

## 資料 5

### 諸外国における看護職等が受ける暴力・ハラスメントに関する文献レビュー

#### 【概要】

2010 年以降の諸外国における患者等から看護職等が受ける暴力・ハラスメントに関する 88 論文を分析した結果をまとめた。

多くの国で看護職等が受ける暴力・ハラスメントの被害の実態は報告されていたが、この 10 年間に限定すると、実態調査の結果を報告する国（アメリカ、オーストラリア、中国など）が偏っていた。

これらの文献からは、暴力・ハラスメントに関する組織の対応策の有効性を示したエビデンスは認められなかったのが現状である。

看護職等が受ける暴力・ハラスメントは、諸外国においての共通の問題であることはこれらの研究で明確になったが、今後は、あらゆる種類の被害実態の迅速な報告を可能にするシステムの構築、暴力・ハラスメントを測定するツールの開発、より多くの RCT（Randomized Controlled Trial）研究の実施、標準化された組織的介入プログラムの評価が当該分野の共通の研究課題であると考えられる。

作成者：関西医科大学看護学部 矢山壮、的場圭、川崎絵里香、三木明子

## 1. 文献検索方法

2019年5月、看護職等が受ける暴力・ハラスメント（以下、暴力等と表記する）に対する実態と対応策を調査した文献をMEDLINE、CINAHLを用いて検索した。主なキーワードは「nurses/nursing staff」「Violence」「Sexual Harassment」「crime/sex offenses」「Aggression」で検索し、文献の重複があった場合は除外した。

## 2. 検索結果

データベースから抽出した論文数はMEDLINEでは764件、CINAHLでは376件、合計1140件を検出した。これらの文献から、2010年以降の論文に絞ると、166件であった。医療機関以外の施設を対象にしている研究、介護士や看護助手のみを対象にしている研究、資料等を32件除外し、134件をレビュー対象論文とした。

国別で見ると、アメリカが20件、オーストラリア17件、中国が14件、台湾が10件、イラン6件、ヨルダンが6件、カナダが5件、トルコが5件、エジプト4件と続いた。日本は1件のみであった。レビュー論文は6件含まれていた。

実態調査で対象者数が少ない論文、同様な結果を示した論文などは本資料には掲載せず、87件を抜粋し、88件をまとめた結果を以下に示した。

なお、本文中の文献番号は赤字で示した。

### 1) 暴力等の調査方法

暴力等の調査方法では多くの論文が質問紙により、過去1年間や6か月以内の暴力の経験を尋ねているものが多かった。質問紙は、ILO（国際労働機関）、ICN（国際看護師協会）、WHO（世界保健機関）、PSI（国際公務労連）（2003）が共同で設計および開発した職場暴力調査の項目を使用している研究（12件）が多くあった。

質問紙調査を用いずに実際に起こった暴力等の報告を分析している論文が2件あった。1つ目のRodríguez-Acostaらの研究によると、1997年から2004年にかけて労働者の補償請求レポートを調査していた。その結果、1,266件の暴力が発生しており、197人の看護職等から合計220件の暴力による負傷が報告され、その内訳は76.0%が看護師、24.0%が看護助手であった。暴力の50.0%は休職や医療処置を必要とする傷害であった。報告された負傷の86.4%は、患者によるもので、打撃/蹴り（25.0%）、噛む（13.6%）、引っ掻き（11.4%）、握り（10.0%）であった。暴力のリスクは、在職期間が短く、若年看護師において高かった。発生率は精神科、神経科、リハビリテーションユニットで高かった<sup>1)</sup>。2つ目のJacksonらの研究では、1,150時間の観察を行った。210件の観察記録から言語的暴力の内容を分析したところ、3つのカテゴリが明らかになった。「性的暴言」、「侮辱・嘲笑・不当な要求」、「敵意・脅威・脅迫的な言葉」であった<sup>2)</sup>。

### 2) 各国の暴力等の経験率

先進国での医療機関における看護職等への暴力等の調査は2010年以前にも多く行われているが、アフリカ、中東地域等の国での医療機関における暴力の経験率を調査した研究が少ないため、表 に示した。

表 . 各国の看護職等が受ける暴力等の経験率 (%)

国	病棟	N	暴力経験 調査期間	身体的 暴力	精神的 暴力	セクシュアル ハラスメント
ガーナ 3)	一般	592	1年	9.0	52.7	12.2
エチオピア 4)	一般	642	6か月	18.2	89.6	13.0
エチオピア 5)	一般	386	1年	60.2	39.8	
エジプト 6)	一般	970	1年	9.3	69.5	
ボツワナ 8)	精神	179	1年	44.1		
南アフリカ共和国 9)	一般	300	1年			6.0
ヨルダン 10)	一般	468	1年	52.8	67.8	
パキスタン 13)	一般	309	1年	53.4	57.3	26.9
サウジアラビア 14)	一般	391	1年		30.7	
イラン 15, 16)	一般	5,874	1年	23.5	74.7	
トルコ 17)	一般	538	1年	13.9	41.8	
ギリシャ 18)	一般	80	1年	19.7	98.3	15.0
ネパール 19)	一般	200	6か月	15.5	61.5	9.0
ブラジル 21)	一般	112	1年	1.7	67.0	4.2
中国 22)	一般	15,970	1年	11.8	64.9	3.9

Boafo の研究では、ガーナの 12 病院の看護師 592 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、身体的暴力が 9.0%、精神的暴力が 52.7%、セクシュアルハラスメントが 12.2%であった 3)。

Futeらの研究では、エチオピアの看護師 642 人の過去 6 か月間の暴力の経験率は 29.9%で、身体的暴力が 18.2%、精神的暴力が 89.6%、セクシュアルハラスメントが 13.0%であった 4)。Tiruneh らの研究では、エチオピアの看護師 386 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 26.7%で、身体的暴力が 60.2% (62 件)、精神的暴力が 39.8% (41 件)であった 5)。

Abbas らの研究では、エジプトの看護師 970 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 27.7%で、身体的暴力が 9.3%、精神的暴力が 69.5%であった 6)。Ali らの研究では、今までに 70.2%のエジプトの看護師がセクシュアルハラスメントを経験していた。「挑発的な方法で見つめる」が 70.9%、「性的な言葉やコメント」が 58.6%、「性的な冗談」は 57.3%であった 7)。

Olashore らの研究では、ボツワナの精神科病院で医療職 179 人（看護師は 78.1%）のうち、今までに身体的暴力を経験したのは 69.8%、過去 1 年間の身体的暴力の経験率は 44.1%であった 8)。

