，例如職場暴力的來源等較為敏感的問題不願意填答或是填答時不方便確實填寫，故採用匿名回收的方式，問卷調查時會交與受訪者一個信封，待填答完畢時將問卷至於信封中密封，最後由研究者拆封並且輸入統計軟體填答內容。

（四） 研究變項操作型定義：

1. 依變項：本研究為了之後能夠與勞動部勞動與職業安全衛生研究所於2013

doi:10.6342/NTU201600369

年所做的工作環境安全衛生狀況認知調查結果相比較，所以在心理健康與生理健康之測量則參考此研究調查對於心理健康與心理健康層面之測量(林洺秀 & 郭智宇, 2013)。

(1) 心理健康：本研究調查問卷中的心理健康使用簡式症狀表題組(Brief Symptom Rating Scale,BSRS-5)來做測量，該量表共包含5個題目，分別測量個人主觀心理困擾，包括「失眠」、「焦慮」、「憤怒」、「憂鬱」與「自卑」與等常見之心理困擾嚴重度，量表題目則分別為「我遇到睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒」、「我會感覺到緊張不安」、「我會感覺容易苦惱或動怒」、「我會感覺憂鬱、心情低落」、「我會覺得比不上別人」；計分為5點量尺，每個題目之評分為0-4分，0：「完全沒有」、1：「輕微」、2：「中等程度」、3：「厲害」、4：「非常厲害」，總分為0-20分。使用時其區辨精神疾患之最佳切割點為6分，將總分(症狀或心理困擾之嚴重度)分為下列幾個等級：＜6分：一般正常範圍； 6-9分：輕度； 10-14分：中度； 15分以上：重度。

BSRS-5量表為李明濱教授等人根據Derogatis所編著之精神疾病篩檢工具Derogatis SymptomCheck List-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973)，雖然題目簡單但通過信效度檢驗（Cronbach's α 0.77-0.9）(Lee et al., 2003)，BSRS-5其量尺、計分方式與信效度表現可詳見其他文獻(H. C. Chen, Wu, Lee, Liao, & Lee, 2005; 顏如佑 et al., 2005)。BSRS-5的好處為簡單容易操作，被認為適合作為社區精神疾患的初步篩檢工具，並為目前醫院臨床上廣為使用的量表，若分數過高則建議會診精神科醫師與社工的介入。分析時，將分數<6分分類為心理健康佳，分數≧6分則分類為心理健康不佳。

doi:10.6342/NTU201600369

(2) 自評健康：問卷中詢問受訪者其自評健康，題項為：「一般來說，您認為您目前的健康狀況是」，回答選項分成「很好」、「好」、「普通」、「不好」、「很不好」，分析時將選項「很好」、「好」、「普通」合併為「自評健康好」，反之將「不好」、「很不好」合併為「自評健康不好」。

2. 自變項：

(1) Compositional variables (Individual Level)個體層級之變項

I. 職場暴力（是否遭受到職場暴力）：調查問卷詢問受訪者在最近12個月，本身是否曾經在工作時遭遇到下列狀況：肢體暴力（如毆打、踢、推、捏、拉扯等)、言語暴力(如辱罵、言語騷擾、冷嘲熱諷等)、心理暴力(如威脅、恐嚇、歧視、排擠、霸凌、騷擾等)以及性騷擾(如不當的性暗示與行為)；選項為「是」、「否」兩類。

II. 職場暴力（職場暴力之來源）：職場暴力施暴者為內部：醫師、護理長官、單位同事、指導者；外部：病人、病人家屬、其他。

III. 職場暴力嚴重程度：針對肢體暴力將暴力嚴重程度分為「很輕微」、「輕微受傷（不需處理）」、「中度受傷（需至醫院簡單處理）」、「嚴重受傷（到醫院處理）」及「很嚴重（需住院或造成失能）」，分析時將很輕微及輕微受傷歸類為輕度，中度至很嚴重受傷歸類為重度。

IV. 夜班輪班：白班、小夜班（下午工作）、大夜班（深夜12點後工作）、輪班（花花班）；分析時將小夜班、大夜班、輪班分類為「夜班及輪班」以及「白班」兩類別。

doi:10.6342/NTU201600369

V. 工作心理社會特質：其中包括：工作控制(9題)、工作心理負荷(7題)、工作體力負荷（1題）、就業缺乏保障（1題）、職場正義(9題)，所有題目均為1-4分之計分，1分表示很不同意，4分表示很同意，題目如下：

i. 工作控制：「在工作中，我需要學習新的事物。」、「我的工作內容，很多是重複性的工作。」、「在工作中，我必須具有創新的想法。」、「在工作中，很多事我可以自己作主。」、「我的工作需要高度的技術。」、「 對於如何執行我的工作，我沒有什麼決定權。」、「我的工作內容是很多元的、多樣的。」、「對於工作上發生的事，我的意見具有影響力。」、「在工作中，我有機會發展自己特殊的才能。」，第二題與第六題採反向計分之方式。

ii. 工作心理負荷：「我的工作步調很快。」、「我的工作很辛苦。」、「我的工作不會過量。」、「我有足夠的時間來完成工作。」、「我的工作會需要我長時間集中注意力。」、「我的工作非常忙碌。」、「我的工作場所有人力不足的現象。」，第三、四題採反向計分之方式。

iii. 工作體力負荷：「我的工作很耗費體力。」。分析時將「很不同意」、「不同意」分類為工作體力負荷低，將「同意」、「很同意」分類為工作體力負荷高。

iv. 職場正義：「管理部門對員工是信任的。」、「管理部門所傳達的訊息內容是可信的。」、「管理部門會刻意隱藏重要的訊息不讓員工知道。」、「員工對工作的看法與感受，可以影響管理部門的決策。」、「管理部門對員工的工作安排與責任分派是公平的。」、「管理部門對

doi:10.6342/NTU201600369

於員工薪資福利的安排是公平的。」、「管理部門對員工的績效評估是公平的。」、「管理部門在重要決策過程中，會主動告知並提供充分的資訊給員工。」、「管理部門以尊重的方式對待員工。」。將題目答案分數加總，則表示其感受到之職場正義分數。分析時依照分數高低，分為低、中、高三組。

v. 心理社會安全氛圍：心理社會安全氛圍量表共有12題4個向度，每個向度各有4個題目，分別是：組織參與、組織溝通、管理優先、管理層的承諾，每題分數為1-5分，1分完全不同意、2分不同意、3分沒意見、4分同意、5分完全同意，詳細題目請參照56頁表7。此變項依照分數高低分為低、中、高三組，僅使用於個人層級的邏輯斯迴歸之中。

(2) Contextual variable (Group Level)組織層級之變項

I. 心理社會安全氛圍：詳細題目請參照56頁表7。多階層分析時，此項目加總前先行進行Rwg計算，當Rwg(j)> 0.70表示此組織內之樣本對於心理社會安氛圍具有中度之共識，再將個體分數總和後，計算平均數做為代表該組織（Group Level）之心理社會安全氛圍之分數。

3. 其他控制變項：

(1) 年齡：將研究樣本的年齡分組為「20-30歲」、「31-40歲」、「41-60歲」。

doi:10.6342/NTU201600369

(2) 進階等級：詢問受訪者在工作場所內的進階等級為何？分析時歸類為「N0」、「N1」、「N2」、「N3」、「N4」。

(3) 工作年資：詢問受訪者在此工作場所內工作之年資及從事此類工作總年資。複迴歸邏輯式分析時分為「0.3-2年」、「2.1-5年」、「5.1-7年」、「7.1-10年」及「10.1年及以上」；多階層分析時則以連續變項放入統計模式中。

(4) 教育程度：選項為「高中」、「高職」、「專科」、「大學」、「碩士」、「博士」，分析時將選項「高中」、「高職」、「專科」合併為「高中職與專科」，將「碩士」、「博士」合併為「研究所及以上」。

（五） 資料處理與統計方法

本研究以HLM 7.0及SAS 9.4版的統計套軟體進行資料的處理與分析，所有的描述性統計採性別分層分析，但因為男性個案過低（小於100人），推論性統計則以女性護理人員為主要分析對象。

研究在描述性統計的部份，描述研究對象在社會人口學變項（年齡、性別、教育程度與臨床進階職等）、職場特質（輪班、工時、工作負荷、工作控制等）、各類型職場暴力的分布狀況與趨勢。推論性統計分析，測試職場暴力對健康影響，則使用邏輯斯迴歸分析測試職場暴力在不同年齡層影響是否一致；多階層分析方面，由於資料的巢狀結構，使用階層線性模式(hierarchical linear modeling, HLM)分析問卷資料，以瞭解組織（Group Level）心理社會安全氛圍是否會影響個體層級（Individual Level）中職場暴力與身心健康的關係。多階層分析使用HLM中intercept as outcome統計模型，驗證組織心理社會安全氛圍對職場暴力與身心健康的影響。

doi:10.6342/NTU201600369

第三節　研究倫理

本研究質性訪談於2015年8月19日通過臺灣大學醫學院所屬倫理委員會審查同意（案號：201507014RINC），並於2015年8月21日至2016年1月15日進行訪談資料收集，為確保受訪者知情同意，本研究於訪談開始之前向受訪者解說「國立台灣大學醫學院附設醫院研究受訪者說明及同意書」，接著詢問受訪者是否同意錄音，取得受訪者同意後再開始進行訪談，若不同意錄音則改採手寫記錄訪談摘要。過程中若問及受訪者不願意回答的問題，受訪者可以拒答；若訪問過程讓受訪者感到不適亦可隨時退出參與本研究。問卷調查於2015年9月18日通過臺灣大學醫學院所屬倫理委員會審查同意（案號：201508080RIND），於2015年9月20日至2016年1月31日進行問卷資料收集。

透過問卷調查及訪談收集而來的資料，包括受訪者姓名、服務職場名稱，研究者將會以匿名方式處理，並僅供學術研究之用。研究過程中遵照「國立台灣大學醫學院附設醫院研究受訪者說明及同意書」中所示，嚴格保護受訪者隱私相關資料，並於研究結束後銷毀。

doi:10.6342/NTU201600369

第三章　職場暴力的發生經過與經驗

本章節根據質性訪談研究結果之歸納，整理出護理人員發生職場暴力來源、影響及工作狀況與面臨的問題，分別包括第一節：研究對象背景描述，性別、年齡、教育程度、職場暴力類型等；第二節：職場暴力發生原因，描繪受訪個案的工作狀況與職場暴力發生始末，對於受訪對象有初步的瞭解；第三節：工作者對職場暴力的歸因與面臨到的困境；第四節：護病/人際關係的改變，職場暴力後的護病關係與人際相處狀況。

第一節　研究對象之社會人口、工作特質描述性統計分析

本研究共計訪談17位護理人員，社會人口學特質、職場暴力類型與職場暴力來源分析如下表7。研究透過透過人際網絡、PTT社群及臉書社群招募受訪個案，共17位女性護理人員接受訪談，同意錄音的受訪者共計4位，訪談時間約60-150分鐘。

描述性統計分析結果顯示（表8），納入本研究分析之個案共計17位女性護理人員；年齡分布而言，以20-30歲佔最多數（9位）；教育程度方面，以大學（14位）佔最多數。

職場暴力來源，有9位受訪者提及遭受到來自於外部的職場暴力，有9位受訪者提及遭受到來自於內部的職場暴力，其中N02受到外部與內部職場暴力，如表9；職場暴力類型方面，以言語暴力最多（15位），其次依序為心理暴力（11位）、肢體暴力（9位）及性騷擾（1位）。有9位受訪者與施暴者有相關的法律訴訟，職場暴力後仍在職的有12位。

doi:10.6342/NTU201600369

表 8：受訪者基本資料表

個案編號	性別	年齡	教育程度	工作縣市	醫院等級	工作科別	職稱	訪談日期	訪談時段	訪談地點	職場暴力時間	職場暴力類型
N01	女	25	大學	台中市	R	急診	護理師	2015.09.21	17:00-19:30	醫院附近咖啡廳	2015.02.18	言語、肢體
N02	女	33	大學	新北市	R	洗腎室	護理師	2015.08.29	18:30-21:00	公衛學院討論室	2014.10.09	性騷擾、言語、心理暴力
N03	女	25	專科	嘉義市	L	內科病房	護理師	2015.09.13	11:10-13:10	火車站旁咖啡廳	2015.03.19	肢體暴力、言語暴力、心理暴力
N04	女	25	大學	新北市	C	腸胃科	護理師	2015.08.28	09:00-11:30	淡水捷運星巴克	2015.06.17	肢體暴力、言語暴力
N05	女	25	大學	台北市	C	內科病房	約聘護理師	2015.08.29	13:40-14:50	醫院旁咖啡廳	2015.09	心理暴力、言語暴力
N06	女	22	大學	台中市	R	精神科	護理師	2015.11.10	13:00-14:30	麥當勞	2015.07.11	肢體暴力、言語暴力、心理暴力
N07	女	30	大學	新北市	NH	長照（護理之家）	護理長	2015.08.27	10:10-12:10	公衛學院討論室	2014.09.30	肢體暴力、言語暴力、心理暴力
N08	女	30	大學	台中市	C	精神科	護理師	2015.11.20	18:00-20:30	東海大學附近 Mr.38	2015.4-6 月	心理暴力、言語暴力
N09	女	32	大學	新北市	C	急診	護理師	2015.11.11	09:00-11:00	醫院旁星巴克	2015.09	肢體暴力、言語暴力
N10	女	24	專科	台中市	C	內科加護病房	護理師	2015.11.29	13:00-15:00	醫院旁星巴克	2015.10.02	言語暴力
N11	女	38	大學	高雄市	R	骨科病房	護理師	2015.09.03	10:00-12:00	高雄車站附近 kfc	2015.02.15	言語暴力、心理暴力
N12	女	38	大學	台北市	C	急診	護理師	2015.10.18	14:00-15:30	醫院附近咖啡廳	2015.01	言語暴力、肢體暴力
N13	女	39	大學	台中市	R	腸胃內科	護理長	2015.11.26	18:00-21:00	麥當勞	2015.03	言語暴力、心理暴力
N14	女	32	大學	台中市	R	精神科	護理師	2016.01.07	10:30-12:30	咖啡店	2015.02-05	心理暴力、言語暴力
N15	女	35	專科	台中市	R	腸胃科	護理師	2016.01.07	15:30-17:30	麥當勞	2014.11-2015.02	心理暴力、言語暴力
N16	女	33	大學	台中市	R	精神科	護理師	2015.09.19	17:00-19:00	咖啡廳	2015.03-05	心理暴力、言語暴力
N17	女	26	大學	台中市	R	門診	氣喘個管師	2016.01.15	18:00-21:00	麥當勞	2014.06.24	肢體暴力

註：醫學中心：C，區域醫院：R，護理之家：NH，地區醫院：L

doi:10.6342/NTU201600369

表 9：職場暴力發生歸因與職場暴力後就業狀況

個案編號	過去工作史	工作總年資	此工作年資	工時	雇主回應	法律訴訟	職場暴力來源	勞工對職場暴力發生的歸因	是否因為職場暴力受傷	職場暴力後就業狀況
N01	第一份工作	5	5	8-12 小時/天	X	V	外部（病患）	1. 雇主要負責	胸部挫傷	仍在職
N02	第三份工作	20	7	8-12 小時/天	X	V	外部（病患家屬）：性騷擾、言語暴力 內部：（單位主管）：言語暴力、心理暴力	1.病患家屬為主要的問題 2. 單位主管未即時與妥善處理	無	仍在職
N03	第一份工作	5.1	5.1	8-12 小時/天	X	V	內部（護理佐理員）	1. 佐理員情緒控制不佳	V（輕微：被東西丟到）	仍在職（佐理員知道被告後，自行離職）
N04	第一份工作	3.9	3.9	8-13 小時/天	V（提供法律協助）	V	外部（病患）	1. 病患情緒及行為控制不佳，並且以精神病當作施暴的藉口	V（中度：去急診處理）	仍在職
N05	第一份工作	1.1	0.3	8-12 小時/天	V（轉單位）	X	內部（同事）	1. 單位氣氛不佳 2. 約聘跟軍職同工不同酬 3. 主管管不動單位資深人員	心理對上班很排斥	仍在職，但轉調其他病房單位
N06	第一份工作	1.5	1.5	8-12 小時/天	X	V	外部（病患及家屬）	1. 醫師應該負責，病患不應該住院治療 2. 病患應該負責（情緒管況不佳）	V（輕微）	仍在職（原單位）
N07	第四份工作	12	1.5	8-10 小時/天	X	V	外部（病患家屬）	1. 醫院（收治前應先評估） 2. 病患家屬應該負責（情緒管況不佳）	X	離職換新工作
N08	第二份工作	7.5	6.4	8-9 小時/天	X	X	內部（同事）	1.同事故意針對自己 2.單位新任主管不處理，造成其他人為所欲為 3.很難預防，因為對方人多勢眾	X	仍在職，轉調至門診
N09	第一份工作	10.3	10.3	8-12 小時/天	V（發放慰問金）	V	外部（病患）	1.門口警衛沒有把關，此類病患應在旁協助 2.急診動線規劃不良，無法確實隔離病患 3.病患藉酒鬧事，院方應提供護理人員保護及協助	V（輕微）	仍在職，暴力當天調區工作

doi:10.6342/NTU201600369

表 9：職場暴力發生歸因與職場暴力後就業狀況

個案編號	過去工作史	工作總年資	此工作年資	工時	雇主回應	法律訴訟	職場暴力來源	勞工對職場暴力發生的歸因	是否因為職場暴力受傷	職場暴力後就業狀況
N10	第一份工作	3.9	3.9	8-12 小時/天	X	X	內部（醫師）	1.醫師情緒控制不佳 2.院方應有處理此類行為的機制 3.此事導因非護理人員，為何接電話就要被罵 4.護理主管不支持，自己人欺壓自己人	X	仍在職，盡量減少和此醫師之互動
N11	第三份工作	12	8	8-12 小時/天	V（提供法律協助）	V	外部（病患家屬）	1.病患父親情緒及行為失控 2.緊急應變措施沒有落實 3.緊急鈴無作用 4.警衛缺乏教育訓練	V（輕微，被東西丟到）	仍在職
N12	第二份工作	14.8	6.8	8-9 小時/天	V（提供法律協助）	V	外部（病患）	1.病患酒醉行為失控	V（輕微，被打到）	仍在職
N13	第三份工作	21	8	8-10 小時/天	X	X	內部（主管）	1.人際相處的問題導致暴力的產生	X	離職換新工作
N14	第一份工作	6	6	8-12 小時/天	X	X	內部（同事）	1.人際間衝突（小團體） 2.單位主管放任人員彼此攻擊、不處理 3.護理主管高層息事寧人，不願意得罪其他護理人員	X	離職換新工作
N15	第四份工作	17	2	8-12 小時/天	X	X	內部（同事）	1.人際間相處問題 2.單位主管與管理層級不處理，造成其他人敢這樣做 3.院方息事寧人，不願意得罪其他護理人員	X	仍在職 轉調單位
N16	第三份工作	15	8	8-12 小時/天	X	X	內部（同事）	1.人際間相處問題 2.單位主管不知如何處理 3.院方，不願意得罪其他護理人員	X	離職換新工作
N17	第一份工作	4.6	4.6	8-10 小時/天	V（衛教室增加錄影設備及緊急鈴）	X	外部（病患家屬）	1.自己在面對病患或家屬時，應該多注意言行，是否造成誤會而有攻擊行為 2.家屬明知孩子身心科方面有問題及有攻擊行為，還放任他單獨行動。也沒強制就醫	X	仍在職

註：雇主回應：X 無回應，V 有回應

doi:10.6342/NTU201600369

第二節　職場暴力來源、對職場暴力的態度與因應

本節針對所有受訪者職場暴力來源、對職場暴力的態度及因應進行簡要描述，暴力來源分為：外部暴力與內部暴力；對職場暴力的態度包括：施暴者行為問題、主管漠視、人際相處不佳及其他等；對職場暴力的因應則分為與外部暴力及內部暴力兩個不同暴力來源的因應方式。

一、職場暴力來源：

職場暴力分為來源內部及外部兩種暴力(Chappell & Di Martino, 2006)，訪談17位護理人員之中，有9位遭受外部職場暴力，暴力來源為病患有5位（N01、N04、N06、N09、N12），來自病患暴力常見的原因為病患有精神疾病或藥、酒癮等行為方面的問題，以N06、N09、N12的經驗為例：

「有一位使用毒品的患者住院治療，下午病患說要回家，我因為醫院內部的規定就他拒絕外出的要求，而且我有表示可以幫他聯絡家屬帶東西來。當時病患以三字經罵我、拍桌子，並且堅持要回家拿東西（疑似毒癮發作），我告訴醫師以後，醫師囑咐病患須四肢約束並且使用針劑使其鎮靜，我就和佐理員一起前往打針時，病患埋伏在門後，並且用椅子攻擊我們，之後就按緊急鈴，一堆人就來處理他」（N06）

「小夜班上班的時候，一位酒醉的病患（身上有外傷）、酒友及女友一起進入醫院，因為酒友及女友喝酒行為干擾，我請他們暫時請兩位至外面候診區等候，那個時後病患可能覺得覺得不滿意，故意踢了旁邊的護理人員一腳而且還罵三字經，我去幫忙、勸阻的時候，也被他罵三字經和踢到胸口」（N09）

「病患為酒醉因自殘受傷被119救護人員送到急診室，他就突然情緒失控毆打急診室醫師及護理人員，我也有被打送來。那個病患每次喝酒完就會鬧事，每次都送到我們醫院處理，然後鬧事完就走了，已經是慣犯了」（N12）

職場暴力來自家屬有4位（N02、N07、N11、N17）。家屬會施暴原因大多是由於個人有精神病史或家屬有行為方面的問題而有暴力行為。以N02、N11、N17經驗為例：

doi:10.6342/NTU201600369

「那個洗腎病患的家屬在我詢問洗腎病患病史（是否曾經跌倒骨折過？）的時後，家屬（男性）彎腰蹲下並直接用右手在我的右大腿內側來回撫摸3~4下（約5~10秒），那時候我就有比較大聲的制止病患家屬，我也有跟他說那樣的行為已經侵犯到我了，但是病患家屬卻講：『摸一下又不會怎樣』，而且那個家屬和單位主管投訴我的態度不佳、罵他、對他沒有禮貌；當時我有向護理主管反應說是因為我被被摸大腿的事情，所以才大聲提醒他不可以這樣，但是那時候我的主管沒有要處理這件事情，就只會去安撫家屬的情緒，所以我接下來4個小時還是要照顧這個病患，家屬也就故意坐在我的旁邊看我弄東西，但是眼神還一直看我領口（胸部），所以那天我就保持一定之距離及更為注意病患家屬之言行。」（N02）

「我那時候在骨科病房工作，當時有兒科病患借床住院，而母親帶病患外出已超過4小時，所以我們打給電話母親，無人接聽，只好聯絡病患父親。父親接到電話很生氣表示病患是由案母逃跑帶他出來的，無法諒解為何會住院治療，父親在電話中威脅我說要讓他們出院（小孩的病患）並且一直罵個案三字經。之後病患由案母帶回，知道此狀況後帶著病患躲在護理站內的準備室；父親來院時帶了數位黑衣人到醫院，並且態度兇惡、囂張，要求我們上班的護理人員交出病患及媽媽，否則要給我們好看，當時有其他護理人員聯絡醫院警衛，但是醫院警衛不敢上來幫助維護秩序，並且緊急鈴也沒有作用，故護理人員打電話至警局（醫院旁邊就有派出所），警察來後病患父親仍態度囂張、叫囂，經警察多次勸阻下才願意離開（離開前還向護理人員丟東西）。」（N11）

「病患第一次至本院看診，因氣喘需使用吸入型藥物，經醫師評估需至衛教室學習藥物使用技巧，看診結束後卻只有案子拿著藥物獨自前來衛教室。我請案子叫病患到衛教室一起來聽衛教，所以我向案子說：『那兩瓶氣喘藥物如果吸的方法錯誤完全沒效，所以麻煩你請你媽媽來衛教室』，案子眼神充滿怒氣並出現第一次攻擊行為，連續打我的右上臂兩下（案子：『你以為你當護士了不起喔』），我當下腦子是空白的，但是我還是安撫案子的情緒；但是案子繼續向我的右上臂接著推一把，我也是頭和後背撞牆後跌到地上。之後案子跑出衛教室，我才打電話聯絡護理長和警衛來處理。」（N17）

doi:10.6342/NTU201600369

受訪個案中，有9位遭受來自內部的職場暴力，暴力來源為同事的有7位（N03、N05、N08、N13、N14、N15、N16）、其他醫療專業人員有1位（N10）、來自主管的有1位（N02）；同時遭受內部與外部職場暴力的有1位（N02）。來自內部的職場暴力主要原因為人際相處之衝突、同事個人行為的問題以及個人行為與主管要求不一致所導致。人際衝突方面以N05、N08、N14經驗為例，同事個人行為以N03為例，個人行為與主管要求不一致則以N02為例。

「我一畢業就進入此醫院工作，這個醫院的護理人員有分正式跟約聘兩種，所以同工不同酬的問題很嚴重。當時內科很缺護理人員，所以我被分配到此內科病房，那時候護理長也是新到任（之前護理長轉調其他單位）。新任護理長管不動學姐，所以班表很亂，學姐都私下換班、調班都不照護理長的安排，導致帶我的學姐常常更換；而且就我知道的，單位學姐帶新人都會用言語刺激並且聯合其他資深學姐針對新來約聘的學妹（對正式的同仁態度很和善），因為我是約聘的，那些學姐對我就不是很友善，也不是很願意教我，常常導致交班被電快一個小時，之後還要去補足沒有做完的部分，常常一天下來上班超過12小時以上；有兩個同時間進來的同事，不到2個月就離職或是轉單位。」（N05）

「我也有向護理長及督導反應，同時在參加新進人員團體時也有提到此狀況，護理長與單位督導也有找資深人員會談，同時也更換主要帶我的學姐，但由於是新進的主管，所以都管不動學姐，反而之前的學姐會找現在帶我的學姐，講我的壞話，讓學姐一直針對我；而且我覺得自己在揭露此狀況的過程中並沒有受到保護，因為學姐會知道我去反應這個狀況，他一定之倒是我去投訴的，而且我也要和之前帶的學姐一起上班，那個之前帶我的跟現在帶的學姐聯合針對我，在背後一直批評我做的不好又不教我，並且在需要幫助的時候，他們都在裝忙、聊天。這造成我有很多心理上的壓力，甚至晚上睡覺會嚇醒；我也提出過多次離職的意願，但護理長都挽留，但是由於此狀況持續並未改善，我最後提出轉調其他單位。」（N05）

