

精神科醫療工作來自病人的職場暴力

陳文慶^{1,2} 胡海國^{3,4} 林宜平⁵ 郭育良^{2,6} 蘇德勝⁷ 王榮德^{2,6,8}

- ¹ 行政院衛生署玉里醫院
- ² 臺灣大學職業醫學與工業衛生研究所
- ³ 臺灣大學附設醫院精神醫學部
- ⁴ 臺灣大學心理系
- ⁵ 陽明大學人文社會科學院科技與社會研究所
- ⁶ 臺灣大學附設醫院環境與職業醫學部
- ⁷ 中臺科技大學環境與安全衛生工程系
- ⁸ 臺灣大學附設醫院內科醫學部

摘要

職場暴力已被認為是職業危害之一，近幾年逐漸受到大眾注意，現已經是超越國界、超越各種職業，變成一種全球性的問題。在所有職場之中以醫療機構尤其是精神科病房最為嚴重，其暴力來源絕大部份是來自病人。本文首先介紹職場暴力的類型和定義，其次描述醫療職場暴力的流行病學調查，接著由機關組織、環境和個人層面探討精神科醫療來自病人的職場暴力的危險因子和預防之道，最後並做一總結。本文旨在藉由精神科醫療工作來自病人職場暴力的介紹，喚起國人對職場暴力的重視，並希望可做為預防醫療職場暴力的參考；綜合言之，精神科醫療工作來自病人的職場暴力是可以預防的，除了應對病人的精神症狀積極控制之外，機關組織應訂立對暴力零容忍的政策宣言、建立通報系統並發展團隊合作的安全文化，而精神科的從業人員更應培養處理及預防暴力之專業能力。

關鍵詞：職場暴力、精神科、危險因子、預防方法

民國 98 年 7 月 16 日收稿，民國 99 年 1 月 12 日修稿，民國 99 年 1 月 15 日接受。

通訊作者：王榮德，台灣大學職業醫學與工業衛生研究所，電子郵件信箱：jdwang@ntu.edu.tw。

前言

暴力是全球性的問題，1996年的第四十九屆聯合國世界衛生委員會就宣佈預防暴力是當今公共衛生上的首要任務[1,2]。職場暴力在1990年以前一直被忽略，直到美國職業安全衛生研究所（NIOSH）回顧1980年代的勞工死亡診斷書，發現有12.5%是在職場上被殺，職場暴力才逐漸受到大眾注意[3]，它目前為止仍是僅次於車禍和跌落的職場第三大死因[4]。關於醫療職場暴力，根據美國勞工統計局的資料，從1996至2000年共有69位醫療人員在醫院被殺致死；這些死亡案例雖然引起大家關注，但職場暴力事件裡，佔絕大部份的還是非致命性的傷害，而醫療人員是遭受這類傷害的高危險群，幾乎佔所有行業裡非致命性傷害的一半[5]。醫療人員在照顧病人時遭受病人攻擊的比率是其他行業的工作人員的十六倍。而護士則更是其他醫療專業人員的四倍[6]。基於生命是無價且職場暴力所造成的損失除了直接的死亡、殘廢、疾病、曠職、意外事件及人員流動率增加之外，尚有間接及無形的損失如怠工、服務能力及服務品質降低、競爭力降低、機關形象破壞、員工士氣低落、客戶的信任度降低、創造力降低等等，對組織的運作和營運造成嚴重的威脅[7,8]；又因為暴力使某些人在職場上受到不公平對待、歧視和偏見，不但嚴重影響其尊嚴，而且容易因此產生精神疾病，因此現在職場暴力已被認為是職業危害之一[9]。

職場暴力目前已經是超越國界、超越各種行業，變成公眾性的議題，而且世界各國也都設有法規，責令雇主採取積極措施預防職場暴力[10,11]。我國於2008年訂定醫療保健服務業安全衛生規則草案[12]，把職場暴力、工作壓力納入，具體規範雇主責任，責令醫院應建

