

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

博士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Doctoral Dissertation



自殺企圖通報個案的受助經驗：

南投區心理衛生服務中心的田野觀察

Help-receiving Experiences of Reported Suicide Attempters:
Field Observation of Nantou Regional Mental Health Service
Center

江弘基

Hung-Chi Chiang


指導教授：張珣 博士

Advisor: Cheuh Chang, Ph.D.

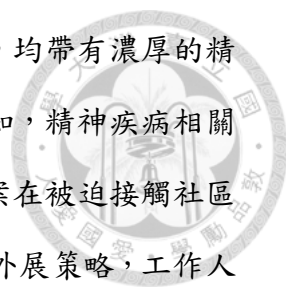
中華民國 102 年 5 月

May 2013

中文摘要



研究目的：本研究的目的，在於瞭解自殺企圖者經由防治體系通報後，在被動情況下接觸社區外展關懷服務的經驗；透過深入觀察自殺企圖者與服務人員之間的互動過程及現象，進一步理解相關自殺防治措施規劃與執行的理念脈絡，以期能夠提供未來政策參考。**研究方法：**本研究以「南投區心理衛生服務中心」為研究範圍，蒐集其計畫緣起、組織架構、人力配置及服務內容等資料，做為背景分析。田野觀察包括前半年的機構見習準備，與後續四年期間在中心服務人員的陪同與協助下，與 30 位自殺企圖通報個案及家屬進行深度訪談。**研究結果：**經由訪談逐字稿分析，比對受訪者基本資料及服務紀錄，本研究發現自殺企圖者在成為通報個案後，排斥／接受後續關懷服務的因素與「對自殺行為的看法」及「服務人員所屬單位屬性」有關；從抗拒轉而接受服務的過程，則與個案對於服務人員「本身特質」及「服務風格」的反應與適應程度有關；從輕生到重新找到支撐生活的支點關懷服務對於個案帶來的幫助，包括心理調適及實質轉介服務層面，對於個案與家屬及重要他人之間關係也有改善的效果。一般民眾「求（醫）助行為」的理論架構多以專業助人者角度出發，假設受助者應該主動求助，將尋求與持續接受服務的責任歸諸於被服務者，並無法適切反映自殺企圖通報個案的被動「受助」經驗。由於自殺議題與精神醫療的敏感性與汙名化影響，通報個案對於關懷服務的信任與接受度，非但無法因服務人員的機構屬性或專業身分順理成章地成形，甚或造成提供服務的障礙；傳統用來預測民眾醫療服務利用的健康信念模式中，情緒困擾的嚴重度與不接受精神醫療服務的後果，也未能解釋通報個案態度轉變的原因。對於已經就醫的通報個案來說，能夠清楚說出精神醫療團隊不同領域的專業人員可以滿足自己的不同需要，乃符合心理衛生服務使用的 entry point 模型所說，民眾會因不同的心理問題尋求不同的專業人員；至於在尋求服務的時機點上，通報個案的經驗指出自殺防治服務體系在 lay delay 與 system delay 方面的諸多盲點。**結論：**「南投區心理衛生服務中心」在本研究期間所執行的通報後續關



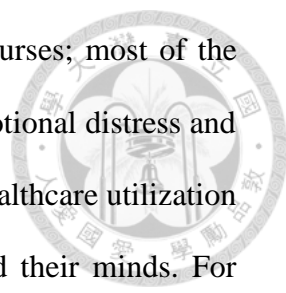
懷服務，從防治策略、規劃管理者、服務人員及專業取向來說，均帶有濃厚的精神醫療模式色彩。然而，從本研究受訪個案的「受助」經驗可知，精神疾病相關概念對於服務社區中的企圖通報個案並無法直接助益；通報個案在被迫接觸社區外展服務所產生的不適應反應，反而促使中心採取主動出擊的外展策略，工作人員嘗試跨越機構化的服務提供模式、專業角色本為，以及行政僵化的藩籬，在面臨生命危機的自殺企圖個案與嘗試開創自殺防治工作的精神醫療專業人員之間，成功地示範了一個可行的互動模式。對於目前只重視死亡率及再企圖率的降低、過度倚賴自殺風險評估及精神醫療服務轉介，且受限於無法充分解釋指標數據變異原因的主流自殺防治策略推動者來說，具有相當的參考價值。此外，本研究的結果提供自殺防治工作者文化能力培養的一個重要面向：如何不受制並跨出助人者的專業本位，而得以走近自殺企圖者、進入並同理其自殺思維。這是自殺企圖通報個案的經驗帶給我們最大的啟示。

關鍵詞：自殺企圖、通報、受助經驗、文化能力、自殺防治、外展後續關懷服務、社區心理衛生服務中心



Abstract

Purpose: This doctoral dissertation aimed at understanding the help-receiving experiences of reported suicide attempters while passively facing community outreach postvention services. It is the researcher's hope that, by looking deeply into the interaction between involuntary suicide attempters and service providers, the social context behind the suicide prevention strategy be further clarified. **Methods and materials:** In-depth interviews with 30 reported suicide attempters, including their families were carried out, between 2003 and 2005, with the assistance of community outreach nurses in the Nantou Regional Mental Health Service Center. Before the interviews began, the researcher spent six months on participation observation in outpatient clinics and outreach visits to familiarize with suicidal patients and clients. Details regarding the operation of the center were also collected as background information. **Results:** According to the analysis of transcripts of interviews and the comparison with case records, the researcher found that after the suicide attempters were reported and outreached, they became the involuntary clients. The rejection/acceptance of the postvention services were related to the ways they looked at their suicide attempts and the affiliation of the outreach helpers. The turning point of attitude change was determined by the personality and helping style of the helpers. Traditional models of help-seeking behaviors, which are based on the concept of active help-seeking and compliance to professional advises, do not apply in the case of the passive, help-receiving suicidal attempters. Due to the stigma attached to both suicidal behaviors and mental illness/health services, the reported suicide attempters' trust and acceptance towards community outreach services cannot be guaranteed by



the professional/institutional identity of the psychiatric outreach nurses; most of the time, it became barriers to receiving assistance. The severity of emotional distress and the negative consequences of not seeking help, as emphasized in healthcare utilization studies, also cannot explain why the involuntary helpseekers changed their minds. For those who finally accepted referral mental health care, looking for specific professionals for different needs is crucial during their journey of receiving help for recovery. This finding fits the model of entry point in healthcare research. As for the issue of timing to seek help, this study points out many blind-spots related to lay delay and system delay of the suicide prevention system. **Conclusions:** Psychiatry/medical model dominated the strategy development and services provision of suicide prevention efforts made by the Nantou Regional Mental Health Service Center. From the help-receiving experiences of the suicide attempters, it is clear that the mental illness perception cannot facilitate help-seeking/receiving behaviors, especially in the initial stage of outreach intervention. The mal-adaptation responses to this setback triggered the pro-action approach adopted later by the center. The psychiatric nurses step forward and further and went beyond psychiatric wards, professional identities, and rigid administrative procedures. The result was a successful interaction model between involuntary suicide attempters and innovative outreach helper. It shows an alternative to risk-approach, which over-relies on unexplainable, and often frustrating, mortality and morbidity.

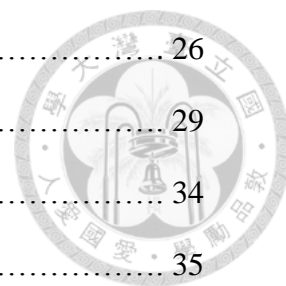
Keywords: suicide attempt, help-receiving, help-seeking, suicide prevention, outreach, involuntary client, cultural competency, community mental health center

章節目次



中文摘要	.....	i
英文摘要	.....	iii
圖目錄	.....	vii
表目錄	.....	viii
第一章 研究背景、目的與問題	.....	1
第一節 遠因：崎嶇而非直線的專業生涯主軸.....		1
第二節 近因：後 921 南投地區自殺防治策略的評估難題.....		5
第三節 捕捉全貌：加入以「人」為出發點的社會脈絡分析.....		7
第四節 研究目的.....		9
第四節 研究問題.....		9
第二章 文獻探討	.....	11
第一節 自殺：互古的現象，社會文化的建構.....		11
第二節 全球自殺議題與台灣趨勢.....		12
第三節 自殺企圖者：防治策略的優先標的群體.....		14
第四節 自殺企圖者所帶來的挑戰：指標性策略的執行與評估.....		16
第五節 精神疾病與自殺：雙重污名化的挑戰.....		17
第六節 以自殺企圖者自身角度出發的研究方興未艾.....		18
第七節 從古典的相關研究中學習.....		19
第八節 求助行為相關理論的適用與限制.....		21
第九節 過去相關研究的不足之處.....		22
第三章 研究方法	.....	23
第一節 名詞解釋.....		23
第二節 研究場域的選擇.....		24
第三節 選擇質性研究取向.....		24

第四節	研究方法的選擇.....	26
第五節	研究設計與步驟.....	29
第六節	資料分析方式.....	34
第七節	研究對象的基本資料.....	35
第四章	結果分析	39
第一節	深度訪談的逐字稿編碼.....	39
第二節	編碼結果.....	40
第三節	編碼後的分析 — 具體研究問題的細部化.....	42
第四節	初次接觸社區外展服務的體驗.....	43
第五節	與社區外展關懷服務人員的互動.....	49
第六節	過程中獲得的幫助與體會到的成長.....	55
第五章	討論與建議	59
第一節	以服務者為中心（client-center）：跳脫專業與行政框架的觀 照角度.....	59
第二節	自殺防治策略做為一種文化物件的形塑：創造者、世界脈絡 與使用者.....	59
第三節	對自殺防治策略評估架構的建議.....	62
第四節	研究限制與未來研究方向.....	65
參考文獻	.....	67
附錄	.....	77



圖目錄



圖 1 • 瞭解自殺：雙語移民服務人員自殺防治訓練工作坊.....	2
圖 2 • 歷年自殺死亡率：南投縣、台中縣與台灣地區.....	5
圖 3 • 深度訪談對象選擇及進行流程.....	31
圖 4 • 南投地區鄉鎮市地圖及人口數.....	36
圖 5 • 質性資料分析－編碼(coding)操作畫面.....	39
圖 6 • 質性資料分析－概念範疇化(categorization)操作畫面.....	40
圖 7 • 社區外展服務的挑戰：初次接觸的體驗.....	48
圖 8 • 跨越抗拒服務的門檻：建立服務的互動關係.....	54
圖 9 • 關懷服務帶來的幫助：自殺事件後的調適與成長.....	58
圖 10 • 彌補評估面向及當事人角度.....	63
圖 11 • 強化及增添的評估模式.....	63



表目錄

表 1 • 南投縣自殺通報個案數及再自殺率.....	6
表 2 • 南投心理衛生服務中心 2004 年度績效目標達成值表.....	6
表 3 • 歷年縣市自殺死亡率排名.....	7
表 4 • 南投區心理衛生中心：自殺個案服務統計（人次）.....	30
表 5 • 訪談對象：性別與年齡.....	36
表 6 • 訪談對象：居住地區.....	37
表 7 • 訪談對象：訪談時接受服務情形.....	37
表 8 • 訪談對象：自殺方式.....	37
表 9 • 訪談對象：精神症狀.....	38
表 10.1 • 各概念範疇下的譯碼數、譯碼段落數及受訪者數.....	40
表 10.2 • 各概念範疇下的受訪者編號.....	41

第一章 研究背景、目的與問題

第一節 遠因：崎嶇而非直線的專業生涯主軸

不要成為只是待在冷氣辦公室裡的
衛生教育者 (*armed-chair health educator*)，
要嘛...就到社區把你的腳弄髒
(*get your feet dirty in the field*)。

Virginia Lee
(1998, 時任 UCLA 公共衛生學院教授)

(一) 埋下自殺研究的種子：與「人」接近的公共衛生方向

1984 年從台灣大學公共衛生學系（當時仍隸屬醫學院）畢業，兩年服役退伍後回校擔任流行病學研究所助理，操作所內引進的第一部光化學分析儀，完成五千多名研究對象冷凍血液樣本的光化學分析後，覺得分子生物流行病學研究取向距離『人』愈來愈遠，因此決定到美國洛杉磯留學，投入「行為科學與衛生教育」的領域。兩年的國外碩士學位學習，因為文化衝擊加上初接觸心理學相關文獻的閱讀障礙，從一開始就顛顛簸簸；然而在指導教授『不要成為 *armed-chair* 衛生教育者』的啟發下，於第一年暑假前往夏威夷取得必修的社區實習學分（原本申請至非洲，但實習老師以『不諳該多元文化區的主流語言：法文』，而加以勸退）。1980 年代末期，HIV 感染在美國已廣泛流行，受實習機構（移、難民服務中心）之託，撰寫了針對亞裔新住民設計的愛滋病防治企劃書（*Start Talking About AIDS*），並獲得當時美國聯邦心理衛生署（NIMH, National Institute of Mental Health）三年執行預算經費。

(二) 跨越語言與文化的社區衛生教育工作經驗

完成碩士課程後，可以有兩年的畢業後工作機會（*practicum study*），於是回到夏威夷找到第一份正式的專職工作，擔任「亞洲及太平洋地區移、難民心理衛生服務計畫」的社區衛生教育者，針對來自東南、北亞及太平洋島嶼各國的移民與難民（至少七個種族，十多種語言），規劃高風險個案的辨識及轉介機制、社區心理健康促進及教育訓練活動。為了達成任務，除了必須熟悉政府組織與民

間團體的運作方式外，更需要在各國雙語同事（舊住民）的協助下，利用週末假日時間穿梭在各國（種族）移民的聚會點找機會（大部分的時間是為了發現個案 case finding），慢慢地成為某某同鄉會、韓國人教會、越南法師精舍和寮國社區活動中心...的義工與常客。當時的主管是日裔移民第二代，曾經在二次大戰珍珠港事件後被暫時安置到到美國本土的集中營，他不會說日文也不吃生魚片，面對八位不同種族的同事，主要的溝通方式是用英文做角色扮演（role paly）。他經常抱怨為什麼只是一個簡單的問題（例如，何時移民到美國的），我們用母語和個案溝通卻說了十幾分鐘還不停。由於州政府補助計畫的方式是依據申報的服務時數撥款，但時數必須是符合『心理衛生服務定義』的項下才能核准（billable hours）。面對不輕易把心事說給外人聽的亞裔移、難民，自己的時數申報大多都填『資源連結（collateral contact）』，每個月底總會聽到主管抱怨，除了社交聊天，可不可以多給一些『心理衛生』核銷時數？

為了促進心理健康，辦理社區教育訓練課程也在業務範圍之內，除了民眾本身，各移、難民服務機構的工作人員也是重要的標的群體。有一次，針對雙語服務人員舉辦了自殺防治訓練工作坊，當時電腦文書處理軟體尚未有現在強大的繪圖功能，海報中嘗試敲開自殺意圖者重重的自我封閉高牆是自己手繪的（圖 1）。多年之後投入自殺相關研究，才驚覺原來早已播下種子。

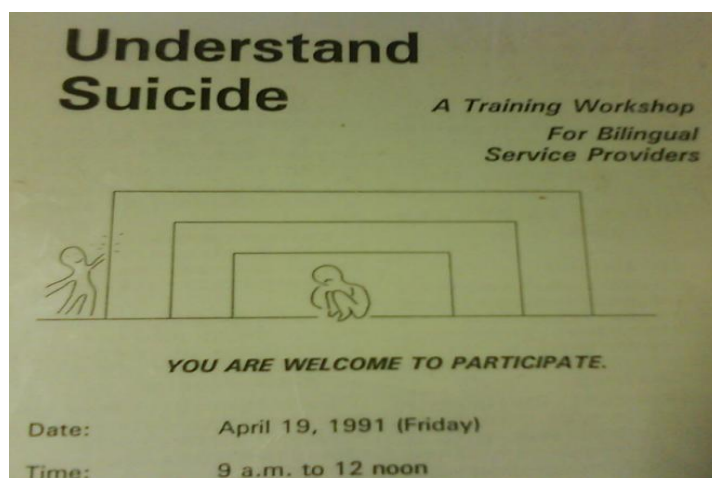


圖 1・瞭解自殺：雙語移民服務人員自殺防治訓練工作坊。
工作坊海報影本，來源：江弘基。

(三) 自殺與精神醫療議題的交會

回國後的 90 年代中期，曾任職於某縣市一個由病友、家屬及專業人員共同組成的團體，主要工作在協助慢性精神病患回歸社會。在此團體成立之前，精神病友的家屬幾乎不會對外承認自己的家中有病患的存在，遑論挺身而出為病友權益發聲。幸而在幾位熱心專業人士的鼓勵與陪伴下，逐漸有病友與家屬願意公開參與倡議活動。但是，當時社會大眾所展現的激烈排斥（例如，反對在社區中設立庇護工場及中途之家），強化了家屬的不安與憂心；加上當時政府和專業部門遲遲無法兌現「去機構化（deinstitutionalization）」的美好遠景支票，部分家屬於是將情緒矛頭轉而指向長期鼓勵他們「走出來」的專業人員，團體內部的紛爭趨向明朗而激化。

有一天，一位常有突發狀況且需工作同仁緊急處理的病友，連續失蹤幾日之後被找到了：自縊身亡且雙腳未離地。其餘過程細節已經模糊，但最後與同仁們一起到殯儀館時，聽到家長含著淚說：『可以解脫了』的情景，卻依然清晰。經歷這起白髮人送黑髮人事件之後，慢慢理解精神病友的家屬，特別是父母親，最掛心的事，除了龐大的醫療費用之外（當時「全民健康保險」尚未開辦），莫過於自己百年後，久病的孩子該怎麼辦？也常想，對於慢性病友來說，長期承擔起伏伏、反反發作的病情，是否也是一種難以承受的痛？以當時自己對精神醫療議題、機構管理及民間組織運作的掌握度，還來不及深入探討這些問題如何解決，就在團體大家長因部分成員的不信任而辭職，組織內部分崩離析的情況下，離開了這個職務。精神醫療的議題對自己來說，自此成了一門尚未修完的功課。

(四) 莫忘公共衛生的初衷：行為發生於政策環境的脈絡之中

2003 年，在全民健康保險工作多年，對醫療體系與健康保險制度有了充分了解，而博士資格考已經通過，思考是否應投入與研究興趣相符的領域。當時台灣社會已歷經 921 地震、SARS 及多次政治選舉的洗禮，心理師法甫通過兩年，但民眾心理健康促進的意識卻仍是方興未艾。於是決定轉換跑道投入學術研究，

協助草擬「公共心理衛生資源與需求研究」計畫(張珣, 王榮德, & 呂淑好, 2004), 獲得衛生署兩年預算經費, 針對非精神醫療的心理衛生服務資源, 進行個專業領域的學、協會及相關機構的深入訪談。

歷經 AIDS、跨族群心理衛生、精神病友回歸社會...工作經驗之後, 回想當初離開生化實驗室的想法: 或許疾病會有特效藥, 或許問題終究會被解決, 但在此之前, 我們從受苦的人身上, 可以學習到什麼? 猶記大一接觸「公共衛生」的定義: 『透過有組織的社區力量, 達到身體的、心裡的與社會的安適狀態』。長久以來, 公共衛生研究所將健康促進(行為科學與衛生教育)與衛生政策(醫療體系與人力)分為不同組別招考研究生, 明確區分相關研究主題, 壁壘分明。但根據多年來的實務經歷, 研究對象的行為發生於政策環境的脈絡之中, 無法單獨研究其一而忽略其二。選擇自殺企圖者與提供服務的體系作為論文主題, 無論是學術研究或實務政策的角度, 都是以實際行動主張公共衛生領域不同力量需要整合的嘗試; 更期待藉此呼籲, 公共衛生的政策推動與社區投入, 應回歸對「人」的基本尊重與關懷; 而在個人健康行為改變與健康促進的過程中, 亦不可忽略社會與組織的影響力道。

