

長期照顧工作之相關暴力行為的預防

The Prevention of Work Related Violence in Long -term Care

謝佳容 劉淑娟^{*} 蕭仔伶^{**} 張玆^{***}

Chia-Jung Hsieh Shwu-Jiuan Liu^{*} Yu-Ling Hsiao^{**} Chueh Chang^{***}

摘要

工作場所暴力事件漸成為醫療保健服務業的嚴重問題，國外已對此議題關注，而我國的重視僅限於精神科照顧場域。但以老年或失智症照顧為主的長期照護機構亦是發生工作相關暴力行為的高風險環境。長期照護機構中，住民的疾病特性也與工作相關暴力事件的高危險有關。本文嘗試從照顧提供者和被照顧者的角度，說明導致工作相關暴力事件的危險因素，說明當發生工作相關暴力行為時，對照顧者所產生的生理、心理和工作三個層面的影響，並以實例討論護理之家工作人員被暴力攻擊的歷程，了解照顧者對遭遇暴力行為後的感受與態度，最後提出預防工作相關暴力行為發生的策略。期望透過本文能引發大家對此議題的關注，營造一個無暴力的照護環境，以保障專業人員安全。

關鍵詞：暴力(violence)、長期照顧(long-term care)、職業危害(occupational hazard)

台北醫學大學護理學系講師 台北醫學大學護理研究所教授兼萬芳醫院護理部副主任* 臺北醫學大學護理學系講師** 台灣大學公衛學院衛生政策與管理學研究所副教授***

通訊作者：劉淑娟

通訊地址：110 台北市信義區吳興街 250 號 台北醫學大學護理研究所

E-mail : chuan@tmu.edu.tw

前 言

美國 1984 年進行的全國職業危害調查發現，醫療服務業之職業傷害發生率高居十二種服務業中的第四位，其中護理人員傷害的發生率為 10.9%，屬於職業傷害的高危險群(張，1997)。因工作性質使健康專業人員經常接觸到各類急慢性病患，工作風險性自然相當高。包括：檢驗、消毒及治療時接觸到的許多化學物質，游離輻射、非游離輻射、噪音等，以及重複性工作或姿勢不良造成的肌肉骨骼傷害，甚至工作壓力、恐嚇暴力等造成的心靈負擔，都是可能發生的職業危害。美國勞工局的一項調查指出：2001 年有 639 位工作人員發生嚴重職場暴力事件，且暴力結果是導致職業災害死因的第三位(US Department of Labor, 2002)。在 1993-1999 年的國際犯罪受害報告(National Crime Victimization)也指出，美國每年約有 170 萬人在工作中面對非致命性的暴力行為，而真實發生的比例可能更多。由於許多案件未申報，工作相關暴力事件的發生率是過於低估的(Duhart, 2001)。

直接面對暴力衝擊事件是健康照護人員職業危害的一項重要風險，包括：面對口頭威脅、武器傷害、身體傷害、性侵害及其他相關危險等(Schulte, Nolt, Williams, Spinks, & Hellsten, 1998)。一份調查指出，自 1986 至 1990 年間，洛杉磯地區醫療保健服務從業人員遭受工作場所暴力攻擊而提出求償聲明的達 1025 件，因而所付出的賠償總金額超過美金 3,000,000 元，平均每件案件之賠償金為

4,879 美元。工作場所的攻擊事件以少數族裔之醫療人員較常見，且除了少見的刺傷案、強暴案外，其他全為毆打案(Sullivan & Yuan, 1995)，由這些調查顯示工作相關暴力事件已是美國醫療服務系統的重要議題。

在台灣，職業災害的調查公部門多由行政院勞工安全衛生研究所執行，其中『勞動醫學組』主要的研究領域即為調查各種職業因子所導致的健康危害並研發其防治方法。對於職災的預防除化學性危害因子外，新浮現的職業病及物理性危害因子亦為此機構的研究重點(勞工安全衛生研究所, 2005)。對於護理人員在工作環境的健康危害因素調查指出：2003 年護理人員擔憂工作環境危害健康的事件，前六名分別為針扎、長時間站立、病毒或細菌感染、搬動病患或重物、游離輻射、和物品的割刺傷(勞工安全衛生研究所, 2004)。在管理階層對於護理人員『遭遇針頭或尖銳物刺傷或割傷』之職業災害討論較多，工作的暴力攻擊則討論很少。但勞安所針對醫院工作人員工作環境中潛在危險因素的調查指出：擔憂『暴力攻擊或恐嚇』的，醫師佔 27.3%，護理人員佔 29.5%，技術人員佔 13.6%(勞工安全衛生研究所, 1997)。顯示工作場所中的暴力事件處理是相當值得關切的。如何協助健康專業人員在提供直接服務時，面對病患正面或負面的情緒表現，預測及防範可能發生的暴力攻擊是重要的議題。

