

精神科急性病房病患的暴力行爲研究

陳杏佳

摘 要

本研究之主要目的在實徵探討本土精神疾患的暴力行爲與處理之特色。採個案系列前瞻性研究法，對象為某教學醫院精神科急性病房住院病患，在民國 83 年 2 至 6 月，共五個月期間，發動肢體攻擊之暴力行爲者，共 28 人產生 89 件暴力事件，有 38 人遭受攻擊。使用自擬問卷與「簡便精神症狀檢查表」，以臨床參與觀察為主，訪談與病歷記錄為輔，去瞭解攻擊者的個人屬性與精神症狀、暴力行爲過程、及處理現況。結果發現暴力事件在正常上班日（66.3%）與白班（56.2%）發生略多，平均 5 天發生 3 次，病房干擾或人物受損客觀情況不嚴重，而有攻擊史的精神疾患易再重覆出現暴力行爲，其發生前多有外界刺激事件（69.6%），大半有原因存在（87.7%）。文中除描述討論精神疾患的暴力行爲與處理，還找出相關的精神症狀、情境因素、與前後徵兆，並進一步分析預防之道。

關鍵詞：急性病房，精神疾患，暴力。

前 言

暴力行爲是以言語、非言語、或身體接觸而威脅到自我、他人、或物品的動作化行爲（Freedman, Kaplan, & Sadock, 1972），其主要的構成元素包含傷害企圖與行動實現。暴力行爲之發生攸關三個概念：(1)發生在情緒無法承受的狀態下，(2)是當時以爲最好的行爲反應，和(3)當時沒有其他的選擇或溝通（Reid, 1989）。精神疾患，尤其是在急性病房住院的患者（Levy, Salagnik, Rabinowitz, & Neumann, 1989），因症狀的影響，缺乏現實感或對現實生活的耐受力較差，「潛在性暴力」成爲精神科常見的護理問題之一（侯、廖，民 82；陳，民 82；

陳，民 84），半數精神科醫療人員在職業生涯中有被病患攻擊的經驗（Blair & New, 1992）。然而，暴力行爲之發生不僅是精神疾患個人病態行爲的表達，更重要的是一種互動的過程；其影響因素除了個人的人口學特性、疾病診斷、疾病嚴重度、行爲徵兆、因應壓力的防衛機轉、人格特質、攻擊史等，其實還有當時的情境因素和社會的環境結構因素；尤其是情境因素，對暴力行爲更具預測力（Davis, 1991）。因此藉著有效的互動，可能可以預防精神疾患的暴力行爲。

這些有效互動處理之原則是透過清楚的

台大護理系講師兼台大醫院精神科護理長

受文日期：85 年 9 月 13 日 修改日期：85 年 11 月 29 日 接受刊載：86 年 2 月 19 日

通訊作者地址：陳杏佳 台北市仁愛路一段一號

電話：(02) 3970800-2378 或 8433

溝通，傳達溫暖和同理心，以協助精神疾患增加現實感、自覺其行為、及在社會規範中肯定自己的情緒（Penningroth, 1975）。而可行的步驟包括先設法與他們溝通以緩和急躁的情緒與行為，例如：鼓勵病患表達困境並自我控制，必要時再以藥物或隔離約束等方式處理之（Lenefsky, Palma, & Locicero, 1978）。可知暴力行為之發生與處理牽涉生物、心理、和社會多層面角度的動態過程，要處理得好，不可或缺專業訓練與臨床經驗；尤其醫療人員既負照顧之責又身受攻擊後，其角色衝突需要更多的支持與協助（Dawson, Johnston, Kehiayan, Kyanko, & Martinez, 1988）。

如此重要的議題，礙於暴力行為之定義、研究設計之選擇、自然情境之觀察、與病歷記錄之寫實等較難解決的問題（Turnbull, Aitken, Black, & Patterson, 1990），國外學者是數十年來才陸續探討其發生率及相關現象，但是國內的探討一直鮮少，實徵研究尤是（何、殷、胡、莊，民 84；李、范、蔡，民 76；侯、廖，民 82；陳，民 82）。故本研究的目的欲從實際產生暴力行為的精神疾患著手，去瞭解其個人屬性與精神症狀、暴力行為過程、及處理的現況，以進一步探討預防暴力行為之方法。