到了決定論文題目之時, 手上有幾個題目可以選擇, 感謝博士班同學引薦, 前往當時負責管理「南投心理衛生服務中心」的署立草屯療養院, 討論如何協助評估 921 震災後心理復健模式在南投的呈現, 特別是自殺防治措施的投入。記得過程中突然發生輕微地震, 曾經在 921 住院大樓震垮而必須帶領病患南下寄住其他醫院的院長, 強忍著想要躲到桌下的衝動, 繼續進行討論。最終決定在原先預定的量化評估計畫之外, 另案以深入訪談的質性研究方式, 呈現自殺企圖通報個案的經歷與社區外展關懷工作人員的所作所為。至此, 本博士論文的主題與資料來源已定。

第二節 近因：後 921 南投地區自殺防治策略的評估難題

(一) 自殺死亡率與自殺通報系統

1999 年在台灣中部發生 921 (集集) 大地震之後，行政院衛生署為推動災後心理重建，以專款專用的方式投注人力與物力，在台中縣及南投縣分別成立「災難心理衛生服務中心」，是我國有史以來投注最多人力及經費的社區心理衛生機構(楊聰財 et al., 2004)。南投縣的部分由署立草屯療養院(精神科專科院)接受計畫委託辦理，並於 2000 年 1 月更名「南投區心理衛生服務中心」(以下簡稱該中心)。隨著災區重建進入穩定期，災難心理重建亦轉為常態的社區心理衛生工作，其中的重點項目之一就是『降低自殺低死亡率及發生率』(南投心理衛生服務中心, 2004)。該中心的主要依據為：南投縣自殺死亡率在 1997 年為每十萬人口 15.4 人，遠高於全國水準(10.0 人)，名列各縣市前三位；921 大地震發生後隔(2000)年，自殺死亡率上升至 18.6 人，為各縣市之首；當年自殺死亡率的年成長率為 12%，亦高於全國的 8% (圖 2)。

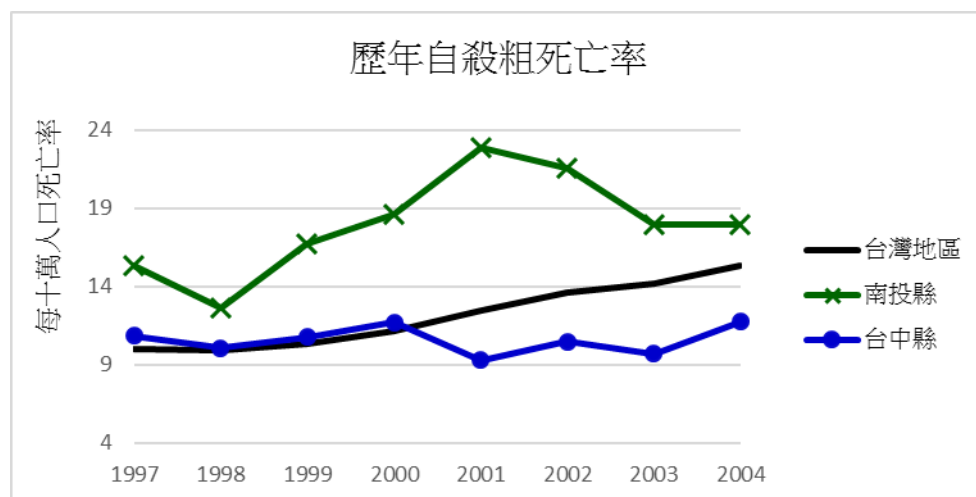


圖 2·歷年自殺死亡率：南投縣、台中縣與台灣地區。資料來源：(南投心理衛生服務中心, 2004)

該中心據此透過「自殺通報系統」的建立，並結合衛生局與轄區內相關的醫療院所、警政、社政、民政、生活重建服務中心及相關民間團體等單位，針對自殺個案進行通報，並展開後續社區外展關懷服務措施，以建構全面性自殺防治網

絡(楊聰財 et al., 2004)。當時南投縣自殺通報系統與後續關懷的主要內容，包括針對『個案及家屬輔導及多元化整合式個案管理服務，目標是防止再自殺、並降低自殺再發生率』(南投心理衛生服務中心, 2004)。



表 1・ 南投縣自殺通報個案數及再自殺率

年度	2000	2001	2002	2003
未遂通報數	293	465	350	407
再自殺個案數	4	11	12	6
再自殺率*	1.13%	2.10%	2.55%	1.19%

*再自殺率：(再自殺個案數/南投縣通報數)

資料來源：(南投心理衛生服務中心, 2004)

(二) 以行政資料評估計畫成果的困境

在 2000 至 2003 年之間，透過系統被通報的南投籍個案件數，分別為 293、465、350 及 407；再自殺率分別為 1.13%、2.10%、2.55% 及 1.19% (表 1)。隨著「南投區心理衛生服務中心」計畫即將告一段落，深入評估與檢視的需求日增。該中心在其出版的「921 五週年成果總彙編」中，運用了自殺死亡率做為結果評估 (outcome evaluation) 指標，亦加入過程評估 (process evaluation) 指標，包括企圖個案通報人次、個案追蹤訪視率 (包括初訪、開案、轉介等)，以及企圖通報個案的再自殺率等指標 (表 2)，做為計畫執行成果的呈現依據(南投心理衛生服務中心, 2004; 鄭若瑟, 2004)。

表 2・ 南投心理衛生服務中心 2004 年度績效目標達成值表

指標	基值 (91 年度)	目標值 (92 年度)	達成值 (92 年度)	達成率 (92 年度)
自殺死亡率	21.61	-10%	17.74	179.08%
自殺轉介個案 追蹤訪視率		70%	97.50%	139.29%
再自殺率	2.55%	3.00%	1.19%	160.33%

資料來源：(南投心理衛生服務中心, 2004; 鄭若瑟, 2004)

該中心宣稱：『...自殺防治工作有了具體的成效』：南投縣自殺死亡率在 2001 年繼續上升至 22.9 人，2002 年為 21.6 人（年增率－6%），2003 年降低至 17.9 人（年增率－17%）；以自殺死亡率的下降幅度而言，比台中縣及台灣地區之數據明顯較大（圖 2）。同時，南投縣在 2003 年退出縣市排行前三名之列，退居於第四位（表 3）。然而，這一連串的變化趨勢，與自殺通報系統的服務措施是否有關？上述指標之間並沒有因果相關的分析，除了無法直接證明自殺死亡率的降低與計畫實效有關外，在實際執行過程中所遭遇的困難、挑戰、投入的心血與創新等等，亦無從呈現。無怪乎當時承接中心業務的主管表示：

自殺死亡率是下降了，縣市排名也不再是第一...但是，除了幾個指標以外，說不出故事來，沒辦法告訴大家我們做得有多好，無法把經驗傳下去。

陳快樂

（2003，時任草屯療養院院長）

表 3·歷年縣市自殺死亡率排名

縣市	1999 排名	2003 排名	2004 排名
台東縣	1	17	2
南投縣	2	4	6
基隆市	3	1	1
雲林縣	4	2	16
苗栗縣	5	11	5
台中縣	15	22	22

資料來源：(南投心理衛生服務中心, 2004)

第三節 捕捉全貌：加入以「人」為出發點的社會脈絡分析

（一）受限於風險取向的評估架構

將發生率（自殺及再自殺）及其風險變化，換算為成本投入與結果產出的關係，是健康服務計畫及醫院管理慣用的評估方法，無疑也是政府主管機關與計畫執行者急於瞭解的重點。但是，以自殺死亡率的單位來看，分母是每十萬人口，分子不到 30；相對於其他死因，自殺屬於相對罕見現象（rare event）。各國有

關自殺死亡與的變化趨勢研究，動輒使用二、三十年的長期資料，並考量巨觀環境因素(Milner, McClure, & De Leo, 2012; 江弘基 & 胡賦強, 2013)。僅有短短五年的資料，想要從自殺死亡率單一數值，嘗試萃取特定策略的特定效果而不受其他干擾因素的影響，實際上有相當難度；量化研究經常使用的「過程－結果變項」(process-outcome variables)，並沒有足夠的資料來解釋評估指標所呈現的變異的可能原因，更無法說明自殺防治目標達成背後努力與投入的全貌。

(二) 缺乏以「服務對象」為中心的關注焦點

從「南投區心理衛生服務中心」的官方報告中，可以看出相關資料屬於精神流行病學的研究取向，大部分屬於危險因子的發現與探討，並以精神疾病罹患或自殺危險評估及預測為主；自殺行為保護因子多為附帶提及之陪襯。對於有自殺想法或傾向的人的經驗，多以制式量表（服務者或專家的角度）加以記錄，服務對象本身的主觀經驗敘述，鮮少成為分析或研究的主體內容。然而這方面的知識對於如何提供適切的關懷服務，卻有關鍵的重要性(Lakeman & FitzGerald, 2008)。有學者指出，在瞭解心理衛生介入服務高度複雜的現象時，使用「過程－結果」式的量化研究設計，『是一種直白的做法 (blunt instruments)，以此方法所累積的大量研究結果，遮掩了我們對於服務對象在過程中的成長與轉變的無知』(Stiles & Shapiro, 1989)。

(三) 忽略了自殺防治政策的「社會建構與脈絡」

公共政策的規劃、執行與評估過程中，都會標示「標的群體 (target population)」；標的群體彰顯了政策的目的性及其改變民眾行為的意圖(Ingram and Schneider, 1991)。無論是為了解決社會問題或達成預定目標，公共政策都會把特定群體的行為改變與政策目的連結在一起；行為改變則是透過增進標的群體的能力或強制其作為而達成。

在社會問題及公共政策的相關探究中，所謂的「標的群體的社會建構 (social construction of target population)」分析，嘗試檢視政策制定者是誰？運用哪些區

辦的指標來分別標的群體與其他人的界限？被標示的群體有哪些共同特性在此過程中被社會或群體本身所認可？這些指標或共同特性是否有文化成見或刻板印象？而這些社會建構是如何影響政策的走向、策略執行工具的選擇，以及如何合理化政策的決定(Ingram and Schneider 1993)？

自殺防治政策，特別是企圖者通報關懷服務計畫，亦符合上述的描述。以自殺企圖者為標的群體的自殺防治政策，其社會建構內涵為何？企圖者如何被標示為標的群體？追蹤關懷自殺通報個案以防止其再度自殺，如何成為達成降低死亡率的主要策略？相關策略制定實的社會脈絡為何？主導者是誰？參與者有哪些？主導者所處的時空背景？所採用的區辨依據？如何合法化及合理化自殺企圖個案的通報與追蹤關懷？值得深入地探討。


第四節 研究目的

本研究期待透過自殺企圖者的角度，呈現在接觸社區外展關懷服務過程中的受助經驗，經由深入觀察並描述受助者與服務人員之間的互動過程及現象，以進一步理解相關自殺防治措施規劃與執行的理念脈絡基礎，期待研究成果能夠提供未來政策參考。研究目的在於：

- (一) 紀錄、瞭解自殺企圖通報個案接觸自殺防治社區外展關懷服務的經驗
- (二) 以被服務者的角度呈現接受協助的過程與內涵
- (三) 架構通報個案在接受服務歷程中的行為模式
- (四) 嘗試藉由被服務者與服務者之間的互動現象，釐清通報者社區外展關懷服務機制的規劃背景，並反映相關自殺防治政策的時空社會脈絡。
- (五) 提出未來自殺防治的政策建議

第五節 研究問題

- (一) 自殺企圖者在成為通報個案及面對社區外展關懷服務的過程中，經驗和感受為何？

- 
- (二) 通報個案接受服務的意願與態度是什麼？
- (三) 個案在接觸外展關懷服務過程中的行為反應，和求助（醫）行為的概念有何異同？
- (四) 個案在服務中所得到的幫助是什麼？
- (五) 個案接觸服務的過程與經驗，受到哪些社會與文化因素與脈絡的影響？
- (六) 相關服務規劃的時空背景與社會脈絡為何？與通報個案的經驗及衝擊有何關係？
- (七) 自殺企圖通報個案的經驗，對於自殺防治政策的擬定有哪些啟示？

以下進行文獻探討，說明本論文在構思研究目的與方法設定過程中的思考理路。

第二章 文獻探討

知識本身的主體有其歷史；
知識的主、客體關係，或者更清楚地說，
真理本身，也有其歷史。

傅柯(Faubion & Hurley, 2001)

第一節 自殺：亙古的現象，社會文化的建構

(一) 古代中國社會對自殺行為的看法

綜觀人類歷史，自殺現象層出不窮。中國古代社會的自殺現象，亦是屢見不鮮。「史記」是經常被引用的資料來源之一，內容中有 69 篇出現與自殺有關之的現象，其中 40 篇中有兩人以上自殺(中国论文网, 2012)；亦即，史記記載了 102 起自殺事件，自殺死亡人數達 623 人，不乏眾所皆知的歷史人物(朱江玮, 2004)。有研究者在探究「史記」人物自殺原因時，將其自殺模式加以分類，例如，『失敗型、逼迫型、自責型、恐懼型、維護型、報恩型、守節盡忠孝型、免辱型』(何梅琴, 2008)，將自殺行為視為具一定功能或作用的行為。有學者依自殺事件的外在特徵，來加以分類。例如，先秦到魏晉南北朝多屬政治因素(鄭曉江, 1999)；而漢代諸侯及官吏的自殺，則是認是受迫於特定政治環境下而形成的一種扭曲的社會習俗(田延峰, 1999)。而其他研究者則是提醒，自殺與生死觀念有密切的關係；認為人還有來世的「他世信仰」是中國人自殺的心靈必備要素，而「人倫道德」則是自殺行為的現世人文價值(林元輝, 1991)。

不過，早於「史記」四百多年前成書的「論語」中，孔子在回答弟子子貢的提問時認為，一般人因拘於小節小信而上吊輕生，最終無人聞問是不值得的：『... 微管仲，吾其被髮左衽矣！豈若匹夫匹婦之為諒也，自經於溝瀆，而莫之知也！』(論語憲問第十四)。針對大量出現在古代中國史籍的自殺行為，有學者提出解釋：『中國思想傳統中的個人，深深地浸潤[在]群體的脈絡與精神中』，並以伯夷、叔齊餓死於首陽山為例，說明古代自殺行為『可以從個人與社會的這個角度

來加以理解；自殺者認為他們自然生命結束之時，就是他們文化生命開始之日...』，[也]是群體文化共業的開始(黃俊傑, 2004)。


(二) 西歐社會對自殺行為的價值觀的演變

在「自殺的歷史 (Histoire du suicide)」一書中(Minois, 2003)，作者描述了西元七世紀至十四世紀的西歐社會，對於自殺行為的不同態度與價值觀：從古希臘與羅馬時期，自殺被視為是可被接受、甚或在某些特定情況下是英勇的美德(如殉死)；隨著基督教興起，自我謀殺形同對上帝的褻瀆而被視為惡行 (sin)，當此異口同聲的譴責訴諸於律法時，就成了罪行 (crime)；直到文藝復興時期，自殺話題才得以再次浮現，成為一個值得討論的哲學議題 (freedom to die)，並出現在眾多思想家與文學作品的討論中。經過啟蒙運動及浪漫時期，進入十九及二十世紀後，西方學術領域的學者分別以不同的角度提出對於自殺行為的理論，包括社會學、經濟學、生物遺傳學、心理學，以及精神醫學等(Berman, Silverman, & Bongar, 2000)。自殺現象的論證涵蓋了科學、法律、哲學及文學等不同面向，高度爭論的議題包括：安樂死、協(醫)助自殺，以及人是否有死的權利。

第二節 全球自殺議題與台灣趨勢

二十一世紀初，世界衛生組織公布全球每年約一百萬人自殺身亡的統計數字(WHO, 2002)；自殺被列入全球疾病負擔 (total burden of disease) 的計算項目中，所佔比例從 1998 年的 1.8%，預計上升到 2020 年的占 2.4% (Bertelote & Fleischman, 2009)。世界衛生組織因此呼籲各國應制定國家自殺防治策略，並鼓勵不分政府與民間，共同積極投入。人類社會對自殺現象的看法，歷經傳統美德、違悖教義、犯罪行為，哲學議題、基本權利，轉而成為流行的社會問題，以及公共衛生的重大議題。


台灣過去二十年來的自殺死亡率，從 1994 年每 10 萬人口 6.9 人開始不斷上升，於 1997 年超過 10.0 人，並於 2006 年達到最高峰為 19.3 人(江弘基 & 胡賦強, 2013)，高於全球平均估計值 14.0 人(Bertelote & Fleischman, 2009)。2002 年，



年度自殺死亡人數首度超過 3 千人 (3053)，2006 年到達 4408 人(行政院衛生署, 2010)。為了因應自殺死亡率不斷升高的趨勢，行政院衛生署於 2005 年 9 月委託「台灣憂鬱症防治協會」，執行「全國自殺防治中心計畫」(行政院衛生署, 2008)，並參考「風險取向 (risk-based approach)」的策略規劃方式 (Burns & Patton, 2000)，針對特定族群的自殺危險性由高至低，分別擬訂指標性 (indicative)、選擇性 (selective)，及全面性 (universal) 策略(李明濱, 戴傳文, 廖士程, & 江弘基, 2006)。其中，指標性策略認定的主要防治對象是自殺風險最高的曾經企圖自殺的人。

依據2004年南投地區自殺通報案數計算，自殺企圖嘗試者發生率為死亡率之 10~20倍(行政院衛生署, 2005)，以同年全國自殺死亡人數3,468人計算，推估至少 34,680人次嘗試自殺，考慮未被發現或通報的案例，實際數字應該遠多於此。2006 年1月，行政院衛生署參考921災後心理重建在南投與台中縣的相關經驗，建置全國性的「自殺防治通報系統」，並透過上述全國防治計畫選擇先導區 (縣市)，嘗試透過加強自殺企圖者的通報及後續追蹤關懷服務的提供，做為落實「選擇性策略」的具體防治措施(Chiang, Chen, Tai, & Lee, 2006; 李明濱 et al., 2006)。2007 年7月修訂的精神衛生法第37條，明訂自殺防治業務為縣市政府衛生局社區心理衛生中心之重點工作，衛生署於2008年7月編列專責人力預算加以落實；並於2009 年度『補助各縣市政府衛生局辦理之「整合型精神疾病防治與心理衛生工作計畫」中，將「自殺通報個案關懷訪視計畫」納入重點補助項目，補助縣市政府衛生局聘任自殺關懷訪視員，以強化各縣市社區心理衛生中心功能，落實社區高危險群及自殺企圖者之個案管理、危機處理機制，及促進民眾心理健康』(李明濱主編, 2009)。自殺企圖者追蹤關懷服務，也正式成為台灣官方自殺防治的全國策略之一。

台灣過去二十年來的自殺死亡率，從 1994 年每 10 萬人口 6.9 人開始不斷上升，於 1997 年達到 10.0 人，於該年起連續 13 年被列入十大死因；2003 年為 14.2



人，超過全球平均估計值 14.0 人(Bertelote & Fleischman, 2009)；自殺死亡率在 2006 年達到歷年最高峰的 19.3 人，亦即，當年有 4408 人自殺身亡(行政院衛生署, 2010)。為了加以因應，行政院衛生署於 2005 年 9 月以委外方式，執行「全國自殺防治中心計畫」，並參考 risk-based approach (Burns & Patton, 2000)，將標的群體依自殺風險由高至低，分別擬訂指標性(indicative)、選擇性(selective)，及全面性(universal)策略。其中，指標性策略所針對的主要標的群體，包括曾經有自殺企圖的人。根據 J. John Mann 等人彙整 1966 至 2005 年期間發表的 5,020 篇文獻，自殺企圖者的追蹤服務(follow-up care for suicide attempts)亦為各國所採取的主要自殺防治策略之一，雖然尚未有實證資料顯示此策略對於降低自殺死亡率的具有顯著的效果(J. J. Mann et al., 2005)。