工作相關暴力行為(Work related violence)，亦或破壞性行為、激動行為、攻擊行為等是相近名詞，其定義為：直接朝向工

作或值班人員的身體攻擊和恐嚇威脅的暴力行為』(NIOSH, 1996)，或『病人表現不適當的語言、聲音或動作，且這些行為無法被外在觀察者判斷，是來自病人的需求或因混亂而出現的行為』(Cohen-Mansfield 和 Billig, 1986)。暴力行為會危及、驚嚇自己或他人、對自己或他人造成壓力、或為社會所不能接受(Souder, Heithoff, O'Sullivan, Lancaster, & Beck, 1999)。長期照護的工作特性及環境因素都是發生暴力行為的高危險因素。本文將從照顧提供者(健康照護人員)和被照顧者(住民)的角度，說明長期照護導致工作相關暴力事件的高危險因素，工作相關暴力行為時，照顧者生理、心理和工作層面受到的影響，並以二個實例說明護理之家工作人員被暴力攻擊的經驗，照顧者遭遇暴力行為後的感受與態度，進而提出預防工作相關暴力行為發生的策略，期望透過本文能引發大家對此議題的關注，營造一個無暴力的照護環境，以保障專業人員安全。

長期照護導致工作相關暴力事件的高危險因素

一、從照顧提供者談工作相關暴力事件發生的高危險因素

對照顧提供者而言，工作相關暴力事件來自三類高危險因素，分別陳述於下。

(一)來自服務性質方面

直接性照顧被攻擊的機率較間接性照顧為高。長期照護中第一線的照顧者包括：護理人員、照顧管理員和監護工等，這些人最

容易遭遇工作相關暴力事件。目前監護工中又有很多為外籍勞工，工作內容主要在看護老人，與雇主的語言隔閡，溝通不容易是他們首要的困擾(陳, 2001)。監護工的訓練課程較偏向於個人生活習慣之適應能力養成，對工作專業技能、問題解決、危機處理等課程則較為缺乏，導致監護工對危機處置的能力不足(許、王, 2003)，發生暴力相向的事件亦時有所聞。

(二)來自個案使用藥物治療的特性方面

水能載舟，亦能覆舟，抗精神、抗憂鬱、抗焦慮等藥物對失智症老人激動行為有治療效果，但臨床上藥物表現的副作用卻也十分明顯，如：昏睡、混亂等行為，不但會更增加日落症候群發生的機率，且長期使用抗精神藥物反而容易讓患者更混亂，攻擊行為更明顯(Burney-Puckett, 1996; McGaffigan & Blimise, 1997)。Exum、Phelps、Nabers 和 Osborne(1993)的研究指出：目前醫療人員常在下午四點到七點之間給予PRN精神科藥物來治療日落症候群，是須要謹慎的。

(三)來自機構特性方面

醫院和健康照顧機構是高危險施暴地點，因為這些地方的工作人員多直接性提供服務。施暴者多為住民/或個案、失能者和男性，且 66 歲以上的老年人和 35-65 歲的壯年人較為常見。容易發生工作相關暴力事件的場所包括：護理之家、長期照顧機構、加護單位、急診、精神科病房，及老年病房等(Gerberich et al., 2004)。

專 欄

二、從被照顧者談工作相關暴力事件發生的高危險因素

住民角度提出之可能產生暴力事件的高危險因素有四類，分述於下。

(一)來自疾病種類方面

失智症是發生暴力行為的高危險群。躁動行為是失智症的特徵之一，亦是主要的照護問題。失智症患者在疾病中期出現的行為困擾問題(如遊走、幻覺、妄想等)，根據壓力閾值漸進式降低模式(Progressively Lowered Stress Threshold Mode)，其對環境壓力之接受強度可分成三個層次：正常行為、焦慮行為及功能失常行為。環境壓力持續增加或超過患者壓力閾值時，即出現功能失常的情形，如：躁動不安、遊走、攻擊行為、夜間混亂或重複行為等(Hall, 1994)。

