

國立臺灣大學社會科學院社會工作研究所

碩士論文

Department of Social Work

College of Social Science


National Taiwan University

Master Thesis

臺北市自殺企圖者自殺防治網絡運作圖像之研究

Describing the Prevention Network for the Suicide

Attempters in Taipei City



劉靜燕

Ching-Yen Liu

指導教授：鄭麗珍 博士

Advisor: Li-Chen Cheng, Ph.D.

中華民國 100 年 1 月

January, 2011

## 誌謝

這一份論文從確定題目至此已兩年多，終於產出了！

感謝參與本研究的所有受訪者，願意撥冗接受訪談，坦露自己的人生故事，分享協助自殺企圖者的心路歷程，因為有你們的參與，才有這份論文的誕生。

再來，無限大的感謝鄭麗珍老師的指導，給予我許多鼓勵與肯定，在撰寫的過程中總是給我很具體明確的方向，透過多次的討論帶領我完全的進入到研究思維，從大量的逐字稿中一步一步的探入資料核心，一層一層的深入詮釋領域，每一次的思考及修改，讓我體會到研究視野有多麼的寬廣。

也感謝兩位溫暖又細心的口試委員：胡慧嫻老師以及曾雯琦老師，因為兩位老師親切溫和的相待，讓我在報告時較能以和緩的心情進行，並能藉由充分討論，獲得許多提醒及建議，讓整體脈絡更加完整。

在撰寫論文的過程中，謝謝嘉倪主任一路給我的支持，常鼓勵我善用休假寫論文，讓我能夠一邊工作一邊完成論文。謝謝芬蘭這位好同學，每星期固定詢問論文進度，催促著我寫出論文計畫書。感謝我可愛的同事們，在我遇到分析瓶頸時，跟我一起討論實務工作者面對自殺企圖者的心情。再來感謝我的一群好朋友，讓我能藉著出遊或聚餐轉換心情。

感謝幫忙謄逐字稿的玉潔，以及幫忙寫英文摘要的煜偉，因為有你們拔刀相助，我才能順利完成論文喔！

最後感謝家人對我的關照，多年來一直問我到底什麼時候要畢業，現在我總算可以告訴你們：「我畢業囉！」

## 摘要

自殺一直是個難解的議題，對於在社區中服務的社工員而言，面對自殺企圖者常常感到焦慮與不知所措，不曉得該怎麼協助他們才對，也不知道該如何讓自殺企圖者不再自殺。目前有關自殺的研究大多以量化研究為多數，與自殺有關的服務亦多以醫學或輔導觀點為主，有關網絡合作及與自殺企圖者互動經驗則付之闕如。

本研究採用質性研究方法，深度訪談三位併經濟需求的自殺企圖者及五位自殺防治網絡人員，藉由自殺企圖者回溯自殺故事，得以蒐集其在自殺危機期間的求助歷程及與自殺防治網絡聯繫經驗，並探討各自殺防治網絡協助自殺企圖者之過程及各網絡間的互動情形，藉以勾勒出自殺防治中心與社福中心等自殺防治網絡在協助自殺企圖者之實際運作的圖像。

本研究結果發現，自殺企圖者與自殺防治網絡間的求助過程是一個複雜的多角關係習題，不論是自殺防治網絡主動關心或是自殺企圖者向自殺防治網絡求助，一旦相互接觸就有不斷重複的議題和協助發生，循環不已，剪不斷理還亂。此外，這些併經濟需求的自殺企圖者經常有其理性選擇的思考，會排斥無法給予實質幫助或無法獲得關懷的網絡，自行選擇自己想要接觸的網絡，甚至聚焦於某些可以提供實質幫助的固定網絡人員身上。臺北市的自殺防治網絡之直接服務體系，大致以衛生體系的自殺防治中心和社政體系的社會福利服務中心為主，這兩大自殺防治網絡因機構角色、任務、助人觀點、工作模式等差異，以及服務對象的不同特性，致使雙方的溝通合作出現落差及斷裂，加上缺乏多元網絡共同討論自殺企圖者之橫向連結機制，致網絡合作功效有限。

故本研究提出以下幾點建議：

- 一、增進網絡人員自我覺察，調整與自殺企圖者專業關係，並增加團隊共同討論處遇計畫，減少網絡人員承受之壓力及負擔。
- 二、為提升網絡人員之專業能力，與網絡間建立工作默契，建議採取專精社工制度協助自殺企圖者。
- 三、針對個別困難處理且需要網絡共同協助之自殺企圖者，進行個案研討，邀請各網絡主責人員參與，以增強自殺防治網絡橫向連結之合作機制。

關鍵字：自殺；自殺企圖者；自殺防治；網絡；合作

## Abstract

For community social workers, it is challenging to serve suicide attempters. Frequently, social workers are not specialized in helping the suicide attempters who need in-depth counseling services. Most studies about suicide issues are in a quantitative way so far, and counseling services designed to help them are based on perspectives of medicine or counseling psychology. However, few studies focused on the network collaboration in helping attempters with economic difficulties in the community.

The method of this study is qualitative. By in-depth interviewing with three suicide attempters with economic needs and five network workers from the suicide prevention networks in Taipei City Government, the researcher described stories of how the suicide attempters seek help from the networks and the network workers provide help to them. Based on their narratives, this study discussed how the suicide prevention networks responded to the attempters' needs and how the networks work together to help the attempters.

The findings of this study show that the suicide prevention network responded to the attempters with economic difficulties is not as straightforward and simplified as it was intended to help the attempters. First, the suicide prevention network in Taipei City Government included several service subsystems, however, mainly Social Welfare Service Center and Suicide Prevention Center. Each subsystem has its own working style in terms of institutional mission, working style, and working method. In operation, on the one side, the suicide attempters with economic difficulties preferred to seeking the help from community social workers in the Social Welfare Service Center, because they could receive actual economic benefits and counseling services. On the other side,

the Social Welfare Service Center expected the Suicide Prevention Center played a key role in providing counseling services to the attempters, who however turned down counseling services from the latter Center. The Suicide Prevention Center expected the Social Welfare Service Center took care of the attempters in need of economic benefits. The two direct service systems did not collaborated with each other as the networks expected to do so due to lacking of communication and coordination.

The suggestions of this study are as following:

1. We need to improve the teamwork among networkers, adjust the professional relationship between professionals and suicide attempters, and build a teamwork culture to lessen the stress and burden on the workers.
2. To improve the professional ability of networkers and the consensus between systems, we need to advocate a specialized social work system in the Social Welfare Service Center to serve the suicide attempters.
3. For attempters with economic difficulties, case conference between subsystems is needed to improve collaboration and coordination in suicide prevention networks in Taipei City Government.

Keywords: suicide; suicide attempter; suicide prevention; network; collaboration

## 目 錄

誌謝.....	II
中文摘要.....	III
英文摘要.....	IV
第一章 研究動機.....	1
第一節 研究緣起.....	1
第二節 研究目的.....	3
第二章 文獻回顧.....	5
第一節 自殺率、流行病學、及危險因子.....	5
第二節 自殺理論.....	14
第三節 社區自殺防治網絡.....	22
第四節 自殺防治策略.....	42
第五節 結語.....	49
第三章 研究方法.....	50
第一節 研究方法的選擇.....	50
第二節 研究設計與方法.....	51
第四章 研究發現與分析.....	60
第一節 自殺企圖者圖像及特色.....	60
第二節 自殺企圖者之求助歷程.....	79
第三節 兩大自然自殺防治網絡之角色功能及合作困境.....	94
第五章 研究結論與建議.....	106
第一節 研究結論.....	106
第二節 研究建議及限制.....	110
跋—研究者的回顧與反思.....	114
參考書目.....	116

附錄一.....	125
附錄二.....	126
附錄三.....	127
附錄四.....	128



## 表格目錄

表格 2-1	日本自殺死亡率（每十萬人）1950 年—2006 年.....	5
表格 2-2	韓國自殺死亡率（每十萬人）1985 年—2006 年.....	6
表格 2-3	臺灣的自殺死亡率（每十萬人）1996 年—2008 年...	6
表格 2-4	自殺流行病學.....	7
表格 2-5	自殺企圖者之分析.....	8
表格 2-6	全國自殺通報及關懷統計 2006 年—2009 年.....	24
表格 2-7	全國自殺防治中心服務情形 2008 年—2009 年.....	25
表格 2-8	臺北市健康服務中心人員現況表.....	38
表格 2-9	全臺及臺北市身心障礙者總人數及慢性精神病患者人數	38
表格 3-1	自殺企圖者基本資料.....	53
表格 3-2	自殺防治網絡人員基本資料.....	54
表格 3-3	受訪者訪視情境及觀察筆記.....	55



## 圖目錄

圖 2-1	自殺的認知行為模式.....	18
圖 2-2	自殺的發展模型及防治策略.....	20
圖 2-3	自殺防治網絡自殺風險個案處理流程.....	23
圖 2-4	自殺防治關懷網絡.....	29
圖 2-5	各局處接獲自殺相關個案處理流程.....	30
圖 2-6	臺北市政府勞工局就業服務處組織架構圖.....	39
圖 2-7	自殺歷程模型.....	46
圖 4-1	阿美的家系圖.....	60
圖 4-2	阿宏的家系圖.....	65
圖 4-3	小林的家系圖.....	69
圖 4-4	阿美與里幹事、自殺防治中心、社福中心求助歷程圖...	89
圖 4-5	阿宏與里幹事、自殺防治中心、社福中心求助歷程圖...	90
圖 4-6	小林與自殺防治中心、社福中心求助歷程圖.....	91

# 第一章 研究動機

## 第一節 研究緣起

每每打開電視或翻開報紙，又是令人怵目驚心的自殺案件再度發生。為情所困的女子在自家車內燒炭，驟然結束年輕的生命。一位失業男子，經濟壓力沈重，無法養育全家，帶著年幼子女跳河或燒炭，一起離開人世……。種種自殺或攜子自殺案件，在社會上屢見不鮮，尤其遇到經濟不景氣時，這類案例的可見度更高。

依據臺灣自殺防治協會暨全國自殺防治中心定期發行的自殺防治通訊網（廖士程等編，2009a）顯示，全臺灣於 2008 年自殺通報人次達 24,180 人次，受通報的自殺人數高達 21,348 人，且行政院衛生署統計同年度自殺死亡人數為 4,128 人，死亡率 17.9（每十萬人）<sup>1</sup>，自殺通報人數為自殺死亡人數的五倍之多。歷年來臺灣的死亡率仍高居不下，自 1997 年起，自殺已連續十三年（至 2009 年之統計）列為國人死亡之十大原因<sup>2</sup>之一，自殺防治實為刻不容緩需積極處理的課題。

目前臺灣主責自殺防治工作由行政院衛生署委託臺灣自殺防治學會，於 2005 年 12 月成立國家級自殺防治中心，協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，並且設立標準化自殺防治通報及介入流程<sup>3</sup>。行政院衛生署更於 2006 年 1 月起設置全國性單一入口網路自殺通報系統「衛生局、所網路便民服務計畫」（更名為「衛生資訊通報服務入口網」<sup>4</sup>），讓全國各縣市能在同一系統啓用自殺通報。以臺北市為例，臺北市政府衛生局於 2003 年於臺北市立聯合醫院松德院區成立「自殺防治研究發展中心」（林虹伶，2009），將通報的自殺案件列案控管，並由精神醫療專業人員進行關懷及評估，2005 年更名為臺北市自殺防治中心。然因主責的工作人力薄弱，但通報人數眾多（林俊宏等人，2006a），臺北市自殺防治中心被批僅有蒐集資料及研究之實，並未積極進行通報後的個案處理（周富美等人，2005）。所以，究竟是什麼樣的自殺企圖個案會經由通報而進入自殺防治中心？一旦自殺企圖者進入

<sup>1</sup> 行政院衛生署死因統計表（表 13）：

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=10642&class\\_no=440&level\\_no=3](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10642&class_no=440&level_no=3)

<sup>2</sup> 根據行政院衛生署 2009 年度歷年死亡原因統計（2010/12/14 更新，網址為

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=11663&class\\_no=440&level\\_no=5](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11663&class_no=440&level_no=5)），十大死因之首位為惡性腫瘤，後續依序為心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、糖尿病、事故傷害、慢性下呼吸道疾病、慢性肝病及肝硬化、蓄意自我傷害（自殺）、腎炎腎徵候群腎性病變

<sup>3</sup> 臺灣自殺防治學會成立宗旨：<http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/center/index.jsp?sno=93>

<sup>4</sup> 衛生資訊通報服務入口網頁：<http://chs-www.doh.gov.tw/csnpt/index.html>

中心後，他們究竟接受到何種協助？是院內的藥物治療或院外的社區處遇？如果他們不願意接受自殺防治中心協助的話，自殺防治中心又是如何處理這些沒有意願接受協助的自殺企圖者呢？

研究者在臺北市政府社會局社會福利服務中心（以下簡稱社福中心）擔任社會工作人員（以下簡稱社工）已經第九年，基於社福中心工作的公部門性質，對於市民的請求一向秉持為民服務的態度，盡力協助或提供相關資訊或資源。就在研究者與民眾接觸的過程中，在社區裡遇到很多具自殺企圖的求助個案，有時也會從臺北市自殺防治中心及生命線轉介過來，希望社福中心能協助申請相關生活補助或提供物資。這九年來，研究者接觸自殺企圖者的機會已無法計數，但對於協助自殺企圖者的壓力及所付出時間，卻讓人記憶深刻。當這些自殺企圖者開始陳述自己的憂鬱情緒及自殺念頭，甚至談到自殺企圖及行為，研究者每次都必須先放下手邊所有的工作，調整心情靜下來，讓心無旁騖的自己好好的跟自殺企圖者聊一聊，因為這個會談過程真的很需要「專心」。

其實，在多年工作期間裡，研究者接受過有關自殺防治與心理衛生的在職訓練並不多，但僅能以這點有限的知能花個一、兩個小時與自殺企圖者會談，並藉由支持、鼓勵、及關心的方式，提高他們活下去的希望。但是，隔一天或兩天，自殺企圖者又再度出現於辦公室，希望再與研究者聊聊，抒解其抑鬱之情。說真的，研究者知道自殺企圖者想要從社工身上尋求「關懷」，但對於他們不斷起伏的自殺意念，且每一次會談又耗費相當長的時間和心力，也相對排擠社工處理其他危機個案的時間。但當社工決定通報自殺防治中心（2009年4月以前）時，又曾接收到該單位的心理師表示，僅能優先處理重複性自殺且高危險的個案，如果是需要後續關懷追蹤的自殺企圖者，建議社工自行處遇。

自2009年4月起，臺北市正式成立府級的自殺防治中心，藉由網絡的形式連結市政府各局處資源，及時幫助自殺企圖者，但自殺防治網絡實際運作情形為何？通報來源、評估、及轉介機制是什麼？資源運用有哪些？此外，越來越多自殺企圖者在社區中到處流竄，他們或多或少也都有經濟問題與福利需求而向社福體系求助，身為公部門的社工在無法拒絕服務的情況下究竟是如何協助他們？與自殺防治網絡的合作情況為何？分工合作的內涵又是什麼？在協助自殺企圖者時，自

殺防治網絡人員各自秉持的角色及心態究竟為何呢？這群自殺企圖者又是如何看待自殺防治網絡對他們提供的協助及服務呢？

## 第二節 研究目的

研究者尋找國內論文研究，多數論文著重於學生時期（包含國小、國中、高中、大學等）的自殺相關研究，探討自殺傾向的影響因子、生活與自殺意念的相關性等，或以年齡作為研究對象的區分，探討青少年、青年前期、與老年的自殺態度。此外尚有對遺族關懷、媒體新聞對自殺案件的影響等等。多數研究皆探討自殺致因，並以量性研究方法呈現結果。

研究者再嘗試找尋眾多有關「自殺」的期刊，尋獲資料大多都是自殺防治中心及精神醫學方面的自殺統計分析資料，探討自殺企圖者特徵分析及流行病學等，或是學校輔導單位教導如何輔導自殺企圖者及防治宣導，輔導對象也以學生為主。

而有關協助自殺企圖者的相關論文，部分探討自殺企圖者的心理狀態（蔡宜玲，2002；蔡靜怡，2004；錢靜怡，2006；李美媛，2007；曾家琪，2007；柯誼楨，2008），研究主要照顧者的防範方式（蘇淑芳，2003），僅有少數探討專業人員如何協助自殺企圖者，且幾乎皆以護理或醫師之背景進行研究，研究場域亦以醫院為主，個案來源也為至醫院就診之病人（秦燕，1998；胡百敏，1996；朱秀琴，2006；沈孟樺，2000），另有探討諮商師協助自殺企圖者的自我照顧經驗（李如琄，2006），有關自殺企圖者看待自殺防治網絡提供的服務，以及自殺防治網絡在協助自殺企圖者的合作情況等研究則付之闕如。

研究者基於自身工作場域的關係，許多社區自殺企圖者會主動或透過通報轉介到社福中心尋求協助，首次會談都幾乎要花上一、二個小時的時間，且自殺企圖者不時的到中心想要「聊天」，陳述自殺意念以尋求關心，一次又一次的排擠到研究者處理其他危機個案的時間，且研究者需不斷的面對負面且憂鬱的情緒，以及自殺企圖者不斷起伏的思緒，整個處理過程也十分消耗社工員的工作能量，因此研究者很想知道面對自殺企圖者的工作方式是什麼？想藉由本次研究，探討自殺防治網絡人員如何協助自殺企圖者，與自殺防治網絡間彼此的合作及分工情形

爲何？而自殺企圖者本身如何看待自殺防治網絡？希望能從研究中探討自殺企圖者在自殺防治網絡的服務中，如何獲得協助，以及探索自殺防治網絡對自殺企圖者的處理方式，從中描繪自殺防治網絡在協助自殺企圖者的運作圖像。

綜上所述，本研究期待能達成下列目的：

- 一、探討與勾勒出自殺企圖者求助歷程及與自殺防治網絡之互動經驗。
- 二、探討和分析自殺防治中心、社福中心及其他自殺防治網絡，在協助自殺企圖者的工作內涵。
- 三、期待本研究能描繪自殺防治網絡在協助自殺企圖者的實際運作圖像。



## 第二章 文獻回顧

本研究欲探討臺北市自殺防治網絡對自殺企圖者的服務，以瞭解臺北市自殺防治網絡的運作圖像，因此在文獻裡先說明目前自殺對全球的影響，整理自殺流行病學相關分析與研究，以及探討自殺危險因子，增加對自殺高風險群的知識。再者，從四種自殺理論探討不同觀點對自殺的解釋，瞭解自殺企圖者會採取自殺行為的相關理論基礎。第三節介紹自殺防治網絡中的自殺防治中心、社福中心、社區健康服務中心、及就業服務處等業務內容，瞭解他們在自殺防治網絡中的角色，以助於對該機構的背景認識。最後探討結構性介入方法、關懷倫理、及保護因子三種自殺防治策略。

### 第一節 自殺率、流行病學、及危險因子

#### 壹、自殺率及自殺流行病學

根據聯合國世界衛生組織（WHO）之資料顯示，全球每年超過一百萬人自殺（World Health Organization, 2005），並且預測2020年，自殺將列為全球十大死因的第九位，估計超過150萬人死於自殺，且自殺企圖者（Suicide Attempter）將增加10至20倍，因此減少自殺行為已成為許多國家優先處理的國家政策（World Health Organization, 2002）。

值得注意的是，亞洲地區即佔了全球自殺人數的60%。日本於2005年的自殺統計，其自殺死亡率為24.2，2006年稍減為23.7（表格2-1）；韓國則於2005年的自殺率為24.7，2006年略降至21.9（表格2-2），自殺率降低的幅度比日本大。從日韓兩國的自殺統計資料來看，男性自殺率一直比女性自殺率高出許多，可能與男性自殺時使用的自殺方法之致死率較高所致（Hendin H. et al., 2008）。

表格2-1 日本自殺死亡率（每十萬人）1950年—2006年

年份 性別	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
總計	19.6	25.1	21.5	14.7	15.2	18.0	17.6	19.4	16.3	17.2	24.1	24.2	23.7
男性	24.0	31.5	25.1	17.3	17.2	21.4	22.2	26.0	20.4	23.4	35.2	36.1	34.8
女性	15.3	19.0	18.1	12.2	13.2	14.6	13.1	13.1	12.4	11.3	13.4	12.9	13.2

註：資料引自世界衛生組織統計資料<sup>5</sup>

<sup>5</sup> 日本自殺死亡率：[http://www.who.int/mental\\_health/media/japa.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/japa.pdf)

表格2-2 韓國自殺死亡率（每十萬人）1985年—2006年

年份 性別	1985	1990	1995	2000	2005	2006
總計	9.1	7.4	10.6	13.6	24.7	21.9
男性	13.3	13.3	14.5	18.8	33.0	29.6
女性	4.9	4.9	6.7	8.3	16.5	14.1

註：資料引自世界衛生組織統計資料<sup>6</sup>

根據行政院衛生署統計全臺之自殺死亡率，臺灣於1994年之自殺死亡率為每十萬人口不到7人，但經過10多年以來，2006年的自殺率高達19.3（表格2-3），是歷年來最高，雖至2008年已略降為17.9，但死亡人數仍高居不下，且自1997年起，自殺已連續13年（至2009年之統計）列為國人死亡之十大原因之一。

表格2-3 臺灣的自殺死亡率（每十萬人）1996年—2008年

年份	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
死亡 人數	1,847	2,172	2,177	2,281	2,471	2,781	3,035	3,195	3,468	4,282	4,406	3,933	4,128
死亡率	8.6	10.0	10.0	10.4	11.1	12.4	13.6	14.2	15.3	18.8	19.3	17.2	17.9

註：資料引自林俊宏等人（2006a），另研究者查詢行政院衛生署資料，補充2006年至2008年之統計數字<sup>7</sup>。

從日本、韓國、臺灣歷年自殺率數字可知，自21世紀以來，自殺死亡的比率明顯上升。有多項研究顯示，個人的生活週期（life course）影響心理壓力及調適，而產生輕生行為，或是不同世代在生命週期中遭遇的重大事件（林佳瑩、蔡毓智，2005），例如戰後世代的自殺率較高（Gunnell et al., 2003），而影響到自殺率。社會、經濟、政治的變動亦與自殺率有顯著關連性，例如當失業率、離婚率、獨居率、貧窮率提高時，自殺率也會隨之提升（陳映燁等人，2006）。亞洲區的自殺人數佔據全球的60%，與亞洲國家的整體社會環境變動有密不可分的關係。

林佳瑩與蔡毓智（2005）以年齡、年代、世代觀察臺灣的自殺趨勢，發現自殺率隨著年齡增長而有所提高，顯示人們步入中年之後，健康、家庭、財務等壓力增加，產生適應問題。此外，隨著臺灣經濟發展的起伏，自殺率也隨之浮動，可見自殺現象與臺灣社會環境有結構性的潛在影響，且自殺率亦隨著失業率的變

<sup>6</sup> 韓國自殺死亡率：[http://www.who.int/mental\\_health/media/repkor.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/repkor.pdf)

<sup>7</sup> 行政院衛生署死因統計統計表（表 13）：

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=10642&class\\_no=440&level\\_no=3](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10642&class_no=440&level_no=3)

動而受影響。因此，政府單位如何從社會環境的結構面進行全面性的自殺防治，實為亟需重視的議題。

知名的自殺研究學者Michael Phillips認為自殺防治策略需有研究實證作為基礎，方能設計出最有效的防治策略，以免將有限資源浪費在未經研究證實的防治策略（陳映燁等人，2006）。各國紛紛進行自殺相關研究分析，探討自殺的流行病學、性別的影響、自殺的年齡層、自殺使用的方法等、自殺危險因子等，希望藉由研究實證結果，發展有效的防治策略。Hendin H. et al.（2008）彙整亞洲各國的自殺流行病學統計（表格2-4），發現男性的自殺身亡比率大多高於女性（僅有中國大陸例外），而自殺的人口群大多集中於成年前期（Young adults）及老人期（Older adults）兩段年齡層，採取自殺方式以上吊（Hanging）、中毒（Poisoning）、跳樓（Jumping）三種較多。

表格2-4 自殺流行病學（Epidemiology of suicide in participating countries）

國家	總計 (每十萬人)	男性 (每十萬人)	女性 (每十萬人)	死亡率最多的人口群	最常使用的自殺方式
澳洲 AUSTRALIA	10.4	16.8	4.3	Young adults	Hanging (48%) Poisoning (30%)
中國大陸 CHINA	20.8;23.2	20.7	25.9	Young adults Older adults	Poisoning (by pesticides) (62%)
香港 CHINA,HONG KONG SAR	15.3	20.1	10.9	Older adults	Jumping (49%) Poisoning (25%)
印度 INDIA	17.38	18.0	15.0	Adults (30-59yrs)	Poisoning (38%) Hanging (29%)
日本 JAPAN	23.8	35.2	12.8	Adults(50-65+)	Hanging (60%)
馬來西亞 MALAYSIA	13.1	Not Available	Not Available	Young adults (20-30)	Pesticides (Not Available)
紐西蘭 NEW ZEALAND	12.8	20.3	5.8	Older adults(85+yrs) Adults(20-29yrs)	Hanging (48%)
巴基斯坦 PAKISTAN	0.43;2.86	0.61-5.2	0.23-1.77	Young adults	Hanging (37%) Poisoning (29%)
韓國 REPUBLIC OF KOREA (THE)	26.1	34.9	17.3	Older adults	Poisoning (45%) Hanging (26%)
新加坡 SINGAPORE	9.9	11.9	8.0	Older adults	Jumping (70%)
斯里蘭卡 SRI LANKA	23.9	18.8	5.1	Young adults(25-44) Older adults (60+)	Poisoning (by pesticides) 40-80%
泰國 THAILAND	(7.3)	11.0	3.3	Young adults(25-29)	Hanging (55%)
越南 VI ET NAM	Not Available	Not Available	Not Available	Not Available	Not Available

註：資料引自Hendin H. et al., 2008, P17。

在自殺的性別方面，美國北加州進行了一項研究（Iribarren C. et al., 2000），



從健康維護組織（HMO）的資料中找出1977年至1985年的研究對象，進行世代研究（cohort study），追蹤他們至1993年之現況，以問卷調查了87,257名女性及70,570名男性，年齡介於15歲至89歲之間，是相當龐大的樣本數。此研究以描述統計，分析年齡、種族、教育程度、婚姻狀況、個人問題史，並進一步分析性別、種族等在不同年齡層因自殺企圖而住院及自殺身亡的比率。研究結果顯示因自殺企圖而住院者，在性別比率上女性（每10萬人有13.7人）高於男性（每10萬人有9.0），男性對女性的比率為0.65，自殺身亡的比率則是男性（33.8）高於女性（12.5），男性對女性的比率為2.7。

對照臺灣的現況，林俊宏等人(2006a)研究自殺企圖者之特徵分析(表格2-5)，發現女性人數較男性多兩倍以上，且單次自殺為7,175人（90.0%），重複自殺者為795人（10.0%）。郭千哲等人（2006）蒐集臺北市1999至2005年之自殺死亡者共2,197位之相關資料，以及2004至2005年通報至臺北市自殺防治研究中心共6,301人進行研究，結果發現自殺死亡者之男女比例為1.96，自殺企圖者為0.41。

由以上兩者研究可知，就性別來看，男性自殺身亡的人數比女性較多，可能與男性使用的自殺方式致死率較高有關，而女性的自殺企圖者則多於男性。

表格2-5 自殺企圖者之分析

變項	分析結果
性別	女性多於男性（差兩倍以上）
自殺次數	單次自殺（90.0%）高於重複自殺（10.0%）
年齡層	25-44歲最多（47.8%），其次為25歲以下（28.5%）
自殺原因	感情（58.5%）、經濟（22.1%）、與家庭衝突（11.4%）
精神科就診	16.6%（1321人）
自殺方式	服藥及割腕為多

註1：研究者彙整林俊宏等人（2006a）之分析資料。

註2：研究母體為2004年9月26日至2006年8月31日，各醫療院所通報至臺北市自殺防治中心的自殺企圖者共7,970人。

就自殺年齡層部分，世界衛生組織（WHO/EURO）針對歐洲地區十三個國家內的十六個城市（centres），進行自殺企圖的流行病學研究。此研究發現有一半的城市，其自殺企圖者最多的族群落在年輕人（15-24歲），而大多數的城市，其55歲以上的自殺企圖者是最少的。

反觀臺灣的自殺企圖者年齡層集中在25至44歲（47.8%）為最多，其次為25歲以下（28.5%）（林俊宏等人，2006a），與歐洲的研究結果有所差異。亞洲的流行病學研究發現，自殺的人口群大多集中於成年前期（Young adults）及老人期（Older adults）兩段年齡層（Hendin H. et al., 2008）。臺灣老年人的自殺率為一般人口平均值的兩到三倍，青少年的主要死因排行中，自殺列為第二（李明濱、廖士程，2006），與亞洲的研究結果相近。陳映燁等人（2006）也發現，韓國與臺灣的自殺情況皆是年齡越高，則自殺率越高。

郭千哲等人（2006）研究結果發現在平均年齡的比較上，自殺死亡者的平均年齡（49.4歲）要高於自殺企圖者（35.9歲）。其中，年齡層較大的差異在於65歲以上的自殺死亡比率（19.4%）高於自殺企圖者（6.9%），而小於24歲的自殺身亡者（5.7%）則少於自殺企圖者（27.4%）。

以上各項研究結果皆顯示，自殺身亡者與自殺企圖者的年齡層是有所不同的，自殺身亡的年齡層以成年前期及老年人為多，自殺企圖者則以成年前期為主，其次為25歲以下人口，因此在防治策略的發展也要留意針對年齡及其生命週期設計不同的防治措施。

在選擇自殺方法層面，選用自殺方式與該地區的可近性（accessibility）、便利性（convenience）、及文化差異性有關（邱震寰、李明濱，2006）。美國北加州的研究（Iribarren C. et al., 2000）顯示，自殺身亡者使用的自殺方式以舉槍自殺為最多（女性佔25.7%，男性佔52.3%），其次的死亡方式為上吊（女性佔11.9%，男性佔14.2%）。美國因可持有槍械自衛，基於法律及文化的差異，而有舉槍自殺的方式，在臺灣則因為持有槍械是違法行為<sup>8</sup>，因此較少舉槍自殺的例子。

林俊宏等人（2006a）則發現自殺企圖者大多以服藥（男性55.8%、女性66.6%）或割腕（男性23.0%、女性25.4%）為多數的自殺方式。陳映燁等人（2006）比較南韓與臺灣的自殺方法，臺灣以中毒及上吊為主，韓國則以中毒為主，兩個國家自殺者的中毒物質皆以農藥為大宗，但在臺灣的中青壯年以燒炭自殺較為常見，在韓國則無。

---

<sup>8</sup> 槍砲彈藥刀械管制條例第五條（98.05.27 修正條文）：前條所列槍砲、彈藥，非經中央主管機關許可，不得製造、販賣、運輸、轉讓、出租、出借、持有、寄藏或陳列。

郭千哲等人（2006）發現在1999年時，自殺方式依序為上吊（55.9%）、高處墜落（13.3%）、藥物中毒（10.5%）、割傷（5.6%）等，然至2005年，順序改為氣體中毒（38.0%）、上吊（33.2%）、高處墜落（10.9%）及藥物中毒（6.7%）等。臺灣在近七年中，自殺方式以氣體中毒的變化最大，其中燒炭自殺佔九成，剩餘一成為吸入汽車廢氣。香港近年來燒炭自殺與臺灣有類似的趨勢，原本1996年及1997年燒炭自殺比率為0%，1998年微升至1.7%，但至1999年則大幅上升至10.1%（Leung et al., 2002）。香港研究發現，燒炭自殺者除與本身的經濟問題及過重債務有關之外，亦與媒體報導的模仿性有密切相關（Chan et al., 2005）。

當瞭解自殺方式之後，便針對各項自殺方法進行防範措施。因跳樓者的人數攀升，故調查最常跳樓自殺之處（hot spots），與業主討論防範的方式，以處理改善之道。而臺灣的燒炭自殺案例越來越多，已有業者試著改善木炭或是於包裝警示，請人們多尊重生命的字樣等。在媒體報導的模仿性部分，陳若齡（2005）提醒新聞實務工作者，在新聞價值取捨間，應從道德層面思考，減少描述自殺過程和手法，不重複且持續報導自殺事件，也不過度將自殺渲染及美化，要反思既有報導方式所帶來的社會影響，設法提供多元且有助減少類似自殺發生的資訊，以發揮媒體的社會責任。李明濱與廖士程（2006）建議媒體應減少自殺過程的描述，並同時提供專業諮詢資源，可防止模仿效應，且透過媒體教育全民，去污名化，以達到早期發現早期治療的效果。

綜上所述，歐、美、亞三洲的自殺人口群及自殺方式各略有不同，從亞洲的自殺流行病學來看，自殺身亡的年齡層以成年期及老年期為最多，大部分與生命週期的適應情形相互影響，選擇的自殺方式大多以上吊、中毒、跳樓較多。然在自殺企圖者的分析部分，女性的自殺企圖者超過男性的比例，年齡層以中青壯年為最多，此與社會經濟的因素較有關連。世界衛生組織的研究中發現，離婚人口比例與接受社會補助的人口比例兩項指標與自殺未遂有相關性（Bille-Brahe U. et al., 1996），因此當個人面對家庭婚姻的轉變及經濟能力的降低時，周遭的親友即應與以支持及陪伴，多加關注，以避免個人因受挫而有自殺念頭，而政府機關也同樣需扮演提供資源的角色，幫助自殺企圖者度過生命的難關。

此外，因為個人特質、心理因素、種族文化、社會經濟等差異，致使臺灣與

其他國家的自殺流行病學有所不同（蘇宗偉等人，2005），因此各國在自殺防治策略亦將有文化差異的個別性的發展。基於自殺的多元化且獨特性，臺灣亦已進行多項實證研究，以期發展出符合臺灣現況的自殺防治策略。然而除了從統計學或流行病學角度進行研究之外，是否能換個角度從執行面進行探討，瞭解目前自殺防治網絡在協助社區自殺企圖者時，是否面臨什麼困難？或是藉由瞭解現今實際運作中，探求自殺防治網絡人員在協助自殺企圖者之時，認為能夠協助到社區自殺企圖者的工作方式，或許也不失為另一種自殺防治策略的思考。

## 貳、自殺原因及自殺危險因子

瞭解自殺原因有助於發展有效的自殺防治策略。林俊宏等人(2006a)統計 2003 年至 2006 年通報至自殺防治中心的自殺企圖者（共 7,970 人），發現自殺企圖者的自殺原因以感情（58.5%）、經濟（22.1%）、與家庭衝突（11.4%）為主。其中有 1,321 人表示曾經或目前仍於精神科就醫，主要以憂鬱症（64.1%）最多，其次為躁鬱症（11.7%）及精神分裂症（8.3%）。秦燕（1998）調查 1987 年 6 月至 1988 年 1 月間的自殺企圖者，其研究結果發現以本身疾病導致自殺企圖為最多，其次為經濟問題、法律訴訟、情感糾紛、婚姻關係、及人際互動衝突等。

臺北市生命線協會（2009）也曾統計 2007 年 10 月至 2008 年 9 月求助者的情形，在電話協談部分（共 16,129 件）發現求助者的主要問題為精神心理（20.3%）、情緒困擾（15.2%）、家庭問題（9.6%）、感情問題（9.4%）、婚姻問題（7.4%）。在網路函件輔導部分（共 586 件）則以情緒困擾最高（40.3%）、其次為家庭問題（11.4%），第三為婚姻問題（7.7%）。生命線研究發現，在電話求助者中，有 56.3% 患有精神疾病或疑似精神病患。前兩項研究時代差距二十年，但兩者研究結果的自殺原因皆以精神心理疾病為最高，如求助者有精神疾患且有就醫紀錄，其計畫自殺或自傷的可能性也相對的提高。

從以上研究資料得知，自殺原因大多與情感、家庭、情緒、經濟有關，且自殺死亡者有相當高的比例有精神疾病診斷，在自殺企圖者中，初次自殺行為罹患精神疾病者較低，但重複自殺個案中，罹患精神疾病者則較為普遍（邱震寰、李明濱，2006）。因此醫療院所常是自殺企圖者最大宗的通報來源，也是自殺防治重要的關卡。

林俊宏等人（2006a）從研究中發現，自殺危險因子包含貧窮、失業、法律問題、家庭成員的自殺史、酗酒、藥物濫用、虐待兒童、社會孤立、身體罹病或失能、憂鬱與精神分裂症等精神困擾等。Cheng（1995）分析自殺死亡的危險因子包括年輕男性、失業、未婚或離婚、具慢性的精神疾病、憂鬱症、酒癮、及人格異常等精神疾病史、反覆自殺史等。Schmidtke A. et al.（1996）表示與一般人比較，自殺企圖者大多屬於社會不穩定（social destabilization）及貧窮。而年齡45歲以上、過去曾有自殺行為、男性、不願接受協助者、過去曾接受精神科住院治療者、喪失身體健康、最近經歷親人死亡或分離、退休或無業、單身、離婚或鰥寡等，其自殺的危險性比一般人高（李明濱、廖士程，2006）。重複自殺則與25-49歲年齡層、離婚、失業、身處低社經地位、或罹患精神科相關疾病（如人格違常、物質濫用、憂鬱症）等因子有關（Kerkhof, 2000; Sakinofsky, 2000，引自邱震寰、李明濱，2006）。從以上資料可知，經濟（貧窮、失業、低社經地位）、健康（憂鬱、疾病）、人際關係（社會孤立、未婚或離婚、獨居）是最常見的危險因子。

多數研究顯示，自殺企圖者為自殺身亡的最高危險因子。廖士程等人（2008）表示自殺企圖者是自殺身亡（commit suicide）的高危險群，且比起本身患有精神疾病而言，是更重要的自殺危險因子。芬蘭一項研究結果呈現有 44%的個案，生前曾有可被辨認的企圖自殺（Isometsa, 1998）；另有項研究東臺灣之自殺身亡個案，其中有 21.2%的個案曾有自殺企圖（Cheng et al., 2000）。英國亦曾花八年的研究時間追蹤自殺企圖者，發現有自殺企圖者相較於一般民眾增加 29.6 倍的自殺身亡危險性。自殺企圖者在往後一年的自殺身亡為 1%，是一般人口群的 100 倍（Kessel & McCulloch, 1966; Buglass & Horton, 1974，引自李明濱、廖士程，2006），之後自殺死亡率會隨著時間而下降，但仍比一般人為高，直到八年之後約與一般人相當（林俊宏等人，2006b），且長期追蹤約有 10%的自殺企圖者自殺身亡。

歐洲研究發現超過 50%的自殺企圖者會再做一次以上的自殺行為，將近 20%的自殺企圖者，在第一次自殺之後的 12 個月內會再進行第二次自殺（Schmidtke et al., 1996）。美國北加州一項研究（Iribarren et al., 2000）發現，女性因自殺企圖而住院者，相較於一般人，有 21 倍自殺身亡的危險因子，男性則為 25 倍。另有研究（郭千哲等人，2006）亦顯示自殺企圖者第一年自殺身亡的發生率為 1.96%，推測個案來源為醫院通報，傷勢較為嚴重，且第二年的發生率降為 0.45%，顯見自殺

