

# 運用Watson's關懷理論 照護一位多次遭受親密伴侶暴力之急診經驗

丁瑋玲<sup>1</sup>、劉芝妤<sup>1,2</sup>

臺中榮民總醫院嘉義分院 護理部<sup>1</sup>、崇仁醫護管理專科學校 護理科<sup>2</sup>

## 摘要

本文描述一位多次遭受親密伴侶暴力女性之急診照護經驗，個案因多次遭受男友暴力，導致身心受創無法承受，初始陳述肢體受傷過程，表現出畏縮及恐懼模樣，透過主動關懷後，才坦承遭受暴力對待。照護期間 2023 年 2 月 7 日 17:48-20:31，運用會談、傾聽、觀察、身體評估及四大層面整體性評估，收集生理、心理、社會和靈性等資料，發現主要健康問題為急性疼痛、恐懼及無效性因應能力。照護過程運用 Watson's 關懷理論提供安全環境、建立治療性人際關係、疼痛管理與心理支持及整合社會資源，以強化個案暴力危機的敏感度及認知，增強支持系統，勇於面對暴力，避免再陷入暴力環境中，建議急診配置心理師及強化在職教育，提升護理師心理層面的評估與溝通能力。（澄清醫護管理雜誌 2025；21（3）：63-72）

關鍵詞：親密伴侶暴力、疼痛、恐懼、無效性因應能力、急診護理

通訊作者：劉芝妤

通訊地址：嘉義市西區世賢路二段 600 號

E-mail：nina34134134@gmail.com

受理日期：2024 年 7 月；接受刊載：2025 年 1 月

## 前言

親密伴侶暴力是指受害者在身體、心理或經濟等層面上遭受現任或前任親密伴侶的騷擾、控制或威脅，導致身體或心理受到傷害 [1]。根據衛生福利部保護服務司統計，2023 年家庭暴力通報中，以親密伴侶暴力共有 81,399 件，佔 48.4%，其中女性受害者比例高達七成 [2]。急診室為遭受親密伴侶暴力事件後主要求助窗口，親密伴侶暴力對個案除了造成身體傷害，亦會出現孤立、恐懼、憂鬱、焦慮、創傷後壓力症候群等心理影響，當遭受暴力情況超出個案可控制範圍，且支持系統薄弱及不擅與人互動，甚至害怕再次受到嚴重攻擊，進而不敢向外求助，出現隱匿被受暴事件 [2,3]。若護理師具備高敏銳度及洞察力，能於第一時間辨識出隱匿受暴個案，並提供友善就醫環境、心理支持及照護，銜接後續社會資源轉介及庇護安置，有助於受暴個案心理重建與健康恢復 [4-6]。

本文為一名女性個案，多次遭受親密伴侶暴力，出現疼痛及心理恐懼至急診就醫。起初，個案於檢傷時隱藏受暴多次訊息，筆者敏銳觀察個案眼神閃爍，經由主動關懷及建立關係後，才坦承遭男友多次暴力對待的經歷，此外，個案面臨脅迫、家庭支持系統薄弱及社交互動能力不足等困境，難以尋求幫助，經常選擇隱忍，若不介入處置可能會造成長遠身心健康危害，故引發筆者撰寫的動機。

筆者運用 Watson's 關懷理論於護理照護過程，

在「發展助人—信賴的人際關係」及「增進人際間教與學的互動」層面，以主動關懷建立治療性的人際關係；在「協助滿足人類需求」，評估疼痛變化，提供冰敷以減輕生理不適；在「提供支持性、保護性及矯正性的心理、生理、社會文化及靈性的環境」及「增進並接受正向或負向感受的表達」，提供一個安全且隱密的照護環境，透過同理心及非語言的身體表達，接納個案的正負面情緒，給予心理支持以緩解內心的恐懼與不安；此外「有系統的使用科學性的方法來解決問題」，整合社工師跨領域專業合作，評估個案所處的危險情境，協助應對潛在的危險，提升其正向自我應對能力及自我保護能力，提供社會資源及轉介服務，強化家庭及社會支持系統，增強個案的信心與希望，提高對暴力危機的敏感度及相關認知，使得個案恢復身心健康，走出受暴的陰霾。本研究旨在提供急診護理師針對遭受親密伴侶暴力之個案應對的實務參考。