Mahani らの研究では、南アフリカ共和国の看護師 300 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 85.0%で、威嚇が 95.0%、押されるが 92.0%、人種ハラスメントが 82.0%、セクシュアルハラスメントが 6.0%であった 9)。

Al-Omari の研究では、ヨルダンの看護師 468 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、身体的暴力が 52.8%、精神的暴力が 67.8%であった 10) 。AbuAlRub らの研究では、ヨルダンの看護師 422 人の暴力の経験率は、身体的暴力が 22.5%(95 人)であった。身体的暴力を受けた看護師のうち 55.8% (53 人) が負傷し、負傷した看護師のうち 60.4% (32 人) が治療を必要とした。身体的暴力を受けた看護師の 49.5%(57 人)は休職していた 11)。

Azar らの研究では、レバノンでの看護師 1,053 人の約 70%が毎月 1~5 回の破壊的/虐待的な状況を経験したが、17.2%は経験していなかった。41.7%の看護師が過去 1 週間に 1~5 回の破壊的/虐待的な状況を経験していた 12)。

Jafree の研究では、パキスタンの女性看護師 309 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 73.1%で、身体的暴力が 53.4%、精神的暴力が 57.3%、セクシュアルハラスメントが 26.9%であった 13)。

Al-Shamlan らの研究では、サウジアラビアの看護師 391 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、精神的暴力 30.7%であった 14)。

Fallahi-Khoshknab らの研究では、イランの医療従事者 5,874 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、身体的暴力 23.5%、精神的暴力 74.7%であった 15)16)。

Aksakal らの研究では、トルコの看護師 538 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、身体的暴力 13.9%、精神的暴力 41.8%であった 17)。

Fafliora らの研究では、ギリシャの看護師 80 人のうち 76.3%が過去に暴力を経験していた。そのうちの 78.7%が過去 1 年に経験していた。身体的暴力が 19.7%、精神的暴力が 98.3%、セクシュアルハラスメントが 15.0%であった 18)。

Pandey らの研究では、ネパールの看護師 200 人の過去 6 か月間の暴力の経験率は 64.5%で、身体的暴力 15.5%、精神的暴力 61.5%、セクシュアルハラスメント 9.0%であった 19)。

Cheung らの研究では、マカオの医療職（看護師は 85.1%）720 人の 1 年間の暴力の経験率は 57.2%で、身体的暴力は 16.1%、精神的暴力が 53.4%、セクシュアルハラスメントが 4.6%、人種ハラスメントが 2.6%であった 20)。

Alessandro らの研究では、ブラジルの看護師 112 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 73.2%で、身体的暴力が 1.7%、精神的暴力が 67.0%、セクシュアルハラスメントが 4.2%であった 21)。

Shi らの大規模調査では、中国の看護師 15,970 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 65.8%

で、身体的暴力が 11.8%、精神的暴力が 64.9%、セクシュアルハラスメントが 3.9%であった 22)。

### 3) 診療科別の暴力の実態

レビュー対象論文の中で、診療科別で見ると、報告が多かったのは精神科が 24 件と救急が 22 件であった。

以下に、診療科別の暴力の実態を示した。

#### (1) 精神科

##### 暴力発生状況

Ezeobele らの研究では、アメリカで職種別に暴力の被害頻度を比較しており、精神科看護師と精神科技師が患者からの暴力被害を最も多く報告しており、次いで医師であった。看護補助者は患者の暴力被害が低かった。看護師は、患者と直接接する時間が長いので、精神科病院で働いた年数が長いほど、暴力の危険性が高まると報告していた 23)。

James らの研究では、ナイジェリアの男性看護師は身体的暴力を経験し、10 年以上の経験がある看護師は精神的暴力を経験する可能性が高かった。また、看護師は患者からの暴力をコミュニケーションの手段や患者自身を守るための手段であるとは認識せず、暴力は攻撃的で、破壊的で、侵襲的と認識していた 24)。

Moylan らの研究では、アメリカの精神科看護師の 80% が暴力を受けており、65% が負傷し、26% が重傷を負っていた。また、暴力を受けた看護師と受けなかった看護師との間では拘束する決定までの時間に違いは見られなかったが、負傷した看護師は、負傷していない看護師よりも拘束の決定までに時間がかかっていた 25)。

##### 暴力による影響

Hsieh らの研究では、台湾で暴力被害に遭った精神科看護師の 75.9% に抑うつ症状があると報告していた。家族のサポートがある看護師の抑うつ症状は低かったことから、家族のサポートは抑うつ症状の発症を防ぐ要因として重要であると報告していた 26)。

##### 暴力の認識

Stevenson らのインタビュー研究によると、カナダの精神科救急病棟のインタビューに協力した看護師の多くは、患者の暴力を「仕事の一部」と見なしていた。看護師は、暴力被害に遭った後、ケアを提供する際に、患者へのケアの義務と自身を守る義務の対立に悩まされることが多かったと報告していた。暴力後には看護師は安全を守り、暴力を防止するためにさまざまな対策を行い、さらに暴力防止教育の改善、事件後の報告などの支援的な職場環境の必要性を報告していた 27)。

##### 報告しない理由

Khoshknab らの研究では、暴力を報告しなかったイランの精神科看護師は 62.3%で、理由として報告しても役に立たないが 55.3%、重要であるとは思えないが 42.1%であった (28)。Niu らは、台湾の精神科看護師が報告しない理由として、重要と思わないが身体的暴力で 32.0%と最も多く、報告しても役に立たないがセクシャルハラスメントで 46.8%であった。そのため、報告プロセスを簡素化し、あらゆる種類の暴力の報告を奨励するようにスタッフを訓練する必要があり、精神科での報告システムを再考する必要があるとしていた (29)。

### 暴力対策

Khoshknab らの研究では、イランの精神科看護師の 61.2%はトレーニングコースが必要であると感じており、72.7%はこれらのコースを修了していた。最も重要な予防策として、スタッフのトレーニングの実施が 68.9%、病棟のセキュリティ対策の整備が 67.8%、警備員の配置が 56.8%であった (28)。Niu らの研究では、台湾の精神科看護師によると暴力を防ぐための主な対策として挙げられていたのは、セキュリティ対策(警備員、警報器、携帯電話)の整備が 79.0%、患者のプロトコル(拘束、転棟、薬の変更など)の明確化が 60.8%、トレーニング(コミュニケーションスキル、自己防衛など)の実施が 58.5%であった (29)。