企圖者是自殺身亡最危險的預測因子，建議自殺企圖者之第一年為防治最應注重的時期，且為幫助自殺企圖者免於走入自殺之路，需針對自殺企圖者提供醫療性的追蹤服務（aftercare）。

### 參、小結

整理各項研究結果，自殺企圖者為自殺身亡的最高危險因子，自殺企圖者在首次自殺後，仍有高比例的再度自殺的可能性，尤其是首次自殺後的第一年再次自殺機率最高。自殺的原因與精神心理、感情、經濟壓力、家庭關係衝突有較高的關聯性，因此追蹤關懷自殺企圖者，並運用多元網絡予以協助，採取全面性的防治策略，方能降低高居不下的自殺率。

然而有多數自殺企圖者並非在醫院內治療，而在社區中生活。以研究者實務經驗得知，醫院雖有針對出院的自殺企圖者以電話進行追蹤及關懷，邀請個案至醫院進行會談，但自殺企圖者並非都會照約定參與會談，因此多數皆以電話聯繫為主，提供情緒支持及叮嚀用藥，然電話諮詢或追蹤的效果有限（Evan et al., 2005; Carter et al., 2005; 秦燕, 1988）。自殺企圖者也常因為病情及憂鬱症而容易失業（李明濱、廖士程, 2006），再加上支持系統薄弱，自殺企圖者除了醫藥及情緒支持外，亦需要實質的經濟援助以維持生活，且自殺企圖者此一族群，問題多元且複雜，個人特質亦具獨特性，每個人背後都有不同的故事及需求，因此在協助社區自殺企圖者時，從自殺企圖者本身的性別、年齡、家庭背景、婚姻關係、社經地位、精神疾病等可瞭解其自殺危險因子，且自殺企圖者在自殺後的第一年是最重要的工作期，但因為自殺企圖者可能受到情感、認知、疾病、或經濟因素影響，故自殺防治網絡需建立完善的轉介與合作制度，才能有效且立即的提供自殺企圖者相關的協助。

## 第二節 自殺理論

為瞭解自殺企圖者自殺的原因，以下從社會學、生物學、精神病理學、及心理學四種不同的觀點說明。

### 壹、社會學理論：

十九世紀法國社會學家涂爾幹（Durkheim, 1990）開始進行自殺的社會研究，認為自殺並非單純的個人行為，而是與社會的整合程度及社會控制的強度有關，故將自殺視為一種社會現象（游舒涵等人，2007）。涂爾幹以統計數據解釋社會因子與自殺率變動的關係，主張社會病態（society pathology），認為社會凝聚力瓦解及失序，也是造成自殺現象的重要因素（吳建昌等人，2007）。

涂爾幹將自殺分為四種類型：

#### 一、自利型自殺（egoistic suicide）：

自殺者認為沒有存在的意義，遂與社會隔離，少和群體聯繫，個人深受寂寞的痛苦，屬於社會適應困難者。例如有些自殺者為了得到他人的注意而有自殺行為，或是以結束生命來換取關愛或為了威脅他人等。

#### 二、利他型自殺（altruistic suicide）：

個人的信念與社會過度緊密，進而願意奉獻自我。例如 911 的恐怖攻擊事件。而有些父母擔心自己自殺後，子女無依無靠，因此帶著孩子一起自殺，從父母的角度的來看，帶著孩子共赴黃泉亦為利他的觀點（翁敏雪、翁淑容，2007）。

#### 三、迷亂與脫序（anomie suicide）：

當社會失序，個人的行為準則失去控制，認知發生扭曲且缺乏適應的資源，想要以死脫離困境。例如積欠債務被催討，或是當婚姻或家庭發生重大變故時，個人覺得唯有死亡一途才能擺脫。

#### 四、宿命型自殺（fatalism suicide）：

受到外界的指責，強烈的社會規範讓個人自我抑制過甚，失去了決策的能力，例如罪犯。

雖然涂爾幹的分析方式遭到許多批評，且各國蒐集資料的方式有異，難以比較（吳建昌等人，2007），但自殺論仍是探討團體意識及社會化程度對自殺影響的重要代表（吳珮瑀，2007）。

游舒涵等人（2007）研究臺灣自殺率的趨勢與社會經濟因子的關連性，結果發現失業率、離婚率、獨居率、及貧窮率等社會現象，皆與自殺率的提高有所相關。該研究發現男性的自殺易受社會經濟的影響，反映出男性的角色仍被家庭賦予經濟來源的期待有關。雖然老年期的自殺率較高，但十多年來，青壯年（25-65歲）的自殺率明顯增長一倍，且青壯年的年齡層比起其他年齡層更受到社會經濟因子的影響，或許與青壯年是社會參與最重要的份子有關。故從社會學理論基礎來看，改善社會經濟或許是有效遏阻青壯年自殺的原因之一。

## 貳、生物學理論：

從生物學發現，血清素可抑制暴力、攻擊、與衝動的行為，因此血清素分泌異常與自殺及攻擊均有關連。Jollant et al.（2005）提出憂鬱症患者的腦中血清素的代謝物 5HIAA 濃度較低，且在其他精神病診斷如精神分裂症或人格違常，生理上都有相同現象。

從生物學觀點來看自殺企圖者，認為血清素分泌濃度異常，導致個體的衝突性攻擊行為增加，而自殺也是衝動行為，因此自殺者的體質中與一般人的血清素濃度不同。

然而，Mann et al.（1999）認為血清素的系統失常與個體面對壓力的處理及調適有關，其提出壓力—體質模型（stress-diathesis model）解釋自殺行為，認為自殺者在生理體質或心理的特異性，例如血清素系統失調、社交退縮、對壓力的敏感度等，當個體面對壓力時，其體質容易引起自殺傾向及行為（吳珮瑀，2007）。壓力引發的生理反應與 hypothalamic-pituitary-adrenal(HPA) axis（視丘—垂體—腎上腺軸）相關，反映出對壓力源的調適反應。因此，自殺行為的壓力—體質模型為持續的壓力造成 HPA axis 活化，致使血清素系統的失能，而影響生理的焦慮、攻擊、及自殺衝動。但個體如何面對壓力及處理壓力，則受到心理學的認知功能及神經心理功能影響，因此個體在相同事件下的個別化差異會影響到個體是否有自殺體質（陳柏好等人，2005）。依據 Mann et al.（1999）提出的模型，提供對自殺



企圖者的處遇方向為改善體質及減輕壓力，協助自殺企圖者在環境或壓力調解上面臨的困難，以及因為自殺企圖者有解決問題能力的缺失，而有無望感及退縮行為，因此需增加對自殺企圖者的預防介入。而從心理介入的處遇方向則可著重於提升壓力調適能力及培養樂觀的心態、增進人際互動技巧、增強問題解決得能力、以及提升自我效能感（吳珮瑀，2007）。

自殺意念或行為的產生並非單一原因，認知、生理、心理、甚至於社會現象，都對個體產生某些程度的影響，然而瞭解各種觀點對自殺的解釋，可幫助找出自殺原因及發展防治策略。

### 參、精神病理學理論：

Jacobs（2003，引自李美媛，2007）研究指出精神分裂症患者的自殺危險性是一般人的 8.5 倍，人格疾患者為 7 倍，焦慮性疾患者則為 10 倍，另鄭泰安（引自許正典，2006）指出臺灣的自殺身亡者，約 95% 在自殺前患有精神疾病，以重鬱症最為常見，佔 87%，其次為藥酒癮（44%）、人格疾患（41%）、精神分裂症（11%）。嚴重的重鬱症患者的自殺機率為一般人的 40 倍。Mann et al.（1999）提出超過 82% 的自殺者有精神疾病及其併發症。

英國牛津大學自殺防治中心（2001，引自李明濱、廖士程，2006）曾研究指出，自殺企圖者有 91% 在自殺之前罹患精神疾病（以憂鬱症及酗酒為主），林俊宏等人（2006a）則發現 16.6% 的自殺企圖者曾經或目前在精神科就診，主要以憂鬱症最多，其次為躁鬱症及精神分裂症。臺北市自殺防治研究發展中心（為臺北市自殺防治中心的前身）的統計資料顯示 56.1% 的自殺企圖者曾有精神科病史，其中以情感性精神疾病為最主要（邱震寰等人，2004）。此外，在多項研究發現，重複自殺者有較高的精神科問題，依據臺北市自殺防治研究發展中心統計（2003 年 9 月 26 日至 2005 年 6 月 20 日）資料顯示，重複自殺者中有 74.8% 曾在精神科就診，單次自殺者則為 43.2%（邱震寰等人，2006）。

從精神病理學理論觀點來看，各項研究顯示自殺與精神疾病具有相關性，故從精神科的處遇及精神狀態的處置進行自殺防治，或許可以降低重複自殺行為（邱震寰、李明濱，2006）。然而並非所有精神疾病患者皆有自殺行為，仍須考量生理與精神之外的種種因素（李美媛，2007）。

## 肆、心理學理論：

### 一、精神分析理論：

佛洛伊德 (Freud, 1989, 引自李美媛, 2007) 提出生之本能與死之本能, 認為求生不能時則會求死。Brown et al. (2005a) 研究顯示企圖自殺者既有求生的意志, 又有想死的念頭, 充滿矛盾, 是種相當複雜的心理狀態。故從精神分析論點分析自殺者, 當自殺企圖者本身對於生或死的想法, 經過兩極的震盪過後, 倘若求死的力量大過於求生時, 即會升起死亡的意念。

此論點將「生」與「死」兩種念頭放在人們心中拔河, 僅有生死兩方在決鬥, 如從此觀點切入自殺防治的議題, 則需要提高自殺企圖者對「生」的想望, 才能戰勝想死的念頭。

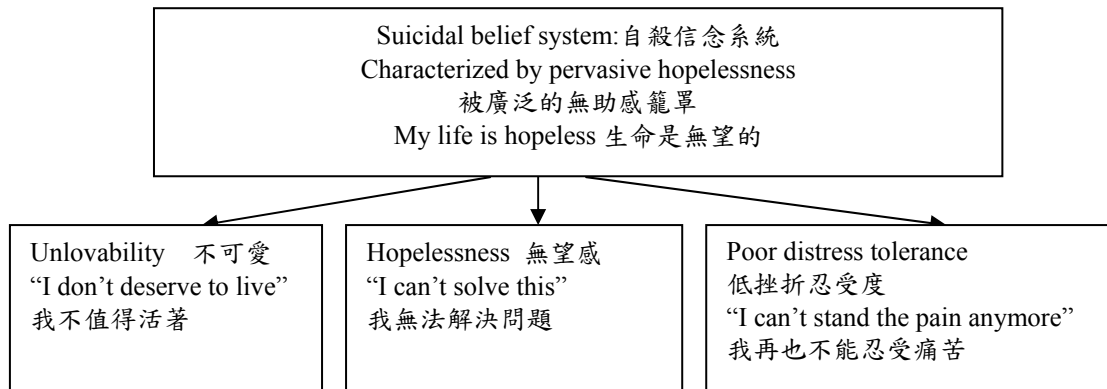
### 二、認知心理學理論：

Beck (1979) 的認知理論提出當個人對未來感到無望, 處於憂鬱階段, 容易有悲觀的負面想法, 並認為憂鬱症患者的僵化認知有六種形式 (童譯焄, 2007):

- (一) 獨斷的推論 (arbitrary inference), 無相關證據便下斷論。
- (二) 選擇性摘錄 (selective abstraction), 對整個事件的單一細節下結論, 失去整個事件的重要性。
- (三) 過度類化 (overgeneralization), 把某事件的極端信念應用到不相似的事件中。
- (四) 誇大與貶低 (magnification and minimization), 過度強調負向事件。
- (五) 個人化 (personalization), 沒有任何理由, 將外在事件與自己發生關聯。
- (六) 極端化思考 (polarized thinking), 將事情極端的分成全有或全無的二分法。

Rudd et al. (2001) 提出自殺認知行為模式解釋自殺 (圖 2-1), 當個人對於自己的生命感受到無望, 衍生出不可愛、無助感、及壓力承受度低, 個人認為自己不值得活下去, 沒有能力解決問題, 無法再忍受痛苦了。自殺者認為除非自己完美, 才可能被他人接納, 唯有達到別人要求的事, 才會受到喜愛, 因此倘若個人的認知變成僵化而無彈性, 無法想出策略以解決問題, 就容易產生不利的影響而有自殺的念頭。

圖 2-1 自殺的認知行爲模式 (A Cognitive-Behavioral Model of Suicidality)



註：資料來源：Rudd et al., 2001, P29.

許文耀等人（2006）研究自殺企圖者的預測因子，結果發現自殺企圖者對未來的正向期待，可以降低自殺風險性。Williams & Pollock（2000）建議要鼓勵自殺企圖者產生正向事件，最好是幾天內便可見到或完成，而可增加自殺企圖者的正向期待，減少無望感，因此從認知心理學的角度協助自殺企圖者，可以嘗試增加正向思維，幫助自殺企圖者獲得正向經驗。

### 三、存在主義治療理論：

Heidergger（1979/1987）提到兩種存在的模式。一種為「日常模式」，人們著重在物質環境上，對世界的事件運作方式感到好奇。另一種為「本體模式」，人們把焦點放在存在本身，想知道世界中的事物是什麼。Yalom（2002/2002）認為當人們處於本體模式中，即是處在準備發生改變的狀態裡。Yalom 指出邊界經驗

（boundary experience），通常使個人突然的跳出「日常模式」，把注意力放到「存在」本身。最強大的邊界經驗就是面臨自己的死亡。因此，有過自殺經驗而能存活下來的人，此經驗對個人可能產生部分衝擊。童譯嫻（2007）從存在觀點陳述，對有自殺傾向者而言，生命是無意義的課題，每個人活著都會有生命結束的一天，但多年以後卻沒有人記得這些人存在過。

### 四、家庭系統論：

Napier & Whitaker（1994）將家庭視為一個系統，大系統中有數個次系統，而個人的問題與家庭組織型態、家庭成員溝通模式，及成員日常互動三部分有關。

Bongar et al.（2000，引自李美媛，2007）研究指出自殺家庭有以下數種特徵：

- (一) 具不良家庭溝通模式及問題解決技巧。
- (二) 家庭內有代罪羔羊 (scapegoating) 產生。
- (三) 對依附對象的失落及威脅。
- (四) 失功能的家庭：家庭缺乏彈性、矛盾、及衝突。
- (五) 家庭變態：家庭成員有物質濫用或精神疾病。

以系統觀點來看，問題並非個人產生，而是家庭成員的互動共同創造的，需從整個系統來看自殺問題。因此，自殺企圖者想尋求自殺的原因，要從家庭系統進一步瞭解，如要協助自殺企圖者，不能單就個人問題著手，而需要找出家庭溝通及互動的問題。

#### 五、資源保留理論：

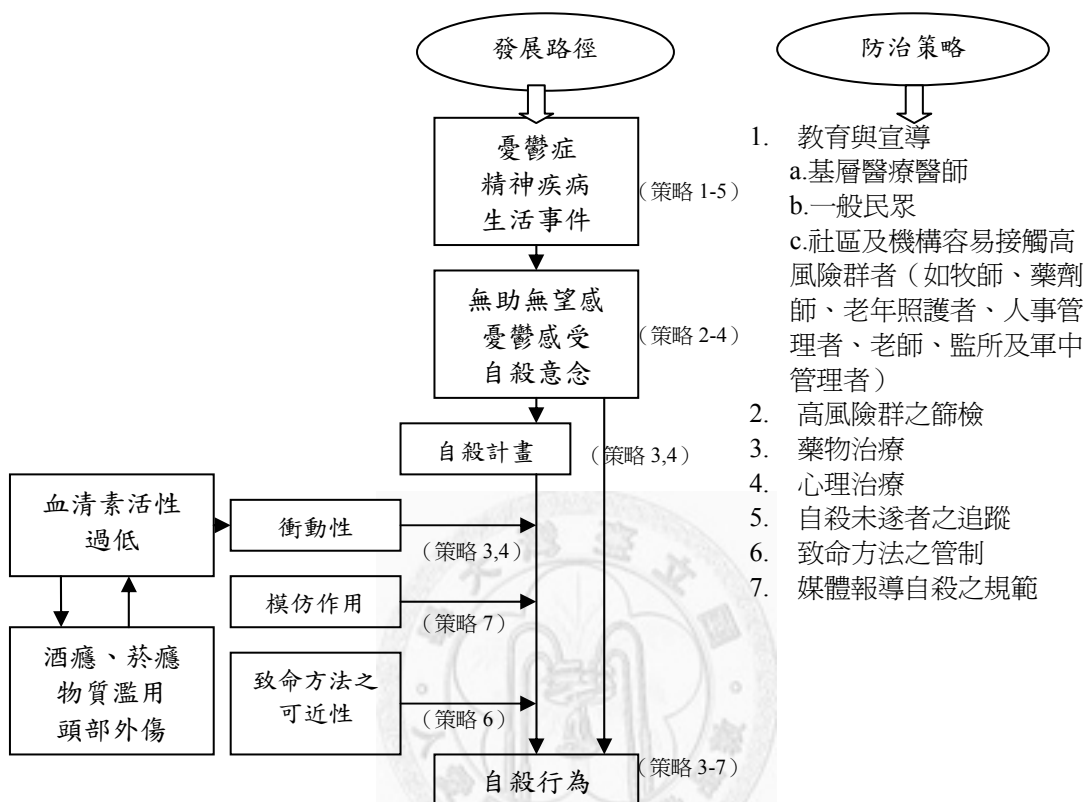
Hobfoll (1988) 提出資源保留理論，認為當個體面對外在的困境時，會一連串的保存及保護自己的資源。此「資源」是指個人認為有價值的事物。資源保留理論將資源的流失視為一種壓力，當個體面對資源流失時會引起痛苦及憂鬱，因此會發展策略以控制自己和環境，進而降低壓力。Rothbaum et al. (1982) 提出控制有兩種，「初級控制」是指個人嘗試改變外在來符合自己的欲求，例如仍堅持自己的目標，但是花費更多的時間及力氣以克服障礙，「次級控制」則是個人改變自己的想法及動機，以利與外在環境維持調和，例如正向的重釋 (positive reinterpretation) 或放棄原來的目標。控制是具有適應性的，目的是為了保護個人的資源及幫助個體完成發展的目的 (Wrosch et al., 2000)。Williams & Pollock (2001) 認為當個體無法有效控制時，會採取防衛、逃離的方式，如果無處可逃，則可能採取死亡的手段來解決問題。

許文耀等人 (2006) 蒐集某中區心理衛生中心通報的自殺企圖者，並找一群對照組，將蒐集的資料進行路徑分析以探討自殺危險因子。該研究以資源保留理論作為壓力處理的理論基礎，以初級控制、次級控制、及逃避作為三種控制策略。研究結果發現自殺企圖組有較多的資源流失，也較常採取逃避的策略，進而增加自殺的危險性。許文耀及陳明輝 (2004) 亦以洛基回歸分析發現，控制與降低抱負水準兩種調節策略能夠區分自殺企圖的有無。

自殺具有生物、心理、社會與文化之成因及背景，異質性很大，因此也需要

多元的防治工作（廖士程等，2008）。李明濱與廖士程（2006）提出自殺的發展模型及防治策略如下圖：

圖 2-2 自殺的發展模型及防治策略



註：資料來源--李明濱、廖士程，2006，P368。

此模型融合生物學理論、心理學觀點，以及社會與文化的影響，血清素系統失調將增加攻擊及衝動行為（Jollant, 2005; Mann et al., 1999），心理的無望及無助感受促使自殺意念產生（Beck, 1979; Rudd et al., 2001），社會的結構變動快，失序及迷亂致使個人面對生活事件無法適應（Durkheim, 1990），而媒體的深度描述及過度渲染也造成模仿行為，因此面對不同原因的自殺背景，其相對應的策略也就各有不同。

Mann et al. (2005) 的研究則以共同照護體系、認知行為治療、人際互動治療等方式進行介入。亦有研究顯示社會心理的介入有助於防治企圖自殺的效果，特別為認知行為治療模式（Brown et al., 2005b; Tyrer P. et al., 2003; van der Sande R., 1997），但仍無足夠的證據顯示社會心理的介入能顯著有效的預防再次自殺或自殺身亡（Crawford et al., 2007）。

## 伍、小結：

整理以上的文獻可知，不同的自殺理論，對於自殺原因有不同的解釋，也因著不同背景而有多元的自殺防治策略。各個專業人士，如醫師、護士、諮商師、心理師、自殺防治人員、社工員等，面對自殺企圖者或許會有相異的處理方式及策略，如採取認知心理學，從思考方式及認知行為進行調整，增加控制的選擇性，提高對未來的正向期待；或是運用生理或精神病理學，以藥物控制體內的血清素，減少攻擊或自殺的衝動；或是站在社會學的角度，提升就業率、調整貧窮線，幫助更多弱勢家庭對抗經濟不景氣等。自殺的背景有多種不同的理論基礎，每個理論都可各自發展防治策略，且各個理論也能相互融合成一種自殺模式及歷程，綜融的發展自殺防治策略，以有效降低自殺率。



### 第三節 社區自殺防治網絡

網絡指個人或組織之間的連結，除表示彼此關係的有無，也代表關係的方向、強度、內涵以及形式類別（張笠雲、譚康榮，1999）。社會網絡則指一個人或一組人連接著他人的社會關係（黃毅志，1998），個人可藉由網絡維持社會接觸及社會認同，並從中取得相關資源。

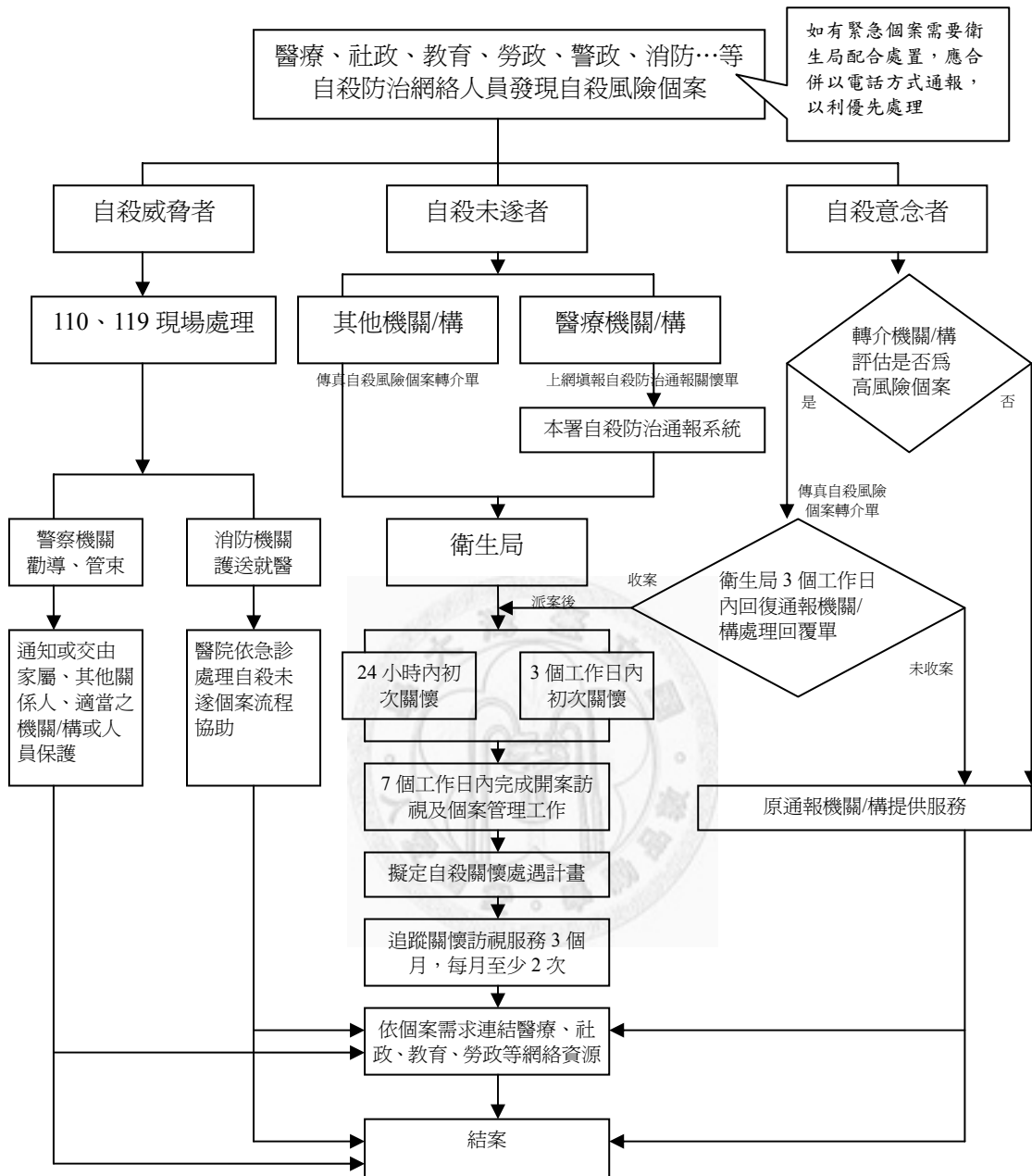
一個社會網絡至少包含三種構成元素：（1）行動者，（2）行動者之間的關係，（3）行動者間連接的途徑—連帶。社會網路中的人、事、物即為行動者，為有自由意識或決策能力的個體或群體（Mitchell，1969）。社會網絡有四種交易內容，分別為交流情感、交換影響或權力、交換訊息、交換商品或服務。其聯繫的本質亦有四種：「強度（Intensity）」，指聯繫的次數、「互惠度（Reciprocity）」，指個體之間在交易內容的相同或相似度、「期望的清晰程度（Clarity of expectations）」，指網絡中個體期望他人的行為、「多元程度（Multiplexity）」，指個體的多種角色（Tichy, et al., 1979）。

社會工作強調網絡的建構性及透過網絡給予社會支持，並透過網絡方式瞭解個案的社會關係狀況，且以網絡介入幫助個案建立社會支持關係，從而發掘個案潛在的社會資源。網絡特性有四個：（1）社會網絡是種有限的鬆散關係，網絡中的人們不一定經常見面，但是關係的存在促使彼此間需要溝通或互相幫助。（2）網絡具有交叉性，多數人一般屬於多個社會網絡。（3）網絡中存在多重關係。（4）網絡中的社會關係有強弱之分（周相斌、常英，2005）。

本研究以正式資源網絡協助自殺企圖者為主軸，故在各網絡維繫互動過程中，每個機構雖有各自的工作角色及任務，但為促進網絡間合作機制，仍需維持互動以進行必要的聯繫與討論。目前臺灣在社區自殺防治網絡包含衛生局、自殺防治中心、社區健康服務中心或衛生所、心理衛生中心、以及求學期間的教育局、提供就業服務的勞工局、協助經濟補助的社會局等，在詳細介紹與自殺企圖者有密切互動的社區自殺防治網絡之前，先說明臺北市自殺個案通報及轉介流程<sup>9</sup>（如下圖）：

<sup>9</sup> 網址：<http://dspc.moi.gov.tw/public/Data/010221035071.pdf>

圖 2-3 自殺防治網絡自殺風險個案處理流程



註：資料來源：家庭暴力暨性侵害防治委員會，2010 年 10 月 22 日資料

因自殺防治網絡多元，而各局處的業務內容相當廣泛，勞工局在自殺防治中的角色以提供就業機會、就業諮商、心理測驗、職業訓練等服務為主，幫助自殺企圖者媒合就業機會，教育局則針對就學階段的學生，提供心理輔導及支持自殺企圖者學習的持續性，心理衛生中心則提供大眾醫療門診及諮商服務，然因為臺北市於 2009 年 4 月成立府級自殺防治中心，故依據研究者實務工作經驗，如自殺企圖者需要心理諮商，由自殺防治中心協助安排。因此在自殺防治網絡中，主要



以「自殺防治中心」的線上諮詢服務及追蹤關懷為最主要的自殺防治單位，「健康服務中心或衛生所」則針對「願意接受訪視」的自殺企圖者進行關懷服務。「社會福利服務中心」因設立於社區內，接觸到最基層的弱勢家庭，且通報系統多且廣，加上自殺企圖者也常面臨到經濟上的困境，因此社工常需處理併經濟困難的自殺企圖者之求助或轉介案件。此外，部分自殺企圖者亦面對失業問題，因此「就業服務處」亦需評估自殺企圖者之工作能力及就業期待，與相關網絡合作，提供就業媒合。

因各縣市的組織架構及資源多寡具有區域性的差異，以下將以臺北市為例，介紹自殺防治中心、社福中心、健康中心、及就業服務處之工作業務及內容。

## 壹、自殺防治中心

有鑑於國人自殺率逐年上升，行政院衛生署委託臺灣自殺防治協會成立國家級自殺防治中心，並協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，促進標準化自殺防治通報及介入處理流程，落實以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎的全人醫療，有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖<sup>10</sup>。

為了增強通報系統，行政院衛生署於 2006 年 1 月起設置全國性單一入口網路自殺通報系統「衛生局、所網路便民服務計畫」（更名為「衛生資訊通報服務入口網」<sup>11</sup>），啓用自殺通報系統，全國二十五個縣市由此系統進行通報，茲將 2006 年至 2009 年之服務統計數字彙整如下表：

表格 2-6 全國自殺通報及關懷統計 2006 年—2009 年

年度	人次及比率 通報人次/ 通報人數	分案率%	分案人次	分案關懷 率%	關懷人次/ 關懷人數	結案率%
2006 年 1 月至 12 月	19,192	72.6	13,933	66.3	12,724	25.1
2007 年 1 月至 11 月	21,280	94.6	20,131	96.2	19,366	39.6
2008 年 1 月至 12 月	24,180 21,348	98.1		98.7	42,363/ 20,707	42.3
2009 年 1 月至 8 月	17,304/ 15,622	99.6		99.0	34,585/ 15,442	24.3

註 1：資料來源為研究者彙整臺灣自殺防治學會發行之自殺防治網通訊（2007，P28-30；2008，P31-33；2009a，P21；2009b，P12）。

<sup>10</sup> 自殺防治中心網頁：<http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/index/index.jsp>

<sup>11</sup> 衛生資訊通報服務入口網頁：<http://chs-www.doh.gov.tw/csnpt/index.html>

註 2：

- (1) 2006 年度公式—分案率：分案人次/通報人次。分案關懷率：關懷人次/通報人次。結案率：結案人次/分案人次。
- (2) 2007 年度公式—分案率：分案人次/通報人次。分案關懷率：關懷人次/分案人次。結案率：結案人次/通報人次
- (3) 2008 年度公式未說明。
- (4) 2009 年度公式—分案關懷率：關懷人數/通報人數。分案率及結案率：未說明。

從 2006 年度及 2007 年度的統計數字來看，分案率平均達七成以上，分案關懷率的數字如果皆採 2007 年度的統計算法，則兩個年度皆達九成。但兩年度的研究皆以人次作為統計指標，無法知悉實際自殺企圖者的受服務人數。例如 2007 年度的分案關懷率的計算方式，是將關懷訪視的「人次」除以分案「人次」所得而來，從數字無法知悉有多少被分案的自殺企圖者是追蹤不到或無法提供協助的。故自 2008 年度起，全國自殺防治中心改變統計方式（表格 2-7），除統計服務人次外，亦計算實際服務的人數，使呈現的數據更有意義。

表格 2-7 全國自殺防治中心服務情形 2008 年—2009 年

關懷方式	電訪			家訪			門診晤談		
	服務人次	服務人數	比率 %	服務人次	服務人數	比率 %	服務人次	服務人數	比率 %
2008 年 1 月至 12 月	38,047	18,882	89.8	3,874	2,909	9.1	442	314	1.0
2009 年 1 月至 8 月	30,091	14,043	87.0	3,824	2,587	11.1	670	463	1.9

註：資料來源為研究者彙整臺灣自殺防治協會（2009a，P21-22；2009b，P12）之資料。

從 2006 年至 2009 年之自殺通報人次顯示，每年自殺通報量節節上升，分案關懷量也足見提升，但從關懷服務數量得知，訪視人員以電話進行關懷及追蹤為主。臺北市自殺防治研究發展中心訂定一套電話關懷流程，一旦接獲自殺通報個案，於三至五個工作天內與個案取得聯繫，嘗試跟個案建立良好關係，以無條件接納、高度同理的態度跟個案會談，提供精神科專業知識及正確的衛教知識，以期提供專業的醫療資訊，並讓個案感受到社會的溫情，降低個案的孤單感。然電話追蹤仍有以下問題（林俊宏等人，2006b）：

- 1、通報資料錯誤或不齊全，無法與個案取得聯繫。
- 2、被個案或家屬視為詐騙電話而未受信任。
- 3、個案否認自殺，拒絕關懷，或家屬拒絕接受外界的關懷。亦有家屬不曉得個案曾自殺。

4、家屬將怒氣發洩於聯繫的工作人員身上。

5、個案的問題多元，但聯繫的工作人員僅能提供情緒支持及轉介服務，無力提供實質的需要或提供單一服務窗口解決所有問題。

多數個案為非自願性案主，不願接受訪視，且自殺仍被一般大眾視為不名譽之事，因此建立關係相當不容易。且自殺的因素及促發點是多元且複雜的，依據2008年最新的自殺企圖者資料顯示<sup>12</sup>，自殺企圖者自殺的原因以人際關係為最高（28.53%），其次為精神/心理或藥物濫用（23.61%），接著依序分別為感情因素（17.67%）、工作/經濟因素（7.42%）、生理疾病（5.02%）等。故自殺的因素除了疾病之外，亦受到經濟景氣、社會環境、家庭及個人等多重因素影響，種種問題實非電話追蹤關懷即可解決，而需要邀請全民參與，從各個網絡進行防治。

李明濱與廖士程（2006）提出擬定自殺防治策略需考量六個原則：（1）全民的參與，共同防治、（2）針對不同族群及地區設計因地制宜的方案、（3）對於自殺高風險群，暢通各網絡的轉介機制、（4）跨部會合作共同提供協助、（5）進行策略的成效評估、（6）進行研究以提供實證參考。因此自殺防治中心採取的防治策略分為三種層面（李明濱、廖士程，2006；李明濱等人，2006；行政院衛生署自殺防治中心網頁資料）：

一、全面性策略（以全民為標的）：

- （一）導正媒體報導：改善媒體新聞播報自殺新聞的品質，與新聞工作者溝通勿做煽動性的描述及報導。
- （二）減少致命性自殺方法的可得性：運用科技研發致命性低的農藥，加強管控易取得的致命性物品（如燒炭、一氧化碳、汽車廢氣等），注重大廈公寓的安全措施，於木炭包裝加註警語及諮詢資源等。
- （三）去除精神疾病與自殺的污名化：加強全民的心理衛生教育，及建立相關諮詢、資訊之網站。
- （四）促進社會大眾心理健康：於各縣市建立心理衛生中心，宣導教育及心理衛生業務。
- （五）加強心理與家庭諮詢：鼓勵各團體提供諮商、諮詢之多元服務管道。

<sup>12</sup> yam 天空新聞網頁：<http://n.yam.com/uh0/healthy/200904/20090418261651.html>

(六) 監測自殺相關資訊：建立自殺資料庫、制訂標準化通報流程、將通報作業網路化等。

## 二、選擇性策略（以高風險群為標的）：

(一) 加強憂鬱症、酒癮、與藥物濫用的防治：協助進入醫療體系的患者，設計誘因而獲得醫療系統妥善的疾病管理方案，以增加完治率。

(二) 加強非精神科醫療人員、學校人員、公私立機關團體等的心理衛生再教育：增加醫療人員的評估、診斷、及面對心理問題之能力，教育學校人員篩檢及辨識自殺高風險群學生，強化公私立機構的人員之篩檢能力，並將有自殺傾向者進行妥適轉介。

(三) 針對自殺高風險群之精神疾病與自殺的篩檢及轉介：如失業人士、獨居者、或身心受創的災難倖存者等。

(四) 建立社會關懷網絡：結合民間力量，協助辨識有自殺傾向個案，提供緊急救援與關懷輔導。

## 三、指標性策略（以追蹤自殺企圖者為標的）：

(一) 追蹤輔導自殺企圖者：以個案管理方式，協助自殺企圖者接受心理諮商，或轉介至精神科治療等。

(二) 強化偏遠地區的急救能力：因偏遠地區的醫療資源較不充足，故增加設備及教育訓練，以增加自殺者的存活率。

(三) 建立憂鬱症病患個管制度：協調健保局設計以論人為基礎且提高品質誘因的給付制度，以增加憂鬱症患者的完治率。

自殺防治中心之計畫目標在於實施自殺防治的先導計畫，建立自殺防治的概念架構，擬定自殺防治的策略，建立具實證的自殺防治成效評估指標，最終達成整合型社區健康照護體系。

有關臺北市的自殺防治體系的建立，最初由臺北市政府衛生局於 2003 年於臺北市立聯合醫院松德院區成立「自殺防治研究發展中心」，將通報的自殺案件列案控管，並由精神醫療專業人員進行關懷及評估。2006 年更名為臺北市自殺防治中心，然因主責的工作人力薄弱，僅能優先處理重複自殺的高危險群個案。再者，醫院雖為大宗通報自殺案件的來源（李明濱等人，2004），然而當自殺企圖者出院

後，大多未再接受健康照護（曾雯琦，2006）。自殺企圖者持續在社區中生活，直到又發生自殺行為後，才又再度進入醫療系統內。

然而，臺北市自殺防治中心的實質功能為何？有媒體報導（周富美等人，2005）醫院醫師對於通報後的處理表示質疑，除假日並未設置工作人力外，醫師表示所傳真通報的自殺個案，並未受到及時回應，另有醫師認為臺北市自殺防治中心僅想蒐集資料進行研究。

研究者亦曾與臺北市自殺防治中心（當時仍設立於臺北市立聯合醫院松德院區內）的心理師討論自殺企圖者通報後的後續處理，得知自殺防治中心之主要工作人員薄弱（主要僅有三位工作人員），但全臺北市自殺案件相當多，因此心理師回應已將工作重心擺放在重複自殺的家庭案件，如果社工通報的個案需要關懷及輔導，心理師表示會在通報單上註明該名個案需要電話關懷，然而何時會進行關懷或聯繫的頻率為何？心理師回應無法告知，並建議研究者先自行處理已通報的自殺企圖者。

臺北市自殺防治中心人力薄弱，需追蹤臺北市上萬名的自殺個案，實為不可能的任務，無怪乎臺北市自殺防治中心被批評僅為了研究統計之用，未行輔導之實。有鑑於自殺者眾多，且為協助民眾獲得更完整的服務資源，臺北市政府於 2009 年成立跨局處的府級自殺防治中心<sup>13</sup>，設立八位常設人員（職稱為組員），為每天的求助及通報案件提供線上諮詢及心理諮商，並整合各局處的急難救助、緊急救護、就業服務、就學輔導、就養照顧、諮商輔導等資源及民間力量<sup>14</sup>，協助處理就醫、聯繫家屬勸說、或安排地段護士就近處理，且針對自殺可能性較高的個案進行電訪追蹤服務，高危險個案安排合適的訪視頻率，由社區關懷訪視員進行關懷，並希望藉由資源整合，將衛生醫療單位、社區健康服務中心、社政單位、及諮商資源等網絡連結，提供實質生活幫助，期待在人力及跨局處資源的擴增之下，能夠因應日益增加的自殺案件。