## 文獻探討

### 一、親密伴侶暴力相關概述

根據世界衛生組織定義親密伴侶暴力指個體遭受親密伴侶或前伴侶（包括配偶、前配偶、同居伴侶或曾經同居伴侶）對其身體、精神或經濟上之騷擾、控制、脅迫，甚至任何形式的暴力行為，導致身體、性或心理傷害，是一個全球性的重大公共衛生問題 [1]。隨著網路及社交媒體的普及化，網路科技暴力是親密伴侶暴力方式之一 [7]。研究結果表明女性在遭受網路科技暴力高於男性，最為常見的科技親密伴侶暴力包括網路約會虐待、復仇式色情影片及色情簡訊等行為 [7,8]。

### 二、親密伴侶暴力後評估及護理策略

當求診個案出現多處新或舊的身體傷害，或無法清楚描述受傷原因時，醫護人員需警覺是否為疑似受暴個案。面對受暴個案必須提供安全隱密的環境、執行身體評估、搜集證物及驗傷診療，並開立家暴診斷書 [1,9]。此外，運用台灣親密關係暴力危險評估表 2.0（通報版）（Taiwan Intimate Partner Violence Danger Assessment, TIPVDA 2.0）評估事件危機程度，該評估表共 8 題，計分範圍 0-8 分，讓第一線人員能在短時間內快速評估危險程度，並於

24 小時內依家庭暴力防治法完成通報，作為擬訂個案安全計畫與衛教措施之依據。當分數為  $\leq 4$  分表示個案處於「潛在危險」，須進行通報，評估是否需進行安置，社政單位定期追蹤；分數為 5 分以上時，表示處於「高危機」狀態，整合社工師及心理師協助，評估心理狀態，提供轉介及社會資源援助，適時需警政介入以保護個案 [9,10]。

依據 Boyle 研究表明針對家庭暴力介入措施，包含醫療機構需提供適當的支持，如：醫療人員培訓、家庭暴力照護指引、適當轉介及與家暴服務組織間支持合作；臨床照護人員需進行單獨會談，適時增加例行性訪談和制定安全計畫等策略，可促進受暴婦女的康復 [11]。Karnitschnig 研究指出教育訓練有助護理師辨識潛在的親密伴侶暴力，建立標準流程、照會相關團隊，提供相關資訊及資源，可促使受暴個案獲得適當支持及照護 [9]。

### 三、運用 Watson's 關懷理論於親密伴侶暴力受害者的相關健康問題之應用

Watson's 關懷理論強調人性關懷，指引護理師在護理過程中確認個案身、心、社會及靈性方面的問題與照護，以提供增進健康行為或態度之護理措施 [11,12]。個案在遭受暴力後，常會面臨身體急性疼痛問題 [13]，依據 Watson's 關懷理論，護理師應有系統的使用科學性的方法來解決疼痛問題，包含使用數字評分量表（Numerical Rating Scale, NRS）評估疼痛程度、部位、性質及加劇誘因；教導個案受傷 48 小時內冰敷患部以減輕腫脹，48 小時後熱敷放鬆肌肉及緩解緊繃；視情況給予止痛藥物治療 [13,14]；教導深呼吸放鬆技巧，以分散及轉移疼痛感受；採舒適擺位或適當支托患部，以減少疼痛不適 [15]。

近年因應數位科技發達，施暴者會對受暴個案拍照及錄影來威脅及控制個案，使個案不敢向外求助或不願說明暴力情況，導致長期處於暴力循環中，造成的心理壓力、創傷及恐懼，嚴重影響其生活品質 [4,16]；教導網路使用的管理至關重要，首先，應教育使用者不要將個人隱私資訊洩露給他人。其次，應重新思考社交網路的建立與管理方式，網路使用者及管理者必須實施網路資訊安全措施 [17]。根據 Watson's 關懷理論，護理師需同理受

暴個案所承受的心理壓力、創傷及恐懼，提供安全和隱密的就醫環境，與個案互動時，展現同理、陪伴及不批判的態度，運用溝通技巧及主動關懷建立信任感，使個案感受到被支持及保護，以減低恐懼及不安；當個案表達受暴過程或出現負面情緒反應時，護理師應透過語言及非語言方式傳達接納及支持 [18]。

根據潘研究，當受暴個案尋求正式支持系統及家人支持時，再次受暴機率會顯著降低，亦是脫離暴力關係的關鍵 [19]。因此，可運用 Watson's 關懷理論原則，包括有系統的使用科學性的方法來解決問題，提供支持性、保護性及矯正性的心理、生理、社會文化及靈性的環境；護理措施包括使用 TIPVDA 2.0 評估個案目前處境及危險性，視需要提供庇護安置，以確保受暴個案安全。同時，透過教育提升受暴個案對親密伴侶暴力的認知，以提升自我意識及自尊心 [20]。此外，評估家庭及社會支持系統，

