

中國醫藥大學護理學系碩士班  
碩士論文

精神衛生護理人員參與精神病患  
強制處置的經驗探討

Experience of coercive measures for the psychiatric patients  
as narrated by the psychiatric nurses

研究生：黃碧玲

指導教授：施欣欣 副教授

中華民國 96 年 7 月

## 誌 謝

感謝一直在身邊關心加油打氣的外子及父親、公婆的體諒與支持，在這條不一樣的人生旅途，增潤不少的色彩，讓自己在面對人生的同時更加堅定自己的選擇與方向，無所罣礙藏身在書海當中，體會到研究的興趣與快樂；也感謝正值青春年華寶貝女兒的鼓勵，不只是母女的角色，更是讀書的良伴，一起考試、分享，瞭解原來角色的定位會因時空背景挪移、遷動著彼此的關係，而詮釋不同的人生。

更感謝指導教授施欣欣博士的悉心與提攜，總是讓自己學習體悟研究過程的本質與精義，從發函到一起拜訪個案，更是叮嚀囑咐注意細節，讓自己由弘觀的思維到細膩的剖析，步步過程穩紮穩打，進行各項研究的步驟，收穫最多的仍是自己。

感謝口試委員中國醫藥大學護理學系馬維芬博士及中山醫學大學護理學院的顏文娟博士的論文指導。

還有在自己遇到研究分析瓶頸，時時提供經驗的耀輝學長，總是不吝嗇的分享及打氣，能讓自己在研究過程更顯順利；以及國軍台中總院呂立群院長、華蘭副主任、淑怡督導、同學璇璿、妙妃及學妹芝菁、美君的鼓勵；最後要感謝願意提供自己經驗的研究對象，謝謝你們在百忙當中，提供自己最寶貴的經驗與建議，期能讓自己為臨床護理實務盡份心力。最後要感謝曾經陪我走過多年的護理好姐妹熊德筠督導、劉昌芸副護理長，有了你們的鼓勵、陪伴，縱使自己無法與你們天天相見，卻也不斷想起過去要為護理所做的承諾，謝謝最親愛的朋友、長官們。

## 摘要

精神病人常因不適當的行為住到精神科急性病房，因此病人暴力、自殺行為的處置及防範，是護理人員重要的任務。雖然強制處置措施常見於精神科病房，但是由於它涉及妨礙病人的自主性，因此往往存有倫理的爭議性。然而利用權威去限制一個人的自主性，對父權主義者來說，強制處置是為利益他人的正當性處置。故本研究目的在探討精神衛生護理人員於強制處置的主觀經驗。研究採質性研究法，使用半結構性的訪談及立意取樣的方式。訪談六位分別來自於醫學中心、區域醫院及精神專科醫院的精神衛生護理人員。依研究結果分析出五大層面主題為，執行強制處置的理由、病人接受強制處置的反應、護理人員執行強制處置的反應、護理人員的因應策略以及影響護理人員執行強制處置的因素等五個層面。本研究結果期能提供國內精神衛生護理人員參與病人強制處置的參考，以提昇病人的照護品質。

關鍵字：精神衛生護理人員、精神病人、強制處置、身體約束、化學約束、隔離。

## Abstract

In acute psychiatric care units, patients are often admitted on the grounds of severe behavioural disturbances. In this environment, even though most patients never become violent, prevention and management of patients' aggressive and suicide behaviour must be considered to be one of the nurses' most important tasks. Coercive practices are relatively common in mental health care, but coercion is ethically problematic because it involves acting against an individual's autonomy. Involves the use of authority to restrain another's autonomy, whereas paternalism can be regarded as an ethical justification, made on the basis of an appeal to beneficence, or a coercive action. The purpose of this study was to explore the experiences of coercive measures for psychiatric patients as narrated by the psychiatric nurses. Method of this study was based on quantitative methodology, utilizing semi-structured interview and purposive sampling. Research subjects were six psychiatric nurses, who came from medical center, regional hospital, and psychiatry hospital. Research results revealed five main dimensions, including the reasons of coercive measure, the responses of patients receiving coercive measure, the responses of psychiatric nurses performing coercive measures, coping strategies of psychiatric nurses and the influence factors of decision making of coercive measures. The finding of this study can be used to develop programs of coercive measures for the psychiatric nurses and promote care

quality of the psychiatric patients.



Key words: Psychiatric nurses, Psychiatric patient, Coercive measure, Physical restraint, Forced medication, Seclusion

# 目 錄

目錄	V
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與重要性	1
第二節 研究目的	4
第三節 名詞解釋	5
第二章 文獻探討	7
第一節 護理人員在精神科病房面臨的壓力與反應	7
第二節 強制處置	9
第三節 病人的權利	11
第四節 護理人員與病人對強置處置看法的差異	15
第三章 研究方法	18
第一節 質性研究方法	18
第二節 研究對象與取樣方式	19
第三節 資料的收集與步驟	20
第四節 資料分析方法	21
第五節 研究資料之嚴謹度	22
第六節 研究倫理之考量	26
第四章 研究結果	29

第一節 研究對象基本資料	29
第二節 結果	30
第五章 結論與討論	56
第一節 執行強制處置與病人的權益	56
第二節 免於病人傷害與傷害病人	58
第三節 處置方式的轉變	60
第四節 研究限制與建議	61
第六章 參考資料	64
附錄一 研究說明書	76
附錄二 研究同意書	79
附錄三 研究結果主題	81



# 第一章 緒論

本章針對精神衛生護理人員參與精神病患強制處置的經驗，分別論述問題背景、重要性以及本研究的目的。

## 第一節 研究背景與重要性

精神病人由於精神疾病的病程長，易逐漸慢性化及復發的特性（葉，1984；葉，1987；宋，1999；文，1985；林、張、陳，2003），常常導致病患社會生活功能受到障礙（宋，1999；葉，1987；盧、曾、于、蘇、黃，1999；鄭，1985）。雖然近幾年精神病患在大量精神藥物治療改善下，得以穩定精神症狀，但部份精神病患由於缺乏病識感，拒絕治療或不規則服藥（鄭，1985；盧等，1999），加上社區資源與可供轉介的精神復健機構不足及缺乏完善的職業訓練與輔導工作管道等（許，2005；江，2006；胡，1999），致病患往往衍生治療中斷而發病反覆住院（文，1985）、留滯、延遲出院等問題（盧等，1999）。

宋氏（1999）調查中部四所精神醫學機構的社區病患發現，精神患者平均罹病年數為 12.84 年，平均每人住院達 3 次，甚至亦有進出醫院高達 30 次者。幸運的病患出院後得以返家，相反的，在家庭人力及經濟負擔問題下，使得家屬不願接納病患出院亦大有所在（陳，2000）。陳氏（1997）提到自 1992 年到 1995 年我國共增加急性精神病床 3,025 床及慢性病床 3,137 床。到了 2003 年精神病床數為 20,193 床，每萬人口約有 8.97 床，

仍未達全國醫療網規劃精神病床之每萬人口有 10 床的目標（行政院衛生署，2003）；相同的在英國一些都市，急性精神病床的占床率亦已超過 100%，甚至有 60%的病人被留置在病院（Farnham & James, 2000）。

但反覆發病住院又拒絕配合治療的病患，不但增加家屬的照顧壓力及醫療費用（文，1985），也造成精神病患長期佔據精神科急性病房或慢性療養環境，離不開被長期收容或禁閉的命運（李，1999）。人類對於精神疾病的看法，影響其對待精神病患的方式。從十八世紀以前的神鬼等超自然力量說法，對精神病患心懷恐懼，而採用咒術、草藥、宗教、巫術或用鐵鍊鎖在家中或收容機構等方式對待之。到了十八世紀以後至西元 1940 年前後的時期，首先在法國 Philippe Pinel 醫師倡導解下精神病人身上的鐵鍊桎梏，展開精神病人的人道開放運動，到近代精神醫學興起和精神藥物的發明，人們瞭解到精神病患是精神上的病態表現，漸而採治療與人道的方式對待之（蕭，2002；林，1998；李，2003；李，1999；鄒，1985；沈，1992）。

而護理的發展也一直隨著醫學的發展方向而有所轉變，由 1860 年南丁格爾（Nightingale）女士在英國倫敦開辦護理學校，重視醫療環境的舒適安排及親切和善的護理理念教育開始，至 1873 年美籍理查茲（Linda Richards）女士，主張精神病患的照顧品質應和一般內科病患的照顧品質一樣完善，注重精神病患的身體照顧及生活環境的改善。至 1950 年代 Peplau 女士提倡護理人員與病人間的關係，不僅提到護理是一重要的治療性過程，更擴展

精神科護理人員的角色，奠定了日後精神衛生護理的模式 (Peplau, 1997)。

然而時至今日，精神病患不論是在急性病房或長期收容機構，其所處的環境仍是封閉式的環境。而精神病人急性期的住院治療，在現代的精神醫療整體治療流程中，居重要環節 (林等，2003；胡、林、陳、張、黃、葉，1994)。急性住院醫療目標以症狀緩解、強化醫療配合度與病識感、病患支持系統之評估與協助、評估及安排後續治療模式等為主 (林等，2003)。故當病人從住進病房開始，就需配合病房的規定、治療及各種活動。

例如，進入急性病房的第一時間即由工作人員協助病患將其帶來的住院物品進行「安全檢查」，舉凡指甲剪、皮帶、玻璃製品 (鏡子、化妝品)、香煙及貴重等物品、甚至含繩子的衣褲、含咖啡因的飲料等，皆須由病房在安全環境的保護考量下暫時保管；必要時連同會客探訪的病患親友亦要配合安全檢查。病患住院期間，其日常生活亦遭到管制，如訪客、生活作息、參與各項治療與活動，以及使用電話和金錢等方面，需遵照病房規定 (Lind, Kaltiala-H, Suominen, Leino-K& Valimaki, 2004)。對於不配合服藥的病患，在醫囑的命令下，工作人員即予以病人強制針劑或口服藥治療 (Lind et al., 2004; Olofsson & Norberg, 2001)。對於有暴力、攻擊行為的病患，則進行強制約束及隔離的安全措施，以保護病人及他人免於受傷 (Hopton, 1995; Olofsson & Norberg, 2001)。上述種種處置的基礎想法是，在限制的環境中，創造出病人的安全感受並保證所有相關人員的安全 (Lind

et al., 2004)。

但由於精神病患的疾病特性，醞釀出精神醫療環境的限制性設施與活動，因此精神科的治療環境即具有強制的本質。而醫療環境內的「護理關懷」或「護理照護」(nursing care)為一種專業，在護理科學的支持下，發展出來的人本主義(humanism)，其意涵為對生命關懷活動(葉，2006;Cohen, 1991)，亦為護理的核心要素(許，2001；曾，2006)。護士對專業的投注，是以具體提出幫助和建議，視病如親的專業護理，是試圖解放和促進一個人的關照行為，不該以特權的資訊從事對另一個人的控制和操縱(許，2001)。臨床上強制是使用權威去限制病人的自主權，屬於不公平無法選擇的父權主義(paternalism)，突顯出強制處置(coercion measure)與護理關懷行為衝突的倫理議題(O'Brien & Golding, 2003; Winship, 2006; Laursen, Jensen, Bolwig & Olsen, 2005)。因此瞭解精神衛生護理人員參與精神病患強制處置的經驗，其因應方法與影響其執行的因素，均是值得重視與探討的議題。

## 第二節 研究目的

本研究採用質性研究法，主要探討精神衛生護理人員參與精神病患強制處置的經驗，研究目的為：

1. 探究精神衛生護理人員於強制處置過程中，所遭遇的議題及因應策略。
2. 分析影響護理人員執行精神病患強制處置的重要因素。

本研究對精神衛生護理人員參與精神病患強制處置的過程中所遭遇的問題、需要以及影響因素有更深入的了解與認識。此種知識可提供精神衛生服務系統政策策劃以及針對強制處置之特定族群實施精神衛生照護教育之參考，透過此研究，期可增進精神病患與護理人員的關係，並提昇優質的護理照護品質。

### 第三節 名詞解釋

本研究相關名詞定義如下：

- 一、精神衛生護理人員 (Psychiatric nurses)：指領有護理師或護士證書，在醫院的精神科病房執業之臨床護理人員。
- 二、精神病人 (Psychiatric patient)：係指符合 DSM-IV 診斷為精神疾病者。
- 三、強制處置 (Coercive measure)：係指非經精神病人同意而強迫他接受的任何護理和治療處置。
- 四、身體約束 (Physical restraint)：是指「運用物理性、機械性設備或設施加之於患者身上，限制其自由行動使其不易掙脫，以達預防患者的特異性或不預期行為發生」(吳、吳、劉、林，1999；賀、葉、黃、林，1999；江、許、陳、郭，1999；陳、錢、溫、李、陳，2004；鄒，1985；葉、林、王、吳、林、蔡，2001；楊、鍾，1993；江，2004；Myers, Nikoletti & Hill, 2001)。
- 五、化學約束 (Forced medication)：係指強制給予患者精神科藥物，如焦

慮劑、抗抑鬱劑及神經系統用藥，其目的在限制病人及抑制其特殊行為的發生或活動（吳等，1999；Haglund ,Vonknorring & Vonessen, 2003）。

六、隔離（Seclusion）：將病患非自願的獨自隔離在保護室，以控制病患的行為，目的在減少病患與外界人物、環境互動。



## 第二章 文獻探討

本章共分為四節分別探討，護理人員在精神科病房面臨的壓力與反應、強制處置、病人的權利以及護理人員與病人對強置處置看法的差異，以下將分別再細述。

### 第一節 護理人員在精神科病房面臨的壓力與反應

護理人員在精神急性工作環境中照顧多種類型的病患（顏，2000），對處在急性期的病人，由於疾病因素在住院時呈現暴力、激動、攻擊乃至於自殺行為（Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002；Björkdahl, Olsson, & Palmstierna, 2006；Olofsson, Gilje, Jacobsson, & Norberg, 1998），這對整個醫療團隊而言是極大的壓力與考驗（謝、謝、陳、蕭、李，2004）。有些研究探討精神科急性病房住院病人暴力行為發現，具有攻擊行為者占總住院病人的 34%（李、范、蔡，1987），暴力事件每月平均發生率為 1.4%，而精神科護理人員處理暴力事件過程中受傷率達 13%（黃、陳、林、蕭，2000），護理人員曾遭到病人攻擊者更高達 71~95%（侯、廖，1993；鄭、蔡、陳、廖、張，1999；Björkdahl et al., 2006）。病人的暴力行為是精神科護理人員長期存在的壓力源，也是精神科護理人員重大職業傷害之一（江，2004）。而精神病患的自傷、自殺行為也是臨床精神護理人員所要處理的重要問題（孫、洪、鄧、沈，1996）。但自殺病人所呈現的行為，通常是一面期待他人協助，另一面卻又否認自己的自殺意念，反覆之間讓護理人員備受挑戰

及挫折 (Simon & Shuman,2007)。因此護理人員面對暴力或自殺的住院病人，就會比照護其他病人更具挑戰及威脅性，也由於護理人員負有保護病人安全的責任，照護此類病人承受極大的壓力，所以精神科護理工作是充滿高壓力的工作 (謝等，2004；陳，1993；梁，2003)。

護理人員面對病人暴力行為時，可能的反應包括：不知如何處理、害怕遭遇危險、害怕處置時觸犯法律、擔心處置不符期待時會受指責(引自陳，1993；謝等，2004)。常出現的情緒反應有震驚、傷心、生氣、鬱卒、焦慮不安、冷漠、無助、無奈、挫折、失控感、沒信心、害怕攻擊者等 (江，2004；Maragos-Frost & Wells, 2000)。而護理人員被病人攻擊後的反應，通常表現出否認或是不便啟口 (張，2001)。此可能與暴力事件檢討會通常以攻擊的病人及工作人員處置的適當性為討論主題，而忽略了受傷的工作人員，使他們沒有感受到被關懷 (梁，2003)。在面對病人自殺事件方面，精神衛生護理人員常被引發出害怕的情緒，而出現不願也不敢與病人談及自殺 (梁，2003)。護理人員常出現的反應包括震驚、自責、罪惡感、悲傷、挫折、失去自信，以及擔心被譴責的焦慮，甚至出現創傷後壓力症候群 (PTSD) 反應 (梁，2003；江，2004)。有時護理人員亦會擔心病人自殺事件發生在自己身上，因而陷入恐慌、無助的情緒反應 (江，2004)。

護理人員面對攻擊、破壞、暴力或自殺的病人時，其身心所受到的影響往往被忽略，反而被期待在服務病患的過程中保持良好的態度與情緒。

導致護理人員在進入職場前幾年，可能因工作中無法得心順手，或因工作壓力影響工作情緒，容易產生疲潰感（謝等，2004）。精神科護理人員的心理壓力若無法消除，不但會影響後續的醫療服務品質，甚至影響到整個精神醫療團隊的士氣。相關主管單位需予以重視與協助，否則可能成為個人長久的創傷（Bonner et al., 2002），影響工作效率或致人力流失（陳，1997；Maragos-Frost & Wells, 2000）。