目前跨局處的服務型態於 2009 年 4 月方正式起步及運作，臺北市自殺防治中

---

<sup>13</sup> 臺北市政府衛生局網站資料：

<http://www.health.gov.tw/Default.aspx?tabid=36&mid=442&itemid=22851>

<sup>14</sup> 臺北市政府網站資料：

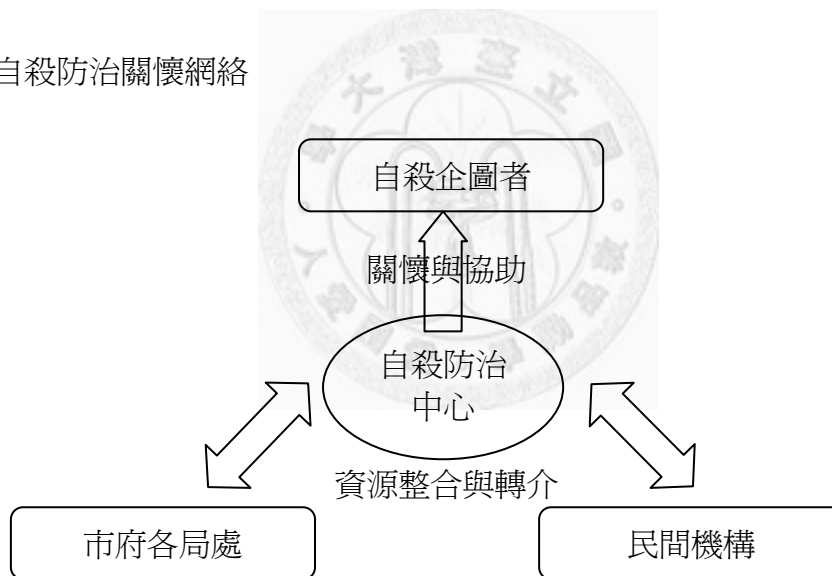
[http://www.taipei.gov.tw/cgi-bin/Message/MM\\_msg\\_control?mode=viewnews&ts=49e5c54b:6d71&theme=3790000000/379230000G/Msg](http://www.taipei.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=49e5c54b:6d71&theme=3790000000/379230000G/Msg)

心的網頁亦於 2009 年 12 月成立。臺北市自殺防治中心的服務內容除建立自殺通報個案資源平台、服務宣導及教育宣導、彙整臺北市自殺防治資料庫外，亦針對臺北市自殺企圖暨高危險群個案進行個案整合服務，其服務標準有以下三種（陳永仁等，2009）：

- 1、具有立即性危及生命之自殺、自殺個案，啓動緊急個案處理作業流程
- 2、需跨局處資源介入之個案
- 3、重複自殺之個案

臺北市於接獲自殺通報後，會於七日進行關懷訪視，並依個案的危險性持續追蹤關懷三至六個月，期間積極評估個案需求及連結各局處資源協助六個月（圖 2-4），幫助自殺企圖者回歸正常生活或定期接受心理醫療等，使自殺危險性降低（臺北市政府自殺防治雙季刊，2009）。

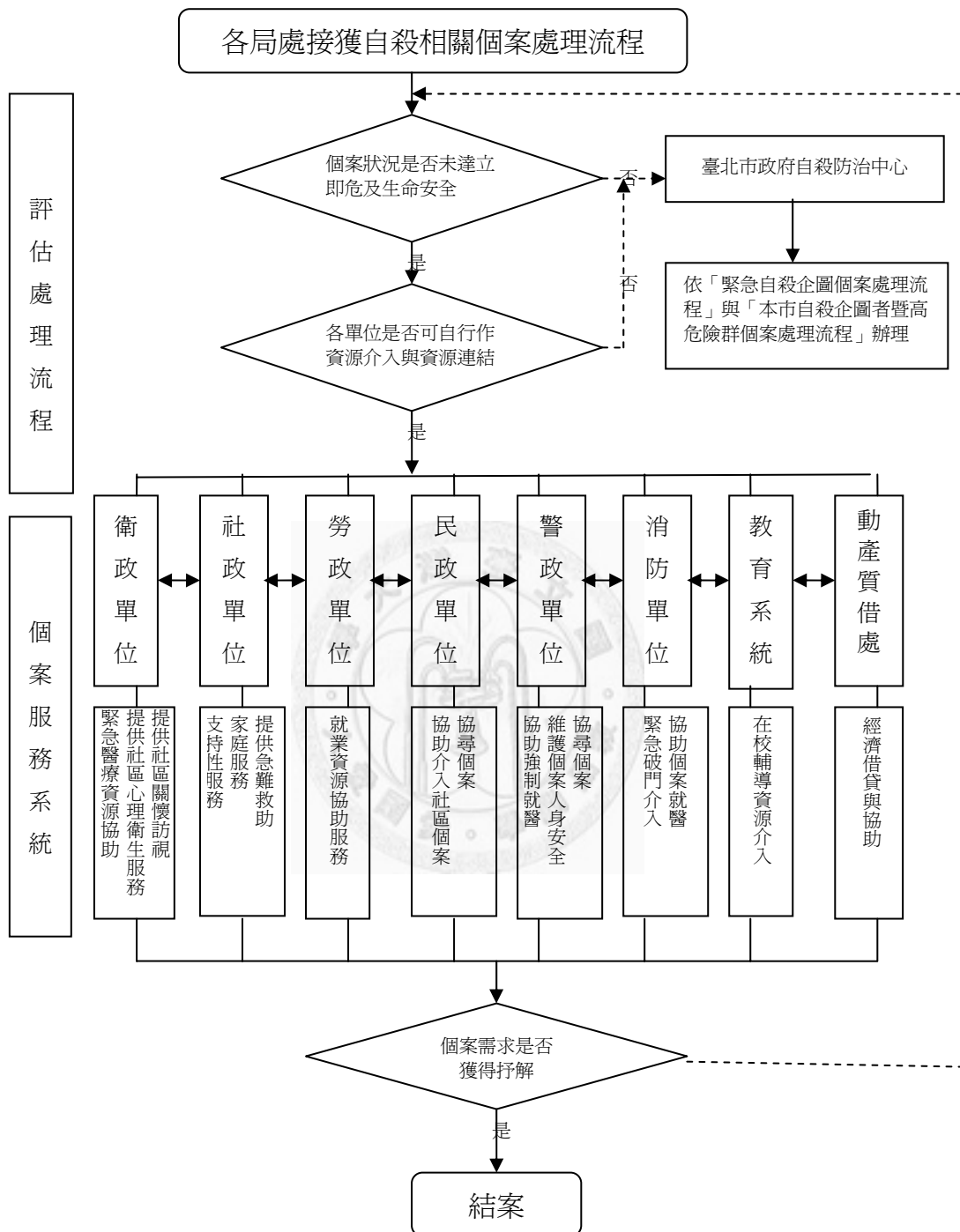
圖 2-4 自殺防治關懷網絡



註：資料來源為臺北市政府自殺防治雙季刊，2009 年 12 月，P13。

自殺防治需要各局處的合作，茲將處理流程及各局處的分工略述如下圖：

圖 2-5 各局處接獲自殺相關個案處理流程



註：資料來源為臺北市自殺防治雙季刊，2009 年 12 月，P19。

一、臺北市衛生局社區心理衛生中心

瞭解民眾需求，促使心理衛生與專業輔導結合，提供民眾心理衛生資訊、諮詢與處遇。服務包含心理諮詢、諮商、醫療轉介、心理衛生教育宣導等。

## 二、臺北市政府社會局

協助失業、生病、意外等因素而陷困之家庭，社工以傾聽、陪伴、結合資源等專業工作方法，協助受困家庭處理問題，走出困境。

## 三、臺北市政府勞工局就業服務處

於 2001 年起推動個案管理服務工作，協助就業弱勢者重返職場，並於 2008 年成立個案管理資源站，由個案管理員進行會談、評估就業競爭力及需求，提供適切的服務方案，幫助弱勢民眾排除就業障礙，媒合就業機會，以協助就業為目的。

## 四、臺北市政府民政局

對生活困難者伸出援手，扶助其度過困境。

## 五、臺北市政府警察局

110 受理民眾自殺通報案件處理流程：先確認報案人（是否為當事人或家屬等）、瞭解案情（自殺地點及方式）、同步派遣（立即派遣警力前往現場，並視狀況通知 119 協助急救或送醫）。如為狀況不明派員亦到場瞭解詳情，再做後續處置。

## 六、臺北市政府消防局

建立自殺防治專責窗口，如發現有自殺傾向之高危險個案，將轉介自殺防治中心進行評估及協調，並受理自殺個案通報，立即前往處理救援與緊急送醫。

## 七、臺北市政府教育局

各級學校訂定學生憂鬱與自傷防治計畫，並邀請生命鬥士進行奮鬥分享，幫助學生瞭解生命的價值及提升挫折忍受度，推動認輔工作，給予學生個別關懷，並提供駐點心理師、精神科醫師諮詢服務，強化輔導工作。

## 八、臺北市動產質借處

協助民眾抒困救急，以低利便民融資服務。

## 九、臺北市政府建築管理處

對於容易造成自殺的建築物，在核發使用執照前會副知自殺防治中心，以增加自殺防治之環境防治效能。對熱點建築物（曾經自殺或多次自殺之處）建議管委會加強監視系統管控，並進量避免無關人員進出以減少跳樓自殺率。

## 十、臺北市政府觀光傳播局

運用平面媒體與電子媒體宣導自殺防治。



然而，自殺防治網絡在高危險群個案處理的實際運作情形為何？究竟各網絡間如何發揮自殺防治的功能？自殺防治網絡面臨哪些困境？本研究希望藉由深度訪談，進一步瞭解自殺防治網絡實際操作情形及網絡合作之現況。

## 貳、臺北市社會福利服務中心

臺北市共有十二個行政區，每區皆設立社會福利服務中心（以下簡稱社福中心），屬於公部門體系，每中心編制一名主任、數位社工（依各區域個案數量多寡，設置約四至九名不等）、一名辦事員，總計九十九人<sup>15</sup>。以下介紹社福中心的業務內容、個案類型、個案來源、以及社福中心在自殺防治網絡中的角色及分工內容：

### 一、業務內容

臺北市社福中心的主要工作業務為<sup>16</sup>：

- （一）社會福利諮詢：對於家中有經濟困擾、托育及養老等照顧問題者，提供諮詢服務。
- （二）家庭服務：對於發生變故或陷入家庭困境的家庭，以社會工作專業提供就醫、就養、就學、就業等個案服務。
- （三）支持性活動方案：提供課業輔導、親子活動、親職技巧諮詢、團體輔導等方案，支持家庭成員並提升家庭功能。
- （四）連結社區資源：發掘社區中的社會福利資源，予以整合、運用、分配、及轉介，提供民眾更好且完善的服務品質。
- （五）推展志願服務。

### 二、個案類型

研究者於社福中心擔任第一線社工人員已邁入第九年，社福中心除提供民眾相關福利諮詢外，所輔導的個案相當多元，家庭面臨的問題異質性很大，社工所需運用的資源及評估的處遇方向，皆依不同的個案類型提供個別化的執行計畫。

- （一）兒童及少年安置個案：除對於原生家庭進行重建計畫之外，亦為維繫親情，辦理親子會面。社工並與安置機構維持合作關係，以協助兒少安置個案在

<sup>15</sup> 資料來源為 2009 年 6 月 5 日修正之社工科員額配置一覽表

<sup>16</sup> 資料來自臺北市政府社會局網頁：

[http://www.bosa.tcg.gov.tw/i/i0300.asp?fix\\_code=1409002&group\\_type=2&l1\\_code=14&l2\\_code=09](http://www.bosa.tcg.gov.tw/i/i0300.asp?fix_code=1409002&group_type=2&l1_code=14&l2_code=09)

學及在機構或寄養家庭的生活穩定。

- (二) 身心障礙或老人安置個案：協助無能力撫養的家屬，讓失能的身心障礙者及老人能夠安置於機構中並受到良好照顧，協助申請相關補助，並要求家屬盡其能力提供對失能者的親情關愛，及支付部分安置補助差額。
- (三) 經濟弱勢家庭：社工經由家訪及會談，評估家庭主要的問題，及與個案討論工作方向，協助案家申請相關經濟補助，轉介就業服務網絡，協助子女就托等，幫助案家度過經濟危機。
- (四) 低收入戶個案：各區公所從初核准通過低收入戶的案件中，篩選需要後續協助的弱勢家庭，轉介各區社福中心由社工進行家庭訪視，評估子女受照顧情形，並說明相關低收入戶福利。另對具低收入戶資格的獨居老人予以關懷訪視，以確保長者在社區中的生活安全。
- (五) 高風險家庭個案：接受鄰里、學校、民政單位、衛生人員、警政等通報，轉介社區中的高風險家庭，社工家訪及介入，以預防兒童及少年受虐、家庭暴力、或性侵害的事件發生。於 2006 年 7 月起，社福中心結合民間單位，採合署辦公的模式，期望連結公單位及民間單位之資源，共同輔導高風險家庭。
- (六) 街友：協助露宿於街頭、公園之街友，協助辦理證件、轉介街友工作站、提供健保及醫療補助、轉介遊民收容所或平安居等安置處所、提供物資、食物、急難金等。
- (七) 其他：藉由各項陳情、轉介、主動求助等方式，向社福中心求助之個案。

### 三、個案來源

臺北市社福中心的個案來源，除民眾主動至中心或電話求助，尚有以下幾種來源：

- (一) 市民透過 1999 市民熱線、市長信箱、或向立法委員或議員等民意代表陳情等，此類案件的個案類別差異大，轉介原因大多與經濟問題有關。
- (二) 案件調查：如家外虐待案件調查、法院監護權調查案等。
- (三) 相關單位轉介：如其他縣市社福單位轉介單、高風險家庭通報單、民政單位的輿情通報、各地方法院來函、各地監獄轉介、醫院轉介、府內各局處來函等。

從以上業務內容、個案類型、及個案來源，可以知悉社福中心的工作內容簡直像是大雜燴，對象從兒童、少年、婦女、身心障礙者、到老人都有涵蓋，經濟弱勢家庭（如低收入戶或貧窮邊緣家庭）、有家庭暴力之虞的高風險家庭、以及需要社福單位配合的各種調查案，都是社福中心的服務對象，在如此多元業務及工作角色之下，社工不管面對哪種個案，都要立即站在正確的立場及角色，方能準確的評估及提供必要之協助。

#### 四、社工介入自殺防治的角色及分工

依據衛生局訂定「臺北市自殺行為個案通報及轉介流程」，社工介入的角色為：

(一) 通報轉介：一旦接獲疑似有自殺行為者或確定個案，於 24 小時內通報自殺防治中心，由該中心進行關懷訪視，如評估個案有家庭或社會福利問題，再轉介至社福中心提供協助。

(二) 社會工作處遇：

- 1、家庭及社區功能評估：評估家屬照顧的能力、親屬支持系統、家屬對於醫療資源的掌握、社區鄰里支持網絡等。
- 2、福利資源提供：協助個案申請福利身份、提供經濟援助，如急難救助、生活補助、安置照顧、協助就醫、辦理身心障礙手冊、心理諮商等。
- 3、建立支持網絡：增強家庭支持系統、增進家庭連結、連結社區及志工資源等。

(三) 預防宣導：配合衛生局協助預防宣導工作。

因社福中心擔任臺北市政府社會局第一線直接服務窗口，因此透過各種管道而求助的個案，社福中心社工皆需初步評估，瞭解問題及需求後，再進一步連結資源提供協助或轉介適當單位。近幾年因自殺率上升，加上經濟不景氣，因為債務、失業、疾病等經濟問題致使個人面對壓力無力調適，而有自殺念頭產生 (Mann et al., 1999)，因此社工接觸到自殺企圖者的機會也相對提高。

然以研究者在社福中心的實務經驗，自殺企圖者低落的情緒即使經由數次的會談有所改善，但過幾天之後，自殺企圖者認為面對未來仍缺乏信心，持續向研究者表達想要自殺的意念，且社福中心位於社區內，具有便利性，自殺企圖者常到社福中心尋求關懷及會談。以上所述只是自殺企圖者較偏向憂鬱症的某一類

型，另外也有威脅社工如不提供經濟補助便要自殺的案例，帶給社工很大的壓力。面對形形色色的社區自殺企圖者，以及不同問題及原因導致的自殺議題，社福中心的社工因應之道或許因年資、經驗、訓練等而有所不同，然而到底社工是如何協助社區自殺企圖者呢？社福中心與自殺防治網絡合作情形為何，以及協助自殺企圖者過程中所面臨的困境是什麼？為本研究想要深度探討的方向。

### 參、臺北市社區健康服務中心

眾多資料及研究顯示，自殺企圖者中罹患精神疾病者偏高（林俊宏等人，2006a；邱震寰、李明濱，2006；秦燕，1998；臺北市生命線協會，2009），而社區健康服務中心為精神障礙者之主要個案管理者，需定期追蹤精障者之現況，且亦需追蹤自殺企圖者，因此也是自殺防治重要的一環。以下就健康服務中心的人力編制與業務內容加以說明。

#### 一、社區健康服務中心之歷史沿革

研究者查詢中正區健康服務中心<sup>17</sup>及中山區健康服務中心<sup>18</sup>之網頁資料，將兩者介紹健康服務中心的歷史沿革統整（其中編制人員之資料以中正區健康服務中心為例）。

自民國 1950 年起，政府陸續在全省各鄉鎮區成立衛生所，以基層醫療門診、助產、傳染病防治等為主要工作，編制工作人員為九位。1967 年時，臺北市改制為院轄市後，將組織與人力擴充，增設大眾門診部。且分設三個組辦理防疫保健、食品營業環境衛生、醫藥政管理等業務，編列工作人員三十七人。民國 1982 年 7 月因臺北市政府環境保護局成立，而移除原屬二組的環境衛生業務，但增加職業衛生輔導項目。1990 年 7 月起因臺北市行政區域減少調整為十二區，將相同區域的衛生所合併，編制員額減為三十六人，內設一組（辦理醫療保健、防疫、公共衛生、衛生教育、心理衛生等）、二組（辦理營業衛生、食品衛生、職業衛生）、三組（辦理醫政管理、藥政管理、災害救護等）、會計、人事、秘書等單位。1997 年 10 月臺北市的衛生所服務型態不再具備基層醫療功能，完全以基層第一線之衛生行政管理，及朝深入社區推動各項防疫、衛生、保健之服務目標邁進。2005 年

<sup>17</sup> 中正健康服務中心網址為 <http://zzh-tpc.doh.gov.tw/pub/News.asp>

<sup>18</sup> 中山健康服務中心網址為 <http://jsh-tpc.doh.gov.tw/pub/News.asp>

1 月起，因應本市醫療衛生單位組織修編政策，各區衛生所更名為「健康服務中心」，內分「個案管理組」及「健康促進組」，原衛生行政稽查與防疫等業務移歸衛生局管理，全面以公共衛生護理服務、家戶個案管理、社區健康促進與營造為主要工作，編制人員減為二十一名。2007 年 7 月，因應社區防疫實務需求，衛生局疾病管制處將防疫業務與人力回歸各健康服務中心，自此組織任務再度涵蓋防疫之重責。隨著歷史的演進及社會的脈動，健康服務中心也隨時代更迭，建立專組以服務市民大眾。

## 二、社區健康服務中心的工作業務：

2005 年起，健康服務中心專責保健業務，希建構更優質的預防及保健網絡，並強化社區性保健業務，提升服務品質。健康服務中心大分為健康促進組及個案管理組，研究者另依據中正區健康服務中心網頁介紹，說明兩組工作內容如下：

### （一）健康促進組：

掌理學校衛生、婦幼衛生、癌症防治、生命統計、社區健康營造、急救技能訓練、衛生教育宣導及研考、文書管理、庶務、出納等事項。

- 1、健康促進業務：（1）各項衛生教育宣導（2）生命統計（3）急救技能訓練（4）推動社區健康促進等相關事項（5）社區心理衛生指導。
- 2、社區防疫業務：（1）各項預防注射通知、催種與登錄（2）疫苗保存與發放（3）疫情調查、處辦與通報（4）傳染病防制宣導衛教。
- 3、庶務行政業務：總務、收發、採購、出納、庶務管理、公文收發、檔案管理、資訊、研考業務、防災業務、兼人事業務。

### （二）個案管理組：

掌理家戶健康管理、弱勢族群服務、優生保健、中老年防治、及個案管理等事項。包含中老年人疾病防治及個案管理、長期照護及獨居老人保健服務、婦幼衛生保健及母乳哺育指導、生育調節服務及優生保健指導、早期療育照護、家庭訪視及家戶健康管理、原住民及中低收入戶之醫療照護、護理保健諮詢及指導、癌症防治（子宮頸癌、乳癌、肝癌、大腸直腸癌、口腔癌）、學校衛生指導、安養中心輔導、志工服務管理、學齡前兒童視力、聽力、口腔保健、精神病患者管理、自殺個案通報與追蹤訪視等十五項服務。

其中，健康服務中心的社區健康照護網服務，服務對象分為兩種：

- (一) 本市特殊族群：獨居長者、中風、肢障、多重障、智障和精障和失智症等族群。
- (二) 本市慢性病（糖尿病、高血壓、心臟病、腦血管、其他）、失能、百歲人瑞、植物人、癌症、傳染病等個案照護。

社區健康照護網所提供的服務為：

- (一)「獨居長者」：提供量血壓（二至三個月一次）、健康諮詢、關懷訪視、三合一（血壓、血糖、膽固醇）保健篩檢、需求評估及送藥到家等服務。
- (二)「中風」個案：提供六個月內之中風個案居家復健轉介資源、依復健師評估需求後接受復建、每個月一次的座談會、三合一保健篩檢服務（血壓、血糖、膽固醇）、送藥到家及健康諮詢等服務。
- (三)「智障」、「多重障」個案：提供保健篩檢（二至三個月一次）、資源轉介服務（如：轉介送餐服務、身心障礙證明申請轉介、輔具轉介、生活津貼申請轉介等）、健康諮詢、關懷訪視、陪伴就醫及志工家事服務等。
- (四)「精障」個案：提供關懷訪視與輔導按時服藥，促使其走出家庭進入社區。
- (五)「失智症」個案：提供關懷訪視、認知功能評估（SPMSQ）和家庭照護者心理支持。
- (六) 慢性病及癌症病患：提供關懷訪視、復健及送藥到府服務。

健康服務中心以全市民的健康為主要關注重點，期望打造健康城市。在多樣且複雜的工作業務中，精障個案的關懷訪視及追蹤自殺企圖者的工作為其中之一，然而以健康中心的工作人員與全市的精障個案及被通報自殺的個案數字相較，似乎要達到全面關訪或追蹤，相當不易。研究者茲將臺北市健康服務中心員額及臺北市慢性精神病患統計資料整理如下：

表格 2-8 臺北市健康服務中心人員現況表

中華民國 2008 年底（單位：人）

職稱	人數	編制員額	實際員額
主任（所長）		12	12
秘書、組長		36	35
護理師		58	58
護士（含公共衛生護士）		140	136
辦事員（課員）		14	14
社會服務員、技士		11	12
工友		26	27
其他（雇員、替代役、委外、約聘僱人員）		68	56
總計		365	350
資料來源：臺北市政府衛生局 <sup>19</sup>			

表格 2-9 全臺及臺北市身心障礙者總人數及慢性精神病患者人數

中華民國 2008 年第 3 季（單位：人）

地區別	身心障礙者人數			慢性精神病患者 人數
	總計	男	女	
全臺總計	1,037,424	598,671	438,753	100,045
臺北市	116,160	65,706	50,454	12,905
資料來源：內政部統計處 <sup>20</sup>				

以臺北市為例，臺北市的慢性精神疾病患者共有 12,905 人，然十二區健康服務中心之工作人員共 365 位，其中護士及社會服務員計 148 人，平均分配需關懷訪視的慢性精神疾病患者為 87 人，但健康服務中心的業務如前所述，業務量相當繁多，地段護士每月可投資於關訪慢性精神疾病患者及自殺企圖者之時間受到限制，且健康中心內部分成兩組，故負責個案管理組之人力數量勢必有所刪減。此外，內政部此項統計僅限領有身心障礙者之慢性精神疾病患者，但尚有許多屬於急性精神疾病個案，亦由健康服務中心個管組進行協助，此項工作需要立即性及緊急性之處理，且需連結鄰里、醫院、消防局、警員等之配合及支援，花費的時間及精神相當大，然目前查無更精準的數字顯示健康服務中心人員實際從事關訪精障個案及自殺個案追蹤之比例數字，但仍可略微從工作業務量及人力瞭解到健康服務中心難以精緻的進行追蹤與關懷。

<sup>19</sup> 臺北市政府衛生局網站：

<http://www.health.gov.tw/Portals/0/%E7%B5%B1%E8%A8%88%E5%AE%A4/3990-01-02nt.xls>

<sup>20</sup> 內政部統計處網站 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/m3-05.xls>

## 肆、勞政單位—臺北市政府勞工局就業服務處與個案管理資源站<sup>21</sup>

### 一、歷史沿革

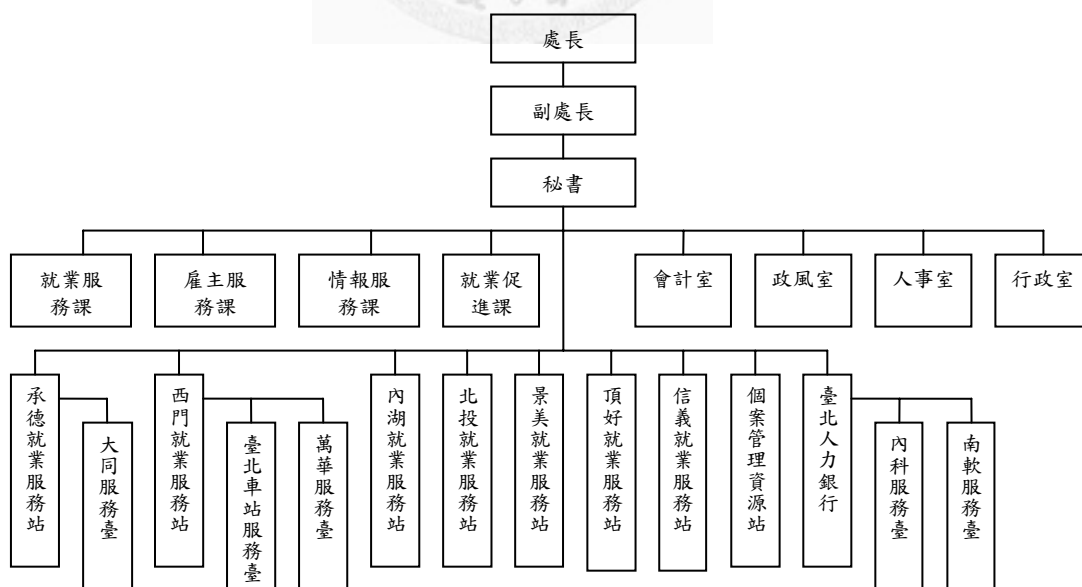
光復之初設置「臺北市職業介紹所」，1963年更名為「臺北市就業輔導所」，1969年擴大編制，成立「臺北市國民就業輔導處」。1988年改隸「勞工局」為「臺北市政府勞工局國民就業輔導中心」。1994年更名為「臺北市政府勞工局就業服務中心」，在經營型態上，由傳統「以公民為導向」轉型為「以顧客為導向」的企業服務模式。2010年組織編組，現稱「臺北市政府勞工局就業服務處」。

臺北市政府勞工局於2001年起推動個案管理服務，於各就業服務站設立二至三名個案管理員，協助就業弱勢者重返職場。為更有效協助弱勢者求職，於2008年成立個案管理資源站，專責辦理各類交辦案及轉介案件，經個管員晤談、評估就業競爭力及個別需求，釐清就業困境，研擬具體策略，提供適性服務方案（自殺防治，2009，P30-31）。

### 二、臺北市政府勞工局就業服務處組織架構圖

就業服務處設有七個就業服務站，一個個案管理資源中心，一個臺北人力銀行，以及五個服務臺。

圖 2-6 臺北市政府勞工局就業服務處組織架構圖



註：資料來源引自臺北市政府勞工局就業服務處網頁<sup>22</sup>。

<sup>21</sup> 資料來源：臺北市政府勞工局就業服務處網頁

<http://www.esctcg.gov.tw/ct.asp?xItem=69009&CtNode=6784&mp=116041>

<sup>22</sup> <http://www.esctcg.gov.tw/ct.asp?xItem=1140965&CtNode=6786&mp=116041>



### 三、個案管理資源站服務內容（下述資料來源為就業服務處網站資訊<sup>23</sup>及就服個管員受訪內容【以標楷體呈現】）

#### （一）業務內容：

個案管理員以一對一的方式，提供專業化、深度化就業服務，並針對求職者的個別需求，提供就業諮詢、職業心理測驗、就業促進研習活動、職業訓練或其他服務方案，使求職者具備職場上所須之競爭力，進而得以適性就業。

#### （二）服務對象：

包括原住民、生活扶助戶、負擔家計婦女、中高齡者、身心障礙者、更生保護者、獨立負擔家計者、長期失業者、職訓結訓學員、非自願性失業勞工、或有工作能力及就業意願的失業勞工，經各就業服務站多次推介工作仍無法就業者。

#### （三）個案來源

- 1、各種交辦案件，如市長信箱、總統信箱、民意代表交辦案等人民陳情案。
- 2、各單位轉介案件。
- 3、經濟弱勢戶、婦女、更生受保護人、及自殺防治等特定對象。

其中以社福中心轉介案量為最大宗，其次是交辦案件。

#### （四）服務方式：

個管員受理案件後，將主動聯繫求職者，請其至個管站進行晤談。個管員邀請求職者到個管站而非個管員出勤，藉以評估求職者本身是否具有外出工作的能力及是否有交通工具的使用問題。

##### 1、需求評估階段：

在初次晤談中，個管員瞭解求職者之工作經驗、興趣、技能、家庭狀況、健康狀況等，以釐清求職者就業問題與需求，並針對求職者的期待，說明現實層面稍作調整，再進一步提供處遇策略，協助推介媒合。初次晤談的時間約一小時左右。

## 2、服務執行階段：

在個管員推介工作時，求職者需自行聯繫公司詢問及確認面試時間，個管員每週兩次電話聯繫，瞭解求職者求職的狀況，如求職者順利就業，個管員亦將追蹤兩個月後結案。若初步的工作媒合未果，個管員會再針對不同的需求提供各類服務內容以增進工作能力與就業競爭力。

- (1) 職業心理測驗：針對不知道自己興趣與工作職能者，可施測職業心理測驗，並依測試結果給予就業建議。
- (2) 就業研習：針對缺乏有效尋找工作技能或不了解現有職場訊息者，推介參加就業研習班。個管站安排團體輔導課程，以團體的方式進行，提供求職者有關就業市場的資訊以及調整期待等。
- (3) 安排深度就業諮詢：於初步晤談後，經評估有需要再進行面談者，或為說明解釋職業心理測驗之結果，則予以安排深度就業諮詢。個管員先與諮詢老師略微說明對求職者的初步評估，以及期待處理的部分。
- (4) 短期安置：對於急需先行就業且有就業意願與能力者，提供一個短期的就業機會，包含：臨時工作津貼及多元就業開發方案等短期聘僱工作。如協助求職者一般就業機會仍無法順利就業，評估求職者有亟需就業時，求職者填寫相關表單，附上四次一般推介記錄，轉至就業服務處進行短期工作推介。
- (5) 創業輔導：為想創業者提供勞委會之創業研習班課程、創業諮詢，以及目前創業現況與創業貸款利息補貼等相關訊息。
- (6) 職業訓練：如求職者缺乏工作技能，提供職業訓練，如公共職業訓練、政府委託民間機構辦理職業訓練、民間機構之職業訓練等。
- (7) 就業諮商：如對於未來就業方向感到困惑，由就業諮商專家協助釐清就業問題及提供適當的建議，為一種個別化的諮商服務。

## 第四節 自殺防治策略

本節首先介紹以網絡形式進行追蹤關懷的結構性介入服務，如何以層層網絡協助自殺企圖者解決問題及提供資源；其次探討關懷倫理，以同理及自然的人際互動提供關懷，而能透過關係的建立協助自殺企圖者；最後從保護因子的角度探討復原力及生存理由帶給自殺企圖者之影響。

### 壹、結構性介入服務

自殺企圖者之結構性介入服務係指針對自殺企圖者進行個案登錄，並進行後續的追蹤關懷行動，其對於出院的自殺企圖者離開醫療體系後，嘗試接觸個案，進行與典型心理治療不同的各項諮詢服務。Evan et al. (2005) 研究英國布里思托地區三家醫院，追蹤 827 名自殺的個案，隨機分為實驗組及對照組，提供實驗組一支 24 小時的精神科醫師兩組求助熱線，但研究結果並無顯著差異，且曾使用電話求助者也容易重複自傷行為。另 Carter et al. (2005) 則研究澳洲南威爾斯地區的一家醫院，亦採隨機分配，針對 772 名意圖性中毒者 (deliberative poisoning) 的就醫個案，分次提供實驗組八次明信片的問候，給予關懷及提供聯絡電話，但研究結果亦未達顯著差異。自殺企圖者自殺的促發點可分為情緒的觸發及現實逼迫兩種，何時會有強烈的自殺企圖，或是情緒上受到刺激時想採取激烈的手段，實非定期追蹤可以預知 (秦燕，1988)。因此如果僅提供自殺企圖者可求助的聯繫方式，或是純粹的電話關懷，對於降低自殺率在研究上是未得到研究證實的。陳瓊瑤 (1983) 則建議協助自殺企圖者應採家庭取向，以密集且有計畫的方式，追蹤自殺企圖者出院後的生活。

臺灣自 2006 年 1 月 1 日起，建立全國性單一入口網站「衛生局、所網路便民服務計畫」，現已改名為「衛生資訊通報服務入口網」中建置「自殺通報系統」。由醫療單位、警察、消防、社政、勞政、教育等各單位將自殺企圖者通報至自殺防治中心，後續由社區心理衛生中心、地區精神醫療醫院、自殺防治專責單位進行電訪或家訪，並提供關懷服務等。資料統計 2006 年一整年之總通報數為 19,192 人次，以醫院通報為大宗 (78.1%)。受通報者有 72.6% 進入關懷服務，訪視率為 66.3%。有關自殺方式，以藥物過量為最多，其次為切割傷 (廖士程等人，2008)。

全國自殺防治中心每月彙整自殺企圖者的分析資料，以回饋各縣市及通報單位作為參考。然因自殺防治工作絕非醫療單位獨力完成，故宣導「自殺防治守門人」，提出「一問二應三轉介」<sup>24</sup>之口號，希望每位民眾皆能關懷身邊有自殺企圖之朋友，多停留腳步，多聆聽，多陪伴，增強社會支持的力量。廖士程等人（2008）建議對自殺企圖者給予有效的介入及支持，如提供心理諮商、心理治療、生活救助、或處理家暴與失業等現實問題，然現仍缺乏強烈證據支持某種介入方式能有效降低或減少自殺率，可能與自殺行為的複雜成因有關。然以結構式的後續關懷服務，以多元支持系統強化「網網相連」的模式，從心理層面接受治療，並實質提供扶助及支援，是協助自殺企圖者可嘗試努力的方向。

以網絡的形式協助自殺企圖者，針對自殺企圖者的需求提供資源，不論是經濟問題、就業問題、家庭關係衝突、人際關係不佳、精神疾病等，藉著各單位的結構性介入，協助自殺企圖者在面對生活困難時，能有力量繼續走下去，減低自殺企圖者的無望感，而能對未來懷有希望及期待。而此正是臺北市自殺防治中心以跨局處形式成立的緣由，希望能透過各局處共同合作，幫助自殺企圖者重燃對生命的希望。然而，理想面與實際面是否能夠一致？希望能藉由本研究深入瞭解自殺防治網絡協助社區自殺企圖者的工作內涵。

## 貳、關懷倫理之介入方式

### 一、關懷倫理（Ethics of care）

關懷倫理是由 Gilligan 於 1982 年提出，主要在當時批判 Kohlberg 的道德發展理論。關懷理論有五個核心觀念：1、道德關注（moral attention）。2、同理的瞭解（sympathetic understanding），以同理心將自己處於他人的情境中，體會對方的感受及需求。3、對關係的意識（relationship awareness），瞭解到與他人的關係是由淺而深的。4、調適（accomodation），調整與多人的關係及需求。5、回應（response），採取行動，對關係予以回應（Manning, 1998）。

Gilligan 認為個人在面臨道德困境時，最關切於維持特殊的人際關係，以及如何在特殊關係中履行個人的責任，因此需透過對他人的關懷來理解個人的角色及所面臨的困境（蔡甫昌、曾瑾珮，2005）。

---

<sup>24</sup> 一問：主動關懷與積極傾聽，二應：適時回應及支持陪伴，三轉介：資源轉介及持續關懷。

諾丁 (Nel Noddings) 則以女性主義的觀點及立場出發，其從母親對孩子的關懷，強調倫理是從自然的關懷關係以及人在相互依賴依存的關係中發展而來，因此關懷是在關係中進行的。關懷的情感是自然的，人們的付出與關懷是因為喜歡自然關懷中的親密關係，因此不斷的發展、維護、及加強關係，而人們在關懷的關係情境中，才會更好 (游惠瑜，2005)。

## 二、運用關懷倫理關懷自殺企圖者

自殺企圖者如有自殺行為，部分會送至醫院治療，有些會於精神科住院治療，醫療人員可藉由自殺企圖者在醫院住院期間，在施以藥物治療之餘，亦能以觀察、評估、會談瞭解自殺企圖者的想法及再度自殺的可能性，並提供活動、團體、諮商等治療方式，預防自殺企圖者再度自殺或是舒緩精神症狀。然 Guo & Harstall (2004) 陳述有多項實證研究得知，以上的措施無法單獨有效的降低重複自殺行為的發生。此外，雖然有研究指出在精神科醫院可帶給自殺企圖者安全感，然而也有研究指出自殺企圖者感受到醫護人員不願與其說話，或讓他們感受到羞愧。且在臺灣因為受到西方醫學模式影響，精神醫療工作人員對於自殺企圖者傾向採取超然 (detached) 態度，如收集病史、區分自殺行為的類別、確立病人的診斷等等，而非瞭解自殺企圖者之生活經驗或感受他們的痛苦 (曾雯琦，2006)。