「由於單位主管要調到其他單位，原本精神科的單位要換新主管，所以許多以前相處不好的同事將之前累積的不滿發洩、針對我在發洩。所以上班的時候會故意排爛CASE給我，並且將不小心的犯錯放大、以言語責備或是講話酸我，同時上班的時候也不互相幫助，但是其他人需要幫助的時候，我沒有去幫忙就會被責難，說我沒有

doi:10.6342/NTU201600369

team work。」（N08）

「我當時有將此事告知新任主管，但是新任主管表示：『你想太多、沒有這件事』不願意處理他們霸凌我的事情。2015.05我先生看不下去，寫信到護理部及院方反應此事，督導有至單位瞭解狀況，但是均無處理其他工作人員，只有叫我『放開一點、別想太多……』（想要大事化小的感覺），其他同仁都知道我先生投訴的事情（聽說是有人告訴大家的），所以他們的態度更不好了，更加冷漠與針對我，而且我上班就像是只有我自己上班一樣，根本沒人要理我；這個造成我對上班這件事情很緊張、焦慮而且有睡眠障礙，我甚至需要去看精神科醫師拿抗焦慮藥物及安眠藥。因為這個狀況都沒有改善，投訴都沒有效果，所以我轉調門診換環境了。」（N08）

「我在病房中有自己的朋友圈，我們病房有很多人際團體彼此相處不好，常有意見上的衝突；我幾乎每個月都會出國跑單幫（香港、日本等），也因為如此每個月的班表幾乎都有4-5天的連假（其他的時候大多做6休1，以累積放假）。2015.01許多我們比較好的朋友相繼離職，2015.02開始護理部收到多次抱怨我出國跑單幫的信件（黑函），要求護理長應該管制我的休假，甚至有人說要調查我是否有與同事之間有買賣物品的行為，並且某些同事在上班的時候，會刻意孤立我及故意找她麻煩（要求我處理非自己班內應該處理的問題，有的甚至已經很多天沒處理了），導致我每天幾乎延遲下班2-3個小時，我也多次向護理長、主管及院方反應此事，要求院方處理這些同事的行為，但護理主管均未處理此狀況，僅有督導來找我會談，安撫我說人際應該要圓滑，不要太計較等…。」（N14）

「2015.05.26開檢討會時，有同仁擷取我FaceBook的資料說我預假不符合規定（都出國跑單幫）、指責我上班時候不幫助其他人、上班態度不佳等，要求我改善工作態度；我那時候也向護理主任做解釋我的行為並沒有違反任何規則行為，但其他同事還是不諒解，一樣的針對我。由於被針對及黑函狀況未有改善，我06月就開始留職停薪（出國工作）， 2016.02提出離職。」（N14）

同事個人行為而導致的職場暴力，以 N03、N10 的經驗為例：

「在3/19上大夜班接近凌晨的時候，我提醒一位病房佐理員不要一直玩手機，過來幫忙一下其他護理人員時，該佐理員突然用力拍桌子並表示『你憑什麼管我』，還

doi:10.6342/NTU201600369

用三字經罵我，並且丟東西到我前面及言語威脅的行為。當時我電話聯絡夜班的護理主管（值星官）介入處理，值班護理主管約30多分鐘以後才趕到，並勸誡佐理員並且聯絡佐理員的公司要求換人，當時佐理員公司表示沒有其他工作人員可以更換，故值班護理主管請佐理員到對面病房工作，我就和另外一個學妹一起上班，但是那樣就缺了一個佐理員幫忙了，由於在大夜班沒有其他人手可以調度，所以我們值星官派遣警衛在病房中留守至早上白班護理人員交接班為止。」（N03）

「我隔天有報告單位護理長此異常事件，護理長表示會協助處理；隔天上班佐理員公司無足夠人手可供更換，而我們也因為人力不足無法更換人上班，所以有3天病房由警衛駐守以防佐理員對我或是其他護理人員有其他的舉動，但是我們還是會在同一層樓上班（但是無互動）；而我之後也對佐理員提出公然侮辱及恐嚇等告訴。

告訴期間，只有護理長透過私人關係協助我取得法律方面的協助，並且護理長主動協調班表讓我可以順利出庭，不用和其他人調班；護理督導則私下找我會談表示希望個案可以撤告，以免造成有更多負面的影響，但是我未接受督導的建議，堅持提告，但是管理階層明確告知我說不支持我提告，因為那樣醫院很容易出事」（N03）

「病房主治醫師上午表示需要呼吸器（Bipap），但是呼吸治療師表示現在全院已經沒有呼吸器可以借用，所以我們有告知醫師，這個病患今天不能拔管，只好繼續使用呼吸器（ventilator）；小夜班的時候主治醫師打電話至加護病房詢問是否有呼吸器（Bipap）可以使用，我有再次去詢問呼吸治療師，現在仍無呼吸器（Bipap），我跟主治回報以後，當時主治醫師以三字經破口大罵，表示一定要借到呼吸器，並且反覆用三字經一直罵我，醫師還質疑我工作能力與態度不佳；之後當班Leader也過來接電話協助處理，但是主治醫師仍持續謾罵三字經，罵完後才憤然掛斷電話。」（N10）

「那個醫師亂罵人已經不是第一次在加護病房發生，我們同仁也多次請護理長或督導向該主治醫師反映，但是護理長均未確實在醫護團對中提出此問題，多告訴同仁『多忍忍、別太計較等…』，很多同仁也將此事通報給督導及護理部高層，但是均未得到任何回應，主治醫師也沒有任何回應與改變，感覺我們只能接受這個狀況了。」（N10）

doi:10.6342/NTU201600369

個人行為與主管要求不一致而導致有職場暴力，此以 N02 經驗為例。

「我因為家屬性騷擾我，所以我去控告他，因為這個職場暴力相關法律訴訟我不願意和解，所以那個家屬多次找我們單位主管說情，但是因為他的態度很差，所以我不願意和家屬和解。那我們護理長就在單位會議中表示：『這沒有什麼，盡量和解.....』並且指責我說不應小題大作、被摸一下不會怎樣，當時我就不理他。」（N02）

「在我和護理長鬧翻之後，我們護理長原本排定的班表做大幅度修改，並且讓我無法依照先前排定的班表休假與放假此並且上班時會一直找碴，時常對我有言語上的謾罵及挑剔、針對我，目的就是要我撤告；同時因為我跟家屬有性騷擾之官司需要出庭，護理長也不願意配合排班或是幫我調班，我需要自行與他人換班。」（N02）

二、對職場暴力的歸因

對職場暴力的方面，訪談17位護理人員之中，有8位護理人員認為職場暴力是施暴者本身行為問題所導致（N01、N02、N03、N04、N06、N09、N11、N12），此類多為受到外部職場暴力者；有8位護理人員認為是因為主管漠視職場暴力問題的嚴重性與影響，才會導致職場暴力的產生與惡化（N02、N05、N07、N08、N10、N13、N14、N15）；有5位護理人員認為職場暴力的產生主因為人際相處不佳與衝突所導致（N08、N13、N14、N15、N16），此類多為受到內部職場暴力者；僅有1位護理人員，認為受到職場暴力只能自認倒楣，無法對暴力作歸因（N17）。

8位護理人員認為職場暴力是施暴者本身行為問題所導致，此以N01、N02、N03、N04、N06、N09、N11、N12的經驗為例；而N09表示因為警衛未確實管控門禁，也是導致職場暴力發生原因之一：

「個案自己是飲酒病患，行為本來應該要自我控制，要為自己的行為負責」（N01）

doi:10.6342/NTU201600369

「家屬本來就不可以摸護理人員大腿，而且自己態度也很不好，這種行為本來就不是可以允許的，所以告他性騷擾也是剛剛好而已。」（N02）

「提醒病房佐理員不要一直玩手機也是因為我們要工作才會提醒他，而他自己突然爆怒、罵人、丟東西的行為本來就是不可以的，他自己要想到行為的不恰當，而不是責備護理人員」（N03）

「有精神疾病的病患就醫，對處置不滿意就要攻擊醫護人員，那當然是不可以的事情，而且他也不是因為發病才來就醫，所以精神疾病不能當作攻擊或罵人的藉口，所以我才會提出告訴，要他為自己的行為負責。」（N04）

「病患自己吸毒而且有行為問題，來住院本來就是應該要配合病房規則，所以他的攻擊不是像精神分裂症自己不知道狀況的攻擊行為，其實這個個案可以自控行為，所以這是他自己的行為問題，他應該要為自己的行為負責。」（N06）

「喝酒的病患本來就不能借酒裝瘋，打人或罵人是病人自己酒品的問題，他自己要學習控制自己的行為。

我們警衛也是應該要做好門禁的管控，看到那樣的病患就要提高警覺的在旁邊standby，所以警衛自己也是要加強訓練跟功能，否則出事情都沒有用。」（N09）

「這次的威脅跟暴力行為是病患父親自己的問題，我們護理人員只負責照顧病患，怎麼會知道你家人的狀況或是相處的問題，而家庭問題也不是醫院該處理的問題，所以主要問題還是在父親自己的身上，我們只是被牽累的。」（N11）

「此個案並非第一次在急診室鬧事根本是自己問題比較嚴重，這種病患不應該送到醫院處理酒醉的事情。而且酒醉之後有行為問題的人，也應該由家人去處理或是在旁邊注意他的行為，所以這些打人、罵人的行為，主要還是因為病患自己的問題產生的，畢竟也是他自己選擇要喝酒的」（N12）

doi:10.6342/NTU201600369

訪談對象中，有8位護理人員認為是主管漠視職場暴力問題的嚴重性與影響，為職場暴力的產生與惡化主要的原因，以N02、N07、N08、N10、N13、N14的經驗為例：

「主管自己都要求我們遇到性騷擾的時候，要挽著家屬的手說：『不可以亂摸唷』，自己都把這種事情視為理所當然，所以今天家屬有那麼大膽的舉動而且後續還來單位找我的麻煩，這就是主管自己沒有盡責和漠視所導致的。」（N02）

「我有將病患家屬對護理人員跟我丟東西、性騷擾（摸其他同仁臀部）及語言攻擊等行為，報告上面的護理主管，但是護理主管希望不要跟家屬有所爭執；之後由護理主管與家屬溝通，由於家屬也辱罵護理主管三字經，護理主管才呈報此事至院方管理層級，院方才同意工作人員可以錄音、錄影以保存證據；所以這件事（職場暴力）其實就是主管剛開始不處理，才會讓家屬愈來愈囂張跟任意妄為。」（N07）

「我被人家冷言冷語跟針對的事情有告知新任主管，但是新任主管表示：『你想太多、沒有這件事』不願意處理，之後我先生寫信到護理部及院方反應此事，督導至單位瞭解狀況，但是都沒有處理其他的工作人員，只有跟我說：『放開一點、別想太多……，好好作自己的事情就可以了』（想要大事化小的感覺），其他同仁都知道我先生投訴的事情，對我更加冷漠與針對，新任主管都裝作沒事發生一樣。」（N08）

「我們被醫師罵髒話的事情已經不是第一次發生了，我們同仁也多次請護理長或督導向該主治醫師反映，但是護理長均未確實在醫護團對中提出此問題，多告訴同仁「多忍忍、別太計較等」，同仁也將此事通報給督導及護理部高層，但是均未得到任何回應，主治醫師也沒有任何回應與改變。所以就是醫院縱容醫師所以才會這樣的。」（N10）

「我有跟護理部主任和院方反應被那個人（副主任）言語暴力（冷嘲熱諷）及心理暴力（威脅要轉調病房、扣考績等）的事情，而且他們以培訓主管的名義要我轉調至復健科病房，但是這跟自己本身專科差異很大（之前為腸胃科護理長），所以到新單位後我適應不良，有睡眠障礙、焦慮、憂鬱，我也多次申請轉調回原單位，但是都被副主任拒絕，他就說我能力不好，需至其他病房訓練。我覺得現在覺得上班壓力很

doi:10.6342/NTU201600369

大，並向院方反應副主任的行為，院方瞭解狀況後，只有叫我不用多想，副主任並沒有這樣刁難的意思，所以我覺得他們就是放任他這樣搞我。」（N13）

「我有很多次跟我們護理長跟寫院長信箱投訴我孤立及故意找麻煩，要求院方處理或制止這些同事的行為，但我們護理主管（護理長、督導）均未處理此狀況，僅有督導來找我會談，安撫我說：『人際應該要圓滑，不要太計較……』，反正就是擺明不處理，所以我最後就離職，反正又不是找不到工作。」（N14）

共有5位受到內部職場暴力的護理人員，認為人際相處為主要職場暴力的原因，以N08、N13、N14、N15、N16經驗為例：

「會被霸凌也是沒辦法、無奈啊，就是因為跟那些小團體的人處不好啊！所以舊的主管轉調，他們就抓緊機會快點弄我，護理人員就是很多小圈圈，人際關係比上班還要重要。」（N08）

「在醫院裡面同事相處的問題會有很大的影響，例如現在我被這樣搞，也是因為和那個人（指副主任）有摩擦才會這樣，這也是沒辦法，誰叫人家位置比你高，說話比較大聲、有power啊。」（N13）

「那些寫我黑函的人就是看我不爽，而且還聯合幾個NP（註：醫師助理）來針對我，所以那些人根本就是在搞小圈圈，圈圈外面的人就是要搞他就對了，就是不會好好上班不要搞人際問題。」（N14）

「我被職場霸凌主要應該是因為我惹到那些人的老大（指大夜班護理人員），所以才聯合起來針對我，在臨床上的人際比專業重要，有關係就沒關係了。」（N15）

「我平常就是不會跟同事互動，因為他們都在講一些很無聊的事情，所以被針對主要還是可能因為我們沒有相處的很好吧。」（N16）

僅有1位護理人員認為受到的職場暴力無法歸因在病患或個人的身上，只能算是倒楣遇到了，故此類別歸於「其他」別，並以N17經驗為例：

doi:10.6342/NTU201600369

「我被家屬打就只能自認倒楣，誰叫我遇到遇到有病的病患家屬，可能那個人自己也是因為精神疾病，導致對聽到事情的內容有不一樣的感覺，就只能下次多小心了，也只能說自己運氣不好遇到了，還好沒有受到很大的傷；那個病人也應該好好要他兒子去治療，那樣亂跑跟打人是很恐怖的。」（N17）

三、職場暴力的因應

受訪的護理人員遭受職場暴力時最常出現是質疑、憤怒和難過的情緒憤怒生氣、傷心難過、委屈想哭；受害者一方面質疑施暴者行為是否合理與正當，大多數受訪者會認為施暴者是故意找碴或自己本身行為的問題，此以N15經驗為例：

「那些同事故意聯合起來孤立我，應該是他們自己的問題，因為我發現病患狀況不好喊CPR，也是為了病人好，是他們自己要擺爛，見不得別人做正確的事情，所以才會故意想要搞我。也因為他們都聯合起來說我的不對，他們就可以置身事外，減輕自己的罪惡感。」（N15）

另一方面會因為對方的言語攻擊和反應，質疑自己的工作能力，懷疑是自己的言行才導致對方的激烈反應，甚至對工作目標和意義產生懷疑，此以N17經驗為例。無論受害者是否認為自己應該負擔部份責任，對施暴者者通常會感到憤怒、生氣，也因自認為遭受不當的對待而覺得委屈與難過。

「之後我回想為什麼那個家屬會打我，會想說自己是不是有哪些動作或行為態度讓他覺得不舒服，所以之後會更小心和病患/家屬的互動，以免以後被誤會，或是有不必要的糾紛產生。」（N17）

護理人員會因為暴力來源而有不同的因應方式。本研究依據受訪者回答結果歸納分為與外部暴力及內部暴力兩個不同暴力來源的因應方式。外部暴力方面，護理人員如果認為病患暴力行為是因為病患/家屬本神人格特質或行為因素，部分護理人員會採取控告病患的方式，並希望經過控告後病患/家屬的行為能有所節制；但是大部分醫院經營者或主管認為應該「以客為尊」、「息事寧人」，則不會支持遭受職場暴力的護理人員採取

doi:10.6342/NTU201600369

此因應方式，此以N02經驗為例：

「我被病患家屬摸大腿的當下，腦袋完全是空白的，那時候也在想說自己的行為有暗示他可以這樣做嗎？最後我還是認為是他自己的問題，太不尊重護理人員了。」（N02）

「我提醒那個家屬不可以亂動手之後，他反而講話越來越不客氣，而且還去找護理長說是我的不對、態度不好，所以我才會決定找同事當證人，去控告那個家屬；因為我不那樣做的話，那個家屬只會食髓知味，而且難保下一次不會有其他的護士受害，所以提出告訴也是給他一個警惕……。但是我們醫院主管都覺得不要和家屬有糾紛，所以他們不支持我的處理方式。」（N02）

內部暴力方面，大多數遭受到內部職場暴力者，會採取告知主管，請主管協調與處理（盡量不要一起上班或接觸）甚至是向院方管理階層投訴，當施暴者是內部主管或權力、地位較高之同事，由於職階差異及權力關係存在，受害者對於職場暴力申訴或處理的結果不滿意時，往往只能接受而無法再進一步要求主管處理或向管理階層申訴。若是此狀況經多次反映問題沒有改善，受害者則可能會離職或轉調單位等因應方式，此以N08為例：

「剛開始我被別人針對、孤立的時候，我還會想說自己是不是有哪裡說話或做事得罪人，但是我問過幾個跟我比較好的同事，發現這個不是我的問題，所以我覺得那些人故意這樣對我，就是想找碴、要我離開……。」（N02）

「原本我就有跟新來的主管說最近上班遇到這種情形，但是上面的都說沒有這件事情，是我想太多；但是沒改善以外，某些同事還更變本加厲的針對我，所以最後我只好上班帶著錄音筆，以免被陷害都無法解釋。我先生也有跟醫院人資、護理部去反應這件事，但是因為都沒有改善，所以我最後就選擇轉去OPD（註：門診）工作」（N02）

doi:10.6342/NTU201600369

第三節　職場暴力的申訴、處理經驗與障礙

本研究訪談17位護理人員，瞭解其有關職場暴力申訴、處理經驗與遭遇之障礙，依據受訪者回答結果歸納類型包括法規與申訴相關流程不便、缺乏職場暴力相關資源與協助、主管不支持、未保護受害者及臨床人力不足等，以下將以受訪者經驗為例：

一、 法規不瞭解與申訴相關流程不便

本研究17位受訪的護理人員之中，均表示對職安法第6條第2項第3款：「雇主對執行職務因他人行為遭受身體或精神不法侵害之預防，應妥為規劃並採取必要之安全衛生措施」之法條內容與意義不瞭解，甚至沒有聽過有此法條。17位受訪護理人員中，僅有1位擔任主管（N13）及1位與院方有法律糾紛者（N02）知道院內職場暴力有處理流程SOP，其餘15位受訪者（N01、N02、N03、N04、N05、N06、N07、N08、N09、N10、N13、N14、N15、N16、N17）表示對於院內職場暴力申請、申訴及處理管道不明，院內職場暴力申訴與處理的相關資源取得不易並且未落實執行，院方內部規範形同虛設，以N01、N14的經驗為例：

「我根本就不知道有職安法這個法律條文；我們院內應該要有職場暴力申訴或是處理的SOP，但是我被病人打的時候，去查院內網路資料也找不到相關的處理流程，是我們醫師幫我聯絡人事室才知道要怎樣處理的。之後我看了人事室給我的資料以後，去找我們的職護（職業安全護理師），她也說對這件事情處理相關流程不清楚，所以根本就是我自己去找資源、找懂法律的朋友詢問才知道怎樣處理的」（N01）

「我最近去外面聽演講，所以知道職安法，但是當時職場暴力發生的時候，根本就不知道這條法規，醫院也沒有安排相關的教育課程，所以我對於職安法裡面關於職場暴力預防的條文就不是很清楚。我們醫院內部有定職場暴力處理的SOP，但是我覺得資料很不好找，問護理長她也說不清楚，而且我們醫院內部從來也沒有宣導有這樣的管道或是資源可以給我們去做申訴。」（N14）

「我打電話去職安部門說我有這個問題的時候，他們承辦人好像對這個不熟悉，就要我去找人資，結果人資又說要我跟職安的申請，整個流程就是不順而且我覺得院

doi:10.6342/NTU201600369

方也沒有很認真的要處理這件事情，還要我先跟單位護理長知會才願意受理，所以這個流程真的不是很清楚、不方便。我都已經受到職場暴力要去申訴了，這樣的制度讓我覺得心情會更差，感覺他們定這樣的SOP不是要我們去申訴，只是表示有這個資料，可以應付評鑑的要求。」（N14）

二、缺乏職場暴力相關資源與協助

本研究17位受訪的護理人員之中僅有兩位遭受外部職場暴力的護理人員（N11、N12）有接受到院方提供的法律協助及心理的慰問；有15位護理人員（N01、N02、N03、N04、N05、N06、N07、N08、N09、N10、N13、N14、N15、N16、N17）表示面對職場暴力投訴與訴訟的過程中缺乏相關資源，例如院方不願意提供法律相關協助或協助調整班表，使受害者需要自行尋求相關法律或相關法規等資源以處理後續的法律糾紛與流程相關問題。有接受到院方協助的經驗以N12為例：

「我被那個喝酒醉的病患打了以後，我們醫院有派社工來關心我，而且他們也有請醫院法律的顧問給我協助，但是院方有要我不可以把這件事情鬧到上媒體或是放在FB(facebook)，以免被媒體報導出來會對醫院名聲有影響；因為前一陣子我們醫院有護理人員被家屬攻擊而且鬧上新聞，所以我們醫院最近就對這個比較注意，所以我們社服人員有跟我說醫院會提供所有的協助，而且她們也請護理長如果需要的話可以幫我調班出庭，上次出庭前還有法律顧問給我一些建議，算是有幫忙到。但是出去前那個法律顧問也還是要我要低調、不要宣揚」（N12）

缺乏院方提供相資源與協助則以為N01、N02例：

「我因為有控告那個打我的病患，我們醫院的品保室的組長有來問我事情發生的經過跟我現在的狀況，但是他希望我撤告，不要去得罪病患跟家屬，我也回覆我不撤告的立場，所以醫院她找我們的督導、護理部主任來跟我談，而且那樣反而對我來說更造成困擾；而且我們醫院本來就有法律的顧問，我打電話問他問題的時候，他不是沒接電話就是隨便回答我，還說我不會告贏，要我撤告；而且我跟他們要急診的錄影的影片的時候，我幾乎有上班就打去問，公務課拖了很久才給我影片。最後是我們急

doi:10.6342/NTU201600369

診認識有讀法律碩士的醫師幫忙我收集資料跟證據，才順利對病患提告跟出庭，我覺得醫院在處理職場暴力的方面，都是以不要得罪病患/家屬的心態，所以才都不幫我們」（N01）

「我被病患家屬性騷擾的時候，就有和單位護理長和主任反應這個事情。但是護理長和主任都覺得我小題大作，也不願意幫忙，所以我只好找院內的SOP看要去哪裡投訴或是處理，在院內SOP裡面都沒有找到這方面的資料，我只好打電話去人資、勞安和護理部去詢問，最後是我去勞安拿紙本的SOP，才知道院內要找誰處理，整個申訴管道根本就是不暢通，更扯的是醫院內部的副院長為了讓我可以撤告，一天到晚都來打電話關心我，但是這樣根本就是對我施加壓力，除了面對和家屬的訴訟以外，院方息事寧人、不願意得罪病患的作法，也讓我覺得壓力很大。」（N02）

「在我和病患家屬出庭、調解的過程，醫院都沒有幫忙到什麼，也沒有資源可以提供我做參考或是詢問一些法律上的問題；很多法律上的條文、證據都是自己花錢找律師瞭解、學習，所以我花很多自己的時間、精力去處理這些事情。由於護理長是希望我撤告，所以她連我要出庭的班表都不願意幫忙，甚至是我上午出庭，下午要我接小夜班。因為我都沒有被醫院支持到以外，他們這樣讓我也控告他們管理上的疏失，造成我被性騷擾以後還遇到院內的壓力，所以我對整個申訴的制度和流程，真的感受不好」（N02）

以上訪談經驗可以發現，醫院對於職場暴力的通報、流程及資源是相當匱乏的，有些醫院職場暴力相關作業手冊及流程並無落實，受害者往往需要付出更多的心力來處理職場暴力後續衍生的法律糾紛與處理的流程，造成受害者有更多的身、心層面的負擔。

三、主管不支持

受訪的護理人員之中有護理人員表示在職場暴力申訴與處理的過程，對於外部職場暴力，主管並不主動支持，受訪者表示大部分的護理主管或醫院管理階層表示這是個案自己跟施暴者之間的糾紛，為避免顧客與醫院間的衝突故不打算介入或提供協助（N01、N02、N04、N06、N07、N09、N17），此以N07的經驗為例：

doi:10.6342/NTU201600369

「我把家屬對護理人員還有對我謾罵、性騷擾的事情報告護理主管及院方以後，護理主管希望我身為小主管（單位護理長）不要跟家屬有所爭執；之後由護理主管與家屬溝通，由於家屬也辱罵護理主管三字經，護理主管才呈報此事至院方管理層級，院方才同意工作人員可以錄音、錄影以保存證據，院方要求我在不影響業務的情況下，自行排時間前往開庭與調解。訴訟過程，法律相關知識或條文均由我透過朋友得知，主管和院方未提供任何協助及支持。」（N07）

對於內部職場暴力受訪者則表示院方與單位主管均採息事寧人的態度與方式，未提供幫助與處理內部的職場暴力等糾紛（N03、N05、N08、N10、N13、N14、N15、N16），此以N08的經驗為例。N02則表示由於單位主管不支持個案控告病患/家屬，要求撤告，因個案不願意撤告，則會護理主管處處刁難，主管成為另一個職場暴力的加害者。