## 第二節 強制處置

精神衛生護理人員因擔心病人有攻擊、暴力、自殺行為，故對病人採取強制措施。所有的行動不是病人的選擇，就是強制（Hawkins & Emanuel, 2005）。但是當精神病患就醫時，不管是自願還是非自願的，僅期待獲得治療，而未期望被強制治療（Erwin & Philibert, 2006）。依據行政執行法第三十六條第 I 項規定，發動即時強制的要件：1 需為防止犯罪、危害之發生或避免急迫危險；2 須有及時處置的必要；3 須於法定職權範圍內，及實施即時強制之機關，必須於法定職權範圍內為之，且須符合法定原本應作成行政處分之要件之強制措施（施、劉，1996；王，2000）。因此為保障嚴重精神病患接受適當醫療的權益，並使社會大眾免於不安與受到傷害（張、許，1995），多國紛紛訂立精神衛生法案，以使執行強制處置時，能於法有據。我國於 1990 年公佈並實施行精神衛生法，其中第二十一條「強制鑑定與住院治療」是精神衛生法的基本精神（張、許，1995），規定嚴重病人如有明

顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助病人，前往精神醫療機構辦理住院。前項嚴重病人不接受全日住院治療時，應由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院。即精神病患在符合上述條件的情況下，得以強制其接受鑑定與治療（宋等，1994；馬，2000）。

而在協助病人送醫方面，精神衛生法第二十二條規定，警察機關於發現或接獲通知，罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，應即護送前往中央衛生主管機關指定之精神醫療機構診療，並應立即通知其保護人或家屬。即警察對於精神疾病患者或疑似精神疾病者有協助送往指定機構診療的責任（曾，2002；曾，2005；王，2000）。但是為保障精神病患的人權，依據精神衛生法第二十九條規定『精神醫療機構、精神復健機構非為醫療、復健之目的或防範緊急暴力意外事件，不得拘禁病人，約束其身體或剝奪其行動自由』即非為緊急暴力意外事件，不得隔離、約束病人身體或剝奪其行動自由（馬，2000）。

病人進入精神科急性病房時，常有暴力、自我傷害和拒絕治療等行為發生（Bowers, Brennan, Flood, Lipang & Oladapo, 2006）。為了保護病人及他人防止自傷或傷人行為發生，強制治療在精神衛生單位，一直被廣泛運用（O'Brien & Golding, 2003; Winship, 2006; Laursen, Jensen, Bolwig & Olsen, 2005; 江、許、陳、郭，1999; 張雅芬、劉麗芳、劉波兒，2001）。病人在

住院的過程中，被要求遵守病房的規定，包括安全檢查，限制訪客、限制電話和金錢的使用，限制吸煙，強制服藥及治療，身體約束及隔離等。精神病房對病人來說，成為一個不愉悅的環境 (Farnham & James, 2000)。護理人員處在依規定執行強制措施與遵守病人權益的倫理困境中。

強制處置之法律觀點，重視人身自由，強調患者要表現出「危險性行為」才能給予強制。精神醫療論，基於醫學的觀點，認為強制處置是指病人經精神鑑定，的確罹患精神疾病，而出現危險行為或有照顧及治療需要，由於病人缺乏決斷能力，所給予的強制措施 (黃，2006)。但是強制的概念，主要是能力和權利的不對等，病人有法律的能力接受制治療措施，但卻沒有法律的權力拒絕治療 (Nilstum & Syse, 2000)；故許多病患對強制有負向感受，不了解為何無法自己做決定 (Olofsson & Norberg, 2001)。

### 第三節 病人的權利

對於人權的保障，我國憲法有明文規定。憲法第七條規定，中華民國人民，無分男女、宗教、種族、階級、黨派，在法律上一律平等 (施、劉，1996；法典編輯委員會，1989)。憲法第八條對人身自由強調需保障：人民身體之自由應予保障，除現行犯之逮捕由法律另訂外，非經司法或警察機關依法定程序，不得逮捕、拘禁 (施、劉，1996；法典編輯委員會，1989)。而病人權利就是指病人的醫療人權 (李，1994)；其重要觀念為「病人的生命為病人所有」(盧，2006)。廣義的病人權利，指政府應保障國民的生存

權，使其享有健康的生活，避免生命安全遭受威脅；狹義的病人權利，指病人有權利接受或拒絕醫療照護（盧，2006）。依前述的定義，精神病人的權利也應重視其自主權、獨立的人格以及對等性（Olofsson.& Jacobsson, 2001）。

我國精神衛生法立法的精神首在保障精神病人的權益，其次才是維護社會安寧（曾，2005）。不僅為精神醫療的處理提供了法源依據，也為病患的人權提供了法律的保障（陳，1997）。以下簡述病人的各項權利：

### 1. 病人有被保護及醫療的權利

醫療行為原是一種自願性行為，當人感到身體違常不適之狀況，即會自動求醫就診。但對某些精神病患，並不會覺得自己有任何異常，或情緒、行為已失控，所以不會自動求醫治療，導致病患常在有暴力傷人、自傷或自殺行為發生時，才被強制送入精神醫療機構接受治療（王，2000）。精神衛生法立法的目的是為了確實保障精神病患接受適當治療的權益，進而可使社會大眾免於不安與受到傷害（張，許，1995）。精神病人需要的保護不僅是合法的權利，還包括治療需要、一般福利（李，2000；蕭，2003）與享有人性化醫療的權利（李，2003）。

### 2. 病人有自主權利

病人有權與醫護團隊一起參與其治療計劃、共同決定與其病情有關之各項檢查與治療；即在法律的許可下，病人有權決定如何處置自己的身體

(Simon & Shuman, 2007; 李, 2002), 有權選擇自己認為有利的治療方式 (戴、李, 2000)。因此「精神衛生法」規定中只有在可能「明顯」傷害自己或他人的情況下, 方考慮強制鑑定與治療; 另一方面基於保護病人本身和社會安全, 條文也規定協助病患送醫者, 為「保護人」而非醫療人員 (戴、李, 2000)。故限制病患自由者, 是家庭與社會的責任和義務, 而非醫療人員的權利, 醫療人員在此僅提供其專業判斷和意見而已 (戴、李, 2000)。

### 3. 知情同意的權利

知情同意 (informed consent) 更適合的名稱應是知情決定 (informed decision making), 其目的是由將作處置的人 (大多是主治醫師) 提供病人關於該項處置正確的知識 (李, 1997, Simon & Shuman, 2007); 讓病人在充分瞭解處置的目的、效果、危險性及是否有其他選擇後, 自己下決定。因此「知情同意」需符合三個前提: 一、病人的精神能力能否做自我抉擇; 二、病人必需已被適當正確的告知; 三、此決定必需是病人自願的 (戴、李, 2000; 李, 1997; Simon & Shuman, 2007)。不管病人接受適當資訊後之決定如何, 只有當病人屬無行為能力時, 其拒絕治療的權利才能廢止 (宋等, 1994)。在精神醫療照護過程中, 精神科醫師和護理人員亦常常在患者拒絕治療時, 陷入應該尊重病人的自主權或強迫患者接受治療之兩難情境中 (馬, 2000; 李, 1999)。

### 4. 病人有安全、免受傷害的權利:

精神病人住院期間，醫院有使病人免於發生傷害或罹於傳染病的責任（李，1994）。現代精神科治療環境在執行隔離/約束等強制措施的方式上已儘量人性化，但有些研究顯示，強制約束亦可能對病人造成生理、心理及社會層面的不良影響（黃等，2003）；甚至發生病人權受到傷害與強制措施使用不當的爭議（孫、洪、鄧、沈，1996）。另外護理人員在環境安全的維護上，需預防精神病人意外事件及不當的護理處置發生。

#### **5. 病人有隱私、通訊的權利：**

由於擔心精神病患因疾病症狀無法預測的突發狀況，有時為配合家屬的需求及維持病房治療活動的進行，工作人員做環境設施的控制，例如電話使用與會客時間的限制。精神衛生法第三十八條明確規定，住院病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利；精神醫療機構非依病人病情或醫療需要，不得予以限制。第三十七條規定，未經病人及其保護人或病人及其家屬同意者，不得對病人錄音、錄影或攝影。因此在監視與限制病人行為時，精神醫療工作人員需謹慎，以防侵犯病人的隱私與通訊自由。

#### **6. 病人其他的權利：**

國家衛生主管機關對於各類醫療機構，負有輔導與監督的義務與責任。在法治國家中，行政機關遵守「依法行政」原則是民主政治的基本要求（李，1994）。行政機關實現行政權的結果，導致人民權利上之損害，如可歸責於行政機關，致人民受損，則國家應負損害賠償責任（王，2000）。

因此人民之自由權利受公權力侵害時，無論該公權力的行使係在一般行政程序，抑或行政強制執执行程序，均應有法律就救濟途徑（王，2000）。

#### 第四節 護理人員與病人對強置處置看法的差異

精神衛生護理人員認為執行強制處置的理由為幫助、治療病人；保護病人免於傷害自己或他人；控制病人激動、挑釁或任何有害的行為（Hopton, 1995）。楊氏等學者（1993）的研究提到，護理人員對約束或隔離的看法，有 83.8% 認為此措施對病人具有治療效益，卻只有 14.9% 的人認為有替代措施可用，如耐心勸導、探討原因、打針或藥物控制、請家屬陪伴等。護理人員在病人住院期間所執行的強制措施，有時已變成是常規而不是必要性的（Erwin & Philibert, 2006）。Lind 等人(2004)的研究顯示，有 18% 的護理人員表示強制給藥具倫理問題，16% 表示四肢約束具倫理問題，11% 表示隔離病人具倫理問題，6% 表示限制的病房環境具有倫理問題，5% 表示規勸服藥具倫理問題。在是否贊同使用強制措施方面，有 83% 的護理人員不同意使用強制约束來留人，82% 的護理人員不同意規勸病人服藥，72% 的不同意隔離病人。

有些研究探討精神病人接受強制處置的經驗發現，高達 80% 的病人對強制處置措施有負向之情緒反應（楊、鍾，1993），包括生氣、害怕、抗拒、丟臉、士氣低落、不舒服、不公平、屈服（順從）、被控制及想報復等負面感受（楊、鍾，1993；Strumpt & Evans, 1988）。病人覺得自主權遭到剝奪，

不被允許做任何的決定，個人的意願不被傾聽或被忽視；身體的完整性與尊嚴遭到侵犯，覺得是低等人，被工作人員排斥、不被關心，有無助與不安全感（Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001），希望護理人員多一點時間來關心、注意他們（Olofsson & Norberg, 2001）。楊氏等（1993）探討病人對約束或隔離治療效益的看法，有 48.6% 的病人覺得此措施一點幫忙也沒有，但也有 47.3% 的病人覺得可以幫忙自己控制情緒，有警惕作用可協助控制行為。有些研究探討病人對採替代措施來取代強制措施的看法顯示，多數病人期望護理人員先用勸導、溝通、安慰等方式或是可以先採取口服用藥，若無效再給針劑（楊、鐘，1993；Haglund et al., 2003）。

綜合上述文獻，雖然護理人員與精神病人對於強制處置措施的執行均認為具有倫理上的問題，但是護理人員與精神病人對強制處置治療效益的看法上有差異，且在考量可用替代措施方面，病人期望使用替代措施多於護理人員。顯示精神科護理人員在工作上，常見的倫理衝突有（蕭，2003）：

（一）在個人道德觀念與角色責任上的衝突：如，護理人員面臨在道德觀念上並不贊成採強制處置，但在職務上又必須配合常規執行的衝突。

（二）在兩種行為的抉擇上產生衝突：如，面對激動、躁動不安的病人時，護理人員是否要給予鎮靜藥，或給予約束的抉擇。

（三）忽略病人的權利：如護理人員為了安全考量及工作上的效率，遇病

人有危險性行為時，馬上給予強制處置。



### 第三章 研究方法

本研究以質性研究法，探討精神衛生護理人員執行精神病患強制處置過程中，所遭遇的議題及因應策略，並分析影響執行強制處置的重要因素。本章介紹研究所應用的研究方法、研究對象與取樣方式、資料的收集步驟、資料分析方法、資料的嚴謹度、以及研究倫理之考量等六節。

#### 第一節 質性研究方法

護理的目的在關切人類的健康與福祉（陳，2003）；而護理學更是重視個別差異及生活經驗，人們生活在過去與現在所經驗到的情境中，與其內在及外在的脈絡息息相關（穆，2003a）。故護理研究者需有能力選擇適當的方法來研究護理現象（陳，2003）。本研究藉由精神衛生護理人員參與精神病患強制處置經歷的描述與述說，來了解他們對其經驗的想法與因應策略。質性研究方法，可以允許研究者不受先前決定之分析範疇限制，使研究更具深度、開放性與周密性（吳、李譯，1995）。研究主題是強調「人」的內心世界經驗（陳，2003），目的在揭發多重真實與多重意義（鐘、李、張譯，2003）。普遍性（generalizability）並非質性研究所尋求的目的，為避免機率選樣，質性研究關注於選擇具有代表性或典範性的樣本（Polit & Beck, 2004）。質性研究是自然的(naturalistic)，研究者不以人力操控研究情境，只為了瞭解在自然狀態中所發生的現象（吳、李，1995）。研究者專注於資料的詳盡與特性，探索開放的問題、分析及歸納研究資料，以發

現重要的範疇、向度，及相互間關係（吳、李，1995；穆，2003a），再以脈絡性及整體觀獲取全貌的意義。

研究者在分析資料時，需將平日理所當然的思維擱置一旁，過程中需有系統對所有研究對象生活經驗之主觀意義（meanings），採開放的態度，不斷的質疑（questioning）、反思（reflecting）、專注（focusing）及直覺的洞察（intuiting），讓經驗盡可能呈現其整體性，展現其本質（穆，2003a；穆，2003a；穆，1997；雷，1999）。運用歸納及描述方式，在沒有預設及沒有期望下，分析研究對象的生活經驗。

## 第二節 研究對象與取樣方式

本研究以台中市、台中縣、南投縣、彰化縣等四縣市，醫學中心、綜合區域教學醫院及精神專科醫院之精神科急性病房護理人員為對象。為確保研究對象具有本研究所欲探討的經驗，且能獲得重要訊息以及各種變異之範圍，採立意取樣（Purposive sampling）方式（Lincoln & Guba, 1985）；這種取樣方式刻意選擇特定場景、人物以及事件（鐘等譯，2003），非機率性選樣，其原則為所選的受訪者具有代表性（Polit & Beck, 2004）。研究對象選樣條件為：具有護理執照者，至少一年精神護理臨床經驗者；直接參與精神病患強制處置（包括各種強制治療、非自願性住院與照護、身體約束、隔離等）者；能清楚表達者；志願參加者。研究對象分別為 1 位來自醫學中心、3 位來自綜合區域教學醫院、2 位來自精神專科醫院。精神科護

理工作年資為 1 年 9 個月到 20 年間，平均年資為 7 年；護理學歷為 3 位二專畢業，1 位大學，2 位護理研究所進修中。

### 第三節 資料的收集與步驟

本研究採質性研究法，重視在自然的情境，讓研究對象能開放且自由表達其經驗（雷，1999，Marshall & Rossman, 1989）。研究者為研究工具，憑直覺感覺完全沉浸於研究現象，透過深度訪談（deep interview）過程，與研究對象互動，收集其語言及非語言資料（胡，1996）。

#### （一）研究工具

本研究的研究工具包括研究者本身(Denzin & Lincoln, 1998; Marshall & Rossman, 1989；吳、李譯，1995)、半結構式訪談指引與錄音機。研究者本身即為精神科資深護理人員，參與精神科急性護理工作，共有 4 年經歷及精神科急性病房護理長行政經歷，深具同感心及洞察的實務經驗。研究者在研究所修習實習課程及個別心理治療學課程時，曾接受溝通會談技巧與行為過程記錄的內容分析訓練，可以與研究對象建立良好的信任互動關係，並透過訓練過程培養研究者執行溝通會談與資料分析的能力。研究者亦修習「質性研究法」課程，對質性資料蒐集與分析上很有助益。為了避免研究對象所談的內容與研究主題偏差太遠（陳，2003）或因遺漏而影響資料蒐集的完整性與正確性（雷，1999），研究者先設計半結構式開放式訪談指引，經指導教授訂正及先趨研究測試後，再修定成正式研究的訪談指