曾雯琦 (2006) 從關懷倫理的觀點，強調人與人之間相處的原則，鼓勵護理人員與自殺企圖者對話，瞭解自殺企圖者的解釋模式，並反觀自己的照護措施，而研究中發現因著護病關係的轉化，可減少自殺企圖者在求助過程的羞恥感，亦能激發自殺企圖者對自己與他人的責任感，因此照顧自殺企圖者的目標不僅預防下次自殺的可能性，而能協助自殺企圖者重新適應社會關係。此研究以參與式觀察研究發現，護士與自殺企圖者大多使用封閉性的命令語氣，例如「你應該.....」「你必須.....」等，或是要求自殺企圖者同意護理人員的決定。因此建議護理人員應該以學生的角度向自殺企圖者學習，瞭解自殺行為對自殺企圖者的意義，以瞭解自殺企圖者受到自殺烙印的痛苦，及感受他們想要重新掌控生命的渴望。此外，護理人員可以運用敘事 (narrative) 及參與式觀察，以自我察覺，瞭解自己如何建構本身的價值觀、信念、態度、溝通方式、照護模式等，檢視自己與自殺企圖者的文化差異，瞭解是否在無意間對自殺企圖者貼上標籤。藉由投身、反觀、對話、與超越，貼近自殺企圖者的生活經驗，陪伴他們繼續活下去，亦能建構自

身的照顧技能及經驗知識。

### 三、自殺企圖者自殺後經驗

Tzeng (2001) 指出，自殺企圖者在自殺之後，心裡感受既想重新生活，又想結束生命。即使自殺企圖者被救活了，本身仍需要面對身體上及心靈上的疼痛，且自殺的文化烙印會加諸在自殺企圖者身上，使其感到尷尬及痛苦 (Tzeng & Lipson, 2004)。因此，自殺企圖者一旦自殺行為發生後，會有一種矛盾且複雜的心理，醫療團隊如以相關量表或指標評估自殺企圖者再次自殺的危險性，卻忽略了自殺企圖者心中的兩難，例如在人際關係部分感受到被毀謗，但又想結交知心朋友，或是在家庭關係部分想離家，但又希望家人負責等，故生活經驗對自殺企圖者持續產生影響，因此相關指標及量表無法正確有效的預測自殺企圖者的自殺危險性。

醫療團隊大多著眼於診斷自殺企圖者是否有精神症狀者，或是自殺方式的致死率，以及自殺企圖者的自殺企圖是屬於威脅自殺型或是有強烈的自殺意念等，著重於自殺企圖者之背景資料，卻沒有聆聽其痛苦。例如胡百敏 (1996) 曾研究急診醫師對自殺病人的態度及處置，結果發現醫師會對病人採取七種判斷條件，分別為：自殺方法的致命程度、年齡、性別、精神狀態、自殺次數、死亡意念、及自殺原因等，而處置的部分則偏重生理的治療，不一定會提供心理社會的協助。故當自殺企圖者離開醫院後，不會想要接受專業的幫助 (曾雯琦, 2006)，致使住院治療及後續追蹤之間缺乏連續性，自殺企圖者對醫療工作人員感到失望，相對的也讓醫院的後續追蹤者感到挫折 (Raingruber, 2003)。

關懷倫理提醒助人工作者，在協助心理充滿著矛盾的自殺企圖者時，要多多運用同理心，以關懷的心接近自殺企圖者，瞭解自殺行為對他們的意義，藉由關係的建立及關懷行動的回應，減少自殺企圖者對於自殺的羞愧感，以支持及鼓勵的態度幫助自殺企圖者有勇氣繼續活下去。

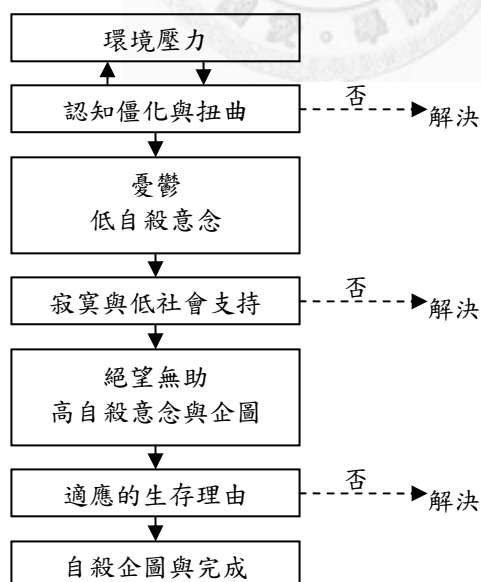
### 參、保護因子—生存理由及復原力

在一般人的成長經驗或人生某些階段中，可能會產生自殺輕生的念頭，但並非每個人都會採取自殺行動，也並非高危險群的個案都會以自殺結束生命。因此生命中還存在能夠減緩自殺意念或阻止自殺行為發生的保護因子，幫助人們在面

對困境時，仍能夠以積極的態度繼續的生活。Linehan 於 1983 年發展出生存理由問卷 (Reasons for Living Inventory)，以因素分析歸納出六個向度，分別為「生存及因應信念」、「對家庭的責任」、「對小孩的牽掛」、「對自殺的恐懼」、「對社會眼光的在意」、「道德的禁忌」。對親友的情感可以提醒自殺企圖者如果自殺身亡，會帶給遺族無限的痛苦及悲傷。增強自殺企圖者對未來生活的正面期待，覺得活下去也有希望，也能增加自殺企圖者願意活下去的意念。與自殺企圖者討論自殺時的痛楚及可怕，有時也能讓其懷有害怕而不敢嘗試。而有些憂鬱傾向的人很在意社會對其的評價，很期待獲得肯定，因此藉由社會大眾對自殺的負面評價，或許也能舒緩自殺企圖者的自殺行爲(劉修全，2000)。故與自殺企圖者會談的過程中，可以視自殺企圖者當下的情緒及思維，嘗試以此六種向度幫助自殺企圖者多些思考及轉換。

Ronald (1987) 認為自殺的過程是從自殺意念、自殺企圖、到自殺行爲，是個流動的過程，並受到客觀環境、個人認知、及人際關係三者相互影響，且 Ronald 發現能預測自殺行爲的三個因素為社會及情緒的疏離、認知扭曲、與缺乏適應資源，並進而提出自殺歷程的模型(圖 2-7)：

圖 2-7 自殺歷程模型



註：Ronald(1987)，引自劉修全 (2004)，P20。

從模型來看，環境壓力與認知是相互影響的，一個人有自殺行爲並非是周遭壓力直接造成的，而是壓力對個人認知誘發了自殺意念。僵化的認知會致使個人

受到挫折時容易偏向負面的觀念，而引發沮喪及悲觀的心理。當個人有憂鬱心理時，如果社會支持系統能給予充分的保護，則能抒解悲觀的情緒，但相反的情形則會更顯孤獨感。當孤獨寂寞感變成更深的無助及無望時，則更加深自殺的念頭。但如能在認知部分進行轉化及修正、增加人際互動及支持系統、以及幫助自殺企圖者找到生存下來的理由，則有望減少其自殺意念（劉修全，2004）。

生存理由會受到個人的年齡、背景、生活經驗而有所不同，但從 Ronald 的模型可知，最終影響自殺行為的原因在於是否有足夠的生存理由，自殺企圖者對自己生命的認知為何？因此幫助自殺企圖者從絕望中找到活下去的力量及價值，尋回對生命的希望，便是從保護因子的角度協助自殺企圖者重要的研究方向。

在國內的研究中，錢靜怡（2006）以問卷調查法，研究自殺企圖者人格特質與希望感的研究。此研究調查高雄市 50 位自殺企圖者及 1,100 位社區民眾，結果發現自殺企圖者的希望感都偏低，倘如能自己賺取生活費（經濟來源）、有支配能力（外傾支配性）、「嚴謹自律性」高、及「神經質」較低等，則個人的希望感都偏高，且此四種項目經實證具有顯著的預測力。因此自殺企圖者本身對生活的掌控能力，將影響自殺的可能性。以此部分聚焦來看，如何增加自殺企圖者對於生活的掌控能力，亦是自殺防治的策略之一。

曾家琪（2008）以敘事分析的敘說方式，探討多次自殺未遂者的心路歷程，並訪談其親人。此研究發現保護因子與危險因子並存，如與親友良好互動及溝通，則有助於預防自殺，而親友如有適當的知識及認知，亦可以預防自殺行為的發生，然而，自殺未遂者與親友之間的傷痛、愧疚、憤怒、污名化等，會阻礙雙方的溝通。李美媛（2008）探討女性自殺企圖者的生活經驗，以立意取樣方式，用詮釋現象學分析文本。其研究結果展現原生家庭對女性的影響深且長遠，婆媳關係影響婚姻的品質，自殺得以解構，才能再建構，而自殺本來是手段，卻變成了目的，導致自殺方式的致命性增加。因此，原生家庭、親友與自身的關係及互動情形，也成為影響自殺行為的因子之一。自殺企圖者如與親友關係良好，則其保護因子的力量則越強，但如果自殺企圖者與親友關係惡劣，則可能會發生如同涂爾幹的自殺論中所提的自利型自殺，爲了要報復他人，讓親友留下憾恨，自殺企圖者故意以自殺作爲威脅。



蔡宜玲（2002）研究兩位曾有強烈自殺意念的少年，運用內在保護機制（復原力），抵抗外在情境的壓力，發展出正向的復原行為，而無自殺之危險行為。蔡宜玲發現兩位少年擁有「情緒調節能力」：讓負向情緒有抒發的出口、「人際支持的建立」：與重要關係人互動，成為情感依附及支持的對象、「正向的死亡概念」：認知自殺只是逃避的方式，轉而接受現實迎接挑戰、「認知思考能力」：以不同角度思考自己的處境，而能尋求解決方式，面對困境、「對未來目的導向與自我正向期待」：產生希望感，而能忍受挫折、「個人特質影響」：樂觀、開朗、勇於冒險的個性，幫助自己得到人際支援及創造新奇經驗，種種特質與環境互動產生力量，幫助少年獲得復原力，而有存在的價值感。

柯誼楨（2008）採取現象學觀點，分析曾有自殺企圖但現已一年以上未具自殺念頭的成年人，探討其復原力，發現可分成三種層面：

（一）外在支持及資源：

角色楷模、宗教信仰、家庭正向功能、健康的教養方式、有效課程協助個體改變、社會支持網絡。

（二）個人內在的力量：

知足、賦予事件正向意義、自我覺察、正向自我概念、承擔負面情緒、彈性面對挑戰、獲得生命掌握感、對未來有盼望、休閒娛樂。

（三）社交及人際技巧：

同理及尊重他人、幽默感、問題解決能力、獨立生活能力、主動尋求資源。

整理上述的文獻資料得知，對自殺企圖者有效的保護因子，包括幫助自殺企圖者對生活的掌握度，從認知思考部分增加自殺企圖者解決問題的能力，而最佳的保護因子則為有良好的人際關係，與原生家庭、親友的正向互動，讓自殺企圖者得以有情緒抒發出口，並對未來懷有希望感。

研究者在實務工作經驗所接觸過的自殺企圖者中，多數個案表示只要自殺就能免於面對生活現實及困難，研究者也從會談中發現他們的社會支持系統相當薄弱。研究者亦與親友的互動中發現，有些親友會覺得自己過去已提供自殺企圖者很多幫助，因此相對的指責自殺企圖者不願自助，總是習慣性依賴他人的協助，

致使親友不願意再對自殺企圖者伸出援手。然而人類是群居的動物，當自殺企圖者感受到被自己最親密的家人遺棄時，其自我放棄的可能性也會提高。因此如何增加自殺企圖者的保護因子，讓其減少自殺的想法及意圖，便是在協助自殺企圖者時要持續努力的方向。

## 第五節 結語

臺灣的自殺率高居不下，自殺企圖者之人數比自殺身亡者更多，雖有各項實證研究分析臺灣的自殺流行病學，以期能篩選出自殺高風險群，盡早進行自殺防治工作，並進一步研發出各種防治策略，或從不同的自殺理論著手，探討自殺的原因及背景。然而自殺是一個過程，從意念、企圖到行爲，每個環節都有多元的因素影響，致使現有的實證研究中仍無法明確證實哪一種才是有效對自殺企圖者的協助方向，也顯示出協助自殺企圖者的困難度。

目前臺北市自殺防治網絡以自殺防治中心爲主軸，採線上諮詢及網絡合作的方式進行，社福中心則於社區內主責協助經濟弱勢家庭恢復穩定的生活，也常接觸流竄於社區的自殺企圖者。而有關自殺企圖者的文獻資料幾乎以流行病學或防治策略爲多，少見探討自殺防治網絡人員在協助自殺企圖者的「過程」。但自殺企圖者像是個不定時炸彈，隨時可能在社區中爆發，故藉由本研究探討自殺企圖者對自殺防治網絡之服務的主觀感受，以及瞭解臺北市自殺防治網絡對自殺企圖者提供的協助及網絡間的互動、合作情形，期待本研究能有助於落實自殺防治網絡中對自殺企圖者的服務。

### 第三章 研究方法

#### 第一節 研究方法的選擇

研究方法的兩大主流為質性研究（qualitative method）與量性研究(quantitative method)。量性研究是對事物可量化的部分進行測量及分析，以檢驗研究者對於該事物的假設，以達到對事物「本質」的理解，此研究方法大多使用於對社會現象各種相關因素的分析，因此也較適合用於以宏觀層面對事物進行大規模的調查。研究者會先有一個初步的假設，然後藉由實驗或調查以獲得驗證。質性研究則透過研究者與被研究者之間的互動，對事物進行深入的體驗，以得到對事物的「質」一個比較全面性的解釋性理解（interpretive understanding），較適用於以微觀層面對個別事物進行細緻、動態描述與分析。研究者強調從當事人的角度瞭解個別的想法，著重於被研究者的心理狀態及意義建構（陳向明，2002）。

陳向明（2002）整理質性研究的五項特點為，第一，自然主義的探究傳統，認為個人的思想、行為、與自身的社會文化情境是無法切割的，因此必須將被研究者放置在自然情境中進行考察，研究者本人即成爲一種研究工具，與被研究者面對面的互動及進行實地觀察。第二，對意義的解釋性理解，研究者需藉由自己親身的體驗，瞭解被研究者的思想、情感、價值觀等，並對被研究者的生活故事及意義建構做出解釋，且不時反思自己的解釋及理解是否確切。第三，研究是一個演化發展的過程，研究是對多重現實的探索及建構的過程，研究者及被研究者在動態的過程中都可能會改變，而蒐集及分析資料的方法，及建構研究結果的理論也都有改變的可能性，因此質性研究是個不斷演化的過程。第四，使用歸納法，研究者將自己投身在實地情境裡，理解當地人的文化及想法，對人事物進行描述及解釋，將當地人的生活經歷及意義解釋組成一個完整的故事。第五，重視研究關係，研究者要反思自己的角色、身份、思想傾向、與被研究者的關係、以及種種會影響研究過程的因素，並且強調倫理道德，要事先徵求同意，對資訊嚴格保密等。

質性研究的精神在於研究事實的本質及整體性，重視當事人的真實感受及對事物的看法，細緻的探討人與人、人與事之間的關係，接受個別的價值觀及主觀態度，不急著探討因果關係或追求事情的因果性（簡春安、鄒平儀，1998）。

本研究主要探討臺北市自殺企圖者自殺防治網絡之運作圖像，因為自殺企圖者的問題型態多元，且協助過程中可能需要進行網絡的合作，因此服務的模式多樣化。本研究目的於瞭解自殺企圖者對自殺防治網絡提供服務的主觀感受，以及自殺防治網絡在協助自殺企圖者的工作經驗，因此需細緻的探究自殺企圖者在接受服務過程中的歷程，以及探討自殺防治網絡人員在面對社區自殺企圖者時，其處理過程中動態描述，藉由研究者本身與被研究者的對話，在自然的情境下瞭解被研究者的思想及價值觀，並以歸納的方式進行理解與解釋，將所得資料的脈絡組成有意義的文字，因此本研究採取質性研究方法。

## 第二節 研究設計與方法

### 壹、研究對象選擇及樣本描述

本研究為描繪自殺防治網絡運作圖像，因此研究對象包含自殺企圖者及自殺防治網絡人員兩種。然而全臺的自殺防治網絡依區域特性有些許不同，且在社區中處理自殺企圖者的機構亦多元（如精神障礙機構、生命線、社會局/處、區域社福中心、家庭暴力防治中心、健康服務中心/衛生所等），且各縣市的機構分工略有差異，考量不同地理區域有資源、人力、經費預算、網絡合作之特殊性，以及研究時間、經費的限制，無法進行全臺灣的整體研究，故將研究聚焦於臺北市，探求臺北市自殺企圖者自殺防治網絡的服務現況。

本研究採用立意抽樣（Purposeful Sampling），選擇有豐富資料的研究對象（Patton, 2001）。在自殺企圖者選樣部分，主要挑選有自殺防治網絡介入的自殺企圖者，探討自殺企圖者與自殺防治網絡間互動經驗。而依據臺北市自殺防治中心「自殺防治創刊號」（2009），自殺防治網絡含括以下八種：

- 1、衛政單位：除自殺防治中心主責自殺企圖者與自殺意念等的個案關懷之外，衛政單位亦包含心理衛生中心提供心理衛生服務、健康服務中心提供社區關懷訪視、以及醫療院所協助緊急醫療等。
- 2、社政單位：協助家庭及支持性服務，及提供急難救助。
- 3、勞政單位：協助提供就業資源。
- 4、民政單位：協尋個案及介入服務。
- 5、警政單位：協尋個案，維護個案人身安全，及協助強制就醫。

- 6、消防單位：協助破門介入及就醫。
- 7、教育系統：提供在校輔導資源。
- 8、動產質借處：協助經濟借貸與協助。

其中，警政單位對自殺企圖者之工作項目係基於警察職權行使法第十九條第一項第二款之規定：「警察對於有下列情形之一者，得為管束：意圖自殺，非管束不能救護其生命。」<sup>25</sup>根據研究者與警察互動之經驗，警察出勤以排班輪值為原則，故對自殺企圖者的協助並非由某一員警專責支援，而是照輪班制度。消防單位以破門及協助就醫為主責工作，其工作輪派性質與警察相似，以單一的出勤為主，消防人員無須與自殺企圖者有深入的瞭解或持續性的協助，基於法律規範及工作任務的明確性，且對自殺企圖者並無持續性的追蹤服務，故本研究排除對警政及消防單位的資料蒐集。此外，本研究受訪之自殺企圖者皆已成年，非在學學生，故未訪談教育系統。動產質借處主要以借貸為工作內容，自殺防治中心組員於訪談中表示，如果自殺企圖者在經濟上周轉不靈，有借貸的需求時，可透過自殺防治中心的轉介單，幫助自殺企圖者獲得較高的借貸金額，因動產質借處工作任務僅有此部分，未與自殺企圖者有更深的互動，故本研究排除上述四種自殺防治網絡的資料蒐集，主要以自殺防治中心、社政（社福中心）、民政（里幹事）、勞政（就業服務個管站）為資料蒐集與訪談的對象。

本研究為了能夠聚焦於自殺防治網絡對自殺企圖者的服務歷程，研究者從社福中心的管道中尋求曾接觸多種自殺防治網絡的首位自殺企圖者（阿美），徵得同意後進行訪談，探討其求助歷程及支持網絡，並著重於自殺企圖者與正式網絡的接觸經驗。研究者再循著自殺企圖者所提及有互動經驗的自殺防治網絡人員（自殺防治中心、里幹事、就服個管員、社福中心社工），說明研究目的以徵求接受訪談的意願，瞭解該自殺防治網絡對自殺企圖者的工作任務及角色，與網絡間的分工合作情形，並進一步探討協助自殺企圖者的困難及限制。

本研究為求增加跨區域性的網絡合作，研究者曾向其他社福中心尋求願意接受訪談的自殺企圖者，然因協助自殺企圖者的過程已帶給社工很大的壓力，在危機處理階段，亦覺不便於向自殺企圖者詢問接受研究的意願，故皆回應無合適的

---

<sup>25</sup>本條文引用來源為民國 92 年 6 月 5 日制訂之法律。

受訪者。研究者經與指導老師討論後，爲了加強資料的豐富性，再次從所服務的單位尋求兩位自殺企圖者，一位爲研究者於 2009 年所協助的個案（阿宏），當時主要由自殺防治中心組員、訪視員、以及社福中心社工（即研究者）主責處理，此位自殺防治中心組員亦負責前一受訪的自殺企圖者，故研究者未再對組員重複訪談，然自殺防治中心訪視員則在研究者兩度聯繫後明確表示無法接受訪談。最後一位自殺企圖者（小林）在接受訪談期間仍處在自殺危機中，研究者並訪談其主責的社福中心社工。受訪的三位自殺企圖者皆由自殺防治中心追蹤，並非由健康服務中心關懷，故本研究無健康服務中心協助自殺企圖者的訪談資料。

本研究受訪的自殺企圖者皆爲社福中心曾協助個案，經研究者訪談後發現三位自殺企圖者除自殺企圖外均併有經濟困難之問題，可能與社福中心具有提供經濟協助或福利補助之角色有關，且三位自殺企圖者皆與眾多網絡有互動經驗，故藉此良好機會檢視自殺防治網絡之運作機制。

本研究接受訪問者共計三位自殺企圖者，五位自殺防治網絡人員。八位受訪者中，六位女性，二位男性，受訪者資料如下列表格 3-1 及 3-2：

表格 3-1 自殺企圖者基本資料

	阿美	阿宏	小林
性別	女性	男性	男性
年齡	52 歲	53 歲	42 歲
自殺時間	2009 年 3 月三次	2009 年 6 月兩次 2009 年 11 月兩次	2010 年 3 月 2010 年 7 月
自殺方式	燒炭	前兩次嘗試上吊 後兩次服藥送醫	計畫燒炭 計畫喝農藥
婚姻關係	離婚	離婚 與女友分手	離婚 男友死亡
居住情形	與小兒子同住	獨居	住宿收容 HIV 感染者之機構
曾接觸的自殺防治網絡	1.自殺防治專線 2.自殺防治中心 3.社福中心 4.里幹事 5.就業服務個管站	1.自殺防治專線 2.自殺防治中心 3.社福中心	1.自殺防治專線 2.自殺防治中心 3.社福中心

其他相關 網絡	1.精神科 2.警察與消防局 3.法鼓山師姐	1.精神科 2.心理諮商 3.醫院內自殺防治中心 4.社福中心志工	1.感染科醫師 2.醫院社工 3.精神科 4.心理諮商
------------	------------------------------	--	--------------------------------------

表格 3-2 自殺防治網絡人員基本資料

受訪單位	受訪者	性別	接觸自殺企圖者的工作年資	協助的自殺企圖者
自殺防治中心	組員	女	一年兩個月，於現任工作方有接觸	阿美 阿宏
就業服務個管資源站	就服個管員	女	兩年，於現任工作方有接觸	阿美
社福中心	社工 A	女	四年，於現任工作方有接觸	阿美
社福中心	社工 B	女	兩年，於現任工作方有接觸	小林
民政單位	里幹事	女	於現任工作約十多年	阿美

## 貳、資料蒐集方法

本研究採取兩種資料蒐集方式，以深度訪談方式為主，並以文件資料為輔。訪談的部分進行研究性交談，以口頭談話從被研究者搜尋第一手資料。訪談的好處在於能夠取得正確的資訊，且瞭解受訪者對其真實世界的看法、態度、與感受（王仕圖、吳慧敏，2006），亦能瞭解受訪者的價值觀念及行為規範等，以及受訪者過去的生活經歷及耳聞目睹的事件，而能得到較為深入且細緻的描述（陳向明，2002）。本研究的訪談大綱採半結構式的問卷作為主軸（附錄一、附錄二），除了研究者的提問外，也讓受訪者有空間提出疑問而能積極參與。因此，訪談大綱是一種提示，研究者視訪談的具體情況適度調整訪談的程序與內容。此外，因記憶有限，許多回溯的處理時序相當混亂，故藉由社福中心個案記錄及里幹事的輿情通報資料，補充當時的時序、處理經過、及網絡間互動紀錄等。

有關訪談前的準備工作，研究者先與受訪者聯繫，於電話中或電子信箱詳細說明研究目的及研究倫理，並於進行訪談前又再次面對面說明，以獲得受訪者對於接受訪談及錄音的同意（訪談同意書詳見附錄三、附錄四）。研究者並尊重受訪者的意見，選擇一處不受干擾的地方進行訪談（訪談大多於各單位的會談室進行）。在訪談過程中，以半結構的訪談大綱進行，並鼓勵受訪者盡情闡述自己的想法及經驗。因本研究探討自殺企圖者與自殺防治網絡互動的主觀經驗，以及瞭解自殺防治網絡人員協助自殺企圖者的經驗及想法，研究者於訪談過程中請受訪者

舉出具體實例加以說明。當自殺防治網絡彼此對合作分工的觀念有斷裂的部分，亦於訪談資料中進一步詢問，瞭解網絡間彼此對於落差的想法及解釋。

研究者在訪談初期，讓受訪者表達自己思想的機會，訪談中期之後研究者會適時對受訪者描述的事情進行追問，瞭解事情的具體細節，藉由雙方相互的作用，以訪談方式共同建構「事實」及「行爲」，而非「客觀」的單向接收受訪者的資訊而已（陳向明，2002）。除此之外，研究者亦進行田野筆記，記錄該次訪談中，研究者觀察到的非語言訊息、互動氣氛、及行爲等資料，以下簡要描述訪談情境：

表格 3-3 受訪者訪視情境及觀察筆記（以下以訪談時間順序先後排列）

受訪者	訪談情境描述以及觀察筆記	訪談地點、日期與時間
阿美	1.阿美是第一位受訪個案，原與阿美約在社福中心訪談，但阿美未依約前來。稍晚取得聯繫，研究者徵得同意前往案家訪談。 2.阿美家中客廳有許多零散物品雜亂的堆放，僅有座椅是乾淨的。另為維持訪談品質，請阿美交待小兒子回房間待著。 3.阿美的雙手大多交叉在胸前，思考時會靠著椅背，回答時身體前傾，臉部表情大多皺眉。提及強制送醫的部分，阿美運用大量的手勢，聲音也比較大聲，描述當時的場面有多誇張。	案家客廳/ 2010.04.02/ 下午 6 點至 7 點半 /90 分鐘
社福中心社工 A	1.訪談地點約在社福中心會談室。因阿美一案為 2009 年處理的案件，社工 A 對時序較為模糊，建議研究者閱讀個案記錄作為補充。 2.當社工 A 提及其他網絡不時來電回覆及說明訊息時，聲音明顯大聲且情緒較為激動。	社福中心會談室/ 2010.04.14/ 下午 3 點至 5 點半 /150 分鐘
就業服務個管站就服員	1.約談地點於就業服務個管站的諮商室，訪談中途兩度因同事要離開而中斷。 2.個管員利用白紙及筆說明與阿美互動的時間點，然個管員表示對阿美一案的記憶有些模糊，僅能記得當時處理的順序。 3.訪談過程中感受到個管員與阿美的關係相當不佳，個管員多次形容阿美口氣較差的態度及行爲表現。	就業服務個案管理站諮商室/ 2010.04.23/ 下午 6 點半至 7 點半/60 分鐘
里幹事	1.研究者電話聯繫里幹事獲得訪談同意，研究者立即前往里幹事的辦公桌旁進行訪談。 2.里幹事多次提到協助阿美過程中，付出許多時間及心力，最後因為醫療無法介入而中斷，感到相當可惜。 3.里幹事提供阿美一案的輿情通報資料影本給研究者作為參考。	區公所里幹事辦公室/2010.05.28/ 早上 9 點 50 到 11 點 50 分/120 分鐘
自殺防治中心組員	1.當天自殺防治中心諮商室都已預約，最後在團體室進行訪談。 2.組員分享許多目前自殺防治中心的工作方法、流程、處理自殺企圖者的類型及遇到的困難等，讓研究者知悉許多實際操作的內容，但較感受不到組員對處理自殺企圖者的情緒反應。	自殺防治中心團體室/2010.06.05/ 下午 5 點半至 7 點半/120 分鐘



阿宏	1.研究者透過電話及面對面兩度對阿宏說明研究目的，並於社福中心會談室進行訪談。 2. 因阿宏的記憶及語言受到疾病影響，故阿宏講話較慢，思緒常會停頓，難以詳細描述完整求助的過程。	社福中心會談室/ 2010.08.23/ 下午 4 點半至 7 點 /150 分鐘
小林	1.社工 B 協助徵求小林的同意及約訪時間。 2.訪談當天小林遲到十幾分鐘，社工 B 表示小林常會比約定時間晚個幾分鐘才到。 3.訪談地點為社福中心會談室，小林直接坐到經常與社工 B 會談時的位置。當研究者再次說明研究倫理時，小林立即表示本研究將其全名透露都沒有關係，認為自己已被宣判死刑故而不擔心曝光或任何會影響的可能性。	社福中心會談室/ 2010.08.25/ 早上 9 點半至 12 點半/180 分鐘
社福中心社工 B	1.研究者與小林訪談結束的當天晚上便與社工 B 進行訪談，地點亦為社福中心會談室。社工 B 在訪談過程中有許多手勢，增加描述當時狀況的感受。 2.訪談過程中，感受到社工 B 對於小林一案有諸多壓力及不知所措，也對於自殺防治網絡的定位感到困惑。	社福中心會談室/ 2010.08.25/ 晚上 6 點半至 8 點 半/120 分鐘

### 參、資料分析方式

資料的整理與分析，是將研究的目的蒐集而來的資料進行系統化與條理化，把資料經過逐步集中及濃縮後呈現結果，目的在於對資料進行意義解釋，整理與分析並非兩個分開的步驟，而是一個同步進行的過程，並有助於資料蒐集提供方向及聚焦，研究者也透過資料整理與分析的過程，得到啓示及頓悟（陳向明，2002）。

本研究徵求受訪者的同意後，進行全程錄音。研究者已將訪談的錄音記錄逐字逐句整理之外，亦描述受訪者的非語言的行為，並趁記憶未模糊以前，盡快記錄當時訪談的觀察筆記，增加資料的完整性。研究者除親自繕打五份逐字稿外，亦請一位同事幫忙繕打三份逐字稿。研究者多次閱讀逐字稿資料，找出有意義的部分或是需要再進一步瞭解之處，以有助於下一次訪談時的聚焦或補充遺漏之處。

研究者從原始的資料裡，經過重複的閱讀、編碼、整理、分析，與資料對話、互動、感受後，找出文本的意義及解釋。研究者進行的資料分析步驟（陳向明，2002）為以下幾點：

- 1、閱讀原始資料：認真閱讀原始資料，從中琢磨意義及關係。研究者把自己的前設先擱置，讓資料本身說話，找出文本中的意義，以及研究者與資料互動的感覺及體悟。

- 2、登錄：將資料打散，重新賦予觀念及意義，再重新組合。研究者將一份原始資料留檔，再影印一份做登錄及編碼，利用空白處把重要的詞句或短語圈選，把號碼寫在登錄的資料旁。研究者也整理碼號所代表的意義，記錄於紙本上。
- 3、尋找「本土概念」：也就是「原汁原味」的採用受訪者經常使用或表達他們的世界的語言。雖然研究者與受訪者皆為相同工作背景的人，然在本土概念的尋找上，研究者仍在訪談過程中，確認受訪者的詞句與自己所理解的概念是否一致。
- 4、建立編碼和歸檔系統：將資料的基本概念框架，幫助解讀資料，在整理資料的過程中，透過研究者設定的編碼系統進行對應的調整。

研究者多次閱讀逐字稿，圈起重複或重要詞句，透過思考、檢視、比較，將分類的類別進行編碼及登錄，從中找出核心資料，分析相同與相異之處，建立概念群組。研究者從資料中以受訪者的語言呈現真切的感受及想法，尤其是受訪者重複提到的詞句及當下的情感表達，使資料更能真實的呈現受訪者的主觀經驗及感受。研究者亦與指導教授多次討論分析架構及意義詮釋，透過一次一次的資料整理及文字書寫，一層一層的從表象敘述逐漸探入研究核心，讓本次研究的分析方向及詮釋角度更為清晰且深入。

#### 肆、研究品質

本研究以 Lincoln 和 Guba (1984) 對信效度提出的見解，作為本研究的品質檢測指標：

- 1、確實性 (credibility)：即內在效度，是指研究資料的真實程度。研究者把訪談地點盡量選擇在不受干擾的情境中，且尊重受訪者對訪談地點的意見，讓受訪者在自然且輕鬆的情境下進行訪談。研究者也多次與指導教授及實務工作者討論對資料的詮釋及對意義的認知，以避免因為研究者本身的主觀或預設，影響對資料的解讀。此外，研究者在訪談中全程錄音，以反覆聆聽及閱讀資料，並以實地觀察記錄，陳述訪談當下的情況，以蒐集資料的完整性。此外，本次研究除訪談外，亦蒐集文件資料及個案記錄作為輔佐，藉由多元檢視方法，增加研究資料的真實性。

- 2、可轉換性 (transferability)：即外在效度。研究者謹慎的將受訪者陳述的感受及經驗，以及資料的脈絡及意義，有效的轉換成文字陳述，提供充分的描述資料。
- 3、可靠性 (dependability)：指內在信度，資料是否可靠。研究者忠實的紀錄抽樣過程、資料蒐集及分析的方式，並在訪談過程中，研究者以中立、客觀的態度蒐集資料，避免影響受訪者的思緒及表達。此外，因為資料的蒐集與分析是同時進行的，因此研究者藉由訪談，將自殺防治網絡間對於自殺企圖者的處理經驗及合作觀念的落差，進行提問，讓資料更形明確，而非單純讓單方面進行各自闡述而已。

## 伍、研究倫理

規範研究進行的基本原則，以保障受訪者的權益，因此研究倫理重視受訪者免於受到傷害、自主性 (autonomy) 及自我抉擇 (self-determination) 的原則 (余漢儀, 1998)。Sieber (1992, 引自陳向明, 2002) 認為好的研究與好的倫理相輔相成，遵守倫理道德不僅讓研究者安心研究，亦能提高研究的品質。

- 1、自願和不隱蔽原則：研究者向受訪者清楚告知研究目的、訪談過程錄音，以及報告的呈現等，給予受訪者選擇是否參與本研究的自由。研究者除了於電話詢問時說明外，在訪談之前也再次說明。
- 2、尊重個人隱私和保密原則：研究者將受訪者以匿名的方式呈現研究結果。訪談的錄音檔於完成研究後銷毀，且不會對老師及研究者以外的第三人公開訪談資料。
- 3、公正合理原則：研究者公正的對待受訪者及蒐集的資料，並合理的處理與受訪者的關係及自己的研究結果。
- 4、公平回報原則：因受訪者花費時間及精力與研究者交談，提供研究者需要的資料，也牽涉自己的隱私，因此研究者除了口頭對受訪者表達感謝外，也贈與禮物致意。
- 5、適時轉介原則：研究者與自殺企圖者訪談的過程中，發現自殺企圖者仍有自殺意念及對生命的負面想法，研究者已協助傳達訊息給相關自殺防治網絡，以幫助受訪者能獲得必要之協助。

研究倫理是研究過程中，從開始到結束都要留意的議題，研究者於過程中不斷的提醒自己，以免對受訪者造成傷害。

## 陸、研究者的角色

研究者本身也是研究情境的「局內人」，優勢在於研究者與部分受訪者享有同一文化，可以很快的瞭解彼此的思維習慣、行為意義、及情感表達的方式，且研究者也曾多次協助自殺企圖者，因此在自殺歷程、尋求支持資源、提供情緒支持部分，皆有豐富的工作經驗，但劣勢在於可能失去了距離感，對一些語言及行為習以為常，對受訪者言行中隱含的意義失去敏感（陳向明，2002）。因此，研究者謹記這些可能影響研究結果的部分，藉由多次閱讀訪談資料，並予指導教授及實務工作者多次討論，增加自己對資料意義的敏感度。

研究者自己亦有與自殺防治網絡互動合作的經驗，故在訪談之時，研究者要秉持「客觀」、「中立」的角色，進行資料蒐集，避免落入研究者自己本身的「前設」，這是在研究過程中，研究者不斷提醒自己的部分。

在研究資料分析的過程中，研究者發現自己總是跳脫不出「社工員」的角色，自覺社福中心承擔過多處理自殺企圖者的壓力及責任，再加上兩位社工伙伴的訪談分享亦對自殺防治中心有諸多不滿，因此在最初資料分析時，研究者失去了客觀、中立的角度，經多次與指導教授討論後，才逐漸修正自己的觀點，提醒自己回到研究者的角色，用「研究」的視界再次閱讀文本及進行分析，才重新發現自殺防治網絡另一種樣貌的運作以及社福中心社工與自殺企圖者彼此糾結的圖像。

然當研究者在第四章第三節寫到社福中心工作內涵部分，研究者面對不同角色矛盾的自己，相當煎熬，幾度無法下筆。就實務工作面來看，社工協助自殺企圖者確實是勞心勞力，苦不堪言，但從研究角度發現，社工因擔心個案自殺而模糊了專業的評估界線，恐造成自殺企圖者依賴福利的結果。因此在本研究撰寫過程中，研究者不斷省思身為社工的角色，為自殺企圖者承擔了過多的責任，甚至被自殺企圖者「操控」，研究者面對這樣的發現，衝擊了以往對自殺企圖者的專業評估，處在不斷調整及修正的階段努力著。

## 第四章 研究發現與分析

本研究訪談三位自殺企圖者及其自殺防治網絡，探討自殺企圖者的求助歷程及與自殺防治網絡間的互動經驗。本章首節以故事形式表述自殺企圖者之生命圖像，並分析自殺企圖者之特性。再者分析自殺企圖者與民政單位、自殺防治中心、及社福中心的互動經驗，列出彼此對話作為對照，比較彼此主觀感受，並以自殺企圖者的求助過程為縱軸，依照時序排列三者網絡對自殺企圖者之服務及處遇計畫，比較自殺防治網絡對自殺企圖者之服務差異。最後分析自殺防治中心與社福中心兩大網絡之特性，瞭解網絡間合作及互動情形等，描繪目前的自殺防治網絡實際運作圖像，並探討跨網絡合作的困境。

### 第一節 自殺企圖者圖像及特色

本節以故事形式，分別描述三位自殺企圖者從最初自殺意念起因、自殺行動、與相關網絡互動情形等人生歷程，再進一步分析三位自殺企圖者之特性。

#### 壹、自殺企圖者圖像

##### 一、阿美的故事—走投無路的單親媽媽

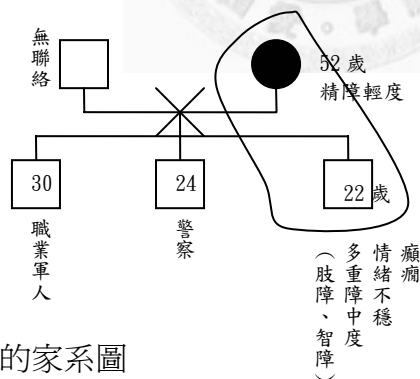


圖 4-1 阿美的家系圖

阿美自十多年前與丈夫離婚，含辛茹苦撫養三個孩子成年。長期以來，阿美單靠一己之力養育三子且負擔房屋租金，經濟壓力非常沈重，幸阿美家享有低收入戶福利及生活補助，才能支撐阿美有能力讓孩子們順利成長並完成學業。

然在工作選擇部分，阿美希望孩子們從事公家單位的工作以求穩定的經濟收入，遂要求孩子們放棄自己的興趣轉而選擇公職，於是長子當上職業軍人，次子則就讀警校。然而，次子對於自己的人生因家庭經濟因素受限，放棄自己想就讀

學校及科系，走向被阿美決定的道路，而對阿美種下許多不滿及抱怨。但在阿美心裡，雖然孩子無法走自己喜歡的人生道路，但是有份穩定的工作收入讓阿美不致擔憂孩子們的未來，是阿美感到最心安的事。