暴力通報系統、應訂定防止職場暴力危害的方案或政策、應提供員工必要的暴力防範教育訓練等等。

在所有的醫療職場暴力當中，以精神科病房及急診室最為嚴重[9,13]，尤其是精神科病房所照顧的是具有精神症狀的病人，他們受到內在精神症狀的影響而表現於外的暴力行為（或言詞）不一定是出於病人的本意，因此精神病人對其犯罪行為具有抗辯的權利；若經精神科專科醫師鑑定其行為是由於精神症狀的影響，根據我國新刑法第十九條及精神衛生法第三十條規定法院得予不罰或減輕其刑，而責令於精神科醫院治療。根據先前國內之調查，在台灣精神科的職場暴力大約有90.0%來自病人[14]，美國法務部的報告亦顯示精神科醫療工作人員遭受病人攻擊的危險最高[5]。

本文先從暴力的定義、類型和流行病學的一些調查論起，然後再依機關組織、環境、加害者（病人）及受害者（員工）等層面的危險因子，探討精神科醫療工作來自病人的職場暴力的預防之道，希望本文可以做為其他醫療職場暴力防範的參考。

職場暴力的定義和類型

職場暴力的定義指在工作相關的場所，包括上、下班途中，被攻擊，而造成危害均屬之，至於醫療職場暴力則是泛指發生在醫院、私人診所、居家照護、日間留院、中途之家、康復之家、護理之家等之暴力[15-17]。它包括身體暴力和心理暴力。心理暴力包括口頭謾罵、霸凌/排擠（bullying/mobbing）、性騷擾和種族歧視。所謂霸凌是指憑藉其身體的力量或其權力對他人有惡意、無禮或粗魯的行為，或強迫要脅做不願意做的事，致使受到羞辱或傷害，如最近校園發生學長脅迫學弟按摩或強

迫幫忙洗衣服等即是。排擠是一群人（通常是上司和/或同事）集體對他人有不公平的對待，如不打招呼、故意疏遠、排斥，重要的通知或公文不知會，致使其權利受到損失或受到羞辱或傷害均屬之。通常霸凌/排擠是重覆的欺凌行為，而且維持相當時日。所謂性騷擾是指任何不被需要的、不是互惠的、不受歡迎的、任何有性意含的行為或言詞，而且是強加諸別人身上，以致造成羞辱、尷尬、窘困或感受到威脅者均屬之。所謂種族歧視事件是指任何威脅的行為，它是基於種族、膚色、語言、國籍、宗教，而與少數民族、出生地或其他身份相關，這種行為是不被需要的、不是互惠的，而且影響個人在工作上的尊嚴。

職場暴力加害者的類型可以分為以下四種類型[18]：第一類型：歹徒之犯罪行為，如超商、銀行、診所被搶者均屬之。第二類型：消費者或個案，加害者為其客戶或所照顧的病人或個案均屬之。第三類型：加害者為同儕，包括上司和同事均屬之。第四類型：個人之恩怨，加害者不是前三者，而是個人之恩怨，但在職場發生者屬之，如家暴發生在職場、討債集團到職場討債。就此分類而言，根據先前之研究，在台灣精神科的職場暴力有94.9%的肢體暴力，86.7%的口頭謾罵，是來自所照顧的病人，屬於第二類型，但仍有7.1%的口頭謾罵來自上司，有11.4%的霸凌/排擠和9.5%的性騷擾來自同仁，屬於第三類型，這也是值得注意的職場暴力問題[14]。本文僅探討來自所照顧的病人的暴力，但精神科和其他職場一樣，其他三種類型的職場暴力還是有可能發生的。台灣目前在各縣市政府設置有性騷擾受害者的申訴專線，建議勞委會修法將肢體暴力、口頭謾罵、霸凌/排擠和種族歧視等亦納入通報範圍，讓職場暴力的受害者有申訴的管道、有更周全

的照顧。

醫療職場暴力的流行病學調查

醫療場所較其他的職場易發生暴力是因為病人抱著病痛求診，通常充滿焦慮緊張，而且對醫療人員往往有魔法般的過度期待，希望立即解決他的不適，而其實醫療的幫助也是有限的，因此在失望之餘病人容易轉為憤怒生氣，進而對醫療人員會有暴力攻擊的行為[13]。醫療職場暴力真正的盛行率和發生率一般都會低估，因為很多受害者基於各種理由不願意通報[19-21]。以下僅就一些文獻回顧以及陳等針對台灣一家以急性治療為主的精神科醫院和一家以慢性照護為主的精神科醫院所作的調查報告來討論。