引，主要問題為「請談一談您參與精神病患強制處置的經驗？」。

## （二）資料收集過程：

本研究經中國醫藥大學附設醫院人體實驗委員會（Institutional Review of Broad，簡稱 I.R.B.）審核通過，研究者以電話聯絡並發函至各大醫院之護理部，由醫院相關主管介紹符合選樣條件的精神衛生護理人員。研究者再以電話主動聯絡研究對象，說明解釋本研究的目的、方法，以及參與本研究的權益與問題，並說明問題的解決方法。在精神衛生護理人員同意下，依其意願選擇適當的時間及場所，再次以說明書說明本研究的目的、方法及利弊得失。研究對象依其自由意願簽同意書後即進行一對一的錄音訪談。

### 第四節 資料分析方法

資料收集與資料分析同時進行，當研究者所收集的資料重複出現，到沒有新的概念類別產生，即停止資料收集（Marshall & Rossman,1989; Polit & Beck,2004; Lincoln & Guba, 1985）。本研究資料分析過程包括（ Polit & Hungler, 1999；雷，1999）：

- 一、仔細反覆傾聽每一篇訪問錄音內容，將錄音的訪談內容逐字謄寫，以獲得個案經驗的原始資料；以整體觀（over view）了解內容的脈絡。
- 二、細讀精神病房衛生護理人員參與精神病患強制處置的經驗的陳述，並抽取出有意義的句子（significant statements）。
- 三、研究者保持中立態度，採直覺、洞察的方法，將相似有意義的句子聚

集一起，形成次主題，再將具共同特性的次主題歸納成主題 (themes)。

且敘述與區別每個主題，避免主題重疊、不適當與遺漏。

四、將所呈現的主題結果做整合，依據研究的脈絡、情境做完整詳盡的整體描述。

五、將研究結果，請研究對象研讀及審核，以確認研究結果是否反應出研究對象實際的經驗。

## 第五節 研究資料之嚴謹度

效度和信度是傳統實證主義 (positivism) 量化研究的判定標準 (胡, 1996)。故質性研究一向被質疑為不夠嚴謹；致很多質性研究者一直努力確定更多類似量性研究的評量，並正確地提供不同方式來描述資料的效度和獨一無二的質性工作 (Denzin & Lincoln, 2000)。量性研究之效度取決於謹慎使用研究工具，能確定實際的測量是研究欲測量的 (吳、李譯, 1995)；而質性研究在發現和事實符合的程度，研究結果是否真的捕捉到真相和事實，觀察到想要的現象 (黃, 2006)。本研究資料的嚴謹度 (rigor)，使用學者 Lincoln 與 Guba 建議的四項評量標準，即透過確實性 (credibility)、可推廣性 (transferability)、可靠性 (dependability) 和可確認性 (confirmability) 來獲得 (Denzin & Lincoln, 2000; Lincoln & Guba, 1985; Marshall & Rossman, 1989)。

### 壹、確實性 (credibility)

即量性研究的內在效度，效度指所做的分析及描述能真正的、忠實反應出或表達出其意涵或特質（穆，2003a）。Lincoln & Guba(1985)提出「值得信任」(trustworthiness) 取代效度，指研究者所收集的資料內容，是真確而足以相信的。

### 一、立意取樣 (purposive sampling)

本研究經由立意取樣選取研究對象，以確保其是符合研究目的，並能提供足夠而豐富的資料，能回答研究問題。在資料收集的過程，尋求安靜隱密的空間並全程錄音，讓研究對象能安心充分的表達其內心的想法與經驗，並且忠實的記錄全部的過程，以確保所收集資料的真實程度。

### 二、專家審核

質性研究因其主觀的特質，專家效度成為效度考量的重要指標（雷，1999）。研究者從研究對象之選樣、收案、整個蒐集資料的過程、到分析的資料，均由指導教授，隨時提供指導及修正以確認資料分析的正確性。

### 三、同儕討論 (peer debriefing)

指以同儕平等的關係，公正的態度，協助研究者發現研究中所隱含的問題（Lincoln & Guba, 1985；劉，2003）。研究者尋求一位非相關精神護理領域的同儕，傾聽及閱讀收集資料的內容，在資料分析時提供其意見，以保持中立及客觀性，協助研究者不偏離研究方向，並確認研究的確實性。

### 四、成員檢核 (member check)

指將資料及分析結果，提供給原參與研究的研究對象，讓其再度確認以增加研究的確實性 (Lincoln & Guba, 1985)。故研究者在完成原始資料之分析後，將研究結果給研究對象檢視，並請研究對象提供回饋，是否符合其經驗與感受，以確認研究結果的確實性。

## 貳、可轉換性 (transferability)

指研究的結果或發現，可以推廣運用到其他相同條件的個案上 (Lincoln & Guba, 1985)。本研究採立意取樣方式選取研究對象，透過厚實的描述技巧，將研究對象所有經驗、感受做完整的描述，讓資料有被其他研究者轉移應用的可能性。

### 一、詳細說明研究過程

本研究所選擇的研究方法、目的、選樣、研究對象來源、資料的收集及分析、研究的嚴謹度及倫理考量，皆清楚說明；研究者亦留存研究計劃、通過 IRB 審核、各研究對象之錄音帶、逐字稿及所分析的資料等，以提供未來研究查核。

### 二、研究對象的多樣性

故本研究的取樣設計，考量醫學中心、綜合區域教學醫院、以及精神專科醫院，以求樣本來源的豐富性、多樣性以呈現資料的廣度，更助於研究之推展。

## 參、可靠性 (dependability)

是指研究者如何運用有效的資料收集策略，取得可靠性的資料，是研究過程中資料蒐集策略的重點，研究者必須將整個研究過程與決策加以說明，以供判斷、建立質性研究的可靠性（潘，2003；胡，1996；Lincoln & Guba, 1985）。本研究過程所有資料的收集，均由研究者一人擔任，與每位研究對象約好時間，並在約好時間的前一天，研究者會再度確認時間。訪談時給研究對象充份時間，讓研究對象盡情表達；再將深度訪談錄音收集的資料，逐字轉錄成文字資料。在整個研究的過程，保持一個清楚的決策審查管道，以達到研究的可審核性（auditability）；而審核性為研究的發現的一致性（consistency）標準。由於質性研究強調人類情境的獨特性和經驗的重要性；即每一位研究對象、事件或情境，均被視為一個獨特的實體（吳、李譯，1995），其主觀獨特經驗是無法被客觀確認（validation），故本研究透過可靠性審核（dependability audit）的方法達到可靠性，研究者對收集資料過程、資料分析等研究步驟，均詳細記錄保存，建立一個可審查的管道（audit trail），供他人審核以達可靠性。

#### **肆、可確認性（confirmability）**

指研究者在研究過程中，能夠保持中立性（neutrality）與客觀性（objectivity）角色，研究者盡量排除偏見並維持中立的立場。當研究的確實性、可轉換性和可靠性被建立起來後，即可達到可確認性（Lincoln & Guba, 1985）。本研究在構思與執行時，盡可能將偏見提昇到意識層面，在前驅研

究接受指導教授的全程確認；研究過程隨時與指導教授討論訪談技巧與態度，並檢視研究的嚴謹、客觀性；並將研究結果給研究對象檢視（member checking）以增加研究結果的可確認性。

## 第六節 研究倫理之考量

護理研究的對象是人，質性研究的主題強調「人」的內心世界的經驗（陳，2003）。研究者在收集資料的過程，往往需要進入被研究者的生活領域，深入了解被研究者的內心世界及生活經驗。故研究過程可能隱藏個人危險與傷害；在執行質性研究過程更需要小心謹慎、避免傷害到研究對象的權益（潘，2003）。研究的倫理議題，包括尊重個人尊嚴、確保其隱私權、自願參與、權力要完全知道、免受傷害及研究同意的書寫等（Polit & Beck, 2004; Marshall & Rossman, 1989；徐，2003）。本研究倫理考量（ethical considerations）以通過中國醫藥大學附設醫院人體實驗委員會（Institutional Review of Broad，簡稱 I.R.B.）審核，並且以告知同意（informed consent）、研究對象的隱私權（right to privacy）和避免受到傷害（protection from harm）等倫理原則為守則。

### 壹、告知同意

本研究經中國醫藥大學附設醫院人體實驗委員會（Institutional Review of Broad，簡稱I.R.B.）審核通過；研究者先取得單位同意並發函至各大醫院之護理部，發函信件內附研究計劃及研究說明書，可以提供醫院護理主

管介紹符合選樣條件的研究對象並提供研究對象研讀及初步了解後；研究者再主動聯絡研究對象，向研究對象說明解釋本研究的目的是、方法，資料收集的過程及訪談所需時間，在研究對象同意下，並依其意願選擇適當的時間及場所進行一對一的訪談，再次以說明書詳細說明研究的目的、方法，以及參與本研究的權益、問題並說明問題的解決方法。使研究對象了解在參與此研究的過程中，他隨時可以拒絕參加此研究，且這決定並不會影響其任何權利；了解在參與此研究的過程中，隨時可提出與研究有關的任何疑問；若某些問題讓研究對象為難或不想回答，有權利保留不說；了解參與此研究過程中或研究結束後，有任何相關的疑問皆可以與研究者或其指導教授聯絡。研究對象充份了解後，在其自由意志下簽同意書。

## **貳、研究對象的隱私權**

受訪研究對象自由選擇不受干擾的訪談場所、日期、時間。訪談時，再次說明訪談的過程會全程錄音，研究者將妥善保管錄音帶及其內容，且僅供本研究探討分析用，決不移做它用。除研究者與其指導教授外，任何人未經研究對象同意，不得接觸此訪談內容及與研究對象有關的個人資料。同時使研究對象了解研究結果會以集體的方式呈現，不會出現研究對象的姓名或任何可以辨識身份的資料，以確實保護研究對象個人的隱私。

## **參、避免受到傷害**

在深度訪談過程，研究對象可能擔心因揭露內心不愉快的經驗，而感到

心理不舒服。為避免任何可能的傷害，在訪談過程中，研究對象若出現心理不舒服或不願繼續談下去，可以隨時停止訪談或退出本研究，經評估如有需要亦協助轉介輔導，不會影響研究對象任何權益，只有研究對象願意談時才做訪談，以保護研究對象免於傷害。另研究對象可能擔心所提到的資料會遭洩露或被辨識出身份，研究者將訪談錄音轉譯成文字稿，不會出現任何可供辨識身分之文字且所有資料皆以編號代替，不會出現個人的姓名。訪談錄音帶在研究結束後將予銷毀，以保護研究對象免於受傷害。



## 第四章 研究結果

### 第一節 研究對象基本資料

精神衛生護理人員於強制處置過程中，所遭遇的議題及因應策略及分析影響護理人員執行精神病患強制處置的重要因素。資料收集期間自民國95年10月28日至96年1月20止，共訪談6位精神急性病房衛生護理人員。接受訪談的護理人員年齡平均為32.2歲；性別其中2位男性，4位女性；婚姻狀態3位已婚，3位未婚；宗教信仰其中2位道教，1位佛教，3位無宗教信仰；各分別1位在醫學中心，3位在綜合區域教學醫院，2位在精神專科醫院就職；工作職稱為1位護理長，5位精神衛生護理人員；平均精神科護理總年資為8.6年（見附表一）。

附表一、研究對象基本資料分析

個案編號	編號 A-10	編號 B-07	編號 C-17	編號 D-12	編號 E-13	編號 F-18
年齡/歲	27 歲	28 歲	31 歲	39 歲	36 歲	32 歲
性別	女	女	男	女	男	女
婚姻狀態	未婚	未婚	已婚	未婚	已婚	已婚
宗教信仰	道教	無	佛教	無	道教	無
醫院別	綜合區域教學醫院	醫學中心	精神專科醫院	綜合區域教學醫院	綜合區域教學醫院	精神專科醫院
目前工作職稱	護理師	護理師	護理師	護理長	護理師	護理師
精神科護理總年資	1 年 9 個月	5 年	7 年 6 個月	20 年 0 個月	8 年 0 個月	1 年 4 個月

## 第二節 結果

本研究旨在探究精神衛生護理人員於強制處置過程中，所遭遇的議題、因應策略及執行強制處置的影響因素。結果將依執行強制處置的理由、病人接受強制處置的反應、護理人員執行強制處置的反應、護理人員的因應策略以及影響護理人員執行強制處置的因素等五個層面分別敘述（見附錄三）。

### 壹、執行強制處置的理由

#### 一、依規定行事

全部的受訪者認為，護理人員在執行對精神病患的強制處置時，需要遵循病房的規範。

**D 護理長提到病房護士在醫療討論會上提出病人是否可以喝咖啡？護士們希望有個規範可依循：**「有一些規範，他（護士）其實只是循著規範...去做的。...因為我（身為護理長）發現現在的護理人員你如果沒有給答案，他（護士）會不知道怎麼做...有一個規範讓他們（護士）follow，他們（工作人員）會比較知道怎麼做。」

**F 護士提到對病房規定需要遵守依循：**「...病房的規則你（護士）還是要遵守，那人家（其他護士）不可能覺得說因為你（護士）自己的一個想法，我（其他護士）就把病房規則改掉。...今天這樣（未依病房規定）做，你（護士）自己覺得OK，但是在別人（其他護士）眼裡看來，你這樣子做是造成我（其他護士）的困擾...下一次（類似情況發生）是不是也要照你（護士）這樣子做？」

**E 護士提到病人要遵循如香煙、約束跟隔離等皆要病房規定執行：**「..其實之前在care他（病人）的時候，他還講了一個重點就是，為什麼我（護士）的話他比較容易聽的進去的原因是...每次要跟我（護士）...違反規定的要求的時候，我（護士）都不會允許...今天病房規則是什麼，幾點以後不可以抽煙...我（護士）就是不會給。就算你（病人）有違規，我也不會去說，你就住的比較久你是老病人...違反吸煙時間...吸煙，被我（護士）抓到他是一樣我（護士）會給他禁煙，我們（病房）規定一定要禁煙...做法上我比較一致。...主要就是違反病房的一些規定的時候，（像）有一些暴力傷害行為時候，我們（工作人員）可能就是約束跟隔離。」

## 二、為了病人的利益著想

全部的受訪者均表示，精神病患有時表現出攻擊人或可能利用一些物品傷害自己或他人。受訪者提到不可帶進病房的物品，在用品類方面包括尖狀物、玻璃類、鐵器類、繩子、皮帶、打火機等；食品類包括酒、檳榔、含咖啡因食品等；另外香煙或現金、手機、電話卡等貴重物品，病人不可

以隨身攜帶。因此為了保護病人及其他人免於受到傷害，受訪者均認為需要採取強制處置的手段。

### （一）避免病人自傷

**A 護士也提到一些病人不可以帶進病房的物品：**「...安檢...違禁品...包括...玻璃的乳液、...筷子、...尖銳物品...像尖尾梳...就不行、...髮夾也不行，因為之前有（病人）吞髮夾的。...還有...長繩子的皮帶、...鞋帶也不行，衣服上面...伸縮帶的也不行，我們（護士）就剪掉。」**F 護士提到病房規定限制病人的吸煙量：**「我們（病房）有規定嘛！...第一餐（早餐後）就（給病人）3（支煙），中餐之後就3支，那晚餐之後就4支。...如果你（病人）10分鐘就（把所給的煙吸）吃哈完，就晚上就沒有煙。」**F 護士也提到：**「...在病房裡不可以有金錢交易，...平安符你（病人）掛在脖子上也可能會有自殺的可能，...也有可能別人把你（的平安符）拿去自殺。」

### （二）避免他人受到傷害

**A 護士描述有位精神病患攻擊路人，經民眾報案，由警察強制送至醫院的過程：**「...他（病人）攻擊路人，民眾就會報案，可能（由）119、警察直接就帶（病人）進來我們（醫院）急診，...。...call 值班（醫師評估）...他（病人）就是說已經有危險性了，會干擾到人家...就是馬上訂床。...從急診...進來是約束著...已經約束了。」

**而 D 護士提到曾有病人偷帶酒、打火機進病房所發生的問題：**「...他們（病人）就是會把酒就是放在那個保特瓶，然後跟你（護士）說是椰子水之類的。...像我們（病房）那一次就是...病人也是偷帶酒進去，他（病人）是把它（酒）放在茶杯裡面，然後就放在飲水機上面...因為那上面都有寫名字嘛！不會有人去喝。那沒想到有一個病人不是很清楚就把它（酒）那拿出來喝...病人就醉了。...我在...○○（醫院），...就病人被約束在床上...他身上有打火機。沒有被我們（工作人員）安檢到...他（病人）是想要把約束帶燒掉解約束...沒想到...整個燒起來。病人死了，死兩個。」

### （三）穩定病人情緒、行為

全部的受訪者認為，對精神病患施予強制處置，有時是為了穩定病人

激躁不安的情緒與自傷或傷人的行為。

**E 護士提到對病人身體約束、隔離的目的：**「我（護士）覺得整個在身體約束的過程當中，或者是隔離的過程當中，最重要的目的就是能夠讓病人自己穩定下來，降低他（病人）的傷害的行為，傷害自己或傷害別人的行為。...而不是在於說為了工作人員...的安靜或什麼才做的...。當然有時候會直接就上四肢約束...如果更躁動的（病人），有可能會胸部再加一條（約束帶）。」**E 護士提到可以讓病人入保護室穩定情緒：**「他（病人）會進去...保護隔離室，但是就不約束，讓他在裡面沈靜下來穩定情緒，可能一個小時之後就會叫他（病人）出來。」