當阿美順利將長子與次子置於公家職業時，阿美也開始獨自面對小兒子的情緒問題。小兒子在小時候因為一場大病而患有癲癇，不論是智力或四肢行動都有發展上的限制。阿美辛苦幫助小兒子完成高中學業，但畢業後小兒子每天窩在房間內度過封閉的每一天，且小兒子年紀越長，情緒控制越來越差，甚至對阿美暴力相向，讓阿美每天處於驚恐的情境中。

在經濟方面，因長子與次子已就業，全家平均所得超過低收入戶審查標準而被取消低收入戶資格。阿美思考著如何靠自己的力量維持自己與小學子的生計，故向政府、長子、及次子借款，於 2006 年嘗試做小吃店生意。阿美對食品準備不擅長，故與夥伴一同創業，阿美憑著對夥伴的信賴，讓夥伴掌管生意，阿美則負責出資裝潢、採買食材、及購置器具等。毫無預警地，夥伴突然離開，阿美出資的所有一切化為烏有，換來一堆負債。

為了經營小吃店，阿美不僅投入自己的存款，向勞工局申請貸款，申請保險保單借款，借用長子與次子存款，以及坊間互助會的會款。一時之間，阿美除了自己的努力付諸流水外，也牽連到兒子們的生活，阿美更認為自己的失敗導致長子沒錢結婚，無法原諒自己，再加上阿美自認年紀已大，自覺很難賺錢還債，阿美想以自殺後的死亡保險金償還兒子們。在心情沮喪之際，阿美開始出現自殺念頭，想藉由一死忘卻所有煩惱，也結束持續長期的辛苦生活。

2008 年 9 月，阿美趁著中秋節假期事先買了木炭預作準備，以免在其他時節購買木炭時被他人發現自殺企圖。阿美思考許多自殺方式的選擇，因阿美的母親及阿姨都曾經有服藥自殺未遂的經驗，基於這樣的過往，阿美認為吃藥無法自殺身亡。阿美也害怕喝農藥燒壞內臟，過程相當疼痛，不敢嘗試；如要上吊，則需找到地方吊；跳樓則擔心如果沒死，反而半身不遂後半輩子需被照顧，後遺症很多；跳河則面臨到死亡的過程，那種在等淹死的心情讓阿美覺得相當恐怖，也可能在等待死亡的過程中突然不想死了，就會很掙扎。阿美的想法是「要就一定死，不要是要死不活這樣子，要就一定死這樣」。阿美自述小時候曾不慎吸入一氧化

碳，大致知道昏迷的感受，加上電視媒體報導許多燒炭身亡的案例，增強了阿美對於燒炭死亡的選擇。

決定了自殺的方式且買好木炭後，阿美與小兒子兩人依然繼續的生活著，阿美努力靠自己尋找生存方式，於2008年10月嘗試申請以工代賑希望能順利就業，但因長子與次子有穩定收入，阿美未符合清寒戶標準<sup>26</sup>，故由戶籍地區公所轉介至臺北市政府勞工局就業服務處個案管理資源站（以下簡稱就服個管站）由就服個管員採取一對一方式提供就業媒合。阿美基於欠債及房租壓力，急於就業，但自認年齡偏高，希望從事公家單位的工作，其收入才足以支應家庭開銷。阿美最初與就服個管員積極配合，初次晤談及後續領取工作機會皆表現相當積極。然而阿美對工作選擇的堅持，就服個管員提供的就業機會亦因阿美的要求而受到限制，就服個管員希望改變阿美的就業期待，建議阿美接受就業諮商或團體輔導班，但阿美認為就服個管員以官僚的方式應對，逐漸拒絕就服個管員的工作推介，並短促回應就服個管員的電話追蹤：「她會認為說我沒有盡到我的職責，然後她覺得我好像沒有幫助到她（就服個管員）。」

阿美在尋求就業服務未果後，無意間看到電視報導自殺事件。阿美留意到電視螢幕出現的小字：「自殺防治專線 1995」，遂試著打電話尋求幫助，想知道以目前家庭現況是否有別條路可走。阿美告訴電話線的另一端陳述自己欠錢，沒人幫忙，想要自殺。電話線那頭告訴阿美求助管道：「那妳要不要去找社會局幫忙啊？」阿美認為兩個兒子都有穩定收入，家庭狀況不符合經濟困境的資格，覺得社會局不可能給予幫助，既然找不到解決方式，阿美便在 2009 年 3 月份的某一天夜晚，開始著手自殺計畫。

那天晚上，阿美的話變得很少，沒有跟小兒子互動太多，也或許因此小兒子有留意到阿美不對勁的態度。到了深夜，阿美默默的將報紙及木炭帶到房間，開始燒起報紙。但是燒報紙造成大量黑色煙霧，驚醒了小兒子，小兒子打開阿美房間的窗戶，黑煙大量竄出，小兒子趕緊打電話報警處理。

---

<sup>26</sup> 以工代賑清寒戶標準（99 年度）為：

收入：家庭總收入平均分配全家人口，每人每月未達新台幣 22,958 元。

不動產：全家人口之土地及房屋價值合計未超過新台幣 650 萬元。

存款本金及有價證券：單一人口家庭為新台幣 250 萬元以下，每增加一口，得增加新台幣 25 萬元。

警察到案家查問，原想把木炭一併帶離，但阿美對警察表示不會再燒炭，警察處理約一個小時左右離開。當天晚上，阿美等小兒子入睡後，再次燒炭。阿美躺在床上，慢慢的吸入一氧化碳，雖然木炭的味道很噁，但慢慢的吸就慢慢的失去意識，阿美想要這樣一睡不起.....。隔天早上，小兒子到阿美房間打開窗戶，因為一氧化碳無臭無味，小兒子並不知道阿美又再次自殺，但因房間內空氣恢復流通，身體吸入氧氣後，阿美慢慢的恢復意識，才發覺自己已吐白沫及尿失禁，也因此昏睡了好幾天。

然而在阿美自殺行為過後，小兒子的暴力行為卻也變本加厲，不讓阿美鎖門睡覺，雙方吵架次數越來越頻繁，且小兒子的智力不高、工作能力差、行動能力受限等皆影響其獨立生活的功能，阿美興起帶小兒子一起自殺的念頭，以免讓小兒子成為另外兩個兒子的負擔。在第一次自殺後幾天的夜晚，阿美等小兒子入睡後，將燒紙錢的鐵筒拖到小兒子房間內，打算與小兒子一起燒炭離開人世。小兒子猛然被鐵筒滾輪的噪音驚醒，猛然對阿美喊著：「媽，妳在幹嘛？」隨後再度報警處理。

透過警察的通報以及媒體的報導「單親媽輕生，殘疾兒報警救命」(袁志豪，2009)，2009年4月臺北市政府自殺防治中心(以下簡稱自殺防治中心)透過里幹事得到個案資料後首先介入，以電話關懷阿美的困難及需要。臺北市政府社會局則從報紙獲知案件，交辦當地社福中心進行處理，社工開始與里幹事一同走訪案家，聆聽阿美的需要並提供實質幫助。里幹事連結鄰居及小兒子，on-call 緊急處理阿美的自殺危機。

里幹事數次與阿美訪談後建議就醫治療，遂與自殺防治中心合作，安排松德院區醫師到阿美家評估，當時醫師認為阿美憂鬱指數很高，有極高的自殺意念，故連結警察及消防局強制將阿美送醫。阿美到院後拒絕住院，故於隔天中午出院。阿美開始對里幹事及自殺防治中心懷有戒心。

社福中心社工持續對阿美進行處遇，評估阿美有急性就業需求，積極聯絡就服個管員陳述阿美的困難，說服就服個管員一同家訪協助阿美申請短期工作。然而苦等約一個月後，阿美遲遲未接獲工作通知，遂直接找就服個管站主管溝通及抱怨就服個管員的服務態度：「我已經申請這麼久了，一個多月了，然後我要申



請個臨時工，六個月臨時工先讓我做嘛，要不然我一直在等，一直在等，我要等到什麼時候！（阿美）」然而所有工作推介都有既定的程序及流程「那推你一定要過程啊，怎麼可能你要就有。……我覺得她就是人家要幫她服務的那一種這樣子。（就服個管員）」然就阿美主觀認知，當阿美主動向主管反映後，很快的獲得工作機會：「那天去吵，站長第二天親自拿我的案拿到勞工局去，然後他們人事的就幫我排，然後就通知我。（阿美）」更讓阿美覺得直接找主管爭取比跟就服個管員溝通要來的更迅速有效率。

除了透過就服個管站尋求工作外，社福中心社工亦介紹夜間工作讓阿美面試並獲得錄取，藉由多方關懷、社會支持、及實質幫助，協助阿美解決就業及經濟問題。後續自殺防治中心以電話方式持續關懷，里幹事及社福中心社工員分工合作的進行家庭訪視，支持著阿美活下去的勇氣。

然而，在阿美承擔經濟壓力的同時，小兒子不知道是基於身體疾病還是心理過於沈悶，經常跟阿美吵架，甚至曾用菜刀丟向阿美，阿美好幾次在陽台上對外呼叫救命，警察也因此到訪數次。小兒子更與偶爾回家的二兒子打成一團，小兒子用拳頭搥向玻璃大門，傷及手部神經，鮮血噴到陽台地板上，阿美忙著應對不斷發生的衝突事件，致使阿美還是經常想著：「早走早解脫，因為我實在是太累了。」

現在的阿美，白天從事短時工作，晚上熬夜做大夜班，至早上七點才能返家休息。然而回家並不是一個能讓阿美放鬆的地方，小兒子會踢著阿美躺著休息的椅子，影響阿美的睡覺品質，如果阿美睡在房間內，小兒子便會一直敲門，吵得阿美不得安寧。小兒子如果摔東西傷到自己，阿美得趕緊帶小兒子看醫生，處理完後阿美又要趕著去上班。小兒子某次因情緒不穩定與阿美再次嚴重衝突，阿美在長期精神緊繃之下不得以送小兒子住院治療，醫師原本想藉此讓阿美好好休息，但小兒子在醫院覺得相當無聊，一直打電話要求阿美去醫院陪伴，故阿美工作結束後還需到醫院陪著小兒子，阿美的每一天幾乎是 24 小時無法休息，且為了家庭經濟需求，阿美一定要兼兩份差才足以家用。對阿美而言，自殺的念頭從來沒有一天停止過。

在阿美自殺危機期間，自殺防治中心、里幹事、社福中心等系統皆介入，給予不少關懷和實質補助，因阿美就業穩定，自殺意念降低，社福中心及自殺防治

中心皆陸續予以結案。有關小兒子情緒控制問題，現已由身心障礙者社區資源中心協助小兒子的就業機會以及尋求安置處所，而阿美因有憂鬱傾向及自殺意念，已領有精神障礙手冊，現由精障個案管員定期關懷著……。

## 二、阿宏的故事—無法獨立生活的男子漢

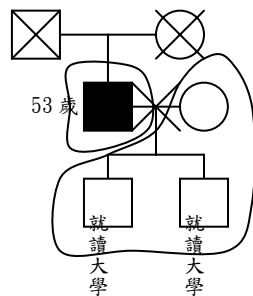


圖 4-2 阿宏的家系圖

阿宏是家裡的長子，53 歲，父母雙亡。阿宏自成年起，便幫忙賺錢提供手足學費及家裡生活費，且阿宏擁有珠寶鑑定專長，曾賺進大把的鈔票，不但手上握有數百萬的現金，更同時擁有三台進口車，生活過得十分奢華，但阿宏為了接濟朋友，朋友未及還錢，導致跳票而負債，風光的日子不再。

阿宏僅有一段婚姻，在孩子們年幼時便以離婚收場，阿宏獨自撫養兩個孩子，儘管辛苦，阿宏仍讓孩子們學習才藝，投資在孩子們身上的金錢及心力相當豐厚。為了維持家庭生計，阿宏兼差兩份工作，每天凌晨兩點半外出送報，趕著早上七點前回家準備送孩子上學，接著又是一份日間的工作，日積月累的壓力及疲憊讓阿宏的身體終於垮下來。

2002 年，一場突如其來的疾病襲擊阿宏的身體，中風嚴重傷害阿宏的口語表達及記憶力，甚至影響阿宏的行動能力，阿宏一度連走路及講話都有困難。在醫療及復健的幫助之下，阿宏中風後一年後才逐漸恢復行走及說話能力。但阿宏說話從此變得結結巴巴，常想不起來要說的話、要做的事，腦筋一直很不清楚，走路也只能慢慢地走。許多雇主看到阿宏的身體狀況，沒人願意提供工作機會，讓阿宏找工作總是四處碰壁。當家裡的經濟能力不如以往，原本的存款已經逐漸告罄，加上還有兩個孩子的負累，阿宏找不到自己能再努力的方向，人生整個陷入谷底，憂鬱的情緒開始纏上阿宏的心。阿宏中風後兩年以來，持續想著不曉得自

己還能做什麼，自己還有什麼用，最後興起自殺的念頭，乾脆了斷自己，省得去想自己到底能做些什麼。

2004年的某天，阿宏獨自帶著童軍繩，騎著機車到陽明山欲尋找合適的上吊地點，但因為遊客眾多，地點難尋，阿宏在山路繞來繞去，最後騎到母親葬在陽明山的公墓處。阿宏在公墓旁挑選一顆樹作為上吊地點。阿宏心想，自己可以在母親的陪伴下離開人世，至少不孤單。

就在阿宏準備上吊的前一刻，阿宏的手機響了，低頭一看，是自己的國中同學，碰巧來電關心阿宏的近況。阿宏接起手機，告訴對方自己正在陽明山，已經準備要上吊自殺了。國中同學鼓勵阿宏，未來也許還有機會可以改善生活，希望阿宏再努力看看，不要輕易放棄生命。國中同學邀阿宏聊天談心，阿宏下山後向同學抒發心裡的苦與悶，認為現在的自己，什麼都做不來、什麼都不能做，實在很沒有用處。阿宏覺得現在的自己不但動作緩慢、講話結巴，連記憶力也變得很差，根本找不到工作，也沒有人要雇用他，加上阿宏自己曾經風光過，現在則變得連自己都養不活，更何況照顧家人？阿宏對未來沒有抱持希望，只有絕望及無奈，憂鬱的情緒難以抒解。不過有同學的關懷，讓阿宏鬱悶的情緒獲得暫時的抒解，也在同學的鼓勵下，阿宏決定給自己生命一次機會。

阿宏的親戚剛好有一塊空地，阿宏用其做生意的頭腦臨機一動策劃飼養寵物狗配種的賺錢機會，阿宏曉得自己的能力有限，能做的事情不多，既然無法被雇用，乾脆自己當老闆。阿宏在飼養配種狗方面還有許多要學習的地方，但能與狗狗們朝夕相處也讓阿宏覺得有伴。阿宏開始著手規劃，先與前妻協調代為照顧兩個孩子，阿宏的人生藉由狗狗配種工作而重新開始，不但擁有經濟基礎，阿宏更開始一段新的感情，與女友共同生活。

然而，飼養寵物受到大環境嚴重影響，販賣寵物的價錢從幾萬元降價到幾千元，阿宏在飼養期間需付出飼料費及照顧心力，經濟收支逐漸無法平衡，在無可奈何之下，阿宏於2008年與女友再度回到台北生活，且為了減少飼料的開銷，僅留下幾隻狗在身邊，收入短少，阿宏依靠著女友的工作收入支撐生活。2009年5月，女友結識一名男性並密切往來，阿宏得知後相當氣憤，兩人不但關係破裂，還彼此攻擊。女友故意在阿宏房門口堆疊一堆物品，阿宏需跨越障礙物才能外出。阿

宏則到女友的公司控訴女友以阿宏的身份證辦理假保險以爭取業績，雙方進而訴諸於法律控告偽造文書及恐嚇等罪名。

除此之外，阿宏的親子關係突然降到冰點，兩個孩子對阿宏不聞不問也漠不關心，阿宏連孩子們更換手機號碼都不知情。阿宏回想著以往對待孩子的用心及苦心，用盡心思讓孩子學習才藝課程，勞心勞力賺錢養家，現在孩子們卻翻臉不認人，阿宏對孩子的愛恨交織演變成憤怒及不滿，但同時也增添阿宏的孤獨感及沮喪。阿宏對自己的無能感到相當失望，原本會寫的字也想不起怎麼寫，阿宏曾花了兩個小時翻閱字典找國字完成遺書，強烈加深自己的無力感。

2009年6月，阿宏再度拿出保管多年的童軍繩，準備在租屋處的天花板上吊自殺。阿宏帶著訣別的心情站上踏板，將頭套進童軍繩，此時阿宏飼養的兩隻小狗似乎是感應到了什麼，雙雙對著阿宏狂叫，阿宏一時之間覺得捨不得兩隻狗無以為靠，遂中斷自殺行動。然而，到隔天早晨，阿宏的憂鬱情結仍在，阿宏覺得對社會沒有任何留戀，活著完全沒有意義，想要自我了結。阿宏再次嘗試上吊時，突然感受到害怕及緊張，又再次打消自殺念頭。

在心情非常糟糕的這段時間，阿宏暴瘦了十公斤，幾乎沒有辦法睡覺，阿宏多次打電話到生命線抒發情緒及講述目前遭遇的困境。但可能因為多次去電，阿宏感覺自己不被接線人員接納。「那我發覺他們，等於很煩我啦。……他會說我們有時間上的限制，就是那種很冷淡的想法。（阿宏）」阿宏也曾嘗試打電話向張老師求助，但互動的經驗也讓阿宏感覺接線人員的不專業及態度不佳：「可是我覺得他很不專業。……而且愛理不理的。（阿宏）」在求助過程中，阿宏喜歡自己被感受到關懷的對話：

「她（生命線接線人員）最起碼她會很主動的跟你談一些事情。……其實真的那段時間對我來講的感覺是很好的。她每次很多事情她都跟我去談、去聊、去講。我那段時間我真的是很想要自殺，她是希望『下一次，我能接到你的電話。我會再跟你好好談。』……你聽起來你覺得你自己的心情很穩定的那種感覺。」  
（阿宏）

因阿宏多次去電表達低落情緒，故生命線將阿宏一案交由專責人員負責。當阿宏去電時，生命線接線人員告知阿宏往後直接找專責人員討論，但阿宏總是聯

繫不上專責人員，讓阿宏感到無奈。而生命線專責人員唯一一次與阿宏的互動經驗便是告知阿宏已協助轉介至社福中心。

阿宏立刻聯繫社福中心陳述困境。社工評估阿宏目前的危機狀況，除了毫無收入、無以維生外，現住處的租屋處讓阿宏經常聯想到與前女友的愛恨情仇，故社工協助阿宏另行租屋及申請低收入戶，並給予美食券<sup>27</sup>讓阿宏一天至少有兩餐可吃。社工也以提供經濟補助做為條件，要求阿宏至精神科門診及接受心理諮詢。

因阿宏幾乎每天至中心找社工會談，有大量情緒抒發之需求，社工安排男性志工訪視，提供關懷。志工以自己過往揮別憂鬱的經驗建議阿宏可以藉由散步、爬山抒發情緒，但阿宏認為每人有各自想法，對志工的建議不採納。阿宏對志工提到自己需要幫助之處，志工認為阿宏想依賴社會幫助而不靠自己站起來，同時阿宏也發覺自己無法從志工身上得到幫助時，便主動中斷面談也拒絕再談。

在阿宏與社福中心接觸的前幾天，阿宏亦主動向里幹事尋求協助，里幹事緊急幫阿宏申請急難救助金及食物券<sup>28</sup>，並通報至自殺防治中心進行後續協助。

自殺防治中心接獲阿宏通報案件後，首先聯繫社福中心社工詢問案情，並請社工協助填寫關懷通報單以掌握阿宏的資料，自殺防治中心除電話關懷阿宏外，亦安排社區關懷訪視員（以下簡稱訪視員）進行家庭訪視。

阿宏接受的心理諮詢服務位於社區健康服務中心內，雖然每次諮詢時間限制為三十分鐘，但確實為市民提供便利性的諮詢服務。阿宏每週固定與諮詢師深度的討論情緒現況，諮詢師也照每週所談的事情寫筆記，每次所談的話題皆有延續，讓阿宏感受到諮詢師的專業能力。

然而，阿宏想自殺的意念沒有停止過，自覺生命無味，找不到活著的方向，於2009年11月兩度吞藥自殺。阿宏第一次吞藥經醫院洗胃後，因不願住院遂自行出院回家。阿宏第二次大量吞藥，到醫院時意識不清，經過緊急診治後，阿宏於精神科病房住院治療。出院後，阿宏接到醫院內自殺防治中心來電關懷，面談時

<sup>27</sup> 社福中心結合民間基金會辦理「愛心餐食補給站」方案，與在地愛心店家合作，讓弱勢民眾可用美食券換取餐食。

<sup>28</sup> 係為馬上關懷急難救助的配套措施之一，針對有經濟困難之家庭評估提供伍仟元全家禮券購買食物。此處的食物券與社福中心的美食券不同。

對方勸說阿宏看待人生的方式，但阿宏無法認同，認為對方以霸道的方​​式講話：「她只談她自己的事情，不談我的事情。……講話滿霸道的……她說，人應該是怎樣子的人。……那當然現在她只要打電話來，我就敷衍一下過去。（阿宏）」

阿宏在醫院住院期間找到心情的寄託—閱讀歷史書籍。出院後，阿宏最大的興趣便是看書，九個多月以來閱讀近一百本書，阿宏也習慣每天看棒球節目。但日復一日依賴著社會救濟並非阿宏想要的生活，而孩子們對阿宏不理不睬更讓阿宏傷透了心，且阿宏本身的身體狀況沒有明顯好轉，阿宏每天早上要花兩個小時讓腦筋慢慢清醒，晚上吃完精神科藥物後，也要花兩到三個小時讓自己能夠睡著。阿宏在某一天夜晚，雖然吃了藥，但仍無法入睡，阿宏索性騎著單車，在社區大街小巷拼命地騎，想讓自己的身體疲累以免胡思亂想。就這樣阿宏騎了四個小時，回到家洗了澡，還是重新面對一樣的生活。如此索然無味的生活讓阿宏再次覺得了無生趣。阿宏想給自己半年的時間，看自己能否有所突破，不論是有機會回饋社會，或是靠自己的力量維持生活，阿宏想讓自己有些不同，但自己與家人的關係，阿宏不想去碰，阿宏覺得是家人負他而非自己對不起家人。阿宏目前仍維持心理諮商，定期到精神科就診，並以低收入戶補助維持生活，藉著書本提供心靈慰藉，等待著自己的人生有些改變……。

### 三、小林的故事—孤苦無依的同志

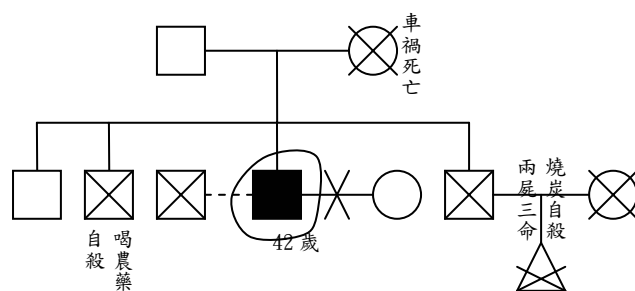


圖 4-3 小林的家系圖

小林，男性，42 歲，曾有一段失敗的婚姻。小林說，自己對自殺並不陌生，因為家裡的三個兄弟，其中兩位皆自殺而死。小林的二哥深受憂鬱症困擾，雖在自殺前寫遺書，但小林認為是大哥將遺書扣留，未交給父母親，讓二哥誤認為連家人對自己的死都不在乎，才在寫完遺書的 24 小時內喝農藥自殺。小林的弟弟則欠債一百多萬元，但小林認為父親有能力協助還債卻未伸出援手，弟弟以燒炭自

殺結束生命，弟妹也帶著肚裡的孩子一起離世。小林為此痛恨自己的父親及大哥，認定是家人的無情導致自己手足對人生無望。小林更認定家人也一定希望自己消失，以免帶給家裡更多的恥辱。小林從此失去家庭的溫暖，直到遇見男友，才又開始擁有「親人」。

然而，男友感染 HIV 病毒，身體逐漸不適，醫師建議小林接受檢查，如未感染 HIV 病毒，則不希望小林照顧男友。小林在 2009 年 2 月檢查得知自己亦為 HIV 感染者，小林為此感到慶幸，唯有如此，他才能義無反顧的陪在男友身邊照顧著。

小林從未因為感染 HIV 病毒而羞愧，然而小林的原生家庭及鄰居得知小林生病的消息，謠傳小林吸毒，讓小林不敢再回到自己生長的社區，害怕被指指點點或承受眾人的異樣眼光。小林總是陪在男友身旁一路相隨，當男友住院時因身體不適難以入睡，小林安撫男友直到凌晨四點才休息。雖然小林用心付出，不求回報，但小林卻深受到他人的指責。男友的母親到醫院見到好不容易待男友睡著才趴著休息的小林，卻指責小林未盡照顧責任。為了不將男友身體不適的實情讓男友母親知悉而擔心，小林只能將委屈往肚裡吞。

醫師建議男友每天喝雞精及養樂多增加身體抵抗力，小林到處跟朋友借錢購買營養品，自己卻每天吃著泡麵度日，或到自助餐店買一碗半的白飯搭配兩道青菜吃，以節省開銷。當感染科醫師得知此事，特別叮嚀小林自己也要補充足夠的營養，而泡麵有太多抗生素，對小林的身體有負面影響。然礙於現實考量，往後小林總是騙醫生說自己有吃排骨，然後私下仍偷偷吃著泡麵。

2010 年 3 月，男友的生理機能越來越虛弱，離開了人世，小林失去了一生中最愛的人，生活頓失重心，也毫無人生目標可言。感染科醫師一年多來陪伴著小林及其男友，瞭解小林用情之深，擔憂小林會尋死路，特別找小林會談，希望小林承諾不會自殺。小林對醫師及醫院社工表示一定會好好活下去。但是，當男友的後事結束後，小林發現，之前所受的委屈、煎熬、所有承受的苦痛，都是為了男友而苦撐下來，現在男友已經不在這個世界上，自己也不需要再硬撐下去。小林開始出現自殺念頭。吃藥、燒炭、跳樓、跳河等種種方式，開始在小林腦袋中盤旋，小林選擇了燒炭，待在一間空屋裡，準備結束自己的人生。碰巧感染科醫師來電，阻擋小林第一次自殺行動。

失去了男友的陪伴以及早就失去的親情，小林開始過著一個人的生活，並投宿在收容 HIV 感染者的機構裡。起初，小林為求謀生，曾在一般公司工作數天，後加入照顧員的訓練，結訓後負責照顧 HIV 感染者。然而，小林每天看顧著 HIV 感染者的病痛，日積月累的痛苦逐漸發酵，小林開始請假以逃避面對 HIV 感染者在病發後的模樣。

每天夜裡，小林被悲傷、痛苦折磨著，不但難以入眠，小林甚至會縮在角落，抓著自己的頭髮，用後腦撞著牆，想將佔據腦袋的念頭用疼痛來忘記。種種壓在身上的包袱讓小林想找人抒發，但週末時間社工都放假，小林開始有週末恐慌症。小林嘗試撥打自殺防治專線，但第一次向張老師求助的經驗相當糟糕，接線人員以時間有限為由，請小林不要一直哭，請小林趕快講發生了什麼事，小林轉而尋求安心專線抒發。小林的情緒受媒體牽動，如有報紙或電視媒體提及自殺案例，或電視劇裡勾心鬥角、不擇手段的劇情等，小林就會興起憤恨或憂鬱的心情，跟安心專線人員分享：「我跟他們只是抒發一下自己心裡面的壓力，……當下我講完電話我心情有好一點。但在我心裡面，他們永遠是走不到我心裡面。(小林)」而讓小林最喜歡的互動方式是主動的傾聽，很願意聆聽並與小林討論，讓小林很放心的願意多說心裡的話：「『那你今天想跟我們分享什麼或是想跟我講什麼？可以跟我講呀！』……這樣聽起來就會令人覺得很舒服。(小林)」不過小林曾經撥打安心專線將近十小時都無法通話「在這一瞬間短暫的生命說不定就會有發生事情。……就像我心情破洞的很大，那假如說沒有排解掉，可能會導致自殺。(小林)」對於當下心情無人抒解的壓力感到十分恐慌，也無法預期自己會做出什麼衝動的事情。

小林在感染科醫師的建議下，開始嘗試看精神科。對小林而言，看精神科是一種烙印，象徵著自己不正常，但小林重視感染科醫師給他的意見，小林嘗試到精神科就醫幾次，但藥物對小林的效果並不顯著，小林仍是被許多負面思考纏繞著，甚至有聽到別人對其指指點點或責備的聲音，小林連在路上走著，都覺得路人投以異樣的眼光。

小林想自殺的念頭仍舊未消失，然自己曾對感染科醫師及醫院社工的承諾是小林遲遲未自殺的主要原因。小林感受到感染科醫師對其像家人一樣的關心「我



對 X 醫師有一種類似親人的一種感覺，……他只要對我生氣，我就會我就嚇到，可是這種嚇到是什麼，是很溫暖的，因為他關心我。(小林)」而醫院社工總是邀小林一起用餐，藉以關懷小林的近況，兩人的關心讓小林感受到溫暖。然而，2010 年 7 月醫院社工調職，小林不禁猜想調職是否與自己有關，且失去一個重要他人，讓小林少了一個可以傾訴的對象：「等到她 7 月走了，心情又開始不好。(小林)」

因原本的照顧工作讓小林無力承受 HIV 感染者發病後的苦楚，生活便遇到現實的困境，小林主動向社福中心尋求協助，社工提供經濟協助及物資，並轉介心理諮商讓小林接受心理師專業的協談，社工也隨時配合小林進行會談，傾聽小林的感受，支持小林活下去。

小林接受社福中心社工提供的實質幫助後，又開始重拾勇氣繼續找工作，但是當已經被公司確認錄取後，小林遂向公司表達每週四需固定請假，因為除了看感染科、精神科外，也要接受心理諮商。但小林只敢告訴對方，自己要看精神科。老闆一聽到小林有精神問題，馬上改口說小林不適合，請其另找工作。小林學到了經驗，對下一個錄取的公司委婉的改成自己要拿糖尿病的藥，但公司仍以無法配合小林每週四休息的需求而拒絕。小林身上帶著眾多烙印，一而再、再而三的忍受著被拒絕的難受，找工作失敗了將近二十次。

然而，失去男友的痛苦、缺乏人生目標、面對就業的處處碰壁，以及路人的異樣眼光及指指點點，小林每天受折磨的痛苦實在難以忍受，在 2010 年 7 月的某個星期五，小林向社福中心社工表達想死的意念及決心，並主動向諮商師表示要停止諮商服務，也未到醫院就診。小林這一次選擇以農藥的方式結束自己。

隔天星期六，小林到男友及母親的靈前做最後的祭拜。小林拒接感染科醫師的來電，也不看社福中心社工發出的手機簡訊，不想讓自己有所遲疑或動搖了自殺的決心。小林向男友靈前道別後，來到母親牌位前，用兩個十元以擲筊方式向母親徵詢自殺的行動。小林試了十幾次，都得不到允許（聖筊），小林瞬間崩潰大哭，哭訴著為何母親要讓小林這麼痛苦的活著，為什麼不能選擇自己的路？在小林準備離開靈骨塔時，手機聲再次響起，是一位病友母親的來電。小林接聽方知是感染科醫師透過病友母親的手機撥話，擔心小林尋死。感染科醫師從電話那頭

告訴小林身體檢查結果，小林身體的 CD4<sup>29</sup>指數上升，聽到感染科醫師的聲音及帶來好消息，又再次瓦解小林的自殺企圖。

然而，經濟的現實、負面的思考、悲傷的情緒、失去愛人的世界、毫無人生目標的生活，仍持續襲擊著小林對活著的意念，依賴著感染科醫師、醫院社工、社福中心社工等人的支持下，努力與自殺念頭奮戰著.....。

## 貳、自殺企圖者之特性分析

眾多科學研究關心自殺行為，醫學從生理層面以遺傳或疾病解釋自殺行為，心理學則以刺激、壓力因應、憂鬱、無望感等心理因素解釋自殺行為，社會學從人際關係與社會調適互動結果探討自殺行為（林綺雲，2010）。然而，自殺企圖者自殺原因多元且複雜，社會與心理因素兩者交互影響。誠如人在情境中（person in the situation）強調個人的行為由內在心理與外在社會所形成，個人的失功能是受到個人內在心理與外在社會環境交互影響所致（曾華源，2002）。自殺企圖者的內在心理想法對自身的存在感及生活意義感到存疑，而從社會心理層面分析，可發現自殺企圖者在親密關係、家庭關係、與人際互動層面皆有社會孤立及疏離感而產生寂寞感。

本次研究訪談的自殺企圖者皆併經濟困難，並非眾多研究典型的自殺企圖者，分析三位受訪者之生命故事與訪談資料，研究者有以下發現：

### 一、因寂寞感與關係疏離而對歸屬感有強烈需求

未婚、離婚、或獨居為自殺死亡的危險因子之一（Cheng, 1995；李明濱、廖士程，2006），顯示自殺企圖者缺乏親密關係的另一半而產生的寂寞與孤立感。本研究受訪的三位自殺企圖者皆曾離婚，且阿宏與女友分手、小林的男友去世，三人都承受感情上的分離及缺乏可依靠的另一半。

李美媛（2008）指出，自殺企圖者如與親友關係良好，則其保護因子的力量則越強。曾家琪（2008）認為親友良好互動及溝通，有助於預防自殺。然而三位

---

<sup>29</sup> CD4 是白血球的一種，主要功能為連結免疫功能以回應細菌、感染與病毒。血液檢驗中，CD4 細胞數代表的是每立方毫升血液中含有多少 CD4 細胞。一般未感染愛滋病毒的人，其 CD4 大約是 500-1200。若 CD4 細胞數在 201-350 之間，醫生可能會建議考慮開始提供藥物治療。如果低於 200，很可能會產生愛滋病毒相關的疾病，一般來說醫生此時會建議立刻開始接受藥物治療。以上資料來源：社團法人台灣露德協會，網址：<http://www.lourdes.org.tw>

自殺企圖者的親友關係相當疏離，阿美的原生家庭拒絕讓其投靠，自己生意失敗害長子損失存款，次子對阿美操控其人生道路的選擇而感到不滿，小兒子對阿美暴力相向等，致使阿美處在對長子的虧欠、次子的怨懟、小兒子的衝突間起伏。

阿宏與手足及親子關係相當薄弱，阿宏過著獨來獨往的生活。「一年多，我兩個小孩子從來沒有跟我聯絡。（阿宏）」然而，疏離的原因追根究底與自殺企圖者本身對待親友的心態及行為有所關連。阿宏為研究者協助的自殺企圖者，研究者曾三度聯繫阿宏的大弟，希望能連結家屬一同協助阿宏的生活，然而得到的回應是不願再協助阿宏，只願處理阿宏的後事。但研究者深究其中發現阿宏存著家人「欠」他的心態，並未覺得自己有做錯什麼。大弟表示曾對阿宏伸出援手，但感受到阿宏視幫助為理所當然而無法認同，拒絕再次協助。且阿宏曾經蓄意破壞兒子的機車，讓兒子對阿宏也無法將其視為父親般尊重，只想互不干擾的生活，於是更換手機中斷聯繫。

小林則對家人有很多的負面連結，認為二哥及弟弟的自殺是自己的父親及大哥害的，小林的病情曝光也認為一定是父親到處跟鄰居說的，小林將自己陷入的困境歸咎於父親與大哥的責任，並陳述自己遭路人異樣眼光，努力付出不被看見反而被指責等，小林的諸多思考方式可見小林將自己放在「受害者」的位置上，以得到他人的關注及照顧。

三位受訪者皆缺乏家庭支持，Ronald (1987) 認為當孤獨寂寞感變成更深的無助及無望時，則更加深自殺的念頭。Ariel & Richard (2001) 亦研究發現自殺意念 (Suicide Ideation)、假性自殺 (Parasuicide) 與各類型的寂寞感有很強的相關性。此寂寞感包含感覺寂寞以及實質的寂寞 (如獨居、沒有朋友)。David et al. (2008) 研究發現當個體有較高的歸屬需求相對的也易有較高的寂寞感，因此朋友少不代表寂寞，朋友多也不代表不寂寞，主要影響變項在於個體對歸屬感需求程度。當個體缺乏歸屬感將衍生社會隔離、疏離感、及寂寞感。阿宏曾對研究者提到喜歡社福中心的環境，靜靜的坐在一旁看書就感覺舒服，亦為歸屬感的展現。小林經常提到對感染科醫師的承諾，表示只要醫師同意小林就會自殺，但實質上小林對感染科醫師的情感即為歸屬感，小林以「承諾」作為歸屬感相接的那條繩子，將自己拉向感染科醫師身邊纏繞著。

## 二、想被關懷的心情及社會支持系統被扣住的關係

劉修全（2004）指出，當個人有憂鬱心理時，如果社會支持系統能給予充分的保護，則能抒解悲觀的情緒。因著家庭關係疏離，缺乏親密關係，以及人際關係淡薄，對自殺企圖者而言，正式的社會支持是唯一能幫助降低孤立感及寂寞感的管道。

阿美在自殺危機時期，里幹事與社福中心社工分工家訪，陪著阿美一起哭，並家訪贈送水餃、母親節蛋糕及花束等，增強心理支持。因阿美一案結合許多網絡合作，故自殺防治中心自 2009 年 4 月成立後的第一個個案研討會即以阿美作為研討對象，探討社會福利資源對自殺高危險個案服務之影響，當時里幹事及社福中心社工都有與會參加。在會中一位專家提到電話追蹤的無效及社會支持系統的有效性：

「這個社工，她一直去家訪，什麼送水餃啊、什麼送花啊、蛋糕啊，……她說其實我們對自殺的個案做得就是要這樣子。不是說，欸，妳一直打電話去…妳打電話去，為什麼她還是要自殺？她不是幾月幾號妳這邊的紀錄又寫說她又要談要自殺，……妳的紀錄上她還是要自殺啊，如果打電話有效，為什麼她還是一直要自殺？那醫師是這樣反問那個 X 小姐（自殺防治中心組員）。……所以妳的打電話沒有效啊！那她為什麼會後來不自殺了？就是因為這個社工她去做了什麼這樣子。」（社工 A）

小林相當慶幸擁有感染科醫師、醫院社工（已於 2010 年 7 月調職）、以及社福中心社工的支持與陪伴，讓小林感到相當窩心。最重要的是因為對醫師及醫院社工承諾不會尋死，讓小林每次要採取自殺行動時，都得再三思考，深怕對不起關心自己的人。

「現階段給我的感覺是一切都很好，因為其實我一直很慶幸說，我比別人幸運。我遇到都是很好的醫師，很關心我的醫生，然後很關心我的社工。……可能我比別人幸運或怎麼樣。（對感染科醫師）我覺得這種感情是一種比親情還濃的那種感情。……我答應過我的感染科醫師，我說我會很堅強活著。……那其實，我到現在為止我還一直在找理由，要去說服他們三個。」（小林）

