

只驗傷，未療傷？！女性親密關係暴力被害人就醫行為之探討

劉淑瓊、黃志中

壹、前言

親密關係暴力是一個日益嚴重且廣受重視的公眾健康與人權問題（Chamberlain & Levenson, 2009; Chu et al., 2010; Devries et al., 2013; Taillieu & Brownridge, 2010），諸多研究顯示，親密關係暴力對倖存者（註1）造成一定的身心創傷，導致較高的醫療使用率、較高的醫療費用，被害人即使離開關係、或是因其他原因不再受暴，仍需要相當時日，才能達到身心狀況的平復，而這當中也還是需要持續使用各類醫療服務（Fishman et al., 2010; Gottlieb, 2008; Varcoe et al., 2011）。也因此，有學者主張將親密關係暴力視為有急性期的慢性症狀（Gottlieb, 2008; Wells et al., 2012）。

由於親密關係暴力議題具有相當的隱蔽性與複雜性，甚至在某些社會文化下，具有社會污名化與責難被害人特質，

因此，就醫方主動揭露的意願，以及醫療專業人員的探問技巧與辨識能力，都有其不同於一般疾患之處。再者，親密關係暴力被害人在問診、檢查等醫療過程中，經歷二度創傷（re-traumatization）的風險也特別高（Coles & Jones, 2009; Williams & Williams, 2013），醫療服務提供者的態度與言行，有可能撫平，卻也可能惡化受暴婦女的困難醫療經驗，從而牽動其就醫意願與揭露決策，乃至於後續的醫療成效及創傷復原可能性（Reeves & Humphreys, 2018）。儘管國內外實證研究均已揭示親密關係暴力被害人有較高的醫療利用與醫療費用（江宛霖等人，2020；Kruse et al., 2011; Stam et al., 2015），然而，截至目前關於受暴婦女就醫圖像的文獻仍相當有限（Reeves & Humphreys, 2018）。本文旨在透過以倖存者深度訪談為主軸，輔以醫師、護理師與醫務社工師等醫療服務提供者的觀察，探討臺灣親密關係女性被害

人的就醫、揭露與求助之特性，及其與醫病互動關係之間的關聯性，並據以提出整合性全人照護的政策與實務建議。

貳、文獻探討

一、受暴創傷與醫療利用

親密關係暴力的終生盛行率約落在30~60% (Alhabib et al., 2010) 之間，年發生率則在1.8~14%間 (Garcia-Moreno et al., 2006)；臺灣18~74歲婦女遭受親密關係暴力年盛行率為8.99%，終生盛行率為19.62% (潘淑滿等人，2021)，而這極有可能因污名化導致低報而低估 (Kennedy & Prock, 2018; Reeves & Humphreys, 2018)。此外，在健康照護機構裡主訴親密關係暴力的年盛行率約在10~23% (Thompson et al., 2006)，若經由醫療專業人員主動積極的篩檢，其年盛行率提高至32%，終生盛行率則高達46% (Plichta, 2004)，由此可看出親密關係暴力被害人與醫療間之密切連結性及篩檢之重要性。

親密關係暴力不僅對倖存者的個人與經濟福祉、社會關係造成影響，更可能在心理與生理健康上造成長期而嚴重的後果 (Ford-Gilboe et al., 2015; McNutt & Krammer, 2014; Olf, 2017)，像是關節炎、頭痛、慢性疼痛、消化道問題、婦科症狀、癌症、憂鬱、焦慮等等 (Handley

et al., 2015; López-Martínez et al., 2018)。美國疾病管制署 (The Centers for Disease Control and Prevention, 2014) 進一步指出，親密關係暴力對個人的身心健康造成多方面的影響，而且留在暴力關係中越久，其負面效應就越加嚴重。被害人除身體傷害外，還受苦於心理情緒的創傷症狀，並可能導致飲食失調與憂鬱，甚至引發輕生意念與行動，此外，像是創傷後壓力症候群、急性壓力症候群等，也是經常出現的臨床診斷 (Beck et al., 2014; Nathanson et al., 2012)。再者，親密關係暴力被害人還有可能以不健康的生活型態，像是吸煙、過量飲酒、物質濫用和成癮依賴及涉入具風險的性行為等，來因應遭受到的創傷。江宛霖等人 (2020) 的研究則發現，臺灣親密關係暴力被害人門診主診斷最高為呼吸系統疾病，其次是精神疾患；急診案件主診斷以損傷及中毒比率最高；住院主診斷比率最高為精神疾患，損傷及中毒次之。以上文獻均反映出高比率的受暴婦女所面對的，不只是因為急性、直接肢體暴力傷害造成的就醫需求，長期親密關係暴力壓力傷害所造成的身心健康議題，更值得關注。

由於一般人對醫療專業人員的信任度與接納度相對較高，加上醫療機構身負救人任務，在揭露及談論親密關係暴力這類難以啟齒的話題時，被害人較容易感到自在，因此，醫療專業人員經常是受暴婦女

第一，甚至是唯一會尋求協助的對象。另一方面，高盛行率也使得醫療服務提供者極有可能在臨床實務接觸到因遭受親密關係暴力而有醫療需求的婦女，因此，健康照護體系，尤其是醫師在篩檢辨識、促成揭露及提供受暴婦女初級照護與支持的工作上，扮演關鍵而獨特的角色（中華民國醫師公會全國聯合會、世界醫師會工作小組，2011；Alvarez et al., 2017）。

二、就行為與醫療經驗

（一）負向經驗及反覆就醫

儘管有研究指出高達95%的倖存者自陳有獲得緊急醫療的護理師與醫師的尊重、信任、支持與照護（Du Mont et al., 2014），正向的醫病關係有助於平撫不安和困惑（O'Doherty et al., 2016）；然而，也有文獻指出受暴婦女使用醫療資源多偏向負面經驗（Dichter & Rhodes, 2011; Schnur et al., 2018; Towe et al., 2006），包括：問診時間短促、缺乏敏感度、妄下道德評斷、忽略受暴與健康困擾間的關聯、懷疑並責難其受暴經驗等不盡妥適的回應（Hall et al., 2016; Isobel & Edwards, 2017; Yoshihama, 2002），因而在當下帶給受暴婦女二度傷害（secondary victimization），自覺被醫療人員責難、憐憫或誤解，而感到憤怒、挫折、困窘，因而在後續的就醫中更加恐懼退縮（O'Doherty et al., 2016; Yam, 2000）。

醫療場域中的性別與權力關係雙重不對等，原本就使醫病關係間潛存著緊張元素，加上醫方無法將受虐與現在的健康狀況連結在一起，所造成的不被信任、被無視與被孤立、極小化創傷經驗、無法掌控醫療決策自主性之處境，往往再次喚起或增強受暴婦女在其親密關係中的傷痛記憶與情緒，讓她們因暴力而產生的低自尊與低自我效能感益形惡化，更加重求助的心理負擔（Reeves & Humphreys, 2018; Wilson et al., 2007）。研究指出，以上的種種負向就醫經驗經常伴隨著受暴婦女不理想的健康狀況，導致她們為找到符合主觀需求、可達治癒效果的醫療服務而不斷反覆就醫（Wuest et al., 2008; 引自Mantler & Wolfe, 2018）。

（二）探問篩檢與主動揭露

透過醫療專業人員探問、篩檢、引導或增強揭露的意願，可說是親密關係暴力被害人獲取適切醫療的第一步（Wathen & MacMillan, 2012），其重要性不言可喻。然而，親密關係暴力讓人產生恐懼與自我懷疑，從而造成自尊紊亂，其背後存在複雜的心理、社會及文化動力（World Bank, 2011），在醫療現場的探問與辨識，相當程度不同於高血壓、糖尿病等具有簡明生物指標的慢性病之篩檢。研究顯示，由於當事人在醫療現場未主動揭露，而醫療專業人員也沒能辨識出來，以致為了找