### 三、為了工作人員的利益著想

許多受訪者認為精神病患住院期間，給予病人的各種限制有時是為了管理上的方便，也為了避免或減少問題的衍生，同時也是工作人員的自保之道。

#### （一）方便管理

病房以電話限制、會客人員及時間的限制，以達到病房管理的方便。

**C 護士提到病房對病人打電話的限制，是為了管理上的方便：**「（電話開放時間是）早上是十一點。...一個人（使用）三分鐘，...（三分鐘一到）就卡掉。...（病人）排隊好了，一個一個來，我（護士）也比較好控制。我（護士）覺得（打電話限）三分鐘...是方便工作人員管理...那不是 care 嘛！...為了加快速度，因為...一個護理人員要在那邊 keep...，他們（護士）可能覺得說，用...限制患者打電話的時間，人力上才能夠快速的把這個業務...解決掉...所以不需要講這麼久，卡緊ㄟ卡緊（台語）解決這樣。」

**F 護士提到誰可以進來探訪病人，是有限制的：**「會客比較特別就是只限三等親...因為我們（病房）有保護病人隱私（的責任）。...除非他（病人）真的（只）有一個非常要好的朋友...或者他（病人）就只有這麼一個精神支柱，但是並非他（病人的）三等親。我們（工作人員）就會請家屬留個同意書，限兩個名額...不是三等親之內...需要對過身份證（方可會客）。」

**C 護士提到限制病人會客的時間：**「通常會跟他（家屬）講說...（會客時間）...早上九點半做完早上治療的時間再過來，晚上就希望他（家屬）八點以前...離開。...尤其是剛入院的患者，我（護士）會鼓勵家屬時間不要太長...讓患者專心...熟悉這裡的環境。」

## （二）避免節外生枝

受訪的護理人員提到，急性病房的精神病患容易有逃跑及干擾病房環境的現象，因此需給予限制性的環境。

**A 護士提到環境設施不良易導致病人逃跑：**「就是我們會客硬體設施很糟糕。...出那邊（會客室）就是等同是出到外面，沒辦法。...所有的人員就是從這邊（會客室）進出，...他（病人）會客的同時...（若有其他人）進來什麼的，門（是）開著...我（護士）覺得安全上（病人）escape 的機率滿高的。...（有一次）他（工友）可能推車...就開門，（那時病人正在）會客，...剛好人（護士）...又在對藥，...大家（工作人員）都忙成一團（時）...病人就跟著（推車）出去了，沒有人發現。...後來...查房時候才發現病人不見了，就趕快...找啊，後來...在附近的一家修車廠發現（病人），就趕快把他帶...回（病房）來。」

**D 護士提到為避免一位意識不清的病人，在大夜班大喊大叫而干擾其他病人的睡眠，將此病人隔離於保護室內：**「他（病人）在 bed side 吵，因為他是中途醒過來...就是因為不清楚有點混亂...比較躁動...大喊大叫，...我們（工作人員）就要把他帶去（保護室隔離）。...最大就是怕他干擾到其他病人的...睡覺。」

**A 護士提到病人夜間有干擾其他病人睡眠問題，會強制病人至保護室甚至針劑注射處置：**「（病人干擾的行為）譬如說來回走動...坐立難安的...躺不住，睡不著。...（有的病人）半夜在那邊洗澡的，他們（病人）走來走去.....拿東西啊...吵到同室病友。我們（護士）會覺得，他已經吵到別人（別的病人）的睡眠的時候，就讓他去保護室...睡覺。...（有時候病人）有干擾（行為）...我（護士）就會先聯絡...值班醫師講一下要不打個針，...我們就是打針的同時，跟大哥（佐理員）講...約束帶先備好，就是大家（工作人員）一起過去。」

### (三) 為求自保

受訪者提到醫師給予精神病人簽下住院同意書的做法，以保護醫護同仁自己。

**C 護士提到醫師對人格違常的病人採取強制住院，是保護自己的作法：**「因為患者不願意簽（住院自願書）嘛！那你（醫師）對一些 schizo 的患者，你（醫師）...覺得...沒有關係先收（病人住院）。但是對於可能是 PD（人格違常）的患者，還是...酒癮的患者...就是說用...強制（病人住院）處置方式，來保護（醫師）自己，...強制...對醫護人員來講是一個保障。」

### (四)、擔心物品遺失，要賠償

有些受訪者擔心精神病患攜帶貴重物品進病房，若遺失或被偷的話，護理人員需負賠償責任，因此限制病人攜帶貴重物品有其必要性。

**A 護士提到：**「...他們（病人）有的會要聽收音機...我們（護士）跟他（病人）講說『你（病人）這個東西（收音機）很貴...如果說不見了我們賠不起...沒有辦法賠』...我們會跟他講...(有些)病友...會拿人家的東西，...我們（護士）到時候...也找不回來。他們（病人）...大部分都會接受...怕自己東西不見。而 **B 護士亦有相同經驗，提到：**「...很煩惱它（金項鍊）不見，這樣我（護士）賠不起，就會跟他（病人）...講『我好擔心你（病人）弄不見...』。」

### 四、警惕、處罰作用

有些受訪者描述為了嚇止精神病患的不適當行為或預防病人再度違規，執行強制處置的目的，是給予病人警惕或處罰。

#### (一) 嚇止不適當的行為

護理人員為了制止病房中男女病友所出現的肢體碰觸，而做的處置。

**C 護士提到病房中有對男女病友互相喜歡而出現護理人員不能接受的**

行為：「她（病人）會去找這個男性的患者，...會一直很喜歡靠近他，...有肢體上的觸摸、觸碰這一類，或者說常常去...病室...找（男）患者...時候可能會在門口徘徊或走進去這樣。...有些...護理人員...（看到兩位病人手）碰到了！...就會某某某（病人名字），你（病人）再給我靠近就給我小心！...就是女生（的手）碰到男生，或是男生（的手）碰到你女生...這樣（護理同仁就給予病人）約束。...有時候我（C 護士）會看到這麼極端的（處置）...有時候我會覺得是說，護理人員本身的焦慮已經到一個程度了，...緊繃到了某個臨界點，他（護理同仁）覺得受不了了，...就要做出處理，他就是...不要再有這樣子的壓力。（將病人）約束起來，然後...（護理同仁感到）安靜多了。」

C 護士也提到有些醫師重視藥物治療不重視心理會談，對於病人的行為問題採行為制約方式處理，而形成約束是處罰病人方法之一：「譬如說（病人）脫衣服出來啊，（在病房）走來走去...他（醫師）就說『給他（病人）訂個行為契約啊，以後再這樣子就約束啊，約束兩個小時啊』。...有第二次（類似行為）再加一小時，約束三小時，所以（此醫師的）患者都是常常要約束，甚至...（醫師覺得病人約束時）躺得太舒服，給他趴著，還有給他站著。...我們（護士）覺得這個看起來像刑求啊，我覺得我不能接受那個東西。」

## （二）預防病人再度違規

護理人員為了預防病人再度違反病房規定，所做的處置。

A 護士提到對再度違規藏煙的病人給予約束：「二次又帶煙的（病人）啊！就被我們（護士）發現，安檢的時候。他們（病人）會藏馬桶啊，藏天花板！到處藏。...我們就是有抓到（藏煙者），就是...約束這樣。...問他（病人）煙從哪裡來，怎麼帶進來的？...我們...會再慢慢跟他講這不是一個人的問題，這是整個病房安全的問題。...（藏煙被）被約束，可能就是乖個幾天。」

有位多次透過家屬夾帶香煙及打火機進病房的病人，再次被工作人員發現時，A 護士以直接簽契約書、切結書處置：「我們（病房）有這個（煙不能在病房內抽的）限制，一定有我們的理由，我們不會無緣無故這樣子限，...就是（採）軟硬兼施...會再跟他（病人）重申、或者有的會直接簽契約書、切結書...再發現類似行為的話就是行為制約，譬如說四肢約束或是入保護室。...違禁品有時候是家屬帶進來的，那再跟家屬方面作聯繫。那一定會再跟 VS 講，在整個 morning meeting 會全部提出來，...就是特別 monitor

他（病人），譬如說他們（病人）只有兩結伴（走）往病室的，我們就會特別看監視器（監看他們的行為）。」

## 貳、病人接受強制處置的反應

許多受訪者提到病人在接受強制處置後，發生身體被傷害以及各種情緒反應與行為反應。

### 一、身體被傷害

病人接受強制處置後，常發生的身體傷害包括骨折、肢體黑腫、口腔出血以及使用鎮靜後嗜睡、步態不穩等。

**E 護士提到由強迫病人給藥致病人骨折受傷的經驗：**「一個病人他不吃藥，...我們（工作人員）在強制...餵藥的過程當中，就造成他（病人）...手臂骨折。...精神科主任...當天即時...會診骨外科，...開刀重新復位弄好。...（事後病房）有檢討，就開始改變調整，...是不是一定要完全強迫他...吃藥，不能有其他替代方式嗎？...一次沒吃到（藥）是不是會去影響到很多？...那一段時間就一直再做調整，...就會以病人為主去思考。」

**E 護士對另一個暴力攻擊病人的約束過程致病人肢體黑腫受傷的經驗：**「在緊急情況之下，病人..（會被）約束的比較固定、...牢固一點，避免他（病人）有掙脫機會。...病人在扭動過程當中，就會造成他手會腫...得很明顯，整個都是有點 cyanosis...出現，黑黑腫腫的這樣子。」

**B 護士提到對病人強制灌藥致病人口腔出血受傷的經驗：**「...有一次，我（護士）看到嚇死了，壓舌板壓到病人的口腔出血。就是他（佐理員）很用力的（用壓舌板）壓他（病人）的（舌頭）。另一個人（佐理員）...去用他（病人）...下頰骨，我（護士）負責倒藥而已。那病人就是出血這樣子，之後他（傷口）自己（血）就停住了啦，沒有一直出...血。...灌的過程中病人整個臉都是脹紅的。」

**B 護士也提到一位病人多次喘門、闖門，被醫師予以針劑注射後嗜睡、步態不穩的反應：**「大部分都用...Ativan，...他（病人）因為有針劑注射...整個人看起來比較”茫”。...（病人走路）顛顛倒倒的。...他（病人）雖然出（保護室）...很疲累、很想睡，可是他（病人）就是沒辦法躺回那個床...

還會一直下來...到護理站跟你（護士）吵。...他（病人）...都是步態不穩的狀況。...我們（醫師）給他（病人）太多藥...他整個...非常想睡，...精神上...又沒有辦法去休息。」

## 二、情緒反應

病人接受強制處置後，發生的情緒反應包括（1）生氣，（2）憤怒，（3）恐慌，（4）害怕，（5）敵意與（6）不知何去何從等反應。

### （一）生氣

**B 護士提到一位重複違規攜帶香菸的女病人，入院時被工作人員嚴格安檢而生氣的反應：**「她（女病人）再度住院...我們（工作人員）的安檢...就不是像一般的病人第一次住（院）...安檢了。...請她（女病人）到會談室，單獨的空間，有兩個護士為她做安檢，...請她把身上的衣物都脫下來這樣子會比較仔細啦。（當時病人的）感受不好啊！她（病人）就是很生氣啊！」

### （二）憤怒

**C 護士提到強制約束病人時，病人有憤怒的反應：**「如果是以強制處理（約束、打針）...病人當然是很憤怒，特別憤怒...有一些叫囂的行為，...他（病人）會攻擊、會抗拒，所以那個（約束、打針）過程就是說是（工作人員和病人間）很衝突的。」

### （三）恐慌

**C 護士也提到病人在被關保護室的過程中，有恐慌的反應：**「整個單位，因為你（護士）一旦有強制的這種行為出來的話，整個病房...（被強制的）病人很恐慌的...其他的病人都會受到影響，甚至很多患者...『反正我就是被關啦！』...很多患者那種不好的印象...當下就會被 induce 出來。」

### （四）害怕

**B 護士提到有病友對暴力攻擊的病人，有害怕的反應：**「然後有幾個（病友）對這個對這個人（暴力、攻擊）的印象特別深，...那我（護士）印象

最深刻是…在生活討論會的時候他們（病友）有提到這個（暴力、攻擊病人），然後覺得蠻害怕的。…他們（病友）就是覺得，覺得”他（病人）怎麼那麼兇！他（病人）會不會，會不會對我們（病友）怎麼樣？”。…他很兇，啊如果他半夜（被攻擊）怎麼樣，我們（病友）是要怎麼辦？…他（病友）很害怕的情緒。

### （五）敵意

E 護士提到病人覺得自己不需要約束卻被約束，造成對工作人員及約束規定產生敵意：「…對有些病人…不是完全能夠讓他（病人）情緒穩定下來，反而會造成對工作人員的一個敵意…（病人）會覺得他自己不需要約束『為什麼我要被約束起來』他（病人）覺得自己有辦法控制情緒，為什麼我就要被四肢約束，被關保護室，他反而會把這個（約束）規則，會視作是一種敵意（E162）。」

### （六）不知何去何從

D 護士提到病人從家中被綁到病房，有不知何去何從的反應：「…他（病人）是從家裡…被五花大綁來（病房），其實他也不知道他要到哪裡…就被載來一個…不知道…（的）地方？那他一定會更不舒服？…又不知道他『我到底在哪裡』然後什麼都弄不清楚，他一定在混亂…其實你要讓他知道你人在哪裡，然後我們（工作人員）是什麼樣的人。…對他來說…情緒上面…就不要再加上恐懼這個部分…起碼你清楚你（病人）現在人在哪裡…到底我（病人）周圍是怎麼樣，…那要做什麼…覺得起碼告訴他（病人）…比較可以 come down」。

## 三、行為反應

病人接受強制處置時，常發生的行為反應包括抱怨、抗拒、破壞病房設施、拒絕治療、言行不一致、傷害工作人員、挑戰工作人員以及申訴。

D 護士提到一位強制入院的病人，由於情緒激動先被約束入保護室隔離及打針劑，病人對此有抱怨的反應：「先放保護室…。（醫師就會）跟他（病人）講…那你現在因為情緒很激動，所以我（醫師助理）必須用這樣方式（強制約束及隔離）。你等一下比較（情緒）穩定一點我（醫師助理）」

會再來跟你談...他（病人）是一直一直非常激動...就是強制給針。...他只是覺得那樣子的作法，對他來說是很不尊重啦，...他會抱怨。」

**F 護士提到有位病人被工作人員發現攜帶違禁品，當要收回時，病人有抗拒的反應：**「（病人）把香菸、...錢會放在內衣裡面。...開始的時候，就會反抗你（工作人員）把他（病人）這些東西拿走。...我（護士）說『這個東西我要收走』，他就很不能接受。他就會說『為什麼我就不能帶進去（病房）』情緒就會激動，...會一直把住他的東西，絕對不讓你（工作人員）拿走。」

**B 護士提到一位有藥癮病人，不願配合住院規定，不斷地踹門、踢門：**「他（病人）進來（病房）的時候是被綁著進來的。...他一直想要闖門...不願意配合住院。他一直想要出去...會用一些口語的威脅啦。...他已經試圖著要闖門或踢門...有一些破壞行為。...甚至到最後用椅子砸門啊...撞那個門這樣子。」

**F 護士提到有些病人拒絕治療，有藏藥行為：**「你（護士）會發現有些病人...（吃）的藥物已經很重，但是他的精神症狀一點都沒有改善。我們（工作人員）就會開始想說他（病人）是不是有藏藥。病人可以藏藥方法非常非常多...他（病人）就會放在那個嘴巴裡面或舌頭上面，...張開嘴巴給你（護士）檢查是沒有（看到藥），...他（病人）立刻到廁所裡面吐掉。也有些穿著長袖外套，他就藉著放進嘴巴那時候就順勢藥物滑進袖子裡面...或者是有些（病）人他會拿著一個保特瓶，像在配水吃藥，事實上他是把藥吐進他的保特瓶裡面。」

**C 護士提到有些病人表面上配合治療，但實際上卻對工作人員及治療的防衛心加重：**「一旦有（強制灌藥）...的構成，患者對於住院的那種負向的感受更是強烈。...你（護士）要對他（病人）做任何的治療...他的 defense 會更重、更強烈。...陸續觀察...他在治療配合上表現的確...會配合了，但是相對的，他對我們（工作人員）那種 defense 卻更重了。...治療到後期時候，我（護士）會看到...患者...對工作人員都是很抗拒的，能閃就閃...比較不允許表露，沒辦法做一些 discussion。」