第三節 自殺企圖者：防治策略的優先標的群體

根據世界衛生組織的資料顯示，每有一人因自殺而死亡，約有 20 起自殺企圖事件發生(WHO, 2002)；歐洲地區的研究顯示，倍數可達 40 以上(Bertolote, Fleischmann, Butchart, & Besbelli, 2006)。衛生署依據此概念於 2006 年 1 月建置「自殺防治通報系統」，並透過上述全國防治計畫選擇先導區(縣市)，嘗試透過加強自殺企圖者的通報及後續追蹤關懷服務的提供，做為落實「選擇性策略」的具體防治措施(Chiang et al., 2006; 李明濱 et al., 2006)。依據 2007 年 7 月修訂之精神衛生法第 37 條，明訂自殺防治業務為縣市政府衛生局社區心理衛生中心之重點工作，衛生署於 2008 年 7 月編列專責人力預算加以落實；並於 2009 年度「補助各縣市政府衛生局辦理之「整合型精神疾病防治與心理衛生工作計畫」中，將「自殺通報個案關懷訪視計畫」納入重點補助項目，補助縣市政府衛生局聘任自殺關懷訪視員，以強化各縣市社區心理衛生中心功能，落實社區高危險群及自殺企圖者之個案管理、危機處理機制，及促進民眾心理健康』(李明濱主編, 2009)。至此，自殺企圖者追蹤關懷服務，儼然已成為台灣官方自殺防治的主要策略。

(一) 曾經企圖者：再度企圖與自殺身亡的機率

歷年來世界各國擬定的自殺防治策略，都將曾經企圖過自殺的人列為主要的標的群體(J. J. Mann et al., 2005)。根據世界衛生組織的資料顯示，每有一人因自殺而死亡，約有20起自殺企圖事件發生(WHO, 2002)；歐洲地區的研究顯示，企圖人次可達自殺死亡者的40倍或更多(Bertolote et al., 2006)。根據不同的研究結果，有12%~30%以上的自殺死亡者，在生前至少曾企圖自殺過一次；而第一次自殺企圖（即便使用的工具致死性不高），對於後續自殺身亡的可能性卻有顯著提升的效果(k. Hawton & van Heeringen, 2000; Isometsa & Lonnqvist, 1998; K. Suominen et al., 2004; Wasserman, 2001b)。先前的自殺行為，無論是個人本身或家族成員，是自殺死亡的最佳預測因子(J. John Mann et al., 2005; Tidemalm, Långström, Lichtenstein, & Runeson, 2008; Wasserman et al., 2012; Wasserman & Wasserman, 2009)。約有10%~30%的自殺未遂者有先前的企圖經驗，其中有15%~25% 在一年之內發生 (Isometsa & Lonnqvist, 1998; K. Suominen et al., 2004)；亦有研究顯示，自殺企圖未遂者經過8年的追蹤，自殺死亡率比一般人高出26.9倍；企圖後3年內的自殺死亡危險性很高，特別是六個月之內機率最大 (K. Hawton & Fagg, 1988)。

(二) 企圖者的危險因子

有學者主張，先前自殺企圖行為與目前重度憂鬱症，是未來自殺身亡的最重要的預測因子；大部分自殺死亡者及企圖者，來自於目前有自殺意念的一群人，或者，未就醫的重度憂鬱症患者(Wasserman & Wasserman, 2009)。其他學者亦指出，與自殺率升高有關的社會心理相關變項包括：喪失之事件(Loss event)、一等親有自殺行為、重鬱症發作、情緒不穩定型人格及物質依賴；且這些變項會與精神疾病有交互作用(A. Cheng, T. Chen, C. Chen, & R. Jenkins, 2000)。

在國內一項針對臺北市709位企圖自殺者所進行的分析顯示，女性企圖人次為男性的1.69倍；自殺企圖所採取之方式以服藥最為常見，其次則是割腕；引發

自殺企圖行為的原因，除精神科疾病問題之外，男性以工作及學業問題為主；女性則是感情與家庭問題較多(邱震寰 et al., 2004)。在2005年之前，台灣與有關自殺研究較少採用客觀分析方式進行(蘇宗偉, 邱震寰, 郭千哲, 陳喬琪, & 李明濱, 2005)，由於不同族群間的自殺死亡率與盛行率差異大且影響因素複雜，尚未有具體證據資料明確指出自殺意念、自殺計畫、企圖自殺行為(attempted suicide)與自殺死亡之間的關聯為何。


(三) 減少再次企圖是防治策略的主要目標

相關文獻顯示，世界上各地區成年人的自殺意圖終生盛行率為10~18%；有3~5%的成年人終其一生，至少有一次自殺企圖(Wasserman & Wasserman, 2009)。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。針對曾經自殺過的人，也就是自殺企圖未遂或倖存者，在醫療機構（一般住院或精神療養院）的做法，通常以「治療有自殺傾向的病人」為目標，以降低自殺企圖者的再企圖率及自殺死亡率 (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011; Wasserman & Wasserman, 2009)；然而，自殺企圖者從醫院或其他治療機構出院之後，如何避免再次企圖就成為後續追蹤關懷服務 (aftercare/postvention) 的主要目的(De Leo & Heller, 2007; J. John Mann et al., 2005; Mehlum & Ramberg, 2010; Suominen, Isometsä, Martunen, Ostamo, & Lönnqvist, 2004)。

第四節 自殺企圖者所帶來的挑戰：指標性策略的執行與評估

*自殺行為可以被概念化為一個複雜的過程，
從自殺意念（可透過語言及非語言的方式溝通）、
自殺計畫、自殺企圖，乃至於不幸的自殺身亡。
自殺行受到生物、基因、心理、社會、環境，
以及情境等因素的交互作用所影響。*

(Wasserman, 2001a)



以衛生署針對「自殺防治通報系統」所提供的資料為例，2009年共計通報25,649人次，提供62,019人次的後續關懷服務；其中，電訪關懷86.4%（21,456人[次]）；家訪佔11.9%（4,398人[次]）；門診務談佔1.8%（725人[次]）（台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心, 2010）。在「全國自殺防治中心計畫」前三年的計畫成果報告指出，各縣市通報後180天內的再（企圖）通報率介於2.8%~11.3%之間；企圖後的自殺死亡率介於6%~7.5%之間（行政院衛生署, 2008）。上述資料如何解讀，與自殺死亡率變化之間的關聯何在？是否能夠反映出關懷服務的投入與相對效果？並未有進一步的討論與說明。以死亡率或發生率來比較，自殺被歸類為相對罕見的現象（rare event），以量化研究經常使用的「過程—結果變項」（process-outcome variables），在嘗試解釋自殺死亡率因而受到的影響（每十萬人口中個位數的變化），即使達到統計上的差異，亦難以說明或解釋差異的原因，也無法完整呈現人員付出與資源投入的成果。

根據John Mann等人，彙整1966年至2005年期間發表的5,020篇文獻顯示，自殺企圖者的追蹤服務亦為各國共同採用的自殺防治策略之一，但尚未有實證資料顯示此項策略對於降低自殺死亡率的具有顯著效果(J. J. Mann et al., 2005)。但由於自殺企圖者的通報機制與後續追蹤關懷服務所需耗用的資源龐大，此策略的成效高低乃眾所矚目的焦點。相關研究指出，由於自殺企圖者多半伴隨憂鬱傾向且病情時有起伏，因此對於接受關懷服務及按時服藥的持續性並不高，因此強調醫院與提供追蹤（後續關懷）服務的機構必須進行架構性的合作，以提高被服務對象的遵從性（compliance）。

第五節 精神疾病與自殺：雙重污名化的挑戰

無論是後921的「南投區心理衛生服務中心」，或是隨後的衛生署「全國自殺防治中心計畫」，均由精神醫療專業人員負責規劃與執行；前者委託草屯療養院辦理，後者委託台灣憂鬱症防治學會，主事者均為精神科醫師背景，舉凡機構屬性、人力資源、轉介醫療服務，乃至於自殺行為成因的理論基礎，都與精神

醫學及醫院有關。自殺與精神疾病（醫療）因此產生了連結，對於自殺防治來說，代表面對雙重污名的挑戰。

以風險因子角度而言，自殺與精神疾病關係密切；無論是國際文獻系統回顧 (J. J. Mann et al., 2005) 或是國內危險因子研究的結果 (A. T. Cheng, 1995; A. T. Cheng, T. H. Chen, C. C. Chen, & R. Jenkins, 2000; 鄭泰安, 2003)，都指出自殺行為與精神疾病有高度的相關。以社會文化面來觀察，兩者都是背負著社會大眾與當事人自我所賦與的污名；曾經企圖自殺的人常被視為不孝、沒面子 (Wen Chii Tzeng & Lipson, 2004) 或逃避責任 (江弘基, 2011)，而罹患精神病的人常被認為是行為無法預期的、危險的不定時炸彈 (Corrigan, 2005; 江弘基, 2011; 行政院衛生署, 2011)。民眾對兩者所抱持的似是而非的看法與迷思（刻板印象），透過媒體不當的渲染與報導 (A. T. A. Cheng et al., 2007)，可能對此形成負面的情緒反應（偏見），進而採取歧視，亦即具體的排斥行為 (Angermeyer & Matschinger, 2005)。當自殺企圖者面對精神醫療專業人員所提供的追蹤關懷服務時，標籤、污名與迷思將如何影響兩者之間的互動，令人好奇。

第六節 以自殺企圖者自身角度出發的研究方興未艾

（一）以專業服務者臨床角度觀察少數個案的研究居多

在國內中文期刊所發表與自殺企圖者相關的研究，主要以分析盛行率、個案特性（人口社會變項分佈）及風險因素分析為內容 (林俊宏, 邱震寰, 陳映燁, et al., 2006; 邱震寰 et al., 2006; 邱震寰 et al., 2004; 許文耀, 王德賢, 陳喬琪, & 陳明輝, 2006a; 許文耀 & 陳明輝, 2004; 郭千哲, 陳映燁, 邱震寰, & 陳喬琪, 2006; 陳映雪, 葉紅秀, & 余鳳玉, 1993; 蘇宗偉 et al., 2005) (許文耀 et al., 2006a; 許文耀 & 陳明輝, 2004)。呈現企圖者後續關懷服務及自殺防治措施的研究陸續增加 (李明濱, 戴傳文, 江弘基, 廖士程, & 黃鈞蔚, 2007; 林俊宏, 邱震寰, 陳喬琪, 黃蒂, & 林純綺, 2006; 胡百敏 & 范麗娟, 1997; 廖士程, 李明濱, & 江

弘基, 2008); 以服務人員本身經驗的論文不在少數(吳美連 & 徐禎美, 2000; 呂素珍 & 楊美賞, 2002, 2003; 李如琚, 2010; 胡百敏 & 范麗娟, 1997; 郭嘉琪, 林秋菊, & 馬淑清, 2008; 陳麗麗 & 林夷真, 2009; 齊美婷, 蔣秀容, & 宋素真, 2004) (W. C. Tzeng & Lipson, 2005), 但較多以單一個案為研究對象。

(二) 以自殺企圖者本身的觀點的質性論述則以更緩慢的速度出現

其中, 包括「轉換受苦經驗: 成年自殺企圖者之歷程分析」, 採取質性研究法, 運用理論性取樣, 針對七名因自殺未遂求治某醫學中心急診再轉住急性精神科病房之患者, 於不受干擾的情境下, 根據半結構式訪談大綱進行深度訪談, 並運用現象學方法分析資料, 以建構研究對象的自殺企圖發展脈絡(蔣秀容, 2003); 以及 The cultural context of suicide stigma in Taiwan: 『台灣自殺污名化的文化脈絡』以「民族誌」為研究方法的主軸, 針對因自殺而住院的個案, 以參與式觀察、正式及非正式訪談進行資料蒐集, 進而分析自殺倖存者及其家屬, 對於因自殺而帶來的罪惡感及污名進行文化分析(W. C. Tzeng, Lipson, Tzeng, & Lipson, 2004)。此外, 吳秀琴等針對自殺未遂女性憂鬱症患者及其伴侶進行深度訪談, 以現象學研究法進行資料分析, 歸納出其生活經驗的概念(吳秀琴, 林梅鳳, & 游淑華, 2007)。

第七節 從古典的相關研究中學習

(一) 求助行為是疾病行為 (illness behavior) 的一種特殊形式

相關的求助行為偏向 care-seeking 或 service utilization, 主要是因與醫療服務利用有關, 因此多集中在求助的內容或對象, 即使提及求助者本身的特性因素(例如人口學變項、知識、態度及偏好等), 也是為了解釋決定服務使用的變異, 而少談論求助者內在的過程。早期有學者分析求助行為, 並進一步發展出疾病行為模式 (model of illness behavior), 為生病求助過程的分析提供更廣闊的架構。疾病行為大致包括三個步驟 (行為): (1) 承認自己需要協助; (2) 決定是否求助; 及(3) 選擇求助的對象。而是否決定求助的影響因素, 包括個人、文化及社

會層面。疾病行為包含但不限於下列的行為：對於身體症狀的反應、向「專家」尋求意見（無論是社會公認的醫事人員、民俗療法或非專業治療師）、向親鄰好友及同事尋求意見，或是什麼都不做等待症狀消失(Weidman, 1988)。

（二）從醫療服務轉移到求助者的認知與社會體系

疾病行為概念下的研究取向，和醫療服務研究（health service research）最大不同點，就是嘗試走出完全以服務提供或使用與否當做唯一研究重點的做法。而進一步把求助者認知和求助行為所在的社會系統加以整合分析的，有提出個人解釋信念(individual explanatory belief)的醫療人類學家 Kleinman 及強調 therapy management group 的 Janzen。曾經到台灣研究民俗醫療的 Kleinman 認為，個人的解釋信念會受到家庭和民俗信仰（family and popular explanatory belief）的影響，而且是瞭解求助行為的關鍵(Kleinman, 1980)。而 Janzen 所研究的對象是非洲的大家庭，他強調家庭或 therapy management 在塑造疾病認知的過程中扮演重要的角色，並強調社會關係與社會互動在瞭解疾病認知及後續求助、家人受苦等過程的重要性(Janzen, 1987)。值得注意的是，有學者指出 Kleinman 較強調個人健康行為，將團體活動或社會網絡視為周邊的支持系統，與美國的個人文化較相容，這是與 Janzen 的健康文化（health culture）概念比較不同的地方。

（三）泛文化研究 — 圈內人的取向

無論是疾病行為、個人解釋信念或 Janzen 模式，都是希望將泛文化的研究取向帶入求助行為的研究中。泛文化研究取向採取關注特定文化或跨文化的研究策略，為的是要從單一文化（unicultural）研究典範轉移至泛文化。有學者指出，單一文化研究典範的觀念、方法和權力都來自於西方文化傳統——也就是科學成為一知識建構的源頭。在西方主流文化下，科學研究方法在任何文化中都可使用，而研究結果的意義也都在研究者自己的認知架構中加以詮釋。而泛文化的知識建構方式是採 emic system（從圈內人的角度進行瞭解），這是和科學以文化圈外人的 etic system 角度進行研究不同的地方。泛文化取向意味著研究者處於不同的

文化中，會刻意保持疏離的態度，並與每個文化保持同樣的距離；而觀察的方式，容許同時評估不同文化系統下的同一種行為：理想上，其中一個就是研究者所屬的系統。



第八節 求助行為相關理論的適用與限制

求助行為模式已廣泛被運用在研究精神疾病及自殺企圖者的行為上，但若只侷限在研究「醫療服務使用」的概念及方法（例如流行病學的結構式量表或問卷），則有可能落入單一文化研究取向的困境。泛文化取向的相關概念、理論及模式，可供本計畫參考，唯較少看到以自殺個案家屬為對象的例子。Hawton & Heeringen 在 2000 年出版的 *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* 一書中已經提出呼籲，二十一世紀初的自殺行為研究重點應放在其生物、心理及社會病因之間的互動關係上。有關自殺個案的治療，應強調改變過程的紀錄與瞭解；預防的策略則應以高危險群為優先，並包括倖存者及受到自殺事件影響的存活者。專業服務人員若能更瞭解自殺個案及其家屬對於自殺事件是如何詮釋的，將有助於提出更適切的醫療服務政策(Keith Hawton & Heeringen, 2000)。

國內研究有下列幾項特性與限制：

- (一) 多以疾病角度出發，探討自殺原因或風險因素為主，較少關注個案求助或接受幫助的過程；
- (二) 多以診斷量表蒐集資訊，或行政紀錄為資料分析主體，質性方法為輔；
- (三) 研究對象多為醫療機構內轉介的個案，主題多為醫療服務利用的型態、多寡，或對特定藥物或服務項目的臨床反應，少有社區的個案及其家屬，民眾的負面經驗（例如排拒精神醫療的事實）較少討論；
- (四) 研究者觀點多為專家的單向角度，少有自殺個案或家屬的聲音，也少有以個案與專業服務者之間的「雙向關係」做為觀察單位；
- (五) 研究視野多限於醫療體系內，未將個案及其家屬的求助行為置於其整體

生活及社會文化情境下進行審視；

- (六) 多以單一指標（如再自殺率或復發率）代表計畫成效，少以文化情境或社會脈絡下的現象，呈現計畫執行的過程或工作人員的付出。



第九節 過去相關研究的不足之處

綜上，以精神疾病診斷及自殺的風險機率來區分研究對象，侷限了分析的角度；以精神臨床醫學的觀點出發，亦減低了其他學術典範加入的可能性（例如精神文化流行病學、醫療人類學等）；以研究人員為中心的研究觀點，往往忽略甚或壓抑了當事人及親屬的主觀意識，因而喪失深入分析所必須的寶貴資料；如此，除了可能無法體會自殺事件的本質、家屬受到的衝擊、個案求助偏好與社會資源的使用型態外，對於服務或防治工作效果，亦限制解釋差異的空間。求助行為相關模式的探討重點雖是受助者本身的行動，但以相關研究的主要關切目的僅在於「及早發現（篩檢自殺風險）」、「儘速就醫（接受轉介治療）」及「持續就醫（避免中斷或遵從醫囑）」的話，卻仍脫離不了這是專業服務提供者思維下的產物。自殺是罕見的現象（rare event），以目前所使用的 outcome variables 及介入服務指標，無法完整呈現該中心的努力與投入。

為了突破 risk-based approach 的思維下，受限於流行病學及危險因子的狹隘範疇，本研究強調以企圖通報個案（服務對象）的主觀經驗為主體，透過自殺企圖者的角度，瞭解其在接觸自殺防治社區外展關懷服務過程中的受助經驗，呈現受助者與服務人員之間的互動過程及現象，以反映相關自殺防治服務的特性。期待本研究所產生的知識，對於如何提供適切的關懷服務有所貢獻。

第三章 研究方法



本研究以「南投區心理衛生服務中心」為個案分析的範圍，主要透過了解自殺企圖者在接觸自殺防治社區外展關懷服務過程中的受助經驗，經由深入觀察並描述受助者與服務人員之間的互動過程及現象，以進一步理解相關自殺防治措施規劃與執行的理念脈絡基礎，期待研究成果能夠提供未來政策參考。

第一節 名詞解釋

(一) 自殺企圖

自殺企圖的定義一向都引起爭議。以當代的看法，一項行為可以稱之為自殺 (suicide)，必須以死亡為結果，且以意圖死亡為前提如果以結果來看，自殺未死可稱之為自殺企圖 (suicide attempt)，然而自殺事件依其死亡意圖、動機及目的、手段與結果等，還有許多不同定義與名稱，包括以 parasuicide 來代表並未抱持一死決心的行為 (a cry for help)；或以 DSH (deliberate self-harm) 來區隔與自殺死亡事件的不同 (Wasserman & Wasserman, 2009)。

(二) 自殺企圖通報個案

本研究所指自殺企圖者，乃泛指在 2002~2004 年期間，經由南投及週邊縣市之社政、衛生、消防、警政、教育、醫院及鄉鎮市之村、里、鄰長等管道，透過「南投縣自殺個案通報中心」所通報，後並轉介至「南投區心理衛生服務中心」的自殺或自傷事件的行為人。

(三) 社區外展關懷服務

係指「南投區心理衛生服務中心」接獲自殺企圖 (未遂) 個案通報後，首先進行初步家訪以提供危機處置，並依據評結果針對有需要的個案採取後續收案動作；對未遂個案提供個案會談及諮商輔導，而已遂個案，則對其家屬進行哀傷輔導及自殺危險性評估。本研究所指通報個案，即為此項服務下開案後並接受後續關懷的自殺企圖者。在本研究展開時，執行社區外展關懷服務的「輔導員」，係由草屯療養院各病房借調的六位精神科專科護士擔任。