整合社工師團隊提供諮詢服務、心理輔導及社會轉介資源，強化受暴個案因應能力。最後，強調法律介入以保護受暴個案權益之重要性 [21]。

## 護理評估

### 一、個案簡介

廖小姐，24 歲，父母早逝，無兄弟姊妹，從國三開始由外婆撫養，高中畢業後，從事博弈娛樂業工作，目前與男友同居。每當男友遇到挫折時，會藉喝酒紓解壓力，但酒後脾氣變得暴躁，曾多次與個案發生言語爭執及肢體拉扯，甚至出現肢體暴力行為。每次暴力事件後，男友都會主動示好及道歉，承諾戒酒及改過自新，使個案反覆選擇原諒及隱忍暴力行為。此次暴力行為，不但造成個案肢體出現明顯傷痕、右手感到疼痛外，甚至有暈厥約數分鐘，感身心俱疲及恐懼，恢復意識後，自行電話聯繫外婆，由外婆陪同至急診室就醫。

### 二、入院經過 (2023年2月7日 17:48-20:31)

日期	時間	情形
2月7日	17:48	外婆陪同個案入急診室求治。
	17:50	檢傷護理師對個案進行評估、受傷部位拍照記錄，發現個案右手肘及右手無名指皮膚外觀有瘀青及紅腫，NRS評估疼痛為7分。
	18:00-18:40	會診社工師，運用 TIPVDA 2.0 評估，結果為7分，為「高危機」個案，並提供相關轉介及社會資源援助。
	18:45-20:30	個案於急診會談室留院觀察。社工師透過線上方式通報家庭暴力防治中心。
	20:31	開立診斷書並出院返回外婆家。
2月11日	17:00	(電訪追蹤) 主訴出院後右手肘及無名指腫痛有緩解，現已搬離與男友的共同居所，與外婆同住。有尋求警政單位協助，並嘗試加入支持性團體。

### 三、整體性護理評估

筆者於 2023 年 2 月 7 日 17:48-20:31 直接照護個案，護理期間藉由會談、傾聽、觀察及身體評估等方式，依生理、心理、社會及靈性四大層面進行整體性評估，資料分析如下：

#### (一) 生理層面

24 歲女性，身高 162 公分，體重 49 公斤，身體質量指數  $18.6\text{Kg}/\text{m}^2$  (正常範圍)。從事博弈娛樂業，平日下班後就直接回家，不喜歡外出及應酬，活動範圍通常在家附近，休假時，大多在家看電視，偶會與男友出遊。

個案於 2 月 7 日 17:48 至急診求治，意識清楚，生命徵象為：體溫  $36.2^{\circ}\text{C}$ 、脈搏 108 次/分、呼吸 18 分/次、血壓：145/75mmHg。17:50-17:52 檢傷評估發現右手肘  $4\times 3\text{cm}$  及右手無名指  $1\times 3\text{cm}$  皮膚瘀青及紅腫，檢傷拍照過程中，個案表情皺眉，不慎觸摸肢體腫脹處時，發出「嘶」及肢體回縮，主訴：「可以輕點嗎？很痛。」；「被打到的地方現在還很痛。」，以 NRS 評估疼痛程度為 7 分。

#### (二) 心理層面

個案於 17:48 入急診時，無法清楚描述受傷原因，主訴：「被朋友毆打，需驗傷及開診斷證明

書。」18:00 再次詢問求診原因，個案眼神閃爍，眼眶泛淚，表情憂傷，外婆在旁催促個案說出實情，筆者引導下主訴：「他用手打我，用椅子丟我。」；「剛才我有暈倒，今天真的很怕我自己會死掉。」；「他不知道我來醫院，如果知道就死定了。」；「我不知道要不要回去，會不會等下又被打。」；「之前有偷跑去報警，他限制我的活動，恐嚇要殺我。」；「我很怕男友來醫院。」18:10 訴說施暴過程時個案不時拭淚，雙手緊握、身體及聲音顫抖，主訴：「男友很愛喝酒，酒後常和我爭吵及肢體暴力，之前有報警處理，但男友威脅我如果再報警，他會讓我死得很難看，我只能選擇忍耐，這種情況已持續2年多，覺得害怕、無助及擔心，想結束這段感情，但我真害怕我的家人也受到傷害。」18:20 「他手機裡有我的私密照，我怕他會發出去。」；18:20 TIPVDA 2.0 評估7分，為「高危機」個案。