**D 護士提到由於處理一位干擾其他病人睡覺的病人，在讓病人入保護室、約束時，護士被病人踢到，致護士頭一片空白、嘴角流血：**「（讓病人）進了保護室...restraint 的一個 procedure 了。..他（病人）本來狀況就不好...看到我們（護士）跟他約束...更激動。...兩個（護士）都（一起）綁啊、就兩個都壓...我們是腳會先壓（住），...兩個會分頭，趕快去把（約束）...完成。...那時候...因為他很激動，所以（護士）就被（病人）打，打到流

血。...被打到的那一剎(腦袋)一片空白,然後是頭,應該是說被踢到啦。..被踢到...(護士)頭轉回來發現嘴角濕濕鹹鹹的...是流血了(護士)。」

**D 護士也提到曾有酒癮及人格違常病人對病房的規定不滿,挑戰工作人員為何不開放探訪人員:**「...我(護理長)現在是主管嘛!我們(病房)最近住了很多酒癮...有 personality...一些人格...問題的病人。...最近...被(病人) challenge...說『精神衛生法裡面就是說,病人有通信、會客、還有那個打電話那些自由』...他們(病人)就說為什麼有的人(訪客)來不讓他看這樣。...他們就會覺得行動或是什麼(被限制)。」

**B 護士提到病房規定會客時,限制家屬帶手機入病房。家屬無法接受,護士因而被申訴:**「(家屬)就是手機一定要帶進(病房)來啊,我們(工作人員)就跟他(家屬)做拒絕,可是他就是還要做申訴這樣...我們(工作人員)也沒有辦法控制他申不申訴。...後來...他還是會去打申訴管道啊。那申訴管道的人...跟我們(工作人員)問啊...我們還是會跟他(申訴管道的人)解釋,因為這邊環境的關係。」

**C 護士提到一位人格違常病人在友人會客後,由於情緒不穩被工作人員強制送進保護室過程中,撞到骨盆因而控告工作人員:**「患者是 PD 的 case,情緒的 control 非常差, ...一個朋友來看過他(病人)之後, ...他就把...花什麼都摔在地上,大吵大鬧什麼的。...之後工作人員過去...就抓(病人)去保護室關起來。...在...抓病人(過程)當中...患者的 pelvic 撞到...床鋪。...(護士)也沒有通知醫師。...她(病人)出來之後...(全身肌肉)也很軟了。結果就是第二、三天(病人)就出院了。...結果...是(變成處置病人的)那個同事被告。」

## 參、護理人員執行強制處置的反應

### 一、心理、情緒反應

有些受訪者在執行強制處置的經驗中,曾有驚嚇、難過的反應。有些受訪者覺得強制處置的過程是殘忍、不人道的,甚至有不知所措及擔心病人受傷的反應。

**C 護士看到同事對病人強制給藥的過程，覺得很驚嚇，也覺得不人道：**  
「因為那個灌藥過程當中患者是很痛苦的，會掙扎他（病人）也可能會噙到，他也可能會吐藥，...甚至說咬傷工作人員。...（在灌藥）過程當中，我（護士）是很 shock。...因為我以前沒有看過（灌藥）...處理，...但是比較起灌藥這種方式，會讓我（護士）覺得說，（灌藥）那種侵入性...更覺得強烈...更覺得更不人道的感覺。」

**B 護士在執行強制灌藥後，覺得很難過，認為灌藥的行為是殘忍的，也曾因此致病人受傷：**「我（護士）會想被人家灌藥時候也是很不好的感受吧！病人舌頭（被）壓得那麼低，舌頭真的壓的很深...我就覺得，要是我一定...很難過啦。這個（灌藥）感受就一直放在心中。...其實灌藥對我來說，是一個非常不好的感受。我不喜歡給病人灌藥...。可是有些醫生...就是藥一定要（病人）吃。有看過最殘忍的一次...就是拿壓舌板去壓他（病人）的舌頭，去把他的這個（牙關節打開）。讓他（牙關節）不能閉合這樣，再把藥灌進去...就把他嘴巴...壓起來。」

**B 護士也提到自己執行灌藥過程中，擔心病人受傷：**「灌（藥）的過程中，病人整個臉都是脹紅的，你（護士）會覺得...他（病人）吞下去...不知道會哽掉...或者是到別的地方？到時候吸入性肺炎怎麼辦？」

**D 護士亦提到當自己是一位新進護理人員時，遇到病房病人打群架，當時有不知所措的感覺：**「我（護士）就想...新人被舊人帶嘛！帶的那個過程...我是說很『糞』（傻）吧...你（護士）覺得...上班，這些（都）是你的責任...就必須要把他（病人問題）處理掉，...沒有想過你自己（護士）危不危險？...（處置）方式到底合不合適？...那個時候...也沒有想過...那個（暴力）狀況...是不是要事先做 prepare。...真的（病人）打起來，...是真的會很難去控制...如果真的只有我一個人...沒辦法去控制這樣的狀況，我不知道怎麼辦？」

## 二、增加工作負擔

有些受訪者提到執行強制處置時，為了加強照護病人，工作人員需增加探視病人的頻率與時間，也要隨時從監視器上注意病人的情況及增加護理記錄量。

**D 護士提到對病人強制約束後，卻要花人力看著監視器及花更多時間探**

視病人，徒增工作的負擔：「：「…你（護士）約束病人你就要…比平常要花更多時間去照顧這個被約束的病人，有時候…真的在臨床上是真的沒有辦法像…規定是15分鐘來看一次（病人）啊，事實在執行上會有困難。…約束真的很麻煩，第一個也牽涉到每一個人（護士）對約束的技巧一個執行…約束不好他（病人）就很容易鬆綁，…又要派一個人（工作人員）…要盯著那個 monitor 也好，…如果妳（護士）又沒有注意到…病人在保護室裡面或是…（約束帶）鬆了或是怎麼樣…很難去處理的。…你為了要照顧這個病人約束…就又沒時間去照顧（其他病人），或是說你…整…八個小時的班又要拖到…很晚或是怎樣…你的工作你就會覺得很累啊。」

### 三、擔心影響護病關係

有些受訪者擔心執行強制處置後，會影響護士與病人的治療性人際關係且會造成病人對工作人員的不信任。

**B 護士提到：**「灌藥時候，…我（護士）…覺得，因為我是他（病人的）PN（主護護士）…怕會影響到他（病人）跟我（護士）的一些 rapport。（及影響）一些（治療）關係，會擔心啦。」

**D 護士亦提到：**「約束病人…過程其實還是會有一些傷害的啦，他（病人）掙脫，勒很緊啊，就是會有一些痕跡或是一些擦傷之類的。…他（病人）不太會瞭解…你（護士）為什麼跟他做（強制約束）。即使你跟他解釋…因為你（病人）什麼樣的狀況，所以我們（工作人員）要需要做這樣（強制約束）處理，…是真的為他好。他（病人被約束）…之後…醫病關係變得不好…或者是說…病人就很害怕進保護室。」

**C 護士亦提到：**「我…覺得…不能夠接受（強制灌藥）這樣的作法…我（護士）覺得…會影響到那種我們（護士與病人）醫護關係的建立。一旦有（強制灌藥）這樣子的構成…你（護士別）想再獲取他（病人）的一些信任。」

### 四、擔心被告

有些受訪者擔心強制處置過程不當，如使病人受傷或有侵犯病人權益

之疑時，會被病人或家屬告。

C 護士提到有一位同事因為強制將病人壓制到保護室壓制過程中，不慎造成病人骨盆撞倒，被告經驗：「...我（護士）覺得我之所以很注重法律問題，很注重做事情要於法有據，就是因為...我們的一個同事...做了一個不適合的一個 isolation，結果...PD(人格違常)的患者，一狀就告上去了。...那個同事被告。...要協商...怕有醫糾嘛！怕同事工作丟了...後來那同事其實也崩潰了...沒有辦法出來面對（醫療糾紛），所以就是我（護士）出來代打。」

C 護士提到醫師強制病人住院的處置，尚有許多人為複雜因素，擔心有侵犯病人權益的問題：「患者不願意簽（同意住院）嘛...我們（護士）講的人道問題、人權問題...在（強制處置）這過程當中，...沒有辦法去 control，...裡面有太多...人的...因素在影響，不管是我們工作人員品質，不管是家屬的支持的問題，都會讓這個（強制）制度變得...沒有辦法去 control。」

## 五、被傷害的反應

有些受訪者在執行強制處置的過程中，有被病人傷害的經驗。他們當時的反應包括驚嚇、害怕、有生死存亡之感；有些則有自認倒楣、丟臉、自責疏忽以及生氣的感覺；有些則繼續工作，執行當時應該做的事情。

C 護士提到被醫院醫師派請到病人家屬要求，到病人家中強制住院被病人以搓刀對峙受傷的反應：「像我（護士）...有另外一次受傷比較嚴重，就是去（病人）人家家裡...抓病人。就是家屬的要求這樣子...患者以前住過我們（醫院）那邊。...醫師覺得說這患者認識啦！...（病人）爸爸又這樣要求...就（請）救護車去好了...就把他（病人）帶過來...抓的過程...（病人）就嘴巴，咬下去（受傷）。...我（護士的手）又不能放，就一直抓著被他咬，他就拿搓刀...其他同事趕快...給他約束...隔著衣服咬了，結果還整個齒痕，整個都黑青。...那時候不瞭解（強制住院）啊，...後來瞭解到（強制住院）...流程的時候...那是不應該去做的...我們（護士）沒有強制就醫的權限嘛！...如果他今天不上（救護）車就算了，我們不應該給他強制（住院）。我覺得...那個受傷真的是自找倒楣。...的確是有很大的震驚...我（護士）覺得他拿搓刀，跟我們（工作人員）對峙...過程我震驚就是...

怎麼會去做（護士）這行，竟然還要面對那種...會（被）病人那種 hurt...他已經拿著銳器來了。砍殺...刺那種感覺...在病房裡面，你覺得那病人對你的那種毆打...不會造成致命，但是那種已經拿著銳器了...我也很驚訝...（護士）自己那時候怎麼會衝第一個去抓他那個銳器這樣子...沒有顧慮自己的安全...這時候我們（工作人員應該）退下...找警察來處理。...（護士）覺得...面臨一種生死存亡那種感覺。

**F** 護士提到有次單獨查房時，在病室看到男病人將沐浴乳、洗髮精等違禁品放置床旁，護士要收走違禁品時，病人立即由床上跳起來，雙手握拳像要揮出：「（護士）有被差一點被打到。我（護士）要收走他（病人）的東西，他把違禁品帶進他的房間。...洗髮精、沐浴乳。我就跟他（病人）講...他就突然從床上跳起來...拳頭就要揮出來了。...（病人）眼睛瞪大看著你（護士）非常敵視，感覺上就是會出拳，他（病人）看到我（護士）嚇一跳之後他還很大聲告訴我（護士）說『ㄟ，你是在怕什麼』。」

**D** 護士提到一次處理病房打群架，害怕受傷手一直發抖的反應：「...那一次是白天...當班...他們（病人）在活動室...已經打成一團了。（護士）被告知去抽針回來打病人，...就是其他包括醫生還有...幾個護理人員，已經把那幾個（病人）...支開的...其中有一個（病人）就是最躁...（要）3、4個人（工作人員）都拉著他...把他壓在地上...他一直沒有辦法... come down 下來...醫生就...order...打針讓他 come down 下來...我（護士）...就是去抽針的人...回來要跟他打（針）的人。...當下...把事情處理完（護士）『手又在抖了』，手就一直抖個不停...那一次是真的有把我嚇到...會那麼害怕。...（護士）真的慌不知道怎麼辦...害怕受傷吧。」

**C** 護士提到一次至病床單位教叫病人吃藥，被病人攻擊而感到丟臉的反應：「...一次（護士受傷）是被一個 100 公斤的女病友（攻擊）。（由於）...我（護士）到床邊叫起來『ㄟ，某某某起床吃藥啦』（病人）突然間就坐起來啊。...他（病人）整個人撲到我身上來。就往我臉上抓。（導致護士臉上）破皮...有血痕這樣。...（真）是太丟臉。」

**E** 護士提到由於病人抱怨其 penis 一直勃起不舒服，故護士幫病人注射針劑及讓病人入保護室處置後，護士被病人攻擊的反應：「其實我（護士）在想，（處置）過程我到底疏忽掉什麼。...我...該注意的都注意，（就）最後...沒有注意...他（病人）來我旁邊遊走的時候我（護士）有注意到了，只是...大夜班上太久了...就有點累了...就再沒有 follow...警覺性，所以就讓他覺得有機可乘。...就讓病人才有機會...發生在我）身上造成一些傷害。（就）自責...我就覺得我疏忽掉...就覺得是我警覺心不夠。」

**D 護士**提到處理一位干擾其他病人睡覺的病人，在讓病人入保護室、約束時，護士被病人踢到致護士嘴角流血受傷後生氣的反應：「我們（護士）跟他（病人）約束...更激動。...沒有想到...被踢到，...（護士）頭轉回來（時）發現嘴角濕濕鹹鹹的...應該是流血了...那時候很生氣很生氣」。當時**D 護士**仍要完成工作：「（被病人）打了之後...（還是要）先...完成（約束處置）。...還是先把那件事情做完...也沒有時間去想到說要做什麼。」

## 肆、護理人員的因應策略

### 一、條件交換

受訪者提到當病人出現攻擊、暴力行為時，會以滿足物質需求或減除病人所嫌惡的刺激為交換條件，以改變病人的不適當行為。

**E 護士**提到有位 **Bipolar** 的病人住院時喜歡找病友賭博或要煙，若其他病友不能符合此病人的要求，他就會打人。**E 護士**為了減少病人的暴力行為，改用條件交換的方式來滿足病人的需求：「他（病人）沒有煙了，他要煙，...（護士要求病人）去幫忙病房整理環境，（再）給他煙，解除他的煙癮。...比如去鋪個床，...或去...掃地、擦個桌子 就會（給）一支（煙），那有時候可能就整理比較大的環境，或者是幫忙提個便當或去幫看著（其他）病人洗澡，那個就會給到兩支（煙）」。

**E 護士**提到一位暴力病人，被工作人員四肢約束時，**E 護士**為了讓病人能夠情緒穩定，而採取逐漸解除約束為交換條件，以改變病人的不適當行為：「...我們（工作人員）進去約束...都會進去跟病人講說從現在你（病人）要進去約束多久。...我（護士）會去保留一個彈性就是，你要被約束兩個小時，但是我會去看你，你情況穩定的時候我就會...先嘗試，...解開你的兩隻腳，...穩定了我就會去把他（病人）解開...如果有解除約束，病人通常都還是願意，會更安靜啦，他會更加配合這樣子。」

### 二、尋求替代處理方式

多位護士從處理病人拒絕治療引發許多不愉快的經驗當中，開始反思過去處置方式的適當性，轉而尋求其他處置方式。

## (1) 瞭解原因、安撫及解釋

受訪者提到處理病人問題時，會先瞭解原因，安撫病人情緒並給予解釋。

**E 護士**提到處理病人拒藥時，會先瞭解病人拒藥原因、安撫及向病人解釋處置方式：「現在...就比較知道說我自己應該要怎麼去處理這種狀況，比較有自己的方法，不會像之前...有一些衝突的時候就是不知道怎麼做。...現在病人不吃藥，沒關係啊，就去瞭解原因，我會去看藥物，那他為什麼對這些藥不喜歡，拒絕服藥的理由是什麼？再去瞭解他說這些藥物對他真正的幫助多大，然後就跟醫生做一個聯繫溝通，看看是不是真的一定要吃，一定要吃就去告知病人為什麼他吃這藥的理由，那如果病人可以配合的話他就吃嘛！...那如果不能配合的話，...再跟醫生反應...有沒有什麼其他方式？比如說以針劑來替代。...打針其實跟吃藥的都是同一類的，...（病人）還是不舒服，開始他們都會拒絕，...（護士）用安撫、去解釋說...吃藥它的優點跟缺點，用打針它的優點跟缺點，最後會有一點半強迫病人二擇一啦」。

## (2) 哄騙

受訪者提到病人拒藥時，嘗試以哄騙方式規勸病人服藥。

**C 護士**看到護理同仁處理一位剛入院拒吃藥的女病人，護理同仁與工友正準備壓制女病人強迫灌藥，**C 護士**覺得可先用其它方式處置，建議護理同仁與工友先嘗試 **C 護士**的方法規勸病人：「...跟這患者談，吃一下，對這病人有幫助，...可能患者就是說『無效啦！我（病人）..有感冒啦，怎樣怎樣』...我（護士）說『這個好這個藥好！這個治療酸痛的，吃一下』怎麼怎麼，『吃完我們去下面走』慢慢勸。可能患者一邊罵就一邊吃這樣子，那這個也達到我們（工作人員）的目的了，所以我是覺得說其實有時候不是什麼狀況，都是必須要做到這種（強迫灌藥）程度，...有時候...（需要）技巧。...（給）病人一個面子就好了，...（護士）順著他（病人）一路繼續講，...你不要去 bloke 掉他（病人）全部的那個 delusion，或許對他來講那個 delusion...很重要...那你如果說去接納他的世界觀，用他的世界觀語言去跟（他）對話，有時候患者是可以接受的，甚至有時候患者比較 confuse 我還會跟他講說『好藥耶，這個讚！（台語）強身補體維他命』，患者一邊講一邊就吃下去，比什麼都好。」