方 法

名詞界定

(一)暴力行為（violent behavior）：個體激增能量後，以肢體企圖傷害或反抗，致侵犯他人身體或破壞器物，使其他人員感到威脅的動作化行為。

(二)暴力事件（violent incident）：從個體發動暴力行為到其消失企圖或無法進一步有暴力行為產生為止的過程。暴力事件次數的

計算是以暴力行為產生時，是否有與內在和外在相同的人事刺激原相互動的結果來界定（排除物理環境刺激）；換句話說，有相同的人與事的刺激原所引發的暴力事件之過程，則視為一次事件；若無，則依不同人事刺激原的數目而累計次數。

(三)暴力行為前兆（impending clue）：緊臨暴力事件發生前，攻擊者呈現的行為反應。

(四)外界刺激事件（antecedent）：緊臨暴力事件發生前，外界客觀存在與攻擊者相關的事項。

(五)產生原因（provocation）：攻擊者主訴產生暴力行為的原因，若攻擊者無法澄清時，則配合家屬及當場人員之主訴與客觀事實判定。

(六)干擾程度（disturbance）：指從暴力行為前兆至處理前在病房發出的音量（小中大）和妨礙他人程度（小中大）來搭配作為判斷指標，區分為輕、中、重、及極重度。

(七)受損程度（damage）：以受擊者的傷勢與範圍，或受擊物的損害狀態和項目，各區分為輕、中、重、及極重度。

(八)處理時間（management time）：從開始處理暴力行為到攻擊者初步緩和到不會或不能再攻擊他人為止所需的時間。

材 料

問卷前三部份乃根據研究者的精神科臨床經驗、文獻查証、與病歷記錄，為了有系統蒐集暴力事件、攻擊者、及被擊者資料而自擬之題目。第四部份，則是使用已發展的檢查表評估攻擊者的精神症狀。問卷內容分述於後：1.暴力事件表：題目包括(1)事件資料，包含發生時間、當班護理人力與病人數、地點、原因、攻擊對象、攻擊型態、人物受損狀況、病房干擾狀況，以及參與處理人數與處理時間。(2)事件發生前現象，含外

界刺激事件、產生原因與暴力行爲前兆。以及(3)事件發生後現象，含處理方式，和攻擊者面對處理當時與之後的反應。題目按照暴力事件發生與處理的流程去排序編列。2. 攻擊者資料表：題目包括攻擊者的人口學資料、出院診斷、入出院日期、醫費給付種類、藥物使用史、與攻擊經驗。3. 被擊者資料表：題目包括被擊者的人口學資料，以及被攻擊與處理的經驗。4. 簡便精神症狀檢查表：本表源於「住院病患精神病理量表」，乃由歐洲大陸描述性精神醫學之理念，發展出來之病理評量表，結構上分爲精神狀況及生理狀況兩部份，胡等（民 80）予以中文語意化及濃縮選擇常見症狀，彙編爲實用的簡便檢查表，適用於住院精神疾病患者之病理評量。本研究就病患之精神狀況部份加以評估。

步 驟

經科會與病房行政協調，並預試修改問卷之文字內容與觀察行爲之歸類定義後，正式調查期間自民國 83 年 2 至 6 月，共五個月。採個案系列前瞻性研究法，以某教學醫院一精神科急性監禁式 23 床短期住院病房的三班護理中，產生暴力行爲的住院精神疾患爲主要研究對象。依據收案名單，資料蒐集過程分以下兩部份獨立進行：

(一)暴力事件過程：由兩位大學畢，年資約 2 年，經一致性訓練（含文獻閱讀、定期討論、雙盲進行同一暴力事件資料歸類測試）的臨床護理人員，配合其輪值派班表，在研究地點上班參與觀察暴力事件發生和處理之過程，予以歸類記錄，較難立即歸類的行爲過程以文字敘述後再加以內容分析與討論。若無法親自參與觀察時，則訪談當班負責護理人員並追縱問題。攻擊者資料是參考病患入院評估表或訪談家屬獲得。被擊者資料是以部份自填加上訪談本人方式獲得。所有資

料的完成時間眾數在一天內（佔 71.9%），最多未超過 12 天，平均 1.9 天，標準差 3.0 天。

(二)攻擊者精神症狀：由一位原已受過精神科正式訓練使用「簡便精神症狀檢查表」的第一年臨床駐院醫師，負責回溯個案病歷中距暴力事件發生前一週內的進展評估記錄（progress note）（註：其評估項目與精神症狀檢查表類同），並參考病歷中醫護人員的記錄內容與討論結果，以整體評估攻擊者在暴力事件前的精神症狀。