### スタッフ配置

Staggs の研究では、看護師の配置と精神科病棟における患者の暴力発生は関係していなかったと報告していた (30)。また、同じく Staggs の正看護師、准看護師、看護助手によって看護ケア、人員配置と暴力の関連を調査した研究では、患者の 1 日あたりの准看護師や看護助手らのケア時間を含む総看護ケア時間が増えると、暴力の発生率は高くなったが、正看護師が患者へケアを提供する時間が長くなると暴力の発生率は低くなったと報告していた (31)。

### 児童思春期病棟の状況

Dean らの研究では、オーストラリアの児童思春期病棟の医療職が今までに身体的暴力の経験が 84.8%で、精神的暴力が 90.9%であった。97.0%が暴力を仕事の一部として捉えていた (32)。

## (2) 救急

### 暴力発生状況

Pich らのシステマティックレビューでは、救急病棟の看護師において最も多い暴力の種類は精神的暴力で 53-99%であった。内容としては罵ることが最も多かった。身体的暴力は 9-79%であった (33)。Ramacciati らの研究によると、イタリアの救急病棟の看護師において精神的暴力は 76.0%、精神および身体的暴力は 15.5%経験していた。イタリア南部の方が暴力リスクは高かった (34)。Darawad らの研究によると、ヨルダンの救急病棟の看護師の

91.4%が暴力を経験していた（精神的暴力 95.3%、身体的暴力 23.3%）<sup>35)</sup>。Ogundipe らの研究では、ナイジェリアの救急病棟の看護師の 65.0%が過去 1 年間に暴力を経験していた。夕方に発生することが多く、15.8%が武器で脅迫されていた<sup>36)</sup>。Abou-ElWafa らの研究では、エジプトの救急病棟で勤務する看護師は、他の病棟よりも暴力の経験率が高かった。交替勤務をしていること、年齢が若いこと、同僚の数が少ないほど、暴力の経験率が高かった<sup>37)</sup>。

#### 暴力の要因

Pol らの研究では、救急および ICU で暴力発生に関与した患者の特徴を分析し、薬物の過剰摂取、頭部外傷、および心停止後の入院は、暴力関連の緊急通報に関連している特徴があった。オーストラリアの独自の制度（NEAT：救急（ED）入室後、4 時間以内に転棟させる制度）が関係していると報告していた<sup>38)</sup>。Pich らの研究では、オーストラリアでトリアージが最も暴力のリスクが高い看護活動であった。その他にも患者とのコミュニケーション、遅延の管理、拘束、待合室対応が暴力の発生が有意に高い状況であった。患者の臨床像としてはアルコール中毒、メンタルヘルス問題、薬物乱用、不安・興奮、せん妄が有意に高かった<sup>39)</sup>。Ogundipe らの研究では、ナイジェリアの救急病棟では暴力の主な原因は、緊急治療室の過密化、長い待機時間、不十分なセキュリティシステムであり、すべての施設は暴力予防のための基本的対策ができていなかった<sup>36)</sup>。

#### 報告しない理由

Pinar らの研究では、トルコの救急看護師の 80%は暴力の発生を報告していなかった。暴力を報告しない理由として挙げられたのは、管理者の対応に満足していない、報告してもフォローアップしてくれない、報告することに無関心である、管理者から非難される、仕事を失うことの恐怖などがあった<sup>40)</sup>。Gacki-Smith らの研究では、救急看護師 3,465 人のうち、暴力を報告しない理由として挙げられていたのは、報復されることの恐れや管理者からのサポートの欠如であった<sup>41)</sup>。

#### 暴力の認識や看護師への影響

Han らのインタビュー研究によると、台湾における救急看護師の暴力の認識として、「仕事の一部」「生活を直接脅かすもの」「継続する悪夢」「救急医療への情熱を弱めるもの」が挙げられていた<sup>42)</sup>。Jeong らの研究では、韓国の暴力を経験した救急病棟の看護師の 61.0%が退職を考えていた。多重ロジスティック回帰分析により、女性、感情に焦点を合わせた対処法、および仕事の満足度は、救急看護師の退職意思に大きく関連していることが明らかになっている<sup>43)</sup>。Gates らは 94%の看護師は暴力を受けた後に少なくとも 1 つの心的外傷後ストレス障害の症状を経験し、17%は心的外傷後ストレス障害の可能性が高いと報告していた<sup>44)</sup>。Pinar らのトルコの研究によると、暴力を経験した後、ほとんどの看護師は恐

怖を感じていたが、病気休暇を取ったと述べたのはわずか3%であった(40)。

Hsiehらの研究では、暴力被害を受けた救急病棟の看護師のレジリエンス(回復力)について調査し、抑うつ傾向のないグループではレジリエンスと仲間のサポートが高い傾向にあった。レジリエンスの5つの要素のうちの個人の強さ、社会的能力などが、被害を受けた看護師の抑うつ傾向に対する保護要因であることを示した(45)。同じく、Hsiehらの研究では、暴力被害を受けた救急看護師の個人のレジリエンスを高めるにはピアサポート、性格特性と関連付けられており、宗教はレジリエンスを高める上で重要な役割を果たしていなかった(46)。

Ogundipeらの研究では、ナイジェリアの救急看護師のほとんどは、安全でない救急病棟に満足していなかったが、他の部署への異動を希望する看護師はほとんどいなかった(36)。

#### 暴力の原因

Darawadらの研究によると、ヨルダンの救急病棟での暴力の原因は混雑と作業負荷(75.9%)が最も多く、次に認知症またはアルツハイマー型認知症(35.6%)の患者のケアであった(35)。

#### 暴力対策

Gillespieらは暴力を防止し、職場の安全を促進するための取り組みとして挙げられていたのは、看護師がすぐに逃げることができる職場環境の設計、暴力防止のポリシーの確立と継続的な実施、およびセキュリティ担当者との積極的な協力関係の維持を挙げている(47)。Pinarらの研究によると、トルコの看護師の83.5%は、現任教育の一環として暴力防止・管理トレーニングをする必要があると回答したが、82.7%はそのようなトレーニングを受けていなかった。また、暴力後、組織からではなく、主に救急部門の同僚からの支援を求めている(40)。Morphetらは管理者から暴力報告の支援を含むゼロトレランスポリシーの導入と実施が、暴力を減らし、スタッフの安全性を改善するため、ゼロトレランスポリシーの実施を法的にサポートする必要があるとしている(48)。