Brodaty 等人(2001)以 BEHAVE-AD 量表調查 Sydney 護理之家共 647 位失智症住民，除了有 82.2% 和 76.5% 的住民有混亂行為和攻擊行為外；還發現 60.1% 的人伴有精神症狀和情緒問題，幻覺佔有 32.7%，憂鬱則佔有 44.1%。這些伴隨精神疾病的住民亦為暴力事件的高危險群，特別是年紀較大、較晚發病，有較高比例的幻覺症狀、錯認、漫遊者。這些疾病因素可作為危險指標，提早預防(蔡、黃、楊、劉，1995)。

(二)來自遷居環境方面

新入住的住民為暴力行為的高危險群。遷居至安養機構對老人而言是個重大的生活事件，其壓力僅次於離婚或配偶死亡，對老人的身體健康相當不利，包括：

死亡率增加、活動量減少、跌倒率增加、健康狀況下降等 (Friedman & Williamson, 1995; Gordon, 1985)。心理健康上相當高的比例會有適應不良或行為問題出現，如退縮、被動，甚至是暴力、攻擊行為等(Holzapfel, Schoch, Dodman, & Grant, 1992)。越陌生的環境越易引起失智老人的焦慮不安，產生暴力危險性越高，值得注意。

(三)來自發生的時間點方面

一天的任何時間點都可能會發生工作相關暴力行為，但研究指出，當病房人力較不足，例如假日或夜班時間，其發生的機會較大。有失智症日落症候群(sundown syndrome)的住民在傍晚或晚上發生混亂症狀、躁動不安情形比白天嚴重，故該時段的照顧風險相對則較高 (Gallagher-thompson, Brooks, Bliwise, Leader, & Yesavage, 1992)。

(四)來自生理狀況方面

住民的生理狀況欠佳、自主移動能力降低，或有大小便失禁情形時，需要關心生理需求的滿足，例如：如廁問題的主動關心等，則可減少暴力事件發生。幫助住民建立規律的如廁時間表，雖會增加工作人員的負荷量，但也增加對個案激動行為的覺察與預防，降低住民口語謾罵、激動行為的表現，大幅減少工作人員頭部和頸部受傷的風險 (Engst et al., 2004)。

發生工作相關暴力行為對健康照顧者所產生的影響

工作相關暴力行為對照顧者所產生的影響分生理、心理和工作層面分述之：

一、生理層面

處於暴力情境下，個體會有壓力症狀表現，例如：心跳增加、呼吸加速、血壓上升、頭痛、胃部不適，除口頭上指責、謾罵外，也可能發生肢體上(抓扯、捏咬、踢撞、碰撞...等)或器物上(使用醫療器材、輔具、食物器皿、椅子、氧氣桶、電話機、眼鏡、鞋子)的攻擊行為，可能導致明顯的外傷痕跡，使皮膚的完整性受損。更嚴重者可能會有肌肉骨骼系統或腦神經系統的後遺症，例如：慢性疼痛，失眠、做惡夢、睡眠品質受影響，甚而長期發生腸胃系統等問題 (Gerberich et al., 2004; Sullivan & Yuan, 1995)。

二、心理層面

暴力行為會使工作人員感到挫折、憤怒、害怕、焦慮，隨壓力增大，長期出現心理疾病的情形(張，1996； Gerberich, et al., 2004)。機構照護中，專業人員或病患服務員會因無法有效處置病患的躁動行為，而產生挫敗感，無力感，甚至職業疲乏，導致正向態度與專業同理心減退和照護品質低落，因而離職(溫、羅、李、林，1998； Wright, 1994)。暴力行為的病患對家屬也會造成極大的心理衝擊。照顧者最容易感受到攻擊行為的威脅及傷害，使個案被強迫住院治療或安置收養(Holzapfel et al., 1992)。