「我有告知新任主管關於我上班被別的同事針對跟言語酸我、孤立等情況，但是新任主管表示『你想太多、沒有這件事』不願意處理或是去瞭解到底有沒有這些事情，之後我先生寫信到護理部及院方反應我被職場霸凌，督導才來單位瞭解狀況，但是均無處理或找其他工作人員會談，只有叫我『不要太計較、別想太多…』（想要大事化小的感覺），所以到我申請調單位前，這件事情就一直沒有處理，我的處境沒有任何的改善。」（N08）

「醫院主管和護理長都要求我和家屬和解，我表達不願意之後，護理長在單位會議中表示『這沒有什麼，盡量和解.....』，並且指責我不應小題大作、被摸大腿沒有關係，同時也將我原本排定的班表做大幅度修改，並且讓我無法依照先前排定的班表休假與放假此並且上班時會一直找碴；同時因為與洗腎家屬有性騷擾之官司需要出庭，單位也不願意配合我排班，需要自行與他人換班，主管不支持的時候，我們就要面臨內外的壓力。」（N02）

以上受訪者的經驗可以瞭解到，除非是職場暴力會影響醫院的聲譽或是引發新聞事件，無論來自外部的職場暴力或內部的職場暴力，雇主/院方大多採用不積極的態度或方式來處理，以致於面對職場暴力暴力時，主管往往缺乏對受害者的支持，甚至主管還會造成更多心理的壓力。

doi:10.6342/NTU201600369

四、未保護受害者

受訪的護理人員中，受到外部職場暴力者，有8位在遭受職場暴力後，院方或主管有提供相關的保護措施（N01、N03、N04、N06、N09、N11、N12、N17），例如更換照顧區域或更換照顧的病患、減少與施暴者的接觸或是提供門禁或警衛等，此以N09為例：

「病患故意踢了旁邊的護理人員和我一腳並謾罵三字經，當時其他工作人員壓警報鈴，並且門口警衛及派出所員警隨後趕到，並且請病患做筆錄，警察僅是到場維持秩序，並未直接處理病患干擾的行為。事發之後小組長請我和和其他護理人員對調，轉到另一區照顧病患，讓我不要跟此病患接觸，而且之後病患及家屬來找我的時候，我們護理長跟警衛有先把他們擋在外面，不會讓我直接跟他們接觸」（N09）

此外有2位受到外部職場暴力的受訪者則表示醫院未提供相關的保護措施（N02、N07）， 此以N02為例：

「在家屬知道我控告他性騷擾的隔天，病患及家屬來醫院找我，我也有跟護理長表達不想見到他們，可是護理長還是讓家屬進來，家屬在我面前說：『我媽在這裡洗腎已經1年多了，我遇過這麼多小姐都可以，為什麼到你就不行』，並用三字經辱罵我，最後我只好跟他們說現在他會干擾我上班，之後再也沒有理他了，但是那個家屬還是在護理站前面跟護理長說我的不對和我的壞話，雖然我換別的區域工作，但是還是可以聽到那位家屬很大聲在罵我的聲音。」（N02）

「我有請護理長除非那個家屬是要陪他媽媽來洗腎的以外，不應該來醫院找我或是干擾我的工作，但是護理長卻沒有答應這件事，反而讓那位家屬可以一直待在護理站前面，說我的壞話或是酸我；我同事有看到這樣子的情形，可是因為怕被護理長針對，所以都只願意私下幫我」（N02）

相較於外部職場暴力，對遭受內部職場暴力的受訪者而言，由於護理臨床人力不足，臨床護理單位不容易將職場暴力施暴者與受暴者分離或更換班表，以致受害者往往仍需與施暴者一起上班或仍會有交接班會有人際上的互動，此更會造成心理壓力與對施

doi:10.6342/NTU201600369

暴者的害怕，甚至有些施暴者會知道自己被投訴等狀況，進而在臨床工作上更容易因被投訴而更針對檢舉者/受害者等行為產生，共有7位受訪者有此經驗（N05、N08、N10、N13、N14、N15、N16），並且因為內部職場暴力投訴時，缺乏保護申訴者的機制或制度，導致施暴者知道被投訴，對受害者有更多言語、心理暴力行為，共有5位有此經驗（N05、N08、N14、N15、N16）。以下為訪談個案經驗描述，此以N15經驗為例；

「我在於上班時，常會遭受到資深人員找麻煩（要求額外接新病患、不互相幫助），並且資深人員會聯合副護理長刻意調整班表（無法預到想要的假日、N（註：大夜班）off D（註：白班）等班別）；我多次向護理主管及院方提出此狀況，但是單位護理主管與督導均向護理部表示是我自己的感受問題，並無處理或溝通協調，院方也以查無事實結案。那位學姐知道自己被我投訴職場暴力以後，反而對我態度更差了。」（N15）

「單位主管用人力不足的理由說無法調動班表或是減少我和學姐的接觸，所以我們兩個還是常常會一起上班或是交接班會遇到，上班的時候會覺得煎熬，因為那位學姐就是不願意幫忙你，而且聯合其他人孤立我；甚至是交班的時候一直電我，好幾次搞的我花了2個小時才交完班，之後還要補資料、弄東西，那天下班回家都已經快晚上9點多。我們同期進來的同事，看到我被霸凌都不敢幫我講話或是反映給主管，因為他們還是要跟學姐一起上班，也會怕成為下一個被霸凌的對象」（N15）

由以上訪談可以得知，相較於外部職場暴力，受到內部職場暴力的護理人員更難接受到相關的保護，甚至內部職場暴力的施暴者可能會知道自己被投訴，進而對受害者有更多職場暴力的行為，旁觀者有可能因為人際的壓力，不願意反應及協助申訴；現行的職場暴力通報與申訴制度，鮮少對提出申訴與處理的受害者提供適當的保護。

五、臨床人力不足

無論遭受到外部或內部職場暴力，均有護理人員表示臨床護理人力不足而影響職場暴力之後之因應，例如遭受外部職場暴力時，無法更換照護區域或更換其他護理人員照顧施暴者，或是遭受內部職場暴力後仍須者與施暴者一起上班而提心吊膽。5位受到外部職場暴力的護理人員（N02、N03、N06、N07、N17）表示，由於護理臨床人力不足，在

doi:10.6342/NTU201600369

實務上很難因為遭受職場暴力而更換照顧區塊或臨時放假，造成受害者仍需要接觸病患/家屬，造成上班時候必須提心吊膽，而有心理上的壓力，此以N17經驗為例：

「我被病患兒子打了以後，我還是必須要繼續上班。護理長雖然說我可以先去急診驗傷或是回家先休息，但是我們的工作就是一個蘿蔔一個坑，我去休息，工作就要麻煩別人幫忙，其他同事會覺得增加他們負擔。所以無法去休息或是離開這個被打的環境，主要也是人力不夠的問題」（N17）

對遭受內部職場暴力而言，受訪者表示由於護理臨床人力不足，臨床護理單位不容易將職場暴力施暴者與受暴者分離或更換班表，以致受害者往往仍需與施暴者一起上班或仍會有交接班會有人際上的互動，此更會造成心理壓力與對施暴者的害怕，共有7位有此經驗（N05、N08、N10、N13、N14、N15、N16），以N14的經驗描述：

「我上班被某些人針對跟孤立，我有向單位主管要求不要和他們一起上班，而且這樣會影響病患的照顧。但是護理長跟我說因為護理人員不夠，無法完全調開我們的班。所以還是要跟某些人一起上班，只是上班的時候各自做事，也完全沒有互動；和那些針對我的人相處一起上班心裡有很多的壓力，只能默默忍受，如果人力夠的話，就可以盡量不用和那些人一起上班了」（N14）

doi:10.6342/NTU201600369

第四節　經歷職場暴力護理人員對組織氛圍感受及身心健康之影響

表10呈現受訪護理人員對於組織氛圍感受及身心健康分布的狀況。可以發現相較於外部職場暴力，遭受到內部職場暴力的護理人員感受到較為不佳的企業組織氛圍，此以N08為例；當受到職場暴力時，若組織可以提供相關的協助，則受害者會感受到較佳的企業組織氛圍，身心健康受到職場暴力影響較少，此以N12為例。職場暴力對自評健康與心理健康影響方面，訪談個案中有6位自評健康不佳、14位心理健康不佳、11位有睡眠問題、有6位使用安眠藥、2位服用抗憂鬱藥物，由此可見職場暴力對身心健康均有負面的影響，受害者可能因職場暴力更容易有睡眠問題與服用安眠藥，甚至尋求身心科醫療，此以N02為例（89頁）。

表 10：組織氛圍感受及身心健康

個案編號	醫院組織氛圍	職場暴力來源	自評健康	心理健康	抗憂鬱藥物	睡眠問題	安眠藥
N01	30	外在暴力：病患	不佳	好			
N02	12	外部：病患家屬 內部：單位主管	不佳	不好	V	V	V
N03	33	內部：護理佐理員	不佳	不好		V	
N04	39	外部：病患	佳	不好		V	
N05	25	內部：正職學姐	不佳	不好		V	
N06	36	外部：病患及家屬	佳	不好			V
N07	23	外部：病患家屬	佳	不好	V	V	
N08	24	內部：同事	不佳	不好		V	V
N09	26	外部：病患	佳	不好			
N10	30	內部：醫師	佳	不好			
N11	36	外部：病患家屬	佳	不好		V	
N12	39	外部：病患	佳	好			
N13	26	內部：主管	佳	不好		V	V
N14	24	內部：同事	不佳	不好		V	V
N15	12	內部：同事	佳	好		V	
N16	23	內部：同事	佳	好		V	V
N17	36	外部：病患家屬	佳	不好			

註：醫院組織氛圍以中文版心理社會安全氛圍（PSC-12C）量表測量，心理健康以 BSRS-5 測量

doi:10.6342/NTU201600369

受到內部職場暴力，對組織氛圍感受不佳的例子如下，以N08經驗為例：

「我覺得我們醫院對於職場暴力的事情不是很願意處理，因為之前也有學妹被這樣逼走，所以就算我在院那申訴很多次了，還是沒有改善，上面的主管就是看不見、聽不到、不處理；到我離職以前，可以感覺到醫院的氣氛和文化都很不好，才會讓職場暴力一直發生，或許要能接受這種企業文化的人，才適合來這個醫院吧！」（N08）

雖然受到來自外部的職場暴力，由於工作的醫院有提供受害者相關協助後，受害者對醫院感受到的組織氛圍例子如下，以N12經驗為例：

「我們醫院因為怕護理人員被病患打的事情搞到FB（facebook）都知道，在處理和病患打我的法律糾紛的時候，醫院都有派社服室協助甚至是請我們督導來關心我。那種被支持的感覺當然是很好，而且在家屬和病人要來醫院找我談和解的事情的時候，我們也有法律專員跟警衛在旁邊，不會讓我直接跟家屬/病患接觸；雖然醫院要求我低調、不能發佈資料在FB，整體感覺醫院是有在幫忙我們處理職場暴力的事情，壓力也不會那麼大。所以我覺得被病患打，除了當天身體會痛以外，對我的健康影響應該不大，也不會睡的不好。」（N12）

受訪的護理人員受到職場暴力後，有可能因為職場暴力事件、申訴處理制度不良及人際之間的壓力而有身心健康不佳的狀況，N02的例子如下：

「我在被病患性騷擾以後，上班的時候會特別的小心那個病患的家屬，看他會不會有不適當的舉動出現，當然這也會影響到我對病患/家屬的信賴，但是那也是出於保護自己。而且那個家屬還一直來護理站找我的麻煩，醫院又不處理，每次遇到他就是一肚子氣，有時候回去晚上都會睡不好、吃不下。」（N02）

「我的主管不支持我去告病患家屬性騷擾，她也聯合幾個他的心腹來針對我，上班的時候有很多的壓力，而且自己要更小心不要出錯，否則會死的很難看。」（N02）

「因為已經有好幾個月沒有睡好、心情也不好，所以我去看精神科拿安眠藥和憂

doi:10.6342/NTU201600369

鬱症的藥物；雖然吃藥以後可以睡的好一點，但是事情沒解決，憂鬱症的藥物幫助真的不大，常常還是要提心吊膽的上班。現在我沒有離職，主要是因為也有控告醫院管理不當，害我憂鬱症發病」（N02）

doi:10.6342/NTU201600369

第五節　護理人員對職場暴力現行制度與政策之建議

在台灣，醫療法僅將醫療場域中來自第三者的暴力、干擾行為列為公訴罪，但是對於醫院內部的職場暴力卻缺乏相關規範；職安法要求雇主需預防受僱者在工作時受到身體與精神上的不法侵害，但是實務上由於各醫療院所職場暴力通報、申訴管道不便利、未保護受害者，因此導致受害者往往需付出更多的心力以應付職場暴力通報處理後之問題。本研究訪談護理人員後，對職場暴力現行制度與政策提出相關之建議，可以分為政府與醫院經營者兩方面。以下為訪談所得對政策與制度建議內容：

一、政府方面：建立明確的外部申訴制度、提供匿名通報與安全的諮詢管道、對工作者進行相關的宣導與教育、落實勞動檢查與後續之追蹤

二、醫院方面：職場暴力申訴管道應公開與透明、足夠的臨床護理人力、充足的警衛人力以因應突來的暴力行為、監視器材應該具有功能並且定時維修、醫院進出與內部動線應做相關的規劃、對職場暴力應建立「內部吹哨者保護制度」（內部揭弊者保護制度）以及對職場暴力受害者應主動提供相關法律及心理層面的協助。

在實務上，許多護理人員對於本身勞動權益認知不足。受訪者中沒有人知道若是對企業處理職場暴力成效與過程不滿時，可以向各縣市的勞動局申訴；受訪者也會擔心，若是往外部進行申訴時，是否會讓醫院知道申訴者的身份，並且影響自己未來的工作，以下就N01、N03、N10的經驗為例：

「我們在醫院根本沒有上過關於職安法或是勞動權益的課程，根本也就不知道除了醫院以外，可以去找那個單位投訴這件事情。」（N01）

「臨床上因為人力不夠，警衛要足夠而且要有function，除了能夠將閒雜人等隔離在外面以外，暴力事件發生的時候，應該要能夠快速反應而且來協助處理，這樣我們工作才可以比較安心」（N01）

「雖然醫院都有訂立職場暴力的SOP，感覺醫院並沒有落實這樣的機制，公務機關也應該去做追蹤、檢查；因為醫院內部不願意得罪病患，我們自己要去找資料，會

doi:10.6342/NTU201600369

花費很多時間和造成壓力，所以政府要有諮詢專線，並且讓我們可以匿名去通報，這樣才不會被醫院盯上或是被別人知道是我們去通報的，才不會有更多的糾紛或是意外」（N03）

「在醫院內部受到職場暴力的時候，通常都不太會處理，但是我們也不知道該找那個單位作後續的投訴，最後就是我們只好忍耐下去。」（N10）

「政府應該強迫醫院舉辦這樣的在職教育，讓我們都知道院內、院外相關投訴的管道以及怎樣處理；這樣才不會都是處理外部的職場暴力，卻忽略了其實內部的職場暴力也很嚴重。最重要的是要保護我們這些投訴的人，否則可能他惱羞成怒，反倒是有更脫軌的行為出現。現在的政策對去爆料或投訴者，都沒有盡到保護的責任」（N10）

醫院方面，由於現今醫療體系常以「服務」掛帥，以客為尊的企業組織文化，導致面對外部職場暴力時，常常抱持著息事寧人的態度，往往受害者與病患/家屬有職場暴力相關糾紛時，雇主大多不願意採取協助與提供相關資源，並且缺乏基層護理人員的參與；也有醫療院所輕忽職場暴力的風險與危害，對於動線、監控設備未仔細規劃與保養，造成後續證據蒐集及處理上的困難，此以N17經驗為例：

「我覺得現在處理職場暴力的政策都跟臨床差很多，應該要找我們基層工作的人去，那樣才可以貼近我們日常的工作；我當時控告家屬打人的時候，醫院竟然沒有錄音、錄影的資料，好像壞了很久都沒有修理，所以這也是要改進的地方，總不能要資料的時候才發現沒有紀錄可以當佐證。」（N17）

「醫院也應該改善我們工作動線和人員的出入，才不會讓一些病患或是有問題的人隨意走動。而且現在人力很吃緊，所以被打了以後也不能請假回家休息，如果可以的話，人力應該要充足，那樣出事的時候才可以互相支援或處理」（N17）

由於臨床人力不足，無論是內部或外部職場暴力，遭受職場暴力的護理人員不容易更換照顧區域或換其他護理人員接觸施暴者，並且受訪者認為制度與政策設計上，應該要主動協助受害者處理後續問題，此以N13經驗為例：

doi:10.6342/NTU201600369

「現在臨床護理人力很缺，當我被別人孤立、霸凌的時候，都沒有辦法請假，也不能調班減少和他們那些人的接觸，這方面是醫院應該要改善的事情。而且應該在我投訴之後，立刻要有專人跟我們聯繫和回應，提供資料跟訊息，那樣比較可以減少我們心理的負擔和壓力；而且對於去爆料或申訴的人，應該有保護的相關作業或機制，以免之後被針對的更慘」（N13）

doi:10.6342/NTU201600369

第六節　討論與結論

一、職場暴力來源與因應

研究訪談顯示護理人員除了受到來自病患/家屬的外部職場暴力以外，也有來自同事或主管的內部職場暴力，顯示出職場暴力往往是多重來源與種類，此與國內外調查研究結果相符合，相較於外部的職場暴力，內部職場暴力對護理人員影響更大(Chappell & Di Martino, 2006; W. C. Chen et al., 2008; Gerald A. Farrell & Shafiei, 2012; 李選 et al., 2010; 明金蓮 et al., 2016; 陳柑伴 et al., 2010)。訪談結果發現施暴者具有本身個性、精神疾病、藥酒癮、情緒不穩、行為問題或需求不被滿足等特性，因而有暴力行為，此與之前研究結果相符合(Gerald A. Farrell & Shafiei, 2012; Pich, Hazelton, Sundin, & Kable, 2010; 明金蓮 et al., 2016)。因此，若醫院經營者能透過教學，提升護理人員學習自我防禦的技巧、辨識職場暴力之徵兆、瞭解職場暴力危險因素，有助於預防或即早處理職場暴力事件，進而減少不必要之傷害(Bjorkdahl, Hansebo, & Palmstierna, 2013; Dillon, 2012; Mohr, Warren, Hodgson, & Drummond, 2011; Steffgen, 2008)。

Pich等人回顧53篇護理職場暴力研究調查發現，遭受外部職場暴力時，有20%-90%的護理人員選擇不通報、反應，可能因素為通報時間不足、認為通報/反應後狀況不會改變、缺乏支持與回饋、認為職場暴力為工作的一部份、害怕報復或對通報流程不熟悉等等(Pich et al., 2010)，有些護理人員認為工作遭受職場暴力是無法避免的(Jones & Lyneham, 2001)；而本研究訪談護理人員遭遇外部暴力，當病患/家屬暴力行為被歸因於個人特質或因素，有8位選擇提出告訴，此與文獻對比之下有所差異，可能原因為本研究受訪者均為有提出申訴及反應職場暴力問題的護理人員，其對職場暴力的認知相較於一般未申訴或通報的護理人員可能較高，此顯示出部分護理人員會透過申訴反應職場上的問題，不會將暴力視為工作的一部份，願意爭取自身權益。

相較於受到外部職場暴力者，受到內部職場暴力的護理人員在反應或申訴多次無效，並且職場暴力狀況都沒有改善的時候，大多採取轉單位或是離職，此與許多研究結果一致(Gerald A Farrell, 1997; Landstrom et al., 1989; LeBlanc & Kelloway, 2002; 陳國瑚 et al., 2006; 蔡曉婷 et al., 2014)；受到內部職場暴力者，由於未得到適當的回應與保護，對

doi:10.6342/NTU201600369

組織氛圍感受與社會支持感受較為不佳，此和台灣調查結果相似(Shiao et al., 2010)。

組織因素會影響職場暴力產生與處理的過程(Gerald A. Farrell & Shafiei, 2012)，當組織文化對職場暴力不重視，事業單位主管處理的意願不高，或內部職場暴力來源就是主管本人，勞工多次爭取後結果不如預期，也會成為勞工事後沉默的原因之一，造成稱為習得無助感(learned helplessness)的狀態，而造成大多數工作者不願意對不良職場社會心理危害做出反應(Jones & Lyneham, 2001; Seligman, 1992)。同時，內部的職場暴力呈現出職場不良氛圍以外，也呈現出組織內部人際衝突、組織氛圍不良及工作設計不良等因素(Hutchinson et al., 2009)。受到內部職場暴力的護理人員，受限於臨床人力的不足，常常需要和施暴者有所接觸；現行職場暴力申訴制度缺乏保護申訴者或吹哨人（內部揭弊者）的機制，當施暴者知道自己被投訴時，有可能採取更激烈的手段或施暴的方式對待受害者，由此一來更容易造成受害者身心壓力與相處上的衝突，故多數護理人員採用離職或轉單位以因應來自內部的職場暴力。所以現行政策應考量增加申訴者/吹哨人的保護制度，透過制度的完備以因應來自內部的職場暴力行為；若內部職場暴力未妥善處理，不僅是造成護理人員的流失，更會形成不良的職場氛圍、衍生更多職場暴力行為，進而出現劣幣驅逐良幣效應。

二、職場暴力制度經驗與障礙

由第二章文獻查證得知，台灣對於職場暴力並未有專屬法規。職安法新增第6條第2項第3款明訂預防工作者遭受身體或精神不法侵害之預防為雇主應負的責任，但在現實中雇主往往未有明確預防職場暴力發生及透明、便利的申訴流程，甚至政府缺乏宣導外部職場暴力申訴的管道。受訪者在訪談過程中表示對醫院內部職場暴力申訴流程的不瞭解，並且也不知道外部資源如何取得，以致現行法令規章雖有明訂卻未能具體落實，雇主於對於職場暴力預防未依國家勞動法令施行應盡義務，發生暴力行為後亦未依法負起主動處理職場暴力申訴、保護受害者的責任。本研究發現，大部分雇主均未主動宣導職場暴力相關資源也未主動提供應有的協助，導致工作人員發生職場暴力後往往因為申訴與處理流程的不便利及缺乏相關資源，遭受到更多的心理壓力；甚至雇主/主管對外部「以客為尊、顧客至上」與對內部「息事寧人」的理念，不願意受害者提起職場暴力的訴訟與申訴，反倒成為職場暴力另一個加害者；職場暴力受害者申請、投訴本屬應當之

doi:10.6342/NTU201600369

權益，但卻靠自己的力量爭取時，顯現出醫院內部現行制度徒具行文、法規與外部申訴流程的不便利性。

本研究綜觀所有受訪者的經驗，可以發現職場暴力牽扯的法規相當複雜，並且受害者提出申訴時，需要由受害者蒐集與提出相關證據。現行醫院內部制度流程相當複雜，行政流程應簡化並保護受害者，讓工作者能快速完成申訴流程安心工作；但是實際上，除了對職場暴力適用的法規不瞭解外，準備資料佐證的過程中需要有人從旁協助與指導，否則容易讓工作者不知所措，尤其是需要法律諮詢。醫院協助工作者與病患/家屬之間溝通協調，降低職場暴力對於護理人員與病患/家屬的衝擊；醫院內部亦應成立專責窗口處理職場暴力申訴、、宣導申訴的管道、專職專人協助受暴的工作者並提供受害者適當的保護及心理上的支持，避免因職場暴力造成護理人員與病患/家屬有法律上的訴訟，造成護病關係的緊張與消耗社會資源。此外，醫院方面對於內部動線與人員進出做監控，例如應設立不受干擾的看診空間，避免額外的干擾與暴力的產生，以及如果為精神病患急性發作或有藥酒癮問題時，可請警衛人員從旁注意，如有突發或暴力行為時，能即早介入與調停。

此外，公權力執行不徹底，勞檢僅查檢醫院雇主是否有職場暴力標準流程，卻缺乏追蹤與確定其可行性與便利性。雇主與政府應加強宣導工作者之勞動權益，利用報章媒體、醫院內部文宣、在職教育宣導、提升雇主對組織氛圍的重視，透過良好的組織氛圍減少職場暴力對工作者負面的衝擊與影響；對於業主及員工之間的訊息流通亦應要求加強，透過法令規範要求雇主必須讓員工充分了解勞雇關係中的權利義務，雇主應該要有主動告知、提供保護的責任。建議勞動機關可以設置諮詢服務人員，建立職場暴力外部申訴的管道，以及給予雇主/主管如果刁難該如何應對的建議；工作者面對職場暴力時經過的第一關是雇主而不是勞檢處。勞工多半對這些制度沒有太多認識，當雇主不願意協助處理時，受害者很難憑自己的力量去進行申訴，因此除了需要對勞工廣為宣傳，行政體系的協助也是必要的。

在護理人員方面，首先，護理人員應提升對於勞動權利和工作權益的認知，積極參與相關教育學分，充分了解相關法令規則與權益，並且透過工作者的參與，促進企業組織提升組織良好的心理社會安全氛圍；在工會方面，目前雖然未有護理人員專屬之工

doi:10.6342/NTU201600369

會，中華民國護理師護士公會全國聯合會可作為政府與護理人員的橋樑，可透過教育和活動的方式，使護理人員充分瞭解自己權利，並向政府管理機關提出倡議與訴求，促使主管機關針對現況發行相關預防指引與制訂政策，對於政府不適當之行為必須適時予以修正改進，且落實勞動檢查和相關罰則，以提醒醫療院所應賦予護理人員適當的工作權利，強化護理人員力量。

在訪談中，許多受訪者提及雇主應扮演協助及保護職場暴力受害者的角色，當發生職場暴力需要協助時，卻感到制度不便利與流程不透明，並且時常感受雇主多半不願意得罪病患/家屬。面對內部的職場暴力時，醫院管理者大多不願意積極介入處理，多以安撫受害者為主要的方式；由於臨床護理人員人力缺乏與職場暴力申訴流程的不透明，內部職場暴力事件調查過程應該要保密、隱私，但實際上施暴者往往會知道自己被投訴有職場暴力行為，此時施暴者與受害者仍須在一起工作或工作上有所交集、無法隔離或分開，施暴者會有更嚴重的職場暴力產生，受到內部職場暴力的受訪者均表示未感受到被保護。既然職場上不良風險危害的預防是雇主的責任，雇主應該有應盡的義務，現行職場暴力申訴制度與流程對於受害者者的協助與保護相對顯得不友善。本研究建議，企業內部增設求助專線，有助勞工遇到問題時取得諮詢協助，政府則可提供資源協助事業單位建置職場暴力預防處理措施。政府協助建置長期追蹤調查監測工具，取得各行業別職場暴力事件的類型、模式、嚴重程度等資料，以支持和修正政府與組織的介入方式 (Clements, DeRanieri, Clark, Manno, & Kuhn, 2005)，建置中小企業和非營利組織的法律及心理諮商資源，協助建構外部處理機制，持續追蹤受害者的心理反應，必要時提供心理輔導諮商或轉介治療。