出病灶所在，做了許多不必要的檢查、檢驗與投藥，導致低效能醫療，結果花費更高的醫療成本，卻無助於身心健康之提升（Jones et al., 2006）。

實務上，醫療現場的篩檢探問存在相當變異性（Alvarez et al., 2017），受制於意識及相關教育訓練不足（Ford-Gilboe et al., 2010; Simmons et al., 2014），乃至醫療現場時間與資源的限制（Hall et al., 2016）等種種原因，事實上多數醫療機構只做選擇性的篩檢（Alvarez et al., 2017; Mørk et al., 2014）。Richardson等人（2001）指出，只有不到5%的基層醫師會做常規式篩檢、評估病患是否有遭受親密關係暴力，Kothari與Rhodes（2006）估計超過8成的受暴婦女曾因親密關係暴力傷害而使用個急診醫療，但只有2成曾被急診醫療人員辨識出來是受暴婦女，這也導致醫療服務提供者常常不知曉病患遭受親密關係暴力傷害的事實（Spangaro et al., 2010）。未做常規性探問篩檢固然會影響評估，然而，也有實證研究顯示，在訓練不足下進行心理健康篩檢，從而不適當地將婦女的受暴經驗病理化與標籤化，極有可能複製或坐實施虐者對婦女的指控，使其處境雪上加霜，甚而影響後續監護權裁判等司法權益，宜審慎為之（Simmons et al., 2017）。

在受暴婦女方面，如同面對其他正式體系，影響其在醫療環境中決定是否揭

露、是否發出求助訊號的因素甚多，包括個人、人際互動經驗、家庭與社區、社會文化因素，乃至過往接受服務的經驗等（Crawford et al., 2009; Williamson, 2010）。O'Doherty等人（2016）即指出，社會對受暴婦女的「集體污名化」加劇了她們的恥辱感與挫敗感，因此不斷地反覆衡酌揭露並獲得幫助的可能好處和伴隨的風險，可說是受暴婦女的日常。學者們運用社會認同理論分析受暴婦女在醫療場域中的自我認同和求助行為，發現她們多數具有碎裂的認同（fractured identity），為維護自己外在的公共身分認同（public identity）免於受到公眾審視，多會選擇藏身在受暴的後臺，隱瞞受暴事實經常成為她們獲得適切醫療的阻礙。

Reeves與Humphreys（2018）一項針對受暴婦女就醫經驗的研究發現，部分親密關係暴力被害人對於要向醫療服務提供者揭露受暴事實感到害怕。她們擔心會被貼標籤、被道德評斷、被質疑為何不離開受虐的關係，而這些都會影響她們在醫病關係中能否和如何分享醫療決策權。然而，同一研究中也有婦女選擇揭露創傷經驗，她們因為說出來而感到如釋重負，也因對方不帶道德評斷的適切回應而獲得鼓舞，認為邁出個人成長的一大步。受訪者認為說出本身受暴事實可幫助醫療專業人員了解狀況，從而給予更具敏感度的照

護，不僅自己受惠，也造福其他同樣處境的病患。當然，在受暴婦女在鼓起勇氣揭露的同時，也期待獲得醫療服務提供者具支持性與同理心的回應，並依據她們的需求給予客製化的醫療照護，有效協助其身心復原（Alvarez et al., 2017）。

參、研究策略與方法

為達成前述之研究目的，本研究採取深度訪談與焦點團體兩種質性研究方法。由於本研究計畫之對象包含親密關係暴力被害人，屬易受傷害族群，故本研究計畫在執行之前即送高雄醫學大學附設醫院倫理審查委員會審查，於2017年10月13日通過（註2）。

一、深度訪談

本研究自2017年11月～2018年5月止，共計完成15位女性被害人的半結構式深度訪談。受訪者中包括三位新住民及三位原住民，年齡介於24～63歲之間（平均41歲，標準差10.45歲）（表1）。招募方式係商請地方政府家庭暴力暨性侵害防治中心及提供家暴被害人服務的民間團體代為詢問邀請，設定條件為：（一）20歲以上異性戀女性；（二）有受暴事實，且已因暴力終止而結案；（三）有因親密關係暴力而就醫的經驗；（四）自願受訪。被害人訪談主題涵括：（一）選擇就醫及

揭露與否之考量；（二）就醫的經驗；（三）對醫療專業人員之期待。

為保障受訪者應有的權益，並恪守研究倫理，本研究在通過IRB審查後開始進行訪談，研究者於訪談前向受訪者詳細說明研究主旨、內容，徵詢錄音意願，並簽署書面訪談同意書。本研究訪談地點多借用受訪者熟悉的地方政府家防中心或民間機構會談室。訪談時間約在45～95分鐘之間（平均數為65分25秒，標準差為16分44秒），本研究提供2,000元受訪費用，以感謝她們對研究的貢獻。

二、焦點團體

除深度訪談受暴婦女外，本研究也邀請醫療服務提供者——醫師、護理師及醫務社工參與焦點團體討論，進行三角交叉驗證（triangulation），以拉寬研究者的視域、減少可能的定見，強化研究的信效度。本研究共舉辦三場計15位專業人員之迷你焦點團體，包括：（一）南部醫療專業人員一場4位，成員有急診科、婦產科、家醫科、泌尿科等不同科別的醫師，涵蓋醫學中心、區域醫院與基層診所等不同層級的醫事機構（表2）；（二）北部醫務社工一場六位，參與者包括來自醫學中心、區域醫院之醫務社工，及一位醫務社工學者（表3）；（三）護理人員一場五位，包括門診與急診室護理師（表4）。這三場焦點團體聚焦了解醫療服務

表 1 深度訪談受訪者基本資料表

受訪者代號	生理性別	種族 (國籍)	年齡	教育程度	區域
VF01	女	本國籍非原住民	51-55歲	國中	南
VF02	女	本國籍非原住民	41-45歲	專科	北
VF03	女	越南籍	41-45歲	大學	北
VF04	女	本國籍非原住民	41-45歲	高中	中
VF05	女	本國籍非原住民	21-25歲	高中	中
VF06	女	原住民族	31-35歲	國中	中
VF07	女	原住民族	26-30歲	國中	中
VF08	女	本國籍非原住民	51-55歲	大學	南
VF09	女	本國籍非原住民	36-40歲	國中	北
VF10	女	本國籍非原住民	61-65歲	高中	南
VF11	女	本國籍非原住民	46-50歲	高中	南
VF12	女	印尼籍	36-40歲	高中	東
VF13	女	本國籍非原住民	36-40歲	高中	東
VF14	女	原住民族	41-45歲	國小	東
VF15	女	越南籍	26-30歲	國中	東

資料來源：本研究整理。

表 2 醫療專業人員焦點團體專家學者基本資料表

編號	受訪者代號	性別	職稱	工作年資	年齡	區域
1	D02	男	家醫科主治醫師 兼任急診醫師	7年	31-35歲	南
2	D03	女	家醫科醫師	30年	56-60歲	南
3	D04	男	婦產科主任	19年	46-50歲	南
4	D05	男	泌尿科主治醫師	15年	46-50歲	南

資料來源：本研究整理。

表 3 醫務社工焦點團體專家學者基本資料表

編號	受訪者代號	性別	職稱	工作年資	年齡	區域
1	MSW01	男	組長	醫務社工：24年 社工總年資：24年	46-50歲	北
2	MSW02	女	社工師	醫務社工：20年 社工總年資：20年	46-50歲	北
3	MSW03	女	社工師	醫務社工：6年6個月 社工總年資：6年6個月	31-35歲	北
4	MSW04	女	社工師	醫務社工：7年6個月 社工總年資：8年4個月	31-35歲	北
5	MSW05	女	社工師	醫務社工：16年 社工總年資：21年	41-45歲	北
6	MSW06	女	教職	社工總年資：11年 總年資：31年	56-60歲	北

資料來源：本研究整理。

表 4 護理人員焦點團體專家學者基本資料

編號	受訪者代號	性別	職稱	工作年資	年齡	區域
1	N01	女	急診專科護理長 博士班研究生	13年6個月	41-45歲	北
2	N02	女	急診專科護理師	25年5個月	51-55歲	北
3	N03	男	急診專科護理師	3年	21-25歲	北
4	N04	女	門診護理長	22年	46-50歲	南
5	N05	女	門診護理長	18年	36-40歲	南