第二節 研究場域的選擇

(一) 研究對象的可近性

與衛生署於同時期在台中縣成立的中心相比，「南投區心理衛生服務中心」並非由縣衛生局執行，而是由署立草屯療養院負責管理。由精神科專科院支持的社區外展關懷服務有下列優勢：

1. 雖然研究對象屬於社區個案，但有醫院為後盾，個案後續處理與轉介的機制順暢，開案的阻力相對減少，研究對象的來源與多元性無虞。
2. 以醫療服務管理為基礎，服務流程及個案紀錄資料相對完整，有助於研究對象選擇與後續資料比對分析。
3. 本研究指定的 key informants 為外展服務人員（輔導員），均為醫院調派志願中心任職的精神科專科護理人員，某程度而言，在研究概念、行政程序及提供臨床專業資訊上，有較佳且一致的配合。

(二) 「南投區心理衛生服務中心」乃衛生署專款專用計畫委託辦理，經費充足的情況下，足以支撐「無論路途多遠，每一名通報個案都要追蹤到」的原則，對於協助本研究深度訪談所需的相關行政及專業上的支援，亦不至造成過大的額外負擔。

(三) 實務面的需要與行政面的支持

本研究著手規劃之初，乃「南投區心理衛生服務中心」原計畫最後一年，面臨評估與檢視的必要壓力，但苦無方法說明目標達成背後的努力與原因。為了協助該中心，透過草屯療養院以本研究為主軸提出研究企畫案，獲頒 2005（九十四）年度行政院衛生署所屬醫院「研究發展計畫獎勵」（計畫編號：9405，如附錄一），並取得本研究的合法性與行政上的相關支持。

第三節 選擇質性研究取向

本研究使用的方法包括：田野調查(深度訪談、重點式參與觀察、原始資料蒐集)，屬於質性研究的範疇。



(一) 量化研究的特性與限制

自殺或 life-threatening 行為是文化的產物，若僅以醫學及個人心理層面進行研究，通常會忽略歷史、政治、社會以及文化對相關行為的影響。缺乏這項的察覺的研究者，通常都是在該行為者的沈默下，只和自己專業領域的人對話，而缺乏對該行為者進行更深入的瞭解。而行為者往往也被認為是「較低下」而且是「需要被說明的」，導致行為者在這樣的討論對話中所表現的「沈默」，模糊或扭曲了許多研究結果的真正意涵。且透過制式化的測量工具或結構式問卷得到的相關資料，雖然可以分析諸多變項之間的關係，然而這樣的關係僅存在於數學統計上，較難看出當事人的真實生活世界，亦即，較難捕捉其所處社會的複雜性、脈絡性與意義(Airhihenbuwa, 1995)。

(二) 質性研究的特性

質性研究的目的不在於實證，而在於描述、提出解釋；在於詮釋、在於提出看法。本研究屬於南投區心理衛生服務中心的個案研究，嘗試描述以社區精神醫療為基礎的自殺企圖通報個案的追蹤關懷服務的特性；呈現自殺企圖通報個案與提供社區外展關懷服務的精神科護士之間，發展出的互動關係與過程；並詮釋所觀察到的現象的社會脈絡，並針對服務模式的優勢與限制提出看法。綜言之，有效的自殺防治服務工作評估方式，除成效評估的概念外，必須考量自殺企圖通報個案的觀點，將當事人與家屬對於自殺防治服務的文化意涵納入分析。質性研究的方法比起調查研究方法更能探索與深入人們的社會生活，屬於一種自然觀察的形式，藉由在田野上參與觀察一段時間，收集人們日常生活中不同社會情境下的論述與話語，以瞭解表面行為下更深入的意義(賴福文譯, 1989)。

質性研究方法不但在學術上，可以記錄自殺企圖通報個案的文化觀點與經驗意涵，豐富自殺研究的文獻累積；在政策執行的評估上，亦能深入瞭解自殺防治服務對象，對於相關服務內容及人員的看法；並能搭配其他的評估資訊，深入分析自殺防治服務工作的成效在不同對象上的差異。此外，在彙整個案訪談的質性

資料過程中，並可對照來自行政面資訊監測系統的相關基本資料、就醫（接受服務）紀錄、自殺意向與心理狀態評量等資料，藉以架構一個完整呈現防治工作特色的評估模式，以做為未來自殺防治政策的參考。



第四節 研究方法的選擇

（一）田野觀察的研究取向：田野觀察及其適用情況

田野觀察，係指在進行田野方法（field method）過程中所進行的觀察。田野方法又稱為田野工作（fieldwork）或田野研究（field research），被視為人類學最傳統的特色之一；雖然如此，許多其他領域或非學術界的人，也經常使用此法從事研究或從事活動。田野方法乃是針對一些現象的本質加以探行動，而且是在這些現象所自然存在或所發生的環境中，從事第一手的研究。因此，田野方法也常與質性研究、民族誌、解釋性研究和個案研究等名稱互用。在所有的研究方法中，實驗法及調查法是廣泛被使用且爭議較少的方式，為什麼要選擇田野觀察？。在下列三種狀況下，田野觀察仍比其他方法來得理想(丁志音, 1991)：

1. 希望在自然的情境下研究態度及行為的研究時；
2. 希望對研究主題有較深層而完整的瞭解時；
3. 希望瞭解一段時間內的社會過程時。

（二）田野資料的挖掘與蒐集：四種觀察的途徑

田野情境中蘊藏著許多寶藏，田野觀察的過程中，通常利用四種途徑把豐富的資訊挖掘出來：(1) 收集現存的書面資料；(2) 從事不同程度的觀察；(3) 進行訪問或深度訪談；以及(4) 利用以設計妥善的研究工具。這四種途徑並不是指四種步驟，彼此之間沒有絕對的先後次序，端視研究者的需要而定。整個田野觀察的過程，從一開始的描述觀察（包括與研究現象或對象有關的所有社會情境），隨著在田野的時間累積變長，於是進入重點的觀察（focus observation），最後慢慢將注意力放在特定的主題上，也就是選擇性的觀察。

(三) 深度訪談—主要的資料蒐集方式

本計畫因個案可近性較低，且涉及隱私，因此選擇深度訪談做為主要資料蒐集的方式。事實上，訪談和觀察是同時進行的。進行上述描述觀察時，若能隨口問一些問題，這些問題經常是片斷的，沒有組織，彼此之間也沒有什麼關聯。但隨著研究問題的呈現，訪談將趨向於挖掘一些特定的資料，特別是當觀察已經縮小到選擇性的觀察時。一般說來，訪談可分為結構式與非結構式。而在田野研究中的民族誌訪談 (ethnographic interviewing)，在訪談前會先設定主題腹案，但未設計出條列式的問題，訪談時隨性所致聊下去，有時有方向性，有時沒有。研究者可在適當時機調整問題的方向，這樣的訪談叫做深度訪談 (in-depth interviewing)。深度訪談可說是在既定的範圍內做探測性的研究。而當觀察範圍愈來愈明確時，訪談也就愈趨近於結構化。

(四) 田野觀察的資料分析

1. 質性資料的分析

「質性研究」指的是「非由統計程序或其他量化方法來獲得研究發現的任何類型研究」。質性研究的部分資料可能會以量化來處理，以提供相關的人口統計或背景資料；某些經由訪談或觀察（通常被視為質性研究方法）所蒐集來的資料，可以加以編碼而進行統計分析，這是將質性資料予以量化。但當論及質性分析時，大多數的分析都是詮釋性的 (interpretative)，而分析過程多屬資料的「非量化歷程」。

質性資料分析的程序，通常包括概念化和縮減、歸納資料 (conceptualization and reducing)、依其屬性和面向來推演類別 (elaborating)，並藉著一系列的前提陳述來關聯 (relating) 類別等。這些程序通稱為編碼 (coding)。分析歷程也包括其他程序，包括非統計抽樣、撰寫備註和製作圖表等。以發展理論為目標的研究而言，質性資料的分析目的，在於發現原始資料間的概念 (concepts) 與關係 (relationships)，然

後將之組織成依個理論性的解釋架構 (theoretical explanatory scheme)。

2. 互動式的資料蒐集、分析與呈現的過程

相較於質性研究，質性資料的蒐集、分析與呈現的過程與步驟之間，是反覆對照比較，不斷互動的過程。雖然各項研究步驟在研究初期有先後之分，但在過程中可依資料分析結果的呈現或初步結論的提出，而再次回到資料蒐集與分析的步驟。

3. 不斷比較、抽樣與理論性飽和

資料分析的基本動作是「編碼 (coding)」：透過逐字、句或段落，將深度訪談的逐字稿或觀察筆記加以分析，並且把每次的新發現，做為下一次觀察或訪談的方向及線索。把譯碼分類並歸納為更高一層的概念範疇 (categories)，進一步尋求概念範圍有哪些屬性，再比較各範疇之間的關係...如此不斷地進行。不斷地比較，同時也解決了所謂「抽樣代表性的問題」。量化研究的抽樣目的在於概推回母群體；但質性研究的對象並非隨機抽樣而得，因此無論觀察次數如何多、個案數如何大，永遠無法窮盡所有的情境與個案。透過不斷地比較，可以解決概推的問題，也可以充實概念或個案的條件與脈絡，進而建構實質的理論。

4. 抽樣與資料蒐集的終點

根據「理論性飽和 (theoretical saturation)」的概念，「當...發現沒有額外的資料可以發展範疇的各個屬性，研究者一再看到類似的案例，這時他就有信心說，這個範疇已經達到飽和」。同理類推，抽樣的原則亦是抽到「資料裡的每一個範疇都達到理論性飽和為止」。而抽樣的原則，也正是配合上述資料分析的演繹思考過程中，所提出的一些想法來進行。以此來處理樣本數及代表性的議題。

第五節 研究設計與步驟

(一) 熟悉田野環境

本計畫在研擬初期，已運用的途徑包括上述的收集現存的書面資料及從事不同程度的觀察。在現有書面資料方面，收集有關自殺的學術文獻、南投區自殺通報紀錄、防治服務計畫內容、心理衛生服務中心個案分析與相關服務紀錄等，對於研究設計及自殺個案特性的瞭解有相當的幫助。

(二) 研究工具及事前準備

田野觀察的工具是研究人員本身，而觀察是用感官（不僅是視覺）去探索週遭的事物與情境，這樣的本能因研究者本身的背景與訓練而有所不同。研究者的研究能力與理論觸覺（sensitivity），可以透過個人專業背景、生活經驗與文獻探索來提升。本計畫研究人員的相關經驗及研究興趣，包括：多元文化移難民心理衛生服務計畫、台北市康復之友協會總幹事、非主流心理衛生資源研究、精神病患確診前後的醫療服務利用分析等。

於著手計畫構思後，即以不同參與程度針對南投區自殺防治工作進行觀察，花費六個月時間進行「田野環境的熟悉」，其中包括醫院門診跟診（成人身心科的自殺個案）及跟訪（心理衛生服務中心輔導員的自殺通報個案訪視），以期在正式蒐集資料之前，對田野環境有相當程度的瞭解與熟悉。在參與觀察過程中，均進行田野筆記的紀錄。

(三) 選擇訪談研究對象的原則與方式

本計畫研究對象的來源，主要以 91 至 93 年經由「南投區心理衛生服務中心」結案與仍在案的個案為主。自殺企圖個案之服務方式包含家訪、電訪、定點諮商及其他訪視，當個案之狀況經評估後發現需進一步追蹤處理時，則予以列管。自 2000 年 5 月 1 日始至 2004 年底止，共計通報略低於 2,500 人次，平均每年約 580 人次，每個月約 48 人次左右。其中已遂個案 434 人，佔 17.4%；其餘為未遂個案，佔 82.6%。各年通報、新開案、結案及仍在案個案數，詳如（表 4）。自殺

個案之服務方式包含家訪、電訪、定點諮商及其他訪視，當個案之狀況經評估後發現需進一步追蹤處理時，則予以列管。自 2000 年 5 月 1 日始至 2004 年底止，共計通報略低於 2,500 人次，平均每年約 580 人次，每個月約 48 人次左右。其中已遂個案 434 人，佔 17.4%；其餘為未遂個案，佔 82.6%。各年通報、新開案、結案及仍在案個案數，詳如（表 4）。

表 4·南投區心理衛生中心：自殺個案服務統計（人次）

年度	2000	2001	2002	2003	2004
通報數	353	524	470	503	648
新開案	220	270	146	181	209
結案	140	266	148	208	162
仍在案	80	224	222	55	102

資料來源：南投區心理衛生中心。九九心飛揚，石岡情流長 921 五週年成果總彙編，第 17 頁。

（四）訪談對象選擇分兩波進行（圖 3）：

1. 第一波採高度開放原則：

首先由心理衛生服務中心六位輔導員，各提出 8 到 10 名適合訪談人選名單，由每位輔導員陪同研究人員，先各訪問 1 名個案或家屬，在熟悉訪談程序、審視田野筆記並與輔導員討論後，再與輔導員共同自先前名單中，再各挑選一名進行訪談。第一波深度訪談是容許所有可能性的搜集歷程，因此研究對象選取原則保持較高的開放程度。

2. 第二波進行調整與補充

第二波訪談抽樣目的，是根據第一波訪談內容歸納出的「分析主軸」，尋找同一主軸內的次分類，或尋找不同主軸之間的關係，並針對有需要的問題加以澄清或補充。第一波訪談資料進行分析後，擬訂半結構式訪談內容大綱，並決定訪談對象的挑選原則；從第一波訪談所剩餘名單挑選個案

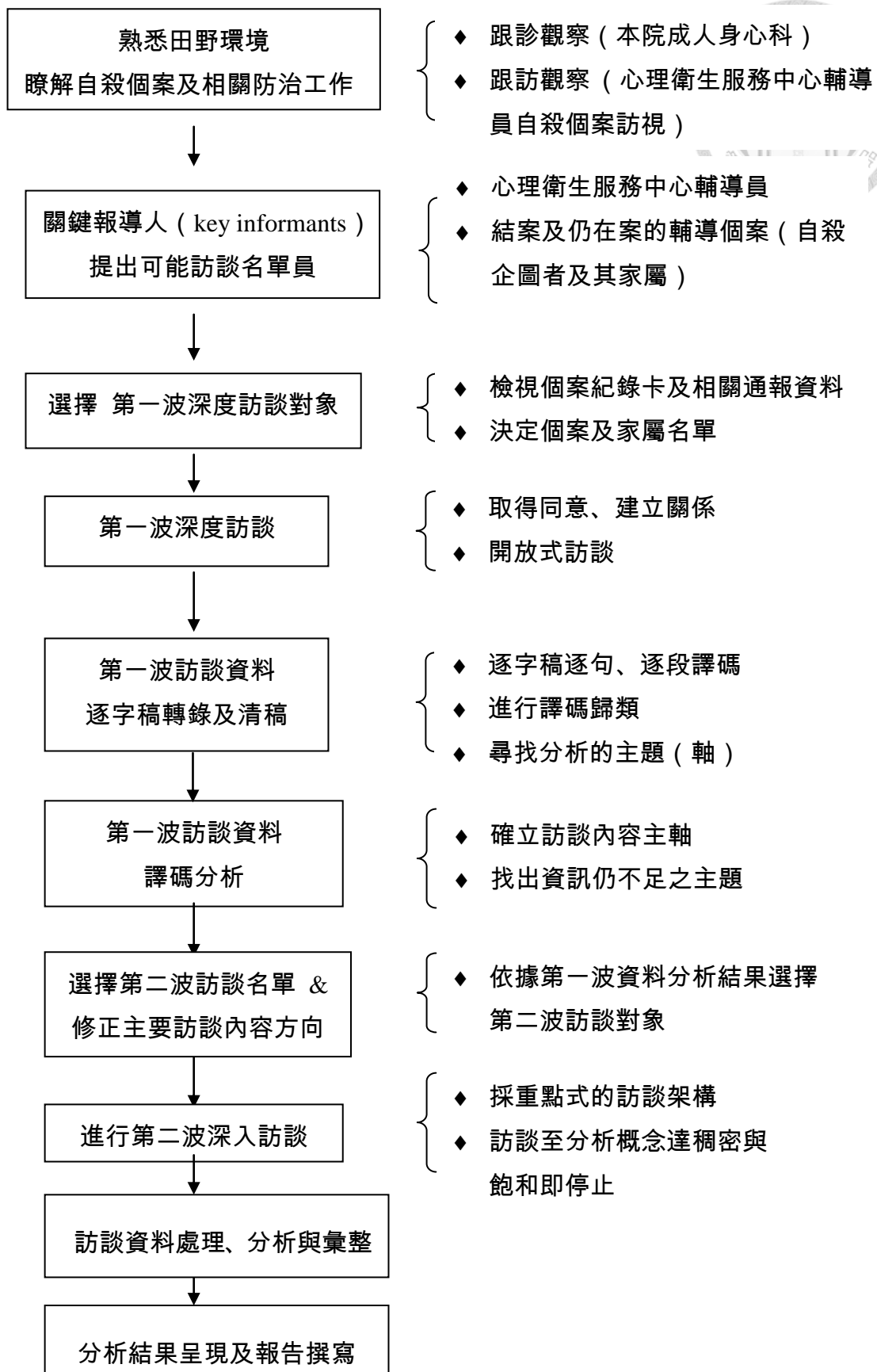


圖 3 · 深度訪談對象選擇及進行流程

或家屬，若名單不敷需求，則從通報資料庫中再行挑選。當資料蒐集已至分析概念達到稠密與飽和程度時，訪談即告一段落。

(五) 關鍵報導人 (informant 輔導員)

本研究進行時，負責提供通報個案服務的輔導員，乃由草屯療養院調任的精神科護士擔任（之前亦包括心理及社工背景的專業人員），因此，成為本計畫研究人員進入田野的關鍵報導人 (key informants)。輔導員除提供可能訪談名單外，於每次訪談前、後，均提供相關資料，並參與訪談的事前準備與事後檢討的過程。

(六) 深度訪談

1. 訪談進行的方式

深度訪談，原則上由個案原屬輔導員陪同計畫研究人員共同執行。首先由資輔員以電話與個案或家屬取得聯繫，於獲口頭同意後前往訪談，於實際進行訪談時並簽署訪談同意書。每位受訪者訪談時間從 60 到 120 分鐘不等。

2. 訪談的內容

第一波的深度訪談，多採取開放式，儘量讓被訪者暢所欲言，但亦不脫離下列三個方向：（訪談大綱如附錄四）

- (1) 自殺事件及相關的經驗；
- (2) 曾經尋求或接受過哪些協助；以及
- (3) 接觸自殺防治服務人員的體驗。

有關個案自殺的原因及相關生活事件或經驗等話題，亦經常出現，惟進行第二波訪談時，分析概念的主軸已較具體，因此較趨向半結構式的訪談架構，而研究人員亦可能採取主動的引導。第二波訪談內容（訪談大綱如附錄五），請詳分析結果章節。

3. 與受訪者之間的關係建立

深度訪談原則上由本計畫研究人員負責進行。雖然不排除同一名受訪者

的再訪可能性，但必須做好僅能訪談一次的心理準備。而「站在關鍵報導人的肩膀上出發」是訪談成功的關鍵前提，因此除了透過輔導員向受訪者充分說明來意之外，訪談前的準備階段（briefing），以盡可能回顧個案的相關資料，並掌握其最近的狀態訊息，以期降低受訪者的疑慮或困擾。當問及與輔導員有關的問題時（例如，服務滿意度），在恰當時機且經受訪者同意時，適情況請輔導員迴避。