醫療職場暴力的盛行率

根據Di Martino等人用國際勞工局/國際護理協會/世界衛生組織/國際公共服務協會所發展的問卷，在澳洲、智利等國家對一般綜合醫院的護士所做的研究[22]，發現肢體暴力一年的盛行率為3.0-17.0%、口頭謾罵27.4-67.0%、霸凌/排擠10.5-23.0%、性騷擾0.7-8.0%而種族歧視為0.8-2.7%；利用不同的問卷在英國[23]、香港[24]、中國[25]、美國[26]所做的調查，肢體暴力約為5.3-21.0%、口頭謾罵38.0-73.0%。至於急診室的護士所遭受的職場暴力，May等人在美國所做的調查，肢體暴力為74.0%、口頭謾罵88.0%[27]。在台灣，根據林等於南部的調查，有62.0%的護理人員曾遭受職場暴力，其中以口頭謾罵為主[28]。精神科病人對護士之暴力事件的盛行率，根據Privitera等人的研究發現，有43.0%的護士在一年當中曾遭威脅，而有25.0%實際受到攻擊[29]。根據先前國內研究，發現護理人員一年中曾遭職場暴力的

盛行率為61.7%，其中肢體暴力為35.1%，口頭謾罵為50.9%，霸凌/排擠為15.8%，性騷擾為9.5%，而種族歧視為4.5%，如表1；其中以口頭謾罵最多[14]。

表1 某精神科醫院職場暴力的一年盛行率
(n = 222)

	%
任何形式的暴力	61.7
肢體暴力	35.1
口頭謾罵	50.9
霸凌/欺壓	15.8
性騷擾	9.5
種族歧視	4.5

醫療職場暴力的發生率

根據美國勞工統計局的資料，所有勞工每一萬勞工每年遭受職場暴力而產生身體傷患者大約為2.0，而所有的醫療工作者為9.3，社工為15.0，護士則為25.0[30]，Carmel與 Hunter在加州州立醫院做的研究則為每100位護士每年有16位遭受暴力[31]。再根據美國法務部的調查，每1000勞工每年在職場遭受暴力者平均為12.6、醫師為16.2、護士為21.9、而精神科的從業人員為68.2，顯示精神科醫院為最常發生暴力的職場[5]。

在台灣，精神科病人對護士之暴力事件的發生率，根據Chou等的研究為1.11-1.95（病歷有記載的攻擊事件/每千病人日）[32]，而根據Chi等之研究為0.09%（病人企圖攻擊之動作化行為/每月總住院人日）[33]。陳[34]為了解照顧急性和慢性精神病人，第一線的工作人員如護士或照顧服務員遭受病人攻擊的發生率，於台灣北部一家以照顧急性病人為主的代表性醫院，和東部一家以照顧慢性病人為主的代表性醫院，各設立院內網路的通報系統。每位參

與研究的同仁均簽有同意書，並有自己的帳號及密碼。在研究期間如果遭受暴力（暴力的定義係採用國際勞工局/國際護理協會/世界衛生組織/國際公共服務所訂的定義[22]，並明確置於通報問卷之前），而且主觀上覺得受到傷害或受到侵犯，即可上網通報；完成通報時，電腦會主動發出一則簡訊，安慰受傷的同仁並感謝他們的通報。鑑於過去文獻指出，這類通報率偏低[14]，因此對遭受來自病人的職場暴力而且完成通報的成員尚給予50（口頭謾罵）或100元（口頭謾罵以外的暴力）的慰問金，以鼓勵通報，此金額大約只佔月薪的1/300至1/500，當不致於造成過度通報。對第一家醫院的77位護士追蹤半年共通報456件，其發生率（每位護士每年）合計為11.6，分別為肢體暴力2.4、口頭謾罵7.9、霸凌/排擠0.3、性騷擾1.0和種族歧視 0.0（表2）。對第二家醫院的167位員工追蹤一年，共通報971件，其發生率（每位員工每年），合計為5.9，分別為肢體暴力1.7、口頭謾罵3.7、霸凌/排擠0.2、性騷擾0.3和種族歧視 0.0（表3）；雖然暴力的發生率，以急性治療為主的醫院比另外一家以慢性照護為主的醫院來得高，但因此研究調查的對象不同、醫院性質不同，結果仍難以直接比較。