三、工作層面

暴力來自服務對象，因此會直接影響或降低照顧者的工作表現，增加員工流動率和曠職率，間接的心裡輔導的諮商成本會增加，工作者使命感會降低、及生活品質會下

降。發展適當的預防和控制方法，減少工作相關暴力事件的發生，進而才能延長職業壽命(Gerberich et al., 2004)。

健康照護人員對發生工作相關暴力行為的感受與態度

Lazarus 和 Folkman (1984)指出個人對壓力的評價是不同的。認為壓力是挑戰的人，覺得壓力是可以處理的，面對壓力個人會有所收穫及成長，因此產生較愉快的情緒。認為壓力是威脅的人，則會覺得傷害/失落、或威脅，而將重心放在可能的傷害上，特別容易產生負面的情緒，如害怕、焦慮、生氣等。深入瞭解照顧者對暴力攻擊之情緒反應，發現有些護理人員會以反向作用來壓抑自己的焦慮與無助，而自認一切可以控制，不怕被病患攻擊也不會被傷害。有些護理人員會使用合理化的方式來接受自己被攻擊的經驗。也有些護理人員遭遇攻擊後，表現出否認或是不便啓口的態度，往往有些工作者評估傷勢或結果不太嚴重，就忽略這些被暴力或攻擊的經驗，疏忽了工作人員彼此間的溝通與預防措施。

筆者們訪談了兩位工作人員，其反映就有所不同。第一位在護理之家工作達四年之久的護理人員提到自己二次被住民攻擊的經驗。最近一次是在過年前於大夜班時所發生的被打事件。她就比較使用合理化的方式因應。她提到：

當時我和同事一起幫住民翻身，結果才剛翻過去，他立刻翻回來，且拳頭

專 欄

伸向我的臉，也來不及反應，眼鏡就被打斷了，當時想還好有眼鏡保護著，不然眼睛就遭殃了，…我就回去護理站整理儀容，檢查眼睛看看有沒有事，心想怎麼會是這樣，上次也是被打到眼鏡，只是上次爺爺是正面打過來，這次還真是想不到，心想怎麼這麼ㄉㄨㄟ，且好痛，半夜好心幫他翻身，還被打，為你好還要被打，真是莫名其妙…。我自己想說不要向他太計較啦，可能是因為他正好眠，沒聽到我們跟他講的話，所以他才會這樣…後來我們當班時會向其他人交班，大家就會彼此提醒注意，不然沒交班就有可能有人會在被出其不意又被打到。

另一位曾遭遇住民拿物品擊傷背部的護理人員，其反映則明顯呈現暴力事件是一個負面的經驗。她提到：

我就是寫意外事件報告單ㄚ，說是要檢討事件發生的原因和過程，以預防下次意外的發生，但在寫的時候，我的眼淚一直流下來，且開會討論時我真的坐立難安，覺得很難看，為什麼是我…。

在臨床對於暴力事件多會主動提出討論和管理預防策略，但往往討論的焦點在檢討如何照顧已成為攻擊者的住民，而非受傷害的工作人員。討論是否因工作人員的處理不當，而引起住民的暴力行為，或為何護理人員未能早期偵測到暴力行為之先兆等，有時

無意間反而對工作的當事者產生二次傷害，加重其工作無力感。

預防工作相關暴力行爲發生的策略

長期照護係是提供綜合性與連續性之服務，在服務時不僅應考慮住民的安全，更應考慮到照顧者的安全與需要(行政院衛生署，1995)。預防工作相關暴力行爲發生的策略，可分別從被照顧者、照顧提供者和照顧機構的管理三方面來加強預防與介入。

一、從被照顧者方面實施的策略

(一)針對可能會發生工作相關暴力行爲的高危險群，進行過去有無暴力史之評估。內容包括：1.住民過去暴力行爲發生的情境，當時其意識狀態，2.所採用的暴力行爲與方法，3.發生暴力時的徵兆，4.當時發生暴力的原因，及 5.其他可能引發暴力行爲的情境。詳盡的瞭解，方能預防下次暴力行爲的發生。

(二)針對失智症患者，以壓力閾值漸進降低模式的三個重要部分：疾病分期、症狀群與行為層次進行評估。瞭解患者疾病分期、病程症狀，有助於擬定患者暴力行爲的處置與照顧計畫(Hall, 1994)。照顧者可隨患者能接受的壓力閾值逐漸調整與修正壓力，以預防激動、混亂行為的發生。

二、從照顧提供者方面實施的策略

(一)確實執行每日健康照護評估。評估可分為直接和間接觀察法，前者是照顧者直接實際觀察及紀錄住民特定暴力行爲發生的種類及頻率，後者是使用結構性量表進行評估。長期照顧常使用的量表為 Cohen -Mansfield Agitation Inventory (CMAI)，其測量內容包