### (三) 社會層面

18:20 主訴：「父母早逝，由外婆一人撫養長大，無兄弟姊妹。從小個性膽怯內向，不喜與人交際，朋友鮮少聯絡，與同事間往來侷限工作上交流；男友是工作時認識的，平常很愛喝酒，酒後若有不順從他，常有暴力相向情況，曾求助過警察，但男友握有私密處照片，言語威脅要對家人不利，於擔心及害怕下選擇隱忍。」18:25-18:27 主訴：「他

不是第一次打我了，我覺得這件事很丟臉，所以都不敢跟別人說，怕別人在背後指指點點。」；「有幾次我都想離開，但是，我又沒有什麼朋友，也不知道要找誰幫忙。」；「我除了外婆，也沒有什麼家人了。」

### (四) 靈性層面

個案無特定的宗教信仰。18:30 主訴：「剛開始因為愛他，相信他會改，但是，只要喝酒，他就會動手打人，我以為可以改變他。」；「我覺得很痛苦，但是我愛他，有時候真的無法放下一切。」；「誰希望被打？我也希望這些從來都沒有發生過。」；「我也想離開，但是我的照片在他身上，也很擔心外婆受牽連，所以只能拖一天算一天，繼續忍耐。」個案期望擺脫男友，言語中透漏出不知如何改變現況感無助及不知所措，選擇長期隱忍。

### 問題確立

綜合以上評估，依嚴重性和急迫性確立主要健康問題排序：急性疼痛 / 與遭受暴力有關；恐懼 / 與重複遭受暴力、言語威脅及擔心自己和外婆安全有關；無效性因應能力 / 與缺乏社會資源及支持系統有關，其內容如下：

### 護理計畫

#### 問題一、急性疼痛/與遭受暴力有關(2月7日17:48-20:30)

<p><b>主/客觀資料</b></p>	<p>S1: 17:50 「可以輕點嗎?很痛。」 S2: 17:51 「被打到的地方現在還很痛。」 O1: 17:48檢傷生命徵象為體溫36.2°C、脈搏108次/分、呼吸18分/次、血壓145/75mmHg。 O2: 17:50 NRS評估為7分。 O3: 17:51檢傷拍照過程中，表情皺眉，不慎觸摸肢體腫脹處，發出「嘶」及肢體回縮。 O4: 17:52右手肘4x3cm及右手無名指1x3cm，2處皮膚瘀青及紅腫。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>1. 2/7 20:00疼痛分數降低至4分。 2. 2/7 20:30個案能正確執行兩項減輕疼痛方法。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<p>1. 運用Watson's關懷理論—「發展助人—信賴的人際關係」、「增進並接受正向或負向感受的表達」。 1-1. 17:50-20:30運用NRS評估疼痛程度、部位、性質、及加劇誘因，鼓勵個案說出受暴部位、同理個案當下疼痛不適感受。</p>

問題一、急性疼痛/與遭受暴力有關（2月7日17：48-20：30）（續）

<p><b>護理措施</b></p>	<p>1-2. 17：50檢視受暴部位拍照時，給予適當支托，動作輕柔。 1-3. 17：50-20：30隨時注意個案面部表情及身體語言，當個案表示疼痛，立即暫緩評估並檢視疼痛處，協助改變姿勢、緩解疼痛後再執行評估或措施。 2. 運用Watson's關懷理論—「有系統的使用科學性的方法來解決問題」、「增進人際間教與學的互動」及「協助滿足人類需求」。 2-1. 17：52提供冰敷於右手肘及右手無名指腫脹處，並墊上小毛巾避免皮膚直接接觸低溫造成不適感。 2-2. 17：53教導受傷48小時內使用冰敷，可緩解肢體疼痛及腫脹不適，每次冰敷時間約10分鐘，休息10分鐘，48小時後則採取間歇性熱敷每日4-5次，時間為15-20分鐘。 2-3. 17：54指導個案右手肘及右手無名指疼痛時，可以伸展患處附近活動關節或改變姿勢，減少因不活動所造成的僵硬及緊繃，進而減緩疼痛。 2-4. 17：55教導深呼吸（示範動作：閉上雙眼，放慢而深的呼吸約4-5次），學習肌肉放鬆技巧。 2-5. 20：00衛教個案若疼痛加劇時，依醫囑併用止痛藥治療，若疼痛仍未改善則建議返回門診追蹤，並協助預約3天後門診追蹤。</p>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>1-1. 18：30個案：「我右手指及手肘痛的地方好很多了！」NRS降至5分。 1-2. 20：00個案：「我右手冰敷後有比較不痛。」NRS下降至4分。 2-1. 18：31個案：「冰敷右手，疼痛有緩解很多！感覺有稍微消腫了。」 2-2. 19：30前往會談室探視個案，觀察個案於右手受傷肢體未使用冰敷袋時，可伸展患處附近關節及深呼吸使肌肉放鬆。 後續照護計畫：20：30出院前加強挫傷返家衛教，教導可運用呼吸放鬆技巧及舒適擺位，以分散及轉移疼痛感受，48小時內冰敷患部以減輕腫脹，48小時後熱敷，使肌肉放鬆緩解緊繃。</p>