### (3) 改用其他治療方式

受訪者提到病人拒絕服藥時，可改採用長效針劑或滴劑。

**E 護士提到由於新藥問世，而使給藥的方式有了更多的選擇性：**「那時候 resiperdol 剛好有些針劑（問世），...反正就是開始試用，...不會說一定都要...強迫吃藥，就會以打針（劑）來取代。」

**F 護士提到遇病人不願服藥，向醫師反應並改用長效針劑替代處置：**「...如果說他（病人）真的是一個沒有辦法配合吃藥的病人...會改用長效針...一劑可以檔個兩三個禮拜不用吃藥，...改用這個方式。」

**A 護士提到由於病人症狀干擾而拒絕服藥，改以滴劑強制服用：**「強制服藥喔！就是他（病人）症狀干擾非常厲害的時候，...口服藥...一定要的，...一定要吃的，可是有一些（病人）可能沒有病識感，或者...（病人）因為症狀干擾原因，...被害妄想、及覺藥不安全，他（病人）不吃的。...那我們（護士）就跟 VS（主治醫師）講，改成用針劑的，或者是用..滴劑的，...先滴在湯裡面，（便當）進來就會給他（病人服用）。...不能讓他知道啊，...因為他覺得他沒有病...不需要吃藥。」

### (4) 可利用病人信任的工作人員

有些受訪者提到病人拒絕藥物治療時，會利用病人較信任的工作人員給藥。

**D 護士利用男病人信任的工作人員給藥：**「因為他（病人）比較信任...（病房的一位）大哥（佐理員），那是男生對他來說就是比較可以接受。...（D 護士）長期觀察他（病人）...會去找男的佐理員，（因此利用男佐理員）來勸他（病人）吃藥，其實都還滿有效的。」

### 三、增加對病人行為的包容性

受訪者提到以病人角度同理病人，比較容易使病人接受工作人員對他問題的處理。而對待病人的不適當行為，不先採取強硬的阻止措施，而是以較包容的態度先給病人機會，如用引導或暗示的方式，使病人自行停止

不當的行為。

**E 護士提到由於與病人較為熟悉，遇到病人有問題時，較能以病人角度同理病人：**「...因為我們（護士）待的（精神科病房）比較久，跟病人瞭解也比較多...（較）熟悉。...比較能夠以他的角度來做出發點...譬如說有些病人他...因為是症狀引起...比較能夠同理他的這些感受、他的情緒，就從他的角度跟他會談，...（病人）情緒就比較容易...會 Come down 下來。」

**C 護士處理拒吃藥的女病人，嘗試以病人的角度規勸病人：**「...（護士）順著他（病人）一路繼續講，...你不要去 bloke 掉他（病人）全部的那個 delusion，或許對他來講那個 delusion...很重要...那你如果說去接納他的世界觀，用他的世界觀語言去跟（他）對話，有時候患者是可以接受的。」

**C 護士對於男女病人間的身體接觸行為，採取比較包容的態度：**「不管他（病人）是不是到當男女朋友程度，他做的這個是社交互動，只要沒有逾越...非份的、...親暱的行為...其實我（護士）覺得都應該是可以接受。那我們（護理人員）可以引導他說，你（病人）這樣講話要怎麼（較適當），你這樣在大庭廣眾（之下）...兩個坐得靠太近了，...（護士會請）兩位（病人）坐對角一下。...我會覺得...這種患者其實可以對他有一些提醒，...可以...用比較尊重的方法、...可以用比較談諧的方法、...可以用比較 open 的方法（處置）。」**C 護士認為：**「就看你（護士）的 tolerance，...比較高...你（護士）約束隔離率比較少，...tolerance 比較低...很快就約束隔離（病人）。」

**E 護士發現病人有賭博行為時，不會採取強硬的嚇止措施，而是用暗示的方式讓病人知道需停止不當的行為：**「只要讓我們（工作人員）看到賭博，我們就會處置。我會在那一邊陪一下，...去打亂他們（病人）。...我就在旁邊看，就跟其他病人會談就在旁邊，主要就是可以注意到他們（賭博的）狀況。很多時間他們（病人）覺得沒意思就閃了。...其他病人看到我（護士）...過去，他都應該有些心知肚明的感覺...就閃了。」

#### 四、依情況提供個別性處置

有些受訪者會依事件發生的原因、違反規定的嚴重性給予彈性處置，以減少病人的不適當行為，增加配合度。

有病人因為其他病友的挑釁而與病友打架，由於打架事件的引發者不是

該病人，所以護士在處置上會給予一些彈性。E 護士表示：「其實我會去保留一個彈性就是，你（病人）要被約束兩個小時，但是我會去看你，你情況穩定的時候我就會...先嘗試...腳先解開來試試看，不要說一下完全解除，就是...一個一個步驟的，可能他（病人）有達到他情緒穩定作用的時候.... 那如果有解除約束，病人通常都還是願意，會更安靜啦，他會更加配合這樣子」。

E 護士會依病人被約束隔離的原因而有不同處置的方式：「也是有提前釋放過啦，就是要看他（病人）...為什麼被關保護室的原因，...如果說他是因為症狀引起，去偷別人的東西，...原本是要關一個小時，那可能關個40分鐘~50分鐘，差一些些時間，提前10分鐘...讓他出來。...如果他（病人）是要在保護室四肢約束的，...（因為是）暴力行為（被約束隔離）...是（依規定）兩個小時時間到，我才會讓他出來。他（病人）可能進一步跟我講，（要求）腳可以解開來，...（若病人）情緒可以穩定，...（護士連病人的）手可以解開來，...但是（兩小時）時間到你（病人）才能出來，因為...病人...（若）提早出來了，這其他（病）人都可以看的到。...那（下次）我（護士）要去遵守...那種（暴力）行為（處置的）病房規則的時候，是不是更難去執行。那我的彈性就是在於說，他（病人）至少在保護室裡面，那解除約束這個部分，...我會去抓那個一點點彈性時間，...（在）我能接受的範圍之內，我可以做的一些處置。...因為我覺得整個在身體約束的過程當中，或者是隔離的過程當中，最重要的目的就是能夠讓病人自己穩定下來，降低他的傷害的行為，傷害自己或傷害別人的行為，這才是主要的目的，而不是在於說為了工作人員這之間的安靜或什麼才做的。」

D 護士提到對不遵守病房規定帶入危險物品的病人，會花很多時間做更詳細的安檢處置：「...我們（病房）...覺得（安檢）是有必要一定要這樣子做...覺得安檢那個部分對我們困擾...有的病人就藏會藏（違禁品）的更兇啊或是家屬藏更兇，你（護士）就是好像每天要。...很多時間去處理...如果大家（病人）都遵守這樣的安檢，就是...大家（病人）都遵守危險東西不要帶，其實安檢是...一個例行的（工作）...我們（工作人員）大概該檢查檢查。但是如果當你（病人）一旦不遵守的話，就變成是我（工作人員）就要檢查得非常非常的仔細...對來的（病）人他們會覺得非常非常不受到尊重。但是又基於病房一個安全的需求，我們（病房）也必須要這樣做（安檢）...這樣子（安檢）的一個動作的時候...他（病人）的一個不舒服已經存在，你（護士）再跟他講什麼的時候他也不大能夠再去接受。...我（護理長）覺得安檢這個部分是讓我們（病房）覺得會滿困擾的。」

D 護士提到工作人員會受過去病房發生的意外事件影響，對病房的安全

更注重：「...你（護士）給...他們（病人）也吃了（睡前）藥，然後又（給病人）抽煙，有些藥性比較強的（藥物病人吃了）就睡著了，他...香菸沒有熄掉，...（又）睡得熟，...然後窗簾燒起來，或是燒到棉被。...（所以要）去看他們（病人）完全抽完（煙）再回來（睡）這樣子。...後來變成...發煙一定要看到他們把煙熄掉，...才可以離開...吸煙室。」

伍、影響護理人員執行病患強制處置因素：

### 一、精神醫療團隊的回饋

有些受訪者覺得執行強制處置的過程中，沒有獲得工作團隊的支持，反而被批評處置不當；有時工作團隊會給予處置的建議；有的提到受到單位主管理念的影響；有的因為病房工作人力配置問題，這些都是促使受訪者在工作方式上做改變的因素。

**D 護士**提到原本遇到病房發生暴力事件時，護理人員通常在支援未到前，即先做處理：「那種最緊急的...我們（護士）當場第一線的人就已經先處理或者是怎麼樣，...他們（醫師到達時）...會有不一樣的聲音出現，...我們（護士）跑第一...做些什麼，他們（醫師）又覺得不以為然。...一致都會覺得醫生好像是在 criticize 我們（護士）當下的一個作法。」

團隊其他成員不贊同護理人員的做法，會提供處置的建議給護理人員，**D 護士**說：「...醫生就覺得說，...以他對病人的一個瞭解，...其實可能緩一緩或是說怎麼怎麼樣（處置）才會更好。」

經由被批評及獲得處置建議後，護理人員就改變了對病人的處置方式。**D 護士**說：「病人只要在護理站前面叫罵，或者是拍桌子啊，...現在就是先 call 醫師，...我們（護士）...先出去，...跟（病人）說『你這樣子已經影響到什麼什麼之類的...』...請（病人）先離開或者事先疏散旁邊的一些（病人）。...我（護士）就等到醫生來，...就交給醫師處理。」

**E 護士**提到單位護理長的異動會影響到整個護理作業的運作，他深感到對病人的處置方式有受到護理長的理念影響：「剛進去（精神科病房）的時候，...大概精神科（頭）一、兩年，...譬如說...病人拒絕服藥，...當時的作法就會所有的人（工作人員），會當場圍在病人面前，然後當場壓制他，

強迫他把藥...吞進去。...看到大家（工作人員）這麼做，我（E 護士）就覺得...說這是他（病人）不吃藥，才造成...症狀惡化，所以找一個理由...就會這樣子去處置...什麼都不用講，就打 C+D（Clopixol Acuphase、Dormicum 和 Pandol）。...那個時候...比較...不會以病人為角度來思考，...（而是）以工作人員為主。...新護理長來了之後...有一些作法會去做修正，不要那麼強制。...開始講求人性化護理，...變成比較多以病人角度來設想，...不要說...他不吃藥就一定要馬上灌藥。護理長（請）我們（工作人員）就可以試看看啊...。我（護士）覺得那一段時間是有（工作人員）...去嘗試啊...對精神科也越來越瞭解...自己（護士對）...有些藥物也不用那麼強迫，作法也越來越彈性。...他（病人）psychotic 藥不吃...比較焦慮的，我（護士）就給他 anxiety 他（病人）一定要吃，我（護士）就給他 anxiety 給他，就那顆藥。就給他（病人藥）就好，那作法上就開始做調整。」

**E 護士提到由於國家政策兵源減少，病房人力跟著縮減影響到病人強制處置的執行：**「...要灌一次（病人藥），（工作人員）人力通常要 4-5 個人去壓制一個（病）人...過程當中還有一個很重要因素，我們（病房）平常病房班長（佐理員）都有...4-5 個班長人力嘛！一個班裡面...（有）一兩個左右（佐理員），一整天下來如果他們（佐理員）全部都在...會（有）4 個到 5 個...人力很足夠。...編制也縮減...人力就少...配置到各單位的也就少...這個也會影響到那時候（強制）的作法。因為班長（佐理員）不在，只有一個（佐理員）也沒有辦法壓（制病人）。...所以人力不夠...沒有辦法說立即處理嘛！...就問醫生要怎麼處理，慢慢就會（執行）改變過來。」

## 二、人格特質

受訪者提到工作人員特質為沒有耐心、個性急又衝動者，傾向於採強制處置措施。工作人員特質為較講求人性者，則較不傾向於使用強制處置措施。

**C 護士提到看到病房執行強制灌藥的護理人員，其特質為沒有耐心、較急、較衝動：**「強制灌藥...常常讓我（護士）看到的是比較沒有耐心的護理人員，或者是說比較會把患者這種因為疾病而導致一些行為問題，當作說他（病人）是故意的、...不遵從，...會從這樣角度去剖析這個患者。...有些人格特質是比較...急、比較衝的...工作人員，...等於是說以...執行技術性的工作為主，不太在乎那個人道、人性。...我（護士）就是要這樣執行，（病人）不遵從的話，我（護士）就是強制執行。」

**E 護士提到自己的個性是較重視「人」，所以在執行強制給藥時會自省適當性：**「...因為自己的個性，我覺得我還是會比較以人為主啦。雖然那時候（強制給藥）作法是這麼做，可是事後我會去想，包括會去探討『對啊，同樣都是人，那這強迫作法有沒有什麼好處？有沒有什麼方式？』我會去思考啦！以人為主的就會比較說對病患，去瞭解他為什麼不吃（藥），所以在那過程當中...慢慢（自己）改變過來。」

### 三、家屬的要求

多位受訪者提到有些家屬受不了病人的干擾，要求將病人強制住院或要求限制其香煙使用、電話及訪客。

**C 護士提到家屬覺得醫院有收病人的責任，要求強制病人住院：**「他（家屬）把...很亂的患者送過來（醫院）...跟醫院講說『他（病人）亂成這樣，你（醫師）不收，你要給他強制啊！你這政府要負責啊，這我們家屬沒有辦法。』...往往因為...患者家庭支持系統一定不好...回（家）去一定還會再發病，...不吃藥這樣子。...所以強制就醫，也會變成說家屬濫用的一個資源。...你（護士）...沒有辦法去 control 這個部分。」

**A 護士提到家屬要求限制病人的煙量：**「...譬如他（病人）抽煙一天七支，有些家屬會限制說三支，可能不想讓他抽那麼多。家屬部分會說，『..他（病人）以前沒有再抽煙，發病才會抽，那我（家屬）希望說他（病人）不要抽到這麼多』，一天給他（病人）限三支。...在限制下，他們（病人）就是情緒上難免看到別人（病人）有得抽，他們沒得抽會更焦慮。」

**A 護士提到家屬要求限制病人的零用金使用：**「他們（病人）...一次一個人最多三十塊錢，那如果一天買兩次的話就是限制六十塊錢，但是不包括日常用品，就是零食的部分...。有些家屬會限制不要一直讓他（病人）買那麼多，因為經濟上有困難，他（病人）一天限制 20 塊的也是有，也是有...強限制（病人）...完全不能吃的。」

**A 護士提到一位病人的父親要求限制病人的母親不能會客：**「...因為有的媽媽很寵小孩（病人），...譬如說爸爸覺（病人）該住院，可是媽媽會跟他（病人）...灌輸...觀念『你（病人）沒病，你不用住在這裡，我帶你回家』之類的...會讓病人很 confuse，所以...限制媽媽會客，...如果要帶出院我們（護士）會先徵詢爸爸的意見。」

**F 護士提到家屬希望限制病人打電話的次數及時間，勿干擾到家屬的生活：**「...有人反應過我們（病房）打電話的時間太多了。...家屬他告訴我們（工作人員）說『他真的很忙』可是病人每次這個時間打電話回來...會干擾到他（家屬）的生活，...麻煩你們（工作人員）假日讓他（病人）打就好，或是一個禮拜一次就好。」

#### 四、個人能力的成長

受訪者提到個人工作經驗的歷練、學識的增長、護病關係及工作自信的建立，均會影響其對病人的處置。

**D 護士覺得經驗會影響她對病人的處置：**「因為我的經驗比較多了，...這樣一路走來我可以有很多其他方法可以用。但是在他們（資淺護士）就是因為沒有經驗，所以他們就會覺得可以用的方法很少，第一個想到就是（採約束或隔離）最直接又最有效的一個方法。但是我...還是會希望他們（護士）...擺到...不得已的一個情況之下才需要去使用（約束或隔離）。...現在是有一點氾濫，...我最不喜歡...聽到（護士）說『你（病人）如果怎麼樣，我就讓你進去保護室』。」

**C 護士提到病房護士執行強制灌藥會受到其教育背景、年資的影響：**「強制服藥的部分...我又有看到不同的素質，不同的教育背景，不同的年資，不同的人格特質的護理人員對這種的灌藥處置是不一樣的。...學歷...不是高等教育的，...年資比較淺的這些護理人員，...當他們遭到患者...不遵從、...抗拒的時候...他們很容易用這樣（強制）的方法去（給藥），...給他（病人）一個 punish，以後就不敢了。」

