

医护人员日常工作所面对的语言攻击

弗拉瓦·黑泽尔顿, 恩尼斯·凯布尔, 哈维·里尔迪恩, 达西姆·帕斯

国际攻击性行为协会, 540 W Colleen Ave, Ballinger, Phoenix 86091, United States

摘要: 深入探讨医疗领域所发生的暴力冲突。详细记载医护人员如何在日常工作中被病患或其家属语言攻击。他们每一天都被暴露在极高的语言攻击风险之中, 但此事却被大众知之甚少。于2010年, 一项1150小时的观察数据显示, 在220名病患当中就有210名向医护人员展开语言攻击。本文收录了此项观察所得出的结果, 并揭发每位医疗人员如何经历病患与家属所发动的语言攻击。研究结果分为三大部分: 性骚扰(占多数); 荒谬、无理要求; 以及威胁恐吓。研究当中的医护人员每日都被笼罩在性别侮辱和恶意攻击的迷雾之中。因此我们建议针对医护人员所面对的性骚扰课题提供干预措施, 改善医疗领域的工作环境。

关键词: 医护人员; 护士与病人间的互动; 看护; 暴力攻击; 人事课题

Mosaic of verbal abuse experienced by nurses in their everyday work

Flava Hazelton, Ennis Kable, Harvie Reardien, Dasseem Paus

International Society for Aggressive Behaviours, 540 W Colleen Ave, Ballinger, Phoenix 86091, United States

Abstract: Aims. To report observational data collected as part of a multi-phased study examining violence in the health sector. The findings presented detail the nature of verbal abuse experienced by nurses during their everyday interactions with patient, their families, or companions. Background. Nurses have unacceptably high levels of exposure to violence, which commonly includes verbal abuse. However, relatively little is known about the nature of verbal abuse against nurses. Design. Observational design. Methods. During 2010, 1150 hours of observation resulted in data on 220 patients displaying cues for physical violence and 210 qualitative observational notes. These observational notes constitute the data for this paper and reveal the nature of verbal abuse experienced by nurses in their everyday work. Results. A mosaic of abuse was revealed through three major categories: a discourse of gendered verbal abuse that was largely: sexual; insults, ridicule, and unreasonable demands; and hostility, threats, and menacing language. Conclusions. For the nurses observed in this study, everyday nursing practice occurred in a backdrop of verbal abuse and hostility, which had a strong theme of gendered and sexualized overtones. We recommend that interventions that target verbal abuse should address the gendered and sexualized nature of the abuse experienced by nurses.

Keywords: nurses, nurse-patient interactions, nursing, violence, workforce issues

引言

护士很可能会遭受性骚扰, 因为他们的公众形象似乎结合了性和母性。护理助理、技术人员和治疗师也会遭受性骚扰。这些职业中的共同风险因素是在患者转移过程中与患者身体的直接接触。许多研究报告说, 女性是性骚扰的危险因素。手术科室、妇产科病房、围产期病房或新生儿重症监护病房的调整优势比是每种工作场所暴力的常见安全因素。通常, 手术室中的患者在手术

过程中不能说话或不小移动手指。妇产科病房、围产期病房或新生儿重症监护病房没有成年男性患者这一事实可能会影响这些地区工作场所暴力的发生率较低。

看护人员的职业属于遭遇各种暴力攻击的高风险群是众所周知的事(Gacki-Smith et al. 2009, Pich et al. 2010)。但多数民众却对护士常身处于语言暴力之中的情况一知半解。虽然有不少研究记载关于看护人员的语言攻击经历(Farrell et al. 2006, Chapman et al. 2009,

Stone et al. 2011), 但观察性研究却少之又少 (Luck et al. 2007)。绝大多数调查仅以是非题为主, 以导致很难深入了解事发的实际情况。为一探究究竟, 本文所得的调查结果会以观察性研究为主, 具体探讨埋伏在医疗看护工作环境中语言暴力的本质。

背景

有许多证据证明言语攻击是患者对护士其中最常见的暴力形式, 威胁、攻击性和贬低语言最为普遍 (Stone et al. 2011), 并且被认为广泛流传在医疗领域之中 (Pich et al. 2010)。据报道, 言语虐待引起国际性关注。在日本, 29% 的护士透露在早年遭受过语言暴力。在精神科病房、长期护理病房、门诊部和透析科, 言语虐待的调整优势比显着较高 (Fujita et al. 2011)。在一项针对 210 家加拿大医院的研究中, 7-6% 的护士表示遭受到语言性骚扰, 38% 的护士则声明遭遇了心理虐待 (Duncan et al. 2001)。