#### (3) 精神科病棟、救急病棟、外科病棟の比較

Pekurinenらの研究によると、フィンランドの精神科病棟、外科病棟、救急科病棟における看護師の健康と暴力の関連を比較した過去1年間に受けた身体的暴力、精神的暴力は救急病棟の看護師(47%、75%)が精神科病棟(38%、61%)、外科病棟の看護師(21%、29%)よりも多かった。暴力後には精神科看護師は他の病棟の看護師よりも自己評価が悪く、仕事能力の低下があったが、睡眠障害の問題は少なかった。外科病棟の看護師は他の病棟の看護師よりも心理的苦痛および睡眠障害があった(49)。Havaeiらの研究によると、精神科看護師の75.8%が病棟内のアラームにアクセスできると報告していたが、外科看護師は61.4%にとどまった。個人用アラームにアクセスできるのは精神科看護師が80.8%、外科看護師

が 9.4%であった 50)。

#### ( 4 ) 小児科

Meier らの研究では、スイスの小児リハビリテーション病棟の患者を 6 か月間調査し、患者の 13%が暴力に関与しており、1 日あたり 0.44 件暴力が発生していた。月曜日に多く発生しており、土曜日曜は発生率が低かった。98%は身体的暴力、22%は言葉の暴力が含まれていた。被害者の 43.0%は看護師であった。患者の暴力のリスク要因として過去の暴力の既往、認知機能の低下、高い可動性であった 51)。

#### ( 5 ) 産婦人科

Samir の研究では、エジプトの産婦人科で過去 6 か月間に 86.1%の看護師が暴力を経験していた。患者の家族( 38.5% )から最も多く暴力を受けており、精神的暴力が 78.1%であった。暴力の原因として、看護師の仕事量の増加や看護師不足によるケア提供の遅れ( 40.5% )と看護師の不注意や過誤( 35.8% )が挙げられていた。看護師の 50.0%が正式なシステムを使用して暴力を報告していた 52)。

#### 4 ) 交代勤務と暴力との関連

Aksakal らの研究によると、週に 40 時間以上働くと、身体的暴力のリスクが 1.86 倍に増加するという研究もあるが 17)、Sun らの研究では暴力の発生率が日勤と比較して夕方勤務は 1.55 倍、夜勤は 3.54 倍高かったが、勤務時間の長さでは差がなかった。発生率、発生傾向等の分析のためには継続的な記録管理の必要性、安全衛生訓練、勤務シフト、同僚と緊急支援の利用可能性、適切な照明、防護壁、警報システム、個人用携帯電話などの環境条件への注意を含む要因の頻繁な制度的評価が挙げられていた。これらには経営陣のコミットメント、従業員の関与を含むリーダーシップ、暴力軽減を確実にするための経営陣による関連リソースの提供が挙げられていた 53)。

#### 5 ) 医療機関の開設主体

Wei らの台湾の全国調査をした研究では、過去 1 年間に少なくとも 1 回以上暴力の被害を受けたことがある看護師は公立病院では 52.8%であったが、私立病院では 48.3%であった。また、認定健康増進病院( Health Promoting Hospital:HPH )で働く看護師は 44.5%と他の医療機関と比較して低かった 54)。Hegney らの研究では、オーストラリアの公的機関、民間病院、高齢者ケア施設の看護師へ過去 3 か月の暴力の経験率を比較したところ、公的機関( 53.4% )が民間病院( 35.8% )、高齢者ケア施設( 49.7% )と比較して高かった 55)。同じく Farrell らの研究では、オーストラリアにおいて過去 4 週間の患者からの暴力は、公的機関が 38.4%、民間病院では 30.7%であり、公的機関の方が高かった 56)。

#### 6 ) 医療機関の種類

Chen らの研究では、中国の高度教育病院における看護師の暴力発生率を調査し、過去 1 年間の暴力の経験率は 49.4% で、身体的暴力が 6.3%、精神的暴力が 49.0% であり、中国の地域病院の発生率よりも低かった。暴力関連要因として、46 歳以上の看護師が有意に低く、女性、救急病棟が高かった (57)。Hensel らの研究では、グループホームのスタッフと知的障害者のケアを提供する専門病院のスタッフの暴力の発生率を比較し、グループホームのスタッフと専門病院のスタッフで発生率の大きな違いはみられなかった。しかし、負傷するような暴力に遭遇する頻度はグループホームのスタッフよりも専門病院のスタッフの方が高く、感情的疲労が高かった (58)。Fasanya らの研究では、長期療養施設で暴力を経験した看護職の 22% は、作業環境が安全ではないと回答していた (59)。

#### 7) 暴力等の影響 (表 )

Zhao らの研究では、職場での暴力は、仕事の満足度と学習への情熱を持ち、組織にとどまり、進歩することに悪影響を及ぼし、看護師の退職意図に大きな影響を与えると報告している (60)。Shahzad らの研究では、パキスタンの暴力の影響として、仕事の成果が低下、仕事の満足度の低下、欠勤率上昇、退職率上昇を報告していた (61)。また、Zhao らの研究では暴力は看護師の不安およびうつ病レベルと正の相関があった。さらに、勤続年数が暴力と不安症の係に緩和の役割を果たしていた (60)。

Rees らの研究によると、オーストラリアの暴力を経験した看護職等はバーンアウト率が高く、回復力が低いと報告していた (62)。Hsieh らの研究では、台湾での暴力からの回復とレジリエンスの関連を検討した外向性があり、神経症のスコアが低く、家族のサポート、仲間の支援があると、回復力が高かったと報告していた (63)。Chapman らの研究では、被害を受けた看護師へインタビューした結果、暴力の経験の意味を見つけ、習得し、職場の暴力に適応するために自己を強化する認知プロセスを使用していることを報告していた (64)。