然而換另一個角度思考，觀察小林與社會支持網絡互動，可發現彼此關係間

的扣環，小林以自己不自殺為由得到社會支持網絡的關切，支持網絡也各自因為對小林自殺選擇有所影響而持續對小林予以關懷及提供幫助（如同一用餐、給予就醫車資、提供生活物資、經濟補助等），雙方的關係是相互扣住的。從小林的訪談資料中，小林的不自殺對支持網絡儼然是種討好關係：「因為重視承諾而未選擇自殺，如要自殺就要說服關心他的人」。而支持網絡對小林的要求則為：「我會幫助你，所以你不能自殺」。然而小林迄今仍以自殺意念在操控著社會支持網絡持續關懷及提供實質經濟補助，但小林自殺的念頭並未因為任何幫助而消失，那麼如此的協助策略要到何時才有結束的一天呢？

研究者亦回想與阿宏一開始互動時，阿宏陳述自己嘗試自殺的經過，坦露自己死了也沒有人會哭的疏離關係及憂鬱情緒，臉上看不到笑容，研究者當時以自己「個人」的角色關心阿宏，告訴阿宏至少有研究者關心他，會願意幫助阿宏面對難關，請阿宏努力活下去。研究者發現，這樣的社會支持模式確實讓阿宏（以及其他研究者曾協助的自殺企圖者）「暫時」不採取自殺行動，但這樣的互動關係也讓阿宏將情感歸屬轉向研究者一人，在會談中不斷重複地述說自殺意念及得到研究者的關懷，並於會談結束領取實質幫助。然久而久之，讓研究者喘不過氣而急於逃離這樣的非專業關係。當研究者嘗試回到社工的專業角色，告知阿宏往後僅單純協助經濟問題，請阿宏向自殺防治中心及諮商師抒發情緒時，阿宏才逐漸減少與研究者的互動，僅至中心領取生活物資及申請生活補助。

數月後，阿宏兩度服藥自殺，第一次阿宏事先以簡訊通知研究者，研究者當下通報自殺防治中心追蹤，第二次阿宏在某公園服藥後以電話向研究者道別，經路人緊急送醫治療後於精神科病房住院。在阿宏住院期間，研究者曾到醫院探視阿宏，見到阿宏的笑容並分享其找到活著的興趣—閱讀歷史書籍：「我現在唯一的讓我自己還能維持的，就是剩下看書了。（阿宏）」然而，雖然阿宏找到人生興趣，也持續接受精神科門診及心理諮商，並有低收入戶生活補助的經濟支援下穩定生活，然在研究者為本次研究訪談阿宏時，阿宏再次提到給自己半年的突破期，如果沒有辦法達到則已有存藥準備再次服藥自殺。本研究發現，自殺防治網絡的協助只能幫助自殺企圖者暫時度過目前現況，其自殺意念總是存在不會消失，「自殺」仍是自殺企圖者不會放棄的一個手段或目標。

### 三、以自殺行動受阻原因影響周遭支持系統背負的壓力

三位受訪的自殺企圖者在本次訪談中皆提到自己在自殺行動時被中斷的原因，可分成偶然的中斷者及同住家人的警覺性兩種，然而自殺企圖者的述說卻對自殺防治網絡造成一種「要在緊急時候關心他」或是「我一定要隨時注意他」的心理壓力。

#### （一）偶然的中斷者：

阿宏在第一次自殺時，帶著童軍繩騎車前往陽明山找上吊處，已經找好了地點準備上吊時，「然後剛好我國中同學打電話給我。……那後來同學他說不要這麼輕生啦！那他說還在，他說你還可以再試試看嘛，或者還可以讓自己的生活改善比較好一點。然後就是因為那樣子，所以我就下山。（阿宏的第一次自殺）」

小林則是兩度被感染科醫師來電中止自殺行動：

「我的感染科醫師，在我要做這件事情（指自殺）的應該是前幾個小時……，他有事情要跟我說，叫我要立刻回去，所以說，湊巧吧，那一次被擋掉。（小林的第一次自殺）」

「我就已經準備要做那件事，……我一聽到感染科醫師第一句話的時候，我整個人崩潰，我整個人大哭，……然後我信心又毀滅了。（小林的第二次自殺）」

但阿宏及小林這樣的分享，似乎讓其社會支持系統承擔著在自殺企圖者要自殺時的關鍵通話，亦即呈現「因為你們來電關心我，我才沒有自殺」的訊息。因此當阿宏及小林透露自殺訊息時，也操控著社會支持網絡「應該」要電話關心或給予更多支持。從社工 B 受訪資料得知，小林某次主動坦述週末要自殺，並告知會先到公墓向母親及男友道別，社工 B 當時焦慮的思考是不是利用週末到公墓攔住小林？爾後當小林再次前來求助時，社工 B 即協助小林申請短期的生活救助。由此看來，自殺企圖者的自殺訊息透露的訊息似乎並非告知自殺意念，也可能是一種期待社會支持系統要對其提供什麼幫助的訊息。

#### （二）同住親人的警覺性

阿美的三次自殺行動地點皆為家裡，因小兒子察覺阿美當天與平常的態度相異，特別留意阿美的舉動，在小兒子警覺下而阻止阿美的自殺行動。

「其實我那天就已經都沒講話這樣，他（小兒子）覺得我怪怪的，他可能就在注意我。……結果他（小兒子）就去後面我們那個後窗都拉開，看到都是煙，趕快打電話（報警）。」（阿美的第一次自殺）

「（第一次自殺後的稍晚，第二次自殺）那時候我兒子他就又突然起來，然後又去開窗戶，然後窗戶打開。…然後空氣就流通了，然後我就慢慢醒過來。」（阿美的第二次自殺）

「然後我就想說帶他（小兒子）走。……我想說他睡覺了，然後他就這樣：『媽，妳在幹嘛？』我嚇了一跳，結果就不成功了。」（阿美第三次自殺，準備攜子自殺）

然而，小兒子為智障者，對阿美三次的自殺舉動感到焦慮而不知所措，開始敲阿美的房門擔憂阿美再次燒炭自殺，或是踢著阿美躺著的沙發怕阿美一睡不起，小兒子的行爲嚴重影響阿美的睡眠品質，造成阿美更大的精神負擔及損耗，但家人的自殺行爲也確實帶給同住的家人許多的擔憂及壓力。

### 參、本節總結

研究者統整三位自殺企圖者圖像，三位自殺企圖者都陳述自己過往的生活相當辛苦，以及努力的結果仍是讓自己受苦，但這表面的描述背後發現自殺企圖者的負向思考模式及抗壓性較低，自殺企圖者以「你不要管我，讓我自殺就好」的態度，進而塑造出「是你要我活下來的，所以你要幫我想辦法」的互動模式，操控著社會支持系統。此外，從以上特性分析顯見自殺防治網絡（尤其是社福中心社工）面對自殺企圖者時，不時被測試專業關係的界線，被自殺意念所威脅，承受的壓力甚大。

## 第二節 自殺企圖者之求助歷程

本節探討三位自殺企圖者向里幹事、自殺防治中心、及社福中心的求助歷程，對照自殺企圖者與自殺防治網絡的互動經驗，並從自殺企圖者的求助態度、服務密度、服務內容、對自殺企圖者的情緒反應等面向進行分析比較。

### 壹、阿美的求助歷程

阿美著手自殺行動，被身心障礙的小兒子打電話報警求助，獲得媒體的關注，成為重大事件由臺北市政府推動自殺防治網絡予以協助。阿美最初接觸里幹事，之後自殺防治中心及社福中心幾乎同一時間介入，以下說明阿美的求助歷程：

#### 一、民政系統—里幹事的介入

社工與里幹事講好一同家訪，且為了增加訪視頻率，兩人區分不同時間家訪，以增加陪伴阿美的時間，降低阿美的自殺念頭。里幹事在訪談過程中，為了讓阿美瞭解人生還有願景可以期待，不要急著自殺結束生命，提醒阿美：

「我故意說：『我要看到你做阿嬤（台語）』，啊她就好開心。我就用這種方式去把她引出她能夠有再生的力量，然後會想到有什麼遠景啦，我就說：『妳已經很好了，妳可以反過來幫忙你的兒子，妳當阿嬤照顧孫子（台語）』，她就笑得很開懷那樣子，就臉色都不一樣。」（里幹事）

然阿美在失業的同時，小兒子的情緒狀況也越來越嚴重，阿美不得以離開家暫時喘息一會兒。里幹事得知阿美離家後，一直電話聯繫阿美，希望能藉由抒發阿美的情緒，減低自殺危機：

「她兒子會打電話給我：『里幹事我媽媽跑出去了！』，因為他很直覺他媽媽不回來，因為媽媽會講：『死給你看（台語）』，所以他會很緊張打給我。那我就趕快去。我那時候有點害怕，可是我又不知道怎麼辦，因為我外行啊，求助於專業（問自殺防治中心組員）：『我現在也很怕，他媽媽跑出去，我怎麼辦，啊我如果面對她，我怎麼講？面對她兒子，我怎麼講，啊我怎麼樣保護自己啊？』」（里幹事）

里幹事認為阿美的現況是不定時炸彈，隨時可能在社區中引爆，便與社福中



心社工及自殺防治中心組員討論醫療介入，認為唯有如此才更能積極處理阿美自殺行爲，但實際卻造成處遇中斷的窘境：「從她那一次（強制送醫）以後，我就都沒有聯絡。……因為本來阿美很信任我，我講什麼我覺得她都會聽。……就說醫療這個線這樣一斷掉之後，我說，我真的沒有遠景可以做。（里幹事）」

強制送醫的手段使用，是個很冒險的工作，也可說是處遇上的陷阱：「就是強制（送醫）那天里幹事在場，她覺得里幹事沒有幫她，所以她對里幹事很生氣。……她跟里幹事那邊就沒有再接觸這樣子。（自殺防治中心組員）」

里幹事處於自殺企圖者所居住的社區，能就近給予關懷及運用區公所資源，然而里幹事對自殺防治訓練較為缺乏，專業度不足，且里幹事在社區中配合自殺防治中心組員以電話遙控指揮亦有怨言。

「她（里幹事）又一直打來跟我抱怨說那個自殺防治中心那個X小姐，叫她那個幫她做那種眼線喔，她就講形容說我做你的手、我做你的腳，都沒關係。結果妳什麼都不來，都怎樣怎樣，反正她就一直一直罵。」（社工A）

里幹事從阿美自殺危機之時積極介入案家，關心阿美，連結小兒子及鄰居幫忙留意阿美的動靜舉止，並與社福中心社工分工家訪頻率，和自殺防治中心及松德院區醫師搭配合作進行強制送醫。然因阿美拒絕住院，里幹事認為缺少醫療介入後所有一切都無法執行，且此舉已破壞阿美對里幹事的信任感，里幹事只能無奈終止對阿美的一切協助。阿美雖得到里幹事申請急難救助金及食物券<sup>30</sup>的幫助，但自認獲得工作機會才是最終解決之道：「她聽一聽啊，然後我以為她會幫忙找工作，也沒有啊。她說好，我們來幫妳慢慢找，也沒有啊！（阿美）」里幹事辛勤的付出只讓阿美覺得：「對啊，她就是嘴巴關心這樣。（阿美）」有點徒勞無功的結果。

然而里幹事在阿美危機事件中發揮在地性的功能，不但就近關懷阿美，請鄰居觀察阿美家的行動私下通報里辦公室，且處理鄰居對阿美家的負面觀感，讓阿美得以在該里生活，並與自殺防治中心、臺北市立聯合醫院松德院區合作進行強制送醫，亦給予阿美實質的經濟補助，確實在自殺危機期間發揮自殺防治功效。

---

<sup>30</sup> 馬上關懷急難救助針對有急難事實之家庭亦同時發放全家便利商店食物券，讓弱勢民眾以禮券換取食物。

## 二、自殺防治中心的介入

自殺防治中心接獲的通報內容僅有阿美姓名及地址，組員趕緊聯繫當地里幹事獲得阿美的聯繫方式，以電話聯絡阿美，評估自殺危險性及給予關懷。

「她（自殺防治中心組員）電話來就問：『怎樣，有沒有比較好啊？』有什麼事情跟她們講啊？.....就講說問我：『最近好不好？』我說：『還好啊，沒事啊。』『好好好，那就好了。』我就說：『謝謝啊，掰掰。』.....她那時候滿常打電話給我。」（阿美）

當阿美自殺意念強烈之時，常接到自殺防治中心來電關心，阿美也透過電話抒發，組員評估阿美有明顯的憂鬱症狀，但阿美不願就醫治療也拒絕諮商，故組員安排松德院區醫師到宅評估<sup>31</sup>。醫師見阿美不斷哭泣，評估有強烈的自殺意圖，請在場的里幹事聯絡警消安排強制送醫。然經過一場奮戰讓警察及消防人員<sup>32</sup>強制將阿美送往松德院區後，阿美表明拒絕住院，醫師評估阿美並非嚴重病人不符合強制住院標準<sup>33</sup>，故阿美於醫院急診室觀察24小時<sup>34</sup>後隨即出院。阿美對被強制送醫一事感到相當生氣，不但事後對松德院區醫師提告，更對自殺防治中心組員及里幹事相當防備。

「我就跟她（自殺防治中心組員）講說不要再聯絡了。.....我就說：『都是你們害的，害我被綁去那個市立療養院（松德院區之舊稱）。』」（阿美）

「她當下很生氣啊，然後其實後來她對我很防備。.....我就說『我要去妳家妳來看看妳啊！』，她都會說：『妳不要來。』.....她很擔心我把她送到醫院去這樣。.....她強烈拒絕我再去打攪她。就是她後來出院之後，然後就是跟她聯絡過幾次，她後來就是跟我講說：『喔，我沒事了，妳不用再打給我。』她剛開始

<sup>31</sup>精神衛生法第二十條第四項：病人情況危急非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞者，準用前三項之相關規定。

<sup>32</sup>精神衛生法第三十二條第一項規定，警察機關或消防機關於執行職務時，發現病人或有第三條第一款所定狀態之人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理；除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫。

<sup>33</sup>精神衛生法第四十一條第一項：嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院。嚴重病人之定義為第三條第四款：指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。因此強制住院標準需符合嚴重病人的身份，且達第四十一條第一項規定。

<sup>34</sup>精神衛生法第四十二條第一項規定：緊急安置期間，不得逾五日，並應注意嚴重病人權益之保護及進行必要之治療；強制鑑定，應自緊急安置之日起二日內完成。經鑑定無強制住院必要或未於前開五日期間內取得強制住院許可時，應即停止緊急安置。

其實還滿婉轉的，可是妳再打過去，其實她會說：『妳不要再打給我了啦！』就是，她就是強烈拒絕關懷了。」（自殺防治中心組員）

自殺防治中心組員後續評估：「我覺得她後來就是確實她的自殺風險也確實有在降低，是因為她找到工作了，然後經濟上面有一個舒緩，然後那時候其實她的危險評估確實是降低了。……現在有一個就是精障的個案，再繼續追蹤她這樣子。（自殺防治中心組員）」故結案處理。

2010年4月，因阿美再次與小兒子起衝突而離家，由身心障礙者社區資源中心（負責身障小兒子的社福單位）通報至自殺防治中心，組員為此再次聯繫阿美，並藉由關心小兒子的名義與阿美第一次面談：「她一直套我有沒有那個（自殺）念頭。」（阿美）

阿美瞭解自殺防治中心的來電或面談都是詢問自己的自殺意念，但阿美的自殺意圖來自於生活現實的壓力，這些都是自殺防治中心無法給予幫忙之處，故阿美對於自殺防治中心的追蹤都是簡單回應。

「反正她那時候打電話來安慰我，我就是『謝謝』這樣。因為我得不到...我真的...要需要人家幫忙我的那種，我根本就...她們用電話講的，根本就沒有辦法，得不到幫忙。」（阿美）

「我們沒有辦法實質給錢、給工作的這個部分，我覺得這是最大的困難。……有些個案會抱怨說我們只會打電話，只會問我好不好，只會來看我，然後看我也沒有給我錢，也沒有帶錢來。」（自殺防治中心組員）

### 三、社政系統—社福中心的介入

因媒體報導，社會局交辦案件給社福中心處理。社福中心社工第一次家訪長達四小時，起初阿美很抗拒接受任何幫助，阿美也不願意深談，不想再做努力，想要藉由自殺「解脫」，不想繼續疲累的過生活。社工以阿美自殺會影響到長子與次子的工作為由，才真正讓阿美願意面對現實再做努力。社工評估阿美再次自殺的可能性很高，但工作機會一時不易尋求，故社工決定先幫阿美申請立即性的生活救助，一來幫助案家的經濟狀況，二來獲得阿美對社工的信任，以利後續的工作計畫。

「她還是很灰心，然後就還是覺得她要走這樣，就一直說叫我們不要再來了，她會再找時間帶著她兒子一起走這樣子，就我們要走的時候她還一直這樣講這樣的話。……然後我就幫她申請馬上關懷。所以好像訪談完的第三天吧，就拿一萬塊給她了。她就覺得我效率超快的……所以她就比較相信我一點點。」(社工A)

在初步協助阿美減輕經濟壓力後，社工嘗試處理阿美的自殺念頭。社工提議陪伴阿美到醫院就診，但阿美拒絕。因案家有許多佛珠及經書，社工介紹法鼓山師姐一同訪視，想引進法鼓山資源邀請阿美參與佛法活動。然阿美總以小兒子身體不適為由拒絕參加活動或走出家門。這位師姐曾帶著熱騰騰水餃給阿美吃，於母親節帶蛋糕及花束送給阿美，持續表現關心。社工也多次家訪：「我自己覺得(阿美)就很像憂鬱症患者這樣，很down這樣子，拉不回來，你要很努力的陪著她哭，哭完再慢慢把她回來，然後再鼓勵她，所以這要花很多時間在她身上。……所以每次去我也覺得很累，因為要一直安慰她，又要一直鼓勵她，覺得好像有點希望了才能離開這樣子。(社工A)」

接著社工與就服個管站聯繫，就服個管員回應可媒合就業，請阿美主動到就服個管站求職。社工為此多次溝通突破藩籬，說明阿美連家門都不願意離開又怎麼會願意前往就服個管站？且阿美對就服個管站已有許多負面觀感，根本不可能會願意再到就服站求職。為了將就業資源引進案家，社工打了數次電話才成功說服就服個管員一同家訪，並透過社福中心與阿美建立的信任關係，讓阿美簽署臨時工作津貼的申請。

「因為她(阿美)的就業問題還是在，她(社工A)希望我們能夠去處理…。後來我就決定那我還是花個時間過去看一下。……她(阿美)就是給我一種感覺，她就是對這一份東西(臨時工作津貼的申請資料)不相信。就是她不認為，這個有用，類似這樣。然後師姐就跟她說：『人家好意都來這裡啦，妳簽了對妳也沒有什麼傷害，妳就等等看嘛！』……我覺得社工真的可能有幫到她一些忙，所以她比較願意聽。」(就服個管員)

除了就服站提供的資訊外，社工也積極提供就業資訊，並說服阿美走出家門，到圖書館學習打字及上網投履歷，阿美此舉對社福中心社工而言，是成功的一小步，社工也藉機鼓勵阿美，只要積極努力，就會有所回報。社工評估阿美已積極

尋找就業但暫無工作收入，協助申請短期生活救助舒緩阿美扛在肩上的經濟壓力。

「她（社福中心社工）會讓你覺得說，她就是確定你說你已經得到幫助了，這樣子。……像我之前那個情況，就趕快申請補助，就趕快通知我說補助已經申請了，什麼東西下來，至少，意思是說比較心安一點。第一個我們要先煩惱錢嘛，畢竟我們要過日子嘛，一定是錢嘛，對不對。」（阿美）

終於，阿美於2009年6月及7月順利取得兩份工作，阿美再度靠自己的力量維持家計，心情也比較好了。

「社福中心真的做得很好，因為我覺得那個社會資源、社福資源，真的幫忙很多啦。因為你看你們碰到那個個案，你們去幫忙，應該都有得到幫助這樣。」（阿美）

「她（社工A）真的資源很多，而且她知道該如何去協助她，我覺得她真的很棒，也很有愛心。她會去找路給人家走，不會說你問什麼就這條路，她會覺得這條路不通，就找其他路走。因為她也是瞭解個案，也很用心去知道個案在哪裡，去幫她解決，我覺得她是真的在幫她解決，不會你一問一答。」（里幹事）

## 貳、阿宏的求助歷程

### 一、民政系統—里幹事的介入

里幹事最先得知阿宏的危機情形，緊急協助阿宏申請急難救助金及食物券，舒緩阿宏面臨的經濟問題，並通報自殺防治中心進行後續關懷。

### 二、自殺防治中心的介入

阿宏在某次嘗試上吊自殺的隔天，接到自殺防治中心來電關心，阿宏也會主動尋求自殺防治中心的協助：「去（2009）年6月的時候，幾乎我有問題我都打電話給她（阿宏）」。自殺防治中心組員將阿宏一案轉由同屬於自殺防治中心的社區關懷訪視員（以下稱訪視員）進行關懷，訪視頻率從最初每週定期家訪調整為每兩週訪視一次，持續關心阿宏的近況：「她只是來看看我啊，怎麼樣，以我的角度來看，假設我是一個，我當朋友一樣來看看你，就這樣子而已。……她（訪視員）幾乎...剛開始是每個禮拜都會來跟我聊一聊。……我只是比較客氣的，妳既然要來妳就來。……就是我並不會特別想要跟她談那些事情。……我變得我要

應付她。……講比較不客氣的，專業問題。（阿宏）」

自殺防治中心訪視員有幾次訪案帶著同事一同前來。因為多了一個不熟悉的人，阿宏顯得更不願意談自己私人內在的部分，著墨談論最近閱讀的書籍等比較外在的部分。

「她偶爾會帶別人。那我這個人是不太喜歡，你今天帶一個不是熟的，我就會談把話轉到別的。……這中間一年啦，她總共大概有過四個人來走過。……不要把每個人都來，好像我是一個動物園。……我倒是不會講什麼啦，但我心裡上的感覺就是不一樣『那ㄟ安呢？（台語）』、『怎麼會今天又換一個（台語）？』」（阿宏）

### 三、社政系統—社福中心的介入

阿宏接到生命線專責人員通知可以與社福中心求助，阿宏便立刻聯繫社福中心。社工（即研究者）與阿宏面談，瞭解阿宏自殺動機及需處理事項。社工協助阿宏的租屋費用、提供美食券、以及給予關懷支持，成為阿宏的重要他人。阿宏幾乎天天到社福中心報到，重複述說起伏的心情，甚至曾要求社工不要給予幫忙，讓其自我了斷就好。社工總與阿宏會談至少一小時，希能抒解阿宏憂愁的情緒。但幾次會談後，社工評估阿宏有許多負面思考，對人生無望，社工要求阿宏到醫院就診，藉由藥物舒緩憂鬱的情緒，並提供心理諮商資源，希能幫助阿宏內在力量的增強。

當時社工為了將阿宏轉介到心理衛生中心接受諮商，除了填寫複雜的轉介表外，在心理衛生中心要求下，社工請阿宏向醫師取得建議接受諮商的醫囑。在好不容易備齊所有資料後，心理衛生中心向社工回應因阿宏有自殺傾向，故分工由自殺防治中心提供諮商服務，然前前後後的聯繫與等待結果耗費了三週，社工也在這段時間獨自支撐阿宏的負面情緒，壓力相當沈重。

在社工強烈建議之下，阿宏表示願意嘗試接受心理諮商。所幸第一次的心理諮商經驗讓阿宏覺得很有幫助，故阿宏在往後的一年，幾乎每週都接受一次心理諮商。

社工協助阿宏申請低收入戶，讓阿宏以社會救助生活補助支付房租及生活開

銷。但一開始申請結果的生活補助額度不足以支付房租費用，阿宏每月遇到房租支付之時，都至社福中心詢問不足的部分之處理。社工數次協助阿宏向民間單位申請生活救助，讓阿宏得以維生，並每週提供美食券，讓阿宏得以溫飽。然而需依賴社會福利維持生活讓阿宏覺得自己很無用，阿宏於2009年11月兩度服藥自殺，社工接到阿宏的簡訊及來電後立即通報自殺防治中心。阿宏第二次自殺後住院治療，社工與醫院社工討論後續工作方向，取得醫師開立的醫療診斷書，協助阿宏的低收入戶提高等級，增加生活補助，足以支付房租開銷及生活費。

「我幾乎我這段時間都是妳們在幫我。……我的補助，還有一些比較有關於我比較不懂得東西。……其實我不懂的，都找電話來找妳。……我覺得，妳們社會局真正做事比較多。雖然說可能不是說，以妳們來講，可能不是說來談什麼事情，可是妳們是真正的實際的在做事。我個人的感覺啦。假設我來講，比如說一些補助啊各方面。」（阿宏）

## 參、小林的求助歷程

### 一、社政系統—社福中心的介入

小林在男友去世後，開始打工賺取收入，但因工作不穩定導致小林生活面臨困難。小林在醫院社工的建議下主動向社福中心尋求協助。社福中心社工提供急難救助金及給予生活物資。

「她不僅關心你的生活，甚至會關心你所需要的那種資源。……每次來找社工，……社工偶爾會加一句，那你的食物還有沒有？你罐頭還有沒有？這樣子。……你知道那個那種感覺會是覺得很窩心。」（小林）

小林也會跟社福中心社工分享許多與男友的回憶。小林透過信紙，書寫對男友的想念及過往的美好時光，當小林心情不好的時候，會找社福中心社工聊一聊，抒發心情，小林覺得社工是個很好的聆聽者。

「他常常就是三不五時會拿他寫給他男友，對他男友思念的信會拿來跟我分享，或者是他會分享他男友以前的網址，就是後來有段時間除了經濟協助，他好像把我當作是一個可以訴說的對象吧。」（社工B）

「我會想找她講話，講心裡的話，所以說我常來找她。她是一個很好的聆聽

者，……我覺得她是一個垃圾分類的垃圾桶，那種在心情部份，她可以很仔細去聆聽、吐露那種不平呀！」（小林）

社福中心社工感受到小林有強烈情緒抒發的需求，故與小林討論轉介心理諮商，讓小林增加一個情緒抒發的管道。

「因為其實他有透露自殺這個念頭，我就有轉諮商了，我就覺得他很需要談。那我自己知道我的工作沒有辦法花這麼長時間跟他談，那我覺得穩定有個諮商對他情緒會有幫助。」（社工 B）

「甚至她那時候知道我心情不好，……精神狀態很不好，她主動跟我提說她知道有什麼心理諮商，她可以幫我轉介。」（小林）

當 2010 年 6 月底開始，小林受到謠言（鄰居以為小林吸毒）影響，覺得人格受到污衊，心裡非常受傷，再加上醫院社工於 2010 年 7 月調職，小林少了一位重要他人的支持，讓小林再次衍生強烈的自殺企圖。小林並至社福中心向社工告知要自殺的行動。社工結束會談後，立即通報自殺防治中心。

社工爲了瞭解其他網絡對小林的評估及處遇方向，開始串連相關網絡，包含醫院社工（原醫院社工已調職，由另一位社工接替）及住宿機構社工，討論著對小林的工作計畫。然而其他網絡想要求小林更加獨立，相對之下社福中心社工對小林的幫助被稱爲「過於保護」，彼此評估步調不一致，致使小林較敢將自己的想法向社福中心社工透露，社工因而成爲小林與其他網絡互動的窗口。

目前社工仍持續擔任小林的聆聽者、資源媒合者、及經濟補助者，但小林仍然找不到活著的存在感及意義，情緒的起伏及負面思考強烈影響著小林對人生的絕望。因爲感染科醫師有固定門診，小林只能在門診時對醫師吐露心情，且醫院社工調職後，小林又少了一個傾訴對象，使得社福中心社工在小林心中扮演的角色更加吃重。

## 二、自殺防治中心的介入

社福中心社工通報自殺防治中心告知小林有強烈自殺企圖時，當晚自殺防治中心立即主動聯繫小林。



「我跟他聊完四十分鐘以後，我覺得很好笑，因為他完完全全沒有幫助到我，……因為就變成說有點雞同鴨講。……我那時候我就已經很火大、很氣憤了……他永遠問我的是什麼：『你想自殺，那你會選擇用什麼方式？那你為什麼會選擇這種方式？』他永遠是在爭論在你自殺的這個點。」(小林)

小林更覺得自殺防治中心：「說實在的他們真的沒有辦法去 touch 到我的內心，沒辦法讓我把事講出來，沒辦法讓我把一些事情一五一十告訴他，我不想浪費他們的時間，也不想浪費我的時間。……那假如只是要叫我不自自殺，那我會覺得你完完全全不了解我，那你要怎麼去規勸我不自自殺呢？(小林)」以致於小林自接過兩次電話後，再也不願接聽自殺防治中心的來電。

「他(自殺防治中心)就說他在從7月底到現在8月底之間的一個月，……案主就沒有再接過了。……然後他就是來問我說：『這個案主最近他有出現嗎？還好嗎？』這樣子。然後其實我還是跟他交代，講了一遍。(社工B)」社工對於自殺通報後，自殺防治中心並未成為共同合作的夥伴，反而變成增加社工重複訊息的負擔，社工感到相當疑惑及無法理解自殺防治中心的定位：「那他們好像目前的定位好像就是說那我還是會願意持續去追蹤這個個案，有沒有後續自殺，可是會找不到那個能著力的點，感覺只是確認他有沒有做這個行為而已，其他能夠在積極做的事情……我有點找不到他的定位啦！(社工B)」

#### 肆、比較自殺防治網絡協助情形

研究者茲將三位自殺企圖者與里幹事、自殺防治中心、及社福中心求助歷程以下列三圖呈現。

圖4-4 阿美與里幹事、自殺防治中心、社福中心求助歷程圖

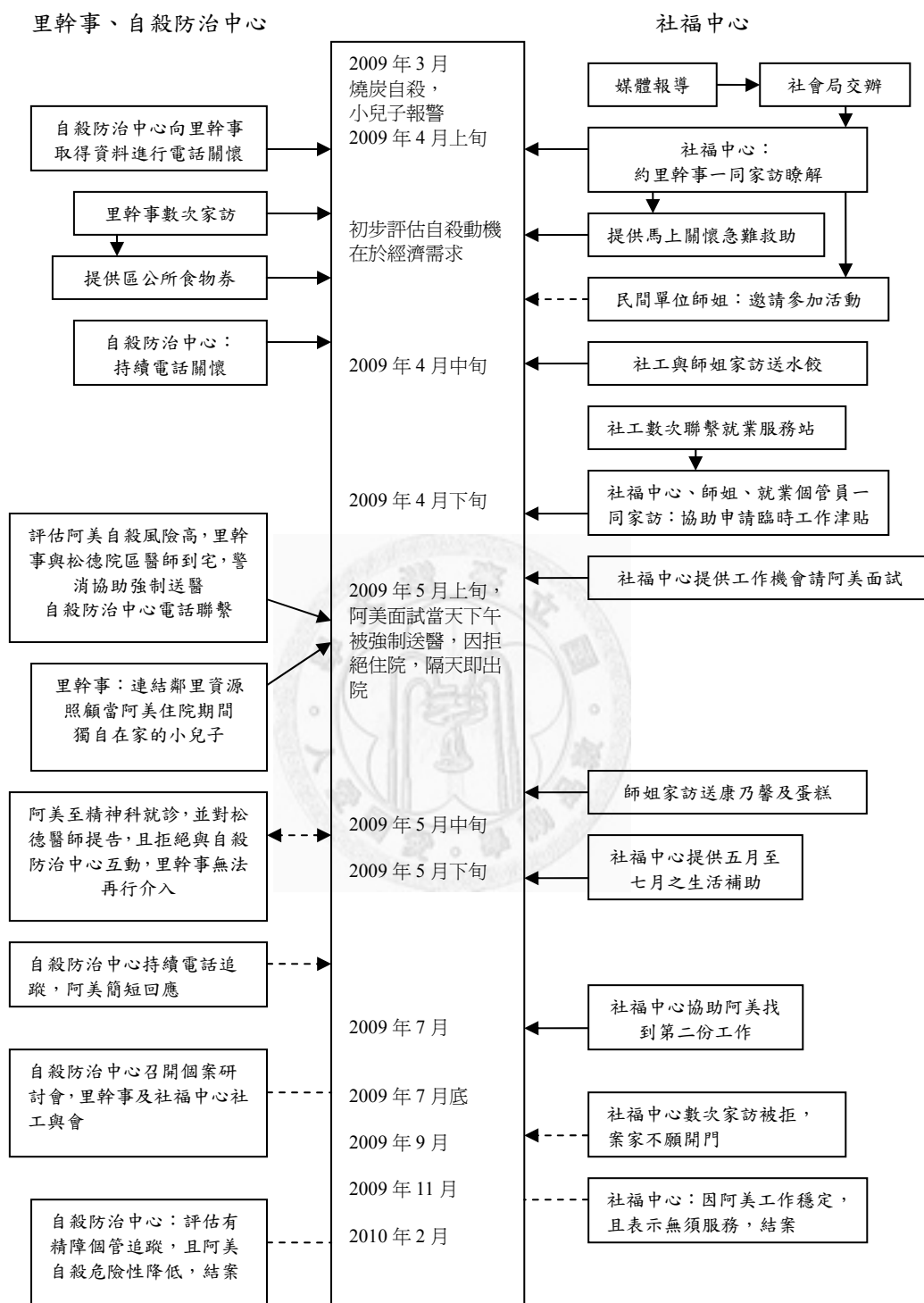


圖4-5 阿宏與里幹事、自殺防治中心、社福中心求助歷程圖

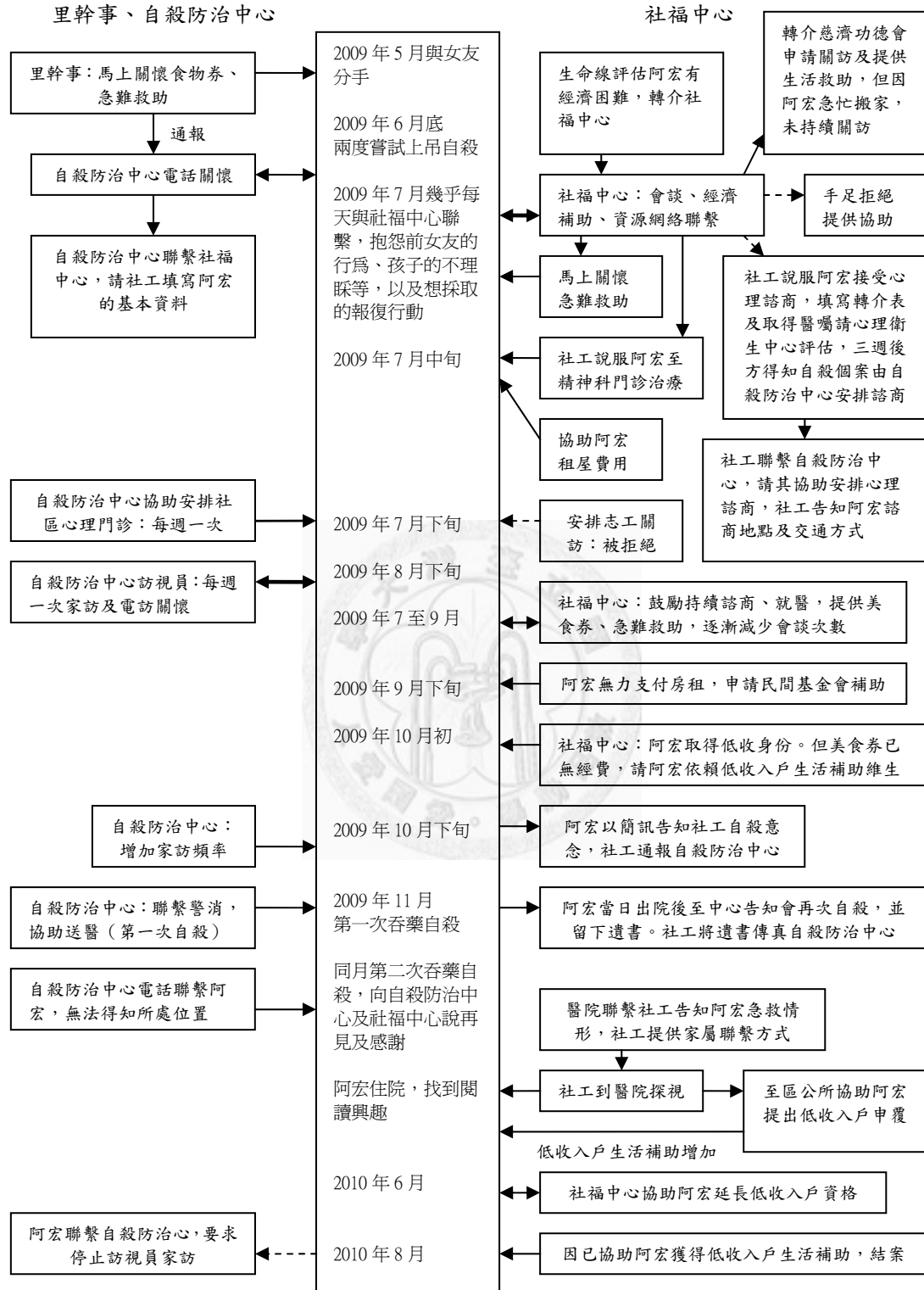
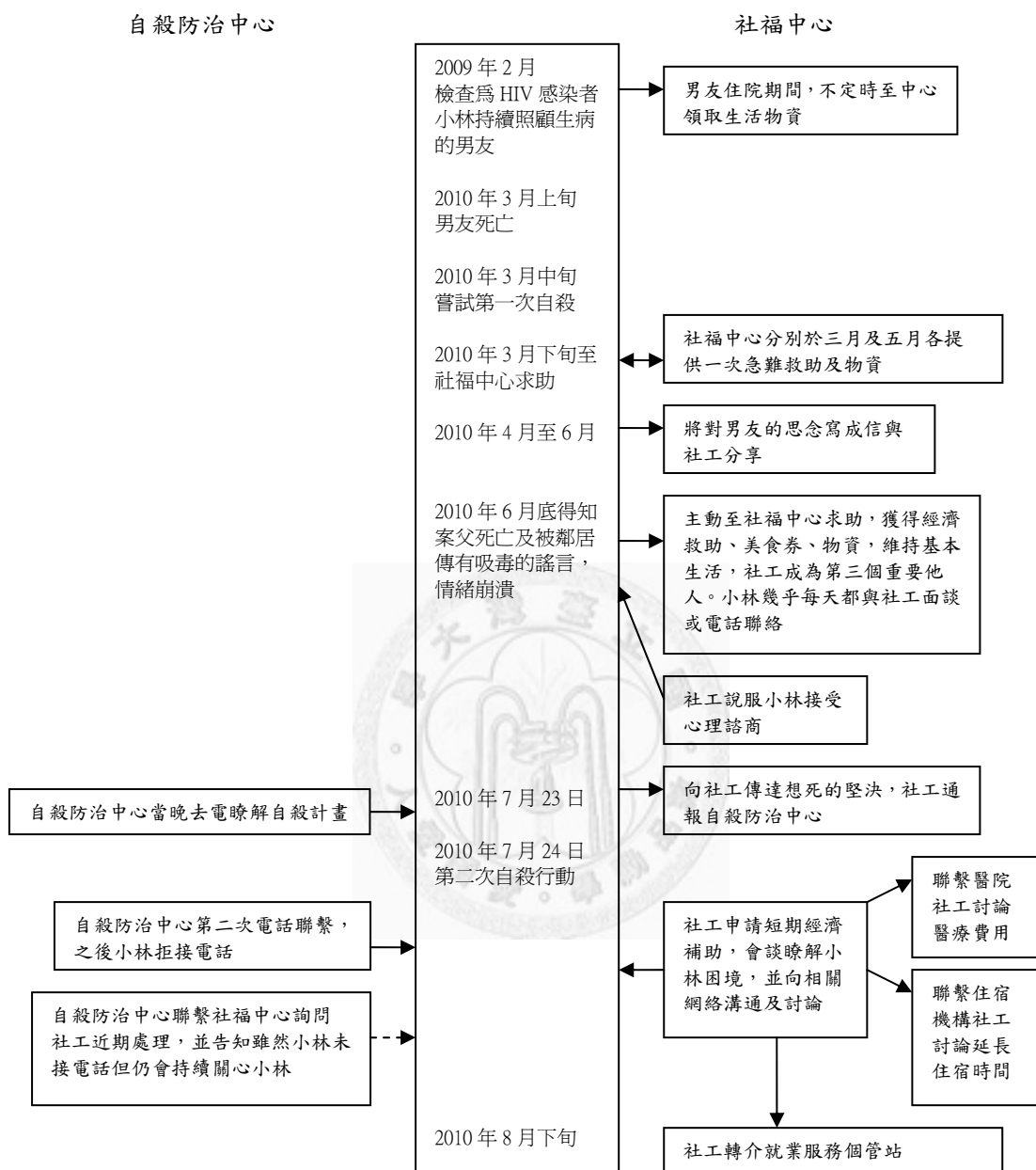