蒐集的資料經編碼後，以電腦軟體 SPSS/PC + 統計分析。統計方法包括描述性統計（百分比、平均數、標準差）與相關係數。

結 果

攻擊者基本資料

共有二十八位，其人口學特色包括：男女各半；年齡範圍 12 至 72 歲，平均 32.9 歲；全部爲功能性精神疾病患者，出院診斷約六成是精神分裂病，次爲情感性精神病躁症；大多數無合併其他身體疾病；57.2% 未婚；半數信奉東方宗教（民間信仰或佛教）爲最多，次爲無宗教信仰；約六成是中學教育程度；目前多數無業，社經地位多爲最低的第五級；絕大多數的人分別由政府或保險給付醫費；82.1% 曾使用抗精神病藥物，但多無藥物濫用史（89.3%）；82.1% 的人住院前有言語攻擊傾向，頻率以偶而發生最多，而有半數的人在住院前有肢體攻擊的傾向，頻率亦以偶而發生最多。攻擊者住院後所產生的暴力行爲次數範圍爲 1 至 11 次，平均 3.2 次，近七成患者有重覆發動的現象。且有近半數在住院後一週內即發生暴力行爲的（47.2%），尤其在三天內的爲最多（31.5%）（表一）。

表一 攻擊者基本資料 (n = 28)

項目	人數	百分比
性別		
男	14	50.0
女	14	50.0
年齡		
<20	6	21.4
20-29	5	17.9
30-39	10	35.7
40-49	2	7.1
>50	5	17.9
疾病診斷		
精神分裂症	17	60.7
情感性精神病躁症	8	28.5
情感型精神分裂症	1	3.6
妄想症	1	3.6
急性精神病	1	3.6
婚姻狀況		
未婚	16	57.2
已婚	9	32.1
分居	3	10.7
宗教信仰		
無	12	42.9
東方	14	50.0
西方	2	7.1
教育程度		
小學	3	10.7
中學	17	60.7
大專以上	8	28.6
職業		
無	20	71.5
家管	2	7.1
有	6	21.4
社經地位		
I	1	3.6
II	2	7.1
III	2	7.1
V	23	82.2
醫費給付		
政府或保險	27	96.4
自費	1	3.6
住院前攻擊史		
口頭：無	5	17.9
偶而	13	46.4
經常	9	32.1
每天	1	3.6
肢體：無	14	50.0
偶而	11	39.3
經常	1	3.6
每天	2	7.1

住院後肢體攻擊次

1	9	32.1
2	6	21.4
3	6	21.4
4	2	7.1
5(以上)	5	18.0
住院第幾天後產生肢體攻擊 (人次)		
0-3	28	31.5
4-7	14	15.7
8-14	12	13.5
15-30	10	11.2
31-90	11	12.4
91-169	14	15.7

攻擊者精神症狀

評估結果發現攻擊者在暴力事件前的精神症狀傾向，於意識與定向力、記憶力與一般常識方面大多正常（百分比分別為 94.4、87.6），知覺方面正常略多於不正常的（52.8%與 45.7%），而不正常的精神症狀依次為情感與行為、病識感、判斷力、一般外觀儀表態度、思想與注意力、及言語（百分比分別為 97.8、95.6、93.3、88.8、85.4、及 79.8）。

對於不正常精神症狀類別的細項加以分析（item analysis），從各類精神症狀顯著相關（ $\alpha = 0.01$ ）的細項中的百分比之陡降情況來劃分，找出其中最主要的精神症狀如下：在一般外觀儀表態度方面是不合作（37.6%）與敵視（36.1%），情感方面是激動（46.3%），言語方面是答非所問（28.8%）與多話（25.4%），注意力方面多半是易分散（81.6%），病識感方面多半是無（77.6%），行為方面是攻擊行為（31.5%）與激躁不安（29.3%），思想方面是被害（27.0%）與誇大妄想（26.1%），而判斷力方面是 100% 有障礙。

被擊者基本資料

暴力事件中 20 次是朝向物，69 次是朝向人；整理資料發現被擊者共有三十八位，

大多數是護理人員與個案家屬（各 26.3%），其次是病友（18.4%）、醫師（13.2%）；其人口學特色包括：年齡範圍在 18 至 60 歲之間，平均 36.2 歲；女性稍多（55.3%）；教育程度多是大專以上（52.6%）；未婚與已婚者各佔半；大多信奉東方宗教（60.5%）；86.8% 和 78.9% 的人曾被精神疾患口頭或肢體攻擊；但只有 65.8% 的人自覺有處理經驗。資料蒐集期間被攻擊次數以一次最多（57.9%），其他爲二、三、四、五次，分別佔 18.4%、10.5%、10.5%、和 2.7%。