含：身體非攻擊行爲、身體攻擊行爲、語言非攻擊行爲、語言攻擊行爲四類(Cohen-Mansfield, 1995)。BEHAVE-AD量表是評估混亂行爲和攻擊行爲，亦可評估情緒障礙和精神相關症狀(Burns, Lawlor, & Craig, 2002)。透過老年護理評估標準的建立，每日護理評估的進行，以提升對老年病患生理、心理、社交、經濟、身體功能和環境狀況瞭解的完整性認識(徐、馮、蘇、王, 1992)。

(二)評估暴力發生時的徵兆。評估住民有明顯焦慮性行爲(如：激躁不安、神情緊張、肌肉僵硬、及來回走動等)、防衛性行爲(如：拍門、踢床、及威脅的言語等失控的行爲)、及需求未被滿足(如：想要回家、想要好好睡覺、及不想吃飯等言談)。醫護人員應具有對事件的敏感度，發揮敏銳的觀察力，評估不尋常的事件之徵兆。

(三)暴力行爲發生時，確保住民、他人、工作人員及環境的安全為目標，緊急的處置陳述如下。

- 給予住民適當、明確的指引及限制，以停止目前暴力攻擊之舉動，且移除住民身上及周圍的危險物品，以防其作為攻擊或自傷器具。

- 傾聽及同理住民憤怒感受，瞭解發生暴力行爲的導因，勿再度激怒其情緒。建立無威脅性及安全的會談環境，該會談情境需預留可快速離開的出口，例如：不可使住民位於你與出口之間而堵住撤退之路。保持出入門打開，且適度維持至少一個手臂的人身安全距離。因為住民多為長者，亦需注意千萬不可從其身後接近他，以避免使其害怕而激發暴力行爲。

- 建立一個具有合作氣氛的會談環境。

最有幫助的會談型態是以直接而坦誠的態度，尊重住民合理的需求，以同理性的關心及予支持性的反應。切勿批判其感受，也要避免太過溫和的言談，因為有些妄想症狀的住民會擔心這是假意的好心。如能使其感受到合作的氣氛，且讓他仍能擁有自我控制和決定權，可使其情緒逐漸恢復平靜。

- 對住民做任何處理前，需向其說明原因及處理方式，並鼓勵其以言語表達困擾。允許他有機會宣洩不滿，適度引導其發洩情緒，例如：撕報紙及戶外走走，轉化心情等。告知哪些行為是不適宜出現的，例如：攻擊他人或傷害自己等。儘量傳達出接納的態度，所有的指引及限制都是為了協助他控制自己不穩的行為。

- 有高度暴力行爲的住民，避免單獨及直接的接觸。應尋求人力支援，必要時保持冷靜迅速的態度，以疏散病患及家屬離開危險區。密切觀察該住民言行，待其情緒穩定時，再與之會談。

- 必要時，將住民從吵雜的環境移到隔離安靜的房間。使一些外在干擾因素減少，尤其是對一些害怕群眾而激躁不安的住民。

- 當實施保護性約束處置時，需清楚告知住民原因、方法、步驟及處置時間。

住民有充分瞭解後，再於人力充足下，由現場資深人員指揮一同進行約束或施打鎮靜針劑，隨後要監測住民的生命徵象。身體約束時，常會引起住民的不安及反抗，過程中要持續與住民談

專 欄

- 話，必要時可陪伴一旁，以降低其焦慮。
- 8.緊急處置後應詳細記錄住民暴力行爲發生的時間、地點、方式、原因、處理過程及結果，填寫意外事件報告表，並適度告知家屬該事件。若病患之暴力行爲導致物品損壞，需告知並聯絡家屬賠償。
- 9.照顧人員需覺察自己的情緒狀態。整個處置過程中，每個工作人員也都會害怕及擔心，住民也會感受到一些反應，健康照護人員能覺察自己的情緒及感受，向住民做適度的分享，不但可拉近彼此的距離，亦可消除自己的不安。否則一旦住民誤解過程的意義，呈現敵意與歧視，將會更加強其暴力的傾向。

三、針對照顧機構的管理策略

針對工作相關的暴力行爲，以下三點是管理上應該做到的。

(一)建立住民暴力行爲評估內容之標準指引。目前長期照護機構評估住民躁動行爲的過程有三方面問題，其一為『評估項目的不一』，可能因機構性質不同，呈現躁動行爲的項目會不同，造成轉介個案時，在躁動行爲的認定上產生差異。次之為『評估人員素質不齊』，表單的評估記錄多由照顧服務員完成，然而國內照顧服務員流動率極大，外籍照顧服務員人數又快速增加，素質參差不齊。再次為『評估結果難以做為照護計畫的基礎』，健康照護人員仍有許多無法理解評估的重要性，未確實執行計劃工作(林、林，2004)。因此，若要有效處理躁動引起的暴力(WHO Study Group, 2000)。在強調照護品質的同時，健康照護人員的工作安全亦為同等重要。