問題二、恐懼/與重複遭受暴力、言語威脅及擔心自己和外婆安全有關（2月7日17：48-20：31）

<p><b>主/客觀資料</b></p>	<p>S1：18：01「剛才我有暈倒，今天真的很怕我自己會死掉。」 S2：18：02「他不知道我來醫院，如果知道就死定了。」 S3：18：03「我不知道要不要回去，會不會等下又被打。」 S4：18：04「之前有偷跑去報警，他限制我的活動，恐嚇要殺我。」 S5：18：10「我很怕男友來醫院。」 S6：18：20「他手機裡有我的私密照，我怕他會發出去。」 S7：18：35「我也想離開，但是我的照片在他身上，也很擔心外婆受牽連，所以只能拖一天算一天，繼續忍耐。」 O1：17：48個案進入急診時，無法清楚描述受傷原因。 O2：18：00再次詢問求診原因，個案眼神閃爍，眼眶泛淚，表情憂傷。 O3：18：10訴說施暴過程時個案不時拭淚，雙手緊握、聲音及身體顫抖。 O4：18：30個案雙手緊握外婆，眼眶泛淚，雙眼呆滯。</p>
----------------------	---

問題二、恐懼/與重複遭受暴力、言語威脅及擔心自己和外婆安全有關（2月7日17：48-20：31）（續）

<p><b>護理目標</b></p>	<p>1. 2/7 20：30個案能表達被施暴及威脅之內心感受。 2. 2/7 20：31個案離院前能表達受到威脅時，壓力管理技巧兩項。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<p>1. 運用Watson's關懷理論—「發展助人—信賴的人際關係」、「增進並接受正向或負向感受的表達」。 1-1. 17：48-20：31向個案執行任何治療及檢查前，先給予充分解釋並徵求同意後再執行。 1-2. 17：48-20：31以親切的態度主動探視及陪伴，關心個案，建立良好信賴的護病關係。 1-3. 18：01-19：00邀請外婆參與會談，告知個案可適時向外婆訴說心中恐懼，勿自己承受一切，並彈性延長會談時間約40-60分鐘。 1-4. 18：00-19：00會談過程，教導採正向態度面對生活，要保護自己，避免單獨一人面對喝酒後的男友，不與正面衝突，適時到警局或連繫113專線，尋求支援及保護。 1-5. 18：10-19：20當社工師與個案會談時，坐在個案身旁關懷及真摯的眼對眼接觸，以耐心傾聽、同理、不批判及開放性的方式，引導及鼓勵個案說出事發經過感受，幫助個案確認恐懼原因及事情，當個案哭泣時，提供衛生紙及輕拍肩膀，靜靜在旁陪伴。 2. 運用Watson's關懷理論—「提供支持性、保護性及矯正性的心理、生理、社會文化及靈性的環境」。 2-1. 17：48-20：31提供隱密及安全的會談室，增加個案安全感及隱私，告知個案醫院24小時設有保全警備並有完善配置警民連線系統，急診隸屬出入門禁管制區，已將檔案設為隱密不公開查詢，讓個案感受到自己是受保護的，進而減緩內心恐懼感受。 2-2. 18：10-19：20教導網路使用過程的資訊安全，如：不將個人隱私資訊洩露給他人；避免在手機中儲存私密照片，或透過LINE等社群平台傳遞私密照片或訊息。此外，建議若手機中存有私密或重要的照片，應採取加密措施進行儲存，切勿將密碼告知他人。 2-3. 17：48-20：31個案於急診會談室留觀，請急診保全站在會談室外戒備，讓個案感受到自己是受保護及被支持的，進而減緩內心恐懼感受。</p>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>1-1. 18：30個案情緒緊張及不斷啜泣，無法完整闡述受暴過程，外婆陪伴在旁給予安慰、支持，筆者及社工師引導個案抒發內心受暴感受後，可完整闡述事情發生經過及感受。 1-2. 20：00個案：「經過剛才跟社工師會談過後，雖然多少還是會擔心，確定要離開男友決心，不會那麼害怕及無助了，雖然有私密照在男友那裏，我想試著透過溝通或司法方式，看能不能拿回來。」 2-1. 20：05個案將諮詢專線小卡放置於隨身攜帶的皮包內，隨後拿出來與外婆討論。 2-2. 20：20個案：「其實現在想一想，因為自己過去一直忍耐、害怕，讓男友變本加厲，我現在不想再吞忍，會開始正視這個問題，不再讓自己的生活圈只繞著他一個人；而且我還有一個外婆，從小他一直照顧我，我不能讓外婆再提心吊膽、我也會拿著醫院診斷書到警局備案，申請保護令。」 後續照護計畫：20：31出院前加強衛教當受到威脅、恐懼時，要有正向心態，先不與男友正面衝突，保護自己，不要受到傷害，適時到警局或連繫113專線，尋求支援及保護。 2月11日17：00進行出院後電話訪查關懷，個案：「現在回想過去，因為不知道我自己一個人該怎麼做，也擔心外婆受到傷害，所以一直不敢求救，很慶幸現在走出來了，雖然目前還需用法院的東西，但是，這種煩心的事，與我之前相比真的不算什麼了。」</p>