資料來源：本研究整理。

提供者對親密關係暴力被害人就醫與揭露的整體觀察、診治經驗及回應被害人需求之困難與建議等。

每一場焦點團體進行前，先徵得參與者同意採全程錄音方式，但可以應與會者之要求只聽不錄，尊重其意願（註3），以獲得更豐富、更關鍵、更接近事實的資訊。在資料分析方面，本研究將錄音帶逐字轉譯為文本逐字稿，參考研究者之田野筆記，採主題分析法讓連結與模式從資料中浮現，並予歸納命名，過程中，在前述文獻、作者間討論及反覆閱讀逐字稿之間來回循環，以期精準掌握受訪者之意念與想法。

肆、研究結果分析

從本研究的深度訪談中，研究者觀察到親密關係被害人在就醫揭露與向外求助的決策上呈現相當複雜的歷程與動力，其中婦女的照護需求是否得到醫療端的妥適回應，可說扮演極為關鍵的角色，茲分析如次。

一、就醫、揭露與求助之間的斷裂

一項以香港某醫院急診部門中曾有受暴經驗的就診女性病患為對象的研究指出，視家暴為家醜與個人恥辱的社會文化價值，仍深刻影響華人婦女向外揭露與求

助的行為，使得醫療專業人員無從提供適切服務協助 (Loke et al., 2012)。臺灣的研究則顯示，被害人的低求助意願與其和防治網絡成員的互動經驗，及服務與需求之契合度有關 (沈慶鴻，2019)，而負向的驗傷經驗也會造成婦女不願意再度求助 (黃一秀，1999)。換言之，社會文化未必是左右受暴婦女求助行為的唯一因素。

本研究參考Reeves與Humphreys (2018)的模型，將受暴婦女的就醫經驗進一步區分為立即與後續 (immediate vs. later)，並建構出四種資訊揭露類型：第一型是在立即與後續就醫時均揭露，可稱之為「主訴揭露型」。年紀較輕、教育程度較高的本國都會女性，多半較具有性平與權益意識，相對較不猶豫揭露自身受暴的事實，不論在受暴後的立即就醫或是後續就醫的醫病互動中，多傾向願意主動說明，或是詢問醫師身心不適與受暴經驗之間的關聯性 (註4)。第二型是在立即就醫時主動告知受暴致傷，但後續就醫時傾向不揭露，較多屬「以驗傷為目的」的就醫行為。第三型為立即或後續就醫時均未主動揭露，但在適當的引導下願意讓醫療專業人員知道者，稱之為「被動揭露型」。第四型為「堅決否認型」，即不論立即或是後續就醫均不肯揭露。這類病患不僅不主動揭露，即使醫療專業人員在診療過程中對於造成傷勢或症狀的原因有所懷疑而加以探問，病患仍堅決否認是家暴所致，

她們通常只要求醫院給予其主觀認定需要的醫療照護 (註5)，對於院方提供的其他專業服務或轉介則一律拒絕。事實上，除目的明確的驗傷之外，受暴婦女在立即或後續就醫時選擇揭露與否，都可能與婦女本身考量、醫療專業人員的應對態度，以及相應提供的醫療服務有關，其交互關係可說相當複雜且極具個別差異性。

(一) 就醫≠揭露——無法對症下藥的低效能醫療

在就醫時向醫護人員詳細說明自身狀況，以有助於找到病因並對症下藥，可說是基本常識，而這也應該是受暴婦女開啟向正式體系求助並獲得適切醫療的第一道閘門。然而，醫師們在臨床上卻觀察到除了以驗傷為目的的就醫外，多數受暴婦女受污名化影響，傾向將一般身體病痛的治療與受暴醫療分開處理，即選擇就醫卻不揭露受暴情事，或是一旦揭露就轉換醫師。其行為表現樣態包括：(1) 被害人會因為家暴受傷去急診室就診並要求開立驗傷單，卻不願意遵照醫囑持續回診；(2) 被害人會在基層診所或醫院治療外顯的病痛與症狀，萬一在某種情境下被醫師知道曾受暴，通常就此不再出現診間；(3) 不管主觀上是否意識到該症狀與受暴有關，婦女多半不會在後續就診中主動向醫師如實說出自己的境遇，對看診多年熟識的家庭醫師更是如此。這固然暫

時為被害人保住顏面，但也極可能讓經常診治被害人各種身心症狀的醫師因無從掌握症狀背後的根本原因，造成病患來回纏治多年未見果效，變成所謂的「低效能醫療」。

婦女經常感冒、頭痛、睡不著什麼的，現在看的這個醫師可能不知道她被家暴……婦女比較願意接受，她不是因為家暴來看你，而是為了「症狀」來看你……她來急診室通常是就是比較嚴重，有比較明顯的外傷來。處理完之後，就算急診室的醫生有意願幫她做後續的care，可是她可能就不會再回到大間的醫院。(D02)

有一種很奇妙的心態就是說，我並不希望我常看的那個醫生知道我這個狀況……經常去看診的醫師，常常不是願意揭露家暴事實的那位……有時候當挖出來的時候，就是她決定不會再來看你的時候。(D03)

造成「低效能醫療」，婦女就醫卻不主動揭露固然是主因，臨床醫師是否透過篩檢探問來辨識出可能有家暴議題的病患，從而對症下處方也是關鍵所在。在本研究的醫師焦點團體中，臨床醫師認為未積極探問篩檢，主因在於多數醫師認自己的任務在診治傷勢與病痛，尤其是臺灣目前也還沒有常規式探問之規定，因此，

當醫病雙方尚未建立信任關係，考量病患有可能覺得羞恥而不願意談及，或是因害怕與缺乏信賴感而不敢說，實務上醫師端多採被動立場。

除非她自己講是誰打的，不然我們只管傷啦，不會問誰打的……後來因為她一直來一直來，然後我們一直治療，治療也都不好。突然有一天她就說，我老公有打我，但她不是因為打得滿頭傷來的，她其實是肚子痛來的……當然這是因為我跟她已經建立滿好的關係，她可能信任我。(D01)

親密關係暴力中的權控，有時也會延伸到被害人的就醫，施虐者（及其家人）表面上是關心而陪同就醫，然其事實效果卻形同「戒護就醫」。研究估計約有五分之一的受暴婦女在最近一年內尋求醫療服務時，曾受到配偶的干擾而有不同程度之妨礙，其中最常見的是配偶以具有監控性質的行為陪伴就醫診療，讓受暴婦女感到恐懼，阻礙其如實揭露或回應醫療專業人員的探問，使婦女更感孤立與無助，從而深化創傷經驗（McCloskey et al., 2007; Reeves & Humphreys, 2018）。本研究中，護理師觀察由男性陪同前來就醫的受暴婦女在診間的自主性與話語權相當程度被掌控，甚至剝奪，未必可以安心地揭露受暴的事實並尋求協助。醫療現場觀察其外顯行為有的是不言不語，有的則是欲言

又止，共同的表現是畏縮、漠然，與缺乏與陪同者間的正向互動；對於受傷原因的解釋，也多半輕描淡寫，常與醫護的判斷有出入。

看病都是我先生陪我去，請他幫忙問醫師，那醫生都只對我先生說明病情，我問他，他也不跟我說，還怪我龜毛，「啊妳就是吃藥就對了」。(VF03)

她根本不敢講，就說我只是頭痛啊！頭撞了一下這樣子，講得很輕描淡寫，再看那個陪她來的人，然後又講得畏畏縮縮的這樣子……他會特別的關心，「她的報告怎麼了，她等一下要做什麼」，就會問很多的事情。我就覺得說奇怪，你為什麼這麼積極？雖然她是你太太，但是症狀也沒有說很嚴重啊。(N02)

那位陪她來的很兇，一直咆哮啊！受暴者好像不太敢，我們問她說，妳要通報嗎？她就說這樣子會不會有什麼問題？就是有很多擔心，怕會被打得更慘……「你們趕快幫她做治療啦！問那麼多幹嘛！」，就是一直催促治療。(N03)

(二) 揭露≠求助——拒絕專業服務的「工具性驗傷」現象

本研究的受訪者曾去過急診的比例頗高，除少數是遭受到相對人嚴重的肢體暴力而前去急診就醫，其他的急診就醫經驗多是驗傷。隨著資訊流通的便捷性以及受暴婦女本身經驗的累積，醫務社工在實務上經常接觸到所謂的「驗傷常客」——以取得驗傷單為目的的「病患」，共同的特徵是就醫行為具反覆性、目標性、排斥被通報，且明白拒絕醫務社工、家防中心乃至民間婦團所提供的各種專業服務。