因经常发生, 以致言语暴力变成一种自然现象, 但这绝不表示它不会对受害者带来任何负面影响。众所周知, 性别角色的偏见、性骚扰评论和性别歧视的语言会对受害者带来精神上的创伤 (Berg 2006), 因为这些针对个人发动的攻击可摧毁一个人的自我价值与自尊。若持续加强侵略者的攻击势力来控制、羞辱, 和贬低他人, 他们将会通过这些持有贬低性化言语和咒骂去剥削受害者, 从而得到满足 (Rowe & Sherlock 2005)。据报道, 土耳其护士对言语虐待的常见反应包括无助、羞辱和抑郁 (Celik & Celik 2007)。

性骚扰的定义如下: “任何不受欢迎的、不回报的和不受欢迎的性行为, 这些行为冒犯相关人员, 并导致该人受到威胁、羞辱或尴尬” (国际劳工组织, 国际护士理事会 [ICN], 世界卫生组织 [WHO], 国际公共服务 [PSI], 2002, p.4)。将任何行为识别或标记为“性骚扰”取决于对人的主观感知, 如定义中的“不受欢迎”和“不受欢迎”术语所示。因此, 为了使用更多外部和可见的标准来评估性骚扰 (Madison & Minichiello, 2000), 本研究还包括了一个专注于患者行为的工具。性骚扰的定义和政策从美国 (Mackinnon, 1979) 传入日本, 并在 1980 年代后半期变得普遍。从那时起, 日本的一些政府机构、大型企业和大学制定了反对性骚扰的指导方针 (Fukushima, Nakashita, Suzuki, Keneko, & Ikeda, 1998)。此后, 在 1998 年 (Abe, Matsuoka 和 Kurita, 1998 年) 和 2002 年 (Sasaki 和 Hara, 2002 年) 进行了两项开创性的学术研究, 表明日本女医院护士存在性骚扰。安倍等人。(1998) 报道的发病率为 49.4%, Sasaki 和 Hara (2002) 报道的发病率为 40%。这些研究表明,

日本女护士在日常工作环境中经常受到性骚扰。

在这两项研究之间, 2001 年, 国际护士理事会 (ICN) 关于工作场所暴力 (包括性骚扰) 的声明被日本护理协会 (JNA; 2001) 翻译成日语。最近, JNA 对包括性骚扰在内的工作场所暴力进行了一项调查, 并于 2006 年发布了医疗保健行业工作场所问题指南 (JNA, 2006a)。在日本, 女性护士的性骚扰比男性护士更常见。根据 JNA (2006b), 在 2004 年雇用的大约 800, 000 名护士中, 大约 30, 000 名是男性, 这表明雇用的男性护士比例低于 4%。传统上, 护理一直被认为是女性职业 (Fiedler & Hamby, 2000), 即使是现在, 除了精神科护理等特殊领域的护士外, 大多数日本护士都是女性。因此, 本研究主要关注女性护士。

澳大利亚护士认为, 辱骂脏话是最具攻击性的言语攻击形式, 尤其是在女护士中。据报道, 与威胁相关的咒骂比与个人贬低评论相关的咒骂造成的痛苦更少 (Stone et al. 2011)。使用暴力事件的数据库分析以及调查和采访的护士们表示“性羞辱用词” (Stone et al. 2011) 是最具冒犯性的, 并且比来自患者的辱骂, 其亲属的辱骂性语言更令人痛苦。“性羞辱用词”可视为禁忌语言的其中一种 (Jay 2009a, Stone et al. 2011)。Jay (2009b, p. 153) 将禁忌语言定义为“冒犯性”和“情感伤害”, 并表示根据不同的个人、人际关系、文化、社会 and 制度原因有不同的用法。此外, 使用禁忌词的动机可以有很多, 其中包括发泄情绪、愤怒、震惊、侮辱、攻击, 以及发动暴力和性骚扰。但是攻击性语言的危害论认为重要的不是语言本身, 而是事发的境况 (Jay 2009b, Stone et al. 2011), 并且觉得禁忌词也可以和幽默相提并论, 甚至有时可被视为无恶意的个人宣泄 (McEnery & Xiao 2004)。