4. 倫理議題

本研究獲頒 2005（九十四）年度行政院衛生署所屬醫院「研究發展計畫獎勵」，計畫編號：9405（附錄一）。相關訪談活動均得計畫及相關機構主管的同意，在訪談對象的選擇、聯繫及訪談進行過程中，皆再三告知並確認對方的意願與狀態。自殺是高度敏感的議題，研究者通常在報導人陪同下，進入研究場域後，對於有興趣參與研究的個案，詳細說明與解釋研究題目、研究目的、研究過程以及研究參與者的權利，而且在錄音前也會告知並徵得研究參與者的同意（訪談同意書，如附錄二）；至於使用「書面」或口頭的研究同意書，需衡量個案的個別文化而定，許多研究也有過類似的情形（Mercado-Martinez & Ramos-Herrera, 2002）。此外，儘管研究者認為在進行研究前，已經對研究參與者非常詳細說明研究目的、研究過程與研究參與者的權利，但是這並不表示研究參與者充分瞭解研究者的意圖。過去許多研究者都談到，使用研究同意書在質性研究實務操作中，是將研究的道德倫理責任從研究者轉移到研究參與者身上（Murphy & Dingwall, 2001；畢恆達, 1998），彷彿取得同意後，研究者就可以為所欲為。其實，整個研究過程，研究者與研究參與者權力始終處於不平等，所以徵求研究參與者參與研究的意願，應該是在研究過程中不斷協商的動態過程。研究者在進行研究時也會不斷的徵求研究參與者，是否願意再進行下去或是否願意再繼續錄音等，研究者非常注意研究參與者是否有感受到受到尊重。特別是有心理疾患的個案更應仔細

斟酌是否納入。

(七) 觀察及訪談筆記

無論是深度訪談進行前的準備期，或是深度訪談進行期間，研究人員均將所觀察到的加以記錄。觀察或訪談的心得紀錄，採筆記及錄音的方式，並於訪談逐字稿分析時加入彙整。

(八) 通報資料、個案服務紀錄卡等相關資料

個案通報資料是抽樣的依據，亦是瞭解個案整體概況的重要資訊。通報資料與個案服務紀錄卡中的相關記載和資訊，對於訪談事前的準備與事後的分析，是不可或缺的。

第六節 資料分析方式

(一) 深度訪談資料的逐字稿轉錄及清稿

深度訪談的錄音帶，交由精神醫療相關工作同仁（專業背景包括護理、心理、社工等），於簽屬保密切結書後協助進行逐字稿轉錄。轉錄後的逐字稿交由本計畫研究人員進行清稿工作，完成後儲存為電子檔案供後續分析。逐字稿轉錄時，依據錄音帶及田野筆記，亦將質得注意的臨場狀況加以註記。

(二) 質性分析與軟體工具

深度訪談的逐字稿分析，即針對訪談內容進行編碼、命名、分類歸納等分析步驟。使用軟體工具為 ATLAS.ti—The Knowledge Workbench, V5.0 版。

(三) 理論觸覺 (Theoretical sensitivity)

逐字稿分析軟體僅是減輕文書處理操作負擔的一種工具，在彙整、分析及沉浸在訪談資料中時，可以透過問問題、逐字及逐句編碼、瞭解分析言談或行動的真正意義及搖紅旗的四種方式，來提升理論觸覺；在過程中，不斷進行相關田野資料、文獻、專業知識及個人經驗的比較分析，以發覺資料中的新意義與理論線索。

(四) 確保分析可信度 (trustworthiness) 的方法



1. 研究者本身的敏感度

田野觀察的質性資料的蒐集及分析，是以可信度的概念取代量化研究的信度與效度考量。如前述研究方法所提，可信度可以藉著研究者的敏感度（與其背景、看法與興趣有關）、各項田野資料的比對，以及同儕之間的討論而加以確保與提升。

2. 透過關鍵報導人的協助

在本計畫的規劃階段、深度訪談對象的選擇、訪談對象基本資料的蒐集與準備，訪談前、後的討論、訪談逐字稿的資料分析及分析結果解讀的各個步驟，均邀請關鍵報導人的參與，透過長期而持續的互動，以確保研究的嚴謹度與資料及分析的品質。

3. 中心工作同仁的經驗交流、同儕討論與訪談

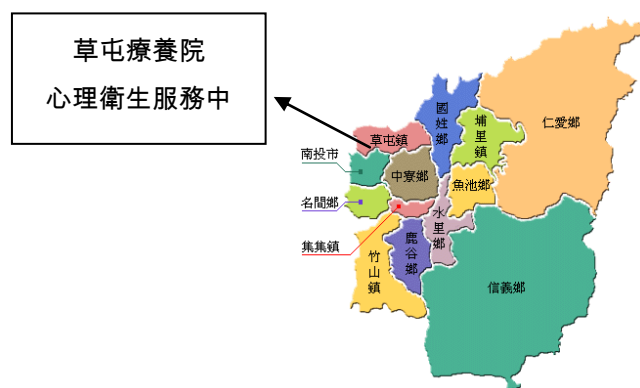
心理衛生中心工作同仁並不是本計畫的研究對象，但與個案及家屬的關係密切，能夠提供個案及家屬的另一相對觀點。本計畫研究人員除密切與各輔導員討論，並於第一波及第二波訪談期間，舉行資料分析結果的同儕分享討論會議。此外，並與心理衛生服務中心核心工作人員進行正式與非正式的訪談，以質性研究的信、效度而言，這部份的資料比對，對於田野資料的蒐集與分析有很大幫助。

第七節 研究對象的基本資料

質性研究的研究對象選取，本意並非求得可以概推母體的代表性樣本。然而，基於資料豐富性且有利於達到理論飽和的分析目的，經過兩波選取過程，共計選出 30 個案家，包括 20 名自殺通報個案及 10 名家屬（亦即，其中有四名家屬為獨立訪談對象，不含自殺個案本身）。

訪談對象年齡層，以 21~45 歲最多，其次是 46~64。訪談對象居住地區，基本上在南投縣 13 鄉鎮市都有（圖 4）。訪談進行時，20 名自殺企圖個案中，仍

有 7 名正在接受心理衛生服務中心的追蹤輔導。個案被通報時的自殺方式，也是平均分布。有精神診斷的受訪者，部分在自殺通報前已有精神病史，部分是在通報後經評估、診斷有精神症狀；其中，以憂鬱症為主（詳表 5 至表 9）。



鄉鎮	南投縣合計	南投市	草屯鎮	埔里鎮	竹山鎮	名間鄉	國姓鄉	
人口數 (90年)	541,537	104,460	97,740	87,526	61,209	42,847	23,675	
		水里鄉	鹿谷鄉	魚池鄉	中寮鄉	信義鄉	仁愛鄉	集集鎮
	22,632	20,801	17,713	17,688	17,673	15,294	12,279	

圖 4 • 南投地區鄉鎮市地圖及人口數。資料來源：(鄭若瑟, 2004)

表 5 • 訪談對象：性別與年齡

目前年齡	女	男	小計
20 以下	3	0	3
21~45	11	4	15
46~64	6	4	10
65+	0	2	2
總計	20	10	30

表 6・訪談對象：居住地區

鄉鎮別	中興	仁愛	水里	信義	名間	竹山
個案	1	4	2	1	1	1
家屬	0	0	0	0	3	0
總計	1	4	2	1	4	1
鄉鎮別	南投	埔里	草屯	鹿谷	集集	總計
個案	1	3	2	3	1	20
家屬	2	2	2	0	1	10
總計	3	5	4	3	2	30

表 7・訪談對象：訪談時接受服務情形

狀態	服務中	已結束	總計
個案人數	7	13	20

表 8・訪談對象：自殺方式

自殺方式	個案人數
服(安眠藥)藥	4
割腕	5
割頸	2
自殘	2
服藥及割腕	3
喝農藥	3
燒炭	1
總計	20

表 9・訪談對象：精神症狀

精神診斷	個案	家屬	小計
有	12	3	15
無	7	7	14
藥癮	1	0	1
總計	20	10	30

第四章 結果分析



第一節 深度訪談的逐字稿編碼

(一) 逐字稿編碼分析單位

逐字稿的編碼過程如下：逐字、句或段落 → 編碼 (codes) → 歸納分類 → 概念範疇 (conceptual categories)。概念範疇產生之後，檢視個別範疇的屬性或面向，進而探討範疇和範疇之間的關係。因此，概念範疇是基本分析單位。在本研究中，與分析單位有關的量化資料 (例如出現頻率)，主要在說明資料分析的過程；分析結果的呈現，主要還是藉由「詮釋 (interpretation)」而非數字。

(二) 編碼方式

逐字稿編碼分為主要兩個步驟。首先是逐字、句或段落的編碼 (coding)，如圖 4 所示。其次是將類似的編碼歸納為同一概念範疇 (categorization)，如圖 5 所示。

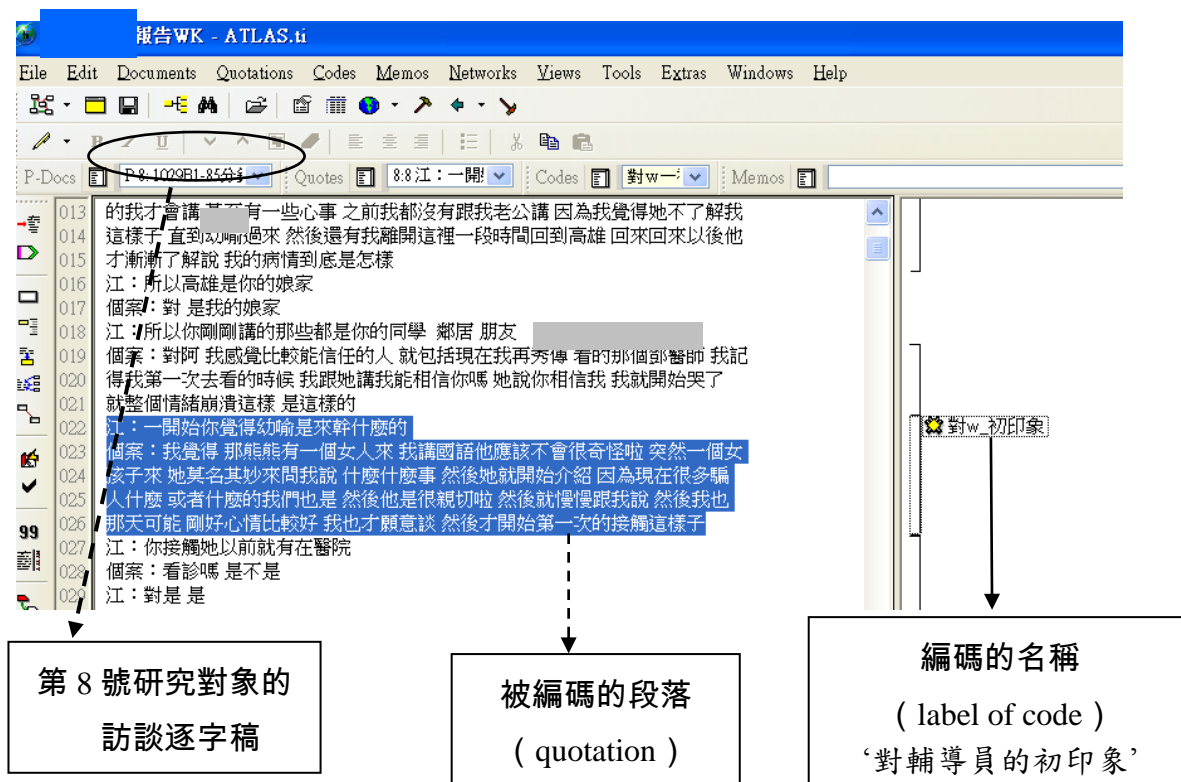


圖 5 • 質性資料分析軟體－編碼 (coding) 操作畫面



概念範疇 (category) :
取名為 “Privacy (個人隱私) ”

Code Family Manager [HU: ...] 報告WK]

Families Edit Miscellaneous View

Name	Size	Author	Created	Modified
folk & religion	29	Super	05/12/19 ...	05/12/19 ...
growth & change	27	Super	05/12/19 ...	05/12/19 ...
help_w	19	Super	05/12/18 ...	05/12/18 ...
impres/v	12	Super	05/12/18 ...	05/12/18 ...
ip_serv	9	Super	05/12/18 ...	05/12/18 ...
privacy	18	Super	05/12/...	05/12/...
recommendations	20	Super	05/12/19 ...	05/12/19 ...

Step 2

所有的編碼

Step 1

類似概念的編碼

對精神醫療機構—保密 {1-0}

心事—不對人傾訴 {1-0}

心事—自己處理 {1-0}

很少跟鄰居說心事 {1-0}

精神科就診經驗—請護士小姐離...

個案：可是根本不想跟他們講{...

很少告訴老婆 {1-0}

很少告訴鄰居 {1-0}

對介入—防禦心理 {1-0}

心事_自殺前_不會說 {1-0}

心事_只對先生說 {1-0}

隱私 {6-0}

自己的事只講給親近的人聽 {1-0}

家屬一個案不敢提自殺之事 {1-0}

家屬一個案對精神醫療服務—拒...

家屬—對公衛護士的看法 {1-0}

家屬—對於鄰人眼光的看法 {1-0}

家屬—隱私 {1-0}

個性 {1-0}

支持來源 {1-0}

支持來源 {20-0}

自殺目的 {4-0}

自殺的目的 {1-0}

自殺事件後—體驗 {2-0}

支持來源—1995 {1-0}

對精神醫療—最初排斥 {1-0}

自殺事件後—較少談論此事 {1-0}

對精神醫療—接受的原因 {2-0}

自殺事件後—對個案的影響 {1-0}

自殺方式—FM2—七年前 {1-0}

對精神醫療—接受的過程 {1-0}

對精神醫療—最初無法接受的原...

兩次自殺的目的不同 {1-0}

自殺事件後—對家人 (先生) 的...

對精神醫療—先前就醫經驗 {1-0}

對精神醫療—效果 {2-0}

關心精神醫生的 {1-0}

圖 6 • 質性資料分析軟體—概念範疇化 (categorization) 操作畫面

第二節 編碼結果

兩波訪談逐字稿的譯碼 (codes) 經過歸類與彙整後，產生概念範疇 (categories) ，每個概念範疇下所涵蓋的的編碼數目、編碼段落數目及編碼所屬的受訪者人數，詳如表 10.1~2 。

表 10.1 • 各概念範疇下的譯碼數、譯碼段落數及受訪者數

概念範疇 (category)	編碼數 (# of codes)	編碼段落數 (# of quotations)	編碼所屬的 受訪者人數
對輔導員的第一印象	4	13	13
個人隱私	18	23	10

對自殺行為本身的看法	11	12	6
自殺後的體驗	54	73	20
抗拒介入服務的原因	42	47	16
對自殺防治介入的看法	21	29	10
後來對輔導員的看法	12	32	14
與輔導員的關係模式	26	58	18
輔導員的幫助	19	71	18
自殺後的成長與轉變	26	77	18
對他人分享, 轉介的意願	9	15	13
對計畫的建議	20	22	10

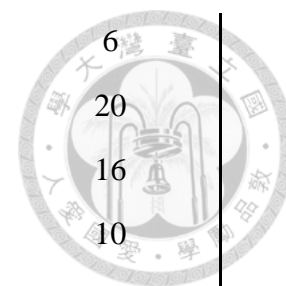


表 10.2 · 各概念範疇下的受訪者編號

概念範疇 (category)	編碼所屬的受訪者編號
對輔導員的第一印象	1,8,9,11,13,14,16,17,20,21,23,24,26
個人隱私	1,4,8,10,12,14,17,19,21,23
對自殺行為本身的看法	1,10,17,18,21,26
自殺後的體驗	1,2,4,6,8,9,10,11,12,13,16,17,18,19,20,21,22,23,25,26
抗拒介入服務的原因	1,4,8,9,10,11,12,13,14,17,19,20,21,22,23,26
對自殺防治介入的看法	1,9,10,11,14,17,20,21,23,26
後來對輔導員的看法	1,2,3,8,9,10,12,13,14,15,17,18,23,26
與輔導員的關係模式	1,2,4,8,9,10,11,13,14,16,17,18,20,21,22,23,24,26
輔導員的幫助	1,5,6,8,9,11,13,14,15,16,17,18,20,21,22,23,24,26
自殺後的成長與轉變	1,5,6,8,9,11,13,14,16,17,18,20,21,22,23,24,25,26
對他人分享, 轉介的意願	1,2,8,9,11,13,14,17,18,21,22,23,25
對計畫的建議	2,8,9,11,13,14,15,16,17,25

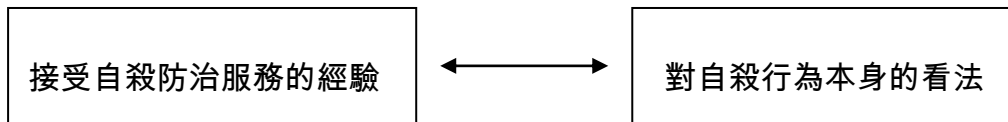
第三節 編碼後的分析 — 具體研究問題的細部化



研究者不斷地提出問題，是在訪談資料中理出分析主軸的重要方法。在編碼及概念範疇產生後，將本計畫規劃之初所訂的研究問題進一步具體化為分析主軸：

- 研究對象在接觸自殺防治服務時的經驗是怎樣的？這些體驗與感受和他們的相關生活經驗有無關聯？
- 研究對象在接受自殺防治服務後，和服務人員之間發展出怎樣的互動關係？而以他們過往的人際關係與對外求助的方式而言，這樣的互動關係代表什麼意義？
- 自殺防治服務帶給研究對象哪些幫助？而這些幫助或成效，在研究對象的經驗中，是透過怎樣的轉折與改變之後才達到的？

1. 自殺企圖者及其家屬在接觸自殺防治服務時的經驗是怎樣的？這些體驗與感受和他們對自殺行為本身看法的關係為何？



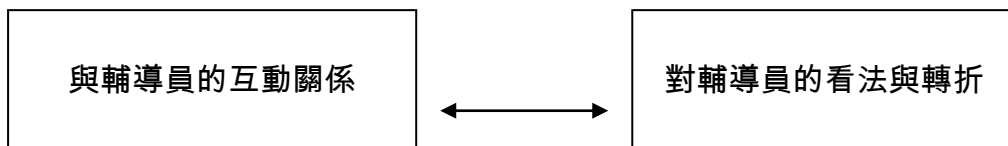
概念範疇：

對輔導員的第一印象、
對自殺防治介入的看法、
抗拒介入服務的原因

概念範疇：

個人隱私、
對自殺行為本身看法

2. 自殺企圖者及其家屬在接受自殺防治服務後，和服務人員之間發展出怎樣的互動關係？而這樣的互動關係代表什麼意義？



概念範疇：

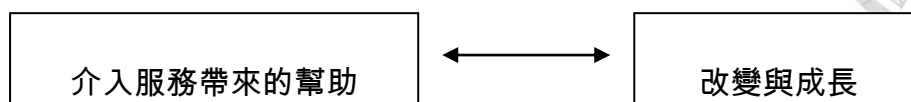
與輔導員的關係模式

概念範疇：

後來對輔導員的看法



3. 自殺防治服務帶給自殺企圖者及其家屬哪些幫助？而這些幫助或成效，在自殺企圖者與家屬的經驗中，是透過怎樣的改變與成長之後才達到的？



概念範疇：

輔導員的幫助、
分享與轉介的意願、

概念範疇：

自殺後的成長與轉變

以下透過相關概念範疇下的訪談內容分析，嘗試呈現上述研究問題的相關現象，並藉以架構「南投區自殺防治工作」的評估模式。

第四節 初次接觸社區外展服務的體驗

(一) 初次接觸的體驗 — 接受服務的門檻

南投區自殺防治服務，採取主動深入社區的策略，掌握第一時機進行自殺事件的介入服務工作。通常自殺個案從急救醫院返家後，就會有收到通報單的輔導員前來訪視。而「意外」是自殺通報個案在第一次接觸到防治服務時的普遍反應之一：

訪員: ... 這中間沒有找其他任何人幫忙過?