本研究發現多數護理人員對於工作場所安全衛生、預防的認知及法規並不清楚。受訪者對於職場暴力相關法規與制度認知，更於受暴後才開始摸索，學習。雖然，台灣的勞動主管機關透過宣傳單張、平面、廣播、網路等各種不同形式的媒體宣傳勞工權益，但似乎缺乏對職場暴力的宣導，以致成效有限難以將訊息真正傳達至需要的人。現階段國民教育中，缺乏職業安全健康與勞工權益的教育，少部分簡單介紹勞動基準法、勞工安全衛生法、勞工保險條例、性別工作平等法；此外在醫院工作場所中，對於職場暴力相關的教育相當缺乏，例如如何辨別高風險族群、可能遭遇的情況、如何防範或是遭受暴力後有哪些求援管道。最後，職場暴力與大部份職場安全問題相比，職場暴力受到人

doi:10.6342/NTU201600369

的心理和環境的交互影響，並非妥善處理環境中的物理或化學因子就能完全避免其產生；短期而言，雇主除了透過硬體的改善以外，可透過加強工作者勞動教育與職業安全衛生觀念，瞭解職場暴力並非工作一部份，政府主動式的資訊提供，如制作反職場暴力小冊子或影片，使用報章媒體散佈資訊，提高人民的對勞動權益知識，進而影響人們對職場暴力的看法、信念和態度。最終，組織應該培養對暴力零容忍的企業文化，社會營造反職場暴力的文化氛圍。

三、經歷職場暴力後對組織氛圍感受與身心健康的影響

質性訪談歸納，遭受到職場暴力的護理人員有自評健康不佳、心理健康不佳或睡眠問題等情形，甚至會因為睡眠不佳而服用助眠藥物，有兩位受訪者因職場暴力而有情緒上的問題，服用抗憂鬱藥物，顯示出職場暴力會造成身心健康負面的影響，此與許多研究結果一致(Alexy & Hutchins, 2006; Aytac et al., 2011; Choi et al., 2010; Christiansen & Nielsen, 2010; Couto et al., 2009; Hansen et al., 2006; ILO, 2014; Lallukka et al., 2011; C. Mayhew & D. Chappell, 2007; Niedhammer et al., 2011; Park et al., 2013; Schat & Kelloway, 2000; Takaki et al., 2010; Vie et al., 2011; Willness, 2007; 明金蓮 et al., 2016)。

對於外部職場暴力而言，雇主有可能因為外在因素（例如怕鬧上新聞、社群媒體）而支持受暴者處理職場暴力的問題，工作人員相對的會感受到較佳的組織氛圍。但是，相較於外部暴力，內部的職場暴力通常反映了工作場所的氛圍與人際之間的長期關係，也呈現了企業組織整體工作的氣氛與氛圍。現行職場暴力申訴與處理制度對遭受內部職場暴力工作者而言，大多數受害者感到職場暴力申訴與處理流程不明確，往往造成受害者投訴無門，由於企業對內部職場暴力事件不重視，受害者往往沒有受到足夠的保護，許多受訪者仍須和施暴者接觸及上班，甚至造成更多心理社會壓力，所以許多受到內部職場暴力的受害者，對組織氛圍感到不佳，此與過去研究結果一致(Pich et al., 2010; 明金蓮 et al., 2016)。故本研究建議，管理者應通盤考量內部職場暴力對工作者的影響，宜建立適當通報與處理流程，實際瞭解暴力事件發生的原因，介入處理，並提升組織氛圍，以減少職場暴力的產生與影響(Hall et al., 2013; Law, Dollard, Tuckey, & Dormann, 2011)。

本研究質性訪談呈現受害者職場暴力經驗與感受，其制度經驗對身心健康影響描述

doi:10.6342/NTU201600369

較為主觀性的測量，此為研究限制；並且本研究未探討受害者對不同層級關係（例如平行性關係、垂質性關係等）的感受與影響，為研究限制之二；建議未來研究設計除了訪談，可多增加客觀量性的測量，比較受害者對不同關係層級的感受與影響，以質性與量性資料作比較，更能呈現職場暴力對身心健康負面的影響。

doi:10.6342/NTU201600369

第四章　中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）信效度分析結果

第一節　研究對象之社會人口、工作特質描述性統計分析

本研究透過邀請408位臨床護理人員進行中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）之填寫，排除PSC-12C任一題項漏答者（共3人），納入分析的有效樣本共計405人（如表11）；在性別分布方面，男性22人，女性383人；在年齡方面，男性平均年齡27.8歲（SD=4.9），女性平均年齡31.8歲（SD=7.3），此樣本男女均已20-30歲年齡層居多；在教育程度方面男女性皆以大學最多（男性77.3%，女性70.2%）；在工作時段方面，男女性均以夜班及輪班者居多（男性81.8%，女性66.1%）；臨床年資方面，男性以0.3-2年居多（36.4%），女性則以10.1年及以上者居多（40.2%）；臨床晉階N層級方面，男性以N0最多（45.5%），女性則以N2最多（33.4%）；中文版心理社會安全氛圍方面，男性平均值為30.9（SD=4.2），女性平均值為30.2（SD=4.5）。。

表 11：中文版心理社會安全氛圍量表：調查對象之社會人口特質、工作特質：依性別區分

變項	男性（n=22）		女性（n=383）	
	n	%/SD	n	%/SD
年齡：平均值（標準差）	27.8	4.9	31.8	7.3
20-30 歲	16	72.7%	187	48.8%
31-40 歲	6	27.3%	160	41.8%
41-50 歲	0	0%	30	7.8%
51-60 歲	0	0%	6	1.6%
教育程度				
高中職與專科	4	18.2%	81	21.1%
大學	17	77.3%	269	70.2%
研究所及以上	1	4.5%	33	8.6%
工作時段				
固定白天班	4	18.2%	130	33.9%
夜班及輪班	18	81.8%	253	66.1%
臨床年資：平均值（標準差）	4.5	4.2	9.6	7.8
0.3-2 年	8	36.4%	65	17.0%
2.1-5 年	7	31.8%	66	17.2%
5.1-7 年	2	9.1%	32	8.4%
7.1-10 年	2	9.1%	58	15.1%
10.1 年及以上	3	13.6%	154	40.2%

doi:10.6342/NTU201600369

表 11：中文版心理社會安全氛圍量表：調查對象之社會人口特質、工作特質：依性別區分

變項	男性（n=22）		女性（n=383）	
	n	%/SD	n	%/SD
遺漏值	0	0	8	2.1%
N 層級				
N0	10	45.5%	117	30.5%
N1	5	22.7%	78	20.4%
N2	4	18.2%	128	33.4%
N3	2	9.1%	42	11.0%
N4	1	4.5%	16	4.2%
遺漏值	0	0%	2	0.5%
PSC-12C：平均值（標準差）	30.9	4.2	30.2	4.5
管理層的承諾（MC）：平均值（標準差）	7.5	1.6	7.4	1.6
管理者對此議題的重視（MP）：平均值（標準差）	7.5	1.3	7.5	1.5
組織溝通（OC）：平均值（標準差）	8.2	1.4	7.6	1.5
組織參與（OP）：平均值（標準差）	7.8	1.5	7.8	1.5

註：中文版心理社會安全氛圍量表（PSC-12C），分數範圍 12-60 分；中文版心理社會安全氛圍次量表分數範圍 3-15 分

doi:10.6342/NTU201600369

第二節　中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）信度

中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）之信度，在本研究內採內在一致性信度 Cronbach's α來檢定。

中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）內在一致信度檢定包含四個次量表：

（一）　管理層的承諾（Management Commitment, MC）：第1、2、3題；

（二）　管理者對此議題的重視（Management Priority, MP）：第4、5、6題；

（三）　組織溝通（Organization Communication, OC）：第7、8、9題；

（四）　組織參與（Organization Participation, OP）：第10、11、12題；

研究對象之中各次量表內在一致信度0.78到0.70之間，量表總分Cronbach's α為0.83；學者建議Cronbach's *α*> 0.70顯示量表良好內在一致性信度良好(DeVellis, 2012; 盧成皆 & 林京芬, 1998)，研究結果Cronbach's *α*均> 0.70顯示中文版心理社會安全氛圍內在一致信度佳。（表12）。

表12：中文版心理社會安氛圍量表內在一致性信度*Cronbach's α*

構念	PSC-12C Cronbach's *α* *（N＝405）*	PSC-12 Cronbach's α *（N＝398）註1*	PSC-12 Cronbach's α （N＝291）註2
量表總分	0.83	0.94	未提供
次量表			
管理層的承諾(MC)	0.77	0.88	0.86
管理者對此議題的重視(MP)	0.78	0.90	0.67
組織溝通(OC)	0.70	0.77	0.80
組織參與(OP)	0.76	0.80	0.77

註：1.PSC-12 Cronbach's α引用自Hall, G. B., Dollard, M. F., & Coward, J. (2010). Psychosocial safety climate: Development of the PSC-12. International Journal of Stress Management, 17(4), 353.

2. PSC-12 Cronbach's α引用自Idris, M. A., Dollard, M. F., & Winefield, A. H. (2011). Integrating psychosocial safety climate in the JD-R model: A study amongst Malaysian workers. SA Journal of Industrial Psychology, 37(2), 29-39.

doi:10.6342/NTU201600369

第三節　中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）之效度

一、　題目語意：

問卷前驅研究（pilot study）時研究者選取任職於台北市、台中市醫院的全職護理人員20人進行題目語意的訪談，受訪之護理人員均表示題目語意清楚、可瞭解，不需做修改。心理社會安全氛圍量表翻譯如表13。

表 13：中文版心理社會安全氛圍量表專家建議修改

題號	題目原文	原文翻譯	翻譯建議
1	In my workplace senior management acts quickly to correct problems/issues that affect employees' psychological health	在我的工作場所，高階管理者對於影響員工社會心理健康的議題，會迅速處理並加以改正	同前
2	Senior management acts decisively when a concern of an employee's' psychological status is raised	當員工的心理狀態可能出現問題時，高階管理人員會做果斷的處理	同前
3	Senior management show support for stress prevention through involvement and commitment	高階管理人員會透過參與和承諾，表達他們對於壓力預防工作的支持	同前
4	Psychological well-being of staff is a priority for this organization	在我的職場，員工心理健康是組織的優先考量	同前
5	Senior management clearly considers the psychological health of employees to be of great importance	高階管理人員清楚地認為，員工的心理健康非常重要	同前
6	Senior management considers employee psychological health to be as important as productivity	高階管理人員認為，員工的心理健康與生產績效同樣重要	同前
7	There is good communication here about psychological safety issues which affect me	在我的工作場所中，對於會影響我心理安全的議題，有良好的溝通管道	同前
8	Information about workplace psychological well-being is always brought to my attention by my manager/supervisor	我的主管會提供我有關職場心理健康的相關訊息	同前
9	My contributions to resolving occupational health and safety concerns in the organization are listened to	我在組織內提出解決職業健康與安全的意見會被被採納	同前
10	Participation and consultation in psychological health and safety occurs with employees', unions and health and safety representatives in my workplace	在我的職場中，員工、工會和健康暨安全代表都有參與心理健康與安全事務並提供意見	同前
11	Employees are encouraged to become involved in psychological safety and health matters	員工參與心理安全與健康事務的行為是被鼓勵的	同前
12	In my organization, the prevention of stress involves all levels of the organization	在我的職場中，壓力預防措施適用於各級員工	同前

二、　建構效度：

本研究以AMOS統計軟體來檢定驗證性因素分析（Confirmatory factor analysis，CFA），根據原量表理論與文獻基礎來驗證各題是否能代表一個變數（潛在變數），並建

doi:10.6342/NTU201600369

立其最適當之模式，首先以AMOS統計軟體畫出徑路圖（圖4）得出χ^2（卡方值）及df（自由度），並評估其模型適配度指標，以評估其模式之適合度（表14），由表14可得知驗證性因素分析其模式適合度佳，中文版心理社會安全氛圍（Psychosocial Safety Climate, PSC-12C）量表符合原文之心理社會安全氛圍（Psychosocial Safety Climate, PSC-12）量表共四個構念。

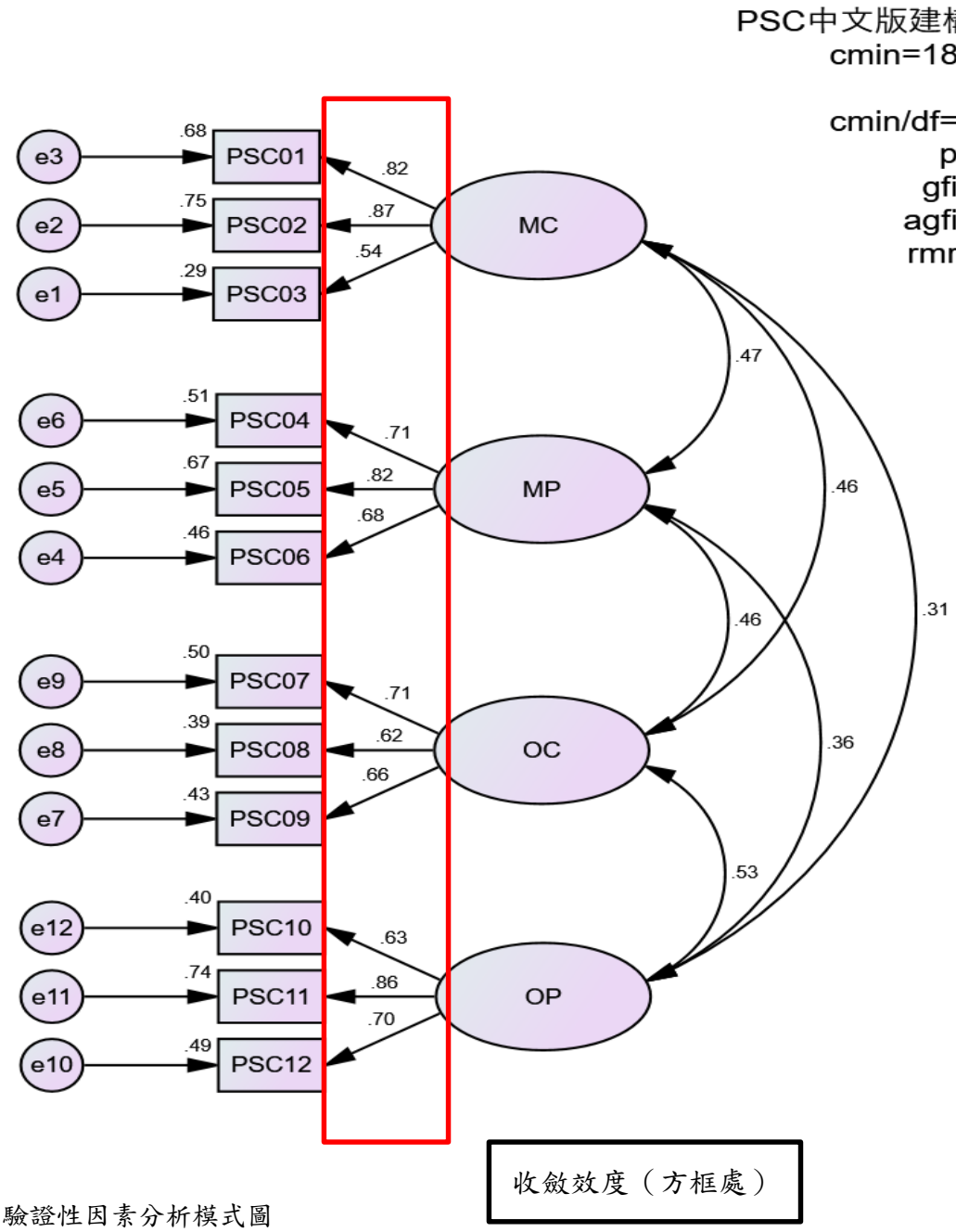

圖 4：驗證性因素分析模式圖

doi:10.6342/NTU201600369

表 14：中文版心理社會安全氛圍量表驗證性因素分析（CFA）整體模式適配度

指標名稱	指標數值	判斷值標準	判斷結果
P	0.000	P> 0.05	不合適
χ^2 /df	3.779	<5	合適
GFI	0.933	> 0.90	合適
AGFI	0.892	> 0 .80	合適
RMR	0.026	< 0.05	合適

三、　收斂效度（Convergent validity）：

本研究以標準化路徑因素負荷量進行測量模式之收斂效度。許多學者提出當每個構面因素負荷量> 0.50時，表示該量表具有收斂效度(J. F. Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 1992; Joseph F Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006)，表15收斂效度表及圖4（方框處）得知，每個題目與潛在構面之間因素負荷量介於0.54至0.87之間，管理層的承諾構面介於0.54至0.87之間；管理者對此議題的重視構面介於0.68至0.82之間；組織溝通構面介於0.62至0.71之間；組織參與構面介於0.63至0.86之間。而研究結果顯示各構面因素負荷均> 0.50，表示模式內在品質佳，量表具有收斂效度。

表 15：中文版心理社會安全氛圍量表收斂效度

題目	構面	因素負荷
01		0.82
02	管理層的承諾（Management Commitment, MC）	0.87
03		0.54
04		0.71
05	管理者對此議題的重視（Management Priority, MP）	0.82
06		0.68
07		0.71
08	組織溝通（Organization Communication, OC）	0.62
09		0.66
10		0.63
11	組織參與（Organization Participation, OP）	0.86
12		0.70

doi:10.6342/NTU201600369

四、　　區別效度（Discriminant validity）：

區別效度目的為判斷次構面間是否可被區別，例如：心理社會安全氛圍是否可被區分成管理層對心理社會安全氛圍的承諾與組織內心理社會安全氛圍的參與等不同構面；本研究使用Torkzadeh, Koufteros & pflughoeft 等學者提出之信賴區間法（bootstrap），該方法為計算構面相關係數的95%信賴區間不可包含1，則表示該量表構面具有區別效度(Torkzadeh, Koufteros, & Pflughoeft, 2003)。本研究執行bootstrap程序時設定重複抽樣2000次，IBM SPSS AMOS 22使用之bootstrap提供Bias-corrected Percentile Method及Percentile Method以估計信賴區間，這兩種方法估計結果如表16所示，在95%信心水準下，結果顯示各構面相關係數信賴區間均不包括1，顯示中文版心理社會安全氛圍量表各構面間具有區別效度（表16）。

表 16：中文版心理社會安全氛圍量表區別效度（信賴區間法）

			Bias-corrected Percentile Method		Percentile Method	
量表構面		相關係數	上限	下限	上限	下限
管理層的承諾	<--> 管理者對此議題的重視	0.473**	0.596	0.340	0.596	0.342
管理者對此議題的重視	<--> 組織溝通	0.459**	0.587	0.315	0.591	0.321
組織溝通	<--> 組織參與	0.529**	0.654	0.374	0.659	0.379
管理層的承諾	<--> 組織溝通	0.464**	0.590	0.317	0.491	0.319
管理層的承諾	<--> 組織參與	0.305***	0.436	0.159	0.434	0.157
管理者對此議題的重視	<--> 組織參與	0.356***	0.485	0.224	0.479	0.218

註：1. * p<.05　** p<.01 ***p<.001

doi:10.6342/NTU201600369

第四節　討論

本研究對408位臨床護理人員進行中文版心理社會安氛圍量表（PSC-12C）之填寫，檢視職中文版心理社會安氛圍量表的信效度，結果顯示四個分量表的Cronbach's alpha值均有0.70以上，顯示各分量表的內部一致性高。PSC-12C和PSC-12原始量表及過去使用PSC-12的研究結果相較，國外之前PSC-12各分量表的 Cronach's α係數在0.77~0.94之間(Hall et al., 2010; Mohd A Idris et al., 2011)，本研究「管理層的承諾（Management Commitment）」、「管理者對此議題的重視（Management Priority）」、「組織溝通（Organization Communication）」與「組織參與（Organization Participation）」分量表的Cronach's α係數是在0.70至0.78間，整體量表Cronach's α係數是在0.83，顯示內在一致性良好。和國外應用PSC-12的研究相較，會發現中文版PSC-12C各次量表的Cronach's α係數比國外PSC-12研究結果有所差異，可能和本研究收案對象不同以及台灣文化對於組織心理社會安全氛圍認知與感受的差異所導致；除上述以外，和國際比較必須十分謹慎，因為各個研究之樣本、工作環境、對組織感受的認知可能有很大的差異；同時，不同語言所使用的量表，或不同文化對於量表語意的理解與詮釋，可能也有很大差異。

在建構效度方面，由結構方程式進行之驗證性因素分析（CFA）所得到的因素結構，與原文之心理社會安全氛圍量表結構相當符合；收斂效度方面，四個分量表每個題目與潛在構念之間因素負荷量均達.50以上，表示中文版心理社會安全氛圍量表具有收斂效度。區別效度方面，4個次量表之間相關係數信賴區間均不包括1，顯示此量表個構面間具有區別效度。 驗證性因素分析（CFA）中「管理層的承諾」、「管理者對此議題的重視」、「組織溝通」與「組織參與」4個分量表的題目分佈與原PSC-12量表分佈結果相同，並且中文版PSC-12C結構方程式模型的適配度指標在合宜的範圍內，表示在此研究群體中這對於心理社會安全氛圍4個軸向的測量符合原量表之構面。

收斂效度（Convergent validity）方面，透過標準化因素負荷計算因素負荷量可瞭解到中文化之心理社會安全氛圍量表具有收斂效度，顯示其題目可確實測量該構面，支持量表題目之結構。區別效度（Discriminant validity）方面，運用信賴區間法（bootstrap）為計算各個構面相關係數的95%信賴區間，所得結果支持各個構面彼此具有區別性，也支持了中文版心理社會安全氛圍量表4個構面之間具有區別性，支持量表之建構效度。

doi:10.6342/NTU201600369

本研究以護理人員為樣本的「中文版心理社會安全氛圍量表（PSC-12C）」，包含4個因素構面，共12題，中文版心理社會安全氛圍量表信、效度適當。中文版因素結構與原量表相同，中文版心理社會安全氛圍量表具有良好的內部一致性、建構效度、以及符合理論預期的收斂效度與區別效度，可以作為評估工作職場心理社會安全氛圍的測量工具，除了有助早期瞭解工作職場氛圍等問題，更有助於職場環境對工作者身心健康影響與相關機制之探討。

doi:10.6342/NTU201600369

第五節　研究限制與建議

本研究有下述限制。首先，在研究族群上，由於採取方便取樣選取受測者，且這些護理人員皆主動自願參與此研究，因此研究對象在職等、工作環境與其他職場特質上，難以代表全國護理人員或其他工作環境與族群。此外，由於本研究受測者為正職、全職的護理人員，因此研究結果可能也無法直接推論至兼職者或部分工時之護理人員；職場特質、組織特殊性（例如公、私立單位等）與個人特質感受也可能影響量表的填答與研究的外推性。問卷是受訪者自行填寫，研究中雖已設定採不記名問卷，以減少其填答問卷可能的疑慮，研究者在問卷回收後，將大幅漏填或填答 明顯不合理的問卷刪除，但沒有辦法完全確認其填答結果的真實性。

再者，由於「心理社會安全氛圍」在台灣為新興的觀念，問卷中的陳述方式與感受，可能會因個人認知、職場環境、年齡世代或文化不同而有所差異。本研究由於以問卷調查方式進行資料蒐集，因此僅測量受訪者主觀對於組織心理社會安全氛圍的感受，至於是否能確實反映受訪者工作組織內部氛圍，有待後續研究進一步深入探討。此外，本研究量表的次量表包括組織參與、組織溝通、管理者對此議題的重視、管理層的承諾四個層面，對於外包或是派遣的工作者而言，對於「組織」的想法、感受與一般受僱者有所差異，可能造成PSC-12C量表適用性不佳或題目缺乏區辨力，故此量表如果使用在不同聘僱模式之工作者時，應用性需多加考量。

中文版心理社會安全氛圍量表雖採自國外量表，但本研究並不刻意作直接的國際比較。事實上，台灣對於組織氛圍的測量與研究可以說是剛起步，除了對於不同語言版本除了在語意上差異以外，不同社會組織文化對於心理社會安全氛圍的詮釋與概念有可能有顯著差異，故難以作直接比較。但參考先進國家理論模型與量表仍有其重要性。建議未來研究能進一步應用於各種職場之(如不同職場與類型的工作者) ，採大量樣本驗證中文版量表信效度，並以不同類型研究(如訪談研究、長期追蹤、介入研究)加以深入檢視。期待未來能應用此量表進行探討工作組織氛圍之調查，以提供職場管理階層或健康專業人員，能適切介入措施，改善職場環境的氛圍，並可用於未來相關研究領域之參考。

doi:10.6342/NTU201600369

第五章　問卷調查量性分析研究結果

第一節　研究對象之社會人口、工作特質描述性統計分析

本研究問卷總共發放75家醫院1928份問卷（1853份護理人員，75份職安人員），回收1830份（1755份護理人員，職安人員75份）；護理人員問卷其中男性63位（3.6%），女性1692位（96.4%）；職安人員問卷其中男性36位（48.0%），女性39位（52.0%）；醫院方面，台北市共33家（30家勞檢處協助發放，3家透過人際網路收集），新北市共20家（18家勞檢處協助發放，2家透過人際網路收集），高雄市共12幾家（11家勞檢處協助發放，1家透過人際網路收集），其餘嘉義縣1家、嘉義市1家、台南市1家、台中市5家、南投縣1家、苗栗縣1家（表13）。醫院個案方面，由於H-34、H40醫院個案數不足10位，故於多階層分析時予以刪除（共2位女性）；由於男性個案數未大於100故於多階層分析時，將男性個案刪除（63位），多階層分析對象為女性護理人員1690位，如表17。