問題三、無效性因應能力/與缺乏社會資源及支持系統有關 (2月7日 18:20-20:31)

<p><b>主/客觀資料</b></p>	<p>S1: 18:20 「男友威脅我如果再報警，他會讓我死得很難看，我只能選擇忍耐，這種情況已持續2年多，覺得害怕、無助及擔心。」</p> <p>S2: 18:25 「他不是第一次打我了，我覺得這件事很丟臉，所以都不敢跟別人說，怕別人在背後指指點點。」</p> <p>S3: 18:26 「有好幾次都想離開男友，但是，我沒有什麼朋友，不知道要找誰幫忙。」</p> <p>S4: 18:27 「我除了外婆，也沒有什麼家人了。」</p> <p>O1: 18:20個案與同事及朋友互動少，由外婆一人撫養長大，無兄弟姊妹，人際及社會支持系統薄弱。</p> <p>O2: 18:20 TIPVDA 2.0評估為7分，為「高危機」個案。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>1. 2/7 19:30個案能說出兩項避免暴力發生情況。</p> <p>2. 2/7 20:31個案離院前能說出兩項可運用的有關親密關係暴力社會資源。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<p>1. 運用Watson's關懷理論—「增進並接受正負向感受的表達」、「增進人際間的教與學」。</p> <p>1-1. 18:20告知個案TIPVDA 2.0評分結果，目前處於危險環境中，應首要確保自身安全，可透過司法警政約束暴力威脅及傷害。</p> <p>1-2. 18:21-20:30鼓勵及傾聽個案對親密關係暴力的內心感受，幫助個案了解自己目前的處境，鼓勵個案說出期望的協助及後續安置意願。</p> <p>1-3. 18:30-20:30與個案討論遇到暴力時因應方法，教導自我保護的重要性，告知當男友有喝酒時，避免與男友有正面衝突或是先離開租屋處，以免暴力發生，若無法避免時，需保護身體重要部位，如：頭及腹部。</p> <p>2. 運用Watson's關懷理論—「協助滿足人類的需要」、「有系統的使用科學性的方法來解決問題」。</p> <p>2-1. 18:20鼓勵個案向外婆表達目前受暴事實及困境，一同討論因應方式及給予支持。</p> <p>2-2. 18:25提供個案家庭暴力防治卡衛教單，並向個案說明親密關係暴力定義及範疇。</p> <p>2-3. 18:30會診社工師，提供可運用社會資源及相關轉介資訊，如：各縣市家暴暨性侵防治中心、警政單位資源、各縣市反暴力協會、基金會及支持性團體等，並列印可運用資訊給予個案。</p> <p>2-4. 18:35教導個案遇到親密關係暴力，可撥打113專線求助。</p> <p>2-5. 18:40向個案說明通報家暴流程，告知社會局接收家暴案件後，社工師會致電聯繫，評估目前處境及資源需求，亦會經由電談或家訪，持續轉介所需資源及幫助後續司法進行。</p>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>1-1. 19:00個案：「當男友有喝酒時，我會離開那個環境或是語調平穩跟男友說話，避免衝突暴力情形發生，我知道正面衝突只會讓自己更危險。」</p> <p>2-1. 19:30個案與外婆一同查看所提供的相關資料，對於提供不清楚的社會資源會提出詢問，並覆述所聽到及接受到的訊息。</p> <p>2-2. 20:30個案：「我知道自己現在處境很危險，等一下我會去報警，我要保護自己跟外婆，同時會撥打113確認幫助及如何申請法律協助。」</p>