個案: 那時候X小姐來的時候，我本來不想跟她講，她剛剛來的時候，我說我沒有跟人家講過啊。為什麼你們會知道我受傷了？她說醫院的人講，可是這樣子不是我們山上的人知道了，我那時候很不敢跟人家講，因為我覺得這件事是很丟臉的事，我根本就不敢講出來，所以那時候X小姐來的時候，其實我那時候還很有防備，很像不敢講太多，後面才知道現在有這種，就是有老師可以去跟我們講這些事情的時候，我才讓我一些事情之前的跟現在的

都跟她講。

<#26個案；181:187*>

* 註：代表第26號受訪者，逐字稿第181~187行



『為什麼你們怎麼會知道？』，是驚訝的表現。對於急救醫院的「消息外洩」感到意外，其實是擔心有更多週遭的人會知道。『我受傷了』，是個案對於自殺事件的描述，中性的用字遣詞並未透露「傷害自己」的意涵。『很丟臉』，讓個案不願談論自殺事件，對輔導員也『很有防備』。

自殺個案對在初次接觸介入服務時的反應，透露了個案對自殺事件本身的看法，也影響了初次面對服務人員的態度。

(二) 初次面對輔導員

個案對於自殺防治服務的態度和看法，反映在對輔導員的初體驗上。個案的主要感受包括「怪怪的」、「莫名其妙」、「害怕」及「反彈」等，並且抱著懷疑和保持距離的防禦心理。

個案：我覺得...那ㄟ熊熊有一個女人來...突然一個女孩子來，她莫名其妙來問我說什麼什麼事，然後她就開始介紹。因為現在很多騙人什麼或者什麼的...然後她是很親切啦，然後就慢慢跟我說，然後我也那天可能剛好心情比較好，我也才願意談，然後才開始第一次的接觸這樣子。

<#8個案；22:26>

個案「擔心被騙」或許其來有自，但現今台灣社會人民的集體感受何嘗不是如此？那麼個案對於輔導員存有疑慮，還有其他的原因嗎？



個案：那時候就是...也是覺得有點怪怪的啊

訪員：覺得怪怪的。那時候你知道他是要來幹什麼的嗎？

個案：那時候他是講說他要來...要來訪問我一些一些事情這樣子
啊

訪員：那你是覺得怎樣？怪怪的是？

個案：可能就是...做這種事情...也是不喜歡人家提起啊，對啊

<#16個案；310:321>

(三) 對自殺行為本身的看法

『不喜歡人家提起』，顯示個案對自殺行為本身的看法影響了對輔導員的態度。

個案對自殺行為本身的看法包括下列三個面向：

1. 隱私

『這是我的私生活』及『是我自己的事』，明白地表示「不欲人知」的心情。而『我根本就聽不進去』及『為什麼要別人知道』，正反映了面對諮商輔導的態度。

個案：啊他，來的時候我是很反彈人... 嗯，我很很不想去接近這個人，因為我就是說我我這是我的私生活，我自己的那個...我自己也很那個避免他。

個案：... 他要了解到底我是為了什麼事而自殺... 啊我就是覺得說，你講這個我聽不進去啦！我根本就聽不進去。那時候我是整個都是觀念上就是我是我自己的事情、我家的事情，為什麼要要別人知道？

<#1個案；15:17；37:40>



2. 個人自由

如果自殺行為屬於個人自由的範圍，既然決定權是在自己的手上，那麼其他人亦無需置喙、插手的想法，也決定了面對輔導員初次訪視的心態。

個案：人是自由的啊，對不對？我活得很辛苦...

<#18個案；251；251>

個案：那時候我的想法就是這樣子... 那是我自己的事情，我要怎麼做是我的自由！

<#1個案；55；57>

3. 與人溝通、分享的意願

個案對自殺行為的看法，也反映在是否願意與其他人分享或溝通與自殺事件有關的點點滴滴。「家醜不可外揚」和「這是個人問題」，都是常見的想法。

個案：我不會【去和別人講】，因為第一我認為這是醜事，第二我覺得這是個人的問題。

因此，在「意外」的情況下，面對輔導員提及個案「頗有看法」的自殺事件，結果就是「會有壓力」。

訪員：妳覺得她來跟妳談這件事情，或現在跟我們來談會有壓力嗎？

個案：之前會現在不會

訪員：會的原因是？

個案：突然來跟我講這件事情... 嗯，突然覺得有一點壓力...

<#17個案；446:447>

(四) 轉介、通報單位與服務機構的屬性

造成自殺個案初次面對輔導員時的壓力，還有外在的原因：



1. 在地的服務人員

個案第一次接觸自殺防治服務時的反應不一，有的抗拒，有的接受。接受的原因，不外單純樂見他人的關心，或是先前已收到社政或醫療單位的告知，因此減低了擔心受騙的疑慮。然而，對於先前從未接觸過類似服務的個案，特別是重視隱私或擔心別人知道的個案，就會特別在意通報資料的來源。尤其是在地的通報單位，例如原急救醫院或衛生所，主要擔心的原因是「都是在地的工作人員，他們都認識我」。

2. 精神醫療機構與自殺防治

一般科的急診醫院通常是自殺行為被發現後，個案被送達的機構。然而，初次接觸介入服務的自殺個案往往無法理解，為什麼會被轉介給精神專科醫院？為什麼自殺事件要交由處理精神病的單位處理？即使是有精神病史的個案，也可能有同樣疑問。

個案：...那時候真的是自殺沒錯啦，但是就是我是認為說，醫院為什麼把這件事情送到療養院去？我不知道這個是不是因為...

訪員：你是不是被送到一般科的醫院去？

個案：對啊，我被送到一般醫療，為什麼病歷會跑到療養院去？

我那時候我是真的是不知道

<#1個案；114:128>

(五) 小結：影響自殺企圖者個案初次面對介入服務的態度的相關因素

1. 抱持疑懼及保留態度的因素

主要是因為：(1) 對輔導員的陌生及來意不明而擔心被騙；(2) 認為自殺



事件屬於個人私事，或擔心外人前來張揚是非而丟臉；以及 (3) 認為是醫院或其他單位的追蹤，而產生的反彈心理。

2. 自殺防治的挑戰：如何跨越接受服務的門檻

個案對於自殺事件應屬私領域而加以保密的看法，影響了初次接觸自殺防治介入服務時的態度。其中，「外人不得知情甚或干涉」的主張，更凸顯個案對於通報資料來源的反應。對於自殺事件及行為本身抱持罪惡感或不欲人知的個案，對介入服務則採取封閉而保留的態度。

自殺個案的初體驗提示了推展自殺防治服務的首要挑戰，也就是如何讓民眾能夠接納。相關的影響因素如圖 7 所示：自殺通報個案在初次接觸關懷服務時，對於輔導員的態度，受到個案自己對於自殺行為本身的看法的影響，包括認為自殺行為是個人隱私、個人自由，以及願不願以與他人說這些事情的意願。個案通常對於原通報單位（急救醫院）如何將訊息轉介給前來關懷的單位，感到不解與訝異；對於輔導員的背景及所屬機構屬性，不見得有準確的了解。

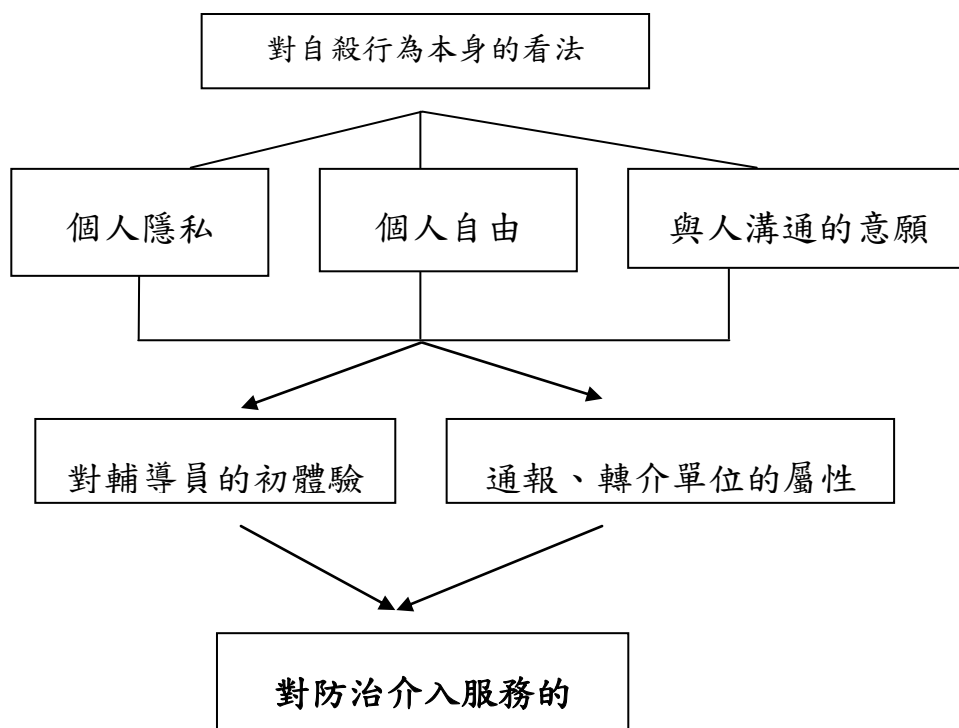


圖 7 · 社區外展服務的挑戰：初次接觸的體驗

第五節 與社區外展關懷服務人員的互動

「一個銅板不會響」，亦即「服務」一定存在服務者與被服務者雙方，以下是以自殺個案及其家屬的角度，觀察「個案－服務人員」之間的互動關係及其建立的過程。



(一) 個案及其家屬對輔導員的瞭解

1. 輔導員來訪的目的與專業身分

除了先前有自殺紀錄或精神疾病就醫經驗的個案之外，初次接觸輔導員到訪的自殺個案，不見得明瞭來訪的目的，但多能感受到服務人員的『關心』。

訪員：你剛剛認識他的時候，你知道他是要來幹什麼的嗎？

個案：當時不曉得。

訪員：不曉得。你有沒有拒絕他？

個案：沒有、沒有。

訪員：沒有不讓他進來？

個案：沒有、沒有，他就很關心。

<#13個案；3:18>

但是進一步談到輔導員的所屬單位及專業背景，受訪者的回答要不是「我想應該是...」，就是語帶不好意思的「我不知道」。

訪員：可是你知道他是來幹什麼的嗎？

個案：我知道啊，他是來關心，叫你不要怎樣怎樣。不要...什麼事情談開來就好。

訪員：你原先有預期到他來做這個事情的嗎？

個案：衛生所大部分都是這樣，都是關心別人的



訪員：嗯

個案：衛生所，差不多都是這樣。

<#21個案；25:30>

訪員：你知道她跟X小姐是同一個單位？

個案：我不知道，因為X小姐...她是...代理...哈哈...我也不知道X小姐在那個單位。

<#14個案；17:18>

(二) 輔導員的特質 — 態度的扭轉與關係建立的過程

老師：...你知道她一開始是來幹什麼的？

個案：當然一開始會有防禦的心裡啊，因為我之前有吃安眠藥，醫院就是怎麼講，好像會有通知還是怎樣，然後他就會來輔導我。

<#21個案；18:22>

即使瞭解輔導員是因自殺通報而來，個案一開始仍會抱持防禦的態度。那麼是在怎麼樣的情況下，個案對輔導員的態度才有所轉變，而願意持續接受介入服務呢？

1. 輔導員的服務及專業風格

「照本宣科」、「為通報而通報」式的服務方式（或態度），顯然無法吸引或打動自殺個案的意願。不知是否已厭煩921災區長年以來密集的、制式的到府服務（甚至，幾近擾民的研究調查），個案對於僵化的例行服務與冷淡的問卷式問話顯得沒有興趣，甚而加以排斥。以下個案的說法，是非常鮮明的對比：

訪員：X小姐和衛生所來的差別在哪裡？一樣都是護士啊？

案夫：差別？我告訴你，對，沒錯，但是一個是...怎麼說...一個是比較溫柔，一個是硬梆梆。我問你，你要給溫柔的【服務】還是

硬邦邦的？大家都是要給溫柔的，不是嗎。一個是照公式來，一個是照她【個案】的想法來，對嗎。

訪員：有差別嗎？你覺得這種差別很重要？

案夫：很重要啊！因為你要來你要先跟我們講啊！她不是來了才說...我願意接受嗎？鄉下地方大家都不喜歡讓別人知道，誰要讓別人知道？！

<#8個案的家屬；454:471>

2. 堅持的意志

訪員：對我們那個小姐的看法？

案夫：她來可以啊，別人不行。因為別人來過了，沒有用。

訪員：這樣喔

案夫：只有她有用，她很有耐性，她很有那個耐性。我的感覺啦...別人沒有，別人也來過，沒用啦。她比較有那個耐性...她對她也比較

信任，她來很久了口。

<#8個案的家屬；550:557>

個案接納輔導員之後，仍要有長期抗戰的準備，因為雙方謀合期的步調無從預期，因此耐性是輔導員必要的特質。輔導員與個案(或家屬)是否能合得來，可能需要長時間的考驗，不過，一旦關係建立，在個案該及家屬的角度來看，該名輔導員的被取代性是不高的。

個案：...真的，他就是不願意接受...我當初會接受【的原因是】，我也是說死馬當活馬醫

訪員：再一次不好意思

個案：死馬當活馬醫！就是這樣子。我那時候就是這樣，好啊，

再死也死不去，看你要怎樣...看你要怎樣弄...你有辦法把我的結打開... 我也覺得你很厲害啊！你沒有辦法把我的結打開，我就覺得你很笨，但是他真的做到了，真的！



<#1個案；598:612>

(三) 與輔導員間建立的互動關係模式

自殺個案眼中的輔導員是怎樣的人呢？或許可以從他們如何描述與輔導員之間的關係，一窺端倪。

1. 互動關係模式的類型

(1) 老師

個案:...她讓我不排斥地方是因為她很有...其實坦白她讓我看的是她的偉大...就跟你一樣很細心的在去聽講一些妳的痛苦，你可以很平靜的跟她...有時候講到痛苦會激動，她們可能會比較很平淡的跟她講，我的心意是如何，不會影響到我的痛苦，所以我尊稱她為老師。

<#17個案；535:546>

個案：對，我都叫她張老師。

訪員：你覺得她是你的老師？

個案：我現在不覺得她是我的老師！

訪員：那她你的什麼？

個案：我現在覺得她是我很好很好的好朋友！之前我會叫她張老師...

<#18個案；538:598>

(2) 朋友

訪員：所以你叫她朋友？



個案：現在我稱他是朋友，好朋友，對。

訪員：那醫院裡頭，有沒有人可以像這樣，用朋友關係來稱呼的？

個案：目前如果說我接觸到的這樣子啦... 草療她是第一位啦

訪員：還有其他嗎？

個案：有，但是那種交情感覺上是不一樣的...

<#9個案；252:262>

2. 輔導員的專業屬性不是絕對的影響因素

正如同輔導員所代表的直屬單位，或許可以減低個案在初接觸介入服務時的疑慮，但未必能確保個案願意接受後續的服務一樣；輔導員的專業背景，也不見得是能與個案建立起良好專業關係的門票。自殺個案及其家屬更在乎的，是有人能真心地、有耐心地傾聽；是不是夠專業不見得說得出來，但是他們在乎被尊重的感覺，而不只是一個通報個案。

訪員：他們要有什麼特質才可以讓需要的人可以接受他們？

個案家屬：我感覺到特質就是比較有耐心吧！因為你要做這一種人，要這樣的人才，要有耐心，因為憂鬱症的人他就是有滿腹的牢騷，跟一些該說也說，不該說的也說，全部的有一些廢話在裡面，所以他要很有耐心聽他去講這些話，聽他去吐露心聲，最重要的~

訪員：嗯

個案：最重要的就是耐心阿，他每一遍來輔導這患者，患者所說的話有可能就像錄音帶一樣，(笑)就是說這些話，聽久了，這種人聽久了也會厭煩，我每一次來(笑)聽也是聽這些話而已，聽到他也許會隨便說一說做一做就走了，這樣~

<#14個案；308:316>

(四) 小結：跨越抗拒服務的門檻：建立服務的互動關係

輔導員透過持續不斷及耐心的投入，與個案極其家屬建立了互動關係，跨越了抗拒服務的門檻。相關的影響因素，如圖 8 所示：

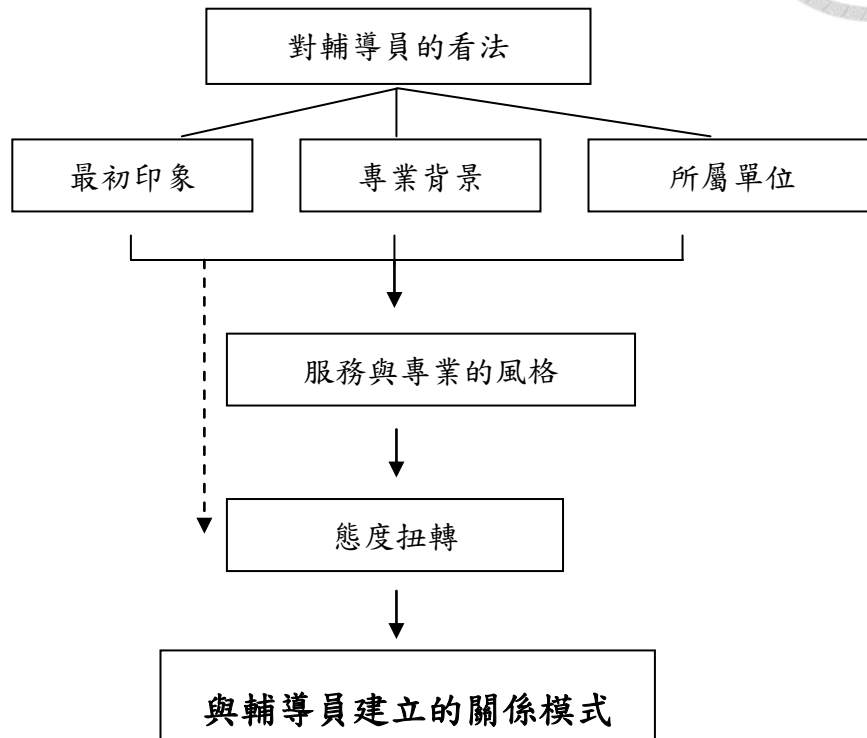


圖 8 • 跨越抗拒服務的門檻：建立服務的互動關係

個案對於服務人員的最初印象，主要還是在個人服務風格與專業的呈現。除非特別瞭解或知道了輔導員的實際專業背景及所屬單位是與精神醫療有關，否則服務人員鍥而不捨的堅持（例如，被拒絕好幾次後還是再來）、尊重的陪伴（例如，沒有價值判斷的傾聽），以及親和的服務方式（例如，熟記評估量表題目，在聊天過程中獲得必要資訊，避免機械式地填寫表格或照本宣科）等，都有可能是扭轉個案與輔導員之間關係的關鍵因素。此外，個案如何稱呼服務人員，亦能反映彼此建立起關係，其中不乏以「朋友」或「老師」相稱，代表相當程度的信任，以及對於服務所帶來成長與正向轉變的認可。也有個案「直呼姓名」，不拘泥於專業尊卑的必然關係，也是另一種有趣的光景。

第六節 過程中獲得的幫助與體會的成長

從自殺個案的角度來看，自殺防治服務所帶來的幫助，有實質和心理兩個層面。在實質面，包括社會福利資源的引薦及一般與精神醫療服務的轉介。而心理層面的轉變與成長，的確是建立在與輔導員所發展出的關係上。

(一) 陪伴

能夠把個案心裡想說，卻又不敢說或說不清楚的心聲表達出來，或許是持續接受輔導的個案的共同體驗。無論是透過輔導員的口，或是個案一吐為快，都是在輔導員陪伴自殺個案的過程中發生的。

個案：他就...把我心裡想的，沒辦法表達出來的他跟我提醒出來；給我給我一個想說我不敢講的，還是說我不敢去面對的事情，他給我啟發出來。說我...要去面對，要去怎麼樣去做... 我是覺得說他跟我講那一些的時候...蠻有道理的...類似我要自己去走出來的，還是類似說我要去面對的... 我可以再深入對他談我的心事

<#1個案；17:23>

適時、即時甚或臨時的陪伴，對於自殺個案來說，都是許多次渡過難關的重要關鍵。有時是面對面，有時是透過電話。前者需靠雙方時間的相互配合，後者則需仰賴個案撥打電話的意願與勇氣。

訪員：...你覺得X小姐給你什麼樣的幫忙最多？

個案：我最消極的時候，她可以跟我作伴。跟我作伴2-3個小時，她都會來跟我作伴2-3小時。我也會想，自己要克服，不要讓人家太累...