現在很多婦女都很熟悉法規，她們來醫院就是擺明要驗傷……有時候只是要那個單，拒絕一切服務，就說，社工你不要跟我談這麼多，這些我都知道，我也不想要後續再追蹤資源，什麼都不用給我，我只是要那張單子……然後，下一次看到她又來了。

(MSW03)

換言之，親密關係被害人立即就醫並主動揭露的目的，並非單純是去醫治因暴力所造成的身心病症，還兼有各種非醫療的目的——醫療資源某種程度被轉化成暴力兩造角力的籌碼，常見的包括：報案時警方的要求、用於聲請保護令、訴請離婚、牽制或約束對方，以及在雙方對峙的權力天平上取得優勢地位，或甚至是為法律上的自保與攻防。然而，也有一些

去醫院驗傷的被害人基本上沒有明確的目的性，也未必全然清楚或確定取得驗傷單在法律上的用處，只是心理上覺得有備無患，或者受到坊間錯誤傳言所影響，以為驗傷單的張數會有助於強化自身的法律訴訟優勢(註6)，即所謂的「驗傷單迷思」。

去驗傷過兩次……到第四次，他打我、趕我走……我就不能陪我的孩子。他等於是做了一個傷害母親的一個動作，就是要把我跟孩子分開。所以我就會做最狠的動作，決定去驗傷……如果他沒有趕我走，我也許也沒有辦法下定決心去做到這一步。(VF02)

她其實沒有要做任何法律程序，只是要回家告訴加害人說，「我今天去驗傷了，你不要再打我」……有時候其實變成是一個她們要的法律上的憑據而已。(MSW03)

有些受暴婦女如同文獻所述的典型長期受暴者，她們在第一次就醫時，多半非常認真去了解醫院的流程，以及家暴防治體系可以提供的服務。然而，解決現實問題往往需要時間，社工的協助有時未必完全符合個案的期待，不能切中其需求，而未成年子女照顧與經濟依賴等現實因素更讓她們舉棋不定。這些被害人長期處在暴力之下，一次次受虐、報警、就醫、求助

的無限循環，逐漸磨蝕了她們改變的信心和動力，時日一久，在深刻的習得無助感作用下，驗傷變成受暴婦女萬般無奈下唯一能做的事，也就形成「只驗傷未療傷」的特殊現象。

我發現，個案如果是第一次受暴來的，會很想了解社工或醫院可以提供什麼服務……幾次受暴來驗傷的，我們都會通報，然後家防中心社工會跟她聯絡，或許後面提供的，不見得能夠協助她脫離這個受暴循環，所以，後面幾次都是重複驗傷，她還是在那個處境之下。(MSW05)

走過長期婚暴過程的，長期生活在恐懼裡面，加上親子的牽絆，變成說她也無能為力，只知道說來驗傷，就只是這樣子而已……剛開始會覺得說社工能夠幫忙什麼，到後來她已經習慣來這裡驗傷了……來幾次就不會聽那麼多了，告訴我說她知道怎麼處理了，很快拿了驗傷單就走了。(MSW02)

面對病患只是來驗傷而無意療傷，選擇不回診，這讓知悉其受暴情事，想要在驗傷診斷之後，擬定身心治療計畫，持續提供後續照護與陪伴的臨床醫師無從提供更多被害人所需要的服務。對此，受訪的醫師們認為狀況各不相同，有些親密關係

暴力被害人受到看診時間、環境、情境及自身心境的影響，難以建立信任的醫病關係，無法向醫師傾訴前因後果與受到的身心衝擊，在期待落差下有可能影響回診的意願。有些則在處理過緊急狀況後，因暫時未再受暴，或是已慣於容忍相對人，以致回診動機下降；也有的病患或許選擇回到社區看熟悉的、不知道她家暴遭遇的診所醫師，包括精神專科，繼續處理外顯症狀。除此而外，也有為數不少的病患可能不再看西醫，轉而尋求宗教撫慰或民俗療法。

預約下次回診的，她們有多少意願來繼續看診？很少……她到了急診，那都是非常錯亂、慌亂的狀態，那時候你要建立關係根本不可能，因為你跟她說什麼她都不記得，甚至不知道你長什麼樣子，然後她就回去了。（D03）

30分鐘，以現在的門診算是很長的看診時間……她會因為家暴來就醫，我相信一定不是第一次，所以說累積了這麼多的情緒、背後的問題，在30分鐘是無法達到預期的那個水準，所以關係沒有建立好，她也不會有那麼高的意願再回來。（D02）

後續精神科醫師繼續輔導啦，那你說對她一些隱形的症狀會不會有幫忙，我覺得沒有，我們就是

沒有再去追蹤啦。（D01）

綜上，本文的實證資料顯示，受暴婦女的就醫、揭露與求助等三種行為之間，往往是斷裂的獨立事件，亦即，前去就醫並不等於已經準備好要揭露受暴情事，因此，醫療專業人員有可能在不清楚緣由的情況下，只能針對主訴或外顯症狀提供醫療服務；再者，即使婦女選擇揭露，有可能是為了取得驗傷診斷書等考量，未必等同於已經有意願接受身心診治及後續的其他專業服務，這可能是臺灣親密關係暴力被害人在醫療體系中較為特殊的行為表現。

二、醫療專業人員的回應具翻轉性

醫病之間權力與資訊不對等是一個現實，但對於親密關係暴力被害人來說，受到根深柢固的社會文化所影響，前去醫院就醫時，內心毋寧是忐忑和猶豫的，兩者交互作用下極可能讓她更敏感、更退縮。從進入醫事機構的第一刻開始，醫院裡每一位工作人員的應對態度是否讓她感受到安全友善，不僅左右當下的心緒，影響揭露受暴事實的意願與內容及持續就醫的動機（註7），甚至會更進一步衝擊到創傷復原之路。若是遇到對親密關係暴力議題不熟悉、創傷知情（trauma-informed）知能不足的醫療人員，極可能因當下互動經驗不佳，而決定不再尋求家暴醫療的協助（註8），錯失了及早辨識以及連結後端獲

得社政等正式資源協助的契機。

(一) 受暴婦女「被照護」的需求

本研究顯示，受暴婦女很在意醫師在診間的應對態度，然而，在忙碌、快節奏的醫療現場，醫師慣常使用的直接、制式、看似專業卻不帶溫度的回答，用在一般疾病的病人或許尚可理解並接受，但對於身心受創、情緒很滿的被害人來說，當下的感受是挫敗、孤單與茫然的。有位受訪者表示，當時她剛遭受到肢體攻擊，身上的疼與心理上的痛還很強烈，可是醫師問診後卻寫下「沒有明顯外傷」幾個字。或許醫師只是依其專業就當下所觀察到的情況下診斷或書寫病歷，但對婦女來說，在這關鍵時刻不僅沒有被同理關懷到，連自己受暴的事實似乎也一併被否認，形同受到二度創傷。

我覺得必須要有耐心去聽我們陳述，覺得安全，需要有一個持續讓你覺得可以去到那個地方的穩定性，還有就是能夠討論、能夠和醫師討論說我到底在吃什麼藥，我為什麼要吃這個藥。

(VF04)

發生事情的那個早上，我自己跑去急診，說我要驗傷。醫生就看我頭髮裡面的情況，我有看到醫生在病歷表上標示我被打的地方，但卻寫了「沒有明顯外傷」

幾個字。就發生在幾個小時之前，還很痛，可是到了醫生那邊（苦笑）……我相信醫生說的，可能沒有腫、也沒有發紫、也沒有傷口，可是我想尋求一個證明，還是尋求一個、一個贊同我受到傷害的這個聲音，但我沒有聽到……我受傷這件事情不能只是我單獨的承受。(VF08)

醫生其實她們就是蠻就事論事的，態度沒有不好，但真的只是在看病。(VF02)

然而，也有受訪者表達積極正向的醫療使用經驗，她們共同的描述是在知道自己受暴狀況後，醫師的態度親和、檢查和記錄都相當仔細，願意花時間傾聽事發的經過以及她們的感受。其中一位受訪者提到女性醫師適度的肢體接觸，以及仔細拍照記錄她所提到的身上每一個傷口，讓她當下覺得自己所經歷的事有人相信、有被在意、被關心，因而獲得了心理上的安全與安頓感。