本研究調查同時也詢問醫院內部職安人員，瞭解目前該醫院內部職場暴力處理流程與教育訓練舉辦頻率之相關資訊；調查樣本中有61家醫院訂有職場暴力相關處理流程（81.3%），職場暴力相關教育訓練以不定期舉辦者居多（33家，44.0%），如表17。

表 17：多階層分析調查醫院護理人員樣本數：依性別區分

地區	醫院代號	回收樣本數	男性		女性		是否訂立職場暴力處理流程	職場暴力教育訓練舉辦頻率
			n	%	n	%		
透過勞檢處收集之問卷（依回收順序排序）								
台北市	H-01	19	0	0.0%	19	100.0%	有	不定時舉辦
	H-02	20	0	0.0%	20	100.0%	有	不定時舉辦
	H-03	20	1	5.0%	19	95.0%	有	半年一次
	H-04	22	0	0.0%	22	100.0%	有	不定時舉辦
	H-05	18	1	5.6%	17	94.4%	有	不定時舉辦
	H-06	20	2	10.0%	18	90.0%	有	不定時舉辦
	H-07	20	0	0.0%	20	100.0%	沒有	其他
	H-08	20	0	0.0%	20	100.0%	有	不定時舉辦
	H-09	20	0	0.0%	20	100.0%	有	每年一次
	H-10	20	0	0.0%	20	100.0%	有	半年一次
	H-11	20	0	0.0%	20	100.0%	有	半年一次
	H-12	20	0	0.0%	20	100.0%	有	半年一次

doi:10.6342/NTU201600369

表 17：多階層分析調查醫院護理人員樣本數：依性別區分

地區	醫院代號	回收樣本數	男性		女性		是否訂立職場暴力處理流程	職場暴力教育訓練舉辦頻率
			n	%	n	%		
	H-13	18	0	0.0%	18	100.0%	有	半年一次
	H-14	20	0	0.0%	20	100.0%	有	不定時舉辦
	H-15	20	2	10.0%	18	90.0%	有	半年一次
	H-16	19	0	0.0%	19	100.0%	有	半年一次
	H-17	18	0	0.0%	18	100.0%	有	每季一次
	H-18	20	2	10.0%	18	90.0%	有	不定時舉辦
	H-19	19	0	0.0%	19	100.0%	有	半年一次
	H-20	20	1	5.0%	19	95.0%	有	其他
	H-21	21	0	0.0%	21	100.0%	有	不定時舉辦
	H-22	21	3	14.3%	18	85.7%	有	半年一次
	H-23	20	0	0.0%	20	100.0%	有	每年一次
	H-24	20	0	0.0%	20	100.0%	有	每年一次
	H-25	20	3	15.0%	17	85.0%	有	半年一次
	H-26	21	4	19.0%	17	81.0%	有	每年一次
	H-27	20	4	20.0%	16	80.0%	有	半年一次
	H-28	20	0	0.0%	20	100.0%	有	每年一次
	H-29	20	0	0.0%	20	100.0%	有	每年一次
	H-30	42	0	0.0%	42	100.0%	有	不定時舉辦
	H-31	20	0	0.0%	20	100.0%	有	不定時舉辦
	H-32	28	2	7.1%	26	92.9%	有	半年一次
	H-33	30	0	0.0%	30	100.0%	有	半年一次
	H-34*	1	0	0.0%	1	100.0%	有	每年一次
	H-35	13	1	7.7%	12	92.3%	有	不定時舉辦
高雄市	H-36	29	0	0.0%	29	100.0%	有	半年一次
	H-37	29	0	0.0%	29	100.0%	有	半年一次
	H-38	19	0	0.0%	19	100.0%	有	每季一次
	H-39	49	1	2.0%	48	98.0%	有	不定時舉辦
	H-40*	1	0	0.0%	1	100.0%	有	每年一次
	H-41	11	0	0.0%	11	100.0%	有	每年一次
	H-42	25	2	8.0%	23	92.0%	有	不定時舉辦
	H-43	58	3	0.0%	55	94.8%	有	每季一次
	H-44	17	1	5.9%	16	94.1%	有	每年一次
	H-45	20	2	10.0%	18	90.0%	有	半年一次
	H-46	30	0	0.0%	30	100.0%	有	每年一次
新北市	H-47	16	1	6.3%	15	93.8%	沒有	不定時舉辦
	H-48	29	0	0.0%	29	100.0%	沒有	不定時舉辦
	H-49	28	0	0.0%	28	100.0%	有	每年一次
	H-50	30	0	0.0%	30	100.0%	有	不定時舉辦
	H-51	31	0	0.0%	31	100.0%	有	半年一次

doi:10.6342/NTU201600369

表 17：多階層分析調查醫院護理人員樣本數：依性別區分

地區	醫院代號	回收樣本數	男性		女性		是否訂立職場暴力處理流程	職場暴力教育訓練舉辦頻率
			n	%	n	%		
	H-52	30	1	3.3%	29	96.7%	有	每年一次
	H-53	27	0	0.0%	27	100.0%	有	每年一次
	H-54	30	1	3.3%	29	96.7%	不清楚	不定時舉辦
	H-55	27	0	0.0%	27	100.0%	有	不定時舉辦
	H-56	25	1	4.0%	24	96.0%	有	每年一次
	H-57	29	0	0.0%	29	100.0%	沒有	不定時舉辦
	H-58	28	0	0.0%	28	100.0%	有	不定時舉辦
透過私人網絡收集之問卷（依回收順序排序）								
台中市	H-59	32	3	9.4%	29	90.6%	沒有	不定時舉辦
嘉義縣	H-60	33	0	0.0%	33	100.0%	沒有	不定時舉辦
嘉義市	H-61	40	4	10.0%	36	90.0%	沒有	不定時舉辦
台南市	H-62	25	2	8.0%	23	92.0%	沒有	不定時舉辦
台中市	H-63	41	3	7.3%	38	92.7%	沒有	不定時舉辦
高雄市	H-64	24	1	4.2%	23	95.8%	有	不定時舉辦
台北市	H-65	26	0	0.0%	26	100.0%	沒有	不定時舉辦
台北市	H-66	27	0	0.0%	27	100.0%	有	不定時舉辦
新北市	H-67	20	2	10.0%	18	90.0%	有	每年一次
台中市	H-68	32	1	3.1%	31	96.9%	有	不定時舉辦
台北市	H-69	12	0	0.0%	12	100.0%	沒有	半年一次
南投縣	H-70	16	1	6.3%	15	93.8%	有	半年一次
台中市	H-71	20	0	0.0%	20	100.0%	有	不定時舉辦
台南市	H-72	20	3	15.0%	17	85.0%	沒有	不定時舉辦
苗栗縣	H-73	20	0	0.0%	20	100.0%	沒有	不定時舉辦
台中市	H-74	17	2	11.8%	15	88.2%	有	每年一次
新北市	H-75	22	2	9.1%	20	90.9%	有	半年一次
	總和	1755	63	3.6%	1692	96.4%		

*註：1. H-34、H-40 因個案數不足 10 人，分析時刪除

2. 是否訂立職場暴力處理流程、職場暴力教育訓練舉辦頻率，由職安人員填答

表18呈現出問卷調查護理人員之社會人口特質、職場特質、職場暴力與健康狀態之描述性統計。調查樣本中男性平均年齡31.78歲（SD=7.77），女性平均年齡33.40歲（SD=8.42），以20-30歲年齡層最多（男性55.56%，女性42.84%）；教育程度以大學居多（男性66.67%，女性58.64%）；工作時段以夜班及輪班為大多數；臨床年資男性平均臨床年資6.55年（SD=5.72），女性平均平均臨床年資11.03年（SD=8.32）；臨床晉階層級男性以N0最多，女性以N2最多；男性平均每週工時44.49小時（SD=7.77），女性平均每週工時42.58小時（SD=11.53）。

doi:10.6342/NTU201600369

護理人員在無論男女最近12個月曾在工作時遭遇的暴力型態以言語暴力最為普遍，男性其次為肢體暴力，女性其次為心理暴力。依男女性區分，可發現男性護理人員遭受言語暴力之盛行率68.25%、心理暴力36.51%、肢體暴力盛行率46.03%、性騷擾15.87%，有上述任一種形式職場暴力之盛行率為73.02%；女性護理人員之言語暴力盛行率為62.60%、心理暴力33.61%、肢體暴力盛行率28.64%、性騷擾14.38%，而有上述任一種形式暴力之盛行率為66.69%。在健康狀態方面，女性護理人員自評健康不佳17.22%，男性自評健康不佳11.11%；女性護理人員心理健康不佳45.15%，男性心理健康不佳44.44%。

表 18：調查對象社會人口特質、職場特質、職場暴力與健康狀態之分佈：依性別區分

變項	男性 (n=63)		女性 (n=1690)	
	n/mean	%/SD	n/mean	%/SD
年齡：平均值（標準差）	31.78	7.77	33.40	8.42
20-30 歲	35	55.56%	724	42.84%
31-40 歲	16	25.40%	672	39.76%
41-60 歲	12	19.05%	288	17.04%
遺漏值	0	0	6	0.36%
教育程度				
高中職與專科	12	19.05%	608	35.98%
大學	42	66.67%	991	58.64%
研究所及以上	9	14.29%	91	5.38%
工作時段				
固定白天班	13	20.63%	556	32.90%
夜班及輪班	50	79.37%	1134	67.10%
臨床年資：平均值（標準差）	6.55	5.72	11.03	8.32
0.3-2 年	14	22.22%	207	12.25%
2.1-5 年	20	31.75%	286	16.92%
5.1-7 年	5	5%	147	8.70%
7.1-10 年	6	9.52%	255	15.09%
10.1 年及以上	14	22.22%	741	43.85%
遺漏值	4	6.35%	54	3.20%
N 層級				
N0	18	28.57%	382	22.60%
N1	13	20.63%	318	18.82%
N2	13	20.63%	536	31.72%

doi:10.6342/NTU201600369

表 18：調查對象社會人口特質、職場特質、職場暴力與健康狀態之分佈：依性別區分

變項	男性 (n=63)		女性 (n=1690)	
	n/mean	%/SD	n/mean	%/SD
N3	4	6.35%	156	9.23%
N4	3	4.76%	50	2.96%
遺漏值	12	19.05%	248	14.67%
每週工時：平均值（標準差）	44.49	7.77	45.28	11.53
體力負荷				
無	11	17.46%	264	15.62%
有	52	82.54%	1426	84.38%
工作控制：平均值（標準差）	66.51	6.34	66.69	24.06
高	21	33.33%	564	33.37%
中	24	38.10%	596	35.27%
低	18	28.57%	530	31.36%
工作負荷：平均值（標準差）	20.33	3.26	20.69	9.74
低	33	52.38%	764	45.21%
中	12	19.05%	415	24.56%
高	18	28.57%	511	30.24%
職場正義：平均值（標準差）	20.08	2.64	19.67	4.58
高	5	7.94%	127	7.51%
中	43	68.25%	987	58.40%
低	15	23.81%	576	34.08%
心理社會安全氛圍：平均值（標準差）	34.35	5.08	34.04	5.84
高	7	11.11%	191	11.30%
中	32	50.79%	917	54.26%
低	24	38.10%	582	34.44%
任一型式之職場暴力（有/無）	46	73.02%	1127	66.69%
言語暴力（有/無）	43	68.25%	1058	62.60%
心理暴力 （有/無）	23	36.51%	568	33.61%
肢體暴力（有/無）	29	46.03%	484	28.64%
性騷擾（有/無）	10	15.87%	243	14.38%
自評健康狀況不佳	7	11.11%	291	17.22%
心理健康(BSRS-5)：平均值（標準差）	5.76	4.31	5.93	4.17
心理健康佳（<6 分）	35	55.56%	927	54.85%
心理健康不佳（≥6 分）	28	44.44%	763	45.15%

註：職場暴力之測量為最近 12 個月內是否遭受到職場暴力

doi:10.6342/NTU201600369

在男性與女性之中，各種職場暴力主要來源大多為外來之病患或病患家屬；言語暴力、心理暴力與性騷擾的來源有部分為醫院內部同事或督導/管理者（表19）。

表 19：職場暴力主要來源

暴力種類	男性(N=63)			女性(N=1690)		
	n	暴力主要來源	個案數(%)	n	暴力主要來源	個案數(%)
肢體暴力（輕微）	29	---	23(79.31%)	484	---	378(78.10%)
肢體暴力（嚴重）		---	6(20.69%)		---	106(21.90%)
肢體暴力	29	病患或病患家屬	27(93.1%)	484	病患或病患家屬	476(98.3%)
		同事	1(3.4%)		同事	6(1.2%)
		督導或管理者	1(3.4%)		督導或管理者	1(0.2%)
		其他	0		其他	1(0.2%)
言語暴力	43	病患或病患家屬	37(86.0%)	1058	病患或病患家屬	922(87.1%)
		同事	3(7.0%)		同事	107(10.1%)
		督導或管理者	3(7.0%)		督導或管理者	24(2.3%)
		其他	0		其他	5(0.5%)
心理暴力	23	病患或病患家屬	20(87.0%)	568	病患或病患家屬	439(77.3%)
		同事	2(8.7%)		同事	104(18.3%)
		督導或管理者	1(4.3%)		督導或管理者	22(3.9%)
		其他	0		其他	3(0.5%)
性騷擾	10	病患或病患家屬	9(90%)	243	病患或病患家屬	204(84.0%)
		同事	1(10%)		同事	37(15.2%)
		督導或管理者	0		督導或管理者	2(0.8%)

doi:10.6342/NTU201600369

第二節　社會人口學特質、職場暴力對身心健康影響之迴歸分析

表20呈現女性護理人員其人口學與職場特質對任一職場暴力盛行率的複迴歸邏輯式分析結果，分析架構如圖2（第46頁）。在女性護理人員之中，夜班及輪班者、高工作負荷者、低職場正義及低心理社會安全氛圍之護理人員，發生職場暴力的風險顯著高於其他護理人員。相較於31-65歲的護理人員，18-30歲的護理人員受到職場暴力風險未顯著較高（OR=1.066，p=0.541）。

表 20：任一形式職場暴力之複邏輯斯迴歸分析(multiple logistic regression)：女性

變項	女性 (N=1690)		
	OR	(95%CI)	p value
教育程度			
高中職與專科	1		
大學	1.263	(1.001, 1.594)	0.049
研究所及以上	1.349	(.799, 2.280)	0.263
工作時段			
固定白天班	1		
夜班及輪班	2.069	(1.622, 2.638)	<0.001
臨床年資			
0.3-2 年	1		
2.1-5 年	1.264	(0.866, 1.845)	0.225
5.1-7 年	1.189	(0.753, 1.879)	0.457
7.1-10 年	1.140	(0.772, 1.683)	0.510
10.1 年及以上	1.387	(0.997, 1.929)	0.052
體力負荷			
無	1		
有	1.286	(0.949, 1.742)	0.105
工作控制			
高	1		
中	1.114	(0.837, 1.482)	0.460
低	1.164	(0.850, 1.595)	0.343
工作負荷			
低	1		
中	1.891	(1.427, 2.507)	<0.001

doi:10.6342/NTU201600369

表 20：任一形式職場暴力之複邏輯斯迴歸分析(multiple logistic regression)：女性

變項	女性 (N=1690)		
	OR	(95%CI)	p value
高	3.061	(2.248, 4.168)	<0.001
職場正義			
高	1		
中	1.217	(0.765, 1.936)	0.406
低	2.539	(1.509, 4.269)	<0.001
心理社會安全氛圍			
高	1		
中	1.793	(1.222, 2.630)	0.003
低	2.437	(1.329, 4.470)	0.004

表21呈現人口特質與職場特質對護理人員對自評健康不佳與心理健康不佳之複迴歸邏輯式分析。結果顯示，高工作負荷與低職場心理社會安全氛圍等職場特質，為護理人員自覺健康不佳的預測因子；夜班及輪班、高體力負荷、低工作控制、高工作負荷等職場特質，為護理人員心理健康不佳的預測因子。

表 21：生理健康與心理健康之複邏輯斯迴歸分析(multiple logistic regression)：女性

變項	女性(N=1690)			
	自評健康不佳		心理健康不佳	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
教育程度				
高中職與專科	1		1	
大學	1.080	(0.810, 1.439)	0.957	(0.768, 1.191)
研究所及以上	0.788	(0.397, 1.565)	0.717	(0.435, 1.181)
臨床年資				
0.3-2 年	1		1	
2.1-5 年	1.152	(0.730, 1.819)	1.382	(0.969, 1.971)
5.1-7 年	1.231	(0.718, 2.108)	1.583	(1.033, 2.424)*
7.1-10 年	0.844	(0.517, 1.380)	1.192	(0.823, 1.724)

doi:10.6342/NTU201600369

表 21：生理健康與心理健康之複邏輯斯迴歸分析(multiple logistic regression)：女性

變項	女性(N=1690) 自評健康不佳 OR	(95%CI)	心理健康不佳 OR	(95%CI)
10.1 年及以上	0.899	(0.596, 1.355)	0.975	(0.713, 1.334)
工作時段				
固定白天班	1		1	
夜班及輪班	1.248	(0.915, 1.702)	1.271	(1.008, 1.602)*
體力負荷				
無	1		1	
有	0.937	(0.618, 1.419)	1.357	(0.996, 1.850)
工作控制				
高	1		1	
中	1.146	(0.791, 1.659)	1.353	(1.031, 1.776)*
低	1.563	(1.100 2.221)*	1.497	(1.130 1.983)**
工作負荷				
低	1		1	
中	1.669	(1.164, 2.391)**	1.564	(1.199, 2.040)***
高	2.228	(1.562, 3.180)***	2.822	(2.144, 3.715)***
職場正義				
高	1		1	
中	1.010	(0.500, 2.039)	1.122	(0.706, 1.783)
低	1.467	(0.713, 3.017)	1.479	(0.901, 2.428)
心理社會安全氛圍				
高	1		1	
中	3.094	(1.510, 6.339)**	1.456	(0.985, 2.151)
低	5.602	(2.512, 12.492)***	2.830	(1.650, 4.853)***

註：*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

doi:10.6342/NTU201600369

進一步將各種職場暴力分別置入迴歸模型，如表22資料所示。發現在控制年齡、年資、職場特質與職場心理社會安全氛圍之後，曾遭受任一形式職場暴力的女性護理人員，其自覺健康不佳及心理健康不佳的勝算比均顯著高於未遭遇職場暴力的護理人員。表22結果顯示，在四種暴力形式中，言語暴力對自評健康的相關最強，心理暴力對心理健康的相關最強。

表 22：女性護理人員職場暴力、自評健康與心理健康之複邏輯斯迴歸分析

	女性(N=1690)			
變項	自評健康不佳		心理健康不佳	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
無職場暴力（參考組）	1		1	
任一職場暴力	1.840	(1.301, 2.602)***	1.507	(1.195, 1.901)***
無言語暴力（參考組）	1		1	
言語暴力	1.922	(1.383, 2.671)***	1.555	(1.242, 1.947)***
無心理暴力（參考組）	1		1	
心理暴力	1.859	(1.413, 2.445)***	1.811	(1.450, 2.261)***
無肢體暴力（參考組）	1		1	
肢體暴力（輕微）	1.159	(0.846, 1.587)	.936	(0.728, 1.202)
肢體暴力（嚴重）	1.663	(1.030, 2.684)*	1.666	(1.071, 2.592)*
無性騷擾（參考組）	1		1	
性騷擾	1.693	(1.209, 2.371)**	1.487	(1.109, 1.993)**

註：1. *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001
2.迴歸分析均為個別之統計模型，控制年資、職場特質與職場心理社會安全氛圍

根據台灣護理學會2015年報告書指出，台灣護理人員平均執業約6-7年(王桂芸, 蔣立琦, 陳小蓮, & 陳淑芬, 2015)，本研究將年齡分為18-30歲及31歲以上兩個族群，驗證職場暴力對健康的影響是否在不同年齡層有所差異；結果顯示職場暴力對自評健康與心理健康的影響，在年輕（18-30歲）的族群中影響較為顯著（OR=2.459, 95%CI= 1.442, 4.191, p<0.001），表23、24。

doi:10.6342/NTU201600369

表 23：自評健康之複邏輯斯迴歸(logistic regression)分析：以年齡區分

變項	自評健康不佳 年齡 18-30 歲（n=726）		自評健康不佳 年齡 31-65 歲（n=964）	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
職場暴力（有/無）	2.459	(1.442, 4.191)***	1.551	(0.980, 2.452)
教育程度				
高中職與專科	1		1	
大學	1.248	(0.818, 1.905)	0.927	(0.623, 1.380)
研究所及以上	---	--- ---	0.791	(0.379, 1.649)
工作時段				
固定白天班	1		1	
夜班及輪班	1.316	(0.721, 2.403)	1.154	(0.790, 1.685)
體力負荷				
無	1		1	
有	0.790	(0.419, 1.489)	0.968	(0.551, 1.698)
工作控制				
高	1		1	
中	1.044	(0.604, 1.805)	1.142	(0.684, 1.908)
低	1.361	(0.798, 2.321)	1.666	(1.037, 2.675)*
工作負荷				
低	1		1	
中	0.790	(0.449, 1.391)	2.646	(1.615, 4.334)***
高	1.313	(0.792, 2.175)	3.065	(1.810, 5.192)***
職場正義				
高	1		1	
中	0.854	(0.350, 2.082)	1.113	(0.341, 3.631)
低	1.292	(0.510, 3.277)	1.276	(0.388, 4.203)
心理社會安全氛圍				
高	1		1	
中	3.059	(1.111, 8.419)*	2.829	(1.022, 7.835)*
低	5.275	(1.645, 16.914)**	4.840	(1.574, 14.885)**

註：*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

doi:10.6342/NTU201600369

表 24：心理健康之複邏輯斯迴歸(logistic regression)分析：以年齡區分

變項	心理健康不佳 年齡 18-30 歲（n=726）		心理健康不佳 年齡 31-65 歲（n=964）	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
職場暴力（有/無）	1.792	(1.265, 2.540)**	1.341	(0.982, 1.832)
教育程度				
高中職與專科	1		1	
大學	0.885	(0.639, 1.225)	1.042	(0.772, 1.407)
研究所及以上	0.653	(0.176, 2.421)	.742	(0.424, 1.297)
工作時段				
固定白天班	1		1	
夜班及輪班	1.224	(0.797, 1.881)	1.145	(0.861, 1.523)
體力負荷				
無	1		1	
有	0.997	(0.604, 1.645)	1.640	(1.094, 2.460)*
工作控制				
高	1		1	
中	1.489	(0.987, 2.247)	1.289	(0.893, 1.860)
低	1.407	(0.913, 2.166)	1.619	(1.114, 2.351)*
工作負荷				
低	1		1	
中	1.381	(0.911, 2.095)	1.545	(1.086, 2.197)*
高	2.746	(1.823, 4.138)***	2.448	(1.669, 3.591)***
職場正義				
高	1		1	
中	1.124	(0.608, 2.079)	1.075	(0.513, 2.251)
低	1.251	(0.629, 2.488)	1.423	(0.663, 3.051)
心理社會安全氛圍				
高	1		1	
中	1.330	(0.750, 2.358)	1.427	(0.829, 2.456)
低	2.997	(1.251, 7.182)*	2.498	(1.227, 5.088)*

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

doi:10.6342/NTU201600369

為瞭解組織安全氛圍對職場暴力與身心健康的影響，而執行多階層分析（分析架構如圖3），表25呈現出多階層分析中，各醫院團體內在一致信度的指標（Rwg）、社會心理安全氛圍平均數/標準差以及所屬醫院其社會心理安全氛圍之等級分層。可得知各醫院之內在一致性Rwg均> 0.70，表示團體中抽樣的樣本具有共同的感受(James et al., 1984, 1993; D. Zohar, 2000)，故將醫院內部個別樣本的分數整合成群體分數以代表此醫院之心理社會安全氛圍。醫院內在一致性Rwg、心理社會安全氛圍分數與等級之分佈如表25。