暴力行爲過程

暴力事件共有八十九次，平均每個月發生 18 次，大約 5 天有 3 次。以星期幾來區分，發生時間沒有明顯週期，但在非假日（即非國定假日之星期一至星期六中午）（66.3%）及白班（56.2%）略多。護理人力（不含護理長）平均約 3 人；當班病人總數平均約 21 人。發生地點以病床單位及醫務室附近最多；客觀人物受損程度平均是輕度，而病房干擾程度平均在輕度至中度間（參考表二）。

客觀全部 89 次暴力事件發生前外界存在的刺激事件，其中 50.6% 有人物靠近（包括原有敵意的特定對象或無芥蒂的非特定對象），12.2% 有事項爭端，例如：訪客出入時意見爭執或要求跟著回家、拒絕病房大門必須按時照規定的關門、不願意移動床位、以及電話中與家屬爭執而遷怒等，6.8% 是因病友症狀干擾；僅有 30.4% 無明顯存在刺激事件。進一步追蹤探討並歸類這 89 次暴力事件發生的原因，發現主因在拒絕醫療處置（含拒住院，佔 32.6%），其次是人際衝突（22.5%），妄想性思考（13.5%），和日常生活要求未被滿足（12.3%），其他少數是因病患覺得安全受到威脅（3.4%）或

反抗干擾行爲受到阻礙（3.4%），僅有 12.3% 是完全不明原因的。

表二 暴力事件基本資料 (n = 89)

項目	次數	百分比
發生星期		
一	11	12.4
二	12	13.5
三	11	12.4
四	11	12.4
五	16	17.9
六	15	16.8
日	13	14.6
發生假別		
非假日	59	66.3
假日	30	33.7
發生班別		
白班	50	56.2
小夜	35	39.3
大夜	4	4.5
當班護理人力		
1-2人	63	70.8
3-4人	8	9.0
5-6人	18	20.2
發生地點		
病床單位	18	20.2
大廳	17	19.1
大門區	16	18.0
醫務室區	15	16.9
走廊	13	14.6
活動室內	4	4.5
浴廁區	4	4.5
保護室區	2	2.2
受損程度		
輕度	70	78.7
中度	14	15.7
重度	5	5.6
干擾程度		
輕度	39	43.8
中度	35	39.3
重度	12	13.5
極重	3	3.4

至於攻擊者在這 89 次暴力事件即將發動前，只有極少數是無徵兆的（3.0%），主要前兆依次爲肌肉緊張（含瞪眼、咬牙、握拳等）（24.4%），音量大（21.9%），和口氣兇（情緒高且語氣不善）（21.5%）；其

次為要求多（兼指要求的程度和範圍）（7.8%），不安走動（顯不易專注且有步伐移動）（6.7%），和忙碌（顯專注且有步伐移動）（5.2%）；較少數是各佔 2.2% 的自言自語和怪異行為，各佔 1.5% 的大聲關門和注意力差，以及各佔 1.1% 的哭泣和重覆一事。攻擊者若繼續激發能量而產生暴力行為時，65.7% 伴有口頭攻擊，其中以命令（26.5%）和責罵（18.6%）最多，其餘為威脅（8.8%）、吼叫（5.9%）、咀咒（4.9%）、和挑釁（1.0%）。暴力行為中最主要的表現型態是敲槌打（33.1%），次為抓扯拉捏折（14.4%）、腳踢（13.6%）、作勢（11.0%）、和使用器物（11.0%），餘為丟擲摔甩（8.5%）、推擠闖（6.8%），最稀少的是以身體阻擋別人去路和用嘴咬人（各佔 0.8%）。其中使用器物的種類繁多，包括門、桌球拍、報紙、易開罐、電話、毛巾、蘋果、筆、紙、杯子、椅子，次數分配均散，範圍在 1 至 3 次之間，未見有特別集中現象。

這些暴力行為的處理最多是口頭勸說或提醒，其次是約束與人保護室，再其次是口頭急促喝止、針劑、和隔離雙方，最稀少是提供建設性活動以抒解能量，其餘細項與各次數分配請見表三。處理時，攻擊者多有抗拒反應（佔 65.2%），其中以大抗拒較多（37.1%）；處理後攻擊者或多或少對外界仍有負向情緒行為表現（佔 69.7%），依程度包括：表情不平但未語（36.0%）、口頭叫罵哭鬧（7.9%）、肢體掙扎反抗（22.5%）、和口頭併肢體反抗（3.4%）。過程中處理人力範圍在 0 至 10 人，平均約需 3-4 人。處理時間範圍 0 至 45 分鐘，平均需 9.5 分鐘。