醫師她就牽妳的手，啊就看看妳身上有沒有比較明顯的那個（外傷），嗯！心情就很定下來。

(VF01)

我覺得醫師也很願意聆聽，很有耐心知道我的狀況……然後再慢慢跟醫生講說家裡的情況這樣子。(VF08)

醫生就是很仔細問，是發生什麼事情，是怎麼樣打到的……連小小的地方有沒有，他都要拍照……（當下的感覺）就很感動啊，他就很貼心這樣，原來還是有人、有人關心欸。（VF12）

儘管臺灣有為數不少的新住民，但多數醫療機構卻未針對她們的語言表達與文化社會認知能力，提供必要的通譯服務或協助。新住民受暴婦女在這樣的醫療現場裡，醫師態度和語言理解限制的雙重不友善使她備感無助，若再加上施虐者或夫家陪同就醫，婦女更無法獲得好的醫療協助。一位日常口語表達無礙的新住民受訪者描述她在事關自身健康的議題上如何失去主體性：這位對臺灣醫療十分陌生的新住民婦女，每次都在施虐者的隨行下就醫，對方不肯將她的疑惑如實轉譯給醫師，而醫師也只對著施虐者說明病情，當她想自己問醫師，還在思考如何措詞時，醫師已經示意診間助理叫下一位病患進來，新住民受暴婦女在醫病互動中成為不存在的透明人，其主體性與脆弱性被嚴重無視。

醫生跟我說明檢查結果，解釋上就有些急，我聽不太懂，可是也不敢多問……傷到頭部，我很擔心，想再問清楚，他已經講到後面去了……感覺到醫師不耐煩，不讓妳有時間問，我還想問有多

嚴重，多久會好，危險嗎？還沒開口，他已經按鈴叫下一位。

（VF03）

整體而言，本研究中多數被害人對於醫師診療態度評價持平，雖然她們並不全然認為是一個很好的就醫經驗，但也肯認醫師有盡到本份，做他該做的事—像是例行問診、拍照、檢查、開立驗傷單與處方等。如前所述，親密關係暴力對華人社會的婦女而言，原本就是一個被污名的負面事件，因此在因家暴而身心受創當下，更需要獲得醫療專業人員有溫度的對待，以認真傾聽、慎重檢查及同理回應，提供具文化敏感度的有品質醫療照護。

（二）醫療人員的「修補式」行為

非急性暴力被害人的驗傷及診治大多在門診進行，護理師認為，掌控整個醫療執行步調的門診醫師，一般來說不如急診醫師那麼熟悉家暴診療流程，通常僅會針對所見外傷或婦女主訴症狀診療開藥與做記錄，大多未能掌握過往病史，細查這些身心症狀背後與親密關係暴力相關的傷害因素，很難顧及心理社會層面的關照。有些醫師為了開驗傷單，會簡單詢問暴力過程，但通常僅只限於事實部分，盡量不去觸動情緒。由於感受到醫師無意深入了解，當下也缺乏情緒導引，婦女內心雖然很想多談，但多半很自覺地打住。若只是來看診，護理師觀察到門診醫師通常不想

也不會多問，婦女則因心理障礙多不會主動提及，整個診療就只聚焦在表面症狀的陳述和開藥。

可能是家庭因素或什麼的，會有一些病歷紀錄，可以看一下的病史嘛，但是……一般醫師好像也不會一直往深入的問，就只是幫她症狀治療。(N04)

情緒的引導也會有差，講到後面情緒來了一直哭啊，那醫師就不會再繼續問下去了……當事人也會看，那個情緒是要被引導出來才有可能繼續往下講。那如果醫師只是幫妳驗傷，沒有多問什麼，當然就不會繼續往下啊。

(N04)

醫師是醫療團隊的主導者，對病患就診主訴的理解與態度，直接影響醫療過程中與病患的互動模式，從而決定診療內容與後續的治療計畫。醫務社工觀察到，在醫療現場確實遇到過性別意識不足、對受暴婦女抱持負面道德判斷、缺乏同理心的醫師；但是她們也指出還是有些較年輕的醫師願意認真以待、詳細問診、仔細檢查，並鉅細彌遺書寫驗傷診斷書，努力為親密關係暴力被害人爭取司法上的正義。

我有遇過本身比較大男人主義的醫師，他只要處理婚暴的個案，情緒就會顯得浮躁、情緒張力很大……曾經來跟我講「看

她就是一副欠打的樣子呀」！

(MSW02)

有的醫師頂多寫個多處擦傷、挫傷，就這樣子。反而是有些年輕醫師，他們關心這個議題的，最後的診斷都下的好細好細喔，每個部位都寫得好清楚。

(MSW05)

伍、討論與建議

臺灣受暴婦女的高醫療利用，除歸因身心衝擊造成高醫療需求外，本文觀察到在現今健保體制下的醫療現場常態與醫師的訓練和素養，使得原已困難的受暴婦女的自我揭露雪上加霜，家暴醫療被嚴重窄化，形成只驗傷未療傷、無法對症下藥的低效能醫療之奇特現象，恐怕才是關鍵所在。醫療體系如何營造受暴婦女安全揭露的氛圍，甚或在尊重其不表明的前提下仍能提供符合需求且具療效的醫療服務，可說是重要課題。

一、討論

(一) 在揭露與適切醫療之間的平衡

本研究觀察到臺灣受暴婦女在社會文化價值、醫療現場實況、訴訟制度設計等多重複雜因素的作用下，呈現出就醫、揭露和求助三者間相互獨立的特殊現象——就醫未必揭露、揭露未必求助、就醫也未

必求助；而整個醫療體系對於親密關係暴力的回應，實質上已被窄化成「通報加開驗傷單」。如前所述，多數的文獻都聚焦在探討婦女主動揭露的重要性及如何提升其意願，本研究也發現醫師態度親和、願意傾聽、不帶價值判斷、慎重詳細的檢查、同理解被害人的心理需求並在醫療可行範圍內予以回應，讓被害人當下覺得自己所經歷的事有被在意、被關心、獲得了的安全感，極有助於建構被害人積極正向的醫療使用經驗，從而願意主動揭露，尋求創傷復原。而實務上，即使婦女原本願意揭露，但若是醫療服務提供者的回應是缺乏創傷知情思維與實務運作的，仍可能讓受暴婦女在立即或後續的就醫中改變主意決定不揭露，再者，婦女也極可能因此受到二度創傷。

然而，站在被害人中心的角度來看，婦女做為一個成年人，有其自主性與自決權，醫療專業人員也應該意識到，並尊重婦女在某些脈絡下選擇不揭露、展現正向的自我形象與自尊之權利（O'Doherty et al., 2016）。事實上，只要醫療專業人員有心、有理念、接受創傷知情照護（trauma-informed care, TIC）的訓練，在合理的執業條件的支撐下，將可有效改善其服務受暴婦女的知識、技巧與態度（Choi & Seng, 2015; Muskett, 2014）。創傷知情照護不僅呈現在評估、篩檢與處遇；也以實證為基礎提供能夠促進創傷

復原的最佳實務處遇模式（Gerber et al., 2019）。因此，即使受暴婦女選擇不揭露，也可以在醫療專業人員的敏銳覺察下，提供可撫平婦女創傷的適切醫療照護，提高治療效果。

（二）制度性操演下的低效能醫療

研究顯示，臺灣親密關係暴力被害人平均每人每年的醫療費用約為對照組的2.4倍（江宛霖等人，2020），較高的醫療支出一方面反映親密關係暴力對被害人造成嚴重的身心傷害所致；但另一方面從過往文獻及本研究的質性資料結果看來，這或許與受暴婦女受苦於低效能醫療而反覆就醫有關。親密關係暴力女性被害人的就醫經驗具一定的異質性，儘管多數受訪者同意醫師有做到「修補式」的標準作業流程，但受訪婦女「被照顧」需求與醫師診療行為間的落差，都讓她們經驗到不夠體恤、缺乏同理、不肯花時間傾聽和講解，以及不重視婦女所經驗的暴力事實等負向感受，從而影響她們揭露受暴事實的意願。多數臨床醫師所採取的「不說、不問、不處置」策略，和以症狀為主的診療模式，造成「修補—照顧」醫療歷程（黃志中，2016）的斷裂，如同Wuest等人（2008）所指出的，造成婦女為找到期待的治癒效果而必須不斷反覆就醫現象，也影響其揭露及持續接受診治的意願；而醫療端也就在不知道受虐事實的情況下依症