表2 某家以急性治療為主的精神科醫院職場暴力之通報數（n）、所佔比率（%）及其發生率（每人年）

暴力的種類	n	%	發生率
肢體暴力	94	20.6	2.4
口頭謾罵	312	68.4	7.9
霸凌/欺壓	11	2.4	0.3
性騷擾	39	8.6	1.0
種族歧視	0	0.0	0.0
合計	456	100.0	11.6

追蹤日期：自民國94年10月1日至民國95年3月31日，
追蹤人數：77

表3 某家以慢性照護為主的精神科醫院職場暴力之通報數 (n)、所佔比率 (%) 及其發生率 (每人年)

暴力的種類	n	%	發生率
肢體暴力	284	29.6	1.7
口頭謾罵	611	62.9	3.7
霸凌/欺壓	33	3.1	0.2
性騷擾	43	4.4	0.3
種族歧視	0	0.0	0.0
合計	971	100.0	5.9

追蹤日期：自民國94年9月1日至民國95年8月31日，
追蹤人數：167

精神科醫療工作來自病人職場暴力的危險因子

以下以精神科醫療工作來自病人的職場暴力為例，就機關組織、環境、加害者和受害者四個層面探討其危險因子（如圖1）。

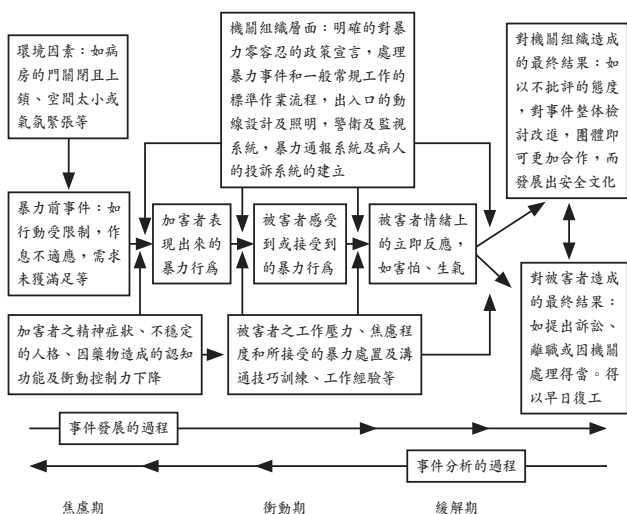


圖1 精神科來自病人的職場暴力-事件發展及事件分析的參考模式

1. 機關組織層面：陳等之研究發現幾乎所有受訪者均表示事件後之支持不夠，有一半以上受訪者表示在事件發生時無人可以求救，並且提到警報系統及監視器的裝設及提供職

前訓練及在職訓練的重要[35]。另外發現暴力之通報率很低，只有31.0%的肢體暴力受害者和低於10.0%的其他暴力受害者完成通報，其原因主要為目前的職場文化，包括通報不重要、害怕通報會有不好的結果（怕被罵、被指責或影響考績）、通報也沒有用、沒有通報管道、不知向誰通報、覺得遭受暴力很丟臉和有罪惡感，所以不敢通報[14]。

2. 環境層面：精神科病房的門通常是顯著而且是上鎖的，病人的行動常常是受限制的，一些需求如要求出院、抽菸往往無法被滿足，因為容易產生憤怒的情緒，而訴諸暴力[36,37]。有些研究發現病房的情境因素[38-43]、住院時間的長短[44]以及病人和工作人員間的互動[45,46]亦和暴力有關。