### 問題三、無效性因應能力/與缺乏社會資源及支持系統有關 (2月7日 18:20-20:31) (續)

護理評估	後續照護計畫：2月11日17:10進行出院後電話訪查關懷，個案：「在離開急診室後，我隨即報警，目前已經提出控訴。事後，社工師有電話聯繫我，給我鼓勵及建議，現在跟外婆住一起，有參加Facebook網路家暴社群，未來如果有機會，我將嘗試參加OO縣反暴力協會及OO基金會活動。」
------	--

## 討論與結論

本文個案長期遭受男友暴力對待，多次選擇淡化及隱忍暴力情況，此次因身心恐懼難以承受至急診就醫，照護過程發現個案有急性疼痛、恐懼及無效性因應能力等之主要健康問題。

筆者運用 Watson's 關懷理論，提供安全及隱密的照護環境，運用同理心、建立良好治療性關係，評估疼痛及給予冰敷，以緩解肢體疼痛；給予心理支持、陪伴、接受負面情緒表達，引導個案正向思考，降低心理恐懼；結合社工師組成跨團隊合作，提供社會資源及轉介，強化內外支持系統，鼓勵正向面對親密伴侶暴力行為。後續電訪中，個案表示現與外婆同住，並已運用司法保護措施，顯示社會資源的有效性。

急診室是匆忙及緊急的醫療環境，照護過程著重生理疾病治療，容易忽略其他重要層面。遭受親密伴侶暴力的個案因羞恥、無助及對施暴者報復的擔憂，常選擇隱瞞真實情況；與個案會談初期，筆者因語速過快，可能使個案感到緊張，影響溝通效果，成為照護初期的困難。

然而，在社工師協助下，雙方共同會談並釐清問題，提供資源及安置，隨後由社會局社工師銜接照護，擴大支持系統。儘管筆者在照護過程中提供壓力應對策略，但因創傷與恐懼的影響，個案仍需時間及持續的支持才能走出陰霾，無法完全解決個案恐懼之健康問題，此為照護之限制。

根據 Boyle (2022) 和 Karnitschnig (2020) 研究，建議急診室建立家庭暴力標準化流程，包含制定照護指引、人員培訓計劃及跨團隊合作，提供相關資訊與資源，並建立轉介機制，加強與家庭暴力服務機構合作，確保個案獲得適當的支持，避免個案重陷暴力循環 [9,11]。為進一步提升處理家庭暴力的能力，建議急診室設置心理師諮詢轉介服務，定期

舉辦相關在職教育課程，強化護理師的溝通會談技巧及心理層面評估與照護的能力。此外，急診護理師應具備的敏銳度和同理心，並結合 Watson's 關懷理論，全面評估個案的支持系統，提供適當照護及安置，促進受暴個案的身心康復。

## 參考文獻

1. World Health Organization: Violence against women. 2021. World Health Organization website. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. 衛生福利部保護服務司：家庭暴力通報事件被害人案件類型及性別統計。台北市：衛生福利部。2023。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1303-59327-105.html>
3. Aguilar RR, Calderón MJG: Predictors of vulnerability and aggression in severe intimate partner violence. *Psychology, Crime and Law* 2021; 27(6): 562-578.
4. Davies RL, Rice K, Rock AJ: A systematic review of informal supporters of intimate partner violence survivors: the intimate partner violence model of informal supporter readiness. *Peer Journals* 2023; 11: e15160.
5. Christensen M, Metcalfe LL, O'Reilly R: Emergency department nurses experiences of female domestic violence presentations: a review of the qualitative literature. *Nursing Forum* 2021; 56(4): 925-937.
6. Khatib N, Sampsel K: CAEP position statement executive summary: where is the love? Intimate partner violence (IPV) in the emergency department (ED). *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2022; 24(7): 691-694.
7. Witkowska-Paleń A: Cyber-violence in intimate relationships: modern technologies as tools of domestic violence. *Probacja* 2024; 1: 139-168.