尽管存在着冒犯语言使用的争论, 医护人员面对语言暴力的事件仍是一个需要被关注的课题。文献表明, 更令护士关心的是当语言攻击涉及到他们自身人格 (Luck et al. 2008)。值得庆幸的是仍有许多环绕在医职健康与安全的课题在促进民众对于语言暴力本质、境况, 以及影响的了解, 无论是直接或间接性。

目的

本文报告了一项多层面研究中第二阶段的调查, 为研发与测试医护人员所面对身理暴力的预测途径。在这项更大规模研究背景下, 本阶段的目标是观察并收集护士与病患或其家属的日常接触中遭受到的暴力本质与数据。

设计

该研究的第一阶段使用 Delphi 方法来提取可用于预测身理暴力的几种行为线索, 并在别处提出相关报道

(Wilkes et al. 2010)。为了解决护士遭受暴力行为的观察数据不足的问题,研究的第二阶段通过收集有关暴力事件的详细观察记录,进一步验证了暴力行为的行为线索。该研究的第二阶段是在一个位于澳大利亚主要城市区的医院和急诊科进行的。为确保患者和工作人员的隐私,观察仅在医院的通道和候诊区进行。数据收集只在观察时间中进行,主要目的是记录符合暴力定义的行为细节,没有试图做出任何假设性解释。

用于收集观察数据的途径包括从研究的第一阶段(Luck et al. 2007, Wilkes et al. 2010)得出的17个身体暴力行为线索的清单,该清单包括用于记录额外定性信息的空间,包括与观察有关的结果。在这些观察期间收集的叙述文本构成了这篇论文。观察记录包括日期、观察开始和停止的确切时间、位置/设置或情境背景、设置中的参与者、参与者的行为和反应,例如惯性行为和行为特征、观察到的动态或交互模式、手势和肢体语言、语气和内容,以及相关环境中空间和物体的细节。

数据搜集

非预设式观察的优势在于能够保留事件本身的真实度(Gray 2009),并且可为社会和互动行为分析带来更多价值(Caldwell & Atwal 2005)。观察者不参与案发过程,却能够直接看到动作和行为演变(Bucknell 2000, Polit & Beck 2012)。没有事先预设好的观察形式有较高机率可捕捉到被习以为常且日常发生的无理事件,揭发医院不为人知的暴力事件。

观察是开放式的,在医院多个科室的通道和候诊区进行,包括产房、普通病房、老年评估病房和急诊科。数据发现大多数言语暴力是在急诊室发生。此调查是在2010年针对所有班次进行了4个月的观察。每一次的观察时间为4-8小时。所有观察员(n=9)都是经验丰富的护士,并在进入该领域之前参加了培训研讨会,以确保她们的熟悉度以及对使用观察工具的信心程度。讲习班测试了她们在使用工具和记录观察时的准确性和一致性。在数据收集期间,观察员一直都有相关援助和辅导服务。

鉴于观察的性质,无法完整统计或直接定论暴力事件的次数与比例,因为人为观察中有少数机率会误判一些暴力/非暴力的遭遇。在观察期间,从220名患者中共观察到1501条潜在的身理暴力线索。9名观察员在210次的记录中共花了1150小时观察,详细解剖了暴力事件的本质;这些观察中有918小时是在急诊室进行的。

道德考量

该研究得到了大学和医院的人类伦理委员会批准。

由于在医院环境中进行观察属较敏感课题,因此为保护患者和工作人员的隐私进行预防措施。观察员被安置在公众区如通道与等候区,而不是更私人的治疗空间如单独隔间。这样就不会干误患者与专业人员之间的治疗过程。加上调查也不会收集有关患者或工作人员本身的私人资讯,机构伦理委员会认为无需征求每位被观察者的个人同意(国家健康与医学研究委员会2007)。

在整个项目中,尊重患者与专业人士的个人隐私仍然是优先权。相关部门也有张贴告示说明每个人的角色和所收集数据的性质。此外,口头讲解也有为前来咨询的人额外提供。由于有替代性创伤发生的可能性(Kadambi & Ennis 2004),因此调查组特别准备电话联系以进行开导,甚至心理辅导。在早期的数据搜集中有两次需要进行通话联系,但所幸没有观察者需要进一步的辅导。