狀下處方，而不是在支持她們改善安全、減少虐待情事的前提下開藥，甚至造成反效果（O'Doherty et al., 2016）。

本研究受訪醫師們在認知上普遍認同不應只治療症狀、過度仰賴藥物，而應更具敏感度與善意，同步關心病患的心理狀態，提供安全感，以有助於提高醫病信任，從而提升醫療成效；然而，他們也反映在現今的醫療現場，深受生物醫療化的影響，多以身體病症為主，很難真正做到「全人關懷」，加上長期不受重視的家暴醫療和不合理的健保支付制度，都會造成部分醫師缺乏意願與能力提供被害人有效的診療儘管臺灣的醫療體系在評鑑督考的要求下，多已建立一套「冢性暴」案件（註9）的標準作業流程。然而，受訪者也指出，缺乏人文素養的醫學訓練、爆量的醫療現場，讓他們無法照顧到受暴婦女的情緒需求，而前來會診被害人的醫師也往往缺乏處理冢暴案件的知能、敏感度不足，態度相對消極；較有概念者則受苦於臨時被照會，既定的看診時間表被打亂，匆忙間沒有足夠的時間做完整的診療。簡言之，在知能與資源不到位、健保點數未加成、對醫師個人績效沒有加分效果之下，醫師對病患冢暴議題只能低度消極處理。

臺灣的特約醫療機構大約有8~9成的收入來自於健保，因此健保支付點數的多寡可說是影響院方重視度的關鍵因素之

一。為親密關係暴力被害人提供身心醫療處置具有高耗時與高耗能的高情緒勞動特性，但其健保給付的點數卻與重症相去甚遠。甚且，親密關係暴力對被害人身心所造成的衝擊有其複雜性，需要醫院內透過照會機制，連結相關專業為病患提供整合性醫療服務。然而，在現行健保支付制度下，嚴重限制跨科照會點數，造成被照會前來診療的醫師常無法獲得合宜的健保給付。此外，醫務社工原本是醫院應對親密關係暴力被害人的關鍵專業人員之一，然而其所提供的專業服務卻不在醫療服務給付項目與支付標準當中，這不僅影響醫務社工在醫院的地位，也連帶不利被害人服務質量與深度。質言之，健保支付制度設計並未合理支應親密關係暴力被害人的醫療照護，可說是影響醫院重視程度的重要因素之一，從而也型塑了現今醫療現場應對親密關係暴力被害人身心治療需求的低效能醫療模式。

二、建議

晚近文獻指出創傷知情的照護具有協助改善婦女與兒童健康，及處理醫病間緊張關係與醫療遵從性的潛力，以提升治療效果，已逐漸廣為醫療機構所採用（Gerber et al., 2019; Sperlich et al., 2017）。O'Doherty等人（2016）更進一步指出在一個女性可以安全地表明自己受虐身分的療癒環境（healing context）

中，對她重構統整的自我概念至為重要。然而，目前在醫療政策上如何深化醫療體系的責信與回應性；在醫療現場如何在行之有年的以人為本的整合式照護（註10）中真正體現所謂的「創傷知情整合照護」（trauma-informed integrated care, TIC），將對創傷的覺察與理解納入日常的治療實務中以改善對受暴婦女所提供的服務，並減少低效能醫療利用及降低醫療成本，可說是一大挑戰（Ardino, 2017; Regal et al., 2020）。基於以上理念，本文提出以下幾項醫療政策與實務層次之建議。

（一）在醫療政策層次

1. 檢討健康政策、重構醫療體系任務

儘管《家暴防治法》的主管機關在社政部門，然而，該法第四條也明訂衛生主管機關的權責在「家庭暴力被害人驗傷、採證、身心治療、諮商及加害人處遇等相關事宜」，因此，衛政部門在理念上應清楚認知本身在親密關係暴力兩造相關的醫療議題上責無旁貸，應全方位地擔負起家庭暴力防治的重責大任。具體言之，本文建議在政策規劃層次，從女性被害人的角度重新審視當前的健康政策及醫療體系的回應模式，正視受暴婦女高醫療利用的事實，及本文所呈現的就醫與揭露困境，將全人醫療及醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM）等核心醫療模式

融入親密關係暴力被害人的身心治療，並同步規劃一線醫療專業人員與親密關係暴力之創傷知情相關的教育訓練。

2. 調整健保支付制度

健保的支付制度左右醫療機構的因應策略與回應行為，只是前述政策的調整，恐仍無法改變一線醫療現場的實務運作，因此，為有效回應親密關係暴力被害人需求，並降低其醫療利用與費用，本文建議針對處理複雜耗時、高情緒勞動的親密關係暴力被害人提供服務的所有醫療專業人員獲得的支付點數，都應有適足的財務誘因與回報，以確保被害人獲得有品質、有尊嚴、有果效的醫療服務。

（二）在醫療實務層次

如前所述，醫療機構處理「家性暴」議題應積極回應受暴婦女需求與期待，從過去建構制度、流程與剛性督考，進階至「家性暴防治2.0」——藉由研發指引、建置全人照護取向的診療驗傷內容、教育訓練，全面改變一線醫療專業人員的理念與實務典範，朝建構創傷知情的醫院（trauma-informed hospital）而努力。

1. 研發具性別與文化友善功能的就醫指引

全面性的性別與文化友善醫療環境與醫療照護，可說是所有親密關係暴力被害人所期待的終極理想。本文建議應研發具有性別與文化友善內涵的就醫指引，內容

包括：親密關係暴力所引發的各類流動複雜的身心病症、相關的醫療領域與科別、個別醫療專業人員的專長說明等，提供被害人就醫時的指引，以減少不必要的延遲就醫或就醫不揭露，並避免就醫遭受到二次創傷或缺乏文化敏感度的對待。

2. 建置全人照護取向的診療驗傷內容

(1) 以人為中心的全人照護

親密關係暴力對於被害人而言，不僅是暴力的肢體表象傷害，也是心理、社會的傷害，更是安全、信任與愛的破壞，從而造成被害人複雜而多重的醫療照顧需求。親密關係暴力驗傷以診療為基礎，針對單一暴力表象外傷進行完整評估、紀錄固然重要，然被害人當下的心理狀態、行為表現也是全人的一部分，應予統整性的評估與診療此外，過往的婚姻家庭史、親密關係暴力歷程，也都應納入診療關注的重點。

(2) 具創傷知情內涵的診療歷程與脈絡

親密關係暴力所具有的長期、反覆特性，使得過往暴力所造成身心創傷的累積影響，會以各種面貌呈現於被害人就醫診療的現場，需要在具有充分安全、信賴的醫療關係與環境下，以關懷、開放、具敏感的診療態度，脫去刻板印象與病理化的偏執，才得以探得被害人諸多行為與情緒反應的創傷本質，也才有機會鬆動諸多過

往創傷對於被害人就醫當下的身心影響。

(3) 完整的複診追蹤架構

面對親密關係暴力對於被害人的複雜影響，相關的診療驗傷往往不是單一次的急診就醫就可以達到療效，透過複診追蹤的評估與診療，延續急診就醫所成形具安全、信賴的關係，在受暴婦女能充分被關懷的情境下，逐漸揭露其傷害表象下的深層結構，不僅提高診療驗傷效能，也同步開啟身心修復的歷程。

3. 人員的教育訓練

(1) 強化對被害人身心創傷症狀的辨識診療能力

親密關係暴力造成被害人各式各樣的身心症狀，不只是因為急性暴力造成的身體外傷或情緒反應，也包含了慢性壓力下的身心不適與長期創傷累積的健康問題。這些健康議題雖常見於臨床，卻多為醫療專業人員在有意或無意之間忽略，造成被害人反覆就醫卻不見果效的低效能醫療，既無助於改善健康狀況，更大量耗用醫療資源。本研究建議醫院端，或是專科醫學會應致力於提升醫療專業人員的敏感度、同理心與臨床辨識能力，並提供落實創傷知情工作方法的實務指引；而更基本且關鍵的，是著力於建構一個創傷知情的醫院—重視和促進創傷知情照護方法的組織文化和領導力；制定一套可支援創傷知情實踐的政策和流程(註11)。