3. 加害者（病人）層面：精神病人長久以來因為媒體的過度渲染，一般大眾往往將他們貼上標籤，認為他們是社會上的不定時炸彈，好像他們隨時都會攻擊人；精神科的工作人員也因為有這種標籤化的想法，有將近一半的工作人員，認為這是工作的一部份，是無可避免的、是無法預防的[14]。但根據研究，具有攻擊性的精神病人只佔其中的少數，此類病人大多具有精神症狀[47-51]，如幻聽、妄想或有人格疾患[52]或因酒精、非法藥物之使用而導致情緒及行為失控[47,53]，或因認知功能下降而產生混亂行為[48,54]；尤其在急性期，因為症狀的影響確實比一般大眾有比較高的攻擊傾向[50,55]，大約是正常人的四倍，如果再合併有藥物或酒精濫用則高達十五倍，但此類病人大約只佔所有精神病人的百分之八[49]。另外，診斷、過去有暴力史、住院日數較久、抽菸以及較高的暴力量表的分數[32,40,41]，也都是暴力的危險因子，但性別、年齡等人口學上

的變項則較無法用來預測暴力[40]。

4. 受害者（員工）層面：這層面的危險因子比較少人探討，Anderson的研究指出小時候曾遭受暴力者較易受到肢體暴力[56]，而Di Martino等則指出工作壓力大者較易遭受職場暴力[57]，另有研究發現精神科的職場暴力是工作的主要壓力來源之一[58]，兩者似乎互為因果。但陳等的研究發現焦慮程度越高（亦即越擔心被攻擊）者，在職場越易遭受攻擊；而暴力防範的在職教育可以降低這類焦慮、增加信心，並降低暴力的發生率[34]。另外發現年資較淺或年紀較輕以及未婚是肢體暴力和口頭謾罵之危險因子[14]。關於嚴重度，遭受肢體暴力的受害者，有7.7%是遭受武器攻擊，有將近一半（46.2%）造成身體受傷，其中約有三分之一（30.8%）需要醫療處置（約佔所有肢體暴力受害者之1.1%），大部份的身體傷勢並不嚴重[14]。關於遭受暴力後的心理感受，其差異很大，從最嚴重的創傷後症候羣、焦慮、害怕、失眠、到無所謂、甘之如飴都有[35]。整體而言較資淺，尤其是新進員工遭受暴力後，心理創傷都很大，往往要一段時日才能平復，有人甚至因此離職。

暴力的發生，除了受機關組織、環境、加害者和受害者之間互動的影響[59]，事實上和整個社會風氣、國家的經濟發展和政治生態息息相關，此即世界衛生組織所倡言的生態模式[1]。但限於篇幅，本文不另贅述。

精神科醫療工作來自病人職場暴力的預防方法

精神科醫療工作來自病人暴力的發展可以分成焦慮期、衝動期和緩解期三個階段（如圖1）。從公共衛生三級預防的觀念來看，焦慮期的預防就是初級預防、衝動期就是次級預防而緩解期就是三級預防，所採取的預防措施如表4所列。今從機關組織、環境及加害者、受害者等層面做一描述：

1. 機關組織層面：從研究發現低通報率的原因有部分為害怕通報會有不好的結果，因此機關組織應確保受害及通報的員工不會受到處罰，並發展以人為本的、支持性的職場安全文化[60,61]，以鼓勵員工通報，如此才能透過事件分析的方式（如圖1）找到暴力的危險因子並加以防範。此外應建立警衛、監視系統及緊急通報系統，並對處理暴力事件和一般常規工作應設有標準作業流程，對出