針對以上處理方式，進一步瞭解對攻擊者執行肢體設限的約束和人保護室時間，及針劑和口服給藥的種類。發現約束時間範圍

10 至 90 分鐘，平均 38.7，標準差 22.2；而人保護時間範圍 10 至 120 分鐘，平均 40.3，標準差 27.1；但是二者在執行時另外都有不設限時間的情況（各佔 54.5% 和 37.9%），且在過程中觀察到對病患原約定終止設限的時間與實際執行時會有出入。針劑的處理通常採用 Dormicum（15mg）或 Haldol（5mg）單一或搭配著肌肉注射，劑量範圍 1/2amp 至 2amp。口服藥物處理則佔較少比例，給藥的種類與方法除了是提前給睡前藥之外，還有是給鎮靜劑（例如：Rohypnol、Ativan、Valium 等）或抗精神病藥物（例如：Etumin 和 Wintermin），劑量範圍 1-5 顆，視病患情況而決定。

表三 暴力行為處理方式 (n = 89)

項目	次數	百分比
口頭勸說或提醒	63	24.0
約束	32	12.2
人保護室	30	11.5
口頭急促喝止	26	9.9
針劑	26	9.9
隔離衝突雙方	21	8.0
討論有效表達方法	14	5.3
陪伴安撫	13	5.0
解釋處理原則步驟	13	5.0
行為約定	8	3.1
被攻擊對象自行閃開	8	3.1
口服藥物	7	2.7
提供建設性活動	1	0.3

討 論

攻擊者特色

Meddagh（1986）指出男性與高度依賴他人照顧的人易產生暴力行為，研究指出的攻擊者個人特色尚包括年青者、低社經地位者、和疾病診斷為精神分裂症或情感性精神病躁症者（Davis, 1991），本研究結果大致吻合，在疾病診斷方面與何等人（1995）

的研究結果亦相同；本研究中唯攻擊者男女比例相等，並無印証或推翻性別影響因素。其實以上個人特色對實際暴力行爲的預測力較低，在 Miller, Zadolinnyj 及 Hafner (1993) 比較不同性質的精神科病房之暴力事件（攻擊他人和物品）的預測因子後，發現人口學特色與精神疾患的暴力行爲沒有顯著的關係，而疾病診斷中以躁症普遍風險較高。有研究提出較被肯定的個人特色是攻擊史，過去有攻擊他人經驗者易再發暴力行爲（Convit, Jaeger, & Lin, 1988），根據 Powell, Caan, 及 Crowe (1994) 對三所精神科病院住院，日間及門診疾患 1000 件口頭或肢體暴力事件的調查研究中，發現 87% 的攻擊者皆有攻擊史存在；本研究之結果的確呈現較多攻擊者在住院前有口頭攻擊經驗及住院後有重覆發動暴力行爲的現象。而本研究亦發現近半數精神疾患在剛入院一週內（尤其是前三天）即出現暴力行爲，與 Kay, Wolkenfeld, 及 Murrill (1988) 以及李等人（民 76）本土的研究結果近似，彼平均天數必然會受那些重覆攻擊者住院天數的加權性與差異性影響，值得將來研究相關主題者之注意。

而攻擊者的精神功能狀態可能對臨床醫療人員的參考價值大，多數綜論或教科書在這方面僅概念式的指出思考障礙，妄想，和幻覺是主要相關精神症狀，極少研究實徵探討，目前亦僅見使用簡短精神症狀量表（BPRS）來評估的，近期例如 McNiel 及 Binder (1995) 即以此工具評估教學醫院精神科監禁式急性短期病房中暴力病患之精神症狀，因素分析結果呈現高程度的敵意與懷疑，以及低程度的焦慮與憂鬱是暴力行爲顯著相關的因子，然而此量表原所界定的症狀是以慢性精神分裂病患之病理為主，對急性病患之適用性可能有其限制，而本研究嘗試使用包含急性病患病理症狀的不同工具，