表 25：調查對象醫院內部一致性、心理社會安全氛圍分佈與等級

醫院代號	樣本數	Rwg	PSC-12C 總分 Mean/SD		分數分層	PSC-12C MC Mean/SD		PSC-12C MP Mean/SD		PSC-12C OC Mean/SD		PSC-12C OP Mean/SD	
H-01	19	0.84	33.74	3.87	中	8.47	1.35	8.53	1.43	8.37	1.07	8.37	1.07
H-02	20	0.85	35.80	5.52	高	8.95	1.39	8.95	1.43	9.05	1.28	8.85	1.53
H-03	19	0.84	34.16	5.40	中	8.16	1.74	8.58	1.30	8.68	1.42	8.74	1.24
H-04	22	0.89	34.14	3.01	中	8.41	1.10	8.50	1.06	8.50	0.91	8.73	0.94
H-05	17	0.83	34.53	5.82	中	8.53	1.50	8.53	1.70	8.71	1.45	8.76	1.30
H-06	18	0.85	32.17	5.34	低	7.94	1.39	8.06	1.30	8.06	1.35	8.11	1.37
H-07	20	0.82	35.40	5.57	高	8.95	1.39	8.85	1.63	8.80	1.44	8.80	1.40
H-08	20	0.79	30.50	6.45	低	7.35	1.69	7.70	1.69	7.60	1.73	7.85	1.73
H-09	20	0.77	32.15	6.92	低	7.90	1.97	8.00	1.84	7.95	2.04	8.30	1.49
H-10	20	0.87	33.05	4.44	低	8.35	1.04	8.35	1.14	8.20	1.24	8.15	1.27
H-11	20	0.91	34.85	2.83	中	8.85	1.09	8.75	0.64	8.60	0.88	8.65	0.81
H-12	20	0.89	35.65	3.90	高	8.95	0.94	8.95	1.10	8.90	1.12	8.85	1.09
H-13	18	0.79	35.11	6.69	高	8.44	1.79	8.89	1.81	8.89	1.71	8.89	1.71
H-14	20	0.89	35.15	3.86	高	8.75	1.16	8.65	1.09	8.85	0.88	8.90	1.02
H-15	18	0.89	35.67	4.26	高	8.94	1.16	8.83	1.10	8.94	1.06	8.94	1.11
H-16	19	0.94	37.05	1.35	高	9.53	0.77	9.26	0.45	9.11	0.32	9.16	0.37
H-17	18	0.88	35.67	4.17	高	8.72	1.02	8.94	1.26	8.94	1.16	9.06	1.16
H-18	18	0.82	35.17	5.67	高	8.67	1.53	8.78	1.56	9.22	1.06	8.50	1.95
H-19	19	0.84	36.68	5.42	高	9.11	1.56	9.16	1.34	9.32	1.29	9.11	1.41
H-20	19	0.86	34.79	4.88	中	8.79	1.23	8.63	1.30	8.58	1.35	8.79	1.23
H-21	21	0.80	34.29	6.21	中	8.48	1.72	8.67	1.56	8.48	1.57	8.67	1.77
H-22	18	0.90	33.89	3.74	中	8.50	1.04	8.28	1.18	8.56	0.98	8.56	0.86
H-23	20	0.78	37.70	7.04	高	9.25	1.89	9.35	1.73	9.60	1.73	9.50	1.85
H-24	20	0.79	30.00	6.63	低	7.50	1.79	7.45	1.79	7.50	1.70	7.55	1.76
H-25	17	0.75	35.71	8.42	高	8.76	2.31	8.94	2.41	8.82	2.48	9.18	1.85
H-26	17	0.86	34.82	4.29	中	8.76	1.09	8.71	1.26	8.41	1.42	8.94	0.90
H-27	16	0.89	34.75	4.12	中	8.56	0.96	8.69	1.08	8.81	1.22	8.69	1.14
H-28	20	0.80	33.65	6.17	中	8.25	1.52	8.20	1.79	8.55	1.70	8.65	1.66
H-29	20	0.86	34.45	4.63	中	8.55	1.39	8.80	1.44	8.65	1.09	8.45	1.19
H-30	42	0.82	34.83	5.70	中	8.86	1.47	8.57	1.56	8.69	1.41	8.71	1.55

doi:10.6342/NTU201600369

表 25：調查對象醫院內部一致性、心理社會安全氛圍分佈與等級

醫院代號	樣本數	Rwg	PSC-12C 總分 Mean/SD		分數分層	PSC-12C MC Mean/SD		PSC-12C MP Mean/SD		PSC-12C OC Mean/SD		PSC-12C OP Mean/SD	
H-31	20	0.83	36.55	6.03	高	9.15	1.53	9.15	1.35	9.20	1.44	9.05	1.79
H-32	26	0.89	35.00	4.25	中	8.73	1.00	8.73	1.08	8.69	1.23	8.85	1.19
H-33	30	0.85	38.60	5.44	高	9.70	1.32	9.57	1.48	9.63	1.45	9.70	1.29
H-35	12	0.88	36.00	5.12	高	9.00	1.28	9.00	1.28	9.00	1.28	9.00	1.28
H-36	29	0.80	32.62	6.26	低	8.17	1.81	8.03	1.84	8.24	1.41	8.17	1.51
H-37	29	0.83	33.52	5.42	中	8.24	1.41	8.31	1.42	8.34	1.47	8.62	1.52
H-38	19	0.91	35.63	1.01	高	8.79	0.63	8.95	0.23	8.95	0.23	8.95	0.23
H-39	48	0.77	31.25	7.41	低	7.73	2.01	7.77	1.98	7.79	1.89	7.96	1.82
H-41	11	0.87	36.00	4.13	高	9.00	1.15	9.00	1.36	9.00	1.27	9.00	1.31
H-42	23	0.80	35.26	6.22	高	8.74	1.74	8.83	1.77	8.61	1.64	9.09	1.41
H-43	55	0.79	33.75	6.78	中	8.35	1.82	8.33	1.89	8.49	1.72	8.58	1.65
H-44	16	0.81	31.00	5.89	低	7.75	1.48	7.75	1.73	7.94	1.24	7.56	1.67
H-45	18	0.91	34.56	3.76	中	8.56	1.04	8.56	1.04	8.78	1.00	8.67	0.84
H-46	30	0.80	34.83	6.44	中	8.63	1.77	8.63	1.88	8.83	1.53	8.73	1.57
H-47	15	0.85	33.20	3.97	低	8.07	1.62	8.40	1.24	8.53	0.92	8.20	1.01
H-48	29	0.81	31.97	6.14	低	7.90	1.63	8.17	1.63	8.00	1.51	7.90	1.61
H-49	28	0.75	30.82	8.32	低	7.82	2.13	7.79	2.35	7.64	2.21	7.57	2.08
H-50	30	0.77	35.40	7.58	高	9.03	1.90	8.83	2.00	8.77	1.96	8.77	1.96
H-51	31	0.87	34.68	4.39	中	8.58	1.09	8.74	1.32	8.65	1.17	8.71	1.13
H-52	29	0.82	32.76	5.88	低	8.24	1.48	8.00	1.65	8.24	1.55	8.28	1.44
H-53	27	0.83	33.74	5.28	中	8.33	1.49	8.48	1.28	8.52	1.31	8.41	1.58
H-54	29	0.78	32.72	7.27	低	8.14	1.85	8.17	2.04	8.17	1.87	8.24	1.75
H-55	27	0.81	36.37	5.49	高	8.81	1.52	8.89	1.65	9.22	1.42	9.44	1.50
H-56	24	0.89	34.08	4.54	中	8.46	1.44	8.50	1.14	8.50	1.14	8.63	1.01
H-57	29	0.81	35.14	5.96	高	8.69	1.61	8.72	1.65	8.76	1.53	8.97	1.48
H-58	28	0.78	32.14	6.60	低	7.93	1.98	8.11	1.91	8.18	1.63	7.93	1.63
H-59	29	0.82	32.31	5.29	低	7.97	1.48	8.17	1.47	8.14	1.48	8.03	1.40
H-60	33	0.77	30.39	7.32	低	7.76	2.08	7.45	2.00	7.52	1.86	7.67	1.81
H-61	36	0.83	33.92	5.41	中	8.50	1.50	8.44	1.46	8.47	1.36	8.50	1.42
H-62	23	0.81	32.00	5.44	低	7.78	1.35	7.91	1.56	8.00	1.76	8.30	1.40
H-63	38	0.77	33.05	7.56	低	8.26	2.04	8.21	1.92	8.29	1.90	8.29	1.94
H-64	23	0.82	32.48	5.74	低	8.13	1.46	8.04	1.49	8.22	1.65	8.09	1.41
H-65	26	0.91	35.15	3.89	高	8.65	0.94	8.77	0.99	8.88	1.03	8.85	1.05
H-66	27	0.81	36.41	5.77	高	9.07	1.66	9.04	1.79	9.07	1.57	9.22	1.01
H-67	18	0.85	35.28	4.57	高	8.89	1.41	8.78	1.26	8.67	1.33	8.94	1.06
H-68	31	0.82	31.97	5.88	低	7.74	1.63	7.90	1.62	8.13	1.50	8.19	1.42
H-69	12	0.79	32.75	5.99	低	8.17	1.90	8.42	1.00	8.17	1.59	8.00	2.13
H-70	15	0.91	34.53	2.64	中	8.60	0.83	8.80	0.41	8.60	0.91	8.53	0.92
H-71	20	0.87	34.15	3.13	中	8.45	1.23	8.50	1.47	8.60	0.88	8.60	0.68

doi:10.6342/NTU201600369

表 25：調查對象醫院內部一致性、心理社會安全氛圍分佈與等級

醫院代號	樣本數	Rwg	PSC-12C 總分 Mean/SD		分數分層	PSC-12C MC Mean/SD		PSC-12C MP Mean/SD		PSC-12C OC Mean/SD		PSC-12C OP Mean/SD	
H-72	17	0.80	31.59	5.73	低	8.12	1.17	7.94	1.71	7.65	1.77	7.88	1.54
H-73	20	0.89	35.85	3.15	高	8.75	1.29	9.00	0.79	9.15	1.04	8.95	0.94
H-74	15	0.82	31.33	4.40	低	7.47	1.06	7.73	1.44	8.13	1.13	8.00	1.41
H-75	20	0.85	37.30	5.37	高	9.30	1.38	9.45	1.61	9.25	1.25	9.30	1.34

備註：1.刪除 H-34、H-40 兩家個案數小於 10 的醫院

2. PSC-12C：中文版心理社會安全氛圍、PSC-12C MC：管理層的承諾、PSC-12C MP：管理者對此議題的重視、PSC-12C OC：組織溝通、PSC-12C OP：組織參與

doi:10.6342/NTU201600369

自評健康與心理健康多階層分析如表26、27。結果顯示自評健康與心理健康其組內相關係數（(Intra Correlation Coefficient, ICC），自評健康為10.5%及心理健康為3.5%；James提出，ICC通常介於0%-50%之間(James, 1982)，本研究各變數的ICC為10.5%及3.5%並達到統計上顯著，符合上述標準；結果指出醫院間在自評健康與心理健康有統計上顯著差異($p<0.001$)。

多階層分析在個體層級控制了教育程度、臨床年資、輪班狀況及職場特質，在醫院層級控制了醫院的公、私立。結果顯示，在心理健康的方面，在僅有個體層級（Model with compositional only）的變項中，職場暴力為影響心理健康顯著的影響因子（OR=1.552, p<.01），加入個體層級變項後，醫院之間的ICC降低為0.8%並且醫院之間之差異已呈現統計上不顯著，表示在醫院之間個體心理健康之差異多由個體因素所影響。在自評健康的方面，在僅有個體層級（Model with compositional only）的變項中，職場暴力為影響自評健康顯著的影響因子（OR=2.037, p=.004）；加入醫院組織層級（Model with compositional and contextual variables）的心理社會安全氛圍後，可以發現職場暴力對自評健康的影響較為降低，並且當醫院心理社會安全氛圍降低時，自評健康不佳的風險也顯著升高（OR=1.138, p=.037），顯示出醫院層級的心理社會安全氛圍為影響自評健康顯著的因素；將醫院心理社會安全氛圍分為低、中、高三個組後，相較於高心理社會安全氛圍之護理人員，處於低心理社會安全氛圍的護理人員有較高自評健康不佳的風險（OR=1.761, p=.017）。

doi:10.6342/NTU201600369

表 26：心理健康、職場暴力與心理社會安全氛圍之多階層分析：女性護理人員

	Model with contextual variables only	Model with compositional Variables only	Model with compositional and contextual variables	Model with compositional and contextual variables
	OR (95% CI)		OR (95% CI)	OR (95% CI)
Level 1				
Intercept 1		0.356 (0.160,0.794)*	0.358 (0.160,0.801)*	0.302 (0.133,0.688)**
職場暴力（有/無）		1.552 (1.182,2.038)**	1.549 (1.181,2.031)**	1.529 (1.172,1.994)**
高中職與專科		1	1	1
大學		0.902 (0.714,1.138)	0.901 (0.714,1.136)	0.906 (0.716,1.147)
研究所及以上		0.688 (0.404,1.173)	0.685 (0.402,1.166)	0.673 (0.389,1.165)
臨床年資（連續變項）		0.971 (0.957,0.986)***	0.972 (0.957,0.986)***	0.977 (0.958,0.988)***
夜班及輪班（有/無）		1.063 (0.819,1.381)	1.061 (0.817,1.380)	1.064 (0.818,1.385)
工作體力負荷（有/無）		1.236 (0.903,1.691)	1.236 (0.905,1.688)	1.198 (0.873,1.644)
工作控制（連續變項）		0.975 (0.963,0.987)***	0.975 (0.963,0.987)***	0.974 (0.962,0.986)***
工作負荷（連續變項）		1.033 (1.023,1.042)***	1.033 (1.023,1.042)***	1.033 (1.024,1.043)***
職場正義（連續變項）		0.985 (0.978,0.993)***	0.986 (0.977,0.994)***	0.986 (0.978,0.994)***
Level 2				
心理社會安全氛圍高				1
心理社會安全氛圍中				1.224 (0.942,1.592)
心理社會安全氛圍低				1.553 (1.185,2.036)**
心理社會安全氛圍（連續變項）	1.092 (1.000,1.193)*		1.010 (0.940,1.085)	
Variance component	0.096***	0.028	0.031	0.009
ICC	0.096/(0.096+3.29)=0.028	0.028/(0.028+3.29)=0.008	0.031/(0.031+3.29)=0.009	0.009/(0.009+3.29)=0.003
ICC 改變量	(0.035-0.028)/0.035=0.020	(0.035-0.008)/0.035=0.771	(0.008-0.009)/0.008=-0.125	0.008-0.003/0.008=0.625

備註 1: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2：本統計 null model 之 ICC 為[0.119/(0.119+3.29)]*100%=3.5%

doi:10.6342/NTU201600369

表 27：自評健康、職場暴力與心理社會安全氛圍之多階層分析：女性護理人員

	Model with contextual variables only	Model with compositional Variables only	Model with compositional and contextual variables	Model with compositional and contextual variables
	OR (95% CI)		OR (95% CI)	OR (95% CI)
Level 1				
Intercept 1		0.045 (0.014,0.149)***	0.047 (0.014,0.153)***	0.034 (0.010,0.113)***
職場暴力（有/無）		2.037 (1.254,3.310)**	1.999 (1.235,3.235)**	2.011 (1.239,3.265)**
高中職與專科		1	1	1
大學		1.067 (0.750,1.517)	1.061 (0.745,1.512)	1.063 (0.742,1.521)
研究所及以上		0.829 (0.364,1.878)	0.812 (0.354,1.866)	0.805 (0.351,1.842)
臨床年資（連續變項）		0.999 (0.974,1.024)	0.999 (0.975,1.023)	1.000 (0.976,1.024)
夜班及輪班（有/無）		1.213 (0.856,1.718)	1.195 (0.844,1.694)	1.207 (0.852,1.708)
工作體力負荷（有/無）		0.870 (0.562,1.348)	0.877 (0.564,1.363)	0.863 (0.551,1.352)
工作控制（連續變項）		0.973 (0.958,0.988)***	0.974 (0.959,0.989)***	0.974 (0.959,0.988)***
工作負荷（連續變項）		1.026 (1.013,1.039)***	1.027 (1.013,1.039)***	1.026 (1.013,1.039)***
職場正義（連續變項）		0.983 (0.974,0.993)***	0.985 (0.975,0.995)**	0.984 (0.975,0.994)**
Level 2				
心理社會安全氛圍高				1
心理社會安全氛圍中				1.473 (0.891,2.434)
心理社會安全氛圍低				1.761 (1.104,2.811)*
心理社會安全氛圍（連續變項）	1.246 (1.117,1.391)***		1.138 (1.008,1.285)*	
Variance component	0.274***	0.392***	0.371***	0.385***
ICC	0.274/(0.274+3.29)=0.077	0.392/(0.392+3.29)=0.106	0.371/(0.371+3.29)=0.101	0.385/(0.385+3.29)=0.105
ICC 改變量	(0.105-0.077)/0.105=0.267	(0.106-0.105)/0.105=0.010	(0.106-0.101)/0.106=0.047	(0.106-0.105)/0.106=0.009

備註 1: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2：本統計 null model 之 ICC 為[0.387/(0.387+3.29)]*100%=10.5%

doi:10.6342/NTU201600369

第三節　討論與研究限制

本研究發現，台灣男女性護理人員的職場暴力盛行率分別為：男性護理人員遭受言語暴力之盛行率68.25%、心理暴力36.51%、肢體暴力盛行率46.03%、性騷擾15.87%，有上述任一種形式職場暴力之盛行率為73.02%；女性護理人員之言語暴力盛行率為62.60%、心理暴力33.61%、肢體暴力盛行率28.64%、性騷擾14.38%，而有上述任一種形式暴力之盛行率為66.69%。相較於其他行業，護理人員的職場暴力盛行率較高，與其他研究結果相似(Mantzouranis, Fafliora, Bampalis, & Christopoulou, 2014; Tiesman, Konda, Hendricks, Mercer, & Amandus, 2013; 李選 et al., 2010; 明金蓮 et al., 2016; 陳柑伴 et al., 2010; 邊立中 et al., 2014)。就職場暴力盛行的類型而言，本研究結果顯示職場暴力型態以言語暴力與心理暴力為主，與台灣全國調查及其他國家結果類似(Cashmore et al., 2012; Demir & Rodwell, 2012; Lehto, 2004; Lo et al., 2012; Parent-Thirion et al., 2012)。

本研究顯示女性護理人員一年內職場暴力盛行率介於14.38%-62.60%，以言語暴力及心理暴力為主，相較於2013年全國受僱者調查的一年內職場暴力盛行率為高(林洺秀 & 郭智宇, 2013)，可能原因如下：其一，相較於男性，女性在職場中處於弱勢地位，且較缺乏工作經驗與社會資源有關，故容易遭受職場暴力(Lawoko, Soares, & Nolan, 2004; Salin, 2015; 邊立中 et al., 2014)；其二，護理人員由於工作性質，面對的人大多是有身心不適者，此類對象較容易有言語暴力或心理暴力的行為產生；其三，相較於一般工作者，護理人員工作場域多為女性，大多數護理人員需要輪班或獨自上班，人際互動較為單調並且封閉，所以當人際相處有衝突時，更容易感受到人際間的孤立與受到言語暴力等行為。

在男性與女性之中，各種職場暴力主要來源大多為外來之病患或病患家屬，也有部分暴力來源為同事或主管，也與國外研究結果及臨床實務之情境相符合(Cashmore et al., 2012; Chirilă & Constantin, 2013; 林小玲 et al., 2012; 馬淑清 et al., 2011)。

職場暴力盛行率與其他研究差異的可能原因如下：其一，各研究調查對於職場暴力的定義與分類存有不少差異，在研究族群、抽樣方式、測量指標與測量期間也存有差異；其二，個人對於職場暴力的認知、界定與通報機制，亦是影響盛行率數據的因素

doi:10.6342/NTU201600369

(Niedhammer et al., 2012; Parent-Thirion et al., 2012)。此外，本研究訪談個案中，外部職場暴力盛行率高於內部職場暴力，但在量性中卻呈現外部職場暴力盛行率高於內部職場暴力，此不一致可能因為對於突發的外部職場暴力，若是造成傷害不嚴重時，大部分護理人員會採取忍受、原諒或是口頭告誡施暴者，少數工作者對會外部職場暴力進行申訴與處理此與國外研究結果一致(Jones & Lyneham, 2001; Pich et al., 2010)；此外，本研究收案包括有醫學中心、區域醫院、地區醫院、精神科專科醫院等不同層級的醫院；由於精神科專科醫院難以醫院層級歸類、並且每家醫院僅收案20人左右，故未計算不同層級的職場暴力盛行率，建議未來研究可增加各層級醫院樣本數，並做不同醫院層級職場暴力盛行率分析與研究。

在工作特質方面，可以發現在女性護理人員中，有夜班及輪班者、高工作負荷者、及低心理社會安全氛圍之護理人員，發生職場暴力的風險顯著高於其他護理人員；上述發現大致與國外研究一致(Estryn-Behar et al., 2008; Hills & Joyce, 2013; MEHDAD, TABAKH, & MEHDIZADEGAN, 2012; Roche et al., 2010; 李選 et al., 2010)。

量性分析與質性研究互相呼應並指出，有遭遇職場暴力問題的工作者身心健康狀況較差。國外研究亦發現受到職場暴力之受僱者，有較多睡眠問題(Lallukka et al., 2011; Park et al., 2013; Takaki et al., 2010)、自覺健康不佳(Christiansen & Nielsen, 2010; Vie et al., 2011)，以及心理健康問題包括憂鬱、焦慮等(Alexy & Hutchins, 2006; Aytac et al., 2011; Choi et al., 2010; Hansen et al., 2006; Takaki et al., 2010)。

本研究也發現，相較肢體暴力與性騷擾，心理暴力及言語暴力與護理人員的身心健康之相關更為顯著；此發現與國外研究相似(Cashmore et al., 2012; C. Mayhew & D. Chappell, 2007)。推論其原因為，突發性質的肢體暴力，或是較屬個人行為的性騷擾問題，心理暴力與語言暴力可能與組織氛圍或職場文化較有關連，屬長期存在的職場壓力問題，因此對工作者身心健康者的影響較為顯著。

本研究在多階層的分析發現組織心理社會安全氛圍降低時，護理人員有較高自評健康不佳的風險，此與國外研究發現組織有較好的心理社會安全氛圍時，工作者有較佳的身心健康之結果相似(Maureen F Dollard & Neser, 2013; M. F. Dollard, M. R. Tuckey, et al.,

doi:10.6342/NTU201600369

2012; Mohd Awang Idris et al., 2012)。

McMichael於1976年研究標準化死亡比時提出的「健康工人效應」(healthy worker effect)的概念(McMichael, 1976)，在許多職業病流行病學的研究發現調查中的工作者總死亡率較一般族群為低，此現象是因為不健康的工作者無法從事某些職業/工作所導致。例如在職前體格檢查時，有些健康狀況較差之應徵者可能會被排除，工作後如工作者有發生慢性、其他身心疾病者也可能會自動離職；在流行病學的調查中，若不考慮此種效應，而將勞工之死亡率直接與一般人口之死亡率相比，則會產生選擇性的偏差，而造成估計上的偏誤(McMichael, 1976)。台灣學者Li和Sung於1999也提出健康工人效應的概念可歸因於1.健康良好的工作者選擇繼續留在原職場工作、2.罹患疾病的工作者傾向離開職場，因此在比較工作者與一般大眾健康時，健康工人的效應可能會上升，是一種選樣性偏差(Li & Sung, 1999)。Shah也指出在任何關於職業與健康相關的研究中，健康工人效應是應考量的問題之一，主要是工作場所中，雇主有權拒絕身體殘疾或健康不佳的工作者就業之權力，而工作者也有可能因為健康的問題無法就業而離開職場，進而造成研究中對於不良因素與健康之間相關推論之影響(Shah, 2009)。本研究所收樣之臨床護理人員其職場暴力與身心健康之影響相較於2013年台灣全國調查，顯示出職場暴力對於身心健康之影響較為不顯著，此可能是因為「健康工人效應」而產生樣本選擇性偏差，職場暴力嚴重影響身心健康者可能已經離開職場而未被納入本研究對象。本研究以年齡分層（分為18-30歲及31-65歲）分析時，發現職場暴力對自評健康與心理健康在18-30歲之護理人員影響較強，於31-65歲族群的護理人員職場暴力對自評健康與心理健康的影響較為不顯著，其可能因素為：1.相較於資淺護理人員，資深的護理人員除了有較好對壓力的因應技巧以外，更可能有更多的社會資源可以處理並減緩職場暴力對其身心不良的影響；2.資淺的護理人員也可能由於無法處理職場暴力甚至因為職場暴力而離開工作場域；3.年輕的護理人員對於職場暴力可能有更多的認識與知覺，而更顯出年輕的護理人員更容易受到職場暴力的影響；4.對工作不滿意或身心健康比較不佳的護理人員可能早已退出護理工作，進而影響研究推論。以上呼應了在進行臨床護理人員相關調查時，應考量健康工人效應的影響；相較於年輕的工作者，在年紀較大的族群中健康工人效應更為顯著，進而影響職場暴力對自評健康與心理健康之效應。在醫院管理與臨床上，應多注意職場暴力對年資較淺之工作者的影響，並減少職場上不良社會心理風險因素對工作者負面的影響。

doi:10.6342/NTU201600369

然而，本研究量性資料分析有其限制，其一為本研究為橫斷性的研究設計，在組織心理社會安全氛圍對職場暴力對工作者身心健康之影響之因果關係推論上受到限制。並且也有可能有反向的因果關係，例如身心健康較差的工作者較容易成為職場暴力的受害者；或是當工作者的身心健康較為不佳，有可能過度解釋或高估職場暴力所造成的影響，進而影響研究推論。但本研究為多階層分析並取樣73家醫院，為目前台灣對職場暴力分析研究較為不同之處，並且探討組織氛圍對職場暴力與身心健康之間的影響，雖無法面面俱到，但仍有可貴及可取之處；其二，本研究採用之問卷資料中，對於職場暴力的測量題目為「最近12個月，您本身是否曾在工作時遭遇職場暴力？」，選項分為「否」與「有」，並再細分職場暴力主要來源、嚴重程度（肢體暴力），並且受訪者為目前仍在職者，並無納入因嚴重職場暴力而離職或無法再回復工作者，研究上確實可能低估有職場暴力經驗者的身心健康問題，此為本研究之限制，將影響本研究結果之外推性；其三，對於心理暴力與言語暴力的測量雖然已在測量的題目中舉例及提供定義，但是在實務上心理暴力及言語暴力較難以區分，例如言語暴力會造成心理壓力使受害者感受到被恐嚇或歧視等感受，進而影響問卷填答與職場暴力之推估；其四，相較於肢體暴力與性騷擾，言語暴力與心理暴力容易受到主觀感受所影響，可能造成盛行率與其他研究相較有所差異，建議未來研究可採取較為客觀的方式測量，以瞭解言語暴力與心理暴力對健康的影響；其五，本研究非隨機抽樣，立意取樣醫療機構內職安部門人員與護理人員為研究對象，由於護理部門任職於醫院不同單位的護理人員感受不同，無法得知未填寫問卷護理人員之特性，可能影響研究結果之推論性；其六，研究收案以全台75家醫院，每家醫院至少20名護理人員為問卷調查對象，樣本未包括小型醫療機構（例如：診所）之護理人員，可能影響研究結果之外推性；其七，研究醫院內取樣對象填答的反應，有可能受到取樣的護理單位特性而影響（例如該單位工作環境特別差或是工作氣氛特別不佳），進而影響研究的推論，此點仍須考量；其八，生理健康以自評健康作為測量，缺乏客觀之測量工具，而心理健康測量以簡式心理症狀量表（BSRS-5）為測量工具，且為受訪者自評而非正式臨床診斷，無法全面代表有職場暴力經驗者的身心健康狀況，但可初步瞭解研究對象對心理庾自評健康之自覺感受。最後，本研究著重於組織社會心理安全氛圍對職場暴力與自評健康、心理健康的影響，主要探討為組織管理的氣氛對不良風險危害的影響，調查並未收集醫院硬體設備相關資料，討論物理環境的管控、設置對於職場暴力盛行率的影響，例如醫院是否有做急診分流或門禁管控等；建議未來研究除了組織氛圍，可多加探討硬體設備與流程改變對於職場暴力的影響。

doi:10.6342/NTU201600369

雖然，本研究量性分析僅發現組織層級之心理社會安全氛圍對於有職場暴力經驗者的自評健康的修飾作用，但仍能指出職場暴力的經驗存在著負面心理與自評健康惡化的風險，不良的組織氛圍對於生理健康有負面的影響，此研究發現值得職業安全健康主管部門的重視。

doi:10.6342/NTU201600369

第六章　結論與建議

本研究質性訪談指出職場暴力來源分別為外部與內部；外部職場暴力多來自於病患/家屬，而內部職場暴力則可能來自於同事與主管，相較於外部職場暴力，遭受到內部職場暴力的護理人員感受到職場內部氛圍較為不佳，並且多數採取離職或轉調單位等方式因應；大多數的護理人員面對職場暴力的申訴與處理經驗，會感受到目前制度下，職場暴力申訴管道不明確、工作組織的不支持並且未提供保護予受害者；而職場暴力受害者普遍均有身心健康狀況不佳或睡眠不佳等健康問題。中文版心理社會安全氛圍量表（PSC-12C）方面，PSC-12C量表具有良好的信效度，可用來測量組織安全氛圍與感受。量性分析方面，指出職場暴力對工作者的身心健康有顯著負面的影響；相較於年紀較大的護理人員，職場暴力對年輕護理人員自評健康與心理健康影響較大。職場環境的心理社會安全氛圍則會調節職場暴力與自評健康之間的關係，處在低職場心理社會安全氛圍的工作環境中，會增加自評健康不良之風險。