(2) 提升性別素養

本文揭露的親密關係暴力被害人就醫的負面經驗，固然可以歸因於醫療現場的忙碌，以及個別醫療專業人員的應對態度問題，然事實上，親密關係暴力與性別議題息息相關，醫療專業人員自身的性別意識、對家暴議題的認知，都會影響問題界定、問診態度與臨床技巧，乃至醫療處置決策。因此，整體醫學養成教育及醫院的在職訓練都應致力於協助醫療專業人員建構具性別覺察的普遍素養，內化性別敏感，並運用在臨床之日常醫療，廣泛地操演於各醫療場域以及各醫事職種，而非侷限在某些限定的醫療機構、科別或個人；翻轉過去消極、被動，甚至是具有家暴迷思的回應方式，以正面積極的涵容作為，營造性別友善的就醫環境。

三、研究限制

親密關係暴力被害人的人口變項、受暴態樣、本身的醫療使用模式、在地醫療資源的多寡、對親密關係暴力的認知與態度等，都會影響其醫療利用與就醫經驗；而醫療服務供應的品質也會因醫院規模、層級、科別，乃至個別醫療專業人員特質而有所差異。本研究以質化方式蒐集實證資料，即使已在可及量能內極大化面訪對象的異質性，然不可否認仍存在取樣侷限性的問題，兼以本文論點是建立在回溯性研究上，這些因素都會挑戰發現與結論的可類推性。

（本文作者：劉淑瓊為國立臺灣大學社會工作學系教授；黃志中為高雄醫學大學醫學系醫學人文與教育學科副教授）

關鍵詞：親密關係暴力、女性倖存者、求助行為、創傷知情照護、全人照護

註釋

- 註1 以下與受暴婦女、親密關係暴力被害人互用。
- 註2 同意證明書之文號為KMUHIRB-SV (I) -20170060（附件一）。計畫執行期間及結束後接受高雄醫學大學附設醫院臨床試驗管理委員會的稽核，稽核結果均無缺失。
- 註3 受訪者中有1位表明不願意被錄音，研究者尊重其意願，只做訪談筆記，不予錄音。
- 註4 「來醫院驗傷，直接說的，大多還是三十出頭，比較青壯年的女生；反而五、六十歲以上，比較傳統的婦女，我好像幾乎真的沒有遇過」（N03）。
- 註5 「反正就是幫我縫一縫、幫我處理好就好」（VF07）。

- 註6 「她現在可能還沒想好要做什麼，可是知道先做了這個，之後可能對自己比較有保障，或是坊間流傳說要幾張驗傷單呀，我當然先留著再說」(MSW04)。
- 註7 「如果醫療環境是一個敏感，對性別、對需求敏感的，被害人比較敢講；如果不是，那她可能就比較不敢講」(MSW06)。
- 註8 「有的醫生很粗魯，他大概只會問妳，要不要驗傷單，不然就是說好像覺得這個不重要，後來根本就沒有去看醫生」(VF01)。
- 註9 指家庭暴力與性侵害事件。
- 註10 即以多學科的治療團隊提供滿足病患全人醫療需求之服務。
- 註11 *Building Trauma-Informed Organisations*，請參<https://www.phoenixaustralia.org/disaster-hub/resources/building-trauma-informed-organisations/>

📖 參考文獻

- 中華民國醫師公會全國聯合會、世界醫師會工作小組(2011)。〈世界醫師會有關家庭暴力之聲明〉。《臺灣醫界》，54(9)，59-60。 <https://doi.org/10.30044/TMJ.201109.0009>
- 江宛霖、劉淑瓊、黃志中(2020)。〈臺灣親密關係暴力被害人醫療利用與費用分析〉。《臺灣公共衛生雜誌》，39(1)，52-63。 [https://doi.org/10.6288/TJPH.202002_39\(1\).108106](https://doi.org/10.6288/TJPH.202002_39(1).108106)
- 沈慶鴻(2019)。〈「高危機、低意願」：親密關係暴力高危機案主受助經驗之探索〉。《社會政策與社會工作學刊》，23(1)，1-44。 [https://doi.org/10.6785/SPSW.201906_23\(1\).0001](https://doi.org/10.6785/SPSW.201906_23(1).0001)
- 黃一秀(2000)。《婚姻暴力之受虐婦女求助歷程之探討》(碩士論文，東海大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/v7953e>
- 黃志中(2016)。《重構婚姻暴力診療驗傷：醫療現代性及其不滿》。翰蘆。
- 潘淑滿、林東龍、林雅容、劉一龍(2021)。《109年度臺灣婦女遭受親密關係暴力統計資料調查》(案號：M09C7266)。衛生福利部。 <https://www.mohw.gov.tw/dl-72916-2c201581-ffd2-4248-8ffd-0f00fbff0f0e.html>
- Alhabib, S., Nur, U., & Jones, R. (2010). Domestic violence against women: Systemic review of prevalence studies. *Journal of Family Violence*, 25(4), 369-382. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9298-4>
- Alvarez, C., Fedock, G., Grace, K. T., & Campbell, J. (2017). Provider screening and counseling for intimate partner violence: A systematic review of practices and influencing factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(5), 479-495. <https://doi.org/10.1177/1524838016637080>

- Ardino, V. (2017). Healthcare utilization and trauma-informed care: A discussion paper. *Maltrattamento e Abuso All'Infanzia: Rivista Interdisciplinare*, 19(2), 31-53. <https://doi.org/10.3280/MAL2017-002003>
- Beck, J. G., Clapp, J. D., Jacobs-Lentz, J., McNiff, J., Avery, M. L., & Olsen, S. A. (2014). The association of mental health conditions with employment, interpersonal, and subjective functioning after intimate partner violence. *Violence Against Women*, 20(11), 1321-1337. <https://doi.org/10.1177/1077801214552855>
- Chamberlain, L., & Levenson, R. (2009). *Reproductive health and partner violence guidelines: An integrated response to intimate partner violence and reproductive coercion*. Family Violence Prevention Fund.
- Choi, K. R., & Seng, J. (2015). Pilot for nurse-led, interprofessional in-service training on trauma-informed perinatal care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(11), 515-521. <https://doi.org/10.3928/00220124-20151020-04>
- Chu, S. Y., Goodwin, M. M., & D'Angelo, D. V. (2010). Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 317-322. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.013>
- Coles, J., & Jones, K. (2009). "Universal precautions:" Perinatal touch and examination after childhood sexual abuse. *Birth*, 36(3), 230-236. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00327.x>
- Crawford, E., Liebling-Kalifani, H., & Hill, V. (2009). Women's understanding of the effects of domestic abuse: The impact on their identity, sense of self and resilience. A grounded theory approach. *Journal of International Women's Studies*, 11(2), 63-82.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, 10(5), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Dichter, M. E., & Rhodes, K. V. (2011). Intimate partner violence survivors' unmet social service needs. *Journal of Social Service Research*, 37(5), 481-489. <https://doi.org/10.1080/01488376.2011.587747>
- Du Mont, J., Macdonald, S., White, M., Turner, L., White, D., Kaplan, S., & Smith, T. (2014). Client satisfaction with nursing-led sexual assault and domestic violence services in Ontario. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 122-134. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000035>
- Fishman, P. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., & Rivara, F. P. (2010). Changes in health care costs over time following the cessation of intimate partner violence. *Journal of General*