表4 精神科來自病人職場暴力的初級、次級及三級預防

	機關組織	環境	加害者（病人）	受害者（員工）
初級預防	對暴力零容忍的政策宣言；維護員工安全的硬體設施，包括出入口的管制、照明等	團隊合作的安全文化，良好的勞工與管理者關係以及廣泛周全的職場暴力預防措施	提供病患表達意見和申訴的管道，有效的抒發其不滿的情緒和憤怒	提供必要的職場暴力預防訓練，如溝通技巧、同理心及加強潛在加害者的辨識以及發現後的處理方法等等
次級預防	警報系統的設立，提供員工撤退的管道以及備有訓練有素的保安人員和專業法律顧問	建立暴力事件處理的標準作業流程，並有後續的追蹤檢討，必要時並做適當的調整	對病患進出病房加強安檢，減少使用工具攻擊的機會；降低傷害的嚴重度	暴力事件發生時如何化解的技巧如非暴力危機置的訓練以及反應流程的訓練、演練和稽核
三級預防	監視器的設立，可以幫助事件之澄清、了解事件發生之始末，以做為事件分析及將來預防暴力的參考	組成一群員工，提供受害者必要的支持及撫慰，並給予協助，讓受害者得以早日復工，重回職場	對加害者採取必要的處置，如加強藥物的調整以控制精神症狀及穩定病人情緒，或採取必要的隔離、約束措施	建立通報系統，提供員工在遭受暴力之後有申訴和傾訴的機會

入口的管制及照明應予加強。對員工的職前及在職教育應投資，並透過不定期演練的方式，以增強員工對職場暴力的認識，熟悉暴力防範的技巧及培養團隊合作的安全文化。

2. 環境層面：應多讓病人有外出散步、活動的機會。病人如不能出院，則應同理其感受、傾聽、支持、尊重個案的需求並給予希望，以緩和其情緒；病房亦應提供病患表達意見和申訴的管道，使病人能有效的抒發其不滿和憤怒的情緒，減少暴力事件的發生。
3. 加害者（病人）層面：病人的暴力行為發生之前往往有跡可尋，如臉色變紅、目露凶光、音調變高、速度變快、緊握雙拳等等。因此，針對高危險群的少部份病人，應積極使用藥物以減低或消除精神症狀對病人的干擾，陳等的研究發現病人發生暴力行為以後最常接受的處置為藥物注射或調整，或轉急性病房或在兩位以上專科醫師的認可及家屬或病人的同意下接受電痙攣治療[19]。亦應多與病人及其家屬會談，盡力幫忙解決住院造成的問題，以緩和焦躁不安的情緒。
4. 受害者（員工）層面：針對新進員工提供職前訓練是預防暴力的主要方法。員工在平時宜注意暴力的警訊，在暴力發生時要冷靜、沉著、不與病人對抗（不逞英雄），而以「非暴力危機處置」的技巧（如脖子被勒、頭髮被捉等之脫身術），想辦法離開現場、並尋求支援；等支援人員到齊之後，再用四人或五人約制法，合力制服病人[62]。這些因應暴力的技巧必須透過平時稽核、演練的方式才能變得純熟。受害者若受到暴力攻擊，應有管道讓受害者可以處理他們的不悅，以預防將來產生更嚴重的心理問題[63]。事後介入的目標是減少職場暴力的衝擊，而且確保這樣的暴力將來不會再發生，同時受害

者在整個復健過程當中都應該得到支持，鼓勵能越早回到工作，比較不會影響工作效率[64]。

結論

精神科來自病人的職場暴力，並不是一種宿命，並不是不可避免的。因為精神科醫療工作人員所照顧的病人畢竟只有少數因為受其症狀的影響而具有攻擊性，而且其暴力行為發生之前往往有跡可尋。因此除了精神科的從業人員應對病人的精神症狀積極控制，並有能力處理病人的焦躁不安、化解衝突之外，機關組織亦應訂有對暴力零容忍的明確政策和宣言，建立通報系統並鼓勵員工通報身體和心理的暴力事件，發展團隊合作的安全文化，以提高對病人的服務品質，增強員工的向心力，讓暴力消弭於無形。希望本文可以作為醫療職場暴力預防的參考。並期望經由全體醫療同仁的努力，共同營造一個零暴力的醫療環境。

致謝

本研究部分經費來自行政院衛生署中部辦公室（計畫編號：93042）、玉里醫院及台灣大學職業醫學與工業衛生研究所等補助，謹此致謝。

參考文獻

- [1] Dahlberg LL, Krug EG. Violence - a global public problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, Eds. World report on violence and health. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [2] World Health Organization(WHO). Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1995.
- [3] Castillo DN, Pizatella TJ, Stout N.