臨床上因為護理人力不足，護理人員長期處於高工作負荷、緊張及充滿壓力的職場中，常因為工作性質而缺乏和病患進行溝通與良性的互動，此因人力不足造成護病關係的緊張；建議醫院在經營有盈餘時，應設法補足臨床護理人力或增加輔助性人力，降低不必要的工作負荷，使得護理人員可以和病患有足夠的時間能夠溝通、互動，進而減少職場暴力的產生。臨床護理人員由於勞動條件、工作環境不佳，造成護理新進人員留任率不高(王桂芸 et al., 2015)，而本研究顯示職場暴力對於年資較淺的護理人員健康的負面影響高於年資較深的護理人員；建議醫院管理階層為留任護理人員，應該多注重不良職場社會心理危害對年資較淺之工作者的影響，積極營造良好的組織氛圍，以及組織成員間具有支持性的社會網絡，減少不良心理風險危害的影響，使護理人員更願意留在職場、降低新進人員離職率。

本研究採混合型研究法，質性訪談結果呈現遭受到職場暴力的護理人員，自評健康與心理健康不佳比例較高，受到內部職場暴力的護理人員感受到組織氛圍不佳，呈現出職場暴力不僅造成工作者健康負面影響，內部職場暴力更會造成工作者感受到組織氛圍不佳；量性分析顯示，受到職場暴力的護理人員，身心健康不佳的風險較高，並且低心理社會安全氛圍為職場暴力風險因素；質性與量性研究之結果可互相呼應並呈現一致性

doi:10.6342/NTU201600369

之結果。

然而，社會與人際關係破裂、失去工作控制感、自尊與自信心受創等因素，未能納入本研究討論範圍，值得未來研究深入探討。本研究的貢獻，透過質性訪談的分析出職場暴力申訴者的經驗與對目前機制之想法，而目前職場暴力申訴機制則的不友善，間接造成職場暴力受者身心壓力；中文化之心理社會安全氛圍量表則提供了未來研究者可透過生態觀點探討組織氛圍對個人的影響為何；量性分析方面證實了組織氛圍對個人健康的影響，相較於過去探討職場暴力的研究，為本研究之突破。回應本研究之理論架構，本研究依循生態觀點架構的脈絡下分析，發現組織氛圍為影響工作者健康的因子。

理想上，政府與企業應設計一個具備便利性、保護性的制度來照顧職場暴力申訴的工作者，並且從源頭做起。在職場暴力發生前提供一個安全的工作環境（例如門禁管控、警衛人員訓練與落實巡守）、完善的硬體設備（例如具有功能的監視設備、緊急事件通報器、警民連線設置等）、良好的職場氛圍以預防職場暴力的發生；同時，職場暴力發生後的申訴、認定、法律相關協助、身心方面的支持與輔導、受害者及內部揭弊者的保護等，企業應強化職場中的支持系統，包括主動提供爭議協調與處理、內部與外部資源轉介、職場暴力受害者工作權益維護、訴訟扶助、心理社會調適等。政府方面也應有明確接收職場暴力申訴的窗口與對被申訴的企業內部進行相關檢查，提供友善的申訴認定制度，減少職場暴力對工作者的負面衝擊。

工作者面對職場暴力除了瞭解本身工作權益，不應僅依靠與施暴者提起官司訴訟來因應職場暴力的問題，會使得護病與人際關係更顯得緊張與衝突。在實務上建議工作者可透過企業內部集體的力量，建議雇主針對職場暴力防治及因應，進行管理及與發展系統性策略；藉由在職教育提昇工作者對於工作權益的認知，提升面對職場暴力預防及處理的技能(Stagg, 2010)，使工作者能夠在零職場暴力的環境中安心工作。

本研究綜合性建議，應提供工作者更多職場相關權益資訊和支持性社會資源，並且在職場暴力申訴制度設計過程中廣納工作者意見及工作者參與，並由國家角色監督企業營造支持性及友善的工作場所政策及氛圍，落實職場暴力相關的預防、處理及對受害者的保護。

doi:10.6342/NTU201600369

參考文獻

Alexy, E. M., & Hutchins, J. A. (2006). Workplace violence: a primer for critical care nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am, 18*(3), 305-312. doi:10.1016/j.ccell.2006.05.014

Aytac, S., Bozkurt, V., Bayram, N., Yildiz, S., Aytac, M., Akinci, F. S., & Bilgel, N. (2011). Workplace violence: a study of Turkish workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 17*(4), 385-402.

Bailey, T. S., Dollard, M. F., McLinton, S. S., & Richards, P. A. (2015). Psychosocial safety climate, psychosocial and physical factors in the aetiology of musculoskeletal disorder symptoms and workplace injury compensation claims. *Work & Stress*(ahead-of-print), 1-22.

Bailey, T. S., Dollard, M. F., & Richards, P. A. (2015). A national standard for psychosocial safety climate (PSC): PSC 41 as the benchmark for low risk of job strain and depressive symptoms. *J Occup Health Psychol, 20*(1), 15-26. doi:10.1037/a0038166

Bailey, T. S., Dollard, M. F., & Richards, P. A. (2015). A national standard for psychosocial safety climate (PSC): PSC 41 as the benchmark for low risk of job strain and depressive symptoms. *J Occup Health Psychol, 20*(1), 15.

Barling, J., Dupré, K. E., & Kelloway, E. K. (2009). Predicting workplace aggression and violence. *Annual review of Psychology, 60*, 671-692.

Baron, R. A., & Neuman, J. H. (1996). Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggressive behavior, 22*(3), 161-173.

Bentley, T. A., Forsyth, D., Tappin, D., & Catley, B. (2011). Report on the 2011 New Zealand Workplace Violence Survey. *Available at SSRN 1889053*

Healthy Work Group, School of Management, Massey University.

Bjorkdahl, A., Hansebo, G., & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 20*(5), 396-404. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x

Bond, S. A., Tuckey, M. R., & Dollard, M. F. (2010). Psychosocial safety climate, workplace bullying, and symptoms of posttraumatic stress. *Organization Development Journal*.

Brown, R., & Holmes, H. (1986). The use of a factor-analytic procedure for assessing the validity of an employee safety climate model. *Accident Analysis & Prevention, 18*(6), 455-470.

Brun, E. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health* (Vol. 5): European Communities.

Bureau of Labor Statistics, D. o. L. (2006). Survey of Workplace Violence Prevention, 2005. *Survey of Workplace Violence Prevention(Available at: http://www.bls.gov/iif/oshwc/osch0033.pdf)*.

Canada, H. R. a. S. D. (2015). Fair, safe and productive workplaces. *Guide to violence prevention in the workplace*.

Caruso, G. M. (2013). Improving Organizational Interventions for Stress and Well-Being: Addressing Process and Context: LWW.

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 Serv Res, 12*(1), 1.

Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*: International Labour Organization.

Chen, C.-C., Chen, M. Y.-C., & Liu, Y.-C. (2013). Negative affectivity and workplace deviance: the moderating role of ethical climate. *The International Journal of Human Resource Management*(ahead-of-print), 1-17.

Chen, H. C., Wu, C. H., Lee, Y. J., Liao, S. C., & Lee, M. B. (2005). Validity of the five-item Brief

doi:10.6342/NTU201600369

Symptom Rating Scale among subjects admitted for general health screening. *J Formos Med Assoc, 104*(11), 824-829.
Chen, W.-C., Huang, C.-J., Hwang, J.-S., & Chen, C.-C. (2010). The relationship of health-related quality of life to workplace physical violence against nurses by psychiatric patients. *Quality of Life Research, 19*(8), 1155-1161.
Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J., & Wang, J. D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health, 50*(3), 288-293.
Chen, W. C., Hwu, H. G., & Wang, J. D. (2009). Hospital staff responses to workplace violence in a psychiatric hospital in Taiwan. *Int J Occup Environ Health, 15*(2), 173-179.
Cheng, Y., & Chen, C.-J. (2014). Modifying effects of gender, age and enterprise size on the associations between workplace justice and health. *Int Arch Occup Environ Health, 87*(1), 29-39.
Cheng, Y., Huang, H. Y., Li, P. R., & Hsu, J. H. (2011). Employment insecurity, workplace justice and employees' burnout in Taiwanese employees: a validation study. *Int J Behav Med, 18*(4), 391-401. doi:10.1007/s12529-011-9152-y
Cheng, Y., Luh, W. M., & Guo, Y. L. (2003). Reliability and validity of the Chinese version of the Job Content Questionnaire in Taiwanese workers. *Int J Behav Med, 10*(1), 15-30.
Chirilă, T., & Constantin, T. (2013). Understanding Workplace Bullying Phenomenon through its Concepts: A Literature Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 84*(0), 1175-1179. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.722
Choi, E. S., Jung, H. S., Kim, S. H., & Park, H. (2010). [The influence of workplace violence on work-related anxiety and depression experience among Korean employees]. *J Korean Acad Nurs, 40*(5), 650-661. doi:10.4040/jkan.2010.40.5.650
Christiansen, R. H., & Nielsen, H. O. (2010). Negative health outcomes resulting from bullying in the workplace. *European Working Conditions Observatory (EWCO) (Available at: http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2009/12/DK0912019I.htm).*
Clark, C., Ryan, L., Kawachi, I., Canner, M. J., Berkman, L., & Wright, R. J. (2008). Witnessing community violence in residential neighborhoods: a mental health hazard for urban women. *Journal of Urban Health, 85*(1), 22-38.
Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Clark, K., Manno, M. S., & Kuhn, D. W. (2005). Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nursing Economics, 23*(3), 119.
Cooper, D. (1998). *Improving safety culture: A practical guide*: Wiley.
Couto, M. T., Lawoko, S., & Svanstrom, L. (2009). Exposure to workplace violence and quality of life among drivers and conductors in Maputo city, Mozambique. *Int J Occup Environ Health, 15*(3), 299-304.
Cox, T., Griffiths, A., & Rial-González, E. (2000). Research on work-related stress: European Agency for Safety and Health at Work. *Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities*.
Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). Designing and conducting mixed methods research.
Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine, 2*(1), 7-12.
Davies, H. T., Nutley, S. M., & Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care, 9*(2), 111-119.
Demir, D., & Rodwell, J. (2012). Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(4), 376-384. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01472.x

doi:10.6342/NTU201600369

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull, 9*(1), 13-28.
DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications* (Vol. 26): Sage publications.
Díaz, R. I., & Cabrera, D. D. a. (1997). Safety climate and attitude as evaluation measures of organizational safety. *Accident Analysis & Prevention, 29*(5), 643-650.
Dillon, B. L. (2012). Workplace violence: impact, causes, and prevention. *Work, 42*(1), 15-20. doi:10.3233/wor-2012-1322
Dollard, M. (2007). Psychosocial safety culture and climate; definition of a new construct. *Adelaide: Work and Stress Research Group, University of South Australia*.
Dollard, M., Bailey, T., McLinton, S., Richards, P., McTernan, W., & Bond, S. (2012). *The Australian Workplace Barometer: Report on psychosocial safety climate and worker health in Australia*: Safe Work Australia.
Dollard, M. F. (2007). Necrocapitalism: Throwing away workers in the race for global capital.
Dollard, M. F., & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*(3), 579-599.
Dollard, M. F., & Kang, S. (2007). Psychosocial safety climate measure. . *Adelaide: Work & Stress Research Group, University of South Australia.*
Dollard, M. F., & Karasek, R. A. (2010). Building psychosocial safety climate. *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice, 1*, 208.
Dollard, M. F., Le Blanc, P. M., & Cotton, S. J. (2008). 17 Participatory action research as work stress intervention. *The individual in the changing working life*, 353.
Dollard, M. F., & Neser, D. Y. (2013). Worker health is good for the economy: Union density and psychosocial safety climate as determinants of country differences in worker health and productivity in 31 European countries. *Social Science & Medicine, 92*, 114-123.
Dollard, M. F., Opie, T., Lenthall, S., Wakerman, J., Knight, S., Dunn, S., . . . MacLeod, M. (2012). Psychosocial safety climate as an antecedent of work characteristics and psychological strain: A multilevel model. *Work & Stress, 26*(4), 385-404.
Dollard, M. F., Tuckey, M. R., & Dormann, C. (2012). Psychosocial safety climate moderates the job demand–resource interaction in predicting workgroup distress. *Accident Analysis & Prevention, 45*, 694-704.
Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying at work: The European tradition. *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International perspectives in research and practice*, 3-39.
Estrada, F., Nilsson, A., Jerre, K., & Wikman, S. (2010). Violence at Work—The Emergence of a Social Problem. *Journal of Scandinavian studies in criminology and crime prevention, 11*(1), 46-65.
Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine (Oxford), 58*(2), 107-114. doi:10.1093/occmed/kqm142
Farrell, G. A. (1997). Aggression in clinical settings: Nurses' views. *Journal of Advanced Nursing, 25*(3), 501-508.
Farrell, G. A., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing, 55*(6), 778-787.
Farrell, G. A., & Shafiei, T. (2012). Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). *Int J Nurs Stud, 49*(11), 1423-1431. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.007

doi:10.6342/NTU201600369

Garrick, A., Mak, A. S., Cathcart, S., Winwood, P. C., Bakker, A. B., & Lushington, K. (2014). Psychosocial safety climate moderating the effects of daily job demands and recovery on fatigue and work engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 87*(4), 694-714.

Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety science, 34*(1), 215-257.

Hader, R. (2008). Workplace Violence Survey 2008. Unsettling findings: employees safety isn't the norm in our healthcare settings. *Nursing Management, 39*(7), 13-19.

Hahn, S. E., & Murphy, L. R. (2008). A short scale for measuring safety climate. *Safety science, 46*(7), 1047-1066.

Hair, J. F., Black, B., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (1992). Multivariate Data Analysis (6th ed.). . *New York: Macmillan.*

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (Vol. 6): Pearson Prentice Hall Upper Saddle River, NJ.

Hall, G. B., Dollard, M. F., & Coward, J. (2010). Psychosocial safety climate: Development of the PSC-12. *International Journal of Stress Management, 17*(4), 353.

Hall, G. B., Dollard, M. F., Winefield, A. H., Dormann, C., & Bakker, A. B. (2013). Psychosocial safety climate buffers effects of job demands on depression and positive organizational behaviors. *Anxiety, Stress & Coping, 26*(4), 355-377.

Hansen, A. M., Hogh, A., Persson, R., Karlson, B., Garde, A. H., & Orbaek, P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *J Psychosom Res, 60*(1), 63-72. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.06.078

Harrell, E. (2011). Workplace Violence, 1993-2009. *National Crime Victimization Survey and the Census of Fatal Occupational Injuries. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics (Available at: www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=2377)*.

Heames, J., & Harvey, M. (2006). Workplace bullying: A cross-level assessment. *Management Decision, 44*(9), 1214-1230.

Hills, D. J., & Joyce, C. M. (2013). Personal, professional, and work factors associated with Australian clinical medical practitioners' experiences of workplace aggression. *Annals of occupational hygiene, 57*(7), 898-912. doi:10.1093/annhyg/met012

Hinze, J., Pedersen, C., & Fredley, J. (1998). Identifying root causes of construction injuries. *Journal of Construction Engineering and Management, 124*(1), 67-71.

Hoel, H., & Cooper, C. L. (2000). *Destructive conflict and bullying at work*: Manchester School of Management, UMIST Manchester.

Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. L. (2001). The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. *Geneva: International Labour Organization*.

Hutchinson, M., Vickers, M. H., Wilkes, L., & Jackson, D. (2009). “The worse you behave, the more you seem, to be rewarded”: bullying in nursing as organizational corruption. *Employee Responsibilities and Rights Journal, 21*(3), 213-229.

Idris, M. A., & Dollard, M. F. (2011). Psychosocial safety climate, work conditions, and emotions in the workplace: A Malaysian population-based work stress study. *International Journal of Stress Management, 18*(4), 324.

Idris, M. A., Dollard, M. F., Coward, J., & Dormann, C. (2012). Psychosocial safety climate: Conceptual distinctiveness and effect on job demands and worker psychological health. *Safety science, 50*(1), 19-28.

Idris, M. A., Dollard, M. F., & Tuckey, M. R. (2015). Psychosocial Safety Climate as a Management

doi:10.6342/NTU201600369

Tool for Employee Engagement and Performance: A Multilevel Analysis.
Idris, M. A., Dollard, M. F., & Winefield, A. H. (2011). Integrating psychosocial safety climate in the JD-R model: A study amongst Malaysian workers. *SA Journal of Industrial Psychology, 37*(2), 29-39.
ILO. (2014). Psychosocial risks and work-related stress. *2015.04.16 15:30 取自 http://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang--en/index.htm*.
ILO, ICN, WHO, & PSI. (2002). Framework Guidelines for addressing workplace violence in the health sector. *Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector. International Labour Office, Geneva*.
ILO/ICN/WHO/PSI. (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.
International Labour Organization, I. (2005). The training manual *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector (Available at: http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_108542/lang--en/index.htm)*, 12.
James, L. R. (1982). Aggregation bias in estimates of perceptual agreement. *Journal of Applied Psychology, 67*(2), 219.
James, L. R., Demaree, R. G., & Wolf, G. (1984). Estimating within-group interrater reliability with and without response bias. *Journal of Applied Psychology, 69*(1), 85.
James, L. R., Demaree, R. G., & Wolf, G. (1993). r wg: An assessment of within-group interrater agreement. *Journal of Applied Psychology, 78*(2), 306.
Johnson, J. V. (2008). Globalization, Workers' Power and the Psychosocial Work environment-is the demand-control-support Model Still Useful in a Neoliberal Era? *SJWEH Supplements*(6), 15-21.
Johnson, S. L., & Rea, R. E. (2009). Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration, 39*(2), 84-90.
Jones, J., & Lyneham, J. (2001). Violence: Part of the job for Australian nurses? *Australian Emergency Nursing Journal, 4*(1), 10-14. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S1328-2743(01)80014-6
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. *J Occup Health, 50*(2), 201-207.
Karasek, R. (2008). Low Social Control and Physiological deregulation-the stress-disequilibrium Theory, Towards a New demand-control Model. *SJWEH Supplements*(6), 117-135.
Kauppinen, K., & Tuomola, T. (2008). Work-related violence, bullying, and sexual harassment *Promoting health for working women* (pp. 161-182): Springer.
Lallukka, T., Rahkonen, O., & Lahelma, E. (2011). Workplace bullying and subsequent sleep problems--the Helsinki Health Study. *Scandinavian journal of work, environment & health, 37*(3), 204-212. doi:http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3137
Landstrom, G. L., Biordi, D. L., & Gillies, D. A. (1989). The emotional and behavioral process of staff nurse turnover. *Journal of Nursing Administration, 19*(9), 23-28.
Langeland, B. T. (2012). Positive trends in working conditions and occupational health. *European Working Conditions Observatory (EWCO)*, 12.
Law, R., Dollard, M. F., Tuckey, M. R., & Dormann, C. (2011). Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis & Prevention, 43*(5), 1782-1793.

doi:10.6342/NTU201600369

Lawoko, S., Soares, J. J., & Nolan, P. (2004). Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work & Stress, 18*(1), 39-55.
LeBlanc, M. M., & Kelloway, E. K. (2002). Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal of Applied Psychology, 87*(3), 444.
Lee, M. B., Liao, S. C., Lee, Y. J., Wu, C. H., Tseng, M. C., Gan, S. F., & Rau, C. L. (2003). Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. *Journal of the Formosan Medical Association, 102*(10), 687-694.
Lehto, A.-M. (2004). Violence, bullying and harassment in the workplace. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007 (Available at: http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0406TR01/TN0406TR01_4.htm)*.
Li, C.-Y., & Sung, F.-C. (1999). A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occupational Medicine, 49*(4), 225-229.
Lo, T. W., Chappell, D., Kwok, S. I., & Wu, J. (2011). Workplace Violence in Hong Kong, China: Nature, Impact, and Preparedness. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. doi:10.1177/0306624x11414545
Lo, T. W., Chappell, D., Kwok, S. I., & Wu, J. (2012). Workplace violence in Hong Kong, China: nature, impact, and preparedness. *Int J Offender Ther Comp Criminol, 56*(6), 955-975. doi:10.1177/0306624x11414545
Lu, C. H., Wang, T. F., & Liu, C. Y. (2007). Psychiatric nurses' reactions to assault upon them by inpatients: a survey in Taiwan. *Psychol Rep, 100*(3 Pt 1), 777-782.
Luo, T. Y. (1996). Sexual harassment in the Chinese workplace. Attitudes toward and experiences of sexual harassment among workers in Taiwan. *Violence Against Women, 2*(3), 284-301.
Mantzouranis, G., Fafliora, E., Bampalis, V. G., & Christopoulou, I. (2014). Assessment and analysis of workplace violence in a Greek tertiary hospital. *Archives of environmental & occupational health*(just-accepted).
Martino, V. d. (2002). Workplace Violence in the Health Sector: Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an Additional Australian Study. *Geneva, Switzerland: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.*
Mayhew, C., & Chappell, D. (2007). Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *Int J Law Psychiatry, 30*(4-5), 327-339. doi:10.1016/j.ijlp.2007.06.006
Mayhew, C., & Chappell, D. (2007). Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International journal of law and psychiatry, 30*(4), 327-339.
McMichael, A. J. (1976). Standardized Mortality Ratios and the'Healthy Worker Effect': Scratching Beneath the Surface. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 18*(3), 165-168.
MEHDAD, A., TABAKH, E. Y., & MEHDIZADEGAN, I. (2012). RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED ORGANIZATIONAL JUSTICE AND WORKPLACE VIOLENCE INTENTION. *NEW FINDINGS IN PSYCHOLOGY, 7*(23), 19-36.
Milczarek, M. (2010). *Workplace violence and harassment: a European picture*: Publications Office of the European Union.
Mohr, D. C., Warren, N., Hodgson, M. J., & Drummond, D. J. (2011). Assault rates and implementation of a workplace violence prevention program in the Veterans Health Care

doi:10.6342/NTU201600369

Administration. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 53*(5), 511-516.
Neal, A., & Griffin, M. A. (2002). Safety climate and safety behaviour. *Australian journal of management, 27*(1 suppl), 67-75.
Neal, A., & Griffin, M. A. (2006). A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. *Journal of Applied Psychology, 91*(4), 946.
Neal, A., Griffin, M. A., & Hart, P. M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety science, 34*(1–3), 99-109. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00008-4
Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., Drummond, A., Philip, P., Acquarone, D., . . . Vital, N. (2011). Workplace bullying and psychotropic drug use: the mediating role of physical and mental health status. *Annals of occupational hygiene, 55*(2), 152-163.
Niedhammer, I., Sultan-Taieb, H., Chastang, J. F., Vermeylen, G., & Parent-Thirion, A. (2012). Exposure to psychosocial work factors in 31 European countries. *Occupational Medicine (Oxford), 62*(3), 196-202. doi:10.1093/occmed/kqs020
NIOSH. (2006). Workplace Violence Prevention Strategies and Research Needs. *Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health.*
Niskanen, T. (1994). Safety climate in the road administration. *Safety science, 17*(4), 237-255.
Pai, H. C., & Lee, S. (2011). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J Clin Nurs, 20*(9-10), 1405-1412. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03650.x
Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., van Houten, G., Lyly-Yrjänäinen, M., Biletta, I., & Cabrita, J. (2012). Fifth European Working Conditions Survey - Overview report. 57-59.
Park, J. B., Nakata, A., Swanson, N. G., & Chun, H. (2013). Organizational factors associated with work-related sleep problems in a nationally representative sample of Korean workers. *Int Arch Occup Environ Health, 86*(2), 211-222. doi:10.1007/s00420-012-0759-3
Pedersen, H. S., & Christiansen, R. H. (2005). Violence or harassment at work. *Centre for Alternative Social Analysis (CASA), (Available at: http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2005/09/DK0509NU03.htm).*
Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., & Kable, A. (2010). Patient-related violence against emergency department nurses. *Nursing & health sciences, 12*(2), 268-274.
Pien, L. C., Chen, D. R., Chen, C. J., Liang, K. M., & Cheng, Y. (2015). Associations of neighborhood-level workplace violence with workers' mental distress problems: a multilevel analysis of Taiwanese employees. *J Occup Health, 57*, 555-564. doi:10.1539/joh.15-0132-OA
Pilch, I., & Turska, E. (2014). Relationships Between Machiavellianism, Organizational Culture, and Workplace Bullying: Emotional Abuse from the Target's and the Perpetrator's Perspective. *Journal of Business Ethics*, 1-11.
Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(1), 13-22.
Rodrigues, M., Arezes, P., & Leão, C. (2015). Multilevel model of safety climate for furniture industries. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*.
Salin, D. (2015). Risk factors of workplace bullying for men and women: the role of the psychosocial and physical work environment. *Scandinavian journal of psychology, 56*(1), 69-77.
Schat, A. C., Frone, M. R., & Kelloway, E. K. (2006). Prevalence of Workplace Aggression in the US Workforce: Findings From a National Study.