- Internal Medicine*, 25(9), 920-925. <https://doi.org/10.1007/S11606-010-1359-0>
- Ford-Gilboe, M., Hammerton, J., Burnett, C., Wuest, J., & Varcoe, C. (2015). Patterns of service use among women who have left an abuse partner. *Journal of Family Violence*, 30(4), 419-431. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9688-8>
- Ford-Gilboe, M., Varcoe, C., Wuest, J., Merritt-Gray, M., & Campbell, J. C. (2010). Intimate partner violence and nursing practice. In J. Humphreys & J. C. Campbell (Eds.), *Family violence and nursing practice* (pp. 115-145). Springer.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Elsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Gerber, E. B., Loomis, B., Falvey, C., Steinbuchel, P. H., Leland, J., & Epstein, K. (2019). Trauma-informed pediatrics: Organizational and clinical practices for change, healing, and resilience. In M. Gerber (Ed), *Trauma-informed healthcare approaches* (pp. 157-179). Springer.
- Gottlieb, A. S. (2008). Intimate partner violence: A clinical review of screening and intervention. *Women's Health*, 4(5), 529-539. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.5.529>
- Hall, A., McKenna, B., Dearie, V., Maguire, T., Charleston, R., & Furness, T. (2016). Educating emergency department nurses about trauma informed care for people presenting with mental health crisis: A pilot study. *BMC Nursing*, 15(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0141-y>
- Handley, T. E., Kelly, B. J., Lewin, T. J., Coleman, C., Stain, H. J., Weaver, N., & Inder, K. J. (2015). Long-term effects of lifetime trauma exposure in a rural community sample. *BMC Public Health*, 15(1), 1176. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2490-y>
- Isobel, S., & Edwards, C. (2017). Using trauma informed care as a nursing model of care in an acute inpatient mental health unit: A practice development process. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(1), 88-94. <https://doi.org/10.1111/inm.12236>
- Jones, A. S., Dienemann, J., Schollenberger, J., Kub, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Campbell, J. C. (2006). Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues*, 16(5), 252-261. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.06.007>
- Kennedy, A. C., & Prock, K. A. (2018). "I still feel like I am not normal:" A review of the role of stigma and stigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(5), 512-527. <https://doi.org/10.1177/1524838016673601>
- Kothari, C., & Rhodes, K. (2006). Missed opportunities: Emergency department visits by police-identified victims of intimate partner violence. *Annual of Emergency Medicine*, 47(2), 190-199.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.10.016>

- Kruse, M., Sørensen, J., Brønnum-Hansen, H., & Helweg-Larsen, K. (2011). The health care costs of violence against women. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(17), 3494-3508. <https://doi.org/10.1177/0886260511403754>
- Loke, A. Y., Wan, M. L. E., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing, 21*(15-16), 2336-2346. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x>
- López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2018). Physical health consequences of interpersonal trauma: A systematic review of the role of psychological variables. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(3), 305-322. <https://doi.org/10.1177/1524838016659488>
- Mantler, T., & Wolfe, B. (2018). Evaluation of trauma-informed integrated health models of care for women: A qualitative case study approach. *Partner Abuse, 9*(2), 118-136. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.9.2.118>
- McCloskey, L. A., Williams, C. M., Lichter, E., Gerber, M., Ganz, M. L., & Sege, R. (2007). Abused women disclose partner interference with health care: An unrecognized form of battering. *Journal of General Internal Medicine, 22*(8), 1067-1072. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0199-z>
- McNutt, L. A., & Krammer, J. (2014). Health consequences of intimate partner violence. In E. Waltermaurer & T. A. Akers (Eds.), *Epidemiological criminology: Theory to practice* (pp. 128-138). Routledge.
- Mørk, T., Andersen, P. T., & Taket, A. (2014). Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: A qualitative study. *BMC Women's Health, 14*(1), 74-84. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-74>
- Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing, 23*(1), 51-59. <https://doi.org/10.1111/inm.12012>
- Nathanson, A. M., Shorey, R. C., Tirone, V., & Rhatigan, D. L. (2012). The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(1), 59-75. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.1.59>
- O'Doherty, L. J., Taft, A., McNair, R., & Hegarty, K. (2016). Fractured identity in the context of intimate partner violence: Barriers to and opportunities for seeking help in health settings. *Violence Against Women, 22*(2), 225-248. <https://doi.org/10.1177/1077801215601248>
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(4), Article 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.135>

1204

- Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implication. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(11), 1296-1323. <https://doi.org/10.1177/0886260504269685>
- Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2018). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal of Clinical Nursing, 27*(5-6), 1170-1182. <https://doi.org/10.1111/jocn.14152>
- Regal, R. A., Wheeler, N. J., Daire, A. P., & Spears, N. (2020). Childhood sexual abuse survivors undergoing cancer treatment: A case for trauma-informed integrated care. *Journal of Mental Health Counseling, 42*(1), 15-31. <https://doi.org/10.17744/mehc.42.1.02>
- Schnur, J. B., Dillon, M. J., Goldsmith, R. E., & Montgomery, G. H. (2018). Cancer treatment experiences among survivors of childhood sexual abuse: A qualitative investigation of triggers and reactions to cumulative trauma. *Palliative & Supportive Care, 16*(6), 767-776. <https://doi.org/10.1017/S147895151700075X>
- Simmons, C. A., Delaney, M. J., Lindsey, L., Whalley, A., Murry-Drobot, O., & Beck, J. G. (2017). Should programs designed to help IPV survivors screen for mental health-related problems: Voices from the field. *Violence Against Women, 23*(5), 603-622. <https://doi.org/10.1177/1077801216646225>
- Simmons, C. A., Whalley, A., & Beck, J. G. (2014). Use of mental health screening instruments by non-medical helping professionals: A needs assessment. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(11), 2068-2090. <https://doi.org/10.1177/0886260513516386>
- Spangaro, J. M., Zwi, A. B., Poulos, R. G., & Man, W. Y. N. (2010). Who tells and what happens: Disclosure and health service responses to screening for intimate partner violence. *Health and Social Care in the Community, 18*(6), 671-680. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00943.x>
- Sperlich, M., Seng, J. S., Li, Y., Taylor, J., & Bradbury, J. C. (2017). Integrating trauma-informed care into maternity care practice: Conceptual and practical issues. *Journal of Midwifery & Women's Health, 62*(6), 661-672. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12674>
- Stam, M. T., Ford-Gilboe, M., & Regan, S. (2015). Primary health care service use among women who have recently left an abusive partner: Income and racialization, unmet need, fits of services, and health. *Health Care for Women International, 36*(2), 161-187. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.909431>
- Taillieu, T. L., & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 15*(1),

14-35. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.07.013>

- The Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Understanding intimate partner violence*. http://www.ctcadv.org/index.php/download_file/view/435/244
- Varcoe, C., Hankivsky, O., Ford-Gilboe, M., Wuest, J., Wilk, P., Hammerton, J., & Campbell, J. (2011). Attributing selected costs to intimate partner violence in a sample of women who have left abusive partners: A social determinants of health approach. *Canadian Public Policy*, 37(3), 359-380. <https://doi.org/10.3138/cpp.37.3.359>
- Richardson, J., Feder, G., Eldridge, S., Chung, W. S., Coid, J., & Moorey, S. (2001). Women who experience domestic violence and women survivors of childhood sexual abuse: a survey of health professionals' attitudes and clinical practice. *British Journal of General Practice*, 51(467), 468-470.
- Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Health care's response to women exposed to partner violence: Moving beyond universal screening. *Journal of the American Medical Association*, 308(7), 712-713. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.9913>
- Wells, L., Boodt, C., & Emery, H. (2012). Preventing domestic violence in Alberta: A cost savings perspective. *The School of Public Policy, University of Calgary*, 5(17). <https://doi.org/10.2139/ssrn.2088960>
- Williams, A. A., & Williams, M. (2013). A guide to performing pelvic speculum exams: A patient-centered approach to reducing iatrogenic effects. *Teaching and Learning in Medicine*, 25(4), 383-391. <https://doi.org/10.1080/10401334.2013.827969>
- Williamson, E. (2010). Living in the world of the domestic violence perpetrator: Negotiating the unreality of coercive control. *Violence Against Women*, 16(12), 1412-1423. <https://doi.org/10.1177/1077801210389162>
- Wilson, K. S., Silberberg, M. R., Brown, A. J., & Yaggy, S. D. (2007). Health needs and barriers to healthcare of women who have experienced intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 16(10), 1485-1498. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0385>
- World Bank. (2011). *Women, business and the law 2012 : Removing barriers to economic inclusion*.
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C., & Campbell, J. C. (2008). Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *The Journal of Pain*, 9(11), 1049-1057. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.06.009>
- Yam, M. (2000). Seen, but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 464-470. <https://doi.org/10.1067/men.2000.110432>
- Yoshihama, M. (2002). Breaking the web of abuse and silence: Voices of battered women in Japan. *Social Work*, 47(4), 389-400. <https://doi.org/10.1093/sw/47.4.389>