行為，建立評估之標準指引是必要的基礎。(二)提供工作相關暴力預防的在職課程與技能訓練。暴力防治重要性的認知與技能訓練，對象除正式照顧者(健康照護人員)外，非正式的照顧者(照顧服務員和外籍監護工)都是重要的教導對象。課程中對各項暴力或躁動行為，及外顯行為等名詞應清楚定義。評估時容易混淆或較無法具體描述之行為狀況應加以澄清。同時應教導照顧者區辨躁動行為、精神症狀、情緒問題，及日常生活功能障礙的知能，以協助照護人員擬定及提供適當的照護計畫。

(三)建置工作相關暴力事件的行政管理制度。詳細記載工作相關暴力事件發生的情境、過程、和結果。進行雇員職業傷病及健康資料之監測分析。分析工作流程操作不當時，應研擬一套防範的標準作業流程(standard operation procedure, SOP)。在雇員的人事管理上，必要時，提供因公受傷的慰勞假。單位要能營造情緒支持之網路，讓當事者適度表達和宣洩情緒，不要過分實事求是，以避免二度傷害發生之窘境。

結 論

對於慢性病個案的照顧需求是多元、多專業且需長時間的投入，身為健康照顧者應具備特定照顧的知識與技巧，來提供個案整體性照顧，以滿足其安全需求，和強化社會及生理照顧需求(Kosberg & Cairl, 1991)，並需確保個案維持其生活的最佳狀態，以達到個案最大的自主感、參與感、滿足感和尊嚴

近年來，工作場所暴力事件漸成為健康保健服務業的嚴重問題，國外對此議題已有相當的關注，我國的重視則僅限於精神科照

顧場域，對於老年或失智症照顧為主的長期照護領域亦需關注此議題。本文從照顧提供者、被照顧者、及照顧機構與環境等各方面進行暴力行為的危險因素評估及檢討，並提供多項策略，以期營造一個無暴力的照護環境，並保障專業人員安全。且透過本文討論長期照顧工作相關暴力行為之預防，期能喚起產、官、學界對此議題的重視，未來能有更多實證研究的探討，和具體措施的制訂，以防範工作相關的暴力事件發生。

參考文獻

- 行政院衛生署(1995)。我國長期照護需求與服務體系之政策分析。台北：行政院衛生署。
- 林婉婷、林麗嬉(2004)。失智症患者躁動行為評估之問題—北部某一機構為例。長期照護雜誌，8(4)，451-466。
- 徐南麗、馮容莊、蘇慧芳、王瓊瑤(1992)。老年護理評估表之建立與護理品質之評價。護理雜誌，43(4)，9-19。
- 張文芸(1996)。痴呆老人問題行為的認識。護理雜誌，43(4)，85-91。
- 張靜文(1997)。醫療院所工作人員職業性針扎，勞工安全衛生簡訊，25，7-11。
- 許雅娟、王靜枝(2003)。越勞職前護理教育課程之設計及實施成效。長期照護雜誌，8(1)，79-88。
- 陳玉豐(2001)。八十九年外籍勞工運用及管理調查提要分析。中國統計通訊，12(3)，2-11。
- 勞工安全衛生研究所(1997)。醫療院所工作人員職業性針扎危害評估。勞工安全衛生簡訊八十六年重要研究成果。2005年5月6日，取自：<http://www.iosh.gov.tw/import/imp8608.htm>
- 勞工安全衛生研究所(2004，8月16日)。護理人員危害報導。2005年5月6日，取自：<http://www.iosh.gov.tw/frame.htm>
- 勞工安全衛生研究所(2005)。勞工醫學組主要研究領域。2005年5月6日，取自：<http://www.iosh.gov.tw/intro/introdu/iosh-4.htm>
- 溫金城、羅文傑、李俊泰、林建群(1998)。阿耳茲海默氏症。國防醫學，26(1)，11-14。
- 蔡世仁、黃正平、楊誠弘、劉金明(1995)。併有攻擊行為之癡呆症患者的探討。長庚醫誌，18，361-364。
- Brodaty, H., Draper, B., Saab, D., Low, L. F., Richards, V., Paton, H., & Lie, D. (2001). Psychosis, depression and behavioural disturbance in Sydney nursing home residents: Prevalence and predictors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 504-512.
- Burney-Puckett, M. (1996). Sundown syndrome: Etiology and management. *Journal of Psychosocial Nursing*, 34(5), 40-43.
- Burns, A., Lawlor, B., & Craig, S. (2002). Rating scales in old age psychiatry. *The British Journal Psychiatry*. 180, 161-167.
- Cohen-Mansfield, J. (1995). Assessment of disruptive behavior/agitation in the elderly:

專 欄

- function, methods, and difficulties.
- Journal of Geriatrics Psychiatry and Neurology*, 8, 52-60.
- Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly: A conceptual review. *Journal of the American Geriatric Society*, 34(10), 711-721.
- Duhart, D.T. (2001). *Violence in the workplace, 1993-99, national crime victimization survey. Bureau of justice statistics special report*. USA: US Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Engst, C., Chhokar, R., Robinson, D. Earthy, A., Tate, R. B., & Yassi, A. (2004). Implementation of a scheduled toileting program in a long term care facility: evaluating the impact on injury risk to caregiving staff. *AAOHN Journal*. 52 (10), 427-35.
- Exum, M. E., Phelps, B. J., Nabers, K., & Osborne, J. G. (1993). Sundown syndrome: Is it reflected in the use of PRN medications for nursing home residents. *The Gerontologist*, 33(6), 756-761.
- Friedman, S. M., & Williamson, J. (1995). Increased fall rates in nursing home
- Holzapfel, S. K., Schoch, C. P., Dodman, J. B., & Grant, M. M. (1992). Responses of nursing home residents to intrainstitutional relocation. *Geriatric Nursing*, 13(4), 192-195.
- residents after relocation to a new facility.
- Journal of American Geriatrics Society*, 43(11), 1237-1242.
- Gallagher-thompson, D., Brook, J. O., Bliwise, D., Leader, J., & Yesavage, J. A. (1992). The relations among caregivers stress, "sundrowning" symptoms, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatric Society*, 40(8), 807-810.
- Gerberich, S.G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M. Geisser, M. S. Ryan, A. D., Mongin, S. J., & Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational & Environmental Medicine*. 61(6):495-503.
- Gordon, G. K. (1985). The social readjustment value of becoming a nursing home resident. *The Gerontologist*, 25(4), 398-402.
- Hall, G. R. (1994). Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. *Nursing Clinics of North America*, 29(1), 129-141.
- Kosberg, J. K., & Cairl, R. E. (1991). Burden and competence in caregivers of Alzheimer's disease patient: Research and practice implications. *Journal of Gerontological*

- Social Work, 18(1/2), 85-96.*
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Cognitive appraisal process, In *Stress appraisal & coping*. NY: Springer.
- McGaffi, S., & Bliwise, D. L., (1997). The treatment of sun downing – A selective of pharmacological and nonpharmacological studies. *Drugs & Aging, 10(1)*, 10-17.
- National Institute for Occupational Safety and Health, [NIOSH]. (1996). *Current intelligence bulletin 57, violence in the workplace: risk factors and prevention strategies*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- Schulte, J.M., Nolt, B. J., Williams, R.L., Spinks, C. L., & Hellsten, J.J.(1998). Violence and threats of violence experienced by public health field-workers. *JAMA, 280 (5)*, 439-442.
- Souder, E., Heithoff, K., O'Sullivan, P. S., Lancaster, A. E., & Beck, C. (1999).
- Identifying patterns of disruptive behavior in long-term care residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 47(7)*, 830-836.
- Sullivan, C.,& Yuan, C.,(1995).Workplace assaults on minority health and mental health care workers in Los Angeles, *Journal of Public Health, 85(7)*, 1011-1014.
- US, Department of Labor (2002, August 1). Bureau of labor statistics-National census of fatal occupational injuries in 2001, In *Overview of BLS Statistics by Occupation*, Retrieved May 6, 2005, from <http://www.bls.gov/bls/occupation.htm>
- WHO Study Group(2000). Home-based long-term care. *World Health Organization Technical Report Series. 898(i-v)*, 1-43.
- Wright, L. K. (1994). AD spousal caregivers: Longitudinal changes in health, depression, and coping. *Journal of Gerontological Nursing, 20(10)*, 33-48.