表 . 看護職等が受けた暴力等の影響

著者	病棟	身体的暴力	精神的暴力	セクシュアルハラスメント	影響
Zhao ら 60)	一般	職場暴力の7項目(精神的暴力、トラブルメイキング、中傷、いじめ、威圧的行動、身体的暴力、セクシュアルハラスメント)の尺度を用いて評価。「全くない」から「毎日」の6段階で評価。得点が高いほど職場暴力の頻度が高い。			仕事の満足度と学習への情熱を持ち、組織にとどまり、進歩することに大きな悪影響を及ぼし、看護師の退職意図に大きな影響を与える 看護師の不安およびうつ病レベルの増加
Shahzad ら 61)	一般	20.0%	100%		仕事の成果が低下、仕事の満足度の低下、欠勤率上昇、退職率上昇
Rees ら 62)	一般	53.0%			バーンアウト率が高く、回復力が低い
Hsieh ら 26)	精神	暴力の重傷度 軽度 86.0%、中等度・重度 14.0% 暴力のタイプ 1つの暴力 61.5% 複数の暴力 38.5%			75.9%に抑うつ症状がある
Han ら 42)	救急				生活を直接脅かす、救急医療への情熱を弱める
Jeong ら 43)	救急	精神的暴力 患者から 87.9% / 家族から 89.3% 身体的暴力 患者から 26.0% / 家族から 18.3%			61.0%が退職を考えている
Gates ら 44)	救急				94%の看護師は暴力を受けた後に少なくとも1つの心的外傷後ストレス障害の症状を経験し、17%は心的外傷後ストレス障害の可能性が高い
Pinar ら 40)	救急	74.9%	91.4%		暴力を経験した後、ほとんどの看護師は恐怖を感じていたが、病気休暇を取ったと述べたのは3%

## 8) バーンアウトとの関連

Campana らの研究では、患者と家族の無礼な行動 (incivility) は看護師のバーンアウトの増加に関連していると報告していた (65)。

## 9) 被害者サポート

Moylan らの研究では、患者から暴力を受けた精神科看護師の 88% がフォーマルなサポートを受けていなかった。また、看護師の 76% が専門のサポートグループを利用したいと報告していた。これらの看護師は心的外傷後ストレス障害の複数の兆候と症状を報告していたため、看護師に対する暴力の深刻な悪影響とフォローアップのサポートに対する要望を考慮すると、専門のサポートグループが必須であると考えられる (66)。

## 10) 暴力の被害を受ける看護師と組織および個人の関連要因

多くの先行研究では暴力の被害を受ける看護師の要因の一つに経験年数が短いことが挙げられている。Chang らの研究では、韓国の新人看護師の過去 1 年間における暴力経験率は身体的暴力が 27.6%、精神的暴力が 59.6%、セクシュアルハラスメントが 22.4% であった (67)。

Zhang らの研究では、経験年数が短い、交替勤務で働く、集中治療室や小児科で働く、共感レベルが低い、劣悪な看護環境で働く中国の看護師は、暴力を経験する確率が高いと報告していた (68)。また、Cheung らの研究では、仕事に不満がある、不安症状がある、自傷行為の既往がある香港の看護師は暴力リスクが高いと報告していた (69)。この他にも Tiruneh らの研究によると、エチオピアは、少ない人員配置、男性病棟勤務、暴力被害の履歴がある、独身、離婚が暴力リスクを高める要因として挙げられていた (70)。

Pekurinen らの研究では、組織の環境と暴力の関連を調査しており、組織の正義が不十分であるという看護師の認識と看護師間の連携の欠如は、患者への暴力の増加に関連していた。一方、看護師のストレスは、患者への暴力の増加には関連していなかった。組織の正義と看護師間の連携に関連する問題を解決することが、精神医学的環境における患者の攻撃を最小限に抑える上で重要であると報告していた (71)。

## 11) 暴力を報告しない理由

先行研究では暴力の被害にあった際に、上司などに報告しておらず、報告や相談が役に立たないと指摘されている (14)(15)。Sato らの研究では、過去 1 か月間にレベル 1 の身体的暴力 (暴力により怪我や機能障害がない) を経験した日本の看護師は 32.8% であったが、このうち約 70% は報告していなかった。暴力による影響が少ないほど、報告されていなかった。報告しない要因として、状況によって暴力がおさまったと感じる傾向、経験年数の少なさ、管理者が患者からの暴力から看護師を守るといった信頼の欠如であった (72)。Speroni らの研究では、アメリカでは、暴力を報告しなかった理由として、「怪我を負わなかった/怪我の

証拠がない」が 49.5%、「不便/時間がかかる」が 26.1%、「仕事には暴力が伴う」が 19.6%であった。暴力による負傷を報告した 2.1%の看護師の対応にかかった年間費用は 94,156 ドルであった(治療に 78,924 ドル、補償に 15,232 ドル)73)。ALBashtawy らの研究では、暴力を経験したヨルダンの救急看護師の 16.6%が上司に報告していた。暴力を上司等に報告していなかった理由は「職場での暴力に慣れている」が最も多く 33.3%であった。次に「怪我がなかった」が 31.7%、「同僚からの圧力」が 30.6%、「非難される恐れ」が 15.9%と続いた74)。Al-Azzam らの研究では、ヨルダンの精神科看護師が報告しない理由として、「暴力の原因を調査するための機関がない」が 88%、「暴力は自分の仕事の一部であると感じている」が 73%、「攻撃者に罰則はない」が 72%、「報告することを無益であると感じた」が 63%であった75)。

Ferri らの研究では、イタリアの暴力の報告に影響する要因として「暴力を受けている際に助けを求めること」と「暴力で負傷した身体的傷害」が挙げられていた76)。Gifford らの研究では、暴力を報告するために精神科看護師に影響を与える要因は、暴力被害後に報告する必要があると規定されている組織は報告が多くなり、報告作成の作業負荷が大きいと報告が少なくなっていた。また、報告するスタッフ数や被害の大きさで、適切な人員配置へ変更される可能性があると判断された場合、報告する意欲が高まっており、報告システムの理解促進が重要であると報告していた77)。

Morphet らの研究では、医療安全管理者等へインタビューし、職場での暴力の報告に一貫性がなく、その結果、暴力予防対策が不正確になったため、迅速かつ簡単に報告できるシステムが必要であると報告していた78)。

## 12) 暴力の予防策

Xing らの研究では、中国の医療従事者の暴力の予防策として、暴力発生前であれば、「民事紛争解決のチャンネルを広げる(61.6%)」、「料金の透明化(59.9%)」、「対象者を絞った暴力対処訓練(58.6%)」、「治療とケア、診断の質の向上(57.0%)」、「暴力に関する法律(53.0%)」、「暴力防止ガイドライン・計画の策定(40.5%)」が挙げられていた。暴力時であれば、「医師-患者のコミュニケーションスキル改善(81.0%)」、「待ち時間の短縮(59.9%)」であった。暴力後であれば、「マスメディアを介した医療従事者の権利擁護(58.5%)」、「暴力報告・統計・介入メカニズムの改善(39.0%)」が挙げられていた79)。