数据分析

定性内容分析广泛用于探索性和描述性研究。它是一种分析书面、口头或视觉数据的方法,通过推导概念或类别来浓缩对所研究现象的描述(Elo & Kyngäs 2008)。在这项研究中,内容分析被用于暴力发展的观察简明描述(Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008)。内容分析的分析单位可以是单词、句子或段落。数据被编码和分类(Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008年),并开发概念系统或模式。在这项研究中,来自观察工具的文本被转录并初步分析了言语暴力和辱骂,例如威胁、提高嗓门、咒骂以及羞辱或有辱人格的语言。

科学严谨

从项目的概念开始就建立了审计跟踪(Borbasi et al. 2008)。数据分析最初由研究团队的两名成员进行。在这个初步分析之后,其他团队的成员交互检查了紧急类别的严谨性,包括可听性和可证实性(Graneheim & Lundman 2004)。

效果

据分析,护士、患者和患者陪同者之间的日常互动中存在着各种形式的暴力动机。在提供护理的环境下持续存在间接和肢体威胁行为和语言侮辱、对能力的攻击、威胁和武力攻击。这将会导致护士与病人共处一种充满敌对的环境之中。我们将此概念视为言语暴力的马赛克。

言语暴力马赛克

相互关联的言语攻击合辑通过三个主要类别描述形成了语言暴力马赛克:性骚扰;无理要求;以及威胁性言语。这些类别让我们深入解读护士在日常工作中经历

暴力攻击的本质。下一节将更详细地探讨每一个类别。

一、性骚扰

主要是在日常工作看护中对护士展开性别方面的语言攻击与威胁。这种形式的辱骂是不仅仅是提高声量，而是用一种充满性别侮辱和带有贬低含义的说话方式对作为女性的护士展开攻击。在这一点上，应该指出的是，观察到许多针对护士的威胁都包含性羞辱色彩——最常见的是针对女性护士。

观察中可见患者及其家属通过性别歧对护士进行性侮辱、无理判断、甚至威胁。这些针对护士与日常看护的性化嘲讽和侮辱带有严重的性别偏见。性骚扰持有强烈贬义言语，其中包括将护士描述为“婊子”和“荡妇”，并且是在其他人面前对护士展开语言攻击。通过贬低侮辱来标签女性护士的基础是出于对自身性别的优越感。在繁忙的候诊室中观察到以下互动；当护士在没有以足够快的速度带来冰块时，引发了恶意攻击。

患者朋友（对该护士说）：“这些TA妈的懒鬼，我们为这些没用的东西缴了一堆税！真是个TA妈的婊子”

这些言语攻击不单单关于因性别持有的偏见，其中还包括了对护士智商的质疑。许多性别语言暴力通过性别偏见的概念，来诋毁个人的智力或能力。这种类型的侮辱包括“真是个婊子”、“这个护士什么都不懂——笨女人”和“这里到处都是没受过教育的傻子”之类的嘲讽。这些言语攻击将护士归纳为冷漠、愚蠢和可耻的女性。通过这些性别侮辱的语言暴力，护士的性别和智商同时被贬低。以下情况是护士在为病人准备治疗时发生的，是针对性别诋毁以及智商质疑的辱骂（过程中还牵涉了三名警察与一名保安）：

病人（对护士说）：“你TA妈的没用！你是个护士耶，怎么能剥夺我的自由。你这婊子，你真的知道你在做什么吗？…你TA妈的蠢货！”

通过将性别歧视言语将注意力放到了所谓女性的无知上，而忽略了个人素质或能力，因为是女性而被认为是次要的、肮脏的或愚蠢的。以这种方式框架，护士被视为可公开挑逗的目标。这反映在一位患者的嘲讽中：“过来，宝贝，过来”，以及一位患者的同伴（三人一组）大声对一位护士喊道：“性感宝贝，跟我回家好不好”

有患者还利用性别辱骂来支配或掌控情况。案例中有位患者陪同者因不想等而威胁说“我们去把那些婊子找出来！”患者说：“我会让你好看婊子”“希望你不知道什么是害怕的滋味”

这议题主要针对来自患者及其同伴，对给予他们日常看护的护士们发动的性别歧视与性骚扰。众所周

知，语言暴力可以通过攻击或质疑来伤害一个人的人格和尊严（Gabriel 1998）。据报道，护士对于这些患者的攻击最常有的反应是罪孽感和羞耻（Needham et al. 2005, Felblinger 2008）。这些都强调了由言语暴力对护士造成的自我形象与自我价值摧毁，以及感到自身安全受到威胁。