<#13個案；326:360>

(二) 個人心理調適

在個人心理調適方面，個案除了仍要面對自殺事件之前的困境，可能也會增加事件後來自周遭環境裡的人、事壓力。輔導員對個案所帶來的幫助，在個人調適層面，最可看出其成效，以下列舉幾個例子：



1. 心情好轉

個案：我有跟她講說我自己覺得心情好多了。那種感覺跟現在的生活差很多了吧，因為剛剛認識X小姐只要跟她講話，眼淚都是一直在流的，現在跟她講話我會比較有點疏解的心情，不會像之前的問題，因為大概話都講完了吧。所以那種感覺自己心情呀，家裡都變的很好。

<#26個案；417:420>

2. 比較有信心、不再苛求自我

訪員：你認識X小姐以後，最大的改變是什麼？

個案：最大的改變是給我自己比較有信心

訪員：有信心，哪一方面有信心？

個案：不管對人，對事，對工作就會有信心...因為她跟我講過說，憂鬱症就是會不趕出去，把自己封閉在角落某個地方，如果你有勇氣，勇敢走出這一步的話，那麼你就比較有信心

<#14個案；172:181>

個案：因為很多時候我會把別人的錯用來懲罰自己，很多責任會往自己身上攬，我會去指摘說：自己的哪裡不對、哪裡做錯。我從來沒有想到說，是因為別人做錯事情，然後讓我覺得不舒服。可是我去看醫生，我覺得我有很大的收穫是，我能夠去觀照自己，

能夠去看到別人說，別人在做什麼。那以前我只會一直想自己說，我什麼做不好，哪裡不好，比較完美，啊現在比較不會。

<#9個案；404:413>



(三) 家庭、人際關係的改善

個案：在高雄比較多，就是從小玩到大的，或者是同學阿一些朋友。就是比較知心的我才會講。甚至有一些心事，之前我都沒有跟我老公講，因為我覺得他不了解我。這樣子，直到XX【輔導員的名】過來，然後還有我離開這裡一段時間回到高雄回來以後，他才漸漸了解說，我的病情到底是怎樣。

<#8個案；12:15>

老師：現在跟先生相處的？

案主：算不錯。比之前還要好很多。

老師：現在還有吵架嗎？

案主：動手打比較少啦，吵架還是會吵？

案主：只是不像以前會吵的會趕對方出去，還是拿東西會嚇人家這樣子，現在比較少了。只是會嘴巴聲音會比較大，你說動手比較沒有。

老師：比較沒有。你覺得這樣子是轉變的原因是？

案主：其實...我們兩個人，我跟我先生有改變很多，有一些是老師帶給我的一些話...只會哭不會想說還能做什麼這樣子。在我跟我先生吵一段時間，根本就是要面臨離婚的那種邊緣了。想一想可能是他的好的一面比較多，所以我們又重新開始。

<#26個案；86:107>

(五) 小結：關懷服務帶來的幫助：自殺事件後的調適與成長

透過輔導員的輔導與協助，自殺個案及其家屬無論在實質與心理層面，都可以得到幫助成長，具體的項目如圖 9 所示：

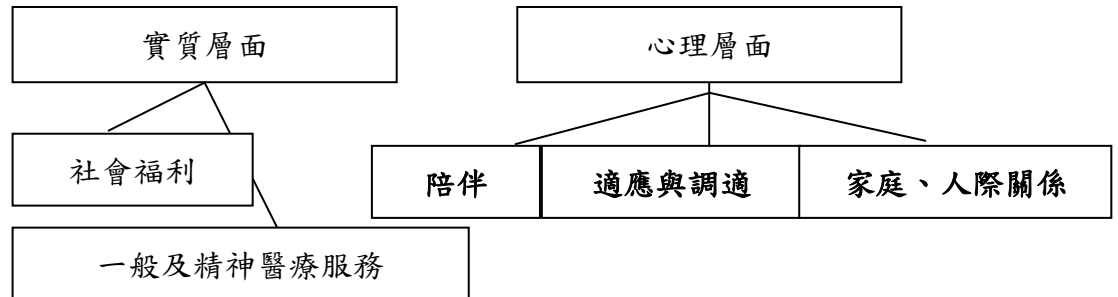


圖 9・關懷服務帶來的幫助：自殺事件後的調適與成長

個案除了從輔導員得到實質面（如社會福利資源）的轉介服務外，對於有需要精神或心理專業服務卻仍有抗拒心理時，服務人員也扮演重要的體諒者（有諒）、說明者（友多聞）及提醒者（有直）的多重角色。透過陪伴，個案能夠重新覺察、看待引發先前自殺（傷）行為的近因與遠因，重新面對心理的痛楚與調適的挑戰，在與自己、家人、親密關係及人際關係方面，都有所學習、成長與正向的轉變，不僅是放棄自殺（傷）這個因應選項而已。

第五章 討論與建議

*only through awareness of our lifelong losses and appreciation of
our mortality are we free to live in the present, to live fully.*

-- Patric Dean (Dean, 1995)

第一節 以人為中心 (person-center)：跳脫專業與行政框架的觀照角度

本研究的目的，在於透過了解自殺企圖者，在接觸自殺防治社區外展關懷服務過程中的受助經驗，經由深入觀察並描述受助者與服務人員之間的互動過程及現象，以進一步理解相關自殺防治措施規劃與執行的理念脈絡基礎，期待研究成果能夠提供未來政策參考。本研利用田野觀察的各式方法，針對「南投區心理衛生服務中心」進行資料蒐集，並針對 30 位自殺通報個案及家屬進行深入訪談，訪談錄音轉成逐字稿後，透過萃取意義、編碼並得出主要概念，彙整的結果顯示：自殺未遂個案對護理人員的主動訪視剛開始是拒絕的，因為個案覺得人有自殺的權利，而且自己的選擇是一種隱私應該被保密，自殺通報系統是對人的不尊重；另面對許多無法處理的事讓個案無望、無力才會選擇自殺；對精神醫療的介入感到害怕，因為自己並不是瘋子；透過與輔導員的接觸，讓個案覺得有一個可以信任的人可以傾聽與陪伴自己，並可聽從建議或接受幫忙，因而重新找到希望，進而獲得重生。在協助自殺個案適應過程，主動家訪提供個別諮商及相關資源運用是必要的，再者需去除民眾對精神醫療的刻板印象，另應教導家庭成員及社區民眾如何協助自殺個案主動求助。相關重要的發現，如下：

第二節 自殺防治策略做為一種文化物件的形塑：創造者、世界脈絡與使用者

(一) 自殺企圖通報個案的「受助經驗」及模式架構

一般生理／傳染疾病求助（醫）行為的理論與模式，不見得適用於心理疾病問題；而是用心理衛生求助行為的模式，也不必然適自殺企圖者或自傷者。求助行為的基本假設是：行為人是理性的決策者，會主動的做決定並尋求協助。本研究的相關發現顯示，自殺企圖通個案對自身問題的信念並不一定是一致而穩定

的，因此求助者是理性的決策者的假設不見得能夠成立。因此，受助的概念，相較於求助（醫）行為模式，更能夠適切描述自殺企圖者的實際狀態。

自殺企圖通報個案的「受助經驗」模式包含三個主要元素：(1)初次接觸的體驗，這是社區外展服務的挑戰；(2)建立服務的互動關係，與跨越抗拒服務的門檻有關；(3)自殺事件後的調適與成長，呈現關懷服務為個案及家屬帶來不同層面的幫助。

在「初次接觸的體驗」狀態下：自殺通報個案在初次接觸關懷服務時，對於輔導員的態度，受到個案自己對於自殺行為本身看法的影響，包括認為自殺行為是個人隱私、個人自由，以及願不願以與他人說這些事情的意願。個案通常對於原通報單位（急救醫院）如何將訊息轉介給前來關懷的單位，感到不解與訝異；對於輔導員的背景及所屬機構屬性，不見得有準確的了解。

在「建立服務的互動關係」的時候：個案對於服務人員的最初印象，主要還是在個人服務風格與專業的呈現。除非特別瞭解或知道了輔導員的實際專業背景及所屬單位是與精神醫療有關，否則服務人員鍥而不捨的堅持（例如，被拒絕好幾次後還是再來）、尊重的陪伴（例如，沒有價值判斷的傾聽），以及親和的服務方式（例如，熟記評估量表題目，在聊天過程中獲得必要資訊，避免機械式地填寫表格或照本宣科）等，都有可能是扭轉個案與輔導員之間關係的關鍵因素。此外，個案如何稱呼服務人員，亦能反映彼此建立起的關係，其中不乏以「朋友」或「老師」相稱，代表相當程度的信任，以及對於服務所帶來成長與正向轉變的認可。也有個案「直呼姓名」，不拘泥於專業尊卑的必然關係，也是另一種有趣的光景。

在「自殺事件後的調適與成長」方面：個案除了從輔導員得到實質面（如社會福利資源）的轉介服務外，對於有需要精神或心理專業服務卻仍有抗拒心理時，服務人員也扮演重要的體諒者（有諒）、說明者（友多聞）及提醒者（有直）的多重角色。透過陪伴，個案能夠重新覺察、看待引發先前自殺（傷）行為的近

因與遠因，重新面對新裡的痛楚與條式的挑戰，在與自己、家人、親密關係及人際關係方面，都有所學習、成長與正向的轉變，不僅是放棄自殺（傷）這個因應選項而已。



（二） 與自殺企圖發展脈絡及歷程研究有共同的發現

對於本研究所能蒐集與掌握的資料，其分析重點因受限於研究目的及研究者的專業訓練，目前尚未針對個案的自殺企圖發展脈絡及歷程，進行個別個案內在心路歷程、感官知覺，及經驗世界脈絡的分析，但從個案與家屬的自述與表達內容中，亦能瞥見與相關研究重要發現所描述的現象，包括：許文耀與吳英璋等人，對於自殺危險性發生的模式分為急性與慢性不同型態的探討(許文耀, 1998; 許文耀, 王德賢, 陳喬琪, & 陳明輝, 2006b; 許文耀 & 林宜旻, 1999); Lakeman & FitzGerald 所發表的”How people live with or get over being suicidal”的文獻探討中，再次提及自殺可視為 both a failure and a means of coping 的概念，並指出有自殺想法的人會經歷痛楚 (Suffering/psychache)、掙扎、嘗試與他人連結、轉折點的不同過程，而人們放下自殺的念頭可能就再一瞬之間 (quite abruptly)；而這通常是透過體驗、獲得，以及重新獲得與他人之間的連結 (connection with others) 而達到的(Lakeman & FitzGerald, 2008)。Michel 等人在研究自殺企圖者的 life-career 議題時發現，個案在敘說與自殺企圖相關的生命故事時，通常會流露出情緒反應，如果服務人員能感受到個案的情感變化，能夠在接觸初期與個案建立穩固的協助關係的機率比較高 (Michel, Dey, Stadler, & Valach, 2004)。從本研究個案與家屬所敘說的生命故事，也可呼應轉換受苦經驗的歷程(蔣秀容, 2003)；亦即，無論在自殺行為產生的醞釀、動機及行動期的不同階段，自殺防治關懷專業人員及非專業守門人，都可以嘗試透過連結有自殺意念或企圖的人，讓他們有機會捨棄以自殺（傷）行為做為因應生命難關的致命選擇。

第三節 對自殺防治策略評估架構的建議

(一) 自殺防治關懷服務的評估架構

由於 921 地震心理重建之機緣，「南投區心理衛生服務中心」開啟國內專款專用的自殺防治計畫，其自殺企圖者的社區外展關懷服務模式，將為後續全國自殺防治通報關懷系統及現是自殺防治措施奠定基礎，歷史定位極為重要。自殺是罕見的現象（rare event），以目前所使用的 outcome variables 及介入服務指標，無法完整呈現該中心的努力與投入。本研究將透過了解自殺企圖者，在接觸自殺防治社區外展關懷服務過程中的受助經驗，呈現受助者與服務人員之間的互動過程及現象，以記錄「南投區心理衛生服務中心」及相關服務的特性。本研究達成的工作目標包括：(1) 透過田野觀察的方式，紀錄南投區自殺倖存者與存活者，對於自殺事件與防治服務的看法與相關過程；(2) 彙整田野觀察資料，呈現並評估自殺防治服務發揮的成效與機轉；(3) 提出未來自殺防治的政策建議。根據前述的結果分析，已達成第(1)、(2)項目的，接下來在提出(3)的政策建議之前建，先討論自殺防治工作的評估模式。傳統的行政評估，著重於服務提供者或專家的角度，在評估的結構面與過程面較易著墨。本研究採取個案及其家屬或當事人的角度，並強化過程面的評估深度，以彌補在結果面評估的困境（圖 10）。

(二) 在原有量化基礎上，架構質性元素，以達量、質並重的完整評估模式。

本計畫強化及增加的評估面向與項目：

1. 過程面評估：對防治介入服務及對自殺行為本身的看法、初次接觸服務的體驗
2. 衝擊面評估：對輔導員的看法及瞭解、對介入服務的態度轉變、與輔導員建立的互動關係模式
3. 結果面評估：介入服務帶來的協助（輔導員對個案及家屬的幫助、個案在自殺事件後的改變與成長）

	傳統的行政評估	本研究的補足
結構面 (structure)	++ (提供者 / 專家)	++ (提供者 / 專家)
過程面 (process)	++ (提供者 / 專家)	++ (提供者 / 專家) ++ (個案家屬 / 當事人)
影響面 (impact)	+ (提供者 / 專家)	++ (提供者 / 專家) ++ (個案家屬 / 當事人)
結果面 (outcome)	+ (提供者 / 專家)	+ (提供者 / 專家) ++ (個案家屬 / 當事人)

圖 10・彌補評估面向及當事人角度

(三) 強化及增添的評估模式 (如圖 11)

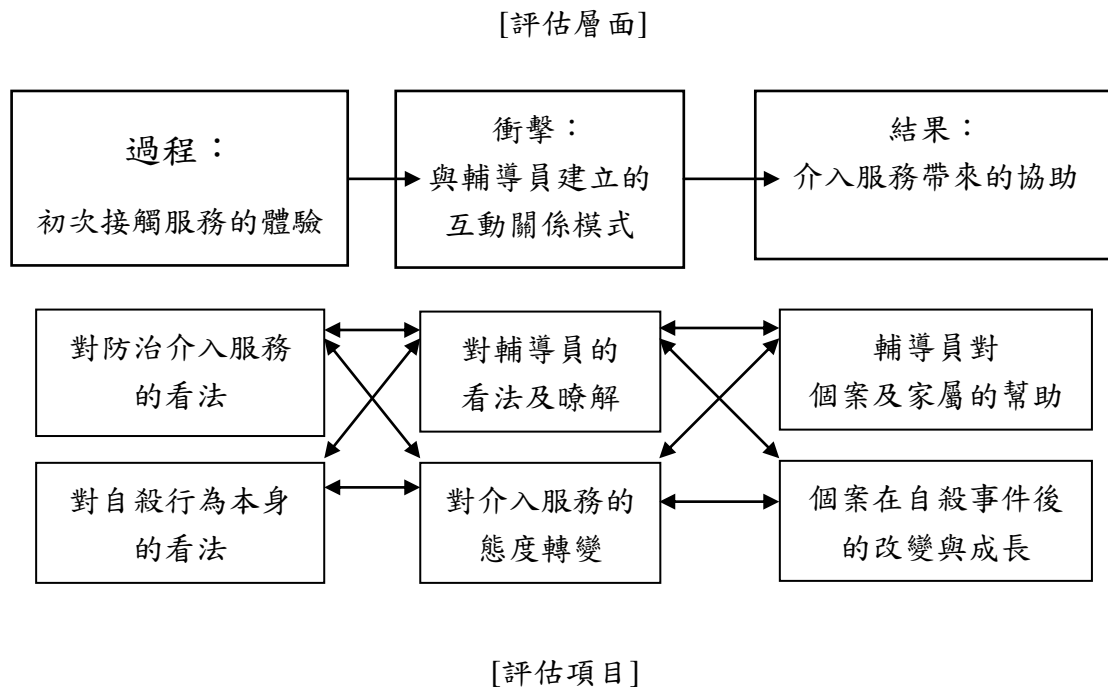


圖 11・強化及增添的評估模式

(二) 評估的焦點 — 評估所應提出的問題

根據上述評估架構中的評估項目所示，自殺防治工作成效與下列因素有關：自殺個案及其家屬對於自殺行為本身的看法、對於介入服務的態度、與輔導員建立的關係模式等。因此，評估自殺防治工作時要問以下的問題：

自殺防治工作在規劃及執行時，是否做到：

1. 打破「自殺行為的負面印象與禁忌」？
2. 消除「精神醫療服務相關的誤解與標籤」？
3. 考慮到個案及家屬「拒絕介入服務的原因與如何突破其機轉」？
4. 嘗試接受「服務關係建立的基礎：不必然建立於專業的身份」的做法
5. 從「服務人員對個案的作用與影響」看待個案的需求與計畫的目標如何達成？
6. 以個案及其家屬「口碑相傳的意願與作為」當成評估的項目之一

本研究透過自殺企圖通報個案的角度，呈現出社區自殺防治工作的多樣性，提醒專業人員要以更開放的態度來理解相關的現象，以有效發揮其專業能力，而如何提升文化能力：亦即站在被服務者的角度來理解事情而提供服務，亦是在人力養成方面的被忽略的關鍵點。「南投區心理衛生中心」的自殺企圖者外展關懷服務，的確觸及了上述 1~6 項的評估問題，其正向成果可以『草屯：朋友模式』來說明。「南投區心理衛生中心」採取主動出擊的 outreach 策略，嘗試跨越下列藩籬：

1. 機構化：將服務從院區帶至社區；
2. 提供模式：從被動接受個案轉介，轉為主動尋訪通報個案
3. 專業角色：嘗試與個案及其家屬之間建立『朋友關係』，不拘泥於專業形象與職銜
4. 文化：尊重個案隱私，斟酌標籤化帶來的影響
5. 行政目標：成心理衛生服務中心（cost center）轉而為以個案為中心

(client-center)

『草屯：朋友模式』成功扮演了一個緩衝的角色 (as a buffer)，專業服務人員不強調自己從哪裡來、鍥而不捨、無條件的陪伴，透過其難能可貴的社區體驗與歷練，在面臨生命危機的自殺個案與嘗試開創社區外展服務的專業人員之間，建立了一個『空前，但願不絕後』的溝通橋樑。「南投區心理衛生中心」的自殺企圖者外展關懷服務模式，實屬因緣際會下的特例，支撐執行的行政成本絕非醫院或行政體系的例行業務經費所能負擔，但是所呈現的特性與成果，無疑是推動自殺防治的可行方式之一。以自殺企圖通報者的後續關懷為主軸的自殺防治方案 (postvention programs)，可以參考本研究計畫的結果，並進一步訂出提升介入成效的關鍵要素、必要條件及相關的配套措施。

第四節 研究限制與未來研究方向

(一) 訪談機會的限制：

本研究的訪談個案，基於個案特性及機構考量，原則上只能訪談一次，除無法透過訪談對象進行後續訪談內容確認外，亦增添訪談執行上的壓力與挑戰。加以，本受限於相關計畫經費及時間限制，並適逢中心業務告一段落，無法持續進行訪談與資料彙整，因此對於個案基本資料深入比對分析及特殊族群（例如重複自殺、毒癮者、原住民）之間的比較，無法進一步深入觀察。

(二) 社區外展服務者的訪談：

由於研究焦點是服務個案，因此提供通報個案服務的輔導員，亦即，田野的關鍵報導人 (key informants) 的訪談內容僅做為分析輔助。但其實關鍵報導人的經驗也與個案的經驗息息相關，值得以另外的篇幅加以報導。

(三) 後續研究方向

此外，原計畫擬於質性研究完成後，進行所有通報個案的普查，以進一步用量化資料來檢驗質性研究發現的概念與評估架構，然因經費所限，亦無法實

行。同時，拒絕接受外展服務的通報個案佔三分之二以上，拒絕原因及如何提升接受率，亦值得深入了解。



參考文獻



英文文獻

Airhihenbuwa, Collins O. (1995). *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm*.