doi:10.6342/NTU201600369

Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *J Occup Health Psychol, 5*(3), 386.
Scherbaum, C. A., & Ferreter, J. M. (2009). Estimating statistical power and required sample sizes for organizational research using multilevel modeling. *Organizational Research Methods, 12*(2), 347-367.
Seligman, M. E. P. (1992). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*: W. H. Freeman.
Sexton, J., Helmreich, R., Neilands, T., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., . . . Thomas, E. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res, 6*(1), 44.
Shah, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian journal of occupational and environmental medicine, 13*(2), 77.
Shiao, J. S., Tseng, Y., Hsieh, Y. T., Hou, J. Y., Cheng, Y., & Guo, Y. L. (2010). Assaults against nurses of general and psychiatric hospitals in Taiwan. *Int Arch Occup Environ Health, 83*(7), 823-832. doi:10.1007/s00420-009-0501-y
Silva, S., Lima, M. L., & Baptista, C. (2004). OSCI: an organisational and safety climate inventory. *Safety science, 42*(3), 205-220.
Spector, P. E., Coulter, M. L., Stockwell, H. G., & Matz, M. W. (2007). Perceived violence climate: A new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggression, and their potential consequences. *Work & Stress, 21*(2), 117-130.
Stagg, S. J. (2010). Effectiveness of bullying and violence prevention programs. *Workplace Health & Safety, 58*(10), 419.
Stavroula, L., & Aditya, J. (2010). Health Impact of The Psychosocial Hazards of Work: An Overview. *World Health Organization,*
Geneva, Switzerland: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.
Steffgen, G. (2008). Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 58*(4), 285-295. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2008.09.011
Takaki, J., Taniguchi, T., Fukuoka, E., Fujii, Y., Tsutsumi, A., Nakajima, K., & Hirokawa, K. (2010). Workplace bullying could play important roles in the relationships between job strain and symptoms of depression and sleep disturbance. *J Occup Health, 52*(6), 367-374.
Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*: Sage Publications Inc.
Tiesman, H., Konda, S., Hendricks, S., Mercer, D., & Amandus, H. (2013). Workplace violence among Pennsylvania education workers: differences among occupations. *Journal of Safety Research, 44*, 65-71. doi:10.1016/j.jsr.2012.09.006
Torkzadeh, G., Koufteros, X., & Pflughoeft, K. (2003). Confirmatory analysis of computer self-efficacy. *Structural Equation Modeling, 10*(2), 263-275.
Venema, A., & Klauw, M. v. d. (2012). Impact of workplace violence on employees. *European Working Condictions Observatory, EWCO (Available at:http://eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/articles/other/impact-of-workplace-violence-on-employees).*
Vie, T. L., Glaso, L., & Einarsen, S. (2011). Health outcomes and self-labeling as a victim of workplace bullying. *J Psychosom Res, 70*(1), 37-43.
Walby, S., Allen, J., & Simmons, J. (2004). *Domestic violence, sexual assault and stalking:*

doi:10.6342/NTU201600369

Findings from the British Crime Survey: Home Office Research, Development and Statistics Directorate London.
Wang, P. X., Wang, M. Z., Bai, Q., Jia, C. F., Lan, Y. J., Wang, Z. M., & Luan, R. S. (2006). [Path analysis on workplace violence affecting work ability, job satisfaction and turnover intent in health professionals in Shangqiu City]. *Wei Sheng Yan Jiu, 35*(6), 785-788.
Willness, C. R. (2007). A META-ANALYSIS OF THE ANTECEDENTS AND CONSEQUENCES OF WORKPLACE SEXUAL HARASSMENT. *Journal of Personnel Psychology, 60*(1), 127.
Zeng, J. Y., An, F. R., Xiang, Y. T., Qi, Y. K., Ungvari, G. S., Newhouse, R., . . . Chiu, H. F. (2013). Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry Res*. doi:10.1016/j.psychres.2013.06.013
Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology, 65*(1), 96.
Zohar, D. (2000). A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. *J Appl Psychol, 85*(4), 587-596.
Zohar, D., & Luria, G. (2004). Climate as a social-cognitive construction of supervisory safety practices: scripts as proxy of behavior patterns. *Journal of Applied Psychology, 89*(2), 322.
Zohar, D., & Luria, G. (2005). A multilevel model of safety climate: cross-level relationships between organization and group-level climates. *Journal of Applied Psychology, 90*(4), 616.
王正慧, & 黃同圳. (2010). 安全氣候、領導風格及內控人格對記者績效之影響：工作自主性之調節效果. [The Impact of Organizational Safety Climate, Leadership and Personality on Reporters' Job Performance: The Moderating Effect of Job Autonomy]. *中山管理評論, 18*(4), 1115-1138.
王佳雯, 鄭雅文, 李論昇, & 徐儆暉. (2010). 職場社會心理危害調查監測制度之國際概況. [An International Overview of National Surveys for Psychosocial Hazards at Work]. *臺灣公共衛生雜誌, 29*(6), 551-560.
王桂芸, 蔣立琦, 陳小蓮, & 陳淑芬. (2015). 2015 年第十六屆「ICN 亞洲護理人力論壇」暨 第十二屆「亞洲護理學會聯盟」會議報告 *台灣護理學會*.
白文元. (2010). 營造可視安全文化氛圍，推進企業安全文化建設. *工業安全衛生*(249), 9-14.
吳淑芳. (2006). 國外量表之兩階段翻譯及信、效度測試. [A Two-Stage Translation and Test the Validity and Reliability of a Foreign Instrument]. *護理雜誌, 53*(1), 65-71. doi:10.6224/jn.53.1.65
吳聰智, & 康自立. (2002). 安全氣候之調查研究－以中台灣四類製造業為例. [Safety Climate in Four Categories of Manufacturing Industries in Central Taiwan]. *醫護科技學刊, 4*(3), 203-223.
吳聰智, & 鍾瑞國. (2004). 安全氣候與安全績效之相關研究－以我國大學院校實驗室等場所為例. [A Correlational Study between Safety Climate and Safety Performance in Labs within Universities and Colleges in Taiwan]. *技術及職業教育學報*(8), 1-27.
宋曜廷, & 潘佩妤. (2010). 混合研究在教育研究的應用. *教育科學研究期刊*.
李再長, 朱祐民, & 江學華. (2005). 管理行為對安全氣候與安全績效之影響. [The Effects of Managerial Behavior on Safety Climate and Safety Performance]. *人因工程學刊, 7*(2), 139-148.
李再長, & 黃訓道. (2007). 探討台灣南部鋼鐵業協力廠商推動安全管理系統對安全氣候與安全績效之研究. [A Study of Relationships among Safety Management System, Safety

doi:10.6342/NTU201600369

Climate, and Safety Performance in Steel Industry Contractors of South Taiwan]. *人因工程學刊, 9*(2), 11-22. doi:10.6273/jes.2007.9(2).02
李素幸, 莊侑哲, 謝正悅, & 蔡朋枝. (2008). 歐盟專家提出的新興社會心理危害因素. *工業安全衛生*(231), 60-66.
李選, 白香菊, & 顏文娟. (2010). 台灣護理人員職場暴力經驗及其相關因素研究. [Nurse Violence in the Workplace: A Study of Experiences and Related Factors in Taiwan]. *護理雜誌, 57*(2), 61-69.
周幸生, 熊道芬, & 陳玉枝. (2008). 護理工作環境與病人安全. [The Nursing Work Condition and Patient Safety]. *新臺北護理期刊, 10*(2), 1-9.
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. [A systematic review of workplace violence in nursing10.6288/TJPH201635104045]. *臺灣公共衛生雜誌, 35*(2), 116-135. doi: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. [The Evaluation of Nursing Workplace Violence in a Medical Center]. *榮總護理, 29*(2), 176-186.
林洺秀, & 郭智宇. (2013). 工作環境安全衛生狀況認知調查-2013 年. *勞工安全衛生研究報告，計畫編號 IOSH102-M306*.
徐儆暉, & 巫宇舜. (2010). 工作環境安全衛生狀況認知調查-2010 年. *勞工安全衛生研究報告，計畫編號 IOSH99-M306*.
馬淑清, 王秀紅, & 陳季員. (2011). 職場霸凌的概念分析. [Concept Analysis of Workplace Bullying]. *護理雜誌, 58*(4), 81-86.
馬綾聲. (2008). 營造安全環境氛圍　安衛加分. *營建知訊*(311), 57-61.
張芬芬. (2010). 質性資料分析的五步驟：在抽象階梯上爬升. [The Five Steps of Qualitative Data Analysis: Climbing Up a Ladder of Abstraction]. *初等教育學刊*(35), 87-120.
許悅玲, 葉文健, 陳楊正光, & 曹湘雲. (2008). 組織氣候對安全氣候及安全績效之影響－以航空公司運務人員爲例. [The Impacts of Organizational Climate on Safety Climate and Safety Performance-A Case Study of Airline Ground Operations]. *危機管理學刊, 5*(2), 11-20.
郭建志, 曹常成, & 楊婷如. (2014). 真誠領導與安全效能：安全氣候知覺與安全誘因經驗之研究. [Authentic Leadership and Safety Effectiveness: The Study of Perceived Safety Climate and Experienced Safety Climate and Experienced Safety Incentive]. *勞工安全衛生研究季刊, 22*(3), 235-248.
陳柑伴, 楊秀芬, 陳慧蘭, & 楊美賞. (2010). 醫院護理人員遭受職場暴力後情緒反應及調適處理. *護理暨健康照護研究, 6*(3), 163-171.
陳國瑚, 陳麗如, & 蘇喜. (2006). 護理人員對護理工作認知與離職傾向之探討. [Exploring the Attitudes of Nursing Staffs toward Job Perception and Turnover Intention]. *臺灣公共衛生雜誌, 25*(3), 177-188. doi:10.6288/tjph2006-25-03-02
勞動部職業安全衛生署. (2014). 執行職務遭受不法侵害預防指引.
勞動部職業安全衛生署. (2015). 職業安全衛生法：總說明對照表.
蔡曉婷, 宋雅雯, 鄒理萍, 黃夢婷, 黃敏瑢, & 邱啟潤. (2011). 護理職場霸凌的因應方式. [Coping Strategies: Bullying in the Nursing Workplace]. *護理雜誌, 58*(4), 87-92.
蔡曉婷, 韓錦樺, 陳麗芳, & 周汎澔. (2014). 護理職場霸凌與離職傾向及其相關因素探討－以南部某醫學中心為例. [Nursing Workplace Bullying and Turnover Intention: An

doi:10.6342/NTU201600369

Exploration of Associated Factors at a Medical Center in Southern Taiwan]. *護理雜誌, 61*(3), 58-68. doi:10.6224/jn.61.3.58

盧成皆, & 林京芬. (1998). 關於 Cronbach's Alpha 的便用與闡釋. [On the Use and Interpretation of Cronbach's Alpha]. *護理研究, 6*(1), 82-89.

顏如佑, 柯志鴻, 楊明仁, 施春華, 黃維仲, 廖瑛鈿, & 李明濱. (2005). 台灣人憂鬱量表與簡式症狀量表使用於大規模社區憂鬱症個案篩選之比較. [Screening Depression in the Community: Comparison between Taiwanese Depression Scale and the 5-Item Brief Symptom Rating Scale]. *北市醫學雜誌, 2*(8), 737-744. doi:10.6200/tcmj.2005.2.8.07

邊立中, 鄭雅文, 陳怡欣, & 陳秋蓉. (2014). 職場暴力盛行率與受雇者健康狀況之相關. [The Prevalence of Workplace Violence and Its Association with the Health Status of Taiwanese Employees]. *臺灣公共衛生雜誌, 33*(1), 36-50. doi:10.6288/tjph201433102088

doi:10.6342/NTU201600369

附錄

附錄 1：研究問卷

版本日期：1.0　　問卷編號：_____

職場暴力對護理工作人員身心健康影響之調查問卷

親愛的護理同仁：

護理人員為醫療照顧工作的核心，但護理工作者常遭遇到職場暴力，嚴重影響工作者的身心健康。近年來，職場暴力的問題受到關注，《職業安全衛生法》並新增第 6 條第 2 項第 3 款：「雇主對執行職務因他人行為遭受身體或精神不法侵害之預防，應妥為規劃並採取必要之安全衛生措施」，但預防措施是否落實，仍需客觀評估。

本調查希望了解護理人員職場暴力的狀況與其對身心健康的影響，並想瞭解組織氛圍與因應方式。本問卷採**匿名方式**，填答時間約 15-20 分鐘，請您依個人實際感受與經驗作答。此問卷資料僅供研究，不會另作其他用途。非常謝謝您的協助，也祝您工作順心、身體健康！

臺北市勞動檢查處
台大公共衛生學院 健康政策與管理研究所
聯絡人：邊立中 0933-161968　E-mail：starsky5202001@yahoo.com.tw
台大健康政策與管理研究所鄭雅文老師研究室：02-33668056

壹、 個人與工作狀況

一、性別：1□女性　2□男性

二、年齡：_____歲（實歲）

三、最高學歷：1□護校　2□專科　3□大學/技術學院　4□碩士　5□博士

四、目前的**職稱**是：

1□主任　2□副主任　3□督導　4□護理長　5□副護理長　6□小組長

7□護理師(N_____)　8□護士(N_____)　9□其它：_____(請說明)

五、您目前**任職的主要部門**為：

1□急診　2□門診　3□精神科病房　4□加護病房_____科　5□一般病房_____科

6□開刀房、麻醉科(含恢復室)　7□長期照護單位　8□安寧療護單位　9□行政單位

10□其它_____(請說明)

六、您從事護理工作的年資共為：___年___月；您在**目前醫療院所**的工作年資為：___年___月

七、您的**工作班別**為：

□固定班→工作時間：1□僅白天班　2□下午班或小夜班　3□大夜班

□輪班　→是否需要於深夜 12 點工作：1□是　2□否

輪班的頻率為：1□每兩三天輪換，每週皆有白班、小夜或大夜等不同班別

2□每週輪換

3□每雙週或每月輪換

4□其它：_____(請說明)

八、您上夜班（定義為晚上 10 點之後至上午 6 點之前）的時間是否比白班長？

1□時間一樣　2□夜班上班時間比白班長　3□夜班上班時間比白班短

九、您在過去一週中，平均工作_____日；每日工時大約_____小時

十、您在過去一週中，平均每班的護病比約為？

1. 白班：_____　2. 小夜班：_____　3. 大夜班：：_____

doi:10.6342/NTU201600369

貳、 職場暴力狀況

一、**最近12個月**，您本身是否曾在工作時遭遇職場暴力？若有，其發生頻率、嚴重程度與主要來源為何？

肢體暴力（如毆打、踢、推、拉扯等等） 1□否 2□有（**續答右項**）→	發生頻率	嚴重程度	主要來源	次要來源
	1□很少發生 2□每月1~2次 3□幾乎每週發生	1□很輕微 2□輕微 3□中度 4□嚴重 5□很嚴重	1□病患或病患家屬 2□同事 3□督導或管理者 4□其它（請說明） ＿＿＿＿＿＿	1□病患或病患家屬 2□同事 3□督導或管理者 4□其它（請說明） ＿＿＿＿＿＿

言語暴力（如辱罵、言語騷擾、冷嘲熱諷等） 1□否 2□有（**續答右項**）→	發生頻率	嚴重程度	主要來源	次要來源
	1□很少發生 2□每月1~2次 3□幾乎每週發生	1□很輕微 2□輕微 3□中度 4□嚴重 5□很嚴重	1□病患或病患家屬 2□同事 3□督導或管理者 4□其它（請說明） ＿＿＿＿＿＿	1□病患或病患家屬 2□同事 3□督導或管理者 4□其它（請說明） ＿＿＿＿＿＿

心理暴力（如威脅、恐嚇、歧視、排擠、霸凌、欺凌、騷擾等） 1□否 2□有（**續答右項**）→	發生頻率	嚴重程度	主要來源	次要來源
	1□很少發生 2□每月1~2次 3□幾乎每週發生	1□很輕微 2□輕微 3□中度 4□嚴重 5□很嚴重	1□病患或病患家屬 2□同事 3□督導或管理者 4□其它（請說明） ＿＿＿＿＿＿	1□病患或病患家屬 2□同事 3□督導或管理者 4□其它（請說明） ＿＿＿＿＿＿

性騷擾（如不當的性暗示與行為） 1□否 2□有（**續答右項**）→	發生頻率	嚴重程度	主要來源	次要來源
	1□很少發生 2□每月1~2次 3□幾乎每週發生	1□很輕微 2□輕微 3□中度 4□嚴重 5□很嚴重	1□病患或病患家屬 2□同事 3□督導或管理者 4□其它（請說明） ＿＿＿＿＿＿	1□病患或病患家屬 2□同事 3□督導或管理者 4□其它（請說明） ＿＿＿＿＿＿

二、您的醫院是否有**職場暴力處理標準流程**（SOP）？

1□有 →是否落實? 1□有 2□沒有 3□不清楚

2□沒有

3□不清楚

doi:10.6342/NTU201600369

參、 組織安全氛圍與工作特質

一、以下題組是想瞭解您工作的醫院，對於員工的健康是否表示關心並投注資源，請以個人感受，在適當的□中打勾：

	很不同意	不同意	沒意見	同意	很同意
1. 對於影響員工健康的議題，管理部門會迅速處理。	1□	2□	3□	3□	4□
2. 當員工的健康可能有疑慮時，管理部門會果斷回應。	1□	2□	3□	3□	4□
3. 管理部門支持職業傷病的預防工作。	1□	2□	3□	3□	4□
4. 管理部門會優先考量員工的健康。	1□	2□	3□	3□	4□
5. 管理部門認為員工的健康很重要。	1□	2□	3□	3□	4□
6. 管理部門員認為員工的健康與生產績效同樣重要。	1□	2□	3□	3□	4□
7. 對於影響我健康的議題，我的職場有良好的溝通管道。	1□	2□	3□	3□	4□
8. 主管會主動提供我職場健康的相關資訊。	1□	2□	3□	3□	4□
9. 對於如何改善職業安全健康，我提出的意見會被採納。	1□	2□	3□	3□	4□
10. 在我的職場，員工、工會或其他員工代表，會參與職業健康事務並提出改善意見。	1□	2□	3□	3□	4□
11. 我的職場鼓勵員工參與職業健康事務。	1□	2□	3□	3□	4□
12. 我職場推動的壓力預防措施，牽涉到組織各個層級。	1□	2□	3□	3□	4□

二、以下題組是想瞭解您工作的醫院，對於員工的心理健康是否表示關心並投注資源，請以個人感受，在適當的□中打勾：

	很不同意	不同意	沒意見	同意	很同意
1. 對於影響員工心理健康的議題，管理部門會迅速處理。	1□	2□	3□	3□	4□
2. 當員工的心理健康可能有疑慮時，管理部門會果斷回應。	1□	2□	3□	3□	4□
3. 管理部門支持工作壓力的預防工作。	1□	2□	3□	3□	4□
4. 管理部門會優先考量員工的心理健康。	1□	2□	3□	3□	4□
5. 我的管理部門認為員工的心理健康很重要。	1□	2□	3□	3□	4□
6. 我的管理部門員認為員工的心理健康與生產績效同樣重要。	1□	2□	3□	3□	4□
7. 對於影響我心理健康的議題，我的職場有良好的溝通管道。	1□	2□	3□	3□	4□
8. 我的主管會主動提供我職場心理健康的相關資訊。	1□	2□	3□	3□	4□
9. 對於如何改善職業安全健康，我提出的意見會被採納。	1□	2□	3□	3□	4□
10. 在我的職場，員工、工會或其他員工代表，會參與心理健康事務並提出改善意見。	1□	2□	3□	3□	4□
11. 我的職場鼓勵員工參與心理健康事務。	1□	2□	3□	3□	4□
12. 我職場推動的壓力預防措施，牽涉到組織各個層級。	1□	2□	3□	3□	4□

doi:10.6342/NTU201600369

三、就您對目前工作控制的感受，請在適當的□中打勾。

	很不同意	不同意	同意	很同意
1. 在工作中，我需要學習新的事物。	1□	2□	3□	4□
2. 我的工作內容，很多是重複性的工作。	1□	2□	3□	4□
3. 在工作中，我必須具有創新的想法。	1□	2□	3□	4□
4. 在工作中，很多事我可以自己作主。	1□	2□	3□	4□
5. 我的工作需要高度的技術。	1□	2□	3□	4□
6. 對於如何執行我的工作，我沒有什麼決定權。	1□	2□	3□	4□
7. 我的工作內容是很多元的、多樣的。	1□	2□	3□	4□
8. 對於工作上發生的事，我的意見具有影響力。	1□	2□	3□	4□
9. 在工作中，我有機會發展自己特殊的才能。	1□	2□	3□	4□

四、就您對目前工作負荷的感受，請在適當的□中打勾。

	很不同意	不同意	同意	很同意
1. 我的工作步調很快。	1□	2□	3□	4□
2. 我的工作很辛苦。	1□	2□	3□	4□
3. 我的工作很耗體力。	1□	2□	3□	4□
4. 我的工作不會過量。	1□	2□	3□	4□
5. 我有足夠的時間來完成工作。	1□	2□	3□	4□
6. 我的工作會需要我長時間集中注意力。	1□	2□	3□	4□
7. 我的工作非常忙碌。	1□	2□	3□	4□
8. 我的工作場所有人力不足的現象。	1□	2□	3□	4□

五、就您對目前管理部門的感受，請在適當的□中打勾。

	很不同意	不同意	同意	很同意
1. 管理部門對員工是信任的。	1□	2□	3□	4□
2. 管理部門所傳達的訊息內容是可信的。	1□	2□	3□	4□
3. 管理部門會刻意隱藏重要的訊息不讓員工知道。	1□	2□	3□	4□
4. 員工對工作的看法與感受，可以影響管理部門的決策。	1□	2□	3□	4□
5. 管理部門對員工的工作安排與責任分派是公平的。	1□	2□	3□	4□
6. 管理部門對於員工薪資福利的安排是公平的。	1□	2□	3□	4□
7. 管理部門對員工的績效評估是公平的。	1□	2□	3□	4□
8. 管理部門在重要決策過程中，會主動告知並提供充分的資訊給員工。	1□	2□	3□	4□
9. 管理部門以尊重的方式對待員工。	1□	2□	3□	4□

doi:10.6342/NTU201600369

肆、 身心健康狀況

一、一般來說，您認為您目前的健**康狀況**如何？

1□很好 2□好 3□普通 4□不好 5□很不好

二、您最近一個月的睡眠時間，平均每日約_____小時

三、您有**睡眠困擾**嗎（如睡不好、睡不著）？

1□無

2□有→是否使用藥物助眠？1□從未 2□偶爾 3□時常

四、您平時是否有運動的習慣（每次至少持續 15 分鐘且有流汗）？

1□沒有 2□每月 1-3 次 3□每週 1-2 次 4□每週約 3-4 次 5□幾乎每天

五、請問您的身高_____公分，體重_____公斤

六、您是否有**慢性病**?（限定於醫師診斷）

1□無 2□有→1□氣喘 2□心臟病 3□糖尿病 4□高血壓 5□其他：_____

七、**最近 12 個月**，您是否曾因為工作關係而受傷或罹患疾病？

1□沒有 2□有:_____（請說明）

八、以下題項欲了解**最近一星期**您的疲勞感受，請在適當的□中打勾。

	從未	不常	有時	常常	總是
1. 您常覺得疲勞嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
2. 您常覺得身體上體力透支(累到完全沒有力氣)嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
3. 您常覺得情緒上心力交瘁(心情上非常累)嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
4. 您常會覺得，「我快要撐不下去了」嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
5. 您常覺得虛弱，好像快要生病了嗎？	1□	2□	3□	4□	5□

九、以下題項欲了解**最近一星期**您對病患（服務對象）的感受，請在適當的□中打勾。

	從未	不常	有時	常常	總是
1. 您會覺得和病患互動有困難嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
2. 病患讓您感到很累嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
3. 您會希望減少和病患接觸的時間嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
4. 您對病患感到厭煩嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
5. 您會覺得您為病患付出比較多，而得到回饋比較少嗎？	1□	2□	3□	4□	5□
6. 您會想要趕快把病患打發掉嗎？	1□	2□	3□	4□	5□

十、以下想了解您**最近一星期**心情上的變化，請在適當的□中打勾。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 我遇到睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒。	1□	2□	3□	4□	5□
2. 我會感覺到緊張不安。	1□	2□	3□	4□	5□
3. 我會感覺到容易苦惱或動怒。	1□	2□	3□	4□	5□
4. 我會感覺憂鬱、心情低落。	1□	2□	3□	4□	5□
5. 我會覺得比不上別人。	1□	2□	3□	4□	5□

doi:10.6342/NTU201600369

伍、 家庭生活狀況

一、請問您是家庭支出主要負擔者嗎？1□是 2□否

二、請問您是否需要照顧家庭中的失能者或6歲以下兒童？1□是 2□否

三、以下題項欲瞭解您的**工作家庭**狀況，請在適當的□中打勾。

	很不同意	不同意	沒意見	同意	很同意
1. 工作上的需求，會影響我的家庭生活。	1□	2□	3□	4□	5□
2. 工作所需要的時間，使我難以照顧家庭。	1□	2□	3□	4□	5□
3. 工作上的需求，讓我難以完成在家想作的事。	1□	2□	3□	4□	5□
4. 工作帶來的緊張，讓我難以履行家庭責任。	1□	2□	3□	4□	5□
5. 工作相關的責任，使我必須改變家庭活動的安排。	1□	2□	3□	4□	5□

陸、 離職意願

一、整體而言，您**滿意現在的工作**嗎？

1□很滿意 2□滿意 3□普通 4□不太滿意 5□很不滿意

二、就您**最近一個月**對目前**離職的感受**，請在適當的□中打勾。

	從不	很少	有時	常常	總是
1. 我有離開現職工作的念頭。	1□	2□	3□	4□	5□
2. 我想尋找其他護理工作。	1□	2□	3□	4□	5□
3. 我想從事其他非護理工作。	1□	2□	3□	4□	5□

題目到此結束，謝謝您寶貴的意見！問卷如有任何問題，請向研究人員詢問。

全文完

doi:10.6342/NTU201600369