**E 護士亦提到唸研究所後、觀念改變影響到自己對強制處置的執行：**「去唸書（研究所）...在知識方面，去吸收一些新的一些觀念，...強調說以人為本，我自己也...再做調整。...去唸書也有關係，慢慢的會去改變。」

**C 護士提到除接受教育訓練外，自修充實自己更重要：**「我一直覺得...在職教育...永遠比不上你自己...私底下的...充實。...因為有很多觀念...或者...很多臨床技巧的東西，...是需要你自己去讀書...去 paper 或是...有一些

人去做給你看，傳承給你這樣子。」

**E 護士提到對照顧過的病人較瞭解，因此在與病人的互動上，覺得較得心應手：**「從以前到現在，... 接觸（病人）經驗比較多次，變成說治療性人際關係比較好。...在穩定（病人）情緒就會發揮比較大一個效果，...至少讓他（病人）情緒不要產生立即危險。...大家（病人）...會在合理範圍（內配合）。」

**D 護士提到從工作經驗中建立對工作的自信：**「以前...根本就是學姐教的，妳（護士）也沒有去想過這樣子到底 O 不 OK，但是就是人家都這樣做嘛！...其實妳自己 try 過幾次也滿有效的，你就會對這樣做法越有信心。...我（護士）覺得對我來說我會比較一個轉變，大概是到我工作第四年還是第五年，...覺得說...在我（護士）上班的時候，（病人）也都滿能合作的。...像病人藏打火機，...我會用我自己方式跟他們（搏感情），那有時候就是他們願意把打火機交出來。」



## 第五章 結論與討論

本研究旨在探討精神衛生護理人員參與強制處置的經驗。本研究結果發現，護理人員執行強制處置的理由為依規定行事、為了病人的利益著想、為了工作人員的利益著想以及作為警惕、處罰病人的作用。而病人接受強制處置後的反應包括有身體被傷害以及情緒、行為的反應。護理人員執行病人強制處置的反應包括有心理及情緒反應、覺得增加工作的負擔、擔心影響護病關係、擔心被告、及被病人傷害的反應。護理人員的因應策略為使用條件交換、尋求替代處理方式、增加對病人行為的包容性以及依情況提供病人個別性處置。影響護理人員執行強制處置的因素有精神醫療團隊的回饋、人格特質、家屬的要求及個人能力的成長。

以下將依研究結果分別針對護理人員執行強制處置與病人的權益、免於病人傷害與傷害病人以及執行強制處置方式的轉變等議題進行討論，並提出相關建議。

### 第一節 執行強制處置與病人的權益

本研究結果顯示，強制處置雖是為了病人的利益著想(免於受傷害及穩定病人的情緒與行為)而執行，但卻因剝奪了病人的自主權、隱私權與自由權，使護理人員與病人間產生許多衝突，不但影響護病關係(Olofsson, Gilje, Jacobsson, & Norberg, 1998)，也增加護理人員的工作負擔。

當病人進到封閉性的精神急性病房，為了保護病人免於受傷害，護理人員則會依循病房規定執行病人的身體與物品安檢，亦會對其金錢、電話、香煙及會客等部份限制，將不符合病房規定的物品，交由家屬帶回或協助保管。處置的過程中屢屢發生護理人員與病人的衝突，此與劉氏（2001）及 Lützén（1998）的論點一致，由於病人從入院到出院的各項治療，需遵守機構及病房的規定，沒有所謂的參與、決定或同意權；對不配合各項措施的病人，就會按照病房規定處置，致病人覺得不到需求的滿足且與期待不符，因此容易與工作人員起衝突。

自主原則（Principle of Autonomy）指的是尊重病人的自主權利，即自由的自我選擇、管理與付諸行動的權利（馬，2000；黃，1990；許 1999）。強制處置的執行雖然可以避免節外生枝所衍生的後續問題及方便管理，卻也喪失掉病人在住院治療中學習自主的機會。O'Brien 和 Golding (2003)提到，不要說服及操縱病人所要的。工作人員需考量到病人的能力，可多一些評估及時間提供給病人，因為病人有能力做決定時，才可以提昇其自尊及其生活感受。待病人無法執行自主的能力，再由工作人員協助，亦讓病人再次檢視到自己的問題癥結處，以降低與病人重覆的衝突發生。

另外，關於住院精神病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利方面，精神衛生法第三十八條規定精神醫療機構非依病人病情或醫療需要，不得予以限制；意指住院病人可以享有個人隱私、電話自由通訊與會客的

權利。然而為了保護病人隱私、安全、管理方便和家屬要求等考量，病房有監視器監視病人行動，對病人打電話和會客均有時間的限制，會客亦有直屬三等親內的限定。如此的限制不僅增加工作人員的工作的負擔，且增加與病人、家屬衝突的機會。雖然病人的能力待專業評估，護理人員仍應保護及促進病人的權利，才是健康照護最基本的關懷（馬，2000）。護理人員應以正向態度、個別化護理，提供機會讓病人學習如何與家屬互動，增進更多人際關係的建立。

## 第二節 免於病人傷害與傷害病人

本研究結果發現，護理人員為了病人的利益著想(免於病人自傷或傷人)而執行強制處置，但是在執行過程中，卻使病人受到身、心傷害，甚至護理人員也受到傷害(被病人攻擊)。

護理人員是的角色執行照護關懷行為，精神科病房使用強制處置是為了保護、控制病人的激躁、攻擊行為（Lewis, 2002），以達到不傷害病人或他人的目的（楊、鍾，1993；Hopton, 1995）。也就是病人住院期間，醫院有使病人免於發生傷害或罹於傳染病的責任（李，1994；李，1995）。雖然現代精神科治療環境在執行隔離/約束等強制措施時，已不斷改善及增加人員技術執行的正確性，但如 Lind 等(2004)的論點，約束和隔離雖是護理人員採取的最後手段措施，在危急的狀態下使用，仍會傷害到病人或工作人員。本研究發現，病人接受強制處置後的身體傷害有骨折、手部黑腫、口

腔出血及步態不穩等，與 Orietz-Pruitt (1995) 的研究結果相似。本研究結果發現的心理層面傷害有，憤怒、害怕、恐慌、敵意與不知何去何從，則與國內楊氏等 (1993) 及國外 Strumpf & Evans (1988) 的研究相似。故對強制處置不當，不僅無法達到保護病人、穩定病人的情緒的目的，反而還會使病人身、心受到傷害，因此護理人員在執行時應小心謹慎。

本研究發現，護理人員執行強制約束、隔離處置時，被病人攻擊、傷害，產生驚嚇、害怕、生死存亡感、自認倒楣、覺得丟臉、自責疏忽、生氣、繼續工作等反應。此與楊氏等 (1993) 的研究顯示，參與執行約束或隔離處置的護理人員有 60.8% 曾遭到病人口頭或身體攻擊之結果相似。事實上病人在攻擊之前，常有一些行為線索可尋，例如焦慮、激動、敵意、大聲說話等。從預防的觀點來看，如果病人與護士之間有良好的信任關係，當護理人員察覺病人有前述先兆表現時，可以試著以溝通的方式，教導病人學習合適的表達方式，以進而討論問題解決法 (楊、鍾，1993；Lewis, 2002)。

憲法第二十四條規地：「凡公務員為違法侵害人民之自由或權利者，除依法律受懲戒外，應負刑事及民事責任。被害人民就其所受損失，並得依法律向國家請求損害賠償」(施、劉，1996；法典編輯委員會，1989)。意指護理人員執行工作時，因故意或過失而侵害病人自由或權利時，病人可依相關救濟途徑尋求應有之救濟 (王，2000)。醫療權益的概念已經從

單純不被侵害的消極自由，到對照護權益的積極訴求。醫療權利與義務的倫理問題不再是醫病雙方的問題，更牽涉國家和社會的政策（戴、李，2000）。因此護理人員不僅要保護病人，更應扮演病人權益的代言者，護理人員應在用盡所有可替代的方法，排除所有潛在的理由後，才可使用強制處置，切勿圖一時之方便而危害病人權益（賀等，1999；楊、鐘，1993）。

### 第三節 處置方式的轉變

本研究發現，護理人員從目睹病人被傷害到自己的經驗歷練中，開始反思過去處置方式的適當性，轉而尋求更有彈性、更具包容性與個別性的處置方式。精神醫療團隊的回饋與主管的理念也影響護理人員執行工作的理念，進而改變工作方式。

本研究的研究對象在執行強制處置看到病人身心被傷害後，亦會出現情緒、心理反應，如驚嚇、難過、覺得殘忍、不人道、不知所措、擔心病人受傷等，此與黃氏等（2003）的研究結果相似，護理人員多半在使用身體約束之後常常伴隨負面情緒；在心情感受上，護理人員超過78%的人「同意」約束之後，若病人變得更混亂，會覺得心情受影響。本研究發現，護理人員為減少強制處置所造成的傷害，會轉而反思自己的處置方式，改以條件交換（以滿足物質需求或減除病人所嫌惡的刺激為交換條件）、尋求替代處理方式（瞭解原因、安撫、解釋、哄騙、改用其他治療方式及利用病人信任的工作人員）、增加對病人行為的包容性（同理病人及給病人機會）

以及依情況提供病人個別性處置（如依事件發生的原因及依違反規定的嚴重性而處置）等較具人性化的處置方式。

另外，本研究亦發現，影響護理人員執行強制處置的因素之一，為精神醫療團隊的回饋（被批評處置不當、獲得處置的建議、受主管理念的影響及受人力配置的影響）。當病人發生攻擊、暴力行為時，護理人員是參與危機處理的第一線且必要的工作人員（楊、鐘，1993）。而護理人員通常在支援未到前，為保護病人及他人安全，有時需先獨自判斷及進行處置（明、孟、范，2002；Oriez-Pruitt, 1995）。但是醫護之間缺乏當場的雙向溝通以及醫療團隊成員的態度，均是影響護理人員在作決策過程中感到內在衝突的因素（明等，2002；Maragos-Frost & Wells, 2000）。機構訂定明確的強制處置規範，將有助於促進精神醫療團隊間的溝通與合作，以達一致的共識（江等，1999；明等，2002；Strumpf & Evans, 1988）。

#### 第四節 研究限制與建議

##### （一）研究限制

1. 本研究為一回溯、敘述性的研究，研究對象可能會受到記憶力影響，無法將其經驗完全呈現。
2. 研究對象可能擔心因揭露個人工作場所的經驗，而暴露出自己的身份，因而沒有提供其個人全部的經驗。
3. 本研究樣本數少其代表性較受限，研究結果無法推論到所有的精神衛生

護理人員。

## (二) 研究建議

### 1. 臨床護理與教育方面：

本研究是精神衛生護理人員描述參與精神病人強制處置的經驗，研究結果可提供護理人員參與精神病人強制處置及安排在職教育訓練課程的參考。在臨床強制處置方面，本研究結果提供護理人員照護精神病人時，有更多的替代方案。另外，為減少護理人員的工作壓力，建議在每次暴力或自殺事件後，應舉行經驗分享討論會，給予護理人員經驗分享的機會與實質的支持，並避免檢討會造成的二度傷害。在教育訓練方面，需多加強護理人員與護理學生有關強制處置的倫理觀念，促使有更多的反思，並學習使用有效及合法的處置措施以及加強對病人權益的重視。

### 2. 政策法令方面：

本研究可提供制定精神衛生護理人員參與精神病人強制處置相關法令的參考：

(1) 國內醫事法律多以保護病人為業務規範，甚少針對工作人員執業時所受的傷害制訂保護措施。建議醫事法律專家在制訂相關法令時，能將保護工作人員業務列入規劃，以增加工作執行的安全及保障性。

(2) 醫療上的強制處置雖立意良善，但若執行不適當恐將招致病人身、心的傷害。新修訂的精神衛生法，已重視此議題，未來在判定病患是否強制

住院的程序上，多個「審查會」把關，期能顧及到病患的權益。

(3) 為避免精神醫療團隊因缺乏立即性的雙向溝通而衍生處置病人的衝突，建議工作單位應明確制定強制處置的流程及規範，以增進醫療團隊的一致性。

### 3. 護理研究方面：

本研究的結果可做為相關研究的基礎，未來研究可進一步探討精神衛生護理人員處理病人攻擊、暴力行為時，其態度與方法的差異對精神病人行為反應的影響。這種知識將有助於更具彈性與人性化護理措施之發展。



## 第六章 參考資料

### 中文部份

文榮光 (1985)·精神疾病與求助行為：問題與對策·*中華衛生心理期刊*，  
2(1) 37-46。

王富強 (2000)·強制醫療的法律觀·*醫事法學季刊*，7(4)，74-83。

江碧純 (2006)·*雇主僱用精神病患就業經驗之探索*·未發表之碩士論文·  
台中：中國醫藥大學護理研究所。

江明珠、許玲女、陳翠娥、郭美玲 (1999)·護理人員對身體約束知識與態  
度之探討·*長庚護理*，10(1)，42-50。

江青桂 (2004)·*危機處置及護理*·於黃宣宜總校閱，*最新精神科護理學*(六  
版，8-1~8-42)·台北：永大。

行政院衛生署 (2003)·精神病床數·2007年7月23日取自

[http://www.cy.gov.tw/XMLPOST/xml\\_di/attach/0932200797\\_1.doc](http://www.cy.gov.tw/XMLPOST/xml_di/attach/0932200797_1.doc).

李宇宙 (1999)·*精神醫學倫理*·於李明濱主編，*實用精神醫學*(初版，377-386  
頁)·台北：國立台灣大學醫學院。

李明濱 (1997)·病人自主與知情同意·*醫學教育*，1(4)，377-385。

李選 (2000)·*精神科護理學*·台北：五南。

李選 (2003)·*精神衛生護理學*·台北：五南。

李聖隆 (1994)·醫護法規·*當代醫學*，25(6)，490-596。

- 李聖隆 (1995)· 醫護法規 (護生專用)· 台北：華杏。
- 李鶯喬、范世華、蔡果荃 (1987)· 住院精神病患攻擊行為之探討—回溯性研究· 中華醫誌，39，323-331。
- 沈楚文 (1992)· 精神醫學史· 於沈楚文新編，精神醫學 (增訂版，1-9)· 台北：偉華。
- 宋麗玉 (1999)· 精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素· 中華衛生心理期刊，12 (1) 1-30。
- 宋維村、林令世、陳尚義、丘彥南 (1994)· 我國精神衛生法之檢討· 中華心理衛生學刊，7 (1) 37-50。
- 林憲 (1998)· 精神醫療發展史 (2)· 當代醫學，25 (7)，593-596。
- 林世光、張迺榮、陳喬琪 (2003)· 精神科病房住院病房之醫療模式· 北市療 92 年年報，133-143。
- 明勇、孟祥越、范保羅 (2002)· 「身體約束的使用」臨床之評估與應用· 慈濟護理雜誌，1 (2)，24-30。
- 吳秋燕、吳肖琪、劉文良、林麗蟬 (1999)· 機構正式照顧者之約束知識、態度和使用理由之關係· 護理研究，7 (6)，518-529。
- 吳芝儀、李奉儒譯 (1995)· 質的評鑑與研究· 台北：桂冠。
- 法典編輯委員會 (1989)· 最新六法全書· 台南：上友。
- 胡幼慧 (1996)· 質性研究：理論、方法及本土女性研究實例· 台北：巨流。

- 胡海國 (1999)· 回應〈支持性就業與慢性精神分裂病病患協力網路的建立〉 (一)· *中華衛生心理期刊*, 12 (3) 79-83。
- 胡海國、林憲、陳建仁、張素鳳、黃梅羹、葉玲玲 (1994)· 台灣地區精神科住院病人的個人、家庭與臨床研究· *中華精神醫學*, 9 (1) 16-30。
- 胡月娟 (1994)· 關懷照護行為內涵的探討, *護理雜誌*, 41 (1), 34-39。
- 侯菊鸞、廖肇安 (1993)· 精神科病房暴力行為損傷率監測指標之建立, *榮總護理*, 10 (4), 383-392。
- 施茂林、劉清景 (1996)· *最新常用六法全書*· 台南: 大偉。
- 徐南麗 (2003)· *研究護理導論*· 台北: 偉華。
- 許美智 (2005)· *社區化就業於精神病患之應用-就業服務員的觀點*· 未發表之碩士論文· 台中: 中國醫藥大學護理研究所。
- 許樹珍 (2001)· 護理專業與關照倫理現象之討論於醫護倫理與現象學· *哲學雜誌*, (37), 104-135。
- 許麗齡 (1999)· 護理倫理-病人的自主性· *護理雜誌*, 46 (4), 57-61。
- 張正辰 (2001)· 綜合醫院精神科急性病房暴力事件分析· *彰化醫學*, 6 (3) 150-154。
- 張家銘、周希誠、賴德仁 (2004)· 精神醫學倫理在本土上的應用· *臺灣精神人文學刊*, 5 (1), 97-108。
- 張珣、許蓉霽 (1995)· 疑似嚴重精神病人住院過程的檢討· *中華衛生心理*