- Injuries. In: Levy BS, Wegman DH, Eds. Occupational health, recognizing and preventing work-related disease and injury. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
- [4] Bureau of Labor Statistics(BLS). Violence in the workplace violence comes under close scrutiny. Washington DC: BLS. Available at: <http://www.bls.gov/iif/oshwc/foi/cfch0006.pdf>; 2006.
- [5] National Institute for Occupational Safety and Health(NIOSH). Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington, DC: NIOSH; 2004.
- [6] Elliott P. Violence in health care: what nurse managers need to know. Nursing Management 1997; 28: 38-41.
- [7] Simonowitz JA. Health care workers and workplace violence. Occupational Medicine 1996; 11: 277-91.
- [8] Bureau of Labor Statistics(BLS). Survey of occupational injuries and illness in cooperation with participating State agencies, 2007. Washington DC: BLS; Available from: <http://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/osnr0031.pdf>; Accessed June 15, 2009.
- [9] National Institute for Occupational Safety and Health(NIOSH). Violence: occupational hazards in hospital. Cincinnati: NIOSH 2002.
- [10] Steven LS, Lawrence RM, Joseph JH, Lennart L. Psychosocial and organizational factors. In: Encyclopaedia of occupational health and safety. 4th ed. Geneva: International Labor Office; 1998.
- [11] Claravall L. Healthcare violence: A nursing administration perspective. The Journal of nursing administration 1996; 26: 41-6.
- [12] Council of Labor Affairs, Executive Yuan(CLA). Labor Safety and Health Regulation for Health Care Workers(Draft). Taipei: CLA; 2008.(Chinese)
- [13] Smith-Pittman MH, McKoy YD. Workplace violence in healthcare environments. Nursing Forum 1999; 34: 5-13.
- [14] Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. Journal of Occupational health 2008; 55: 288-93.
- [15] Institute of Occupational Medicine and Industrial Hygiene, National Taiwan University(OMIH). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Taipei: OMIH; 2004.(Chinese)
- [16] Di Martino V. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva: International Labor Organization/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International(ILO/ICN/WHO/PSI); 2002.
- [17] World Health Organization(WHO). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9221134466.pdf>. Accessed May 17, 2008.
- [18] Peek-Asa C, Runyan CW, Zwerling C. The role of surveillance and evaluation research in the reduction of violence against workers.

- American Journal of preventive medicine 1920; 141-8.
- [19] Chen WC, Hwu HG, Wang JD. Staff responses to different categories of workplace violence in a psychiatric hospital in Taiwan. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2009; 15: 172-9.
- [20] Ferns T. Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nursing Standard* 2005; 20: 41-5.
- [21] Ferns T, Chojnacka I. Reporting incidents of violence and aggression towards NHS staff. *Nursing Standard* 2005; 19: 51-6.
- [22] Di Martino V. Workplace violence in the health sector-country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: synthesis report. Geneva: International Labor Organization/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International(ILO/ICN/WHO/PSI); 2002.
- [23] Whittington R, Shuttleworth S. Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of advanced nursing* 2008; 24: 326-33.
- [24] Kwok RP, Law YK, Li KE, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 2006; 12: 9.
- [25] Chen ZH, Wang SY, Lu YC, Jing CX. Analysis on the epidemiological features and risk factors of hospital workplace violence in Guangzhou. *Chinese Journal of Epidemiology* 2004; 25: 3-5.
- [26] Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Chinese Journal of Epidemiology Occupational and Environmental medicine* 2004; 61: 495-503.
- [27] May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing* 2002; 28: 11-7.
- [28] Lin YH, Liu HE. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42: 773-8.
- [29] Privitera M, Weisman R, Cerulli C, Tu X, Groman A. Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine* 2005; 55: 480-6.
- [30] Bureau of Labor Statistics(BLS). Survey of occupational injuries and illness, 2000. Washington DC: BLS; 2001.
- [31] Carmel H, Hunter M. Staff injury from inpatient violence. *Hospital & Community Psychiatry* 1989; 40: 41-6.
- [32] Chou KR, Lu RB, Mao WC. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing* 2002; 16: 187-95.
- [33] Chi MT, Jeang SR, Pan CC, Leu SJ, Chueh CM. Enhancing the Capability of Medical Team to Manage Aggressive Events in Acute Psychiatric Wards. *The Journal of Nursing* 2008; 55: 59-67.(Chinese)
- [34] Chen WC. Workplace violence in psychiatric