SAGE Publications.

Angermeyer, Matthias C., & Matschinger, Herbert. (2005).

Labeling--stereotype--discrimination. An investigation of the stigma process.

Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 40(5), 391-395.

Berman, A.L., Silverman, M., & Bongar, B.M. (2000). *Comprehensive Textbook of*

Suicidology. Guilford Press.

Bertelote, J.M., & Fleischman, A. (2009). A global perspective on the magnitude of

suicide mortality. *in Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention:*

A Global Perspective. Oxford University Press.

Bertolote, J.M., Fleischmann, A., Butchart, A., & Besbelli, N. (2006). Suicide,

suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. *Bulletin*

of the World Health Organization, 84(4), 257-336.

Burns, Jane M., & Patton, George C. (2000). Preventive interventions for youth

suicide: a risk factor-based approach. *Australian and New Zealand Journal of*

Psychiatry, 34(3), 388-407. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00738.x.

Retrieved on 1/27/2011.

Cheng, A. T. (1995). Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan.


Archives of General Psychiatry, 52(7), 594-603.

Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and


psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study.

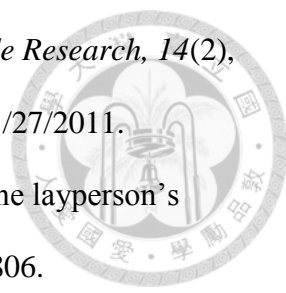
British Journal of Psychiatry, 177, 360-365.

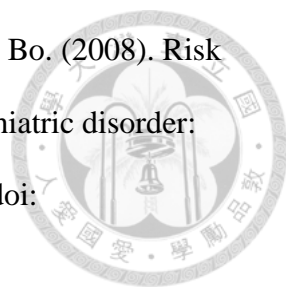
Cheng, Andrew T. A., Hawton, Keith, Chen, Tony H. H., Yen, Amy M. F., Chen,

- 
- Chung-Ying, Chen, Lin-Chen, & Teng, Po-Ren. (2007). The influence of media coverage of a celebrity suicide on subsequent suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 862-866.
- Cheng, ATA, Chen, THH, Chen, CC, & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry*, 17, 360-365.
- Chiang, H.C. , Chen, H.S., Tai, C.W., & Lee, M.B. (2006, 17-19 Aug. 2006). *National suicide surveillance system: experience in Taiwan*. Paper presented at the e-Health Networking, Applications and Services, 2006. HEALTHCOM 2006: 8th International Conference.
- Corrigan, Patrick W. (2005). On the Stigma of Mental Health: Practical Strategies for Research and Social Change. *American Psychological Association*, p 13.
- Daigle, Marc S., Pouliot, Louise, Chagnon, François, Greenfield, Brian, & Mishara, Brian. (2011). Suicide Attempts: Prevention of Repetition. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 621-629.
- De Leo, Diego, & Heller, Travis. (2007). Intensive Case Management in Suicide Attempters Following Discharge from Inpatient Psychiatric Care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(3), 49-58.
- Dean, P.V. (1995). "Is Death Education a 'Nasty Little Secret'? A Call to Break the Alleged Silence" *The Path Ahead: Readings in Death and Dying* 323-326.
- Faubion, James. D. (Editor), & Hurley, Robert (Translator) (2001). Power (The Essential Works of Foucault, 1954-1984, Vol. 3). *New Press*.
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8, 369. doi: 1471-2458-8-369 [pii]10.1186/1471-2458-8-369 [doi].

Retrieved on 1/27/2011.

- 
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry*, *152*, 359-366.
- Hawton, k., & van Heeringen, K. (2000). International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. *John Wiley and Sons, Chichester*.
- Hawton, Keith, & Heeringen, Kees van. (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. New York: Wiley.
- Isometsa, E. T., & Lonnqvist, J. K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, *173*, 531-535.
- Janzen, JM. . (1987). Therapy Management: Concept, Reality, and Process. *Medical Anthropology Quarterly (New series)*. *1, 1*, 68-84.
- Kleinman, A. (1980). Patient and Healers in the Context of Culture: A n Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. . *Berkeley: University of California Press*.
- Lakeman, R., & FitzGerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *J Adv Nurs*, *64(2)*, 114-126. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x. Retrieved on 1/27/2011.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, *294(16)*, 2064-2074. doi: 10.1001/jama.294.16.2064. Retrieved on 1/27/2011.
- Mann, J. John, Apter, Alan, Bertolote, Jose, Beautrais, Annette, Currier, Dianne, Haas, Ann, . . . Varnik, Airi. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, *294(16)*, 2064-2074.
- Mehlum, Lars, & Ramberg, Maria. (2010). Continuity of Care in the Treatment of

- 
- Suicide Attempters—Current Challenges. *Archives of Suicide Research*, 14(2), 105-108. doi: 10.1080/13811111003704472. Retrieved on 1/27/2011.
- Mercado-Martinez, FJ., & Ramos-Herrera, IM. (2002). Diabeted: The layperson's theories of causality. *Qualitative Health Research*, 12, 792-806.
- Michel, Konrad, Dey, Pascal, Stadler, Kathrin, & Valach, Ladislav. (2004). Therapist Sensitivity Towards Emotional Life-career Issues and the Working Alliance with Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 8(3), 203-213. doi: 10.1080/13811110490436792. Retrieved on 1/27/2011.
- Milner, A., McClure, R., & De Leo, D. (2012). Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 19-27. doi: 10.1007/s00127-010-0316-x. Retrieved on 1/27/2013.
- Minois, Georges. (2003). 見李佶、林泉喜譯：自杀的历史。
- Murphy, E., & Dingwall, R. (2001). The ethics of ethnography. In: Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L eds. *Handbook of Ethnography*, London: Sage, 339-351.
- Stiles, W.B., & Shapiro, D.A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.
- Suominen, K, Isometsä, E, Marttunen, M, Ostamo, A, & Lönnqvist, J (2004). Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34(2), 313-321.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 161(3), 562-563.

- 
- Tidemalm, Dag, Långström, Niklas, Lichtenstein, Paul, & Runeson, Bo. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*, 337. doi: 10.1136/bmj.a2205
- Tzeng, W. C., & Lipson, J. G. (2005). Health professionals' perspectives of suicide in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs*, 26(4), 451-463. doi: 10.1080/01612840590922461
- Tzeng, W. C., Lipson, J. G., Tzeng, Wen-Chii, & Lipson, Juliene G. (2004). The cultural context of suicide stigma in Taiwan. *Qualitative Health Research*, 14(3), 345-358.
- Tzeng, Wen Chii, & Lipson, Juliene G. (2004). The cultural context of suicide stigma in Taiwan. *Qualitative Health Research*, 14(3), 345-358.
- Wasserman, D. (2001a). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D Wasserman (ed.). *Suicide: An Unnecessary Death*. . London: *Martin Dunitz*, 13-27.
- Wasserman, D. (2001b). *Suicide -- An Unnecessary Death*. *Martin Dunitz, London*.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., . . . Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003. Retrieved on 1/27/2013.
- Wasserman, D., & Wasserman, C. (2009). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention : a global perspective*. New York: Oxford University Press.
- Weidman, HH. (1988). Chapter 15. A Transcultural Perspective on Health Behavior in Health Behavior – Emerging Research Perspectives. *Plenum Press*.
- WHO. (2002). SUPRE: the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide.

World Health Organization. doi: <http://www.who.int/>

mental_health/management/en/SUPRE_flyer1.pdf. Retrieved on 1/27/2006.



中文文獻

丁志音. (1991). 田野研究方法與參與觀察. 質性研究 (田野研究法於路理學之應用), 185-213.

中国论文网. (2012). 自杀现象与《史记》的悲剧性. doi: www.xzbu.com/5/view-2127898.htm

全國自殺防治中心. (2010). 自殺防治網通訊. 5, 1.

田延峰. (1999). 漢代諸侯官吏自殺現象剖析. 寶雞文理學院學報 (社會科學版), 3, 46-49.

朱江玮. (2004). 《史记》所记自杀现象初探. 温州职业技术学院学报, 12. doi: <http://www.xzbu.com/5/view-2127898.htm>

江弘基. (2011). 自殺行為與精神疾病去污名化之先導普查與啟動計畫期末報告 (未發表) 行政院衛生署 99 年度補助民間團體擴大參與自殺防治工作計畫 (台北市康復之友協會承辦).

江弘基, & 胡賦強. (2013). Socioeconomic Conditions and Suicide Mortality Rate: Trend Analysis, Taiwan 1981–2007. *Formosa Journal of Mental Health*, approved on December 3, 2012.


行政院衛生署. (2005). 「全國自殺防治中心計畫」企劃書 (2005~2008).


行政院衛生署. (2008). 行政院衛生署委託台灣憂鬱症防治會辦理：全國自殺防治中心計畫委託案：97 年度期末成果報告.

行政院衛生署. (2010). 中華民國 99 年死因統計.

行政院衛生署. (2011). 99 年度補助民間團體擴大參與自殺防治工作計畫期末報告：自殺行為與精神疾病去污名化之先導普查與啟動計畫 (自 99 年 6 月

- 28日至99年12月31日止)。委辦單位：台北市康復之友協會、行政院衛生署草屯療養院, & 南投區心理衛生服務中心。(2004). 台灣921震災災後心理復健模式—南投縣. 集集大地震五週年：創傷心理復健國際學術研討會會議彙編, 9.
- 李佶, 林泉喜譯.(2003). 自杀的历史. (法文原著, Minois, George). 北京市: 经济日报.
- 何梅琴.(2008). 史記：自殺模式描寫及原因探析. 人文社會科學版, 山東師範大學學報, 5, 127.
- 吳秀琴, 林梅鳳, & 游淑華.(2007). 自傷與傷人—一個功能不良家庭的生活經驗. 護理雜誌.
- 吳美連, & 徐禎美.(2000). 一位企圖自殺個案于急診的護理經驗. 高雄護理雜誌, 17卷(2期), 頁40-49.
- 呂素珍, & 楊美賞.(2002). 急診護理人員對企圖自殺病人的態度. 榮總護理, 19卷(4期), 頁410-420.
- 呂素珍, & 楊美賞.(2003). 急診護理人員對企圖自殺病人的照護困難. 新臺北護理期刊, 5卷(2期), 頁37-48.
- 李如琄.(2010). 協助自殺企圖者之後--諮商師自我照顧的反思. 諮商與輔導(291期), 頁37-40.
- 李明濱, 戴傳文, 江弘基, 廖士程, & 黃鈞蔚.(2007). 從政府政策與精神醫學觀點看自殺防治生命教育(2期), 頁235-241.
- 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.
- 李明濱主編.(2009). 自殺防治關懷訪視指引. 台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心, 第一版第一刷.
- 林元輝.(1991). 論中國人的自殺與世俗信仰. 大陸雜誌, 83(4), 5-18.

- 
- 林俊宏, 邱震寰, 陳映燁, 郭千哲, 陳喬琪, 黃蒂, & 林純綺. (2006). 臺北市自殺企圖者之特徵. *北市醫學雜誌*, 3 卷(10 期), 頁 1008-1016.
- 林俊宏, 邱震寰, 陳喬琪, 黃蒂, & 林純綺. (2006). 自殺企圖後之電話諮商. *北市醫學雜誌*, 3 卷(10 期), 頁 1030-1034.
- 邱震寰, 郭千哲, 陳映燁, 陳喬琪, 李明濱, 林俊宏, ... 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*, 3 卷(10 期), 頁 1000-1007.
- 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*, 1 卷(2 期), 頁 200-207.
- 南投心理衛生服務中心. (2004). 九九心飛揚。石岡情留長：921 五週年成果總彙編. 行政院衛生署補助經費刊印.
- 南投縣政府衛生局. (1994-2006). 南投縣歷年事故傷害與自殺死亡概況. *南投縣公共衛生監測系統*, <http://phs.ntshb.gov.tw/form1/index-2.asp?Parser=34,6,30,,,100>. 下載於 1/27/2011.
- 胡百敏, & 范麗娟. (1997). 急診醫師對企圖自殺病人的態度. *思與言*, 35 卷(4 期), 頁 183-213.
- 張珩, 王榮德, & 呂淑妤. (2004). 公共心理衛生資源與需求研究第一年期末報告 (未發表). 行政院衛生署委託.
- 畢恆達. (1998). 社會研究的研究者與倫理. *危險與秘密：研究倫理*. 嚴祥鸞 (主編), 三民書局, 31-91.
- 許文耀. (1998). 自殺行為徵兆評估量表的編製. *學生輔導*(56 期), 頁 124-142.
- 許文耀, 王德賢, 陳喬琪, & 陳明輝. (2006a). 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*, 48 卷(1 期), 頁 1-12.
- 許文耀, 王德賢, 陳喬琪, & 陳明輝. (2006b). 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*.

- 
- 許文耀, & 林宜旻. (1999). 自殺危險性發生模式驗證. *中華心理學刊*, 41 卷(1 期), 頁 87-108.
- 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*, 1 卷(1 期), 頁 40-48.
- 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*, 3 卷(10 期), 頁 992-999.
- 郭嘉琪, 林秋菊, & 馬淑清. (2008). 運用壓力評價因應理論於一位自殺企圖病患的護理經驗. *長庚護理*, 19 卷(1 期總號 61), 頁 110-118.
- 陳映雪, 葉紅秀, & 余鳳玉. (1993). 青少年的企圖自殺. *中華精神醫學*, 7 卷(4 期), 頁 234-245.
- 陳麗麗, & 林夷真. (2009). 照顧一位憂鬱症併有自殺企圖患者之護理經驗. *志為護理*, 8 卷(6 期), 頁 117-126.
- 黃俊傑. (2004). 東亞儒學史的新視野. 國立臺灣大學出版中心, 初版.
- 楊聰財, 李明濱, 吳英璋, 魯中興, 陳韻, & 吳文正. (2004). 臺中與南投社區心理衛生中心運作型態之比較研究. *北市醫學雜誌*, 1 卷(4 期), 頁 468-479.
- 廖士程. (2012). 台灣社區居民重度憂鬱症與自殺行為之流行病學研究. 臺灣大學. Available from Airiti AiritiLibrary database. (2012 年).
- 廖士程, 李明濱, & 江弘基. (2008). 企圖自殺者結構性介入服務. *臺灣醫學*, 12 卷(6 期), 頁 713-721.
- 齊美婷, 蔣秀容, & 宋素真. (2004). 運用認知治療於一位自殺企圖患者之護理經驗. *高雄護理雜誌*, 21 卷(1 期), 頁 17-30.
- 蔣秀容. (2003). 轉換受苦經驗：成年自殺企圖者之歷程分析. 成功大學. Available from Airiti AiritiLibrary database.
- 鄭若瑟. (2004). 南投區心理衛生中心震災後心理復健工作計畫評估(計畫草案). 行政院衛生署草屯療養院.

鄭泰安.(2003). 台灣憂鬱症及自殺防治介紹. 全國自殺暨憂鬱症防治研討會彙編手冊 (行政院衛生署草屯療養院), 5.

鄭曉江.(1999). 論中國古代的自殺模式. 南昌大學學報 (人社版), 30(4), 16-22.

賴福文譯.(1989). 民族誌學. 弘智文化事業有限公司.

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, 2 卷(1 期), 頁 6-15.

附錄

目錄：

附錄一、原始計畫書

附錄二、（個案）訪談同意書

附錄三、（服務人員）訪談同意書

附錄四、個案訪談重點（第一波）

附錄五、個案訪談重點（第二波）



附錄一、原始計劃書



研究發展計畫申請書附件

(部分)

行政院衛生署所屬醫院「研究發展計畫獎勵」申請書

計畫編號：9405

年度：九十四年度

計畫名稱：自殺事件倖存者及存活者的田野觀察與南投縣自殺防治服務工作的評估

Field Observation on Suicide Survivors and the Evaluation of Suicide Prevention and Intervention Services in Nantou Community

申請機構：行政院衛生署草屯療養院

主持人：陳快樂、江弘基

申請日期： 93 年 6 月



100.3

(服務人員) 訪談同意書

您好：

這是一項由台灣大學公共衛生學院健康政策暨管理研究所博士班研究生江弘基所進行的，有關自殺防治田野觀點及社區服務相關研究，將透過訪談了解您的經驗及看法，希望您能同意接受我們的訪談，提供您的寶貴意見做為社區服務、學術研究及未來政府政策研擬之重要參考。

您在訪談中所提供的相關資料，我們將為您保密，僅做為研究之用。所有引用於研究報告中的訊息，皆以匿名方式處理。

若您對此次訪談有任何意見或想法，歡迎您隨時與我們聯繫，謝您的協助！

聯絡方式：

台灣大學公共衛生學院健康政策暨管理研究所博士班研究生 ○○○

電子郵件信箱

連絡電話號碼

計畫研究人員：台灣大學公共衛生學院健康政策暨管理研究所

博士班研究生 ○○○ 敬上

(簽名) -----

我同意接受台灣大學公共衛生學院健康政策暨管理研究所博士班研究生江弘基，所進行之自殺防治田野觀點及社區服務相關研究之訪談。

同意人：_____ (簽名) 日期：_____

附錄四

個案訪談重點 (第一波) 7/15/2004



◎ 訪談對象

- 一、可不可以談一談和某某小姐（輔導員）是怎麼認識的？
- 二、你知道輔導員來找你是為了什麼？
- 三、你對輔導員的第一印象是怎麼樣的？你對他初次來訪的反應是？
- 四、可以談一談你（上次受傷住院...傷害自己...想不開...）當時的情況是怎麼樣？
- 五、可以談一談你的家人、小時候成長的過程；這些對於你之前發生的事的關係是？
- 五、在接受服務之後，你對輔導員的印象與反應，有哪些不一樣？原因是什麼？
- 六、你覺得輔導員對你有幫助嗎？幫助是什麼？
- 八、你現在對於之前自殺、傷害自己的行為的看法是？有關你自己和身邊的家人，你覺得在接受服務之後，有什麼轉變？
- 七、你知道輔導員是哪裡派來的嗎？她的專業背景是？有受過什麼訓練嗎？

◎ 家屬

1. 對自殺、自傷事件的解讀
2. 自傷事件後，社會壓力的影響程度
3. 已遂：事件、死亡、後事

附錄五

個案訪談重點 (第二波) 9/19/2004



除第一波基本問題之外，依據訪談對象特性，著重下列主題提問：

一、求助行為 (研究後段發現「受助經驗」較為準確)

(一) 就醫 (草屯療養院與心理衛生服務中心)

1. 相關經驗
2. 對心理 (精神) 狀態 (病) 的看法
3. 服藥行為 (副作用、醫師換藥、自行減 (停) 藥、服藥的意義與態度)
4. 對於專業協助者的看法—對醫師、護士、社工、心理等專業人員的看法
5. 與不同專業人員發展的協助關係
 - 關係的類型
 - 效果或功能
 - 對於相關事件或服務的看法
6. 順位：過程先後、效果、接納程度

(二) 其他專業人員或機構服務

(三) 求助意願、求助對象或支持體系

(四) 文化或民俗

(五) 對各種 helper 的看法

(六) Lay-delay、patient delay、system delay

二、自殺 (傷) 行為

(一) 最後的辦法

1. 社會資本—Social support, network, capital; trust
2. 對死的看法—“死”掛在嘴邊

(二) 對生活困境的解讀

3. 家屬關係
4. 經濟

(三) 事發後的影響

三、家屬

(一) 對自傷事件的解讀

(二) 對自傷事件的處理

1. 面對的態度
2. 求助對象類型、態度
3. 自傷事件後，社會壓力的影響程度

(三) 已遂：事件、死亡、後事

- 身體髮膚受之父母、白髮送黑髮、責任歸屬或咎責

震