經由實徵資料及統計分析，瞭解攻擊者在暴力行爲之前存在的精神症狀，可能可作為預防高危險羣暴力行爲之參考，但這方面的定論尚待將來進行對照組之研究設計做進一步印証。

被擊者特色

被擊者之特色並非本研究之目的，僅能就蒐集之基本資料討論。結果顯現醫療人員中以護理人員被攻擊的風險最大，可能與護理人員對病患負有第一線照顧的職責角色有關，此結果與李等人（民 76）之研究結果相同，但對於他們提及的另一個值得留意的原因是護理人員有言語激怒病人致被攻擊之可能性，在本研究過程中並未發現；被攻擊的風險次多者為醫師，可見他們在臨床醫療團隊中的功能亦有不可或缺的重要性。而非醫療人員中以攻擊者的家屬風險最大，是否有分擔照顧或在自家擔當與被期許的壓力下冒險去阻止暴力行爲的情形，以及有否很大的需求去瞭解處理方法等問題，可能亦值得探討；次為病友，最常見的原因是同病房的互動機會多之故。結果也顯示多數被擊者曾有被口頭或肢體攻擊的經驗，但並不表示有經驗就自覺有處理經驗或不會再被攻擊到，其中被攻擊的經驗對個人的影響是什麼？是否會減少被攻擊的機會？怎樣的被攻擊經驗才能成為個人正向而有意義的經驗？以及如何促進處理能力以防範未然？都是將來頗耐人尋味的探討主題。

精神疾患暴力行爲

本研究結果顯示住院精神疾患的暴力行爲略多發生於正常上班日（66.3%）的白班時間（56.2%），以及發生前外界多有刺激事件及以拒絕醫療處置、人際衝突、與病人要求等主要原因存在，何況病房現實狀況在假日有病人外宿等因素致暴力事件減少等相

所提至少需 8 至 10 分鐘的時間不謀而合，對臨床人力與時間的安排頗具意義。

結 論

暴力行爲是精神科急性病房常見的護理問題，攻擊者較多爲精神分裂病和躁症患者，且有重覆發動的現象，但影響精神疾患暴力行爲的因素不僅在疾病類別或個人攻擊史本身，也在其態度情感言語行爲思想注意力判斷力與病識感爲主要的精神狀態，更與情境因素有相當大的關連性。綜言預防精神疾患暴力行爲之道可包括：認知高危險羣，警覺前兆與同時伴有口頭攻擊的情緒指標，注意週遭可能用來攻擊的器物，瞭解攻擊者個人身體安全空間的需求，保持基本與他們四肢不可及的安全距離；急性緩和處理時需提防雙方進一步的衝突傷害，注意投注足夠的處理人力與時間，事後不可忽略對病患的情緒表達及醫療處置的討論安撫說明疏解，以促其進一步成長。本研究主題雖亦可能與大小社會環境結構有關，但目前結果尚待不同病院的特色研究，而且目前與西方研究結果相較下，尚未發現有文化差異點。本研究重要發現可作爲精神科相關臨床、教育、行政、與研究之參考。

研究限制

(一)精神科急性病房住院患者因病情影響，常無法針對其自己的抽象心路歷程作有效的口語表達溝通，故本研究相關攻擊產生原因的部份結果之印証受到限制。

(二)精神疾患暴力行爲之發生可遇而不可求，加上採真實情境中參與觀察爲主的研究方法之重要性，研究時間、經費、與人力耗費大，但個案數仍然有限。

致 謝

感謝「台大醫學院研究發展基金」的經費補助（CMB82-10），許曉玲和張瑋容護理師參與資料蒐集，何淑賢醫師協助評估病患症狀，羅翊婷與陳寶香同學的協助資料建檔整理，中央研究院民族所許木柱研究員不辭辛勞的討論，熊秉荃老師出國進修前提供寶貴的意見，以及臺大精神科病房所有工作同仁的支持；亦要對研究對象的病友及家屬致意，希望明天會更好。

參考文獻

- 何海、殷建智、胡海國、莊明敏（民 84）·暴力與自殺評量表：信度與效度研究·中華精神醫學，9（2），28-128。
- 李鶯喬、范世華、蔡果荃（民 76）·住院精神病患攻擊行爲之探討一回溯性研究·中華醫誌，39（5），323-332。
- 胡海國編著（民 80）·精神症狀檢查表·精神醫學診斷手冊（第二版）（pp.219-249）·台北：台大醫學院出版委員會。
- 侯菊鄺、廖肇安（民 82）·精神科病房暴力行爲損傷率監測指標之建立·榮總護理，10（4），383-392。
- 陳杏佳（民 82）·護理人員對精神病患者的暴力風險評估與其常見護理問題的處理自信·護理研究，1（4），359-368。
- 陳杏佳（民 84）·暴力行爲的認知與展望·護理雜誌，42（1），47-52。
- Blair, D. T., & New, S. A. (1992). Patient violence in psychiatric settings: Risk identification and treatment as provocation. In S. A. Smoyak, & D. T. Blair (Eds.), Violence and abuse (pp. 36-53). Thorofare, NJ: Slack.
- Convit, A., Jaeger, J., & Lin, S. (1988). Predicting assaultiveness in psychiatric inpatients: A pilot study. Hospital and Community Psychiatry, 39(5), 429-434.