圖4-6 小林與自殺防治中心、社福中心求助歷程圖



從以上三圖的描述及前段三位自殺企圖者之求助歷程，分成自殺企圖者的求助態度、服務密度、服務內容、對自殺企圖者的情緒反應等面向進行分析：

一、自殺企圖者求助態度：

三位自殺企圖者較主動向社福中心抒發憂鬱情緒及自殺意念，以及表達生活現實的困境，大多被動等待自殺防治中心的來電關懷。僅有阿宏曾在自殺危機初期主動聯繫自殺防治中心組員。

## 二、服務密度：

比較上列三圖左右兩邊的服務情形發現，社福中心協助三位自殺企圖者的服務頻率較高，協助內容較多元，尤以自殺危機初期的接觸最為頻繁，自殺企圖者幾乎天天至社福中心報到，社工在自殺危機處理過程中投入的時間也相對較多。

自殺防治中心則以電話追蹤為主，唯有阿宏接受訪視員之定期關訪，追蹤時間較長也較頻繁。

## 三、服務內容：

自殺防治中心主責追蹤自殺企圖者的自殺意念，瞭解是否有自殺計畫，以評估其自殺的危險性，並協助安排強制送醫或緊急救援等任務。自殺防治中心曾在危及生命時刻安排警消送阿宏急診治療，且也在三人心情沮喪有強烈自殺意念之際主動電話關心。

社福中心提供的服務較為多元，除發揮經濟補助的實質幫助外，亦協助提供就業機會、媒合就業服務個管站、協助轉介心理諮商、說服自殺企圖者至精神科就診、擔任網絡溝通窗口、及通報自殺防治中心等，故不僅抒發自殺企圖者的自殺意念，亦幫助自殺企圖者面對現實生活的困境。

## 四、面對自殺企圖者的情緒反應：

研究者在訪談過程以及分析訪談資料發現，里幹事與社福中心社工明顯對於自殺企圖者的自殺可能性感到非常焦慮及擔憂，里幹事曾晚上陪伴阿美到十二點，且在聯繫不上阿美的時間，里幹事在案家苦苦守候，擔心阿美尋短。社福中心社工則相當擔心小林的自殺行動，情緒總是被自殺企圖者牽引著，甚至曾為此哭泣。但反觀自殺防治中心組員及就業服務個管員較難從文字或訪談過程中探知其對自殺企圖者的情緒反應，著墨於該單位的工作任務，儘管自殺企圖者對其露出明顯拒絕的態度，組員及個管員仍表示會以「制式」的作業流程持續進行，感受不到「擔心」自殺企圖者採取自殺行為，或是「疑惑」為何與自殺企圖者的互動模式無法更進一步等。

## 伍、小結：

本研究受訪之自殺企圖者同時面臨經濟及心理困境，其求助行為都有「需求」

存在，尤以實質幫助為主，而社福中心擁有經濟資源，故三位自殺企圖者皆會主動向社福中心求助或接受社工的訪視，從中獲得經濟需求的滿足。然而，三位自殺企圖者亦有心理情緒抒發之需求，自殺防治中心的角色能夠給予關懷，但三位自殺企圖者為何與自殺防治中心的互動經驗較為負面？例如小林明顯有大量情緒抒發需求，經常至社福中心找社工會談，但卻拒絕自殺防治中心的來電關心，難道單純因為自殺防治中心「touch 不到內心」嗎？而阿宏在自殺危機初期幾乎每天到社福中心找研究者會談，但卻認為跟志工聊天是浪費時間，難道真的是因為社工比較溫暖、具同理心嗎？還是因為社工握有實質幫助的資源呢？就像阿美所說：「他們（自殺防治中心）用電話講的，根本就沒有辦法，得不到幫忙。」

此外，從求助歷程發現，併經濟困難的自殺企圖者較願意遵從社工的處遇計畫和建議，接受心理諮商及至精神科就診，也主動配合社工訪視及電話聯繫，應該也與社工常能給予經濟補助或物資，可實質給予幫助有關。因此，倘若自殺防治中心的角色仍以資源整合及轉介為工作原則，不另增加實質補助的功能，如此一來，社福中心成為自殺防治網絡中主要處理併經濟困難的自殺企圖者的重要單位，成為自殺企圖者「拉著的那條線」。

### 第三節 兩大自然自殺防治網絡之角色功能及合作困境

本節探討兩大自然自殺防治網絡在協助自殺企圖者的過程中，各自的角色及功能、所受的專精訓練、及對其他網絡的期待等面向進行分析。最後探討兩大自然自殺防治網絡的合作困境。

#### 壹、界線分明的自殺防治中心

自殺防治中心為臺北市政府主責自殺企圖者的中心單位，接獲自殺通報進行篩選及分案。本研究發現自殺防治中心接觸自殺企圖者的過程中，工作內涵如下：

##### 一、明確的工作界線和角色定位

自殺防治中心自成立起便立基於整合各局處及民間資源以協助自殺企圖者。因此倘若接獲自殺企圖者之通報，自殺防治中心除提供關懷外，亦評估自殺企圖者之需求，轉介至臺北市政府各局處尋求協助：「我們希望我們的角色是放在跨資源，就是當個案他有很多的需求，……做一個跨局處資源的整合。（組員）」轉介後，自殺防治中心仍追蹤一段時間確認自殺企圖者的情緒起伏是否影響自殺意念：「不是只關心他是不是已經找到工作了，而是關心說，透過他找工作的情況，來看看他會不會因為這樣的事情而有心情上的變化。（組員）」

除資源轉介的功能外，自殺防治中心編制組員及衛生署委辦計畫的訪視員，以電訪或家訪方式聯繫自殺企圖者：「其實我們打那通電話最重要的工作就是判斷他危不危險嘛！（組員）」而當併經濟困難的自殺企圖者質疑自殺防治中心無法提供實質補助時，組員回應：「對啊，我沒有辦法給你錢啊，……我其實就是關心你啊，你願意跟我講這麼久表示你願意接受我關心嘛！（組員）」

自殺防治中心雖然面對各種類型的自殺企圖者，包含欠債、生活困難的經濟問題，或是重病、患有疾病的健康問題，以及情感、家庭衝突等心理問題，自殺防治中心皆很清楚的角色及定位在於評估自殺企圖者的自殺風險性，給予關懷，並視自殺企圖者的需要轉介臺北市政府各局處提供相關資源協助，當自殺防治中心面對自殺企圖者的質疑或拒絕時，自殺防治中心接納自身有限的的能力。

自殺防治中心聯繫自殺企圖者時，會視自殺企圖者的回應內容判斷對方是否接納自殺防治中心的關懷：「其實老實講他不願意我們打去，我們打電話去或是他

家去，對他來講都是一種騷擾。（組員）」如果自殺企圖者婉轉拒絕：「唉唷，你不要問，不想講。」自殺防治中心還會再繼續聯繫，但如果對方：「叫你別打你還打來（台）」，自殺防治中心只能尊重自殺企圖者接受關懷的意願，以避免被對方提出告訴。

當懷有強烈自殺意圖的自殺企圖者拒絕關懷時，自殺防治中心仍須進行電話關心，委婉的予以關懷：「不好意思，我們不會再無緣無故騷擾...就是打擾你啦，可是就是關心一下你這樣子。（組員）」如果該位自殺企圖者另有其他單位追蹤，如精神障礙者個案管理員、社福中心社工等，自殺防治中心會聯繫該單位告知危急性，請該單位多加留意。

而面對經濟問題或健康問題的自殺企圖者時：「我們不可能給他錢讓他去把債還清，也不可能找個神醫來幫他醫好他的病，所以這種的我們就是會更密集的去關懷、訪視他。（組員）」，或是遇到無法做任何改變的個案時：「他很難做一些讓他自己進步的改變。這種真的很辛苦。.....我覺得處理到最後真的只是剩關心。（組員）」

但當處理有許多負面思考或情緒明顯低落的自殺企圖者時，且自殺企圖者拒絕就醫時，自殺防治中心會思考強制送醫的可能性，安排精神科醫師到宅評估，但這也將落入一個處遇的陷阱，強制送醫後將導致信任關係破壞，如同阿美的情況：「因為這個就是風險很大，因為你可能因為你這樣強制他，就是這樣關係就破壞了嘛！（組員）」自殺企圖者將可能斷絕與自殺防治中心互動，致使後續的介入顯得更為困難。

## 二、完整的訓練課程及督導制度

自殺防治中心為自殺企圖者通報統一窗口，在組織編制之前，即對所有組員分項進行課程，例如訪談技巧、精神衛生醫學之教育訓練、以及認識各局處的資源之職前訓練。當正式工作後，每月仍持續接受教育訓練課程，並安排每月兩次以上的團體督導：「我們的個案可能是比較難處理，就是處理上可能有一些瓶頸，所以就會請督導來幫我們就是，有點像一個小型的個案討論這樣子，然後去做一些處遇的建議。.....我覺得有時候一個人去處理這個案子，有時會一直陷在裡面，然後我覺得好像瓶頸...我覺得要多跟人一起討論。.....我真的會覺得我漏看漏評



估了什麼東西，然後是我必須要再補的。我覺得（督導）是很有用的。（組員）」

除此之外，自殺防治中心每季進行一場個案研討會，以跨局處資源整合為目的進行案例討論，邀請專家學者探討自殺防治中心與各局處的合作機制。

自殺防治中心有整套的職前訓練、在職訓練、團體督導、個案研討等，除增進個人專業知能外，針對遇到瓶頸的個別案例亦能藉由討論得到具體的處遇方向及建議：「我覺得我們還要學的也很多，所以就是在邊做的過程中當然就是要持續的訓練我們自己。（組員）」

### 三、對各網絡的期待：具備基本處理能力

自殺防治中心整合跨局處資源，瞭解自殺企圖者之需求後續轉介其他單位進行評估：「我們是把自己定位在就是資源整合的角色，然後所以說當個案需求是比較多元的時候，我們會希望就是花多一點時間來處理。（組員）」對於單一需求的自殺企圖者：「未來的期待就是說，就是每個單位的人都有一定的基本能力，就是守門人的能力，去做一些覺察吧，然後去做一些基本的處理。（組員）」

自殺防治中心對不同專業人員，如戶政人員、社福中心社工、1999 接線人員等開辦守門人教育訓練，建立基本應對自殺企圖者之處理：「我覺得有可能在一線先做一些處理啦，因為有時候，如果就是防治的工作就是只靠我們幾個人，就是很困難。（組員）」因此當自殺防治中心無人上班時（晚上十點過後及週末時間），由 1999 接線人員初步提供協助，提供自殺防治專線，或協助聯繫警消安排就醫等緊急事件處理。

整體而言，自殺防治中心有完善的督導及訓練制度，以關懷及資源轉介為工作主軸，並對其他自殺防治網絡開辦課程，建立基礎處理能力及知能，共同協助自殺企圖者。因此，自殺防治中心協助自殺企圖者的最終因應方式：「讓他在情緒最低點的時候，他有一個線可以拉住他，有個線可以拉。（組員）」

### 貳、資源充沛的社福中心：

社福中心在自殺防治網絡的功能定位在於評估經濟補助，故社工大多接觸的自殺企圖者皆合併有經濟問題，且因地處於社區內，故社工與自殺企圖者較易有直接會談的機會，本研究發現社福中心接觸自殺企圖者的過程中，工作內涵如下：

## 一、視個案需求調整的角色與定位

社福中心社工察覺個案有自殺意念時，會主動通報自殺防治中心。如遇到自殺企圖者有心理諮商或就業服務需求時，社工可轉介相關心理諮商單位及就業服務資源管理站。社工亦具有個案管理的角色，與自殺企圖者的相關網絡聯繫，討論分工及各自的評估，瞭解各單位可給予的服務範圍，以擬定處遇計畫。

除以上角色外，社工協助自殺企圖者以經濟補助及會談為主要工作：「我覺得社福中心的定位比較能做的是，欸，物質的部份是請經濟協助啦，然後在非物質的，就是比較是情感的支持。(社工 A)」但社工在會談付出的時間比起其他個案所花費的更大、頻率更高：「一個禮拜就去一次，然後一次就大概兩、三個小時。……我在她家耗了四個小時。(社工 A)」

然而，從訪談資料中發現，自殺企圖者似乎以自殺企圖為由陳述自己「因為活不下去所以要自殺」的想法，且拒絕動用本身資源或不願多做努力，故社工嘗試以提供經濟補助增加工作的籌碼：「我那時候的報告就是判斷說她還是會再自殺，然後我就幫她申請馬上關懷。雖然不是因為經濟三餐的問題，是因為我覺得這是一個策略，……就增加我們多一點籌碼可以跟她工作。(社工 A)」

以阿美為例，長子與次子都有非常穩定且每月五、六萬元的工作收入，但因阿美表明不願再向兒子拿錢，社工為了緩衝阿美的自殺意念，摒除兩個兒子之經濟資源，提供經濟補助以助於後續與阿美的工作計畫：「因為她就是不要跟小孩拿錢，然後我沒有辦法說服她要，因為她的這個東西很執著，那只好我們給她錢。(社工 A)」

小林則將不敢面對的壓力轉嫁到社工身上，讓社工居中協調，如溝通未成功則由社工協助滿足其需求。因此當小林持續靠著社福體系給予其生活費、醫療補助、心理諮商、機構住宿等維持生活，但卻在自己的人生道路上躊躇不前，各網絡間開始有不同的聲音：「我們是不是太保護他了？……然後我覺得就是網絡也會透露這樣的訊息給我說就是要去 push 他，可是我可能又覺得這樣 push 他好嗎？好像又有點掙扎。就是覺得說，他的壓力可以負荷我們去推他這個事情嗎？(社工 B)」各網絡間希望小林能面對現實層面，採取主動行動，於是當小林對社工提到自己與各網絡間互動的壓力時，社工嘗試幫小林向其他網絡略作解釋，但同時

社工也把自己困在疑惑中：「欸，要那麼快推他這個部分嗎？還是有點懷疑的啊。……那我是不是也要調整到那個步調，比較一致，不然會變成好像是他們做壞人我做好人什麼的。（社工 B）」

由此可知，社工的角色隨時依著自殺企圖者的需求變化，自殺企圖者提出對生活的絕望、對現實的壓力等，社工總會嘗試找出辦法連結資源予以協助，希望減少自殺企圖者所承受的壓力，降低其自殺意念，但同時社工也背負相當大的心理壓力，害怕個案自殺，擔心自己缺乏專業評估等：「我覺得還是滿擔心、滿焦慮的啦，會擔心他真的去做那個選擇，就是去死的選擇。……我覺得心裡多少還是會有那個隱性的壓力說，是不是有自己沒想到的東西啦！（社工 B）」。

從社工訪談資料中發現，社工協助自殺企圖者時，處理結果將影響社工本身的自我評價：「我覺得第一次接觸到自殺個案的時候，其實只是很怕他如果選擇去死，代表我這個社工做的不夠好，然後就讓他還是選擇這條路，就把那個責任放在自己身上，然後包括在跟個案談的時候，好像都是為了自己的需求，就是說我不想被標籤為不好的社工，然後我去跟你談說，拜託你不要死。（社工 B）」

自殺企圖者冠在社工身上的評價，也讓社工不得不付出很多心力陪伴：「他隱隱約約讓我感覺到覺得我們懂他，然後有真心為他著想，然後他就可以放心的去表達他的想法跟說他的心情。……就是自己平常工作量很大，然後常常還是要來找，而且知道我是他很重要的重要他人的時候，我覺得那是有一定程度的壓力的。（社工 B）」

需要社福中心協助的自殺企圖者部分訴求在於生活面臨經濟困境，故希獲得經濟補助，但又表達想以自殺換取現實生活的解脫，現實困境及憂鬱心理讓自殺企圖者選擇逃避，社工則背負著很大的心理負擔：「其實面臨到這種案子，最怕的就是很怕自己沒有做、什麼沒做到，是不是沒有及時拉他一把之類，然後他去做這個選擇。（社工 B）」。社福中心在自殺防治網絡中的主責定位在於經濟協助，但社工本身的教育理念強調個案改變的可能性，社工嘗試以經濟補助為誘餌鼓勵自殺企圖者進一步接受心理諮商、就醫、或就業等，希望能灌注資源給自殺企圖者，讓其得以增加面對現實生活的能力。然而，倘若社工陷入擔心自己限縮資源而促使自殺企圖者走向自殺一途的擔憂，恐將造成自殺企圖者福利依賴的模式，

在不自覺中，社工代位個案本身應承擔的工作，更加耗損社工的能量。

## 二、多元的個案類型及有限的知能訓練

社福中心接觸的個案類型相當多元，社工要輔導高風險家庭、調查監護權案件，又要瞭解社會局各種類型的福利政策，且大宗協助經濟弱勢家庭，還需關照街友、安置兒童及少年、低收入戶獨居長者等等，每種類型所需的專業知能皆不同，在在考驗社工的應變能力。

面對自殺企圖者，社工所獲得的相關訓練大多為瞭解憂鬱症、如何與憂鬱症病人互動、自殺相關統計數字、以及如何透過會談瞭解自殺企圖者的自殺風險性等。社工 B 分享之前受訓獲得最有幫助的部分：「當那個自殺的人，他願意跟你說他要自殺這個意念的時候，其實他就已經在跟你求助了。……那這時候其實你最需要的是去給他一些基本的關懷，然後真的去照顧他跟同理他的他現在所受的苦。……那如果你讓他感覺到說你是很重視他的，還有一個人其實是關心他的，就從這方面去著手，其實就是在拉住他了。（社工 B）」此訓練教導社工運用個人力量，陪伴自殺企圖者走出自殺危機。然而會向社福中心求助的自殺企圖者大多合併經濟困難問題，當自殺企圖者吐露自己對人生的無望及負面思維時，社工常有龐大的壓力及焦慮產生：「那時候個案很需要一個穩定的人，一個穩定的力量在陪伴他，然後自己又覺得很慌亂，其實又會覺得很矛盾啦，我覺得那需要一點準備的。（社工 B）」

當自殺企圖者強烈表達自殺意念時，社工會思考有哪些部分是自己沒有考量到的，是不是有什麼創新的方式可以使用，因此在協助自殺企圖者時感到沈重的壓力，且對於無法幫自殺企圖者找到活下去的動力時，又感到相當挫敗，最主要擔心：「就是他真的選擇了這條路了。（社工 B）」

研究者從訪談資料中發現社工面對自殺企圖者的不知所措、焦慮、及擔心，顯然社工面對自殺企圖者配套的訓練不足，且社工所能討論的對象只限中心主任及同事間互相討論：「就遇到的時候，就會跑去問同事、問督導說那要怎麼辦啊！好像比較是自己發生有問題快點去問人怎麼處理這樣。…就是個別性的詢問，然後就這個個案去討論。（社工 B）」，不若自殺防治中心還有專家學者每月兩次以上的團體督導及每季一次的個案研討，且社工各自處理自殺企圖者的經驗有限，

到後來同事之間只能給予支持，社工對自殺企圖者也只能繼續的「看著辦」。

### 三、對各網絡的期待：分擔壓力及工作

社福中心社工協助自殺企圖者已背負著較高的壓力及負擔，因此對各網絡間的分工合作以及角色澄清有更多的期待：

#### （一）共同承擔，減輕壓力

社工花費在與自殺企圖者會談的時間長且頻率高：「我覺得我自己時間都不夠了，所以我希望有人幫我分擔這樣子。（社工 A）」「開始知道有這個網絡之後，我就覺得壓力有被分擔。因為這個個案找不到我，他還可以找那個社工，……對我來說我覺得有減輕壓力的作用啦！（社工 B）」但為何社工會背負害怕自殺企圖者找不到人談的壓力呢？還是社工希望自殺企圖者不要經常來談，佔據社工的時間？從訪談資料中發現，社工在陪伴自殺企圖者的過程中會給予承諾：「就覺得好像還是要撥出時間聽他講一下，會覺得不太能夠拒絕他啦，因為當初曾經說服他要活下來的一個部分就是我們會陪你度過生命的一些難關。（社工 B）」因為曾對自殺企圖者做過承諾，進而變成背負在身上的包袱，因此希望其他網絡一起撐住這個重擔。但社工當初的「好意」變成沈重的負擔，社工應該要如何面對才能擺脫呢？如同社工 B 所說：「你就覺得...什麼時候會結束？」

#### （二）僅提供經濟協助，非屬自殺個案管員

部分自殺企圖者合併有經濟問題，故社福中心介入提供實質補助，自殺企圖者因為能從社福中心得到實質幫助，也常主動與社工互動，但網絡間如給予社工「自殺個案管」的稱號時，帶給社工很大的壓力：「我就一直解釋我的立場就是經濟協助，……我不是自殺個案管。……我會覺得是其他那個跟網絡上的困難，是我自己的困擾，我都覺得我可以給錢我都給了。...我是覺得說，別的單位支持系統賦予我太多的期待。（社工 A）」當社工 B 得知小林拒絕自殺防治中心的電話關懷時，雖然第一個念頭是質疑自殺防治中心的功能，但最讓社工 B 焦慮的部分或許是在於少了一個單位處理小林的自殺意念，增加社工 B 的心理壓力。

#### （三）減少各單位詢問回覆的時間

在協助阿美及小林的過程中，兩位社工都曾接到自殺防治中心來電詢問，原因在於自殺企圖者拒絕與自殺防治中心聯繫或不願多談，因此自殺防治中心爲了

要追蹤近況，常向社工詢問，但也讓社工對自殺防治的定位感到疑惑：「我覺得這次通報自殺防治中心，我是覺得，就是因為那個網絡我們都已經建立好了，所以會有點不知道他的定位在哪。那他們好像目前的定位好像就是說那我還是會願意持續去追蹤這個個案，有沒有後續自殺，可是會找不到那個能著力的點，感覺只是確認他有沒有做這個（自殺）行為而已。（社工 B）」而社工 A 更是明確表達不滿：「她（組員）要從很多人的訊息那邊去判定說，她（阿美）是不是又有再次自殺這樣子。……因為她（組員）打到我快煩死了……，我就不爽，開始不爽。」

倘若回歸到自殺防治網絡的合作機制，彼此訊息傳達勢必是分工合作的必要管道之一，但社工卻對於彼此溝通一事感到厭煩或質疑。從以上分析發現社工已承擔許多擔憂自殺企圖者自殺的壓力且付出許多心力陪伴，同時也對自殺防治中心有所期待，希望自殺防治中心能處理自殺企圖者的自殺意念，故當期待落空時，自殺企圖者所有的壓力仍壓在社工身上，社工轉而對自殺防治中心有所抱怨，進而認為溝通或聯繫只是耗費社工的時間而已。

### 參、剪不斷理還亂的自殺防治網絡

自殺企圖者的自殺行為隱含複雜的成因，自殺動機與情感、認知、疾病、或經濟因素等都有相互牽涉的可能，故自殺防治網絡需建立完善的轉介與合作制度，才能有效且立即的提供自殺企圖者相關的協助。廖士程等人（2008）建議以結構式的後續關懷服務，以多元支持系統強化「網網相連」的模式，在心理認知層面提供心理諮商，在經濟生活層面提供實質扶助，協助自殺企圖者需要網絡間的共同合作，藉著各單位的結構性介入，協助自殺企圖者在面對生活困難時，能有力量繼續走下去，減低自殺企圖者的無望感，而能對未來懷有希望及期待。

然而，本研究發現兩大自殺防治網絡本質間的差異，致使網絡間難以發揮一加一大於二的合作機制。茲以兩大自殺防治網絡於案主特性、助人理念、及工作方法之面向分析如下：

#### 一、案主特性—自殺企圖 VS. 經濟問題：

從案主特性分析，自殺防治中心所接獲通報之案件為自殺意念、自殺企圖、或自殺行為者，然自殺企圖者的自殺原因多元且複雜，包含情感因素、經濟因素、

家人關係衝突、健康因素等，自殺防治中心為評估其自殺風險性及提供轉介服務，需探問其個人隱私，故自殺防治中心從多方系統的通報案件中，常面臨到「聯繫立場」的困擾：「有些轉介單位...沒有做過任何的評估，.....如果我們突然打電話去...直接給個案，他會覺得很奇怪。除非他是有被經過同意說有人要去.....那個因為我們不知道要用什麼立場打給他啦！（組員）」

除此之外，自殺企圖是種強烈的情緒反應，突然間的自殺衝動將促使一時之間即發生悲劇，且自殺又是相當個人性的行動，基於尊重個人生活隱私的前提下，自殺防治中心除提供自殺企圖者各項求助管道外，亦評估自殺企圖者之自殺意念強烈程度以調整訪視頻率，藉由追蹤聯繫：「讓他知道有人在關心他，他不是一個人這樣子。（組員）」

社福中心接觸的自殺企圖者大多合併有經濟問題，因此探求自殺企圖者的自殺動機時，都牽涉到面臨生活困難之處，且因社福中心擁有經濟資源，故聯繫自殺企圖者立場都能先將問題點放在經濟困難的解決方式，而不會擔心對方覺得：「你打來幹什麼？」

社福中心能實質提供自殺企圖者在生活層面的資源，幫助自殺企圖者暫時不用擔心生活問題，進而能將處遇焦點放在心理層面的低落，建議自殺企圖者就醫及接受心理諮商。因為自殺企圖者能從社福中心獲得明確的實質幫助，故其配合處遇計畫的意願也較能相對提高。

從案主特性來看，需要社福中心協助的自殺企圖者因其生理需求得以獲得緩解，故除自殺危機亦得以稍微降低。反觀自殺防治中心接觸的自殺企圖者並非僅限於經濟問題，還有許多因素的自殺動機，複雜的自殺企圖也增加自殺防治中心處遇的困難度。

## 二、助人理念—尊重意願 VS. 提高意願：

自殺防治中心工作人員雖以社工或心理背景為多，然其體系以醫療觀點出發，助人理念十分重視自殺企圖者本身的意願，例如自殺企圖者是否願意接受自殺防治中心的追蹤關懷？是否願意到醫院就診？是否願意參加心理諮商？等等，自殺防治中心都採取讓自殺企圖者自行決定的模式：「其實個案拒訪的話，因為我們沒有法律依據，所以我們真的如果打過去的話，我們也很怕被告。.....我們通

常會經過個案的同意，因為有些個案會生氣就說你怎麼會突然來我家，要不然就是說你怎麼會有我家地址。所以我們通常還是會經過個案同意。（組員）」當自殺防治中心遇到不願意做改變的自殺企圖者：「其實真的會有個案都不動，……就是都在原地不動這樣子。……我覺得這種到最後都是很辛苦，就是你只能定期關心他這樣子。（組員）」面對自殺企圖者不願配合任何改變的情況下，組員難以執行更進一步的處遇計畫。

反觀社會工作講求自助助人，相信每個人都有自我解決問題的潛能（徐震、林萬億，1983），因此社工面對自殺企圖者時，嘗試藉由各種方式以提升自殺企圖者之改變意願及動力。例如爲了要轉變自殺企圖者對自殺意念的執著，鼓勵轉換環境及多接觸他人，社工以「陪伴」爲由，希望與自殺企圖者一同就醫、到戶外走走、去廟裡拜拜等：「先從那個環境中轉移一下，因為她一直困在家裡就會胡思亂想，然後去走...可能用宗教她熟悉的東西，去轉移她現在的情緒。（社工 A）」因爲聽到自殺企圖者許多負面思考及睡眠品質不佳，社工更積極鼓勵自殺企圖者至精神科就診：「我花了很大的力氣去 push 他看精神科，這是很主要的工作目標。（社工 B）」研究者則曾以經濟補助及情緒支持做爲籌碼，要求阿宏爲自己的人生再多加努力及嘗試，因此說服阿宏接受心理諮商及定期至精神科就診，並在阿宏拒絕與其他網絡接觸之時，也鼓勵阿宏接受各自殺防治網絡之支持及協助，順利讓各網絡資源介入，讓阿宏在各網絡的協助之下，度過自殺危機。對社福中心所爲，自殺防治中心分享：「我後來發現社福其實做的很多，就是他們除了辦福利補助，其實對於個案關懷這部分其實做滿多的，就是他情緒方面做的支持，比我想像的還要多啦！（組員）」

從助人理念的角度分析，自殺防治中心在關懷的同時，亦提供自殺企圖者許多處遇建議，然自殺企圖者是否願意踏出一步，接受處遇及嘗試改變的可能性，需由自殺企圖者本身的意願做決定。當自殺企圖者有意願改變時，方會展現較高的配合度，自殺防治中心則能積極提供轉介服務及追蹤關懷服務。倘若自殺企圖者拒絕時，自殺防治中心則予以尊重，因爲如果自殺企圖者本身無意願改變，則其他網絡則亦無法有效介入。而社福中心所接觸的自殺企圖者大多併經濟問題，故社工得以藉由社福資源先緩解自殺企圖者的經濟困境，待關係建立後再進一步努力於提高自殺企圖者改變的動機，或許自殺企圖者初期拒絕就診或接受諮商，



但一步一步走來或許其意願將有所改變，使得處遇計畫得以進行。然而要如何影響自殺企圖者本身的意願，「專業關係的建立」是重要的關鍵（徐震、林萬億，1983）。

### 三、工作方法—電訪 VS. 家訪、面訪：

自殺防治中心在 2009 年 7 月之後方加入社區關懷訪視員，始有家訪的機制，但自殺防治中心主要的訪視方式仍以電訪為優先：「再自殺風險特別高的……我們就會直接派給家訪員。……派給家訪員的案子幾乎都是要…他們的標準就是幾乎要家訪的，可是他們還是要電訪看看說之後怎麼安排。（組員）」

社工強調與個案的關係建立，透過「關係」提升個案意願及配合改變的契機，故社工以家訪或面訪為主要工作方式：「都家訪，一開始很努力的是出去家訪，比方說一個禮拜就去一次，然後一次就大概大概兩、三個小時。（社工 A）」

社工 B 進一步分享面訪與電訪的差異：「我覺得有見到面，然後有些肢體的語言的關心那種，感覺是不一樣的，因為電話我覺得相對來說還是比較冷冰冰一點啦！然後會比較是資訊上的詢問，我覺得那種關心是感覺不到的。……我覺得做這種自殺個案，他是很需要比較深入的陪伴跟關懷。……自殺防治中心都只能做到電訪，那我覺得沒有面訪的話，那個關係的建立是有困難的。（社工 B）」

社工 A 認為針對阿美的自殺情緒處理，需要深度的陪伴：「我不知道是不是每個自殺的案都要這樣，只是說我覺得針對這個案子，我覺得需要人親自去，你用電話沒有用，因為你要陪她耗著情緒。……我也不知道那個自殺防治中心那邊到底是怎麼樣，沒有辦法派人來，然後沒有辦法去多關懷她這樣子。（社工 A）」

中國人所謂「見面三分情」，社會工作強調專業關係的建立，在在說明人與人的關係將影響到彼此的互動經驗。然而因著兩大自然自殺防治網絡的不同背景，影響雙方與自殺企圖者之互動有明顯落差，且基於雙方助人理念及工作方法的不同，致使雙方在合作層面產生斷裂。

從以上各項分析來看，自殺防治中心以醫學及心理觀點為主軸，尊重自殺企圖者的意願執行處遇計畫，社福中心提供經濟補助之餘，藉由專業關係的建立，增加自殺企圖者的意願及改變動機。自殺防治中心認為：「當他很低落的時候，

他可以想到...我覺得他只要在那個時間點可以想到任何一個人，可以聽他講或是幫他，我覺得這樣就夠了。（組員）」自殺防治中心持續關懷自殺企圖者，雖能協助轉介服務，但無法提供任何實質幫助，故倘若自殺企圖者無意願接受處遇甚至拒接電話，自殺防治中心便無法進一步提供協助。反觀社工因與自殺企圖者頻繁互動且建立良好關係，且自殺企圖者能從社福中心獲取經濟資源及關懷支持，因此拒絕其他網絡的介入，致使擔心自殺企圖者自殺的壓力落在社工身上，於是社工把自殺企圖者給予的壓力轉化成對自殺防治中心的失望及不滿，進而無法建立「信任」的合作關係。

本研究發現，社福中心社工希望自殺企圖者與自殺防治中心維持互動，也期待自殺防治中心主責處理自殺企圖者之自殺情緒，然自殺防治中心之工作模式以尊重意願及電話聯繫為主，與社福中心積極面訪或家訪及長時間的陪伴相較之下，自殺防治中心與自殺企圖者之間的關係較有距離，自殺企圖者如不願接受自殺防治中心的電話關懷，又會轉向社工抒發自殺意念，在如此循環下形成剪不斷理還亂的自殺防治網絡。



## 第五章 研究結論與建議

本研究採用質性研究方法，深度訪談自殺企圖者及自殺防治網絡人員，瞭解自殺企圖者之求助歷程及其與自殺防治網絡的互動經驗，進一步分析自殺防治中心與社福中心等自殺防治網絡協助自殺企圖之工作內涵，藉以描繪自殺防治網絡協助自殺企圖者之實際運作圖像。然而本研究受限於訪談對象皆為社福中心曾協助之自殺企圖者，故除自殺企圖外均併有經濟問題，雖有多元自殺防治網絡介入，但其與社福中心皆有頻繁的互動過程，因此研究結論無法推論至廣泛的自殺企圖者。

本章將依據前章研究發現，摘要回應三個研究目的做出研究結論，並依此提出研究建議及討論研究限制。

### 第一節 研究結論

#### 壹、循環不已的求助歷程挑戰自殺防治網絡的運作

##### 一、自殺企圖者不斷在求助歷程中尋求歸屬感

窺探本次受訪的自殺企圖者之人生歷程，均曾遭逢重大挫折及打擊，支持系統薄弱，其內心逐漸感受到寂寞及孤立感，再加上生活無以為繼，更加重對生活的無力感以及對自己的無能感。當自殺企圖者自覺陷入人生谷底，認為「活著很累」，腦中浮現以自殺作為苦痛人生的解脫。在自殺企圖者一連串的求助歷程中，自殺企圖者多次撥打自殺防治專線抒發情緒，向里幹事訴求生活的困境，對社工重複坦露想死的念頭，自殺防治中心持續追蹤自殺企圖者的行動等，自殺企圖者與多方網絡進行重複且循環的互動，試圖從網絡中重新尋回自己活著的意義，很希望有人關心他、在乎他，期待有人「懂」他，對他有「窩心」的舉動，很想要「關係」的維持，故在求助歷程中，自殺企圖者努力從雙方互動關係中得到被關注的感受，獲得歸屬感。當網絡人員試圖與自殺企圖者劃清界限，嘗試把問題交還給自殺企圖者本身時，自殺企圖者會指責對方沒有愛心，不夠專業，進而拒絕與其往來，以呈現自己未得到歸屬感的不滿。倘若網絡人員對自殺企圖者展現出擔憂及焦急的態度時，自殺企圖者即感到倍受重視。自殺企圖者會選擇自己想要互動的網絡，然而後者可能讓網絡人員陷入替自殺企圖者扛起責任的陷阱中。

## 二、自殺企圖者希冀待在支持網絡的保護傘下生存

社會支持能提供自殺企圖者一個正向的保護因子（柯誼楨，2008；蔡宜玲，2002），自殺防治網絡的介入能給予自殺企圖者所需的資源（廖士程等人，2008），但自殺企圖者採取自殺行動對其而言是種解決問題的方式，再加上自殺行為成因複雜，自殺防治網絡的介入僅能幫助自殺企圖者暫時度過自殺危機，難以讓自殺企圖者的自殺意念從此消失，也因此各項研究皆無法提出強烈證據支持某種介入方式能有效降低或減少自殺率。然而自殺企圖者害怕社會支持網絡中止關心，再度重回原本孤立空虛的生活，故衍生一種交換條件的互動模式：「你持續關心我及幫助我，我就不自殺」，且自殺企圖者坦露自己以往中斷自殺行動的原因在於社會支持的關切時，也同時帶給周遭支持網絡很大的心理壓力，擔憂自殺企圖者採取自殺行動是因為支持網絡未即時關懷所致。

從自殺企圖者求助歷程及其與自殺防治網絡互動經驗發現，自殺企圖者除了本身在心理或現實層面遭遇困境外，也嘗試吸引網絡人員的關心及重視，藉由多次重複循環的求助逐漸耗損網絡人員的心力及能量，網絡人員要如何覺察自己與自殺企圖者的角力狀態，重新調整專業界線，幫助自殺企圖者學習面對自己的困境，獲得社會適應能力，以自助人助之理念，鼓勵自殺企圖者為自己的人生再次努力呢？且自殺企圖者會自行挑選網絡之介入，影響自殺防治功效之發揮，因此各網絡間要如何共同實質介入，達到網絡合作的成效呢？

## 貳、自殺防治中心與社福中心合作的落差與斷裂

### 一、兩中心基礎功能大不同

自殺防治中心主責自殺企圖者之追蹤關懷，有明確的角色及功能，並安排完整的職前訓練、在職訓練、及團體督導，討論個案處遇困境及建議，定期召開個案研討及聯繫會議，與跨局處網絡討論及溝通，建構有共識的合作機制。自殺防治中心協助對象同質性高，且能藉由督導制度及個案研討獲得對個案處遇建議，以團隊的力量共同協助，也能減輕個人承受的壓力。此外，自殺防治實非一己之力，故積極辦理各項宣導及訓練期待各局處或網絡兼具基礎應對能力，使各單位第一線服務人員皆能在面對自殺企圖者時予以初步協助。