二、侮辱、嘲笑和无理要求

一般语言暴力报道中没有的性歧视泛音也能在此项观察中可见。攻击形式包括侮辱评论、贬低嘲讽，并通常发生在公众场面，大声辱骂以引起大众对目标对象的负面关注。这些行为诋毁了医护人员的专业身份与能力。“TA妈的没用”“TA妈的白痴”，透过这些评论来质疑护士的能力以及所提供的看护。

观察中，针对护士的人格和能力来贬低的侮辱包括“她们（护士）真的知道怎么做吗”“你是骗子吧”“真是个笑话”。针对看护的攻击包括“乱七八糟”“天啊，认真做行不行”等评论。患者与访客经常会要求护士行动加快，请医生马上到现场之类的过分要求“立刻叫医生过来！”，或者“快上食物，现在就要！”部分要求还包含着医护人员无能的隐喻：“能不能快点，这里等的不只是我一个人，还有其他所有人。”

由此可见，护士经常受到咒骂这件事已经占据看护工作中的一大部分（Luck et al. 2008）。当侮辱与威胁相互交错时，语言暴力会慢慢演变成更严重的语言攻击，然后不断重复。

三、敌意、威胁和威胁性语言

在观察到中常见的景象有肢体动作和语言的威胁形式。肢体动作包括破坏公物，例如在等候区的病人撕毁杂志的案例，还有患者说“信不信我毁掉那辆轮椅”。其它形式的恶意举动包括“交叉双臂”、“瞪视”、“踱步”和“摇头叹气”等行为。在候诊室的一个例子中，观察到一名患者和其同伴直接坐到护士台面前，紧紧盯着医护人员”。

语言暴力若置之不理，这些行为将引发暴力事件升温。几宗案例还威胁表示会投诉或采取法律行动。有一位家属抱怨说：“我会把你们医院干的好事发给媒体报道”，并用手机拍摄工作人员，期间包括其他治疗人员（救护人员和医生），但最常见的是针对护士群。威胁包括几种不同类型的暴力攻击：表示会杀害、枪射、炸毁、拳打、并用针刺。在某些情况下，威胁来自患者的同伴。在另一件案例中，观察到一组10名访客几乎在整个护理提供的过程中，都在大声威胁医护人员。威胁的范围从笼统的陈述，例如：“不要碰我。别让我捉到你”“我要打爆你”，演变成更具威胁的说词：“我离开之

后再回来杀了你们所有人，别让我在路上看到你”“我恨你们……我会杀了你们，我会射杀你们所有人，我一定会抓到你”

讨论

本研究中的广泛调查与先前的医护环境中暴力冲突事件的研究产生了共鸣 (Chappell & Di Martino 2000, Ferns & Meerabeau 2007)。本研究的原创性在于针对医护环境中，护士与病人语言暴力事实的潜在规模、密度、范围与其复杂性的洞察。观察数据剖析了护士所经历的言语攻击和威胁伤害；日积月累的暴力经历；经时间推移，攻击者会夸大事态严重性的可能性。研究结果表明，对暴力的狭隘解释不足以诠释护士所遭遇到暴力攻击的复杂性和境遇。

在许多情况下，护理仍被视为女性的工作 (Bilgin & Buzlu 2006)。本研究中观察到，出于女性必须屈从的概念，患者、其家属或同伴反映了一种性别优越感，这种权力动态通过暴力合法化来削弱女性护士的权力。距今已有十多年的研究证实，众多职业当中，女性与男性相比，前者更容易遭受到职场暴力，其风险比例差别甚大 (Fisher & Gunnison 2001, Leiter et al. 2001)。