期刊，8(5)，426-437。

張雅芬、劉麗芳、劉波兒(2001)·某精神科病房保護約束處置改善方案·

榮總護理 18(1)，72-79。

馬景野(2000)·精神科醫師對精神疾病患者拒絕治療的醫療處理原則研究

初探—以精神科專科醫師意見為例·未發表之碩士論文·台中：中國

醫藥大學醫務管理研究所。

孫效儒、洪成志、鄧光銳、沈楚文(1996)·急性精神病患隔離及約束處理

之研究·中華精神醫學 10(2)，157-163。

陳杏佳(1993)·護理人員對精神病患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)，359-367。

陳杏佳(1997)·精神科急性病房病患的暴力行為研究·護理研究 5(2)，

195-203。

陳瑞蘭(2000)·台灣精神醫療與護理現況·於李引玉總校閱，最新精神科

護理學(初版，11-15)·台北：永大。

陳永興(1997)·國家醫療與精神醫療政策·台灣精神醫學，11(1)，3-15。

陳美珠、錢美容、溫玉松、李雅文、陳淑媛(2004)·護理人員執行身體約

束行為影響因素研究·LEADERSHIP NURSING，5(2) 48-54。

陳月枝(2003)·質性護理研究方法·台北：護望。

黃惠子、馬鳳歧、陳清惠(2003)·護理人員對身體約束的知識、態度、

- 行為及其相關性探討· *慈濟護理*，2(2)，32-41。
- 黃瑞媛、陳杏佳、林如玉、蕭淑貞(2000)·精神科暴力處置標準之設立·  
*護理雜誌*，47(5)，47-53。
- 黃璉華(1990)·護理與倫理·*護理雜誌*，37(3) 11-19。
- 黃耀輝(2006)·公共衛生參與強制處置精神病人之經驗·未發表之碩士論文·台中：中國醫藥大學護理研究所。
- 鄒建萍(1985)·精神科病人之約束及監護·*榮總護理*，2(3)，300-308。
- 曾雯琦(2007)·從關懷倫理重建自殺照護·*護理雜誌*，53(6)，14-19。
- 賀天蕙、葉淑惠、黃夢婷、林麗味(1999)·無約束的長期照護機構·  
*護理雜誌*，46(6)，83-89。
- 曾淑芬(2002)·*醫療衛生法規*·台北：匯華。
- 曾育裕(2005)·*醫護法規*·台北：五南。
- 葉英堃(1984)·臺灣地區精神疾病醫療與心理衛生保健工作網之建立·*中華衛生心理期刊*，1，1-10。
- 葉英堃(1987)·我國精神醫療的諸問題·*中華衛生心理期刊*，3(1) 5-8。
- 葉淑惠、林麗味、王興耀、吳淑如、林昭宏、蔡富棉(2001)·護理之家實行約束縮減方案之成效·*護理研究*，9(2) 183-193。
- 葉海煙(2006)·護理關懷的哲學反思及其意義向度·*護理雜誌*，53(3)，27-33。

- 雷若莉 (1999)· 質性研究設計· 於李選總校閱，護理研究與應用 (初版，183-226 頁)· 台北：華杏。
- 楊美賞、鍾信心 (1993)· 精神科住院病人與護理人員對約束及隔離之態度與感受之比較· 護理研究，1 (3) 193-205。
- 劉淑娟 (2003)· 嚴謹度· 於陳月枝總校閱，質性護理研究方法 (再版，21-57 頁)· 台北：護望。
- 劉美珍 (2001)· 精神衛生醫護人員之倫理困境及處置· 未發表之碩士論文· 台北：台北醫學大學醫學研究所。
- 顏文娟 (2000)· 預防及控制攻擊行為· 於李選總校閱，精神科護理學 (初版，895-929)· 台北：五南。
- 潘淑滿 (2003)· 質性研究：理論與應用· 台北：心理。
- 盧純華、曾雯琦、于淑、蘇東平、黃佩玲 (1999)· 醫學中心精神病人出院計劃現況調查· 公共衛生，26 (2) 103-113。
- 盧美秀 (2006)· 護理倫理與法律· 台北：華杏。
- 鄭泰安 (1985)· 台灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究· 中華衛生心理期刊，2 (1) 117-133。
- 鄭淑利、蔡欣玲、陳展航、廖榮利、張敏 (1999)· 暴力處置課程對精神科護理人員處置暴力知識、態度、行為之成效研究· 護理研究，7 (5) 408-422。

蕭淑貞 (2002) · 以 Double E 建構精神衛生護理願景 · *護理雜誌*, 49(4), 6-13。

蕭淑貞 (2003) · 緒論及發展史 · *精神科護理概論* (六版, 5-19 頁) · 台北: 華杏。

穆佩芬 (1997) · 現象學研究法 · *護理研究*, 4(2), 195-202。

穆佩芬 (2003a) · 現象學研究法 · 於陳月枝, *質性護理研究方法* (再版, 59-86) · 台北: 護望。

穆佩芬 (2003b) · 質性研究與質性分析 · 於徐南麗 *護理研究導論* (二版, 206-216 頁) 台北: 偉華。

鐘玉娟、李智峰、張莉琴譯 (2003) · *護理質性研究* · 台北: 五南。

戴正德、李明濱 (2000) · *醫學倫理導論* · 台北: 教育部。

謝佳容、謝馨儀、陳碧霞、蕭仔伶、李選 (2004) · 精神科護理人員人格堅毅性、因應策略與職業疲潰相關性之探討 · *護理雜誌*, 51(3), 24-31。

## 英文部份

- Bonner G., Lowe T., Rawcliffe D. & Wellman N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 465-473.
- Björkdahl, A. Olsson, D. & Palmstierna, T. (2006). Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand* .113, 224-229.
- Bowers, L., Brennan G., Flood C., Lipang, M. & Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 165-172.
- Cohen, J. A. (1991). Two portraits of caring: A comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 16(8), 99-909.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbooks of qualitative research* (2nd ed). London : Sage.
- Erwin, C. & Philibert, R. (2006). Currents in Contemporary Ethics. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 116-120.
- Strumpf, N. E. & Evans, L. K., (1988). Physical restraint of the Hospitalized Elderly: Perceptions of Patient and Nurse. *Nursing Research*, 37(3), 132-137.

- Farnham, F. R. & James, D. V. (2000). Patients' attitudes to psychiatric hospital admission. *The Lancet*, 2, 594.
- Haglund, K., Vonknorring, L. & Vonessen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care : patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 65-72.
- Hawkins, J. S. & Emanuel, E. (2005). Essays : Clarifying Confusions about coercion. *The Hastings center Report*; 35(5), 16-19.
- Hopton, J. (1995). Control and restraint in contemporary Psychiatric nursing: some ethical considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 110-115.
- Laursen, S. B., Jensen, T. N., Bolwig, T., & Olsen, N. V. (2005). Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 324-327.
- Lewis, D. M. (2002). Responding to a violent incident: physical restraint or anger management as therapeutic interventions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 57-63.
- Lind, M., Kaltiala-H, Suominen, T., Leino-K, H. & Valimaki, M. (2004). Nurses' Ethical perception about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 379-385.
- Lincoln, Y. S., & Guba E. G. (1985) .*Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA : Sage.
- Lützn, K. (1998). Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of*

- Psychiatric and Mental Health Nursing*(5), 101-107.
- Johansson, I.M. & Lundman B.(2002).Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 639-647.
- Marshall,C. & Rossman G.B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA : Sage.
- Magnusson,A., Lütznén K. & Severinsson E. (2002). The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing anagement*(10),37-45.
- Maragos-Frost, S. & Wells D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma.*Journal of Advanced Nrsing*, 31(2), 362-369.
- Myers, H., Nikoletti, S., & Hill A. (2001). Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. *Nursing and Health Sciences* , 3, 29-34.
- Nilstum, T. & Syse , A. (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scand*, 101, 31-34.
- O'Brien, A. & Golding G. G. (2003).Coercion in mental healthcare: the Principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 167-173.
- Olsen, D. P. (2003). Influence and coercion: relation and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment. *Journal of Psychiatric and*

- Mental Health Nursing, 10, 705-712.*
- Oriez-Pruitt, J. (1995). Physical restraint of critically ill patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 7(2), 363-373.*
- Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2001). Plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8, 357-366.*
- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing, 33(1), 89-97.*
- Olofsson B., Gilje F., Jacobsson, L., & Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing, 28(1), 45-53.*
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly, 10, 162-167.*
- Polit, D. F. & Beck B. P. (2004). *Nursing research : Principle and method (7<sup>th</sup> ed.)* . Philadelphia : Lippincott.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research : Principles and methods.* Philadelphia : Lippincott.
- Seeman, M. V. (2004). Therapy in the gray zone: psychiatry recalled. *Canadian Medical Association. Journal 71(12), 1477-1479.*
- Simon, R. I. & Shuman, D. W. (2007). *Clinical Manual of Psychiatry and Law.*

American Psychiatric Publishing, Inc. Press: Washington, D.C.

Strumpf, N. E. & Evans, L. K., (1988). Physical restraint of the Hospitalized Elderly: Perceptions of Patient and Nurse. *Nursing Research*, 37(3), 132-137.

Winship, G.(2006). Further thoughts on the process of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 55-60.



## 附錄一

### 研究說明書

一、研究主題：「精神衛生護理人員參與精神病患強制處置經驗的探討」。

二、研究目的：了解護理人員執行精神病患強制處置過程中的遭遇與因應歷程。

三、參與研究的對象：

本研究的研究對象來自台中市、台中縣、南投縣等醫學中心、綜合區域教學醫院及精神專科醫院之急性精神病房的精神衛生護理人員。選樣條件為：(一) 具有護理執照，至少有一年精神護理臨床經驗者；(二) 有直接參與執行精神病患強制處置（包括非自願性住院，安檢，限制訪客、電話、金錢使用與吸煙，強制服藥及治療，身體約束、隔離等）經驗者；(三) 能清楚表達者；(四) 有意願參與本研究者。

四、研究方法：

經過IRB審核通過後，由醫院相關主管介紹符合選樣條件的精神衛生護理人員，研究者再親自向精神衛生護理人員說明解釋本研究的目的、方法，以及參與本研究的權益、好處與問題，並說明問題的解決方法。在精神衛生護理人員同意之下簽同意書，並依其意願選擇適當的時間及場所，做一對一的錄音訪談。訪談主要問題為：「請談一談您參與精神病患強制處置的

經驗以及對此經驗的感受」。

#### 五、參與此研究的好處：

1. 透過訪談的過程，可增加對自我的認識與了解。
2. 可釐清精神衛生護理人員參與精神病患強制處置過程中的需求與問題。
3. 可增加對影響強制處置過程相關因素的認識與了解。
4. 可提昇個人照護精神病患的護理品質。

#### 六、參與本研究可能的問題及其解決方法：

1. 擔心可能因揭露內心不愉快的經驗，而感到心理不舒服。為避免任何可能的傷害，在訪談過程中，若出現心理不舒服或不願繼續談下去，可以隨時停止訪談或退出本研究，不會影響您任何權益。
2. 擔心所提到的資料會遭洩露、或被辨識出身份，導致造成不必要的困擾或權利受損。本研究為確保您的隱私權，本研究的訪談錄音帶及被訪者的個人資料，除研究者與其指導教授之外，其他人均不會接觸到相關資料。訪談錄音的轉譯文字稿，不會出現任何可供辨識身分之文字。所有資料皆以編號代替，不會出現個人的姓名。訪談錄音帶在研究結束後將予銷毀，最終研究結果將以集體的方式呈現，不會出現個人的資料。若因為某些因素而不想繼續參與本研究，可隨時退出。

七、研究參與者的權利：

- 1.了解在參與此研究的過程中，我隨時可以拒絕參加此研究，且這決定並不會影響我的任何權利。
- 2.了解在參與此研究的過程中，隨時可提出與研究有關的任何疑問；若某些問題讓我為難或不想回答，我有權力保留不說。
- 3.了解訪談的過程會全程錄音。此訪談錄音帶及訪談過程的記錄僅供此碩士論文：「精神衛生護理人員參與精神病患強制處置經驗的探討」分析之用，決不移做它用；除研究者與其指導教授外，任何人未經我同意，不得接觸此訪談錄音帶及我的個人資料。
- 4.了解研究結果會以集體的方式呈現，不會出現我的姓名或任何可以辨識身份的資料。
- 5.了解參與此研究過程中或研究結束後，有任何相關的疑問可以與研究者或其指導教授聯絡。

指導老師：  施欣欣副教授  中國醫藥大學護理學系  聯絡電話：  (04) 22053366轉7105	研究生：  黃碧玲  中國醫藥大學護理學系  聯絡電話：0932-966021
--	---

## 附錄二

### 研究同意書

您好！

我是中國醫藥大學護理學系碩士班研究生，目前正在進行一項研究，主題是關於「精神衛生護理人員參與精神病患強制處置經驗的探討」。為了更了解護理人員在強制處置過程的經驗，我們非常需要您的幫忙，需要您接受訪談提供相關的訊息。

本研究採訪談的方式，請您依照自己的想法暢所欲言。為了不遺漏訪談過程中的重要訊息，以及能忠實的記錄您的意見，我將用錄音機錄下所有訪談的內容。我將妥善保管錄音帶及其內容，只有我本人及我的指導教授能夠聽取錄音帶的內容。有關於您個人的名字、年齡、職業等相關資料皆不會出現在錄音帶及任何書面報告上；錄音帶的內容也將在研究結束後予以銷毀。研究結果將以集體的方式呈現，不會被辨識出個人的資料。必要時，我可能會進行第二次的訪談。

您所提供的資料經整理分析後，可讓行政、教育、實務等方面更了解護理人員參與精神病患強制處置過程的經驗與感受，期能給予更多的協助與支持，並做為改善相關政策的參考。同時您的經驗亦可提供護理人員相關資訊的參考，以減少其在執行相關處置過程中的茫然與摸索。

如果您已清楚並瞭解我的說明，您可以決定是否參加這項訪談。即使您已經參與了訪談，亦可以隨時停止或拒絕訪談，您的權益不受任何影響。如果您願意參與研究，請您在下面的同意書上簽名，同意書上附有我及和指導教授的連絡方式，有任何問題請隨時聯絡。您可保留一份同意書，非常感謝您的參與！

指導老師： 施欣欣副教授 中國醫藥大學護理學系 聯絡電話： (04) 22053366轉7105	研究生： 黃碧玲 中國醫藥大學護理學系 聯絡電話：0932-966021
--	---

立同意書人\_\_\_\_\_95年\_\_月\_\_日

研究者\_\_\_\_\_95年\_\_月\_\_日

### 附錄三

#### 研究結果主題

層面	主題	次主題
執行強制處置的理由	依規定行事	遵循醫療團隊的決定 遵循病房規定
	為了病人的利益著想	避免病人自傷 避免他人受到傷害 穩定病人情緒、行為
	為了工作人員的利益著想	方便管理 避免節外生枝 為求自保 擔心物品遺失，要賠償
	警惕、處罰作用	嚇止不適當的行為 預防再度違規
病人接受強制處置的反應	身體被傷害	骨折傷害 肢體黑腫 口腔出血 步態不穩
	情緒反應	生氣 憤怒 恐慌 害怕 敵意 不知何去何從
	行為反應	抗拒 抱怨 破壞病房設施 拒絕治療 言行不一致 傷害工作人員 挑戰工作人員 申訴
護理人員執行強制處置的反應	心理、情緒反應	驚嚇 難過 覺得殘忍、不人道 不知所措 擔心病人受傷
	增加工作負擔	增加探視病人的頻率 增加護理記錄量
	擔心影響護病關係	破壞治療性人際關係 不信任

	擔心被告	致病人受傷 侵犯病人權益
	被傷害的反應	驚嚇 害怕 生死存亡感 自認倒楣 覺得丟臉 自責疏忽 生氣 繼續工作
護理人員的因應策略	條件交換	以滿足物質需求為交換條件 以減除病人所嫌惡的刺激為交換條件
	尋求替代處理方式	瞭解原因、安撫及解釋 哄騙 改用其他治療方式（長效針劑、滴劑） 利用病人信任的工作人員
	增加對病人行為的包容性	同理病人 給病人機會
	依情況提供個別性處置	依事件發生的原因 依違反規定的嚴重性
影響護理人員執行強制處置的因素	精神醫療團隊的回饋	被批評處置不當 獲得處置的建議 受主管理念的影響 受人力配置的影響
	人格特質	沒有耐心 個性急 衝動 講求人性
	家屬的要求	要求強制病人住院 要求限制病人通訊及訪客 要求限制病人香煙的使用
	個人能力的成長	經驗的歷練 學識的增長 護病關係的建立 工作自信的建立