暴力予防のトレーニングが暴力を予防する効果があると知られているが、Marshall らの研究によると、ニュージーランドの看護師の暴力管理トレーニングへの参加は暴力被害にほとんど影響を及ぼさず、暴力に対する看護師の態度への影響は限定的であったと報告されている80)。これはトレーニングの内容、配信方法が原因である可能性が指摘されているため、トレーニングを行う際にも十分な内容や配信方法などを検討する必要がある。Spector らは、医療機関が暴力を防止するという環境(風土)があることと暴力発生は有意な相関があり、高い風土があると暴力発生の可能性が低く、暴力が発生したとしても風土に影響を与

えないことが報告されている 81)。暴力を発生させないという組織の風土も暴力の予防策として挙げられると考えられる。

### 13) 介入研究

アメリカ合衆国のニュージャージー州では職場での暴力トレーニングを医療機関に行うよう求める法律がある。Ridenour らの研究では、アメリカ合衆国のニュージャージー州の看護師への暴力の実態と暴力トレーニングを受けた看護師の特徴を調査し、暴力トレーニングを受けた看護師の特徴として、正看護師、夜勤勤務者、男性、法律を聞いたことがある、職場での安全性が高い、在職期間が短いが挙げられた 82)。

Lakatos らの研究では、暴力による傷害を防止するための e ラーニング教育トレーニングを開発し、実施した。トレーニングはディエスカレーション技術や臨床的アセスメント能力を高める内容であった。介入前 1 年間の看護スタッフ 100 名あたり暴力発生率は 2.20%であったが、介入後 3 か月ごとの暴力発生率は 0.54-2.19%へ減少し、看護スタッフの傷害率は平均 40%減少していた 83)。また、de la Fuente らは、暴力管理トレーニングの効果検証をした。暴力管理トレーニングは 4 時間の対面コースで行われ、内容は暴力行動注意サイン、暴力的状況を和らげるコミュニケーション技術、安全確保の方法であった。患者の攻撃に対処することに対する看護師の自信は、行動管理トレーニングの後に有意に高かった。看護師は、トレーニングを「タイムリー」「役立つ」「有益」であると評価した 84)。

Burkoski らはテクノロジーに基づく暴力防止介入として、電子フラグシステム（患者の診療記録や患者の部屋のドアの横にあるデジタルサイネージに表示できる標準化された記号）や「パニックアラームボタン」（デバイスは従業員のバッジの背面にあり、押すと SOS 遭難信号を送信して、セキュリティスタッフからの即時支援を呼び出す）の実施に関する看護師の経験を調査していた。暴力の可能性のある患者の発見や、暴力事件が発生したり差し迫っていると思われるときに警備員からの支援を提供したりするのに効果的であるとしていた。しかし、看護師は患者関連の暴力は「避けられない」ものであり、テクノロジーは暴力の発生を完全に防ぐことはできないと報告していた 85)。

Larson らは、暴力リスクの高い患者が転棟することを容易にするためのハドルハンドオフコミュニケーションツールおよびその他の方法は、医療現場での暴力事件の数と深刻度を低減する可能性があると報告している 86)。

Irvine らは長期療養施設の看護助手を対象に、ディエスカレーション技術、髪を掴まれた・腕を握られた・こぶしで殴られたときの対応など役者による正しい方法と間違った方法を紹介したビデオによるインターネット介入を行った。その結果、知識については 8 週間後で非介入群と有意に異なり、16 週間後も維持されていた。介入群の 1 日あたりに報告された暴力のインシデント数は、8 週間後では有意ではなかったが、16 週間後には大幅に減少していた 87)。

Heckemann らの看護師と看護学生のための攻撃性管理トレーニングの効果に関する 9 つ

の研究をレビューした論文によると、トレーニング後のリスク要因に関する自信の向上、態度、スキル、知識の向上が報告されていた。患者の攻撃性の発生率に有意な変化なかった。トレーニングは暴力の発生率を減らさないため、組織レベルで暴力対策に取り組む必要があると報告している 88)。

## 文献

- 1) Rodríguez-Acosta RL, Myers DJ, Richardson DB, Lipscomb HJ, Chen JC, Dement JM. Physical assault among nursing staff employed in acute care. *Work*. 35(2):191-200. 2010.
- 2) Jackson D, Hutchinson M, Luck L, Wilkes L. Mosaic of verbal abuse experienced by nurses in their everyday work. *J Adv Nurs*. 69(9):2066-75. 2013.
- 3) Boafo IM. The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health*. 16(1):6. 2018.
- 4) Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nurs*. 14:9. 2015.
- 5) Tiruneh BT, Biftu BB, Tumebo AA, Kelkay MM, Anlay DZ, Dachew BA. Prevalence of workplace violence in Northwest Ethiopia: a multivariate analysis. *BMC Nurs*. 15:42. 2016.
- 6) Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman GA, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 85(1-2):29-43. 2010.
- 7) Abo Ali EA, Saied SM, Elsabagh HM, Zayed HA. Sexual harassment against nursing staff in Tanta University Hospitals, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 90(3):94-100. 2015.
- 8) Olashore AA, Akanni OO, Ogundipe RM. Physical violence against health staff by mentally ill patients at a psychiatric hospital in Botswana. *BMC Health Serv Res*. 18(1):362. 2018.
- 9) Mahani TO, Akinsola HA, Mabunda J, Oni HT. Workplace Violence Against Nurses: Vhembe District Hospitals, South Africa. *Res Theory Nurs Pract*. 31(1):28-38. 2017.
- 10) Al-Omari H. Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan. *Int Nurs Rev*. 62(1):111-8. 2015.

- 11) Abualrub RF, Al-Asmar AH. Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *J Transcult Nursing*. 22(2):157-65. 2011.
- 12) Azar M, Badr LK, Samaha H, Dee V.  
Does administrative support negate the consequences of nurse abuse? *J Nurs Manag*. 24(1):E32-43. 2016.
- 13) Jafree SR.  
Workplace violence against women nurses working in two public sector hospitals of Lahore, Pakistan. *Nurs Outlook*. 65(4):420-427. 2017.
- 14) Al-Shamlan NA, Jayaseeli N, Al-Shawi MM, Al-Joudi AS. Are nurses verbally abused? A cross-sectional study of nurses at a university hospital, Eastern Province, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 24(3):173-180. 2017.
- 15) Fallahi-Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Afshani S.  
Physical violence against health care workers: A nationwide study from Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 21(3):232-8. 2016.
- 16) Fallahi Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Ahmadvand H.  
Psychological violence in the health care settings in Iran: a cross-sectional study. *Nurs Midwifery Stud*. 4(1):e24320. 2015.
- 17) Aksakal FN, Karaşahin EF, Dikmen AU, Avci E, Ozkan S.  
Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital. *Turk J Med Sci*. 45(6):1360-8. 2015.
- 18) Fafliora E, Bampalis VG, Zarlis G, Sturaitis P, Lianas D, Mantzouranis G.  
Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. *Work*. 53(3):551-60. 2015.
- 19) Pandey M, Bhandari TR, Dangal G. Workplace Violence and its Associated Factors among Nurses. *J Nepal Health Res Council*. 15(3):235-241. 2018.
- 20) Cheung T, Lee PH, Yip PSF.  
Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *Int*

J Environ Res Public Health. 14(8)879. 2017.