- Davis, S. (1991). Violence by psychiatric inpatients: A review. Hospital and Community Psychiatry, *42*(6), 585-590.
- Dawson, J., Johnston, M., Kehiayan, N., Kyanko, S., & Martinez, R. (1988). Response to patient assault: A peer support program for nurses. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, *26*(2), 8-15.
- Freedman, A. H., Kaplan, H. I., & Sadock, B. I. (1972). Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry (pp. 750). Baltimore: The Williams-Wilkins.
- Hyman, S. E. (1988). The violent patient. Manual of Psychiatric Emergencies (2nd ed.) (pp. 24). Boston: Little, Brown.
- Kay, S., Wolkenfeld, F., & Murrill, L. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients: Nature and prevalence. The Journal of Nervous and Mental Disease, *176*, 539-546.
- Lenefsky, B., Palma, T. D., Locicero, D. (1978). Management of violent behaviors. Perspectives in Psychiatric Care, *16*, 212-18.
- Lanza, M. L. (1988). Predictors of patient assault on acute inpatient psychiatric units: A pilot study. Issues in Mental Health Nursing, *9*, 259-270.
- Levy, A., Salagnik, I., Rabinowitz, S., & Neumann, M. (1989). The dangerous psychiatric patient. Part I: Epidemiology, etiology, prediction. Medicine Law, *8*, 131.
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. American Journal of Psychiatry, *152*(6), 901-906.
- Meddaugh, D. I. (1986). Staff abuse by the nursing home patient. Clinical Gerontologist, *6*(2), 45-57.
- Miller, R. J., Zadolinsky, K., & Hafner, R. J. (1993). Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. American Journal of Psychiatry, *150*(9), 1368-1373.
- Murray, M. G., & Snyder, J. C. (1991). When staff are assaulted: A nursing consultation support service. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, *29*(7), 24-29.
- Penningroth, P. E. (1975). Control of violence in a mental health setting. American Journal of Nursing, *75*(4), 606-609.
- Powell, G., Caan, W., & Crowe, M. (1994). What events precede violent incidents in psychiatric hospitals? British Journal of Psychiatry, *165*(1), 107-112.
- Reid, W. H. (1989). Treatment of violent patients: Concerns for the psychiatrist. In A. Tasman, R. Hales, & A. Frances (Eds.), Review of psychiatry (pp. 549-562). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stevenson, S. (1991). Heading off violence with verbal deescalation. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, *29*(9), 6-10.
- Turnbull, J., Aitken, I., Black, L., & Patterson, B. (1990). Turn it around: Short-term management for aggression and anger. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, *28*(6), 7-10.
- Werner, P. D., Yesavage, J. A., Becker, J. M. T., Brunsting, D.W., & Isaacs, J. S. (1983). Hostile words and assaultive behavior on a acute inpatient psychiatric unit. The Journal of Nervous and Mental Disease, *171*, 385-387.

關，故推測其原因可能與 Durivage(1989)所指的擁擠空間與缺乏隱私的情境因素有關 (Davis, 1991)。侯等人 (民 82) 就曾分析研究結果中，64.6%暴力事件在白天發生之原因，可能是病患白天活動量大而病房空間有限，致彼此易影響而互相衝突有關。李等人 (民 76) 亦發現 68%發生在白天，他們提及此與西方結果類似，亦同意患者在白天可能因行為受到限制增加，刺激及衝突較多，使得攻擊較易發生，解決方案認為是安排結構性活動以減少發生率，以便於臨床參考應用，此點亦值得將來進行準實驗研究比較之。急性病房醫療人員負有積極醫療之職責，而且暴力事件發生頻率大約 5 天 3 次，可見暴力行為的確是精神科急性病房常見的問題；雖然，事件一般對人物受損和病房干擾度不至太嚴重，此點與國外研究結果 (Murray & Snyder, 1991) 類似，但是在遭受攻擊的風險較大，又無法有絕對的保證不受傷的情況下，對精神科醫療人員的心理壓力需予重視與協助，否則可能成爲個人長久的創傷，影響工作效率或是人力流失。