- hospitals. [dissertation]. Taipei: National Taiwan University; 2008.
- [35] Chen WC, Wang JD, Lew-Ting CY, Chiu HJ, Lin YP. Workplace violence on workers caring for long-term institutionalized schizophrenic patients in Taiwan. *Journal of Occupational Health* 2007; 49: 311-6.
- [36] Patton D. How reality orientation may impact upon violence and aggression within acute psychiatric care. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research* 2003; 8: 972-84.
- [37] Bensley L, Nelson N, Kaufman J, Silverstein B. Patient and staff views of factors influencing assaults on psychiatric hospital employees. *Issues in Mental Health Nursing* 1995; 16: 433-46.
- [38] Ferris S. Factors influencing the ward atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1986; 73: 600-6.
- [39] James DV, Fineberg NA, Shah AK, Priest RG. An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. *The British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 846-52.
- [40] Miller RJ, Zadolinsky K, Hafner RJ. Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *The American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 1368-73.
- [41] Nijman H, Merckelbach H, Evers C, Palmstierna T, Campo J. Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 105: 390-5.
- [42] Palmstierna T, Huitfeldt B, Wistedt B. The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hospital & Community Psychiatry* 1991; 42: 1237-40.
- [43] Palmstierna T, Wistedt B. Changes in the pattern of aggressive behaviour among inpatients with changed ward organization. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 91: 32-5.
- [44] Greenfield TK, McNiel DE, Binder RL. Violent behavior and length of psychiatric hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry* 1989; 40: 809-14.
- [45] Chen SC, Hwu HG. Aggressiveness in Psychotic Patients: Psychopathological Theory and Clinical Management. *Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei)* 2002 ; 16 : 261-75.(Chinese)
- [46] Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *The British Journal of Clinical Psychology* 1996; 35: 11-20.
- [47] Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 979-86.
- [48] Cooper AJ, Mendonca JD. A prospective study of patient assaults on nursing staff in a psychiatric unit. *Canadian Journal of Psychiatry* 1989; 34: 399-404.
- [49] Swanson JW, Holzer CE, III, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys.

- Hospital & Community Psychiatry 1990; 41: 761-70.
- [50] McNiel DE, Binder RL. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short-term risk of violence. *Hospital & Community Psychiatry* 1994; 45: 133-7.
- [51] McNiel DE, Eisner JP, Binder RL. The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services* 2000; 51: 1288-92.
- [52] Nestor PG. Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *The American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1973-8.
- [53] Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koironen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *The American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 840-5.
- [54] Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch of General Psychiatry* 2000; 57: 494-500.
- [55] Walsh E, Buchanan A. Criminal and violent behavior in schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M. Eds. *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge University Press; 2008.
- [56] Anderson C. Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing* 2002; 23: 351-66.
- [57] Di Martino V. Relationship of work stress and workplace violence in health sector. Geneva: International Labor Organization/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International(ILO/ICN/WHO/PSI); 2002.
- [58] Shen HC, Cheng Y, Tsai PJ, Lee SH, Guo YL. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. *Journal of Occupational Health* 2005; 47: 218-25.
- [59] Davis S. Violence by psychiatric inpatients: a review. *Hospital & Community Psychiatry* 1991; 42: 585-90.
- [60] Fleming P, Harvey HD. Strategy development in dealing with violence against employees in the workplace. *Journal of the Royal Society of Health* 2002; 122: 226-32.
- [61] Whittington R, Wykes T. Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17: 480-6.
- [62] Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing* 2005; 14: 44-53.
- [63] Warshaw LJ, Messite J. Workplace violence: preventive and interventive strategies. *Journal of Occupational Environmental Medicine* 1996; 38: 993-1006.
- [64] Du CL, Lai CF, Wang JD. Delayed return-to-work in workers after non-severe occupational upper extremity fracture in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association* 2007; 106: 887-93.