21) Cavalcanti AL, Belo EDR, Marcolino EC, Fernandes A, Cavalcanti YW, de Carvalho DF, Valença AMG, Cavalcanti AFC, Padilha WWN. Occupational Violence against Brazilian Nurses. Iran J Public Health. 47(11):1636-1643. 2018.

22) Shi L, Zhang D, Zhou C, Yang L, Sun T, Hao T, Peng X, Gao L, Liu W, Mu Y, Han Y, Fan L. A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. BMJ Open. 7(6):e013105. 2017.

23) Ezeobele IE, McBride R, Engstrom A, Lane SD. Aggression in Acute Inpatient Psychiatric Care: A Survey of Staff Attitudes. Can J Nurs Res. 51(3):145-153. 2019.

24) James BO, Isa EW, Oud N. Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 14(2):130-3. 2011.

25 ) Moylan LB, Cullinan M.

Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. J Psychiatr Ment Health Nurs. 18(6):526-34. 2011.

26) Hsieh HF, Wang HH, Shen SH, Li YC. Predictors of depressive symptoms among psychiatric nurses who suffered from workplace violence. J Adv Nurs. 74(2):425-432. 2018.

27) Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. BMC Nurs. 14:35. 2015.

28) Khoshknab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. Pak J Biol Sci. 15(14):680-4. 2012.

29) Niu SF, Kuo SF, Tsai HT, Kao CC, Traynor V, Chou KR. Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. PLoS One. 14(1):e0211183. 2019.

30) Staggs VS.

Deviations in Monthly Staffing and Injurious Assaults Against Staff and Patients on Psychiatric Units. *Res Nurs Health*. 39(5):347-52. 2016.

31) Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health*. 36(1):26-37. 2013.

32) Dean AJ, Gibbon P, McDermott BM, Davidson T, Scott J. Exposure to aggression and the impact on staff in a child and adolescent inpatient unit. *Arch Psychiatr Nurs*. 24(1):15-26. 2010.

33) Pich J, Kable A. Patient-related violence against nursing staff working in emergency departments: a systematic review. *JB I Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 12(9): 398-453. 2014.

34) Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L. Violence towards Emergency Nurses: The 2016 Italian National Survey-A cross-sectional study. *Jo Nurs Manag*. 27(4):792-805. 2019.

35) Darawad MW, Al-Hussami M, Saleh AM, Mustafa WM, Odeh H. Violence against nurses in emergency departments in Jordan: nurses' perspective. *Workplace Health Saf*. 63(1):9-17, 2015.

36) Ogundipe KO, Etonyeaku AC, Adigun I, Ojo EO, Aladesanmi T, Taiwo JO, Obimakinde OS. Violence in the emergency department: a multicentre survey of nurses' perceptions in Nigeria. *Emerg Med J*. 30(9):758-62. 2013.

37) Abou-ElWafa HS, El-Gilany AH, Abd-El-Raouf SE, Abd-Elmouty SM, El-Sayed REH. Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt. *J Interpers Violence*. 30(5):857-72. 2015.

38) Pol A, Carter M, Bouchoucha S. Violence and aggression in the intensive care unit: What is the impact of Australian National Emergency Access Target?. *Aust Crit Care*. 32(6): 502-508. 2019.

39) Pich JV, Kable A, Hazelton M. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from

the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australas Emerg Nurs J.* 20(3):107-113. 2017.

40) Pinar R, Ucmak F. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *J Clin Nurs.* 20(3-4):510-7. 2011.

41) Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Healthc Prot Manage.* 26(1):81-99. 2010.

42) Han CY, Lin CC, Barnard A, Hsiao YC, Goopy S, Chen LC. Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A phenomenographic study. *Nurs Outlook.* 65(4):428-435. 2017.

43) Jeong IY, Kim JS. The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence. *J Clin Nurs.* 27(7-8):1692-1701. 2018.

44) Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ.* 29(2):59-66. 2011.

45) Hsieh HF, Chen YM, Wang HH, Chang SC, Ma SC. Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: a cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 25(17-18):2639-47. 2016.

46) Hsieh HF, Hung YT, Wang HH, Ma SC, Chang SC. Factors of Resilience in Emergency Department Nurses Who Have Experienced Workplace Violence in Taiwan. *J Nurs Scholarsh.* 48(1):23-30. 2016.

47) Gillespie GL, Gates DM, Berry P. Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *Online J Issues Nurs.* 18(1):2. 2013.

48) Morphet J, Griffiths D, Innes K. The trouble with reporting and utilization of workplace violence data in health care. *J Nurs Manag.* 27(3):592-598. 2019.

49) Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and

Non-Psychiatric Settings. *Int J Environ Res Public Health*.14(10):1245. 2017.

50) Havaei F, MacPhee M, Lee SE. The effect of violence prevention strategies on perceptions of workplace safety: A study of medical-surgical and mental health nurses. *J Adv Nurs*. 75(8): 1657-1666. 2019.

51) Meier SBB, Uenver Y, Stooss A, Meyer-Heim A. Frequency, Characteristics and Risk Factors of Aggressive Incidents in a Paediatric Rehabilitation Setting: A Prospective Survey. *Dev Neurorehabil*. 23(1):9-17. 2020.

52) Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abou Saif H. Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *East Mediterr Health J*. 18(3):198-204. 2012.

53) Sun S, Gerberich SG, Ryan AD. The Relationship Between Shiftwork and Violence Against Nurses: A Case Control Study. *Workplace Health Saf*. 65(12):603-611. 2017.

54) Wei CY, Chiou ST, Chien LY, Huang N. Workplace violence against nurses--prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 56:63-70. 2016.

55) Hegney D, Tuckett A, Parker D, Eley RM. Workplace violence: differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: a cross-sector analysis. *Int J Nurs Pract*. 16(2):188-202. 2010.