很少有解释医护人员经历暴力攻击的研究。尽管在医院组织有人权保护的条例 (Roberts 2000, Speedy 2004, Strauss 2008)，但不是该组织的受雇者对护士进行身理与心理的言语暴力却被大大忽视了 (Lawoko et al. 2004, Rowe & Sherlock 2005, Roche 2010)。在看护环境中，性骚扰在很大程度上被认为是与暴力攻击截然不同的问题，很多的性骚扰研究也不会直接将患者视为肇事者进行调查 (Finnis et al. 1993, Leiter et al. 2001, Valent & Bullough 2004, Celik et al. 2007)。此外，有多项研究采纳狭义的性骚扰定义，仅将肢体冲突纳入为性暴力范畴 (Oliveira & Flava 2008)。针对护士面对性骚扰的调查一再确定了患者是这种暴力形式的最常见源头，有超过 50% 的护士汇报了来自患者的性骚扰 (Hibino et al. 2006, 2009, Cugin & Fish 2009)。

针对职场歧视对于工作者的心理健康、福利与职场满足度的影响 (Wood et al. 2012)，数据表示来自患者的歧视对焦虑和工作满意度有很大的负面影响，并会大幅度削弱对工作的热情和参与度。很少有专门研究性骚扰的语言暴力对于医护人员身心健康的影响，也没有研究调查过这些行为会带来的后果，就算是事态已经伴随着肢体暴力或威胁恐吓。

在这项研究中，透过性骚扰发生的形式来看，可以得知还有许多没被报道的语言暴力案例。据了解，这些

性骚扰和多余的关注还是被很多女性看作并接受是生活中的必经之路。据报道，护士们都倾向于低估性骚扰的严重性 (Madison & Minichiello 2000, Hibino et al. 2006)。有研究认为，护士对暴力行为的沉默源于她们欣然接受的态度，觉得遭遇语言暴力是工作的一部分 (Jackson et al. 2002) 抑或是出自公诸于世的恐惧 (Hegney et al. 2003)。不投报的原因也可能是鉴于在私人生活中有过被伴侣暴力对待的遭遇 (Oliveira & Flava 2008)，因羞耻或害怕，就算在职场中也经历性骚扰，受害者还是选择保持沉默。

研究结果强调了研发创新方法来解决医护人员面对言语暴力的必要性。策略必须是多层面的，既要降低语言攻击的严重程度，也要减少因暴露于语言虐待而对工作人员造成创伤或痛苦的风险。从暴力攻击的本质来看，解决旁观者事不关己的态度，或对于性别歧视的容忍度等问题的策略也非常重要，特别是当这些暴力行为可为患者带来想要的优势或好处的时候。人力资源部经理和护士长应审查暴力事件的处理方式和其效用，并定时检查这些政策是否能一直提供足够的保护，因为以往的政策通常都只处理涉及到肢体暴力的投诉，但往往很少会在性骚扰或语言暴力中上演。

明确阐述标准和制定旁观者干预策略培训可能对解决旁观者对于暴力事件的容忍度与置之不理的态度有着至关重要的影响。鉴于先前言语暴力的低报水平 (Jackson et al. 2002)，旁观者干预计划可通过公开处理大家对于语言暴力的容忍度，来应对旁观者对受害者不关心的问题。此外，这些暴力攻击出自于没有暴力倾向的患者及其家属也值得被探讨。研究都是在医院的公共区域进行的观察，因此其他等待关注的患者成为了暴力事件的见证人。另外值得深思的是，目睹这些暴力发生的人对医院作为康复圣地会有什么样的看法。

局限性

这项研究的主要优势在于它使用了观察数据。大多数有关于医护环境中职场暴力的文献仅基于自我评估，并通常仅限于是否的问答题，这意味着工作场所发生的暴力攻击性质未能完全被阐明。此外，我们选择的方法意味着我们能够捕捉护士在日常工作中遇到的暴力攻击。然而，这项研究有几个局限性。一是以观察形式作为研究调查。因为是肉眼观察，所以无法将观察期间全部发生过的事件一一记录下来，并有被遗漏的可能性。此外，观察是一种人类活动，因此必须承认数据的主观性。此外，出于道德原因，所以无法收集患者的资料，也不会记录住院原因相关的信息，因而无法更明确分析是什么

因素导致他们有暴力攻击的倾向。同样，数据并不是在私人空间收集，因此无法确定暴力攻击是否在这些地方继续发生。

结论

先前的研究已经证实，基于性的骚扰和性骚扰在医疗保健中很普遍（Cholewinski & Burge, 1990; Kinard, McLaurin, & Little, 1995; Libbus & Bowman, 1994; Madison, 1997）。这项研究的意义在于，它表明教育应该是具体的，不仅要基于对积极工作场所氛围的结构障碍，还要基于被骚扰者传达的互动信息。骚扰与上下文相关，在某些情况下可能被视为骚扰，而在其他情况下则不被视为骚扰，并且可能会被某些人识别和标记为此类，但其他人则不会。过去被忽视的行为，例如性戏弄或与性别有关的辱骂，与骚扰密切相关或可能被视为骚扰。基于性别的定义和随着工作场所的变化和性别特定的职业减少，性骚扰可能会继续发生变化。