社福中心主責經濟補助，幫助自殺企圖者度過經濟困境，然而自殺企圖者就

住在社區中，對社工所投以的關懷和需求滿足很有反應，在缺乏自殺防治諮商的知能下，靠著自己的工作經驗及與主任和同事間的討論，付出許多心力陪伴自殺企圖者，希望自殺企圖者感受到溫暖，增加活下去的力量。社工同時也背負害怕自殺企圖者採取自殺行動的壓力，擔心自己是否會因為少做了什麼而「害」自殺企圖者選擇自殺一途，憂慮自己做得不夠多、不夠好。因此社工期待能增加自殺企圖者之求助網絡，減輕自己承受的負擔，然而當期待落空之時，社工便升起對其他網絡的不滿及失望。

## 二、兩中心本質觀點之差異

本研究比較自殺防治中心與社福中心的特性發現，自殺防治中心接觸的自殺企圖者其自殺原因相當多元，故評估需求及處遇計畫亦不盡相同，而社福中心協助的自殺企圖者以合併經濟問題為主，對經濟補助的需求較高，因此兩中心所服務的自殺企圖者差異性甚大。此外，自殺防治中心以醫學及心理觀點為主，強調個案本身的意願，工作模式以電話聯繫為優先，視情況予以家訪，倘若自殺企圖者拒接電話或不願做改變，自殺防治中心予以尊重。社福中心則為社會工作的概念，藉由面訪或家訪建立關係，提升自殺企圖者改變的動機，增加與自殺企圖者的工作契機。

對自殺企圖者而言，或許覺得自殺防治中心給人的感覺較有距離感，相對認為社福中心社工很親切及溫暖，又能同時獲得實質幫助，因此經常主動尋求社福中心社工的幫助，而拒絕自殺防治中心的關懷追蹤。然此與兩大自殺防治網絡在基礎及本質各有差異，雙方究竟該如何進行合作，發揮各自所長以有效幫助自殺企圖者呢？或社福中心的社工員是否應配備自殺防治的諮商知能進行初步的情緒支持工作？

## 參、各自戰鬥的自殺防治網絡運作圖像

臺北市自殺防治網絡多元，各網絡皆扮演不同角色及功能，希能提供自殺企圖者全面性及整合性的協助，增加挽回生命的機會（自殺防治，2009）。自殺防治專線扮演自殺防治很重要的求助電話，大多是自殺企圖者首次嘗試對外求援的管道之一，且自殺防治專線提供 24 小時服務，能讓自殺企圖者在情緒激昂之時找到緊急出口，是自殺企圖者相當倚賴的情緒抒發窗口。然而，自殺企圖者經常去電

則偶爾會嗅出接線人員的「不耐煩」而逐漸減少撥打次數，並抱怨接線人員的不專業或沒有愛心。

民政單位以里幹事為主要接觸自殺企圖者的服務人員，除進行自殺通報外，亦能運用區公所相關資源提供實質幫助。里幹事能以其在地就近之便，配合相關網絡的工作計畫。然而里幹事大多依賴個人經驗行事，在自殺危機的處理過程中感受到龐大壓力及焦慮。

自殺防治中心接獲自殺通報遂以電話追蹤或訪視關懷，主要工作任務為評估自殺企圖者之自殺風險性及瞭解需求進行轉介，必要時聯繫警消緊急救援或安排醫師到宅評估，但強制送醫可能導致自殺企圖者對自殺防治中心產生反感與排斥，致工作計畫無法繼續執行。自殺防治中心亦視自殺企圖者現況給予就醫、就業、或心理諮商之建議，並依據自殺企圖者本身意願轉介相關單位後續協助。倘若自殺企圖者拒絕接聽自殺防治中心任何來電或不採納建議時，自殺防治中心基於尊重考量，視其回應的態度調整處遇計畫。如併經濟困難的自殺企圖者質疑自殺防治中心無法提供實質幫助時，自殺防治中心雖感空虛但仍秉持其工作原則——持續給予關懷，不受自殺企圖者之質疑影響，具有明確定位。

社福中心擁有經濟補助之資源，能及時協助自殺企圖者在面臨經濟困難時，連結資源以解決現實困境，因此併經濟困難的自殺企圖者常會主動尋求向社工抒發低落的情緒，以「生活過不下去所以想自殺」陳述經濟困難希尋求生活救助。社工亦嘗試以經濟補助做為誘餌，要求自殺企圖者接受就醫、心理諮商、就業媒合等處遇計畫。然而倘若自殺企圖者拒絕拓展支持網絡，或認為無法從其他網絡如獲得實質幫助而拒絕互動時，將加重社工的壓力及負擔。

本研究發現臺北市自殺防治網絡整體運作，橫向連結的部分大多以蒐集自殺企圖者的基本資料及近況為主，並瞭解該單位對自殺企圖者的協助計畫，皆為各單位一對一的電話聯繫，少見網絡間共同討論分工合作的機會。當社工希望自殺防治中心積極聯繫自殺企圖者，但自殺企圖者卻拒絕自殺防治中心的關懷，社工反過來質疑自殺防治中心無法介入的專業能力，接受網絡無法介入的事實，而非討論如何讓網絡順利連結之議題，網絡間缺乏積極溝通而逐漸產生斷裂，難以發揮自殺防治網絡之合作功效。然而自殺防治中心主責自殺企圖者之追蹤關懷，社

福中心提供經濟補助，兩大自然自殺防治網絡應如何共同合作以協助併有經濟問題的自殺企圖者，以達到一加一大於二之自殺防治成效呢？

## 第二節 研究建議及限制

### 壹、給實務工作之建議

#### 一、覺察專業關係，增加團隊討論機會

本研究對照自殺防治中心不受自殺企圖者操控的堅定態度與完備的訓練，建議網絡人員亦增加瞭解本身專業知能，探討網絡人員與自殺企圖者互動中存在的權力關係及心理動力，瞭解自殺企圖者的所欲及所求，覺察彼此關係處於哪種狀態，進而學習如何面對及調整專業關係，釐清擔心自殺企圖者自殺背後的自我否定，找到與自殺企圖者工作的專業界線。

另外，自殺企圖者終究還是需要靠著自己的能力生活，自殺防治網絡實無法長期予以關懷及提供經濟補助，因此透過多次會談，藉由支持、傾聽、關心、鼓勵、重複述說、甚至是面質等會談技巧，協助自殺企圖者再次面對自己的生活，瞭解自己的問題還是要靠自己的能力嘗試解決，鼓勵自殺企圖者試著拓展非正式支持網絡，以降低其社會孤立感及增加歸屬感，讓自殺企圖者在非正式網絡中找到自己的依靠。此外，協助自殺企圖者重新設定自己的人生目標，並藉由各項處遇計畫幫助自殺企圖者增強權能，使其能靠著自己的力量維持生活，或許是自殺防治網絡可共同嘗試努力發展的工作方向。

最重要的是，協助自殺企圖者實非一己之力，畢竟牽涉到生命議題，在處理過程中對網絡人員確實造成很大的壓力及焦慮，建議透過團隊的討論或安排團體督導的機制，讓網絡人員得以藉由團隊的力量尋找合適的處遇計畫，不讓第一線人員獨自承受沈重的負擔。

#### 二、採取專精社工制度協助併經濟問題的自殺企圖者

因併經濟困難的自殺企圖者大多需要實質的生活救助解決現實問題，但社工又常需同時處理自殺企圖者強烈的自殺意念，致使社工面對自殺企圖者時，其心理層面的應對能量耗損甚多。倘若施行普遍的心理諮商訓練，礙於社福中心社工人數多又流動率大，且非每位社工皆有接觸自殺企圖者之經驗，訓練成效相當有

限。如安排定期督導或個案研討，因手上有自殺企圖者之社工方需參加，致不同參與成員更迭，將影響督導或研討品質，故建議社福中心採取專精社工制度，由少數具有心理諮商知能的社工來專責處理併經濟困難的自殺企圖者，透過定期督導的訓練方式，讓專精社工能夠配備足夠的知能與自殺企圖者建立深度的專業關係，並專責參與各自殺防治網絡舉辦的個案研討會，積極進行網絡間溝通及橫向連結，增加網絡間合作默契，共同擬定對自殺企圖者的處遇計畫，讓團結合作的功能更有效的發揮。

### 三、增強自殺防治網絡橫向連結之合作機制

臺北市自殺防治網絡雖然擁有市府各局處的資源，但各網絡需自備武器面對自殺企圖者，各自與自殺企圖者交戰，憑藉著各自的角色、功能及任務予以協助，然而當自殺企圖者專攻某一單位並阻斷其他網絡介入時，在無其他同盟的支援下，則該網絡便易耗竭。倘若自殺企圖者願意接受的網絡越多，則各網絡間承擔的責任便有所分擔，而可眾志成城達成任務。因此爲了讓各自殺防治網絡成爲盟友以相互分工合作，讓彼此的專長得以發揮，使得自殺防治中心順利追蹤自殺企圖者的情緒起伏、社福中心專責經濟補助、就業服務站有效媒合就業機會、里幹事持續就近配合等，建議定期邀請各網絡人員進行個案研討，促使網絡成員增加互動機會，更加瞭解各網絡的角色及工作限制，亦能透過積極的溝通，討論分工機制及合作策略，例如「如何將就醫或諮商資源引入？」，「如何讓自殺企圖者進入網絡服務中？」等等，而能增強網絡間聯繫的強度、互惠度、及對彼此的期待（Tichy, et al., 1979），實質做到網網相連的結構式介入服務。

此外，有關自殺防治中心與社福中心兩者之差異性，以及共同協助併有經濟困難之自殺企圖者之互動經驗，顯示自殺企圖者對於網絡不同的接受度將可能造成網絡合作的落差及斷裂，究竟雙方該如何溝通及合作促使網絡得以串連，而非讓自殺企圖者決定網絡運作？建議兩者第一線服務人員能充分溝通，相互傳達心裡所想，透過誠實的表述讓雙方的語言更顯清晰，增加彼此的瞭解，也能說明限制所在，藉由坦誠而能進一步相互補強，拓展合作的可能性，並討論如何讓自殺企圖者進入網絡運作機制，也藉此機會重新澄清彼此機構的角色及定位，確實發揮網絡合作功效，不但減輕彼此的工作負荷及壓力，亦能增進合作默契，強化網絡運作的功能。



## 貳、研究限制

### 一、研究對象有限：

- (一) 由於本研究的自殺企圖者來源皆透過社福中心介紹，因此皆為併經濟困難的自殺企圖者，研究結果無法擴及其他類型的自殺企圖者。
- (二) 研究者原欲訪談臺北市其他區域的自殺企圖者及自殺防治網絡，但在聯繫過程中，其他社福中心皆表示無合適的受訪者，故三位自殺企圖者皆來自同一區域，無法探知不同區域網絡的服務差異性，資料豐富性也有所受限。
- (三) 在自殺防治網絡人員的聯繫中，除社福中心訪談兩位社工外，其餘網絡僅訪談單一工作人員，故訪談資料僅限於個人經驗及看法。

### 二、資料蒐集的限制：

多數受訪的自殺企圖者及自殺防治網絡人員皆須靠記憶回溯一年前的自殺危機，且每人記憶點不同，有些靠「感受」記憶，有些靠「對話」記憶，有些以自己的「評論」記憶。在社福中心的服務部分幸有個案紀錄可供參考，有明確的服務日期及內容，其他網絡人員則只能努力從回憶裡回溯當時處理的狀況，無法明確告知服務的時序。

### 三、研究者角色的限制：

研究者亦身為自殺防治網絡成員之一，與其他網絡皆有合作分工的經驗，其中一位受訪者亦為研究者協助的對象，故研究者在最初研究分析過程中，實不易跳脫自己身為社工員的主觀性，戴著有色眼鏡看待自殺防治網絡的運作，經與指導教授多次討論，才逐漸跳脫社工員的角色回到研究者本身，以研究的角度重新整理所有文本。此外，研究者具社工員身份，因此訪談所蒐集有關社福中心的合作經驗大多是正向的回饋，無法獲得批評或負向經驗的分享。

## 參、未來研究之建議

### 一、深入探討自殺企圖者的內在動力

研究者發現，自殺企圖者對於自己能對社會有所貢獻有相當正向的看法，對研究的支持度相當高，且藉由研究訪談，也讓自殺企圖者有更多機會陳述自己的想法與經驗。然而研究者基於本身所學之限制，對自殺企圖者內在的部分較難深度分析，但在訪談資料中發現，自殺企圖者對自己、對家人、對網絡、對人生有

多層面的看法，因此透過研究更進一步瞭解自殺企圖者心理動力，或許有助於更懂得如何與自殺企圖者互動。

## 二、蒐集自殺企圖者家屬之訪談資料：

本研究的訪談對象皆為正式資源網絡，因受訪的自殺企圖者與家屬失聯或不希望研究者接觸家屬，故研究者無法與家屬進行訪談。然而家屬對自殺企圖者的影響亦不容小覷，建議往後可進一步探求家屬對自殺企圖者的想法及互動情形。

## 三、訪談未接受社福中心協助之自殺企圖者：

本研究限於自殺企圖者難尋，故皆為社福中心曾協助個案。然多數自殺企圖者未曾接受社福中心的協助，且並非所有併經濟困難的自殺企圖者曾與社福中心接觸過，其求助過程及網絡間的合作應有明顯的差異。



## 跋—研究者的回顧與反思

從事社會工作直接服務已達九年的時間，在近幾年來，自殺企圖者的個案越來越多，研究者最初靠著自己社工養成訓練，嘗試同理自殺企圖者想自殺的原因及動機，聆聽自殺企圖者生活中面對的苦與痛，最終聽到一個最常出現的聲音：「我就算死了，都沒有人會哭」。聆聽至此，研究者心想，這是多麼孤獨的一個想法，這世界上億的人口，都沒有人在乎眼前這一個「人」的死與活，多麼的令人難過，因此研究者常在會談期間，爲了給予自殺企圖者感受「有人在乎」，研究者常扮演「至少還有我在乎你」的角色，告訴自殺企圖者：「還有我會幫你，請你不要放棄」。這樣的會談結束後，常能讓自殺企圖者感受到溫暖而稍微降低自殺意念。

但通常隔天，自殺企圖者又前來討「愛」，再次說著活得實在太累了，希望研究者不要幫他，讓他自殺解決生命最快，不用再去想煩惱的事情。但研究者擔心自殺企圖者會自殺是因爲社福中心未及時給予資源導致，研究者擔憂自己被評價爲「能力不足的社工」，因此又付出了許多時間陪伴自殺企圖者，嘗試用經濟補助幫助自殺企圖者度過暫時的現實生活，但當下因爲自殺企圖者在自殺意念很高，故研究者常會用非常破壞專業關係的用詞，讓自殺企圖者認爲：「社福中心願意傾全力幫助，希望自殺企圖者好好活下來」，因此在研究者已經給予承諾，致使日後的評估標準顯得較爲寬鬆。

當研究者發現自殺企圖者偏向依賴社會福利資源，並沒有爲自己的人生做更多努力時，研究者也開始重新調整補助的情形，對自殺企圖者的耐心也不若以往。當自殺企圖者發現研究者的評估轉變時，又開始以自殺意念作爲威脅，希望研究者維持以往的協助內容。此時，研究者困擾著要以「專業的社工」還是「溫暖的社工」面對自殺企圖者。社工的養成教育告訴研究者要同理、溫暖，評估個案的需求，然而另一方面也教導社工要執行處遇計畫，評估個案的能力，幫助個案適應社會，讓個案學習自助，因此在不能喙養自殺企圖者的情況下，研究者同時也要幫助自殺企圖者增權，讓自殺企圖者能靠自己的力量生活。然而研究者在最初陪伴自殺企圖者時給予大量的溫暖，相較於後期的工作方向則開始要求自殺企圖者做努力時，便開始面臨許多關係調整及補助評估的問題，而使得雙方的關係開始緊張，研究者不知該如何調整角色，而導致對自殺企圖者開始有負面情緒。

此外，在協助自殺企圖者過程中，自殺防治網絡的運作情形讓研究者感到疑惑。自殺防治中心用電話追蹤關懷，但自殺企圖者還是經常到社福中心抒發情緒，自殺防治中心尊重自殺企圖者意願，但研究者爲了要讓自殺企圖者接受諮商，好多歹說的規勸自殺企圖者嘗試看看。因此，研究者無法理解的是，究竟自殺企圖者的網絡運作由誰主軸？由誰統籌？爲何自殺防治中心無法更積極的對自殺企圖者有所要求或更有效的予以介入呢？因此研究者對自殺防治中心的功能及角色也懷有部分的不滿。

研究者進入本研究後，最初聆聽三位自殺企圖者的訪談資料時，亦持有相當同情的心態，聽到自殺企圖者分享的故事，會讓研究者很想要盡自己的力量予以協助及關懷。而當聆聽自殺防治中心組員與就服個管員提及對自殺企圖者的工作界線及有限服務時，研究者反過來相當心疼社福中心的社工爲自殺企圖者的勞心勞力，爲社工夥伴在自殺防治網絡中孤獨的奮鬥著感到不值。爲什麼主責的自殺防治中心可以說：「我們能做的就是這樣。」但社工卻要嘗試各項努力？！因此最初的研究分析大多呈現用自殺企圖者的話語抨擊自殺防治網絡（社福中心除外）的話語，以抒發不滿。

然而，研究者多次與指導教授討論，被問及：「爲何社福中心社工對自殺企圖者及自殺防治中心有這麼多負面情緒？爲何自殺防治中心都不會？」「爲什麼社工這麼在意『評價』及『關係』？」研究者當下受到很大的衝擊及開始換角度思考，才赫然發覺自殺企圖者以心理動力來操控社工，讓社工幫自殺企圖者背負著過多的包袱，因此當社工要求自殺防治中心更積極介入時，其實便是將自己承受的壓力轉嫁到對方身上。當研究者有此重大發現後，有種撥雲見日的感覺，終於找到社工主要的壓力來源，爲自己在實務工作中的疑惑找到了解答。

研究者仍努力學習抓回自己與自殺企圖者之間的專業關係，覺察彼此的界線，努力以「專業工作角色」（非個人角色）給予適時關懷但不喙養個案，對於經濟需求則回到經濟問題的評估指標，不因其有自殺意念而過於寬鬆或模糊界線。

本研究希望也能帶給跟研究者有相同困擾的社工一個重新思考的空間與可能性，讓自殺企圖者不再是「最有壓力的個案類型」。

## 參考書目

### 一、中文部分：

王仕圖、吳慧敏（2006）深度訪談與案例練習。齊力、林本炫主編。質性研究方法與資料分析。嘉義：南華大學教育社會學研究所。7-116。

朱秀琴（2007）專業主義與哀悼—精神科醫師遭遇自殺身亡病患的社會與心理影響之研究。南華大學生死學研究所碩士論文。

李如琄（2006）諮商師自我照顧經驗研究-以協助自殺企圖者為例。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。

李美媛（2007）自殺相關理論探討。諮商與輔導，第 260 期，2-6。

李美媛（2008）女性自殺企圖者生命經驗之研究。高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。

李明濱、陳喬琪、郭千哲、邱震寰（2004）自殺防治。北市醫學雜誌，第一卷，第一期，97-98。

李明濱、廖士程（2006）自殺原因與防治策略。臺灣醫學，第十卷，第三期，367-375。

李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基（2006）自殺防治策略推動現況與展望。護理雜誌，第五十三卷，第六期，5-13。

吳建昌、陳映燁、李明濱（2007）自殺與倫理。醫學教育，第十一卷，第二期，95-102。

吳珮瑀（2007）自殺未遂者之心理介入措施。諮商與輔導，第 260 期，27-30。

沈孟樺（2000）精神衛生護理人員照護自殺傾向病患經驗之研究。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文。

周富美、魏怡嘉、胡世澤（2005.05.15）北市自殺防治中心 形同虛設。自由時報電子報。<http://www.libertytimes.com.tw/2005/new/may/15/today-life5.htm>

周相斌、常英（2005）社会支持网络理论在社会工作实践中的应用性探讨。中國農業大學學報。2005年第2期。80-85。

林佳瑩、蔡毓智（2005）臺灣地區自殺趨勢研究：1976-2001。家醫研究，第3卷，第1期，28-38。

林虹伶（2009.05.19）一通電話，幫助到底--「臺北市自殺防治中心」成立。臺北畫刊，第496期，P8。

林俊宏、邱震寰、陳映燁、郭千哲、陳喬琪、黃蒂、林純綺（2006a）臺北市自殺企圖者之特徵。北市醫學雜誌，第三卷，第十期，67-75。

林俊宏、邱震寰、陳喬琪、黃蒂、林純綺（2006b）自殺企圖後之電話諮商。北市醫學雜誌，第三卷，第十期，1030-1034。

林綺雲（2010）個人與社會的關係--從涂爾幹的自殺論談起。諮商與輔導，第293期，55-60。

林綺雲（2010）自殺防治守門人的困境與自我照顧。諮商與輔導，第295期，49-55。

邱震寰、郭千哲、陳喬琪、李明濱、林俊宏、林純綺、黃蒂（2004）自殺企圖者之流行病學特徵。北市醫學雜誌，第一卷，第二期，200-207。

邱震寰、李明濱（2006）自殺未遂者的特徵。臺灣醫學，第十卷，第三期，339-342。

邱震寰、郭千哲、陳映燁、陳喬琪、李明濱、林俊宏、黃蒂、林純綺（2006）初次自殺企圖者與重複自殺企圖者流行病學特徵之比較。北市醫學雜誌，第三卷，第十期，1000-1007。

柯誼楨（2008）自殺企圖者的解釋風格與復原力歷程之研究。國立彰化師範大學輔導與諮商學系研究所碩士論文。

胡百敏（1996）急診醫師對自殺病人的態度及處置-以一所醫院為例。高雄醫學院行為科學研究所碩士論文。

- 徐震、林萬億（1983）當代社會工作。臺北：五南。
- 翁敏雪、翁淑蓉（2007）自殺的認知與防治。諮商與輔導，第 260 期，20-22。
- 袁志豪（2009）「單親媽輕生，殘疾兒報警救命」，聯合報 C1 版，2009.04.04。
- 秦燕（1988）自殺企圖患者之心理分析研究，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 陳永仁等（2009）臺北市政府自殺防治中心雙季刊。自殺防治，創刊，2009.12.28。
- 陳向明（2002）社會科學質的研究。臺北：五南。
- 陳柏妤、游舒涵、黃鈞蔚、陳映燁、陳喬琪、李明濱（2005）從生理、心理與社會層面檢視自殺行為的理論。北市醫學雜誌，第二卷，第八期，686-696。
- 陳若齡（2005）自殺事件的媒體再現——以 2004 年四報為例。國立政治大學新聞研究所碩士論文。
- 陳映燁、呂宗學、李馨如、郭千哲、邱震寰、陳喬琪（2006）臺灣與南韓方法別自殺率之比較。北市醫學雜誌，第三卷，第十期，982-991。
- 陳瓊瑤（1983）自殺企圖患者之社會工作防治研究。東吳大學社會學研究所碩士論文。
- 許文耀、陳明輝（2004）社區自殺企圖者的預測因子。臨床心理學刊，第一卷，第一期，40-48。
- 許文耀、王德賢、陳喬琪、陳明輝（2006）影響自殺企圖者的自殺危險性發生路徑之檢驗。中華心理學刊，第四十八卷，第一期，1-12。
- 許正典（2006）了解自殺，學習自救。張老師月刊電子報，2006.04.11。
- 張笠雲、譚康榮（1999）網絡台灣—企業人情關係與經濟理性。收錄於形成產業網絡，張笠雲（編），17-64，台北：遠流出版社。
- 郭千哲、陳映燁、邱震寰、陳喬琪（2006）比較臺北市自殺死亡與自殺企圖

之人口學特徵。北市醫學雜誌，第3卷，第10期，992-999。

曾家琪（2008）一位多次自殺未遂者心路歷程之敘說—兼談親友認知。南華大學生死學研究所碩士論文。

曾雯琦（2006）從關懷倫理重建自殺照護。護理雜誌，第五十三卷，第六期，14-19。

曾華源（2002）社會工作心理暨社會派。社會工作理論-處遇模式與案例分析。台北：洪葉文化。121-148。

黃隆正、李明濱（2003）憂鬱症與自殺。台灣醫學，第7卷第6期。929-934。

黃毅志（1998）社會階層、社會網絡與心理幸福。台灣社會學刊，21期，171-210。

游舒涵、陳映燁、邱燕楓、陳喬琪、邱震寰、郭千哲、張珩、宋晏仁（2007）台北市1991-2004年間社會經濟因子與自殺死亡率趨勢。臺灣公共衛生雜誌，第二十六卷，第一期，66-74。

游惠瑜（2005）諾丁的關懷倫理學及其問題。哲學與文化，第三卷，第三十二期，95-109。

廖士程、李明濱、江弘基（2008）企圖自殺者結構性介入服務。台灣醫學，第十二卷，第六期，713-721，2008年。

廖士程等編（2007）自殺防治網通訊，第二卷，第一期。

廖士程等編（2008）自殺防治網通訊，第三卷，第一期。

廖士程等編（2009a）自殺防治網通訊，第四卷，第一期。

廖士程等編（2009b）自殺防治網通訊，第四卷，第四期。

臺北市生命線協會（2009）臺北市生命線40週年慶特刊暨九十八年報。

劉修全（2000）對自殺個案的輔導。諮商與輔導，第175期，5-7。

劉修全（2004）自殺歷程與生存理由。諮商與輔導，第221期，19-21。



蔡宜玲 (2002) 自殺意念青少年復原行為之探討：復原力之研究。彰化師範大學輔導與諮商系碩士論文。

蔡甫昌、曾瑾珮 (2005) 女性主義生命倫理。醫學教育，第九卷，第一期，18-31。

蔡靜怡 (2005) 自殺企圖者的素質探討—以 TPQ 為例。國立政治大學心理學研究所碩士論文。

童驛煊 (2007) 生命中的提早離席—自殺預防。諮商與輔導，第 260 期，36-42。

簡春安、鄒平儀 (1998) 社會工作研究法。臺北：巨流。

錢靜怡 (2006) 自殺企圖者人格特質與希望感之研究。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。

蘇宗偉、邱震寰、郭千哲、陳喬琪、李明濱 (2005) 自殺之流行病學研究。北市醫學雜誌，第二卷，第一期，6-15。

蘇淑芳 (2003) 社區精神病患之主要照顧者所採用自殺防範措施之探討。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。

蘇絢慧 (2009) 自殺防治關懷手冊社區專業人員篇。高風險族群篇—遺族。當愛已遠離—自殺者遺族處遇。

## 二、英文部分：

Ariel S., Richard B. (2001) Loneliness in Relation to Suicide Ideation and Parasuicide: A Population-Wide Study. Suicide and Life-Threatening Behavior, 31(1), 32-40.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) Cognitive therapy of depression. New York: Plenum Press.

Bille-Brahe, U., Andersen, K., Wasserman, D., & Schmidtke, A. (1996) The WHO-EURO multicentre study: Risk of parasuicide and the comparability of the areas under study. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 17(1), 32-42.

Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2005a) The internal

struggle between the wish to die and the wish to live: A risk factor for suicide. American Journal of Psychiatry, 162, 1977-1979.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005b) Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. JAMA, 294, 563-570.

Carter, G.L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2005) Postcards from the Edge project; randomized controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. BMJ, 331, 805.

Chan, P. M., Yip, S. F., Au, J., & Lee, T. S. (2005) Charcoal-burning suicide in post-transition Hong Kong. The British Journal of Psychiatry, 186, 67-73.

Cheng, A. T. (1995) Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. Archives of General Psychiatry, 52(7), 594-603.

Cheng, T.A., Chen, H.H., Chen, C.C., & Jenkins, R. (2000) Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. The British Journal of Psychiatry, 177, 360-365.

Crawford, M. J., Thomas, O., Khan, N., & Kulinskaya, E. (2007) Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. The British Journal of Psychiatry, 190, 11-17.

Durkheim, E. (1990) 自殺論 (黃丘隆譯)。臺北：結構群。(原著出版年：1951)

David M., Mark S., Lucy F., Yoko H. and Robert C. (2008) Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. Personality and Individual Differences, 45(3), 213-218.

Evans, J., Evans, M., Margan, H. G., Hayward, A., & Gunnell, D. (2005) Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 187, 186-187.

Gunnell, D., Middleton, N., & Whitley, E. (2003) Influence of cohort effects on patterns of suicide in England and Wales, 1950-1999. The British Journal of Psychiatry, 182, 164-170.

Guo, B., & Harstall, C. (2004) For which strategies of suicides prevention is there evidence of effectiveness?. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)

Heidergger, M. (1987) 存在與時間 (陳嘉映、王慶節合譯)。北京：生活讀書三聯書店 (原著出版年：1979)

Hendin, H., Vijayakumar, L., Bertolote, M. J., Wang, H., Phillips, R. M., & Pirkis, J. (2008) Epidemiology of Suicide in Asia. Suicide and Suicide Prevention in Asia, WHO.

Hobfoll, S. E. (1988) The Ecology of Stress. New York: Hemisphere Publishing.

Iribarren, C., Sidney, S., Jacobs, D. R., & Weisne, C. (2000) Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological feature in a managed care population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35(7), 288-296.

Isometsa, E.T., & Lonnqvist, J.K. (1998) Suicide attempts preceding completed suicide. The British Journal of Psychiatry, 173, 531-535.

Jollant, F., Bellivie, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., Castelnaud, D., Malafosse, A., & Courtet, P. (2005) Impaired Decision Making in Suicide Attempter. American Journal of Psychiatry, 162, 304-310.

Leung, C. M., Chung, W. S., & So, E. (2002) Burning charcoal: An indigenous method of committing suicide in Hong Kong. Journal of Clinical Psychiatry, 63(5), 447-450.

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K.M. (1999) Toward a clinical model of suicide behavior in psychiatric patients. American Journal of Psychiatry, 156, 181-189.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip P., & Hendin, H. (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA, 294, 2064-2074.

Manning, R.C. (1998) A care approach. In: Kuhse, H., Singer, P. eds. A

Companion to Bioethics, Blackwell Press, 98-99.

Mitchell, J. C. (1969) Social networks and urban situations:Analyses of personal relationships in Central African towns. Manchester University Press.

Napier, Y., & Whitaker, A. C. (1994) 熱鍋上的家庭：一個家庭治療的心路歷程 (李瑞伶譯)。臺北：張老師文化。(原著出版年未註明)。

Patton, M. Q. (2001) Qualitative Research & Evaluation Methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Raingruber, B.(2003) Gaps in service in the recognition and treatment of depression and suicidal ideation within a four-county area. Perspectives in Psychiatric Care, 39(4), 151-162.

Ronald, L. B. & Alexander, R. R. (1987) Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. Suicide and Life-Threatening Behavior, 17(1), 50-63.

Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982) Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. Journal of Personality and Social Psychology, 42(1) 5-37.

Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2001) Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach. New York: the Guilford Press.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., & Kerkhof, A., (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trend and sociodemographic characteristics of A suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93(5),327-338.

Tichy, N.M., Tushman, M. L., Fombrun, C., (1979) Social Network Analysis for Organizations. The Academy of Management Review, 4(4), 507- 519.

Tzeng, W. C. (2001) Being trapped in a circle:Life after a suicide attempt in Taiwan. Journal of Transcultural Nursing, 12(3), 302-309.

Tzeng, W. C., & Lipson, J. G. (2004) The cultural context of suicide stigma in Taiwan. Qualitative Health Research, 14(3),345-358.

Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., Catalan,

J., Airlie, J., Baxter, S., Byford, S., et al. (2003) Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. Psychological Medicine, 33(6), 969-976.

van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., van der Graaf, Y., & Van Engeland, H. (1997) Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. Acta Psychiatrica Scandinavica, 96, 43-50.

Willians, J. M. G., & Pollock, L. R. (2001) Psychological Aspects of the Suicidal Process. In K. V. Heetinger(Ed.), Understanding Suicidal Behavior. Psychological Aspects of the Suicidal Process (pp.77-93). New York: John Wiley & Sons Ltd.

Wrosch, C., Heckhausen, J., & Lachman, M. E. (2000) Primary and secondary control strategies for managing health and financial stress across adulthood. Psychology and Aging, 15(3), 387-399.

World Health Organization (2002) Suicide prevention in Europe: The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2005) Suicide Huge but Preventable Public Health Problem, says WHO. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>.

Yalom, I.D. (2002) 生命的禮物-給心理治療師的85則備忘錄 (易之新譯)。臺北：心靈工坊。(原著出版年：2002)

## 附錄一 自殺企圖者訪談大綱

研究生：劉靜燕

### 一、基本資料

請提供下列的基本資料：性別/年齡/婚姻關係/工作與經濟能力/宗教信仰

### 二、求助經驗及互動過程

1. 請您談談，您當時是在什麼樣的情況之下想要自殺？發生了什麼事情？請描述您當時如何度過當時的自殺危機？
2. 在您發生自殺意念或企圖之時，您曾經主動向何處求助（包含正式與非正式支持系統）？您的求助經驗是什麼？（阻礙和助力）
3. 您曾經和哪些自殺防治的單位或機構接觸過（包含機構與人名）？是您主動的接觸的？您怎麼知道這個單位或機構的？抑或是，是他們主動聯繫您的嗎？
4. 在您和這些單位或機構接觸時，您覺得您們的互動經驗如何？您覺得這些單位所提供的服務有幫助嗎？如果有幫助，您覺得他們給您的協助是什麼？如果沒有幫助，您覺得他們怎麼做您會覺得比較好？（請受訪者舉例說明）

### 四、未來期待

1. 從您的接觸經驗中，您對於目前的自殺防治網絡有何建議？應該增加或加強的服務有哪些？
2. 如果有機會，您會建議政府在發展自殺防治網絡方面有些什麼樣的改進？

## 附錄二 自殺防治網絡訪談大綱

研究生：劉靜燕

### 一、基本資料

請您提供下列的基本資料：性別/年齡/教育背景（科系）/宗教信仰/工作年資/  
與自殺企圖者相關的工作經驗及年資/相關訓練

### 二、自殺企圖者的個案來源

請問您在貴機構接觸到自殺企圖者的來源有哪些呢？哪種管道比較多呢？

請問您與這位自殺企圖者接觸的通報管道的來源是什麼呢？

### 三、自殺防治網絡之角色

1. 請問貴機構在自殺防治網絡中所扮演的角色是什麼？對自殺企圖者提供哪些服務呢？
2. 請您談談，服務這位自殺企圖者，您如何與其建立關係、評估需求、及提供服務？（分享與這位自殺企圖者互動及服務的情形）。

### 四、網絡合作

在您服務這位自殺企圖者時，是否有與其他自殺防治單位分工合作？如果有的話，請問您與網絡間的互動、分工、及合作經驗是什麼？對其他自殺防治網絡的期待是什麼？

### 五、協助自殺企圖者的限制及建議

1. 您在協助自殺企圖者的過程中，您覺得面臨到哪些限制與困難呢？
2. 您建議政府增進哪些機制、方法、或政策，以助於服務自殺企圖者呢？

### 附錄三 訪談同意書（個案版）

\_\_\_\_\_小姐/先生您好：

您好！我目前是台灣大學社會工作學系的碩士班學生，我目前正在進行一項有關自殺防治網絡的研究，這項研究想瞭解曾經有過自殺企圖者的求助歷程與經驗，特別是與正式的自殺防治網絡接觸的經驗。我非常期待您能接受我的訪談，希望能從您的經驗分享中瞭解目前與自殺防治網絡互動的情形，以便未來能夠提供自殺防治網絡人員提升更適切的服務，也希望影響政府制訂更友善、更有效的自殺防治服務。

在這次的訪談中，我將訪問您與自殺防治網絡的工作人員之互動情形與接受服務的經驗，過程中有可能不免會詢問到您之前的自殺企圖，若在過程中您有任何覺得不舒服的地方，您可隨時要求停止或拒絕回答，我會非常的理解，請不要覺得有任何的壓力。我的訪談方式是以面對面的方式，訪談時間及地點會以您最為方便的地方為主，我們每次的談話希望不會超過兩個小時。同時，為了能夠詳細記錄下您的寶貴經驗，在訪談的過程中，我希望您能同意接受錄音，但請不用擔心資料外洩的問題，錄音內容僅作為後續研究分析之用，絕不會移作其他用途，即使是分析資料時，您所提供的寶貴經驗也會全程以匿名的方式處理，避免任何可能辨識出您身分的資料，以確保您的隱私。在訪談結束後，若您想修改或刪除內容，我也絕對尊重您的決定，希望您能放心與我分享您的寶貴經驗。最後，即使您拒絕接受這項訪談，也不會影響到您獲得任何服務的機會。

如果您對這個研究有任何疑問，也可隨時與我聯繫，並誠摯邀請您參與這個研究。

祝福 平安

國立臺灣大學社會工作學系研究生：劉靜燕

指導教授：鄭麗珍教授

敬上

電話：2932-3587

日期： 年 月 日

---

#### 同意書

我已清楚明白研究目的與進行過程，並瞭解我的訪談內容僅作學術之用，不會公開個人資料，我也有權隨時拒絕、中止訪談、以及修改訪談內容，且我將不會因為參與此研究與否影響接受服務的機會。為表同意參與國立台灣大學社會工作研究所研究生劉靜燕所進行之研究，茲在下列簽名。

研究參與者同意簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日



## 附錄四 訪談同意書（自殺防治網絡版）

\_\_\_\_\_小姐/先生：

您好！我目前是台灣大學社會工作學系的碩士班學生，我目前正在進行一項有關自殺防治網絡建構的研究，這項研究想瞭解曾經有過自殺企圖者接觸自殺防治網絡人員的經驗。我非常期待您能接受我的訪談，希望能從您的經驗分享中瞭解目前自殺企圖者接觸自殺防治網絡的情形，以便未來能夠提供自殺防治網絡人員提升更適切的服務，也希望影響政府制訂更友善、更有效的自殺防治服務。

在這次的訪談中，我將訪問您與自殺企圖者互動情形與提供服務的經驗，若在過程中您有任何覺得不舒服的地方，您可隨時要求停止或拒絕回答。我的訪談方式是以面對面的方式，訪談時間及地點會以您最為方便的地方為主，我們每次的談話希望不會超過兩個小時。同時，為了能夠詳細記錄下您的寶貴經驗，在訪談的過程中，我希望您能同意接受錄音，但請不用擔心資料外洩的問題，錄音內容僅作為後續研究分析之用，絕不會移作其他用途，即使是分析資料時，您所提供的寶貴經驗也會全程以匿名的方式處理，避免任何可能辨識出您身分的資料，以確保您的隱私。在訪談結束後，若您想修改或刪除內容，我也絕對尊重您的決定，希望您能放心與我分享您的寶貴經驗。

如果您對這個研究有任何疑問，也可隨時與我聯繫，並誠摯邀請您參與這個研究。

祝福 平安

國立臺灣大學社會工作學系研究生劉靜燕

指導教授:鄭麗珍教授

敬上

電話：2932-3587

電子信箱：[r94330012@ntu.edu.tw](mailto:r94330012@ntu.edu.tw)

---

### 同意書

茲同意參與國立台灣大學社會工作研究所研究生劉靜燕所進行之研究，接受協助自殺企圖者之工作經驗的訪談。訪談內容僅作學術之用，不對外公開個人資料，且本人有權隨時停止訪談與修改訪談內容。

研究參與者同意簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日