56) Farrell GA, Shafiei T, Chan SP. Patient and visitor assault on nurses and midwives: an exploratory study of employer 'protective' factors. *Int J Ment Health Nurs*. 23(1):88-96. 2014.

57) Chen X, Lv M, Wang M, Wang X, Liu J, Zheng N, Liu C. Incidence and risk factors of workplace violence against nurses in a Chinese top-level teaching hospital: A cross-sectional study. *Appl Nurs Res*. 40:122-128. 2018.

58) Hensel JM, Lunsy Y, Dewa CS. The mediating effect of severity of client aggression on burnout between hospital inpatient a

nd community residential staff who support adults with intellectual disabilities. *J Clin Nurs*. 23(9-10):1332-41. 2014.

59) Fasanya BK, Dada EA. Workplace Violence and Safety Issues in Long-Term Medical Care Facilities: Nurses' Perspectives. *Saf Health Work*. 7(2):97-101. 2016.

60) Zhao SH, Shi Y, Sun ZN, Xie FZ, Wang JH, Zhang SE, Gou TY, Han XY, Sun T, Fan LH. Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover intention: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 27(13-14):2620-2632. 2018.

61) Shahzad A, Malik RK. Workplace Violence: An Extensive Issue for Nurses in Pakistan:- A Qualitative Investigation. *J Interpers Violence*. 29(11):2021-2034. 2014.

62) Rees C, Wirihana L, Eley R, Ossieran-Moisson R, Hegney D. The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses. *J Nurs Adm*. 48(9):452-458. 2018.

63) Hsieh HF, Chang SC, Wang HH. The relationships among personality, social support, and resilience of abused nurses at emergency rooms and psychiatric wards in Taiwan. *Women Health*. 57(1):40-51. 2017.

64) Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation. *Int J Ment Health Nurs*. 19(3):186-94. 2010.

65) Campana KL, Hammoud S. Incivility from patients and their families: can organisational justice protect nurses from burnout?. *J Nurs Manag*. 23(6):716-25. 2015.

66) Moylan LB, McManus M, Cullinan M, Persico L. Need for Specialized Support Services for Nurse Victims of Physical Assault by Psychiatric Patients. *Issues Ment Health Nurs*. 37(7):446-50. 2016.

67) Chang HE, Cho SH. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 10(4):271-276. 2016.

68) Zhang L, Wang A, Xie X, Zhou Y, Li J, Yang L, Zhang J. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 72:8-14. 2017.

- 69) Cheung T, Yip PS.  
Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health*. 17(1):196. 2017.
- 70) Tiruneh BT, Bifftu BB, Tumebo AA, Kelkay MM, Anlay DZ, Dachew BA.  
Prevalence of workplace violence in Northwest Ethiopia: a multivariate analysis. *BMC Nurs*. 15:42. 2016.
- 71) Pekurinen VM, Välimäki M, Virtanen M, Salo P, Kivimäki M, Vahtera J.P  
Organizational Justice and Collaboration Among Nurses as Correlates of Violent Assaults by Patients in Psychiatric Care. *Psychiatr Serv*. 68(5):490-496. 2017.
- 72) Sato K, Wakabayashi T, Kiyoshi-Teo H, Fukahori H. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: a cross-sectional survey. *Int J Nur Stud*. 50(10):1368-76. 2013.
- 73) Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M.  
Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *J Emerg Nurs*. 40(3):218-28. 2014.
- 74) ALBashtawy M, Aljezawi M. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *Int Emerg Nurs*. 24:61-5. 2016.
- 75) Al-Azzam M, Al-Sagarat AY, Tawalbeh L, Poedel RJ.  
Mental health nurses' perspective of workplace violence in Jordanian mental health hospitals . *Perspect Psychiatr Care*. 54(4):477-487. 2018.
- 76) Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R.  
Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 9:263-275. 2016.
- 77) Gifford ML, Anderson JE. Barriers and motivating factors in reporting incidents of assault in mental health care. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 16(5):288-98. 2010.
- 78) Morphet J, Griffiths D, Plummer V, Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads

of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust Health Rev.* 38(2):194-201. 2014.

79) Xing K, Zhang X, Jiao M, Cui Y, Lu Y, Liu J, Zhang J, Zhao Y, Zhao Y, Li Y, Liang L, Kang Z, Wu Q, Yin M. Concern about Workplace Violence and Its Risk Factors in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 13(8):811. 2016.

80) Marshall B, Craig A, Meyer A. Registered nurses' attitudes towards, and experiences of, aggression and violence in the acute hospital setting. *Kai Tiaki Nurs Res.* 8(1):31-36. 2017.

81) Spector PE, Yang LQ, Zhou ZE. A longitudinal investigation of the role of violence prevention climate in exposure to workplace physical violence and verbal abuse. *Work & Stress.* 29(4):325-340. 2015.

82) Ridenour ML, Hendricks S, Hartley D, Blando JD. Workplace Violence and Training Required by New Legislation Among NJ Nurses. *J Occup Environ Med.* 59(4):e35-e40. 2017.

83) Lakatos BE, Mitchell MT, Askari R, Etheredge ML, Hopcia K, DeLisle L, Smith C, Fagan M, Mulloy D, Lewis-O'Connor A, Higgins M, Shellman A. An Interdisciplinary Clinical Approach for Workplace Violence Prevention and Injury Reduction in the General Hospital Setting: S.A.F.E. Response. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 25(4):280-288. 2019.

84) de la Fuente M, Schoenfisch A, Wadsworth B, Foresman-Capuzzi J. Impact of Behavior Management Training on Nurses' Confidence in Managing Patient Aggression. *J Nurs Adm.* 49(2):73-78. 2019.

85) Burkoski V, Farshait N, Yoon J, Clancy PV, Fernandes K, Howell MR, Solomon S, Orrico ME, Collins BE. Violence Prevention: Technology-Enabled Therapeutic Intervention. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 32(SP):58-70. 2019.

86) Larson LA, Finley JL, Gross TL, McKay AK, Moenck JM, Severson MA, Clements CM. Using a Potentially Aggressive/Violent Patient Huddle to Improve Health Care Safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 45(2):74-80. 2019.

87) Irvine B, Billow MB, Gates DM, Fitzwater EL, Seeley JR, Bourgeois M.  
An internet training to reduce assaults in long-term care. *Geriatr Nurs.* 33(1):28-40. 2012.

88) Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JM, Halfens RJ. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Educ Today.* 35(1):212-9. 2015.