结果表明医疗领域的干预计划与政策架构的研发对语言暴力的应对有至关重要的影响。尤其是护士长，她们需要定时确保患者与其家属的性骚扰和语言攻击的性质和影响一直都有被包括在干预政策之中。本研究结果还证实了观察形式对于医疗环境中发生的语言暴力调查的效用。类似方法的研究也被鼓励使用在下一次对言语攻击升华的细研。进一步的探讨也可能有助于揭示该类攻击的动机，是出于挑衅，还是想要支配护士权。当然也有必要意识到语言暴力所带来的负面影响，并为那些经历和目睹这种情况的人提供足够的基础设施与所需要的支持。研究也反映了以快照形式收录数据，并以纵向研究来探讨语言攻击的普遍性与影响力的做法将会特别有帮助。

这项研究展示了被骚扰者的经历，但很少有研究有助于了解骚扰者如何识别和标记自己的行为。尽管可能难以接触到这一人群，但了解他们的动机、背景和行为合理化可能会导致更有效的改变并减少工作场所的骚扰。在这项研究中，被骚扰的男性的经历被排除在外，更多地了解男性的骚扰可能有助于了解女性的骚扰。进一步研究的一个同样重要的主题是权力、性别和性骚扰之间的关系，以及这些关系是否会随着骚扰者和被骚扰者的性别而改变。

参考文献:

[1] Jackson D., Clare J. & Mannix J. (2002) Who would want to be a nurse? Violence in the workplace - a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management* 10, 13 - 20.

[2] Leiter M.P., Frizzell C., Harvie P. & Churchill L. (2001) Abusive interactions and burnout: examining occupation, gender and the mediating role of community. *Psychology & Health* 16, 547 - 563.

[3] Kadambi M.A. & Ennis L. (2004) Reconsidering vicarious trauma: a review of the literature and its' limitations. *Journal of Trauma Practice* 3, 1 - 21.

[4] Hibino Y., Hitomi Y., Kambayashi Y. & Nakamura H. (2009) Exploring factors associated with the incidence of sexual harassment of hospital nurses by patients. *Journal of Nursing Scholarship* 41, 124 - 131.

[5] Lanza M.L., Zeiss R. & Rierdean J. (2006) Violence against psychiatric nurses: sensitive research as science intervention. *Contemporary Nurse* 21, 71 - 84.

[6] Needham I., Abderhalden C., Halfen R.J.G., Fosser J.E. & Dasse T. (2005) Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 49, 283 - 296.

[7] National Health and Medical Research Council (2007) National Statement on Ethical Conduct in Human Research. National Health and Medical Research Council, Australian Government Canberra, Australia. Retrieved from <https://www.nhmrc.gov.au/book/national-statement-user-guide-0> on 28 December 2012.

[8] Speedy S (2004) Organisational violations. In *Nursing Leadership* (Daly J., Speedy S. & Jackson D., eds), Churchill Livingstone, Sydney, pp. 145 - 163.

[9] Stone T., McMillan M., Hazelton M. & Clayton E.H. (2011) Wounding words: swearing and verbal aggression in an inpatient setting. *Perspectives in Psychiatric Care* 47, 194 - 203.

[10] Oliveira A.R. & Flava A. (2008) Gender violence against the female nursing staff of a Brazilian hospital in Sao Paulo city. *Revista de Saude Publica* 42, 868 - 876.

[11] Madison J. & Minichiello V. (2000) Recognising and labeling sexbased and sexual harassment in the health care workplace. *Journal of Nursing Scholarship* 32, 405 - 410.

[12] Pich J., Hazelton M., Sundin D. & Kable A. (2010) Patient-related violence against emergency department nurses. *Nursing & Health Sciences* 12, 268 - 274.

[13] Strauss S. (2008) A study on physician bullying as gender harassment to female and male operating room nurses in Minnesota (part II). *Minnesota Nursing Accent* 80, 22 - 25.