8. Araújo AVM, Bonfim CV, Bushatsky M, et al.: Technology-facilitated sexual violence: a review of virtual violence against women. *Research, Society and Development* 2022; 11(2): e57811225757-e57811225757.
9. Karnitschnig L, Bowker S: Intimate partner violence screening in the emergency department: a quality improvement project. *Journal of Emergency Nursing* 2020; 46(3): 345-353.
10. 衛生福利部保護服務司：親密關係暴力危險評估表修正版(TIPVDA2.0)教育訓練教材。台北市：衛生福利部。2022。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/dops/cp-1151-71747-105.html>
11. Boyle M, Murphy-Tighe S: An integrative review of community nurse-led interventions to identify and respond to domestic abuse in the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing* 2022; 78(6): 1601-1617.
12. Wei H, Fazzino PA, Sitzman K, et al.: The current intervention studies based on Watson's theory of human caring: a systematic review. *International Journal for Human Caring* 2019; 23(1): 4-22.
13. Motov SM, Vlasica K, Middlebrook I, et al.: Pain management in the emergency department: a clinical review. *Clinical and Experimental Emergency Medicine* 2021; 8(4): 268.
14. 鄭幸嘉、葉惠玲：運用Watson關懷理論於一位受家暴婦女之急診護理經驗。志為護理—慈濟護理雜誌 2021；20（4）：107-116。
15. 范君嘉、張惠英：一位原住民女性遭受家庭暴力之急診照護經驗。志為護理—慈濟護理雜誌 2020；19（4）：113-122。
16. 宋青純、郭俊巖、蔣鋒帆等：從受暴到自立：中高齡受暴婦女就業經驗初探。台灣社區工作與社區研究學刊 2021；11（2）：127-167。
17. Agueli B, Esposito C, Carnevale S, et al.: Bridging real and virtual: an ecological approach to prevent cyberviolence against women. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2024; 34(6): e70010.
18. 劉思君、呂沛晴、吳麗淑：運用Watson關懷理論照護一位婚姻暴力個案之急診護理經驗。若瑟醫護雜誌 2019；13（1）：75-87。
19. 潘淑滿：顧家難顧己：多重關係脈絡下的親密伴侶暴力。東吳社會工作學報 2021；（40）：1-33。
20. 林慧茹、江以薰、陳怡蓀：親密關係暴力之急診照護經驗。高雄護理雜誌 2020；37（2）：82-93。
21. 周子妍、林佩儀、劉千禎：一位多次遭受家暴婦女之急診照護經驗。澄清醫護管理雜誌 2020；16（4）：79-87。

# Application of Watson's Theory of Caring to a Case of the Emergency Care Experience of a Patient Suffering from Repeated Intimate Partner Violence

Wei-Ling Ding<sup>1</sup>, Chih-Yu Liu<sup>1,2</sup>

Department of Nursing, Chiayi Branch, Taichung Veterans General Hospital<sup>1</sup>;

Department of Nursing, Chung Jen Junior College of Nursing, Health Science and Management<sup>2</sup>

## Abstract

This article describes the emergency care experience of a female patient who repeatedly suffered from intimate partner violence. Due to multiple bouts of violent treatment from her boyfriend, the patient suffered unbearable physical and psychological trauma. Initially, she only described how she received the injuries. Only later, during treatment and active care, did she admit to being the victim of violent treatment. The care period was from 17:48 to 20:31 on February 7, 2023. Through interviews, listening, observations, physical assessment, and a holistic assessment across four dimensions to collect physical, psychological, social, and spiritual data, her main health problems were identified as acute pain, fear, and ineffective coping abilities. During the care process, Watson's Theory of Caring was employed to provide a safe environment, establish therapeutic interpersonal relationships, provide pain management and psychological support, and integrate social resources. In order to enhance the patient's sensitivity to and awareness of violence crises, strengthen her support system, encourage her to confront the violence, and avoid revictimization in a violent environment. We recommend having psychologists on staff in emergency departments and strengthening in-service education, to improve nurses' psychological assessment and communication skills. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(3): 63-72)

**Keywords :** *Intimate partner violence, Pain, Fear, Ineffective coping, Emergency nursing*

Received: July 2024; Accepted: January 2025