Hyman (1988) 指出即將發生暴力行為的前兆，包括說話大聲且具惡意、肌肉緊張、及不安走動，本研究主要結果相符，唯另發現要求多和雖走動卻忙於專注做某些事的前兆亦值得留意。至於發生暴力行為的同時多伴有口頭攻擊，本研究對象雖無因此被激怒至下手處理很重的情形，但此亦提醒醫療人員應注意避免情緒被激怒的負向循環。另一方面，我們無法單以病患之口頭攻擊作爲下次是否攻擊的前兆，因爲根據 Werner, Yesavage, Becker, Brunsting 及 Isaacs (1983) 的研究發現，那樣會有 68% 的偽真率 (false positive rate)，宜用多因子去預測。吾研究中嘗試探討暴力前外界刺激事件，發現只有約三成無明顯存在，其餘主要是人物靠近、事項爭端、和病友症狀干擾，

追蹤原因後僅有 12.3% 是完全不明的，主要原因在拒絕醫療處置、人際衝突、妄想性思考、和日常生活要求未被滿足，此與 Powell 等人 (1994) 經歷 13 個月蒐集精神病院 1000 件暴力事件前的刺激事件原因，發現攻擊者情緒激動與錯誤解釋訊息等的特色，和醫療處置如：約束、給藥，以及被其他病友、親屬、或訪客所影響佔最多，二研究之結果內容類似；可以肯定很多暴力事件是有跡可尋的，根據特定的刺激因素或產生原因之處理，可期預防暴力。

精神疾患的暴力行為爲主要是使用四肢，若運用器物則多取自身邊易得之物品，可見排除週遭危險物品的範圍並不限於利器，而且與攻擊者保持四肢 (易被忽略的是腳) 不可及的距離相當重要，據 Lanza (1988) 表示，暴力情境時攻擊者所需的身體安全空間約是平常的四倍，故醫療人員面對精神疾患暴力行為時需考慮雙方安全距離的需求。

精神疾患暴力行為的處理顯多以急性處理優先；其中約束與人保護室的執行時間有不設限和前後不一的現象，雖與病患的身心狀況有關，但是仍提醒我們是否有判斷的難題或疏忽的情況，需要進一步探討；而針劑與口服藥的處理，合乎教科書所提的以 Benzodiazepines 類輕鎮靜劑爲優先，有時搭配抗精神病類藥物，而口服藥可能因牽涉病患合作度與緩不濟急的問題而較少使用。其他較抽象長期的討論安撫說明疏解等之處理，不知是否被忽略而未執行或是執行後被低估了，但因精神疾患暴力行為有關身心社會問題與易重覆發生之特性，雖較抽象長期的處理亦有其重要性。處理過程中，攻擊者常有負向反應，除了明顯的肢體抗拒外，還有易被忽視的不語但也不平的表情，醫療人員須有心理準備，防止雙方進一步受傷。另外，處理時每次需投注至少 3 至 4 位人力，及約 10 分鐘的時間，與 Stevenson(1991)

Study of Patients' Violent Behavior in an Acute Psychiatric Ward

Shing-Chia Chen

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate psychiatric patients' violent behavior and ways of managing it. The study was conducted on a locked, university-based, short-term inpatient psychiatric unit. The duration was from February to June 1994. The procedure consisted of clinical observation, interview, and chart review. There were two questionnaires used to collect data: one was designed by the author to understand the attackers' and victims' basic data, as well as the process of violence and medical management; the other was used to assess patients' pathological symptoms, which had been well developed and translated in to Chinese by others. The result shows that 89 incidents of physical violence were yielded by 28 psychiatric inpatients, and 38 persons were attacked in the incidents. The incidents took place about 3 times per 5 days; 56.2% of them were during the early day shift and 66.3% on non-holidays. The disturbance injury and damage caused by the incidents were not severe. Most incidents were repeatedly started by patients who had a history of making attacks. About 69.6% of the incidents had antecedents and 87.7% had provocations which could be followed up. This study not only described and discussed the phenomenon of the violence, but found the significant pathological symptoms which were related to violence. This study also mentioned the situational factors and the impending clues. From the above, we can analyze the ways to intervene and prevent the psychiatric inpatients' violent behavior.

Key words: acute ward, psychiatric patient, violence.

MS, RN, Instructor, School of Nursing, National Taiwan University & Head Nurse, NTU Hospital.
Received: September 13, 1996 Revised: November 29, 1996 Accepted: February 19, 1997
Address correspondence to: Shing-Chia Chen, 1, JEN-AI Road, 1st Section, Taipei, Taiwan,
R. O. C.